



**Strateški
razvojni program
Zavoda za
zdravstveno
zavarovanje
Slovenije
za obdobje
od 2014 do 2019**

Junij 2014

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Miklošičeva cesta 24, 1507 Ljubljana

Odgovorna oseba

Generalni direktor Samo Fakin.

Programski odbor:

Samo Fakin, Borut, Bogataj, Klemen Ganziti, Suzana Jarc, Sladjana Jelisavčić,
Uršula Jerše Jan, Damjan Kos, Boris Kramberger, Mirjana Kregar, Barbara Romavh,
Janko Štok.

Redakcija gradiva:

Borut Bogataj, Suzana Jarc, Damjan Kos, Boris Kramberger.

V interni obravnavi so pri oblikovanju strateškega razvojnega programa poleg članov programskega odbora sodelovali še: Miran Bizjak, Jakob Ceglar, Daniela Dimić, Gabriela Dšuban, Srečko Erznožnik, Bojan Fele, Karmen Grom Kenk, Rozeta Hafner, Damjana Jelačin Ivanovič, Janez Jeromen, Radmila Krunic, Tomaž Marčun, Snežana Marković, Tanja Mate, Tatjana Mlakar, Jana Mrak, Drago Perkič, Biserka Pogačar, Marina Senčar, Maja Starčević, Marjan Sušelj, Danijela Štumberger, Ivan Tibaut, Rudi Veselič, Valentina Vehovar.

V javni obravnavi so s konkretnimi predlogi in pobudami besedilo sooblikovali tudi člani organov upravljanja ZZZS, predstavniki zainteresiranih organizacij in posamezniki.

Oblikovanje

Danila Perhavec

*V Ljubljani,
junij 2014*

VSEBINA

Povzetek	v
1. Uvod	1
1.1. Razlogi za nov program	1
1.2. Metodologija.....	2
2. Analiza stanja in strateško poročilo o preteklem razvojnem obdobju	4
2.1. Stanje in zaznani trendi na področju zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja	5
2.1.1. Gospodarski in družbeni trendi	5
2.1.2. Gibanje prebivalstva, zavarovane osebe in zdravstveno stanje.....	7
2.1.3. Zdravstvene zmogljivosti in aktivnosti.....	12
2.1.4. Sistemske spremembe in odzivi na ekonomsko krizo	16
2.2. Trendi v finančnih virih in izdatkih za zdravstveno varstvo.....	26
2.2.1. Pokritost prebivalstva z zdravstveno oskrbo.....	27
2.2.2. Trendi v razpoložljivih finančnih virih.....	29
2.2.3. Trendi v izdatkih.....	31
2.2.4. Čezmejno zdravstveno varstvo	32
2.3. Uresničevanje Strateškega razvojnega programa – strateško poročilo	33
2.3.1. Vidik strank – dostop do kakovostne oskrbe	34
2.3.2. Vidik finančnega poslovanja – stabilno in uravnoteženo poslovanje.....	56
2.3.3. Vidik notranjih procesov – prenova procesov in informatizacija.....	64
2.3.4. Vidik učenja in rasti.....	71
3. Razvojne potrebe in razvojne možnosti v obdobju 2014–2019	74
3.1. Vplivi globalnih razvojnih gibanj	75
3.1.1. Demografski in drugi dejavniki povpraševanja po storitvah	75
3.1.2. Nedemografski dejavniki oziroma dejavniki ponudbe	77
3.1.3. Ocena pričakovanih vplivov	78
3.2. Vplivi ekonomske krize in razvojne možnosti.....	79
3.2.1. Izkušnje držav EU pri premagovanju krize.....	79
3.2.2. Razvojne strategije na ravni EU.....	82
3.3. Ocena finančnih vplivov.....	84
3.3.1. Projekcija finančnih gibanj na področju OZZ.....	84
3.3.2. Možnosti za izboljšanje finančnih virov OZZ.....	86
3.3.3. Možnosti na področju pravic iz OZZ	86
3.3.4. Možnosti za obvladovanje izdatkov iz OZZ	87
3.4. Notranje razvojne možnosti	88
3.4.1. Možne spremembe pri upravljanju s kadrovskimi viri in izboljšave notranjih procesov	88
3.4.2. Razvojne možnosti na področju informacijskega sistema.....	91
4. Strateški izzivi, poslanstvo, vrednote in razvojna vizija	94
4.1. Strateški izzivi	94
4.1.1. Prednosti, slabosti, priložnosti in tveganja na področju urejanja zavarovanj in plačevanja prispevkov	95
4.1.2. Prednosti, slabosti, priložnosti in tveganja na področju sistema pravic oziroma dostopa do pravic iz OZZ (do zdravstvenih storitev, zdravil, MP in denarnih dajatev)	97
4.1.3. Prednosti, slabosti, priložnosti in tveganja na področju razporejanja sredstev za nakup zdravstvenih programov (zdravstvenih storitev, zdravil in MP)	99
4.1.4. Osnovni razvojni problemi – strateški izzivi	101

4.2.	Poslanstvo	106
4.3.	Vrednote.....	108
4.3.1.	Temeljna načela	108
4.3.2.	Specifična načela in vrednote.....	109
4.4.	Razvojna vizija	111
5.	Načrt razvoja	112
5.1.	Globalni cilji in globalne strategije	112
5.2.	Povezanost globalnih ciljev – stateški zemljevid ZZZS do leta 2019	114
6.	Uresničevanje globalnih ciljev in strategij	115
6.1.	Usmeritve za oblikovanje poslovnih planov ZZZS v letih 2014–2019	115
6.2.	Razvojne naloge v letih 2014–2019	119
6.2.1.	Pregled razvojnih nalog po globalnih ciljih.....	119
6.2.2.	Opisi razvojnih nalog	121
6.3.	Razvojni projekti v letih 2014–2019	153
6.3.1.	Pregled razvojnih projektov po globalnih ciljih	153
6.3.2.	Opisi razvojnih projektov	154
6.4.	Plan razvojnih nalog in projektov	159
7.	Spremljanje in nadzor nad uresničevanjem programa	161
Viri	165
Seznam kratic	166

Povzetek

Osnovni namen priprave novega Strateškega razvojnega programa Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije je določitev temeljnih usmeritev za izvajanje obveznega zdravstvenega zavarovanja in ukrepov za njihovo uresničevanje v obdobju 2014–2019. Oblikovan je v skladu z metodologijo razvojnega načrtovanja na Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ki narekuje izvedbo ustreznih analiz (analizo stanja in uresničevanja dosedanjega razvojnega programa ter analizo razvojnih potreb in možnosti), opredelitev najbolj perečih razvojnih problemov in na tej osnovi postavitve strateškega razvojnega programa za njihovo razrešitev.

Uresničevanje dosedanjega strateškega razvojnega programa je zaznamovala globoka finančna in gospodarska kriza, ki se še ni umirila. Po ocenah bo imela velik vpliv na poslovanje Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije in delovanje sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja tudi v celotnem naslednjem srednjeročnem obdobju. Analize kažejo, da se je moral Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije zaradi oteženih pogojev poslovanja v obdobju 2008–2013 aktivno soočiti s številnimi problemi in izzivi. Pri tem so bile zaznane določene slabosti in tveganja, hkrati pa tudi prednosti in priložnosti, ki so pomembne za izvajanje obveznega zdravstvenega zavarovanja v prihodnje. Te ugotovitve so bile v analizah, kjer je to bilo mogoče, utemeljene z mednarodnimi primerjalnimi podatki za države Evropske unije.

Kot je pokazala interna razprava, so *osnovni razvojni problemi* oziroma izzivi pri izvajanju obveznega zdravstvenega zavarovanja v državi v obdobju 2014–2019 naslednji:

- **tveganja za zdravstveno varnost prebivalstva;**
V času po nastopu krize se je zaradi nestabilnosti na trgu delovne sile zavod soočil z velikim porastom vlog za urejanje zavarovanja. Zaznane so bile določene slabosti pri izpolnjevanju obveznosti zavezancev za urejanje obveznega zavarovanja in plačevanju obveznih prispevkov.
- **tveganja glede dostopnosti do pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja;**
Zaradi finančnih restrikcij so zastali nekateri sicer zelo ugodni trendi izboljševanja dostopa do storitev oziroma zmanjševanja čakalnih dob. Z deregulacijo cen na področju dopolnilnih prostovoljnih zavarovanja se je povečalo tveganje izstopa oseb iz tega zavarovanja in s tem povezanih tveganj za njihovo socialno varnost. V Sloveniji se zaradi neobstoja ustreznih sistemskih spodbud vse bolj srečujemo s problemom neodgovornega oziroma pretiranega koriščenja zdravstvenih storitev.
- **razširjenost elektronskega poslovanja s strankami;**
V preteklem obdobju so bili izboljšani pogoji za širjenje elektronske izmenjave informacij z zavarovanci, zavezanci, izvajalci zdravstvenih storitev, dobavitelji, državnimi organi in drugimi strankami. Kljub temu so na tem področju še velike priložnosti za izboljšave, ki bi omogočile dodatno informatizacijo, nadaljnjo odpravo administrativnih ovir in večjo racionalizacijo sistema.
- **učinkovitost in kakovost zdravstvene oskrbe;**
Poglavitni vzvodi za uveljavljanje učinkovitosti in kakovosti zdravstvene oskrbe so na ravni sistema, zato je za večje premike na tem področju treba izvesti strukturno oziroma s celovito zdravstveno reformo. Med mehanizmi, za katere je pristojen Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, so ključnega pomena strateški ukrepi v okviru partnerskega dogovarjanja za spremljanje in merjenje učinkovitosti ter kakovosti izvajalcev zdravstvenih storitev in strateški ukrepi za uveljavljanje ter nakupe

prednostnih zdravstvenih programov (promocija zdravja, preventivni in drugi prednostni nacionalni programi).

- **finančni viri za stabilno izvajanje obveznega zdravstvenega zavarovanja;**
V Sloveniji se že desetletje soočamo s staranjem prebivalstva, posledičnimi spremembami potreb po storitvah, hitrim razvojem zdravstvenih tehnologij in drugimi razvojnimi trendi, ki pritiskajo na rast izdatkov za zdravstvo. Sedanja ekonomska kriza je te izzive še zaostрила, saj so se zaradi brezposelnosti in omejitev v plačni politiki, finančni viri za obvezno zdravstveno zavarovanje v zadnjih letih realno skrčili. V primerjavi z državami EU so že pod povprečjem, skrčili pa so se znatno nad povprečjem. Nadaljnje zmanjševanje virov ima lahko resne posledice za dostopnost in kakovost zdravstvene oskrbe v državi.
- **preglednost in učinkovitost porabe sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja;**
Za pregledno in učinkovito razporejanje sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja je bistvenega pomena posodabljanje obračunskih modelov za posamezne zdravstvene dejavnosti ali programe. Kljub določenim premikom na tem področju, so določeni programi še vedno plačani po zmogljivostih namesto po rezultatih oziroma učinkih. Večjo pozornost je v prihodnje treba nameniti spremljanju stroškov in vrednotenju zdravstvenih programov. Prav tako je potrebno krepiti nadzorne aktivnosti.
- **nadaljnja informatizacija in racionalizacija notranjih procesov;**
Hitre spremembe v okolju vplivajo na obseg in vsebino dela Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, kar terja stalno prilagajanje procesov oziroma organizacije. V prihodnjem obdobju je optimiziranje poslovnih procesov s pomočjo informacijske in komunikacijske tehnologije še naprej eden izmed osrednjih razvojnih izzivov.
- **boljša izkoriščenost podatkov iz kompleksnih baz podatkov;**
Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije vstopa v odnose z izvajalci zdravstvenih storitev in druge poslovne partnerje vse bolj kot naročnik ali kupec zelenih programov ali storitev, ki v imenu zavarovancev in drugih plačnikov prispevkov, uveljavlja določene zahteve glede učinkovitosti in kakovosti zdravstvenih programov. Za to vlogo so nujne analitične zmogljivosti za strateško načrtovanje. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije bo v prihodnjem razvojnem obdobju izboljšal in razširil uporabo podatkov iz kompleksnih baz podatkov, nujno pa bo treba tudi na nacionalni ravni zagotoviti kontinuiran proces spremljanja strateških področij zdravstvenega sistema.
- **pomanjkanje kadrov in slabitev kadrovskega potenciala na ključnih področjih;**
Zaradi daljšega obdobja restriktivne kadrovske politike, je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije kadrovske podhranjen na nekaterih vitalnih področjih izvajanja obveznega zdravstvenega zavarovanja. Med njimi so kritična zlasti področja zdravniško izvedenske in medicinsko nadzorne dejavnost, informatike in razvojnih aktivnosti.

Na osnovi opredeljenih razvojnih izzivov, razmisleka o poslanstvuⁱ in aktualizaciji nekaterih temeljnih načelⁱⁱ ter vrednotⁱⁱⁱ, je bila za prihodnje srednjeročno obdobje opredeljena naslednja razvojna vizija:

»Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije ohranja doseženo raven zdravstvene varnosti prebivalstva, ki je primerljiva z državami Evropske unije. V sodelovanju z Ministrstvom za

i Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije z zbranimi sredstvi omogoča zavarovanim osebam enake možnosti dostopa do zdravstvenih storitev in drugih pravic iz OZZ. V imenu in za račun zavarovancev kupuje programe zdravstvenih storitev, zdravila in medicinske pripomočke, ki omogočajo učinkovito in kakovostno zdravstveno oskrbo zavarovanih oseb.

ii Načelo solidarnosti, obveznosti, javnosti, varovanja javnega interesa, učinkovitosti in preglednosti ter avtonomnosti in odgovornosti.

iii Specifične vrednote za ravnanje javnih uslužbencev, druge specifične vrednote zaposlenih v ZZZS.

zdravje in izvajalci zdravstvenih storitev izvaja ukrepe za večjo učinkovitost in kakovost, uveljavlja elektronsko poslovanje in nadaljnjo informatizacijo zdravstvenega sistema. Deluje v skladu z najvišjimi etičnimi načeli, krepi solidarnost in odgovornost v javnem sistemu, s tem pa tudi zaupanje zavarovanih oseb v Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.»

To razvojno vizijo bo Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije udeležil z realizacijo **načrta razvoja (programa) za obdobje 2014–2019, ki določa devet globalnih ciljev:**

1. ohraniti doseženo raven zdravstvene varnosti zavarovanih oseb,
2. zagotoviti nemoten dostop do pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja,
3. uveljaviti elektronsko poslovanje kot prevladujoč način poslovanja ,
4. spodbujati kakovost zdravstvenih programov (zdravstvenih storitev, zdravil, medicinskih pripomočkov),
5. zagotoviti uravnoteženo poslovanje Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije,
6. zagotoviti učinkovito in pregledno rabo sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja,
7. optimizirati poslovne procese,
8. izboljšati uporabo kompleksnih baz podatkov,
9. krepiti kadrovske potencialne strokovne službe.

Program za vseh devet globalnih ciljev opredeljuje ustrezne ukrepe – globalne strategije za njihovo uresničevanje v obdobju 2014–2019 (skupaj štirideset globalnih strategij). Za uresničevanje globalnih ciljev so določene usmeritve, na podlagi katerih se bodo oblikovali letni poslovni cilji posameznih organizacijskih enot Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Prav tako so za uresničevanje globalnih ciljev opredeljene **razvojne naloge in projekti**, ki se bodo izvedli v obdobju 2014–2019. Med njimi kaže izpostaviti naslednje:

- **uveljavljanje programov promocije zdravja:** izvedba nacionalnih kampanj s področja promocije zdravja (na delovnem mestu), izvedba javnih razpisov za sofinanciranje programov in projektov za promocijo zdravja (na delovnem mestu);
- **spodbujanje odgovornega ravnanja zavarovanih oseb pri izvajanju preventivnih programov:** uvajanje spodbud za večjo odzivnost zavarovanih oseb pri preventivnih (presejalnih) programih (CINDI, DORA, ZORA, SVIT idr.);
- **spodbujanje odgovornega ravnanja zavarovancev v času bolniškega staleža:** prenova določenih pravnih podlag, ki so ovira za učinkovito zdravljenje in čimprejšnje vrnitev zdravih delavcev na delovna mesta, bolj pregledna in jasna navodila za ravnanje, uvajanje elektronskega spremljanja primerov začasne zadržanosti od dela;
- **širitev funkcionalnosti spletnega portala za zavarovane osebe:** širitev možnosti elektronskega prijavljanja zavarovancev in njihovih družinskih članov v obvezno zdravstveno zavarovanje; omogočanje vlaganja elektronskih zahtevkov/vlog za različne pravice; omogočanje dostopa zavarovanim osebam do podatkov o stroških zdravstvenega zavarovanja za zdravljenje;
- **vzpostavitev nacionalne kontaktne točke za informiranje zavarovanih oseb o zdravljenju v tujini:** informacije o izvajalcih zdravstvenih storitev v Sloveniji – dostopu do storitev, dovoljenjih in licencah, standardih kakovosti in varnosti, informacije o pravicah zavarovancev in pritožbenih postopkih ter pravnih sredstvih za ugotavljanje odgovornosti izvajalcev, informacije o izvajalcih zdravstvenih storitev v državah EU;
- **prenova sistema pritožb in pohval:** odpiranje novih kanalov komuniciranja s strankami, krepitev zaupanja strank, merjenje zadovoljstva strank, zagotavljanje odzivnosti, vzpostavljanje mehanizma nenehnih izboljšav, kakovostne storitve;

- **širitev brezpapirnega poslovanja:** elektronska izmenjava podatkov z uradnimi registri, elektronske poizvedbe, urejanje zavarovanj na podlagi v zaledju pridobljenih podatkov, odprava administrativnih ovir;
- **prenova obračunskega modela za izbrane osebne zdravnike:** spodbujanje učinkovitosti in kakovosti izvajanja storitev na primarni ravni, boljša razporeditev sredstev med primarno in sekundarno ravniyo;
- **prenova obračunskega modela za specialistično ambulantno dejavnosti:** spodbujanje učinkovitosti in kakovosti izvajanja ambulantnih storitev na sekundarni in terciarni ravni, boljša razporeditev sredstev med primarno in sekundarno ravniyo;
- **dograditev obračunskega modela za akutne bolnišnične obravnave (SPP):** spodbujanje učinkovitosti in kakovosti akutnih bolnišničnih obravnav na sekundarni in terciarni ravni, večja preglednost nad vrednostjo in obsegom opravljenih obravnav;
- **širitev skupin kakovostnega predpisovanja zdravil:** sistematičen in celovit pristop k farmakoterapiji na primarni ravni, izboljšanje kakovosti predpisovanja zdravil v državi;
- **vzpostavitev seznama medicinskih pripomočkov:** oblikovanje enotnega elektronskega seznama za vse pripomočke, ki se zagotavljajo v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja, večja preglednost nad cenami in standardi pripomočkov;
- **širitev funkcionalnosti spletnega portala za izvajalce zdravstvenih storitev:** vzpostavitev portala za redno obveščanje izvajalcev;
- **sodelovanje pri nacionalnem projektu eZdravje:** boljše komunikacije med deležniki (eRecept, eNapotovanje, idr.), boljša kakovost podatkov o storitvah (prenova posameznih baz podatkov),
- **ureditev elektronskega arhiva:** racionalizacija postopkov arhivske hrambe dokumentov, možnost oddaljenega dostopa do arhivskih gradiv, obvladovanje vedno večjih količin arhivskih gradiv, lažje pridobivanje informacij iz elektronskega arhiva.

Skupno program v obdobju 2014–2019 predvideva izvedbo 34 razvojnih nalog in 5 razvojnih projektov. Razvojna vlaganja v celotnem obdobju so ocenjena na 17,6 milijona evrov (na letni ravni okoli 3 milijone), ki jih bo Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije opredelil v okviru svojih letnih poslovnih planov oziroma finančnih načrtov za posamezno leto. Uresničevanje programa (globalnih ciljev) bo spremljal in nadziral s pomočjo postavljenih kazalcev uspešnosti poslovanja.

1. Uvod

Strateški razvojni program (v nadaljnjem besedilu SRP) kot dolgoročni planski dokument Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu ZZZS) opredeljuje razvojne cilje in strategije za izbrano razvojno obdobje na način, ki omogoča letno spremljanje uspešnosti uresničevanja postavljenih ciljev.

Osnovni namen oblikovanja tega osrednjega strateškega dokumenta ZZZS je podrobnejša opredelitev temeljnih usmeritev za izvajanje obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljnjem besedilu OZZ) in ukrepov za njihovo uresničevanje v obdobju 2014–2019.

1.1. Razlogi za nov program

K oblikovanju SRP pristopa ZZZS petič v zadnjih dvajsetih letih. V letu 2013 se izteka dosedanji program, ki je opredeljeval razvojne cilje in ukrepe za njihovo uresničevanje v razvojnem obdobju 2008–2013. Za zagotovitev kontinuitete strateškega in letnega planiranja je potreben nov SRP za razvojno obdobje 2014–2019.

Uresničevanje dosedanjega SRP je zaznamovala globoka finančna in gospodarska kriza, ki se še ni umirila in bo po napovedih imela velik vpliv na poslovanje ZZZS ter delovanje sistema OZZ tudi v naslednjem srednjeročnem obdobju.

Do dolgoročnejših sistemskih ukrepov v zakonodajnem okolju oziroma do reforme žal tudi v obdobju 2008–2013 ni prišlo. Aktualna dogajanja, povezana z razreševanjem krize na državni ravni, pa kažejo na to, da lahko do sorazmerno velikih sistemskih premikov na področju zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja pride v relativno kratkem času.

ZZZS tako ponovno pristopa k oblikovanju novega SRP v okoliščinah, ko v sistemskem okolju še niso oblikovani razvojni (planski) dokumenti ali zakonski akti, ki bi na državni ravni za sistem zdravstvenega varstva opredelili ustrezne podlage za dolgoročno strateško načrtovanje ZZZS oziroma ki bi lahko predstavljali formalne strateške vhode za oblikovanje SRP za naslednje razvojno obdobje. ZZZS tako pristopa k strateškem načrtovanju na podlagi lastne analize stanja in ocene razvojnih možnosti v okviru veljavne zakonodaje in razpoložljivih planskih dokumentov. Izvedba analize in pristopanje k SRP izboljšuje možnosti, da se ZZZS bolj argumentirano vključi v pripravo sprememb v okolju. V primeru uveljavljenih sprememb v sistemsko zakonodajnem okolju že v času oblikovanja SRP, pa jih bo ZZZS upošteval in jih (naknadno) vključeval kot podlago za potrebne dopolnitve.

Kljub neznanam glede nekaterih temeljnih razvojnih aktov in planskih dokumentov na področju zdravstvenega varstva v Sloveniji za prihodnje obdobje, se je ZZZS pri oblikovanju srednjeročnih razvojnih ciljev lahko oprl na določena strateška izhodišča iz zunanjega okolja. Predvsem so v mednarodnem okolju znana pomembna vsebinska vodila za oblikovanje razvojnih strategij. Gre za nekatere ključne strateške dokumente Evropske unije (v nadaljnjem besedilu EU) in Svetovne zdravstvene organizacije (v nadaljnjem besedilu SZO). Med njimi velja omeniti strategijo Evropa 2020¹ (strategija EU za pametno, vzdržno in vključujočo rast, ki jo je sprejela Evropska komisija v letu 2010), Vlaganje v zdravje² (strategija EU za področje zdravja, ki velja kot sestavni del strateškega dokumenta Evropa 2020) in strategijo Zdravje 2020³ kot zdravstveno politični okvir za aktivnosti

1 <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:2020:FIN:EN:PDF>.

2 http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/swd_investing_in_health.pdf.

3 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/199536/Health2020-Short.pdf.

držav na področju zdravja/zdravstva, ki jo je sprejel Evropski urad SZO v septembru 2012. Vsi navedeni dokumenti usmerjajo pozornost na nujnost prilagajanja javnih sistemov (financiranja) zdravstvenega varstva razmeram dolgožive družbe, razvoju zdravstvenih tehnologij in razmeram ter posledicam ekonomske krize, ki prizadevajo vse zdravstvene sisteme v Evropi.

1.2. Metodologija

SRP 2014–2019 je oblikovan v skladu z metodologijo razvojnega načrtovanja na ZZZS, ki temelji na izbranih načelih strateškega managementa in na sistemu uravnoteženih kazalnikov uspešnosti poslovanja. Proces strateškega managementa na ZZZS lahko opišemo kot ocenjevanje in analiziranje dejavnikov izvajanja in razvoja OZZ v notranjem in zunanem okolju organizacije z namenom oblikovanja in uresničevanja ustreznih strateških odločitev oziroma izvedljivega strateškega razvojnega programa. Najpomembnejši elementi strateškega razvojnega programa so analiza stanja, analiza razvojnih potreb in možnosti, oblikovanje načrta oziroma programa (cilji in strategije), opredelitev načina njegovega uresničevanja ter načina spremljanja in vrednotenja dosežkov.

Analiza stanja vsebuje pregled zaznanih splošnih razvojnih trendov in trendov na področju zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja v obdobju 2008–2012. Pri tem so v ospredju primerjave z državami EU oziroma ugotavljanje odstopov na posameznih področjih od povprečij EU. Zaradi razlik med starimi članicami EU (EU-15) in vsemi državami EU (EU-27 – po pristopu 12 novih držav v EU v procesu širitve po letu 2004), se primerjave, kjer je to le mogoče, nanašajo na ti skupini držav. Določene mednarodne primerjave so opravljene tudi z državami OECD (najbolj razvite države sveta, vključno z večino držav EU). Pomemben del analize stanja je tako imenovano strateško poročilo, kjer je podana ocena uresničevanja v preteklem obdobju veljavnega SRP oziroma 11 strateških ciljev po ključnih organizacijskih področjih ZZZS, ki so se v preteklem obdobju uresničevali z letnimi poslovnimi plani ZZZS.

Analizi stanja sledi analiza razvojnih potreb in razvojnih možnosti za naslednje razvojno obdobje, kjer so povzeti ključni ukrepi in strateške aktivnosti, ki jih za stabilno financiranje zdravstva v prihodnjem razvojnem obdobju predvidevata Evropska komisija in Evropski urad SZO. Predvidevanje razvoja za področje OZZ v Sloveniji v prihodnjem obdobju (2014–2019) je podano tudi na osnovi ustreznih projekcij in scenarijev. Rezultate in ugotovitve obeh analiz je po metodi SWOT⁴ analize obravnavalo vodstvo ZZZS in na tej osnovi podalo zaključno oceno razvojnih prednosti, slabosti, priložnosti in tveganj na področju izvajanja obveznega zdravstvenega zavarovanja v državi.

Na osnovi opisanih analiz in ocen je bila oblikovana razvojna vizija in izvedena razgradnja te vizije na izbrane razvojne cilje ZZZS ter razvojne strategije za njihovo uresničevanje v novem razvojnem obdobju (program). Pri oblikovanju novih razvojnih ciljev in ukrepov (strategij) za njihovo uresničevanje smo izhajali iz osnovnih vsebinskih nalog in pristojnosti ZZZS, kot edinega nosilca in izvajalca OZZ v javnem sistemu zdravstvenega varstva v državi. Pri tem je pomembno, da ključne funkcije ZZZS (prim. s sliko 1), kot nosilca javnih pooblastil pri izvajanju OZZ v državi, ne zajemajo le neposrednih zavarovalniških in finančnih ciljev (učinkovito vključevanje in urejanje zavarovanj, zagotavljanje finančnih virov, pokrivanje finančnih tveganj oziroma financiranje zdravstvene oskrbe, idr.) temveč tudi temeljne vsebinske cilje, ki so skupni celotnemu javnemu sistemu zdravstvenega varstva (predvsem zagotavljanje enakopravnega in optimalnega

⁴ Kvalitativna metoda, ki jo je ZZZS pri strateškem planiranju uporabil že v letu 2007 in ki je koristna predvsem za vrednotenje vplivov notranjih in zunanjih dejavnikov ter identifikacijo osnovnih strateških izzivov..

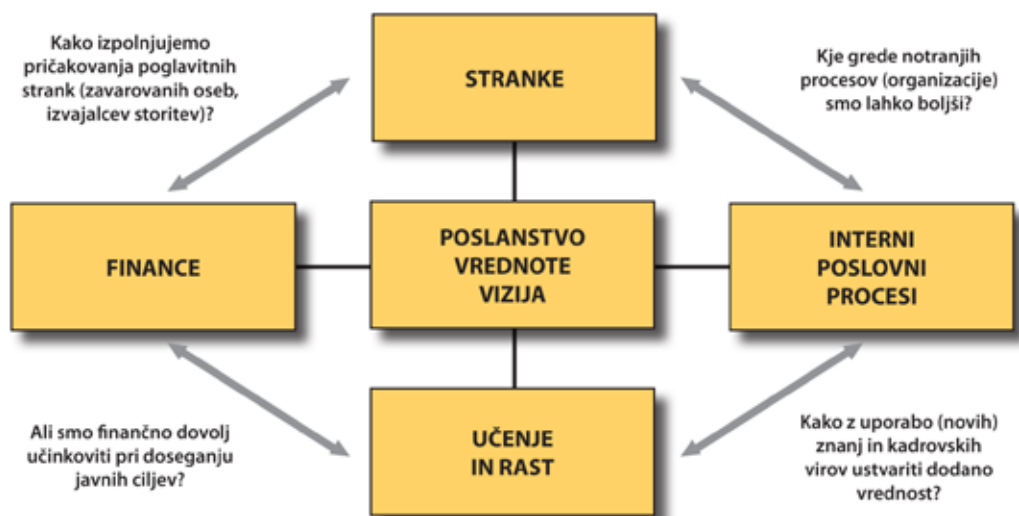


Slika 1. Ključne funkcije izvajanja OZZ v javnem sistemu zdravstvenega varstva.

dostopa do storitev ter učinkovita in kakovostna zdravstvena oskrba). Prav zavedanje vpliva in odgovornosti ZZZS za uresničevanje tako finančnih kot tudi nefinančnih (vsebinskih) ciljev na področju zdravstvenega varstva je zagotovilo, da se k načrtovanju razvoja pristopi uravnoteženo, kar je še posebej pomembno v času zaostrenih kriznih pogojev, ko se zaradi pomanjkanja finančnih sredstev lahko zgodi, da se vsebinski cilji podrejajo finančnim.

Novi razvojni cilji (in strategije za njihovo uresničevanje) za razvojno obdobje 2014–2019 so bili tako kot pri predhodnih SRP opredeljeni v skladu z metodologijo uravnoteženih kazalcev, ki terja oblikovanje ciljev in ustreznih kazalnikov spremljanja uspešnosti njihovega uresničevanja na osnovnih štirih vidikih poslovanja (slika 2):

- vidik strank,
- finančni vidik,
- vidik notranjih poslovnih procesov,
- vidik učenja oziroma upravljanja s kadri.



Slika 2. Sistem uravnoteženih kazalnikov uspešnosti poslovanja.

2. Analiza stanja in strateško poročilo o preteklem razvojnem obdobju

Skupščina ZZZS je junija 2008 sprejela SRP za obdobje od leta 2008 do leta 2013. Razvojni program z naslovom (geslom) »Skupaj za zdravo prihodnost: solidarnost je pot – zdravje je cilj« je na podlagi izjav o poslanstvu, vrednotah in razvojni viziji opredelil 11 globalnih ciljev in ustrezne strategije za njihovo uresničevanje v razvojnem obdobju 2008–2013, vključno z razvojnimi projekti in nalogami za nadaljnji razvoj obveznega zdravstvenega zavarovanja v državi. Za (1) doseg visoke ravni zdravstvene varnosti zavarovanih oseb in njihovega zadovoljstva s sistemom, kot osrednjega strateškega cilja, je predvidel še naslednje strateške cilje: (2) izboljšanje ozaveščenosti zavarovanih oseb in skrb za zdravje, (3) ohraniti uravnoteženo in pregledno finančno poslovanje, (4) izboljšati dostopnost in kakovost zdravstvenih storitev, (5) izboljšati učinkovitost partnerskih pogajanj in uveljaviti nova partnerstva, (6) uveljaviti sistem spremljanja učinkovitosti in kakovosti izvajanja zdravstvenih programov ter (7) sistem naročanja prednostnih programov, (8) izboljšati učinkovitost in kakovost delovanja službe ZZZS, (9) širiti uporabo informacijskih in komunikacijskih tehnologij, (10) zagotoviti boljšo izrabo podatkov in (11) zagotoviti uspešno poslovanje ZZZS z informiranim, izobraženim, usposobljenim in motiviranim kadrom.

Zaradi širitve ekonomske krize je ZZZS že v letu 2010 opravil analizo uresničevanja SRP in ustrezno razpravo v organih upravljanja. Na tej osnovi so bili sprejeti Prednostni ukrepi in strategije za uresničevanje SRP v letih 2011–2013. Situacija je terjala posebno skrb za ohranjanje finančne vzdržnosti sistema, hkrati pa osredotočenje aktivnosti ZZZS na bolj učinkovito izvajanje zdravstvenih programov in ohranjanje nemotenega dostopa zavarovanih oseb do zdravstvenih storitev in drugih pravic iz OZZ. Usmeritev na tri prednostna področja – v stabilno poslovanje, zagotavljanje ustrezne dostopnosti in spodbujanje učinkovitega in kakovostnega izvajanja zdravstvenih programov – je dala rezultate. Kljub številnim varčevalnim ukrepom in rezom se dostop do storitev v tem obdobju ni bistveno poslabšal.

Uresničevanje SRP v obdobju 2008–2013 je potekalo v zelo oteženih pogojih poslovanja. Na rast izdatkov so v tem obdobju, podobno kot v vseh razvitih evropskih državah, vplivali staranje prebivalstva, posledične spremembe v zdravstvenem stanju, nove zdravstvene tehnologije, nova zdravila, povečana pričakovanja prebivalcev glede možnosti zdravljenja in druga razvojna gibanja. Na velik dvig izdatkov je vplivala tudi plačna reforma v letu 2008, ki je sovpadala z izbruhom finančne krize. V skladu z vladnimi usmeritvami je sledilo obsežno varčevanje, ki se v zdravstvu izvaja od leta 2009 dalje in kjer je bil kumulativen učinek ukrepov Vlade RS, Ministrstva za zdravje in ZZZS na letni ravni v letu 2012 že okoli 350 milijonov evrov (10 % vseh razpoložljivih sredstev za zdravstveno varstvo).

ZZZS je v takih okoliščinah večkrat opozoril na dejstvo, da zgolj krčenje javnih izdatkov za zdravstvo ne bo prispevalo k dolgoročnemu uravnoteženju in stabilizaciji sistema, saj se ta ne spopada le s kratkoročnimi posledicami krize, temveč tudi z učinki spremenjenih potreb in zahtev, ki izhajajo iz globalnih razvojnih trendov. Že v času sprejema SRP v letu 2008, še posebej pa v času njegovega izvajanja po nastopu krize, so se organi upravljanja večkrat zavzeli za spremembe in prilagoditve celotnega sistema zdravstvenega varstva oziroma celovito zdravstveno reformo, do katere kljub poskusom v letih 2008 in 2010 ni prišlo. Uresničevanje SRP v oteženih pogojih poslovanja je nedvomno izpostavilo nujno po prilagajanju ne le sistema financiranja temveč tudi organizacije zdravstvenega varstva za bolj racionalno in stroškovno učinkovito uporabo razpoložljivih virov vseh nosilcev aktivnosti v sistemu.

V kriznih razmerah, ko se je bilo treba hitro in odločno odzivati na različna negativna gibanja, so se zaznale tudi številne sistemske omejitve in nedoslednosti glede izpolnjevanja vloge in položaja ZZZS v sistemu zdravstvenega varstva. Z zakonom predvidena samostojnost ZZZS pri odločanju o ključnih vprašanih izvajanja obveznega zdravstvenega zavarovanja je bila v preteklem obdobju večkrat na resnih preskusih – zlasti pri oblikovanju finančnih načrtov za tekoče poslovno leto, sprejemanju dogovora med partnerji v zdravstvu in kadrovske politiki. Zapleti na teh področjih so v marsičem ožili možnosti samostojnega načrtovanja in odločanja organov upravljanja in strokovne službe ZZZS, s tem pa tudi vplivali na doseganje temeljnih ciljev in usmeritev SRP v preteklem obdobju.

O teh in drugih razvojnih izzivih pri uresničevanju SRP v obdobju 2008–2012 v nadaljevanju poročata analiza stanja in strateško poročilo. Usmerjata se predvsem v ocenjevanje:

- vplivov trendov v zunanjem in sistemskem okolju na izvajanje OZZ,
- značilnih gibanj na področju finančnih virov in izdatkov za zdravstveno varstvo,
- uresničevanje konkretnih ciljev in usmeritev SRP s strani strokovne službe ZZZS.

2.1. Stanje in zaznani trendi na področju zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja

2.1.1. Gospodarski in družbeni trendi

V obdobju 2008–2012 so se naglo slabšale makroekonomske razmere v državi. Po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije⁵ je nacionalni bruto družbeni proizvod (v nadaljnjem besedilu BDP) v Sloveniji še v letu 2008 dosegel 37.135 milijonov evrov, kar je predstavljalo 3,6 %-no realno rast v primerjavi s predhodnim letom (tabela 1). Čeprav je bila rast v tem letu že nekoliko manjša v primerjavi z daljšim obdobjem gospodarske rasti (povprečno 4,3 % v letih 2000–2008), je Slovenija v tem letu glede BDP na prebivalca še dosegala okoli 91 % povprečne gospodarske razvitosti držav EU-27.

Tabela 1. Makroekonomski kazalci, Slovenija po letih od 2008 do 2012.

Izbrani makroekonomski kazalci	2008	2009	2010	2011	2012
BDP (v milijonih evrov)	37.135	35.310	35.415	35.789	35.700
BDP na prebivalca v evrih v Sloveniji	18.437	17.295	17.286	17.364	17.457
BDP na prebivalca po kupni moči v primerjavi z EU-27 (=100 %)	90,9	87,2	84,8	84,2	n. p.
realna rast BDP v % v Sloveniji	3,4	-7,8	1,2	0,6	-0,2
število delovno aktivnih oseb (delež zaposlenih v primerjavi s samozaposlenimi)	879.257 (89,5:10,5)	858.171 (89,4:10,6)	835.039 (89,4:10,6)	823.967 (88,5:11,5)	814.900 (88,2:11,8)
stopnja nezaposlenosti (registrirana) SLO*	6,7	9,1	10,7	11,8	11,9
inflacija, povprečje leta	5,7	0,9	1,8	1,8	2,8
bruto plača na zaposlenega v (v evrih)	1.458	1.488	1.534	1.546	1.535
bruto plača na zaposlenega (realna rast)	2,5	2,5	2,1	0,2	-2,3

Vir: Statistični urad Republike Slovenije, 2012.

5 Podatki Statističnega urada Republike Slovenije so zajeti iz podatkovnega portala SI-STAT: <http://pxweb.stat.si/pxweb/Dialog/statfile2.asp>.

V zadnji četrtini leta 2008 se je v Sloveniji zaradi globalne finančne krize začelo obsežnejše zniževanje povpraševanja po blagu in storitvah kot posledica izgube zaupanja v finančni sektor, spremljajoče likvidnostne krize in finančnega krča gospodarstva. Padec gospodarskih aktivnosti v letu 2009 je bil v Sloveniji med največjimi v EU, saj je BDP upadel v tem letu kar za 8,1 %, znatno več kot v povprečju držav EU-27 (- 4,1 %). Upad gospodarstva je zaustavil konvergentne procese glede doseganja razvitosti držav EU, saj se je Slovenija v letu 2010 oddaljila na 85 % povprečnega BDP na prebivalca po kupni moči v državah EU-27.

Opisane makroekonomske razmere so imele po letu 2009 znaten vpliv na izvajanje OZZ v državi. Na zagotavljanje finančnih virov za OZZ so neposredno vplivala zlasti gibanja v zaposlovanju in plačah zaposlenih v Sloveniji.

V državi je bilo v letu 2008 879.257 delovno aktivnih oseb, od tega 789.863 zaposlenih in 89.394 samozaposlenih oseb. V letu 2012 je bilo delovno aktivnih oseb v državi le še 814.900 (64.357 oseb ali okoli 7,3 % manj kot v letu 2008), od tega 718.742 zaposlenih in 96.158 samozaposlenih oseb. K skupnemu padcu delovno aktivnih oseb je prispeval predvsem padec števila zaposlenih oseb (skupaj za 64.357 oseb v primerjavi z letom 2008), medtem ko se je število samozaposlenih v tem obdobju povečalo za 6.764 oseb.

V skladu s temi gibanji se je v obdobju 2008–2012 znatno povečala tudi stopnja (registrirane) brezposelnosti, ki se je v primerjavi z letom 2008 (v povprečju 6,7 %) v letu 2012 skorajda podvojila (11,9 %). Število registriranih brezposelnih oseb se je s 63.215 ob koncu leta 2008 povzpelo na 124.258 v začetku leta 2013. Vsako povečanje števila brezposelnih oseb povzroča zmanjšanje prihodkov ZZZS. Posreden vpliv na zmanjšanje prihodkov je imelo tudi večanje števila samozaposlenih kategorij prebivalstva, saj je pobiranje socialnih prispevkov in drugih javnofinančnih dajatev pri tej kategoriji zahtevnejše in večkrat tudi manj učinkovito.

Vplive opisanih negativnih gibanj v zaposlovanju na prihodke OZZ je v začetni fazi krize »blažila« rast plač v javnem sektorju kot posledica plačne reforme v javnem sektorju, ki je zlasti v letu 2008, nekoliko manj pa v letu 2009 vplivala na nominalno rast plač v državi. Vpliv plač v zasebnem sektorju na skupno rast plač je bil v teh letih zaradi hitrega odziva gospodarstva na pogoje zmanjšane gospodarske aktivnosti v času krize manjši. Po sprejetju varčevalnih ukrepov v javnem sektorju (trije interventni zakoni in ustrezne spremembe kolektivne pogodbe za javni sektor v letih 2009–2011, s katerimi so bila zamaknjena preostala izplačila sredstev za odpravo plačnih nesorazmerij na obdobje ponovne gospodarske rasti nad 2,5 %, zamrznjena napredovanja, omejena višina regresa, zaostreni mehanizmi usklajevanja plač z inflacijo idr.) se je situacija obrnila. Rast plač v javnem sektorju se je praktično povsem zaustavila, na rast plač v državi v letih 2010 (nominalno 3,9 %) in 2011 (2,0 %) pa je vplivala predvsem rast plač v zasebnem sektorju, na kar so vplivale spremembe v strukturi zaposlenih in pa tudi korekcija minimalne plače v letu 2010⁶.

Zaradi šibke gospodarske aktivnosti, visoke brezposelnosti in sočasnih ukrepov države za konsolidacijo javnih financ je bila rast sredstev OZZ v teh letih omejena in ob koncu obdobja celo negativna. S tem so se znatno poslabšale tudi možnosti, da se financiranje zdravstva hitreje prilagaja spremenjenim in rastočim potrebam po zdravstvenih storitvah, kot posledici staranja prebivalstva, spremenjene slike zdravstvenega stanja prebivalstva, novih zdravstvenih tehnologij in zdravlil ter večjih pričakovanj prebivalstva.

6 Prim. s podatki in komentarji UMAR: Poročilo o razvoju za leta 2011, 2012 in 2013.

2.1.2. Gibanje prebivalstva, zavarovane osebe in zdravstveno stanje

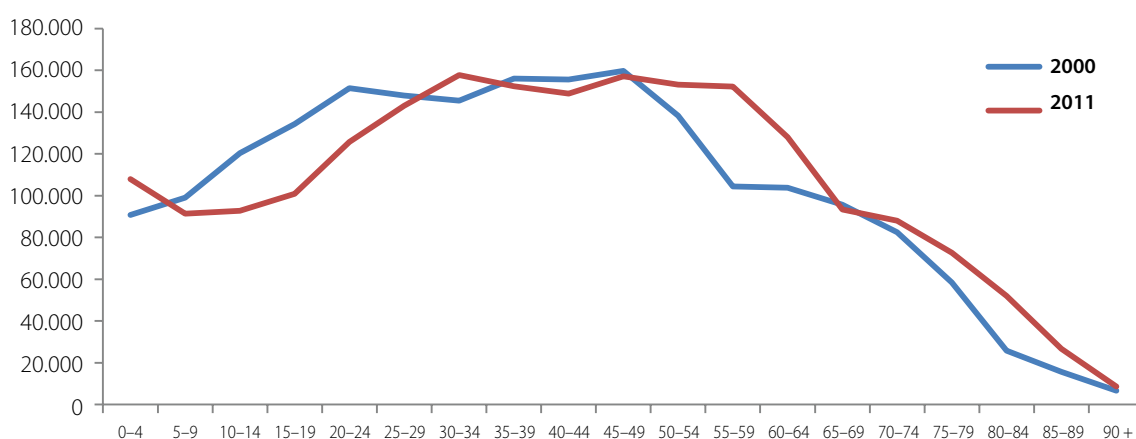
ZZZS je v SRP za obdobje 2008–2013 predvidel spremembe v demografski strukturi in posledične spremembe v zdravstvenih potrebah prebivalstva. Do največjega porasta povpraševanja po zdravstvenih storitvah naj bi prišlo predvsem zaradi bolezni srca in ožilja, rakavih bolezni, poškodb in nekaterih drugih vzrokov povezanih s staranjem. ZZZS je za boljše obvladovanje opisanih sprememb v zdravstvenih potrebah v skladu s svojimi pristojnostmi načrtoval ukrepe, ki bi spodbudili zelene strateške premike v zdravstvu od osredotočenosti zgolj na zdravljenje bolezni k uveljavljanju in promociji zdravja, od pretežno kurativnega zdravstva k preventivi in od bolnišničnega k osrednji vlogi primarnega zdravstva.

Tabela 2. Nekateri kazalci o gibanju prebivalstva v Sloveniji, po letih od 2008 do 2011.

	2008	2009	2010	2011
rodnost (št. živorojenih na 1000 preb.)	10,8	10,7	10,9	10,7
splošna umrljivost (št. umrlih na 1000 preb.)	9,1	9,2	9,1	9,1
naravni prirast (na 1000 preb.)	1,7	1,5	1,8	1,6
selitveni prirast (na 1000 preb.)	9,2	5,6	-0,3	1,0
umrljivost dojenčkov (na 1000 živorojenih)	2,5	2,4	2,5	2,9
pričakovano trajanje življenja ob rojstvu (moški / ženske)	75,4 / 82,3	75,8 / 82,3	76,3 / 82,7	76,6 / 82,9
pričakovano trajanje življenja po 65. letu (moški / ženske)	16,3 / 20,2	16,3 / 20,1	16,6 / 20,5	16,7 / 20,7

Vir: Statistični urad Republike Slovenije, 2012

Ob koncu leta 2008 je imela Slovenija 2.032.362, leta 2011 pa 2.055.496 prebivalcev. Skupno število prebivalcev se je v tem času povečalo za 1,14 %. Na povečanje števila prebivalstva sta v tem obdobju vplivala naravni in selitveni prirast prebivalcev (tabela 2). Trend pozitivnega naravnega prirasta prebivalcev, ki se je v obdobju počasnega povečevanja rodnosti po letu 2003 prvič po daljšem obdobju pojavil v letu 2006, se je v letih 2008–2012 nadaljeval in v letu 2010 dosegel vrednost 1,8 na 1000 prebivalcev. Selitveni prirast, ki se je povečal zlasti po vstopu Slovenije v EU, je bil največji v letu 2008 (9,2 na 1000 prebivalcev), po nastopu krize v letu 2010 negativen, v letu 2011 pa minimalen (1,0 na 1000 prebivalcev).



Vir: Statistični urad Republike Slovenije, 2012

Slika 3. Starostna struktura prebivalcev Slovenije v letih 2000 in 2011.

Kljub večanju rodnosti je ta še vedno prenizka, da bi nadomestila daljša obdobja izrazito negativnih naravnih gibanj rasti prebivalstva in vsaj enostavno obnovo prebivalstva. Podobno kot razvite evropske družbe se zato tudi slovenska družba stara. Kakšni so bili premiki v starostnih skupinah prebivalstva v Sloveniji v zadnjem desetletju, kaže slika 3.

Tabela 3. Starostna struktura zavarovanih oseb po območjih Slovenije v letih 2001 in 2012.

	od 0 do 18		od 19 do 64		nad 65 let	
	2001	2012	2001	2012	2001	2012
Celje	21,0	18,5	64,4	64,6	14,5	16,9
Koper	18,3	16,6	65,7	65,8	16,0	17,6
Kranj	21,9	19,4	63,6	63,1	14,5	17,5
Krško	21,2	17,8	62,9	64,8	15,9	17,3
Ljubljana	20,6	19,0	64,7	64,0	14,7	17,1
Maribor	19,7	16,9	64,9	64,7	15,4	18,3
Murska Sobota	20,3	16,8	63,6	64,8	16,1	18,3
Nova Gorica	19,4	17,7	63,8	63,8	16,8	18,5
Novo mesto	23,3	19,7	62,9	64,7	13,8	15,7
Ravne na Koroškem	21,9	18,2	65,5	65,8	12,6	15,9
ZZZS skupaj	20,6	18,2	64,4	64,4	14,9	17,3

Vir: ZZZS, baza podatkov o zavarovanih osebah.

Z vidika vplivov gibanj prebivalstva na izvajanje OZZ je poleg staranja prebivalstva pomemben tudi hkraten pojav zmanjševanja deleža mladih v celotni populaciji. Iz tabele 3 je razvidno, da je v obdobju 2001–2012 v starostni strukturi zavarovanih oseb v Sloveniji delež mlajših od 18 let upadel z 20,6 % v letu 2001 na 18,2 % v letu 2012, medtem ko se je delež starejših od 65 let s 14,9 % povzpел na 17,3 %. Podatki iz tabele razkrivajo tudi razlike v starostni strukturi zavarovanih oseb v posameznih območjih Slovenije. Staranje prebivalstva in hkraten upad mlajšega prebivalstva spreminja za izvajanje obveznega zdravstvenega zavarovanja zelo pomembno razmerje med aktivnim in vzdrževanim delom zavarovanih oseb, ki se je v Sloveniji v preteklem obdobju izrazito poslabšalo (glej tabelo 4).

Tabela 4. Zavarovane osebe v letih 2008 in 2012.

skupina zavarovancev	zavarovanci		družinski člani		skupaj		struktura	
	2008	2012	2008	2012	2008	2012	2008	2012
delavci	792.081	710.097	408.416	409.479	1.200.497	1.119.576	58,6	53,9
osebe, ki samostojno opravljajo gospodarsko ali poklicno dejavnost	72.043	72.065	32.017	31.349	104.060	103.414	5,1	5,0
kmetje	14.590	12.914	8.921	7.516	23.511	20.430	1,1	1,0
upokojenci	515.779	542.277	28.633	39.238	544.412	581.515	26,6	28,0
upravičenci iz proračuna *	15.832	23.289	5.615	11.660	21.447	34.949	1,0	1,7
brezposelni	14.035	27.260	2.938	6.766	16.973	34.026	0,8	1,6
občani brez prihodkov (ZZVZZ 15/21)**	61.272	44.811	13.931	12.659	75.203	57.470	3,7	2,8
ostali ***	49.786	104.163	11.165	20.730	60.951	124.893	3,0	6,0
SKUPAJ	1.535.418	1.536.876	511.636	539.397	2.047.054	2.076.273	100,0	100,0

Vir: podatki iz baze OZZ, ZZZS.

* Upravičenci iz proračuna: upravičenci po predpisih, ki urejajo starševsko varstvo, prejemniki invalidnin, upravičenci po predpisih o vojnih invalidih in civilnih invalidih vojne, osebe, ki prejemajo trajno socialno pomoč.

** Občani brez prihodkov (ZZVZZ 15/21), katerim plačujejo prispevke občine.

*** Ostali: osebe, ki si same plačujejo prispevke (ZZVZZ 15/20) in nekateri drugi zavarovanci, kot so tujci, ki se izobražujejo v RS, osebe s stalnim prebivališčem v RS, ki so zaposlene pri tujem nosilcu zavarovanja.

Zdravstveno stanje slovenskega prebivalstva odraža vse značilnosti dolgožive družbe. Zaradi sprememb, ki izhajajo iz demografskih gibanj in socialnih okoliščin, je v ospredju predvsem problematika kroničnih – nenalezljivih bolezni, med katere prištevamo bolezni srca in ožilja, različne vrste raka, sladkorno bolezen, duševne bolezni, poškodbe idr. Po podatkih Inštituta za varovanje zdravja Republike Slovenije⁷ (v nadaljnjem besedilu IVZ) se po splošnih kazalcih zdravstvenega stanja v Sloveniji vztrajno približujemo stanju v državah EU (prim. s tabelo 5). V letu 2010 je bilo pričakovano trajanje življenja ob rojstvu za moške ocenjeno na 76,3 let, za ženske na 82,7 let. V primerjavi z letom 2000 je pričakovano trajanje življenja za moške poraslo za 4,4 leta, za ženske za 3,6 leta. Kljub izrazitim pozitivnim trendom, je pričakovano trajanje življenja za moške še vedno nekoliko pod povprečjem EU-27 (76,4 let), za okoli 2 leti zaostaja tudi za povprečjem v EU-15 (77,9 let). Pričakovano trajanje življenja žensk pa je že preseгло povprečje v EU-27. Med najboljšimi smo v Sloveniji po umrljivosti dojenčkov z 2,5 umrlimi dojenčki na 1000 živorojenih, kar je boljše tako od povprečja EU-27 (4,1), kot EU-15 (3,4).

Tabela 5. Izbrani vitalno statistični kazalci kot splošni kazalci zdravstvenega stanja v Sloveniji in primerjava z EU (2010)

Izbrani kazalci	Slovenija	EU 15	EU 27
pričakovano trajanje življenja ob rojstvu – moški	76,3	77,9	76,4
pričakovano trajanje življenja ob rojstvu – ženske	82,7	83,2	82,4
umrljivost dojenčkov	2,5	3,4	4,1

Vir: IVZ in OECD Health Data⁸, 2012.

V Sloveniji letno umre okoli 18.500 oseb (prim. s tabelo 6). V obdobju 2001–2010 je bil zaznan padec starostno standardizirane stopnje umrljivosti od 801 v letu 2001 na 603 na 100.000 prebivalcev (prim. s tabelo 7). Po tem kazalcu je Slovenija na ravni povprečja EU-27 (603), vendar še vedno rahlo zaostaja od povprečja EU-15 (546).

Vodilni vzrok umrljivosti v zadnjem desetletju so bolezni srca in ožilja, ki so v obdobju 2001–2010 ohranile delež okoli 39 % vseh vzrokov umrljivosti prebivalstva⁹ (prim. s tabelo 6). Drugi najpogostejši vzrok umrljivosti je rak, katerega delež se je v preteklem desetletju s 26,4 % povečal na 31,7 % vseh vzrokov smrti. Tretji najpogostejši vzrok umrljivosti so poškodbe, zastrupitve in nekatere druge posledice zunanjih vzrokov, katerih delež se je nekoliko zmanjšal, in sicer s 7,7 % na 7,3 % vseh vzrokov umrljivosti. Navedeni trije vzroki umrljivosti so v letu 2001 predstavljali

Tabela 6. Število umrlih po vzroku smrti v Sloveniji v letih 2001 in 2010.

Vzrok smrti	2001 (število)	2001 (odstotek)	2010 (število)	2010 (odstotek)
Bolezni srca in ožilja	7.235	39,0	7.385	39,6
Rak	4.892	26,4	5.902	31,7
Poškodbe, zastrupitve in druge posledice zunanjih vzrokov	1.430	7,7	1.363	7,3
Ostali vzroki	4.951	26,9	3.959	21,4
SKUPAJ	18.508	100,0	18.609	100,0

Vir: Statistični urad Republike Slovenije, 2012

7 Podatki IVZ o zdravstvenem stanju so zajeti iz zbirke Zdravstveni kazalniki: Izbrani kazalniki, SLO-EU, 2000–2010 (http://www.ivz.si/zdravstveni_kazalnik).

8 Določeni primerjalni zdravstveni kazalniki so tudi iz zbirke podatkov Evropskega urada Svetovne zdravstvene organizacije WHO/EURO Health for All Database (<http://data.euro.who.int/hfad/b/>).

9 Potrebno je opozoriti na razlike v umrljivosti med moško in žensko populacijo, ki jih na tem mestu podrobneje ne obravnavamo.

73,1 %, v letu 2010 pa 78,6 % vseh vzrokov smrti. Primerjave bolj specifičnih kazalcev o bremenu teh treh skupin kroničnih bolezni in stanj z državami EU kažejo, da so pred slovensko družbo in sistemom zdravstvenega varstva še številni pomembni izzivi. Starostno standardizirana stopnja umrljivosti (SU) zaradi vseh bolezni srca in ožilja se je npr. v Sloveniji v opazovanem obdobju z 298,42 na 100.000 prebivalcev v letu 2001 zmanjšala na 218,40 v letu 2010. Po tem kazalcu smo v Sloveniji sicer na ravni EU-27 (221,75), vendar pomembno nad EU-15 (174,6).

Tabela 7. Starostno standardizirane stopnje umrljivosti* zaradi izbranih vzrokov v Sloveniji v primerjavi z državami EU, 2010

stopnja umrljivosti po izbranih vzrokih	Slovenija	EU 15	EU 27
stopnja umrljivosti zaradi vseh vzrokov	599,7	524,1	602,7
stopnja umrljivosti zaradi bolezni srca in ožilja	218,4	174,6	221,8
- od tega ishemična srčna bolezen	64,4	64,5	80,1
- od tega možganska kap	66,2	40,1	53,6
stopnja umrljivosti zaradi raka	196,0	-	169,7
stopnja umrljivosti zaradi poškodb in drugih zun. vzrokov	56,3	-	36,5

Vir: IVZ (tudi OECD Health Status in EC- EUROSTAT Health¹⁰)

* Starostno standardizirana stopnja umrljivosti je kazalec, ki omogoča primerjavo umrljivosti med populacijami (državami) z različno starostno strukturo. Izračunana je na osnovi uporabe tako imenovane direktne metode standardizacije in evropske standardne populacije. SU kaže, kakšna bi bila groba stopnja v opazovani populaciji, če bi bila starostna struktura te populacije enaka kot je v evropski standardni (teoretični) populaciji.

Med boleznimi srca in ožilja smo v Sloveniji znaten napredek dosegli na področju zdravljenja ishemične srčne bolezni, kjer se je standardizirana stopnja umrljivosti od 99,9 v letu 2001 znižala na 64,4 na 100.000 prebivalcev v letu 2010, kar je povsem na ravni povprečja v EU-15 (64,5) in znatno pod povprečjem EU-27 (80,1). Manj zadovoljni smo lahko s trendi na področju možganske kapi, saj je stopnja umrljivosti po obdobju intenzivnega manjšanja (še v letu 2006 na ravni 53,7) ponovno začela naraščati (v letu 2010 na ravni 66,2), kar je bilo nad povprečjem tako EU-27 (53,6) kot tudi EU 15 (40,1). Za zmanjševanje stopnje umrljivosti na področju bolezni srca in ožilja, ki ga beležijo skoraj vse države EU, so najbolj zaslužni splošni ukrepi promocije zdravja (zdrav način življenja, gibanje, prehrana, zmanjševanje kajenja idr.) preventiva (preprečevanje dejavnikov tveganja in zgodnje odkrivanje) in učinkovite metode diagnostike ter zdravljenja. Premišljeno vlaganje v zdravje se na tem področju lahko obrestuje zlasti na področjih, kjer v primerjavi z najboljšimi praksami v državah EU v Sloveniji zaostajamo (npr. programi diagnostike in zdravljenja akutne možganske kapi).

Nezadovoljivo je predvsem stanje na področju raka, saj je breme raka v Sloveniji v primerjavi z drugimi državami EU večje. Če breme ocenjujemo s kazalci zbolevanja in umrljivosti, je zbolevanje za rakom v Sloveniji v povprečju držav EU. Po umrljivosti pa ima Slovenija v primerjavi z državami EU slabše rezultate, prav tako glede preživetja. V Sloveniji je rak, tako kot v EU na drugem mestu pri vzrokih umrljivosti, vendar je delež pogostosti umiranja za rakom v Sloveniji (31,7 % vseh smrti) znatno višji kot v EU 27 (28,0 %). Tudi zmanjševanje standardizirane stopnje umrljivosti zaradi vseh vrst raka je bilo v Sloveniji (v letu 2001 203,7, v letu 2010 pa 196,0 na 100.000 prebivalcev) v zadnjem desetletju počasnejše od povprečja v EU-27 (s 182,6 na 169,7 na 100.000 prebivalcev). V primerjavi z državami EU-27 je Slovenija med državami, v katerih največ umirajo za rakom, večjo umrljivost kot pri nas imajo le v nekaterih srednje oziroma vzhodno evropskih državah

10 Pomembna vira za primerjalne zdravstvene kazalnike so tudi podatki OECD, ki so dostopni na portalu OECD Health Status (http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT) in podatki Statističnega urada Evropske komisije EUROSTAT Health (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/introduction>).

(Madžarska, Litva, Latvija, Slovaška, Estonija, Poljska)¹¹. Stopnja umrljivosti je nadpovprečna pri najpogostejših rakavih obolenjih kot so rak pljuč, rak dojke in rak prostate. Čeprav se preživetje pri večini vrst raka v Sloveniji pomembno izboljšuje, je še vedno slabše od evropskega povprečja. Rak tako ostaja eden največjih zdravstvenih problemov v državi. Podobno kot pri boleznih srca in ožilja so pri raku pomembni programi promocije zdravja in primarne preventive (zdrav življenjski slog, nekajenje, izogibanje kancerogenom v okolju). Za razliko od bolezni srca in ožilja pa so za izboljšanje stanja na področju raka potrebne še specifične aktivnosti za boljše preživetje bolnikov, ki naj bi omogočile hitrejšo odkrivanje zgodnjih stadijev te bolezni in učinkovito zdravljenje. Pri tem je ključna ustrezna dostopnost do programov zgodnjega odkrivanja (presejalni programi v Sloveniji) in do ustreznih diagnostičnih preiskav ter metod zdravljenja, ki povečujejo možnost ozdravitve ali večjo kakovost preživetja.

Poškodbe so v Sloveniji na tretjem mestu po vzroku smrti. Prizadenejo velik delež otrok in mlajših prebivalcev, zato je družbeno in ekonomsko breme poškodb izjemno veliko. Če je bila zaradi prezgodnje umrljivosti še pred časom velika pozornost usmerjena predvsem otrokom in mlajšim odraslim, postajajo v zadnjem času vedno večji javnozdravstveni izziv tudi poškodbe starejših. Standardizirane stopnje umrljivosti so v Sloveniji, kljub znatnem padcu v zadnjem desetletju (iz 70,1 v letu 2001 na 56,3 na 100.000 prebivalcev v letu 2010), še vedno znatno višje od povprečja EU-27 (36,5 v letu 2010). Vodilni vzroki smrti zaradi poškodb so padci, samomori in prometne nesreče. Še pred desetletji so bile v Sloveniji prometne nezgode najpogostejši vzrok umrljivosti, sedaj pa zaradi staranja prebivalstva prihajajo v ospredje padci. Padci so tudi med vodilnimi vzroki hospitalizacij zaradi poškodb. Četrtnina od okoli 30.000 ljudi, ki se v Sloveniji letno zdravi v bolnišnicah zaradi poškodb, je starejša od 64 let, med njimi se že vsak drugi starejši poškodovanec zdravi v bolnišnicah zaradi posledic padcev. Ob staranju prebivalstva se bo problematika poškodb zaradi padcev povečevala, kar bo vplivalo na rast finančnih stroškov – zlasti stroškov bolnišničnega zdravljenja, povečala pa se bo tudi potreba po rehabilitaciji in oskrbi starejših ljudi v različnih ustanovah. Podatki kažejo, da bo potrebno ustrezne preventivne aktivnosti poleg prometnim nesrečam in samomorom, posvetiti tudi problematiki padcev starejšega prebivalstva.

Tudi duševno zdravje postaja v Sloveniji eden izmed osnovnih javnozdravstvenih izzivov. Velikokrat se duševne bolezni izidejo v samomoru, kjer ima Slovenija z 20,3 na 100.000 prebivalcev enega najvišjih količnikov v EU. Najpogostejši duševni motnji med splošno populacijo sta depresija in anksioznost, najpogostejši razlog za hospitalizacijo pa shizofrenija, zaradi katere so bolniki, v primerjavi z drugimi duševnimi boleznimi, hospitalizirani najdlje.

Za ohranjanje in izboljševanje zdravja prebivalstva oziroma zmanjševanje bremen bolezni srca in ožilja, raka in nekaterih drugih kroničnih bolezni so najpomembnejši dejavniki pravilna prehrana, primerna telesna aktivnost in telesna teža ter opustitev razvad kot so kajenje, alkoholizem in uporaba nedovoljenih drog. Kot kažejo določene ocene, prehranjevalne navade velikega dela Slovencev niso dobre (IVZ, 2009)¹², kar velja za vse starostne skupine. Otroci in mladostniki uživajo premalo sadja in zelenjave, prepogosto uživajo energijsko goste jedi, prigrizke in sladkane pijače, dobra tretjina jih nikoli ne zajtrkuje. Podobne prehranjevalne navade imajo tudi odrasli, saj se v Sloveniji po teh ocenah zdravo prehranjuje le okoli četrtnina ljudi.

V Sloveniji je, podobno kot v državah EU, zaznan trend naraščanja debelosti. Delež prekomerno debelih v Sloveniji je bil v letu 2010 s 16,8 % vse odrasle populacije nekoliko nad povprečjem EU 27 (16,6 %). Zaskrbljujoč je delež prekomerne debelosti med otroki in mladostniki v Sloveniji, kjer

11 Primerjave med državami EU glede izbranih kazalnikov o zdravstvenih sistemih so opisane tudi v letnih poročilih OECD Health at a Glance – Europe, ki uporablja podatke iz vseh navedenih virov.

12 Prehrabene navade odraslih prebivalcev Slovenije z vidika varovanja zdravja. Ljubljana: IVZ, 2009.

okoli 13 % deklic (EU-27 10 %) in 23 % dečkov (EU-27 17 %) poroča o prekomerni telesni teži. Čeprav je delež deklic (20 %) in dečkov (31 %) v Sloveniji, ki so redno telesno dejavni nekoliko nad povprečjem EU v letu 2010 (19 % deklic in 28 % dečkov), sta zaskrbljujoča trenda upadanja rednih aktivnosti v primerjavi s predhodnimi obdobji in upadanje rednih aktivnosti s starostjo.

Delež odraslih kadilcev se je v Sloveniji v zadnjem desetletju zmanjšal (18,9 % v letu 2010), tako da je znatno pod povprečjem v državah EU (23 %). Še vedno pa je nadpovprečen delež mlajših kadilcev v Sloveniji, saj je 20 % 15-letnih dečkov in 19 % deklic v letu 2010 poročalo, da pokadi vsaj eno cigareto na teden, medtem ko je bilo v povprečju EU takšnih 18,5 %. Potrošnja alkohola med odraslimi v Sloveniji (10,3 litrov čistega alkohola na odraslega prebivalca na leto) je nekoliko nižja od povprečja EU 27 (10,7 litrov). Vendar, če velja za kritično količino, ki predstavlja veliko tveganje za razvoj zdravju škodljivih posledic in ogroža blagostanje ljudi, deset litrov popitega čistega alkohola na prebivalca, je alkoholizem dokaj velik javnozdravstveni problem Evrope, pa tudi Slovenije. V Sloveniji kritično mejo 10 litrov čistega alkohola na prebivalca presegamo že vrsto let. Veliko breme alkoholizma, ki je razširjeno tudi med mlajšimi skupinami prebivalstva, potrjujejo podatki o poškodbah in zastrupitvah kot kratkoročne posledice opijanja, ki so najpogostejši vzrok za hospitalizacijo v starostni skupini od 10 do 19 let. Prav tako so zaskrbljujoči podatki o visokih deležih prometnih nezgod z udeležbo alkohola. Tudi razširjenost uživanja opojnih drog med mladimi je čedalje večja.

Zaradi nezdrave prehrane, premajhnega gibanja, prekomerne teže in nekaterih drugih nezdravih življenjskih aktivnosti v državah EU in tudi v Sloveniji hitro narašča sladkorna bolezen kot sodobna kronična bolezen presnovnega sistema. Po zadnjih ocenah razširjenosti diabetesa v Sloveniji, ki je bila opravljena v okviru Nacionalnega programa za preprečevanje sladkorne bolezni, naj bi imelo sladkorno bolezen okoli 126.500 prebivalcev. Ocene razširjenosti sladkorne bolezni med odraslim prebivalstvom (v starosti 20–79 let) kažejo, da je delež razširjenosti sladkorne bolezni v Sloveniji med odraslimi prebivalci (7,9 % prebivalstva) znatno višji od povprečja EU (6,4 %), kar nalaga posebno skrb za izboljšanje takšnega stanja. Velik delež razširjenosti se nanaša na sladkorno bolezen tipa 2, ki jo je moč uspešno preprečiti prav s preprečevanjem opisanih dejavnikov nezdravega življenjskega sloga. Preprečevanje je še toliko pomembnejše zaradi velikega ekonomskega bremena, ki ga predstavlja sladkorna bolezen zaradi dolgotrajnega zdravljenja in zdravstvenih komplikacij, ki jih povzroča. Po ocenah različnih študij imajo javni zdravstveni sistemi v Evropi kar okoli 7 % neposrednih stroškov (storitve, zdravila, medicinski pripomočki, bolniške odsotnosti) za zdravljenje sladkorne bolezni.

Kot kaže, so bili v Sloveniji preventivni ukrepi (za splošno in za rizične populacije, kot so homoseksualci in uporabniki drog, ki se injicirajo) za obvladovanje AIDS-a, uspešni, saj ostaja z nizkim deležem okuženih z virusom HIV ali zbolelih za AIDS-em. V primerjavi z državami EU je imela v letu 2010 Slovenija 1,7 na novo odkritih HIV pozitivnih primerov (v EU-27 povprečno 6,2) in 0,3 (v EU-27 povprečno 1,1) zbolelih za AIDS-em na 100.000 prebivalcev.

2.1.3. Zdravstvene zmogljivosti in aktivnosti

V SRP je bila za obdobje 2008–2013 podana ocena, da bodo spremenjene in povečane potrebe po zdravstvenih storitvah, kot rezultat staranja prebivalstva, vplivale na 0,5–1,0 % rast storitev na vseh področjih zdravstvene dejavnosti. Še posebej naj bi se potrebe in zahteve večale na primarni ravni in na področju storitev dolgotrajne oskrbe. Rast je bila pričakovana tudi na področju porabe zdravil in medicinskih pripomočkov. Zato je še posebej pomembna ocena, kako so se v tem obdobju zdravstvene zmogljivosti prilagajale spremembam v zdravstvenih potrebah.

Glede razpoložljivosti zdravstvenih zmogljivosti (kadri, bolniške postelje, prostori, oprema) so bili v obdobju 2008–2012 izvedeni določeni premiki. Najpomembnejše organizacijske novosti so bile uvedene na primarni ravni z uveljavitvijo učnih (vključevanje specializantov v obravnave bolnikov) in referenčnih ambulant (vključevanje diplomiranih medicinskih sester v obravnavo kroničnih bolnikov). Nekatere spremembe na sekundarni in terciarni ravni izvajanja zdravstvene dejavnosti so bile posledica vsakoletnih dogovorov partnerjev v zdravstvu o prestrukturiranju določenih zmogljivosti za uresničevanje izbranih prednostnih nalog, ki so bile predvidene tudi v SRP.

Primerjave s stanjem v državah EU kažejo (tabela 8), da imamo v Sloveniji 2,4 zdravnikov na 1.000 prebivalcev, kar je pod povprečjem EU 27 (3,4). Po podatkih IVZ je bilo v letu 2010 v Sloveniji zaposlenih 4.979 zdravnikov, kar je bilo 1,3 % več kot predhodno leto. Vendar, kot kažejo podatki in ocene OECD, je bila rast zdravnikov v zadnjih desetih letih v državah OECD (v povprečju 1,7 % letno) hitrejša kot v Sloveniji (1,0 % letno).

Tabela 8. Izbrani kazalniki o zdravstvenih zmogljivostih v Sloveniji v letih 2001 in 2010 v primerjavi z državami EU (2010 oziroma zadnji razpoložljivi podatek).

Izbrani kazalci zdravstvenih zmogljivosti	2001	2010	EU
Št. zdravnikov na 1.000 prebivalcev	2,17	2,43	3,33
Št. zdravnikov splošne / družinske medicine na 1.000 prebivalcev	0,46	0,42	0,87
Št. zobozdravnikov na 1.000 prebivalcev	0,59	0,61	0,66
Št. farmacevtov na 1.000 prebivalcev	0,38	0,54	0,62
Št. medicinskih sester / tehnikov na 1.000 prebivalcev	0,71	0,82	0,83
Št. bolnišnic na 100.000 prebivalcev	1,41	1,42	2,68
Št. bolniških postelj na 100.000 prebivalcev:	516	457	545
- od tega akutnih bolnišničnih postelj	444	373	308
Št. aparatov za magnetno resonanco na 1.000.000 prebivalcev	3	7,5	10,3
Št. CT aparatov na 1.000.000 prebivalcev	6,5	11	20,4

Vir: IVZ (na osnovi WHO/EURO HFA-DB, 2012) in OECD (Health at a Glance: Europe, 2012).

Osnovna ukrepa za izboljševanje stanja glede pomanjkanja zdravnikov sta bila v preteklem obdobju povečevanje vpisa na medicinske fakultete (2010) in olajševanje pogojev za pridobitev licence tujim zdravnikom (nov zakon v letu 2010, ki je poenostavil postopek priznavanja kvalifikacij tujim zdravnikom). Z zaključkom študija prve generacije študentov nove Medicinske fakultete v Mariboru se je precej povečalo število diplomantov medicine. Število diplomantov obeh medicinskih fakultet se je v letu 2010 povečalo za 63 glede na predhodno leto, in sicer s 169 na 229. Število diplomantov medicine se je s 6,1 diplomanta na 100.000 prebivalcev v letu 2001 povečalo na 11,2 v letu 2010, s čimer smo se poravnali s povprečjem držav EU 27 (11,0 v letu 2010).

Slovenija najbolj zaostaja po številu zdravnikov splošne/družinske medicine, ki jih je bilo v letu 2010 le 0,42 na 1000 prebivalcev (EU-27 0,9). Vendar v to število niso zajeti zdravniki pediatri za predšolske otroke in zdravniki za šolsko medicino na primarni ravni. Prav tako je treba dodati, da so bili zdravniški timi splošne/družinske medicine po letu 2010 izpopolnjeni z uvedbo učnih in referenčnih ambulant kot pomembno dopolnitvijo kadrovskih virov na tej ravni (ki v statistiki ni zabeležena). Izboljšanje kadrovskih virov na primarni ravni je smiselna usmeritev z vidika uveljavitve strateškega pomena krepitve primarni ravni. Pomembna je tudi krepitev vratarske vloge zdravnikov splošne/družinske medicine, ki naj bi jo uresničevali predvsem z racionalnimi odločitvami o zdravljenju bolnikov, s tem pa tudi obvladovanjem (zmanjševanjem) obsega obravnav na višjih ravneh zdravstvene dejavnosti (specialistične in bolnišnične obravnave), ki so stroškovno zahtevnejše.

V Sloveniji po razpoložljivih kadrovskih virih najmanj zaostajamo od evropskih povprečij glede zobozdravnikov, farmacevtov in medicinskih sester oziroma tehnikov. Glede na razvojne možnosti velja izpostaviti, da je bilo leta 2010 na 100.000 prebivalcev zaposlenih 824 zdravstvenih tehnikov in medicinskih sester, kar je skoraj na ravni povprečja EU (834). Zaradi številnih novih visokih zdravstvenih šol v zadnjih letih hitro narašča število diplomiranih medicinskih sester, kar lahko povzroči določene probleme na trgu dela. Potencial teh kadrovskih virov bi se lahko izkoristil za nadaljnji prenos izbranih zdravniških aktivnosti nanje ali v primeru uveljavitve novega sistema dolgotrajne oskrbe za hitrejši razvoj nege in oskrbe na domu, kar bo treba storiti v okolju pričakovanih omejitev pri zaposlovanju v javnem sektorju.

Relativno nizko število bolnišnic v Sloveniji v primerjavi z državami EU je posledica specifičnega razvoja bolnišnične dejavnosti v preteklosti. Tudi število razpoložljivih bolniških postelj v Sloveniji (457 postelj na 100.000 prebivalcev v letu 2010) je nekoliko pod povprečjem EU (545), vendar je obseg primerljiv z več državami. Tudi v Sloveniji je bilo v zadnjem desetletju doseženo zmanjševanje akutnih bolnišničnih postelj, kot rezultat skrajševanja povprečnih ležalnih dob in večje učinkovitosti obravnave oziroma prenosa določenih akutnih obravnave na dnevne oziroma ambulantno specialistične obravnave. Zniževanje akutnih bolnišničnih postelj je splošen trend v državah EU in posledica prizadevanj po večji učinkovitosti in kakovosti (racionalizaciji) bolnišnične dejavnosti. Vendar dinamika zniževanja ni povsod enaka. V Sloveniji se je število akutnih postelj v obdobju 2001–2010 zmanjšalo za 16 %, v državah EU pa v povprečju za 18 %.

Trend izboljšave je bil v preteklem obdobju zaznan tudi glede razpoložljivosti najzahtevnejših zdravstvenih tehnologij. Število aparatov za podajanje slik na podlagi magnetne resonance in za računalniško tomografijo (CT) se je v Sloveniji med letoma 2001–2010 skoraj podvojilo. Glede razpoložljivosti aparatov za magnetno resonanco se je zaostanek za povprečjem držav EU bistveno zmanjšal, nekoliko večji pa je glede razpoložljivosti CT aparatov.

Tabela 9. Izbrani kazalniki o uporabi zdravstvenih zmogljivostih (utilizaciji) v Sloveniji v letih 2006 in 2010.

Izbrani kazalci zdravstvenih aktivnosti	2006	2010
Št. obiskov na prebivalca v zunaj-bolnišnični ambulantni dejavnosti, od tega:	6,5	6,4
- na primarni ravni	4,5	4,2
- na sekundarni ravni	2	2,2
Število predpisanih receptov za zdravila:	14,8 mio	15,8 mio
- št. predpisanih receptov na prebivalca	7,3	7,8
Število izdanih naročilnic za medicinske pripomočke	653.180	687.691
Število oseb, ki so prejele vsaj en medicinski pripomoček	104.039	119.640
Število primerov bolniške odsotnosti	769.142	854.166
Razmerje kurativni / preventivni obiski na primarni ravni (%)	88,1 / 11,9	85,5 / 14,5
Delež hišnih obiskov v vseh obiskih na primarni ravni (%)	0,9	0,9
Št. napotitev k specialistu:	1.054.439	1.150.053
- s primarne ravni	1.014.562	1.087.862
- s sekundarne ravni	39.877	62.191
Povprečna ležalna doba v bolnišnicah (v dnevih)**	7,1	6,7
Stopnja hospitalizacije zaradi bolezni na 1.000 prebivalcev	157	156
Delež enodnevnega zdravljenja po zdravljenju v bolnišnicah (%)	9,7*	13,3*

Vir: IVZ

* Podatek je za leti 2004 in 2008.

** Gre za akutne in neakutne (rehabilitacija, nega, paliativna oskrba, psihiatrična obravnava idr.) obravnave.

Za zagotavljanje dostopa zavarovanih oseb do zdravstvene oskrbe in oceno učinkovitosti izvajanja zdravstvenih storitev so poleg razpoložljivosti zdravstvenih zmogljivosti pomembni tudi kazalci njihove uporabe (utilizacije) oziroma obsega in vsebine izvedenih zdravstvenih aktivnosti. Po številu obiskov zunajbolnišničnih ambulant (ambulante na primarni ravni in specialistične ambulante na sekundarni in terciarni ravni) na prebivalca smo v Sloveniji na ravni povprečja držav EU. V letu 2010 je bilo skupno 13,1 milijona takšnih obiskov, kar pomeni 6,4 obiska na prebivalca v Sloveniji, v državah EU 27 je v povprečju obiskov ambulant 6,3. Največ obiskov ambulantne dejavnosti beležijo (med 8 in 12) v Belgiji, Nemčiji, Madžarski in Češki, ali zaradi za izvajalce preveč stimulativenega storitvenega obračunskega sistema ali zaradi odsotnosti oziroma neučinkovitega izvajanja vratarske vloge zdravnikov na primarni ravni. Manjši obisk ambulant od povprečja EU 27 je zaznan predvsem v nekaterih skandinavskih državah (Švedska, Finska, Danska) in ga pripisujejo okrepljeni vlogi primarne zdravstvene oskrbe in prenosa določenih pristojnosti zdravnikov na medicinske sestre na tej ravni.

Dve tretjini (65,6 %) vseh obiskov ambulant so v letu 2010 predstavljali obiski ambulant zdravnikov na primarni ravni, ki jih je bilo skupno 8,7 milijona, kar je za okoli 5 % manj kot v letu 2006. Zmanjševanje števila obiskov na primarni ravni v preteklem obdobju ne bi bilo nič slabega, če se v istem obdobju ne bi znatno povečalo število obiskov specialističnih ambulant (z 2,0 na 2,2 milijona obiskov oziroma za 10 %). K temu je prispevalo tako povečano število napotitev s primarne kot tudi s sekundarne ravni (prim. s tabelo 9). Kopičenje storitev je vselej pokazatelj slabosti v delovanju primarnega zdravstva (osrednja vloga v delovanju zdravstvenega sistema in vratarska naloga izbranih osebnih zdravnikov) in specialistične dejavnosti (nepotrebne dodatne preiskave, prenapotitve med specialisti, idr.), čeprav je del obsega specialističnih storitev mogoče pripisati tudi ukrepom racionalizacije –npr. prestrukturiranja dela bolnišnične v specialistično dejavnost.

O obsegu (in tudi kakovosti) opravljenega dela zunaj-bolnišničnih zdravnikov govorijo tudi podatki o količini predpisanih receptov za zdravila, naročilnic za medicinske pripomočke in odobrenih primerov bolniške odsotnosti, ki so v preteklem obdobju ponovno naraščale. Zaskrbljuje zlasti količinska rast števila predpisanih zdravil, saj je bilo v Sloveniji v letu 2010 na prebivalca predpisanih že skorajda 8 receptov za zdravila, s čimer se odpirajo resni problemi glede polifarmakoterapije (prim. s tabelo 9). Podoben trend je bil zaznan pri količini izdanih medicinskih pripomočkov, kjer se je število oseb, ki so prejele v letu dni vsaj en pripomoček, povečalo od leta 2006 do leta 2010 za 11,5 %.

Bolj ugoden je trend večanja deleža preventivnih obiskov na primarni ravni (iz 11,9 % v letu 2006 na 14,5 % vseh obiskov na tej ravni) v primerjavi s kurativnimi obiski v ambulantah na primarni ravni. Hišni obiski so v opazovanem obdobju ostali na isti ravni, čeprav je njihov delež relativno nizek (0,9 % vseh obiskov).

Od skupno 4,224 milijona obiskov specialističnih ambulant na sekundarni in terciarni ravni v letu 2010 jih je bilo največ v ambulantah interne medicine (1,131 milijona), kirurgije (0,976 milijona) milijona), oftalmologije (0,520 milijona) in psihiatrije (0,386 milijona). V letu 2010 je bilo v slovenskih bolnišnicah opravljenih skupno 314.246 obravnav (v letu 2008 302.147 obravnav).

Skupno število bolnišničnih obravnav je nekoliko poraslo, vendar je stopnja hospitalizacije zaradi porasta prebivalcev v opazovanem obdobju ostala skoraj na enaki ravni (156 na 1.000 prebivalcev v letu 2010). Z vidika učinkovitosti sistema je bil zaznan pomemben trend nadaljnjega zmanjševanja povprečne ležalne dobe v bolnišnicah, ki se je s 7,1 dneva v letu 2006 zmanjšala na 6,7 dneva v letu 2010. Po povprečni ležalni dobi smo v Sloveniji pod povprečjem držav EU (8,1 dneva). Prav tako pomembno pa je večanje deleža enodnevnih bolnišničnih obravnav, ki je z 9,7 % vseh

obravnav poraslo na 13,3 % vseh obravnav v letu 2010. Kljub napredku po deležu enodnevnih bolnišničnih obravnav še vedno zaostajamo za povprečjem EU (20,8 %). V skladu s povečanim številom in aparatom za magnetno resonanco in računalniško tomografijo raste v Sloveniji tudi število opravljenih zahtevnih preiskav. V letu 2010 je bilo opravljenih 29,4 ambulantne preiskave z magnetno resonanco na 1000 prebivalcev, kar pomeni, da za povprečjem držav OECD (46,3) ne zaostajamo več toliko, kot smo še pred leti. Zaostanek za povprečjem OECD držav (123,8 na 1000 prebivalcev) pa je še vedno sorazmerno velik glede števila opravljenih CT preiskav v Sloveniji (38,6).

Zaradi povečanih potreb po podaljšanem bolnišničnem zdravljenju in paliativni oskrbi so se v obdobju 2008–2012 vztrajno povečevali tudi programi neakutnih bolnišničnih obravnav. Planirani obseg neakutnih bolnišničnih obravnav se je npr. s 196.210 bolnišničnih oskrbnih dni povečal na 204.657 dni v letu 2011 (povečanje za 4 %). Prav tako so se v tem obdobju izdatno povečevali programi zdravstvene nege – predvsem zaradi povečevanja zmogljivosti dolgotrajne oskrbe, ki so v Sloveniji izvaja v različnih socialnih zavodih (domovi za starejše, posebni socialni zavodi idr.). Delež uporabnikov institucionalnega varstva med starejšimi od 65 let je v letu 2010 znašal 4,9 %.

2.1.4. Sistemske spremembe in odzivi na ekonomsko krizo

Področje zdravstvenega varstva ureja pri nas več zakonov, in sicer Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (v nadaljnjem besedilu ZZZVZZ), Zakon o zdravstveni dejavnosti, Zakon o lekarniški dejavnosti, Zakon o zdravniški službi, Zakon o pacientovih pravicah, Zakon o zdravilih, Zakon o nalezljivih boleznih, Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva in nekateri drugi zakonski ter podzakonski akti, ki z vidika delovanja sistema predstavljajo zaokroženo in neločljivo celoto. Za področje OZZ je temeljnega pomena ZZZVZZ, ki je nekaj sprememb in dopolnitev doživel v obdobju 2008–2012, vendar ni šlo za večje spremembe ali nove sistemske rešitve. Tako je ureditev sistema zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja tudi v obdobju uresničevanja SRP ostala praktično nespremenjena in temeljila na rešitvah, kot so bile oblikovane in določene že v daljnem letu 1992.

Organi upravljanja in strokovna služba ZZZS so že v času sprejema SRP v letu 2008 v posebnih stališčih do razvojnih vprašanj zdravstvenega varstva v Sloveniji izrazili zahtevo, da se za zagotovitev dolgoročne (finančne) vzdržnosti zdravstvenega sistema v državi čim prej izvedejo ustrezne dograditve sistema oziroma zdravstvena reforma. Zaradi usmeritev v večjo učinkovitost in kakovost zdravstvene službe je ZZZS pozval tudi k čimprejšnjem sprejemu Plana zdravstvenega varstva kot z zakonom predvidenega dokumenta, ki bi določal razvoj zdravstvenega varstva (prednostni cilji, opredelitev potrebnih zdravstvenih zmogljivosti oziroma mreže javne zdravstvene službe idr.), s tem pa tudi olajšal dogovarjanje med partnerji v zdravstvu glede obsega programov in potrebnih sredstev za njihovo nemoteno izvajanje.

Zaradi ekonomske krize je ZZZS v letu 2010 izvedel analizo uresničevanja SRP in na tej podlagi oblikoval določene prednostne strategije in ukrepe za izvajanje OZZ v zaostrenih pogojih poslovanja. Pri tem je ponovno opozoril na nujnost čimprejšnje uveljavitve sistemskih aktov in zakonodajnih sprememb. Še zlasti pomembno je z zdravstveno reformo omogočiti razmere za izboljšanje stanja na ključnih področjih izvajanja OZZ: učinkovita izvedba zdravstvenih programov, nemoten dostop do pravic in stabilni finančni viri oziroma uravnoteženo finančno poslovanje.

Skupščina ZZZS je Analizo uresničevanja SRP 2008–2013 obravnavala na seji, 12. aprila 2010, ko je sprejela sklep, da ZZZS na podlagi te analize pripravi korekcije posameznih strategij ter jih predloži Skupščini ZZZS v sprejem. Ugotovljeno je bilo, da je v spremenjenih okoliščinah

poslovanja za obdobje 2011–2013 z vidika dopolnjevanja strategij in ukrepov, za ZZZS temeljnega pomena razrešiti vprašanje, kako ohraniti primerno dostopnost in kakovost zdravstvenega varstva v razmerah, ko postajajo finančni viri statični in se celo zmanjšujejo. Na podlagi Analize uresničevanja SRP, s ciljem doseči strateške cilje in glede na spremenjene razmere v okolju, je ZZZS za leto 2011, 2012 in 2013 predlagal usmeritve in ukrepe, ki jih je Skupščina ZZZS sprejela na 6. seji, 22. novembra 2010.

Glede na negativne projekcije finančnega poslovanja ZZZS do leta 2013, ko se je ocenjevalo, da s prihodki ne bo mogoče pokrivati vseh zakonskih in dogovorjenih obveznosti, in ob dejstvu, da potrebe po zdravstvenih storitvah presegajo zmogljivost OZZ, ki je omejena s finančnimi viri za njegovo izvajanje, je v skladu s sklepom Skupščine ZZZS služba ZZZS predlagala posamezne spremembe zakonodaje. Njihov cilj je bil zagotoviti stabilnejši sistem financiranja OZZ, ki bo temeljil na uravnoteženosti prihodkov in odhodkov. Nanašale so se na področja, ki se neposredno ne navezujejo na obseg pravic iz OZZ za zavarovalne primere, ki jih določa ZZVZZ. Z njihovo uveljavitvijo bi se ZZZS zmanjšali odhodki za približno 128,2 milijona evrov letno in povečali prihodki za približno 13,993 milijona evrov letno. Na predlog Upravnega odbora ZZZS je Skupščina ZZZS predlagala Vladi Republike Slovenije, da po nujnem zakonodajnem postopku predlaga spremembe zakonodaje, ki bodo zagotovile stabilnejši sistem financiranja OZZ, ki bi temeljil na uravnoteženosti prihodkov in odhodkov ZZZS in v katere naj vključi s strani ZZZS predlagane spremembe zakonodaje, s katerimi bi se v OZZ:

- izločilo financiranje pripravnikov v mreži javne zdravstvene službe za državljane držav članic Evropske unije in državljane tretjih držav ter specializacij zdravnikov za mrežo javne zdravstvene službe;
- izločilo financiranje terciarja I;
- izločilo financiranje nadomestila za začasno nezmožnost za delo brezposelnim osebam;
- izločilo financiranje nadomestila delavcu za odsotnost z dela zaradi darovanja krvi;
- določila prispevna stopnja glede na obseg pravic, ki jih imajo na podlagi ZZVZZ zavarovanci iz 23., 24. in 25. točke prvega odstavka 15. člena ZZVZZ;
- ukinila možnost odpisa in delnega odpisa prispevkov za OZZ ter določilo povračilo prispevkov za OZZ iz državnega proračuna za zavezance in zavarovance iz drugega odstavka 60. člena ZZVZZ;
- določila jasnejša pravna podlaga o predmetu spornih vprašanj, ki se predložijo arbitraži v postopku sklepanja pogodb z izvajalci zdravstvenih storitev;
- določile pravne podlage za dodatno obvladovanje izdatkov za zdravila;
- določilo obdobje in obseg izplačevanja nadomestila za začasno nezmožnost za delo v primeru ugotovljene invalidnosti;
- določila pravna podlaga za povezovanje zbirk osebnih podatkov, s ciljem enostavnejšega in ažurnejšega urejanja OZZ in nadzora nad izpolnjevanjem pogojev za vključitev v OZZ;
- določila pravna podlaga, da je ZZZS pooblaščen za pridobitev in obdelavo podatkov iz zbirk podatkov s področja zdravstvenega varstva, vključno s podatkom o diagnozah, s ciljem ustrežnejšega in obsežnejšega izvajanja nadzora ZZZS nad evidentiranjem in obračunavanjem zdravstvenih storitev, ki se plačujejo v breme sredstev OZZ;
- določila drugačna opredelitev izhodišč za cenovne standarde medicinsko-tehničnih pripomočkov, natančneje določilo obdobje veljavnosti dogovora, sklenjenega med ZZZS in združenji dobaviteljev medicinskih pripomočkov, natančneje določil postopek imenovanja arbitrov ter določilo, kdo odloča o zahtevah za arbitražo v primerih neizbranih dobaviteljev medicinskih pripomočkov.

Zaradi nadaljnje negativne ocene finančnega poslovanja ZZZS v letih 2012 in 2013, je služba ZZZS pripravila dodatne predloge sprememb zakonodaje, ki bi se sprejeli kot interventni ukrepi z veljavnostjo v letih 2012 in 2013 ("Predlog zakonodajnih interventnih ukrepov na področju zdravstvenega zavarovanja v letu 2012 in 2013"). Upravni odbor ZZZS je te predloge obravnaval na 35. seji, dne 28. 2. 2012, in 36. seji, dne 7. 3. 2012, ko je sklenil, da se odločanje o njih odloži do sprejema vladnih ukrepov za uravnoteženje javnih financ oziroma sprejema sprememb področnih zakonov, ki bodo zmanjšali izdatke blagajn javnega financiranja. Upravni odbor ZZZS se je na 36. seji, 7. 3. 2012, seznanil tudi s prikazom obremenitev plačnikov prispevkov za OZZ po kategorijah zavarovanih oseb in s pregledom po kategorijah zavarovancev, če bi izenačili prispevne osnove in določili najnižje prispevne osnove (kjer je mogoče), izenačili prispevne stopnje (enotna prispevna stopnja 13,45 %) in izenačili pravice iz OZZ ob upoštevanju skupnih značilnosti posameznih kategorij zavarovancev (aktivni in neaktivni). V zvezi s tem je sklenil:

- da služba ZZZS nadaljuje s projektom zmanjševanja razlik v bremenih plačevanja prispevkov za OZZ med posameznimi kategorijami zavarovancev;
- da se gradivo posreduje kot prilogo pobude Upravnega odbora ZZZS naslovljeno na Ministrstvo za finance in Ministrstvo za zdravje za ustanovitev medresorske skupine za prenovo sistema določanja prispevkov za OZZ s ciljem doseganja enakomernejše obremenitve zavezancev za plačilo prispevkov in
- da služba ZZZS redno obvešča Upravni odbor ZZZS o posameznih fazah usklajevanj, pogajanj in iskanja rešitev z namenom, da se vsaj v letu 2013 oblikujejo podlage za zakonske spremembe.

Upravni odbor ZZZS se je na 37. seji, dne 18. 4. 2012 seznanil z informacijo o učinkih Predloga zakona za uravnoteženje javnih financ (v nadaljnjem besedilu: ZUJF) na poslovanje ZZZS in hkrati sprejel predloge ZZZS za spremembe in dopolnitve predloga ZUJF. Na tej podlagi je bilo gradivo "Predlog Zakona za uravnoteženje javnih financ – Informacija o učinkih na poslovanje Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije s predlogi sprememb in dopolnitev predloga zakona" posredovano Državnemu zboru Republike Slovenije, Odboru za zdravstvo, Odboru za finance in monetarno politiko, Komisiji za nadzor javnih financ, Vladi Republike Slovenije, Ministrstvu za finance in Ministrstvu za zdravje (v nadaljevanju MZ). Navedeni predlogi kot tudi dodatni predlogi za spremembe in dopolnitve predloga ZUJF, ki jih je ZZZS posredoval MZ naknadno, v času zakonodajnega postopka sprejema ZUJF, so bili v bistvenih delih upoštevani v ZUJF (Uradni list RS, št. 40/12), kar je obrazloženo v nadaljevanju.

Iz ocene finančnega poslovanja ZZZS do konca leta 2012 in v letu 2013 je izhajalo, da tudi učinki ZUJF ne zagotavljajo uravnoteženega finančnega poslovanja ZZZS. Služba ZZZS je zato pripravila nov nabor možnih predlogov sprememb zakonodaje. Z njimi naj bi se prav tako zagotovilo stabilnejše in uravnoteženo finančno poslovanje ZZZS brez zadolževanja in posledično stabilno zagotavljanje pravic zavarovanih oseb iz OZZ, v obsegu kot ga določa ZZVZZ. Z njihovo uveljavitvijo bi se letni odhodki ZZZS zmanjšali za približno 100,50 milijona evrov (na podlagi ocene odhodkov ZZZS v letu 2012 in brez ocene posledic predloga določitve enakomernejše obremenitve plačnikov prispevkov za OZZ). Vključevali do naslednje predloge:

- prenos plačila v breme državnega proračuna iz naslova stroškov pripravnikov v mreži javne zdravstvene službe in specializacij zdravnikov za mrežo javne zdravstvene službe v breme državnega proračuna, dejavnosti Terciar I in nadomestila delavcu za odsotnost z dela zaradi darovanja krvi;
- oprostitev plačila stroškov storitev razporejanja dajatev ZZZS, ki jih zaračunava Uprava Republike Slovenije za javna plačila;

- določitev podatka o zdravstvenem stanju zavarovane osebe, vključno s podatkom o diagnozi, kot del zbirke podatkov s področja zdravstvenega zavarovanja;
- določitev enakomernejše obremenitve plačnikov prispevkov za OZZ;
- uvedba trošarine na sladke pijače kot dodaten vir sredstev za OZZ;
- določitev obveznosti predložitve obračuna prispevkov za socialno varnost oziroma obračuna davčnih odtegljajev za pretekli mesec najpozneje na dan, ko bi dohodek moral biti izplačan, ne glede na to, ali je dohodek dejansko izplačan. Skupščina ZZZS je ta predlog sicer sprejela že aprila 2011 v okviru pobude za spremembo zakonodaje s ciljem, da se onemogoči opustitev izplačevanja plač, opustitev obračuna in plačila prispevkov, ki je bila posredovana Vladi Republike Slovenije, MZ, Ministrstvu za delo, družino in socialne zadeve in Ministrstvu za finance.

Na predlog Upravnega odbora ZZZS, ki je te zakonodajne predloge ZZZS obravnaval na 43. seji, dne 22. 11. 2012, in 12. izredni seji, dne 29. 11. 2012, je Skupščina ZZZS na 12. seji, 11. 12. 2012 sprejela sklep o pobudi Vladi Republike Slovenije, da po nujnem zakonodajnem postopku predlaga spremembe zakonodaje, ki naj zagotovijo stabilnejše in uravnoteženo finančno poslovanje ZZZS brez zadolževanja, s ciljem, da se zagotovi stabilno zagotavljanje pravic zavarovanih oseb iz OZZ v obsegu, ki ga določa ZZVZZ, pri čemer naj kot možne predloge za spremembo zakonodaje prouči tudi "Zakonodajne predloge Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za stabilnejši sistem financiranja obveznega zdravstvenega zavarovanja". Sklep je bil poslan Vladi Republike Slovenije, MZ, Ministrstvu za finance, Ministrstvu za delo, družino in socialne zadeve in Ministrstvu za izobraževanje, znanost, kulturo in šport.

Prav tako je Upravni odbor ZZZS na 12. izredni seji, dne 29. 11. 2012, na podlagi mnenja službe ZZZS in razprave njegovih članov, podal pobudo resornemu MZ za sistemsko ureditev področja razmejnitve dejavnosti javne zdravstvene službe in dejavnosti prodaje blaga in storitev na trgu (tržne dejavnosti) javnih zdravstvenih zavodov in koncesionarjev v mreži javne zdravstvene službe, ki se financirajo iz sredstev za OZZ, razmejnitve in uporabe prihodkov in odhodkov posamezne vrste dejavnosti javnih zdravstvenih zavodov in razmejnitve in uporabe prihodkov in odhodkov dejavnosti javne zdravstvene službe koncesionarjev, ki bo temeljil na analizi MZ o poslovanju izvajalcev zdravstvenih storitev.

Poleg navedenih zakonodajnih predlogov, je služba ZZZS v navedenem obdobju podala vrsto predlogov in pripomb k predlogom zakonov in podzakonskih predpisov, katerih uveljavitev bi lahko imela vpliv na uresničevanje pravic iz OZZ in poslovanje ZZZS, med njimi na naslednje predloge predpisov:

- Zakona o spremembah in dopolnitvah ZZVZZ,
- Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstveni dejavnosti,
- Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o pacientovih pravicah,
- Zakona o pridobivanju in presaditvi delov človeškega telesa zaradi zdravljenja,
- Zakona o lekarniški dejavnosti,
- Zakona o zdravilih,
- Zakona o zbirkah podatkov v zdravstvu,
- Zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju,
- Zakona o delovnih razmerjih,
- Zakona o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev,
- Zakona o interventnih ukrepih na področju trga dela in starševskega varstva,
- Zakona o socialnovarstveni dejavnosti,
- Zakona o osebni asistenci za invalide,
- Zakona o štipendiranju,

- Zakon o preprečevanju dela in zaposlovanja na črno,
- Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o varnosti in zdravju pri delu,
- Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov,
- Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o izvajanju rejniške dejavnosti,
- Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o verski svobodi,
- Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o odškodnini žrtvam kaznivih dejanj,
- Zakona o opravljanju dejavnosti splošnega pomena na področju negospodarskega sektorja,
- Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o prekrških,
- Zakona o prostovoljstvu,
- Zakona o javnih financah,
- Zakona o izvrševanju proračuna za leto 2013 in 2014,
- Zakona o davku na brezalkoholne pijače z vsebnostjo sladkorja oziroma sladil,
- Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o javnem naročanju,
- Resolucije o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020,
- Pravilnika o spremembah in dopolnitvah pravilnika o določanju cen zdravil za uporabo v humani medicini,
- Pravilnika o spremembah in dopolnitvah pravilnika o natančnejših zahtevah in postopkih za ugotavljanje medsebojne zamenljivosti zdravil,
- Pravilnika o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o oglaševanju zdravil,
- Pravilnika o organizaciji neprekinjenega zdravstvenega varstva,
- Pravilnika o merilih za določitev višine plačila opravljanja zdravstvenih storitev po podjemni pogodbi in drugih pogodbah civilnega prava Pravilnika o spremljanju poslovanja socialnih podjetij,
- Pravilnika o spremembi Pravilnika o Zdravstvenem svetu,
- Odredbe o določitvi enotnih definicij za oblikovanje in vodenje zbirk podatkov, ki so skupni za ZZZS in IVZ.

V preteklem obdobju so na državni ravni veljale ali bile sprejete določene razvojne usmeritve, ki so se dotikale tudi sistema zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja. Tako je v preteklem obdobju še veljala Strategija razvoja Slovenije za obdobje do leta 2013, ki je imela opredeljeno vizijo in cilje razvoja države ter ustrezne prioritete oziroma ukrepe za njihovo uresničevanje. Med štirimi temeljnimi cilji je bil opredeljen tudi cilj izboljšanje kakovosti življenja in blaginje, ki je predvidel modernizacijo socialne države (4. razvojna prioriteta). Najpomembnejša usmeritev glede modernizacije sistema zdravstvenega varstva je bila načrtovana prilagoditev sistema potrebam dolgožive družbe. Prilagoditev sistema naj bi temeljila na za javni sistem značilnih načelih kot so finančna vzdržnost, solidarnost, dostopnost, preglednost, kakovost in učinkovitost. V akcijskem načrtu so bili za te prilagoditve opredeljeni ukrepi kot so uvedba sistema zavarovanja za dolgotrajno oskrbo, skrajševanje čakalnih dob in boljša dostopnost do storitev, povečanje kakovosti storitev, povečanje učinkovitosti poslovanja izvajalcev in vlaganje v večjo učinkovitost, vključno z vlaganjem v zdravstvene zmogljivosti. V usmeritvi v modernizacijo in stabilizacijo sistema zdravstvenega varstva za doseg njegove večje vzdržnosti v razmerah starajoče se družbe sta bila Strategija razvoja Slovenije in SRP 2008–2013 povsem usklajena. Vendar so usmeritve, ki so predvidele tudi vlaganja v večjo učinkovitost in zmogljivost sistema, z razraščanjem ekonomske krize kot kaže vse manj izvedljive.

V letu 2008 je bila v Državnem zboru RS sprejeta Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013 z nazivom »Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev« (v

nadaljnem besedilu Resolucija), ki jo je oblikovalo MZ na podlagi 6. člena ZZVZZ. Resolucija je bila postavljena tudi v kontekst že sprejete Strategije razvoja Slovenije in tudi osnovnih evropskih razvojnih dokumentov na področju zdravstvenega varstva.

Resolucija je podala določene usmeritve, ki so bile komplementarne z usmeritvami SRP. Na področju financiranja zdravstvenega varstva je Resolucija kot prednostne cilje opredelila dolgoročno finančno vzdržnost sistema, ohranitev ravni javnih izdatkov na povprečju EU in povečanje učinkovitosti uporabe vseh virov. Na področju zdravstvene dejavnosti je Resolucija izpostavila pomen okrepljene dejavnosti promocije zdravja in preventivnih programov ter racionalne izvedbe programov diagnostike in zdravljenja z upoštevanjem vodilnih javno zdravstvenih problemov, ki predstavljajo največje breme za posameznike in prebivalstvo Slovenije. Resolucija je prispevala k oblikovanju in sprejemu nekaterih nacionalnih programov za bolj celovito obvladovanje določenih bolezni. Na tej osnovi je bil izveden prenos in celovita koordinacija programov za preprečevanje in zgodnje odkrivanje bolezni srca in ožilja na primarno raven zdravstvenih dejavnosti, čemur je sledila tudi sprememba v financiranju programa s strani ZZS (2009). Prav tako sta bila sprejeta dva nacionalna programa za preprečevanje in zdravljenje raka ter sladkorne bolezni (2009 in 2010). Nacionalna programa sta zastavljena celovito, tako da zajemata preventivo, presejanje in zgodnje odkrivanje ter integrirane ukrepe diagnostike, zdravljenja in rehabilitacije, vključno s paliativno in sorodnimi oblikami oskrbe.

MZ je pomembne usmeritve v Resoluciji opredelilo tudi za področje podeljevanja koncesij za opravljanje zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe. Najavilo je ureditev, ki bo odpravila zaznane pomanjkljivosti, določilo pogoje podeljevanja koncesij ter uredilo razmerja med koncedenti in koncesionarji ter ZZS kot plačnikom. Smisel in razlog podeljevanja koncesij je postavilo v kontekst izboljšanja dostopnosti do storitev javne zdravstvene službe in razvoja javno-zasebnega partnerstva, ki bi z vlaganjem lahko izboljšalo infrastrukturo javne zdravstvene službe. Pričakovane sistemske spremembe na področju podeljevanja koncesij v preteklem obdobju niso bile uveljavljene. Opisane usmeritve so izdatno vplivale na politiko podeljevanja koncesij v obdobju 2008–2012. Podeljevanje koncesij se je v preteklem obdobju praktično povsem ustavilo. V letu 2008 je ZZS sklenil pogodbe z 221 javnimi zavodi in 1.546 koncesionarji, v letu 2011 pa z 224 javnimi zavodi in 1.560 koncesionarji. Število koncesionarjev je bilo v tem obdobju povečano le za okoli 1 %, v letu 2011 pa se je v primerjavi z letom 2010 število celo zmanjšalo za 4.

Kljub nekaterim pomembnim usmeritvam je Resolucija ostala presplošna in pomanjkljiva prav na področjih, ki so vitalnega pomena za vzdržno financiranje zdravstvene oskrbe: usmerjanje razvoja oziroma uvajanje novih zdravstvenih tehnologij, načrtovanje kadrovskih virov in financiranje (razvoja) zdravstvene oskrbe. Konkretnih nosilcev predlaganih aktivnosti in rokov za dokončanje Resolucija ni vsebovala. Čeprav je podala določena merila za določitev mreže javne zdravstvene službe, konkretnih planskih opredelitev glede razvoja kadrov, prostorov in opreme, ki bi sledile zdravstvenim potrebam prebivalstva, ni vsebovala. Prav to je verjetno glavni razlog, da kljub sprejemu Resolucije v državi še vedno nimamo osrednjega dokumenta, ki bi omogočal načrtovanje in financiranje zdravstvenih zmogljivosti, t.j. mreže javne zdravstvene službe. Brez mreže je bilo v času razširitve ekonomske krize znatno oteženo ne le izbiranje selektivnih varčevalnih ukrepov za zagotavljanje finančno vzdržnega poslovanja, temveč tudi ukrepov za izboljšanje dostopnosti in večjo učinkovitost izvajanja zdravstvenih programov. Ne nazadnje je določitev mreže bistvena tudi z vidika odprave pomanjkljivosti pri izvajanju mešanega javno zasebnega modela izvajanja zdravstvenih dejavnosti, podeljevanja koncesij in drugih dejavnikov učinkovitosti izvajalcev.

V preteklem obdobju so bile v zakonodajnem okolju izvedene tudi nekatere druge sistemske spremembe (tabela 10). Na vključevanje in pokritost oseb z OZZ so vplivale spremembe in

dopolnitve ZZVZZ v letu 2008, s katerimi je bila uveljavljena posebna ureditev OZZ za obsojence in pripornike ter nova ureditev, po kateri doplačila do polne vrednosti storitev iz OZZ za socialno šibke osebe krije državni proračun. Novela je opredelila tudi natančnejše kriterije za vključitev v zavarovanje tistih oseb, ki so brez stalnih virov prihodkov oziroma ki jih v zavarovanje prijavljajo občine in zanje plačujejo tudi prispevek.

Tabela 10. Pregled in ocena učinkov predpisov sprejetih v obdobju 2008–2012

Leto	Predpis	Vsebina spremembe	Učinek
2008	1. Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013 (UL RS št. 72/08) 2. Spremembe in dopolnitve ZZVZZ (UL RS št. 76/08)	<ul style="list-style-type: none"> – oblikovanje pogojev za uveljavitev zdravju naklonjenih javnih politik – opredelitev prednostnih razvojnih področij (zdravje, zdravstvene dejavnosti, civilna družba, zdravila in medicinski pripomočki, informacijska tehnologija, finančni sistem, investicije in standardizacija, komuniciranje) – opredelitev usmeritev na teh področjih – kritje doplačil za prejemnike socialne pomoči s strani proračuna – opredelitev kriterijev za vključevanje v OZZ oseb brez stalnih finančnih virov – nova ureditev OZZ za pripornike in obsojence – podlaga za vzpostavitev sistema zdravil z najvišjo priznano vrednostjo ter kriterijev za razvrščanje zdravil na liste 	<ul style="list-style-type: none"> – artikulacija potreb po določenih spremembah v sistemu zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja – odsotnost konkretnih akcijskih načrtov za uresničevanje ciljev – bolj pravična ureditev za socialno šibkejše – obvladovanje izdatkov za zdravila
2009	3. Zakon o sistemu plač v javnem sektorju (UL RS št. 80/08) in Kolektivna pogodba za javni sektor	<ul style="list-style-type: none"> – odprava plačnih nesorazmerij in spremembe v plačilu dežurstva – zakon je bil sprejet v letu 2008, v letu 2009 uveljavitev tako imenovane druge faze 	<ul style="list-style-type: none"> – dvig sredstev za plače v zdravstvu in posledično odhodkov OZZ
2010	1. Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov (UL RS št. 63/10) 2. Paket novih oziroma spremenjenih podzakonskih predpisov s področja zdravil (Pravilnik o razvrščanju zdravil na liste in Pravilnik o razvrščanju živil za posebne zdravstvene namene na listo, oba UL RS, št. 110/10, Pravilnik o določanju cen zdravil za uporabo v humani medicini, 102/10, novela Pravilnika o oglaševanju zdravil – UL RS, št. 105/10 idr) 3. Zakon o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev (UL RS št. 62/10)	<ul style="list-style-type: none"> – določene najdaljše dopustne čakalne za prve preglede, diagnostične in terapevtske postopke – opredeljene stopnje nujnosti obravnav (nujno, hitro, redno) in izjeme – razvrščanje dragih bolnišničnih zdravil – določanje najvišjih priznanih vrednosti za živila razvrščena na vmesno listo – strožja merila za cene generičnih zdravil in za odobritev izredne višje dovoljene cene – posodobljena merila za ugotavljanje medsebojne zamenljivosti zdravil – strožji pogoji za neposredno obveščanje oziroma oglaševanje zdravil v ambulantah – spremembe cenzusa in izenačitev pogojev za vključitev oseb v OZZ prek občin 	<ul style="list-style-type: none"> – skrajševanje čakalnih dob – boljša koordinacija čakalnih dob med izvajalci – učinkovitejše obvladovanje izdatkov za zdravila – poenoten postopek odločanja o dragih zdravilih, ki se predpisujejo na recept ali v bolnišnicah – oglaševanje ne more potekati v času namenjenemu zavarovanim osebam – skrb za socialno šibkejše oziroma krepitev pravičnosti
2011	1. Zakon o urejanju trga dela (UL RS št.80/10) 2. Novela Zakona o matični evidenci zavarovancev in uživalcev pravic iz pokojninskega in invalidskega zavarovanja (UL RS, št. 25/11)	<ul style="list-style-type: none"> – sprememba načina prijav za družbenike/poslovodne osebe – ukinjena krajevna pristojnost za vlaganje prijav v zavarovanje, nov M obrazec 	<ul style="list-style-type: none"> – spremembe v postopkih – sprememba v postopkih
2012	1. Zakon za uravnoteženje javnih financ (UL RS št. 40/12)	<ul style="list-style-type: none"> – prenos deleža doplačil iz OZZ na DPZZ – spremembe na področju prispevkov – uvedba NPV za terapevtske skupine zdravil – spremembe na področju nadomestil in ukinitvev nadomestila za brezposelne – podlage za urejanje področja medicinskih področij in določitev nižjih cenovnih standardov 	<ul style="list-style-type: none"> – večji prihodki oziroma manjši odhodki OZZ – odprava določenih neracionalnosti – sprememb določenih pravic

Za uveljavljanje določenih sistemskih ukrepov za obvladovanje izdatkov za zdravila je bila pomembna tudi sprememba, ki je omogočila ustrezno pravno podlago za sistem zdravil z najvišjo

priznana vrednostjo in kriterije za razvrščanje zdravil v liste. Na uresničevanje OZZ je vplival sprejem Zakona o sistemu plač v javnem sektorju (2008), ki je predvidel štiri faze uveljavljanja sprememb. Zakon, ki je sovpadel z začetkom ekonomske krize, se je v polni meri uresničeval le v letu 2009, ko je povzročil finančno nevzdržen odliv odhodkov. Za skrajševanje čakalnih dob in boljšo dostopnost do storitev je bilo zelo pomembno sprejetje Pravilnika o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve (2010). Več o vsebini in učinku pravilnika je govora v poglavju 2.3. Z uvedbo Pravilnika in večjo transparentnostjo pri vodenju čakalnih seznamov so se določene čakalne dobe skrajšale, s tem pa tudi dostopnost zavarovanih oseb do storitev.

V decembru 2010 je bil sprejet tudi paket sprememb različnih podzakonskih aktov s področja zdravil, ki je omogočil določene ukrepe za obvladovanje izdatkov za zdravila. Med predpisi, ki so vplivali na izvajanje OZZ, je bilo pomembno še sprejetje Zakona o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev (2010), ki je uvedel določene spremembe glede pogojev za vključitev oseb v OZZ prek občin. Pomembnejših sprememb z vidika sistema OZZ v letu 2011 ni bilo. V letu 2012 je bil uveljavljen Zakon za uravnoteženje javnih financ (v nadaljevanju ZUJF), o vsebini in učinkih katerega je podan podrobnejši opis v nadaljevanju in v poglavju 2.3.

V obdobju 2008–2012 je prišlo do dveh predlogov celovitejše zdravstvene reforme, ki sta bila po ciljnih načrtovanih sprememb v marsičem sorodna, po obsegu in vsebini predlaganih rešitev pa ponekod povsem različna, čeprav sta bila oblikovana v času iste vlade. Ne glede na to, da predloga reforme nista dobila dovolj podpore oziroma nista bila sprejeta, je z vidika prihodnjih sistemskih sprememb oziroma nujne izvedbe celovite zdravstvene reforme potrebno poznati nekatere predlagane rešitve.

Prvi predlog celovite zdravstvene reforme je bil javnosti predstavljen v letih 2009 in 2010. Reforma je bila zamišljena kot temeljito preoblikovanje dveh osnovnih zdravstvenih zakonov: zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju ter Zakona o zdravstveni dejavnosti. Za izvajanje OZZ so bile predvidene določene konkretne rešitve, opredeljene v osnutku novega ZZVZZ (2009). Rešitve so se nanašale na vodenje, upravljanje in organizacijo sistema (uvedba strateškega načrtovanja na nacionalni ravni, krepitev sistemskega nadzora, ločeno zavarovanje za bolezni in poškodbe izven dela ter zavarovanja za poklicne bolezni in poškodbe pri delu, uvedba obveznega zavarovanja za dolgotrajno oskrbo, spremembo upravljanja ZZZS, izločitev MZ iz pogajalskega procesa idr.), krepitev vloge ZZZS kot kupca storitev, ustanovitev novega zavoda za medicinsko izvedenstvo z združitvijo medicinskih izvedencev Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje in ZZZS, idr.), zagotavljanje finančnih virov za OZZ (razširitev osnov za prispevke, spremembe v obveznostih samozaposlenih, spremembe v obveznostih za kmete, spremembe v kategoriji družinskih članov, izvajanje dopolnilnega prostovoljnega zavarovanja na neprofiten način, idr.) in sistem pravic (ohranjanje sistema doplačil, odprava pravice do posmrtnine, znižanje praga solidarnosti za pokrivanje tveganj rizičnih športov, spremembe v pravici do nadomestil, idr.). Konkretne rešitve za doseganje večje učinkovitosti in uspešnosti izvajalcev so bile opredeljene v osnutku novega Zakona o zdravstveni dejavnosti (2010) in so se nanašale na mrežo javne zdravstvene službe in načrtovanje razvoja, vzpostavitev zdravstvenega doma kot nosilca javne zdravstvene službe in koordinatorja aktivnosti na primarni ravni, posodobitev organizacije in nove oblike specialistično ambulantne dejavnosti ter bolnišnične dejavnosti, podlage za učinkovitejše delovanje javne zdravstvene dejavnosti, delitev dela in povezovanje med njenimi ravnmi in posameznimi izvajalci, zagotavljanje pogojev za vzpostavitev sistema celovite kakovosti in varnosti pacientov, vzpostavljanje pogojev za učinkovito upravljanje in vodenje javnih zdravstvenih zavodov, opredelitev javnega interesa pri organiziranju, zagotavljanju in izvajanju javne zdravstvene dejavnosti in razmejitev

javne in zasebne zdravstvene dejavnosti, ureditev in poenotenje področja podeljevanja koncesij in vzpostavitev učinkovitejšega sistema nadzora nad delom javne in zasebne zdravstvene dejavnosti.

Drugi predlog celovite zdravstvene reforme je bil javnosti predstavljen v začetku leta 2011. Za razliko od prvega je bil v javno razpravo podan kot strateški zdravstveno politični dokument z naslovom »Nadgradnja zdravstvenega sistema do leta 2020« (v nadaljnjem besedilu Nadgradnja) in ne kot konkreten predlog sprememb zakonov. Dokument je predstavil strateške cilje, temeljna načela in ključne izzive za spremembe zdravstvenega sistema, ki naj bi jih po pridobitvi dodatnih pobud in predlogov iz javne razprave preoblikovali v končne predloge sprememb. Osnovi strateški cilj Nadgradnje naj bi bila vzpostavitev prožnega zdravstvenega sistema, ki bi s kakovostnimi in varnimi zdravstvenimi storitvami učinkovito zadovoljeval potrebe državljanek in državljanov. Gradivo je opredelilo temeljna načela nadgradnje zdravstvenega sistema in za njihovo uresničevanje podalo določene predloge. Za doseg geografske dostopnosti do zdravstvenih storitev je predvidelo združevanje oziroma »mreženje« izvajalcev v regionalne centre, uvedbo učnih in referenčnih ambulant, združevanje upravljalških in strokovnih funkcij, boljše izrabo znanj in izkoriščenosti medicinsko tehnične opreme, prednostno zaposlovanje zdravnikov na področjih s slabšo dostopnostjo, zmanjšanje nezdravstvenega kadra idr. Za zagotavljanje kakovostne dostopnosti so bili ponujeni ukrepi spremljanja kakovosti izvajalcev zdravstvenih storitev, spremljanja opozorilnih nevarnih dogodkov, razvoj in uvedba (mednarodno primerljivega) sistema akreditacij zdravstvenih ustanov in ustanovitev nove javne agencije za kakovost v zdravstvu. Zagotavljanje finančne dostopnosti naj bi temeljilo na novem razmisleku o košarici pravic v javnem zdravstvenem sistemu, opredelitvi košarice v zakonu, izločitvi določenih (socialnih) pravic, ki po vsebini ne sodijo v OZZ in spremembah na področju vključevanja oziroma urejanja zavarovanj zavarovanih oseb ter spremembah osnov oziroma prispevnih stopenj v OZZ.

V Nadgradnji so bili opredeljeni štirje ključni izzivi za spremembe zdravstvenega sistema. Glede preventive in promocije zdravja je gradivo predvidelo prednostno uveljavljanje celovitih in medsektorskih programov ter organizacijsko prilagajanje zdravstvenega varstva novim potrebam bolnikov za boljše obravnavo kroničnih bolnikov, doseganje bolj integrirane obravnav bolnikov, sodelovanje zdravstvenih, socialnih in drugih služb, uvajanje različnih (novih) oblik nege, paliativno oskrbo, medsektorsko ureditev dolgotrajne oskrbe upravičencev in drugo. Za doseg finančne vzdržnosti je bilo v Nadgradnji predvideno, da se zdravstvene storitve, ki so vključene v košarico pravic, v celoti zagotavljajo iz sredstev OZZ, kar pomeni ukinjanje sistema doplačil oziroma dopolnilnih prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj (v nadaljnjem besedilu DPZZ) in pa redefinicijo košarice pravic (izločitev za državljane nepotrebni storitev), o čemer naj bi dosegli širši družbeni dogovor. Za bolj učinkovito upravljanje z javnimi sredstvi so bili načrtovani ukrepi za strožjo ločitev javnega in zasebnega opravljanja zdravstvene dejavnosti v javni službi, uvajanje normativov in standardov dela zdravstvenih delavcev, ureditev in izvajanje sistema koncesij, izločitev zdravnikov in zdravstvenih delavcev iz sistema plač javnih uslužbencev, večjo avtonomijo zdravstvenih zavodov in spremembe v njihovem upravljanju, vključno s spremembami v procesu partnerskega dogovarjanja in reorganizacijo ZZZS. Glede vlaganja v človeške vire in zdravstvene tehnologije je bila predlagana vzpostavitev dolgoročnega načrtovanja kadrovskih virov in izobraževanja zdravstvenih profilov v kontekstu širšega evropskega prostora, ustanovitev posebne strokovne ekipe za vrednotenje zdravstvenih tehnologij, uvedba standardov opremljenosti bolnišnic in njihova kategorizacija, ter nekatere druge rešitve.

Predloga zdravstvene reforme sta se po temeljnih usmeritvah sicer dopolnjevala, vendar so bile določene rešitve povsem različne. Primerjava med obema je sicer lahko sporna, saj je bil prvi predlog že konkretiziran v obliki osnutkov novih zdravstvenih zakonov, drugi pa je ostal na

ravni načelnega zdravstveno političnega dokumenta. Ne glede na to, so bile skupne prvine obeh predlogov usmerjenost v zagotavljanje večje finančne vzdržnosti sistema (razširjanje prispevnih osnov, zmanjševanje razlik v bremenih plačevanja prispevkov), minimalne korekcije pravic iz javnega naslova (predvsem denarna nadomestila), izboljšanje učinkovitosti, uspešnosti in kakovosti zdravstvene službe (prilagajanje organizacije zdravstvenih dejavnosti zdravstvenim potrebam prebivalcev, horizontalna in vertikalna integracija oziroma združevanje izvajalcev in organizacijskih enot, ločitev javnega in zasebnega v javni službi, ureditev sistema koncesij, spremljanje učinkovitosti in kakovosti izvajalcev, uvajanje normativov in standardov dela, idr.) in izboljševanje načrtovanja, vodenja in upravljanja v sistemu (uvedba strateškega načrtovanja, vrednotenje zdravstvenih tehnologij, večja avtonomija zdravstvenih zavodov, spremembe v upravljanju zavodov, večja avtonomija ZZZS idr.). Povsem enotno pri obeh predlogih je tudi stališče, da je v skladu z izhodišči in vrednotami držav EU privatizacija v javnem sistemu lahko le sredstvo za doseg pomembnih ciljev javnega sistema (boljša dostopnost do storitev, prevzem določenih vlaganj v sistem) in ne cilj za sebe. Ključne razlike med predlogoma so bile rezultat ocen, kako zagotoviti dolgoročnejšo finančno vzdržnost sistema. Medtem, ko se je prvi predlog zavzel za ohranitev DPZZ in večje spremembe pri izvajanju OZZ (uvedba dveh novih socialnih zavarovanj – za poškodbe pri delu in poklicne bolezni ter dolgotrajno oskrbo), se je drugi izrekel za odpravo DPZZ in zagotavljanje (nekoliko skrčene) košarice v celoti iz sredstev OZZ. Zaradi zaostrovanja ekonomske krize so bile razprave v času sprejemanja obeh zakonov glede finančnih vprašanj posebej občutljive, saj bi prav finančno nedorečeni predlogi lahko povzročili dodatne težave v sicer že močno nestabilnih razmerah delovanja sistema zdravstvenega varstva oziroma zdravstvenega zavarovanja. Predloga tako nista zaživela.

Kljub pričakovanjem in stališčih izraženih v SRP do sprememb zakonske ureditve, ki bi dolgoročneje stabilizirala razpoložljive finančne vire s pravicami iz javnega naslova, ni prišlo. Ob slabšanju pogojev poslovanja, ko so se zaradi trendov v zaposlovanju in zniževanja plač, neprekinjeno zniževali prihodki od prispevkov OZZ, je ZZZS, da bi izpolnil usmeritve po poslovanju brez izgube in zadolževanja, skupaj z MZ oziroma vlado v letih po izbruhu krize (2009–2011) oblikoval in izvedel vrsto kratkoročnih varčevalnih ukrepov. Ukrepi so podrobneje opisani v poglavju 2.3. Varčevalni rezi so zajeli plače, sredstva za amortizacijo in materialne stroške, sredstva za terciarno dejavnost, posledično tudi cene zdravstvenih storitev in cene zdravil. Izvršen je bil prenos določenega deleža izdatkov za storitve na DPZZ. Poleg tega pa so bili izvedeni tudi določeni ukrepi za racionalnejše poslovanje in spremembe v organizaciji dela (dežurstva).

Varčevalni ukrepi so bili v letu 2012 nadgrajeni v ZUJF, ki naj bi imel naravo interventnega zakona in zagotovil varčevanje v javnem sektorju v času gospodarske recesije – zato naj bi veljal le za čas negativne ali minimalne gospodarske rasti v državi (pod 2,5 % BDP). Med drugimi določbami je ZUJF s spremembami treh zakonov, ki se nanašajo na izvajanje OZZ, opredelil določene podlage in rešitve za izboljšanje prihodkov in zmanjševanje odhodkov ZZZS.

Večina ukrepov za boljše obvladovanje odhodkov za zdravstvene storitve, zdravila, medicinske pripomočke in nadomestila za bolniške odsotnosti je bila uvedena s spremembami ZZVZZ, ki jih je uvedel ZUJF. Med njimi so najpomembnejši naslednji ukrepi:

- znižanje vrednosti zdravstvenih storitev iz 2., 3. in 4. točke prvega odstavka 23. člena ZZVZZ za 5 %, s čimer je bil izvršen prenos bremena plačevanja storitev zunajbolnišničnih ambulantnih in bolnišničnih storitev iz ZZZS na izvajalce dopolnilnih prostovoljnih zavarovanj,
- uvajanje sistema najvišjih priznanih vrednosti tudi za terapevtske skupine zdravil (23. člen),

- znižanje nadomestil pri vseh razlogih začasne zadržanosti od dela za deset odstotnih točk, razen v primeru zadržanosti od dela zaradi poklicne bolezni in poškodbe pri delu ter nege družinskega člana (31. člen),
- sprememba načina vročanja odločb delodajalcem (navadna vročitev), s katero se odloča o začasni nezmožnosti za delo (31. člen),
- spremembe v obsegu pravic za določene zavarovance iz 15. člena in uskladitve v višini prispevne stopnje,
- ukinitev zmanjšanja in odpisa prispevne stopnje (60. člen),
- izhodišča za določanje cenovnih standardov in cen medicinskih pripomočkov, ki niso več predmet dogovora z dobavitelji, temveč jih določa ZZZS v podzakonskem aktu v soglasju z ministrom, pristojnim za zdravje; spremembe tudi glede veljavnosti dogovora med partnerji in načina ter vrst arbitraže (63.a člen),
- znižanje cenovnih standardov posameznih vrst medicinskih pripomočkov in znižanje izposojnine za pripomočke v prehodnem obdobju.

Opozoriti kaže, da se je zaradi prenosa dela bremen plačevanja zdravstvenih storitev na DPZZ in posledičnih tveganj podražitve premije, v sistemu znatno povečala možnost izstopa ljudi iz DPZZ. V primeru ne vključenosti ljudi v DPZZ pa so tveganja neposrednih doplačil tako visoka, da lahko predstavljajo resno grožnjo doseženi ravni zdravstvene varnosti prebivalstva.

Za izboljšanje prihodkov ZZZS je bil z ZUJF spremenjen Zakon o obveznih zavarovanjih v prometu (18. člen), in sicer se je povišala pavšalna odškodnina (iz 6,5 na 8,5 % od obračunane kosmate zavarovalne premije za obvezno avtomobilsko zavarovanje), ki so jo zavarovalnice dolžne plačati ZZZS za škodo, ki nastane zaradi smrti ali poškodb zavarovanih oseb v prometnih nesrečah. S spremembo Zakona o urejanju trga dela pa je bila z ZUJF ukinjena pravica brezposelnih oseb do nadomestila zaradi njihove nezmožnosti za delo in posledično mirovanje pravice do denarnega nadomestila v primeru, ko je brezposelna oseba nezmožna za delo iz zdravstvenih razlogov za čas, ko prejema nadomestilo v breme sredstev OZZ.

2.2. Trendi v finančnih virih in izdatkih za zdravstveno varstvo

V Sloveniji se zdravstvena varnost prebivalstva, podobno kot v vseh državah EU, zagotavlja z javnim zdravstvenim sistemom, ki temelji na načelih socialne pravičnosti in solidarnosti. Vrednote in načela javnega zdravstvenega sistema niso slovenska posebnost, temveč ena izmed osnovnih značilnosti evropskih držav, s katerimi se uresničujejo načela socialne države. Evropske države trdno sledijo vrednotam univerzalnega dostopa do kakovostne zdravstvene oskrbe, pravičnosti in solidarnosti pri financiranju zdravstva in uporabi zdravstvenih zmogljivosti, kar izpričujejo listina o vrednotah in načelih na področju zdravja Sveta Evrope¹³, Talinska listina¹⁴ in drugi dokumenti.

V Evropi so do nedavnega razlikovali dva osnovna modela javnega financiranja zdravstva: model nacionalne zdravstvene službe, ki zagotavlja finančna sredstva za zdravstvo v okviru (državnega ali lokalnega) proračuna, in socialni model OZZ, ki zagotavlja finančna sredstva na osnovi od proračunskega ločenega sistema prispevkov. Po tej delitvi smo Slovenijo uvrščali med države EU (še Avstrija, Belgija, Češka, Francija, Latvija, Litva, Luksemburg, Nemčija, Nizozemska in Slovaška), ki

13 Svet Evrope: Listina o skupnih vrednotah in načelih na področju zdravja – 2006/C 146/1 (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2006:146:0001:0003:EN:PDF>).

14 Evropski urad SZO (WHO/EURO): The Tallin Charter – Health Systems for Health and Wealth, 2008. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/88613/E91438.pdf).

zagotavljajo zdravstveno varnost s socialnim modelom. Med državami EU s sistemom nacionalne zdravstvene službe oziroma proračunskim modelom pa so uvrščali države kot so Bolgarija, Ciper, Danska, Estonija, Finska, Grčija, Irska, Italija, Madžarska, Malta, Poljska, Portugalska, Romunija, Švedska, Španija in Velika Britanija.

Vendar so kljub sorodnostim v ureditvah držav EU zaradi specifičnosti zgodovinskega razvoja razlike med ureditvami posameznih držav sorazmerno velike – tudi med državami s sorodnim modelom javnega financiranja. V iskanju odgovorov na probleme finančne vzdržnosti pa so v zadnjem obdobju vsi sistemi doživeli veliko sprememb–reform. Pri tem so v posodobitve sistemov vključevale različne elemente iz obeh opisanih modelov. Zato je danes neuporabno deliti sisteme na dva osnovna modela, temveč je govora o tako imenovanih mešanih (»mix«) modelih financiranja javnih zdravstvenih sistemov. Mešani model se nanaša predvsem na različne oblike javnega in zasebnega financiranja (proračun, obvezno in prostovoljno zavarovanje in neposredna plačila), vendar gre še vedno za regulirane javne sisteme z osnovnim ciljem ohranjanja univerzalnega dostopa do kakovostnih storitev.

Danes se praktično vsi javni evropski sistemi v manjšem deležu financirajo tudi iz zasebnih virov. V ospredju vseh sistemov je prizadevanje za večjo učinkovitost zdravstvene oskrbe, ki lahko v razmerah omejenih sredstev zagotavlja večjo vrednost za vložena sredstva. Sedanja ekonomska situacija oziroma kriza v državah EU te cilje še bolj izpostavlja, saj postaja povečevanje učinkovitosti zdravstvene oskrbe osrednja strategija, ki zagotavlja uresničevanje temeljnega cilja javnega sistema – dostopa do kakovostne oskrbe.

Sorodnost razvojnih težav, intenzivni integracijski procesi in uveljavljanje čezmejnih storitev povzročajo konvergiranje javnih zdravstvenih sistemov v EU, ki doživljajo velike spremembe. Trende v zagotavljanju finančnih virov in izdatkov za zdravstvo je nemogoče razumeti brez poznavanja opisanih vsebinskih sprememb v sistemih. V nadaljevanju je podan pregled gibanj v (javno)finančnih sredstvih za zdravstveno varstvo v Sloveniji in primerjave z državami EU v obdobju 2008–2012 glede:

- pokritosti prebivalstva z zdravstveno oskrbo,
- trendov v razpoložljivih finančnih virih,
- trendov v izdatkih in
- trendov na področju uveljavljanja čezmejnega zdravstvenega varstva¹⁵.

2.2.1. Pokritost prebivalstva z zdravstveno oskrbo

Pokritost z zdravstveno oskrbo pomeni stopnjo ali delež prebivalstva, ki ima zagotovljen dostop do vnaprej opredeljenih pravic do zdravstvene oskrbe na osnovi javnih sistemov (nacionalna zdravstvena služba, javni sistem OZZ) ali privatnih programov (zasebna zdravstvena zavarovanja). Pokritost z zdravstveno oskrbo torej ne pomeni le stopnje vključenosti prebivalstva v javni sistem zdravstvenega zavarovanja, temveč tudi pokritost s pravicami, saj sta obseg pravic do zdravstvene oskrbe in s tem finančna varnost (finančno pokrivanje) v primeru tveganj povezanih z boleznimi ali poškodbami lahko zelo različna.

Načelo univerzalnosti pri pokritosti z zdravstveno oskrbo, ki velja za osnovno načelo javnih zdravstvenih sistemih v državah EU, se nanaša na obe dimenziji. Pomeni doseganje čim višjega deleža prebivalstva vključenega v javno zdravstveno zavarovanje, hkrati pa enakopraven dostop vseh prebivalcev do celovitega (»comprehensive«) nabora pravic do storitev, ki zajema vsaj osnovni paket

15 Primerjave so podane na osnovi opredelitev OECD, vir za podatke je Poročilo OECD: Health at a Glance, 2012.

zunaj bolnišničnih in bolnišničnih storitev, dostop do zdravil in drugih medicinskih produktov ter storitev javnega zdravja (po definiciji OECD).

Glede pokritosti prebivalstva z javnim zdravstvenim zavarovanjem in dostopom do celovite košarice pravic je Slovenija v skupini 17 držav EU, ki zagotavljajo 100 % pokritost prebivalstva z zdravstveno oskrbo. Preostale države EU zagotavljajo med 90 in 99 % pokritost – predvsem zaradi dejstva, da se določenim kategorijam prebivalcev zdravstvena varnost zagotavlja na osnovi zasebnih zdravstvenih zavarovanj (npr. Nemčija, kjer je 90 % prebivalcev vključena v javne bolniške blagajne, 10 % pa v zasebne). Izjemo na nek način predstavlja Ciper (v zadnjem času vse bolj tudi Grčija), kjer je okoli 83 % prebivalcev sicer vključenih v javni sistem, vendar velik delež prebivalcev nekatere pomembne zdravstvene storitve plačuje neposredno iz žepa, ker jih javni sistem ne zagotavlja.

Osnovna košarica pravic v večini držav EU zagotavlja vnaprej definiran obseg in celovit nabor pravic do zdravstvenih storitev, katerih kritje v večini primerov ni več v celoti zagotovljeno z javnimi sredstvi (proračunom oziroma javnim zdravstvenim zavarovanjem), temveč manjši del bremena za plačilo storitev nosijo tudi zavarovanci sami, in sicer z različnimi sistemi doplačil ali participacij (»cost-sharing«) k opravljenim storitvam. Košarice pravic so tudi zelo različne med državami. Razvitejše države EU se zaradi ohranjanja in izboljševanja finančne vzdržnosti sistemov v zadnjih letih odločajo za vse bolj podrobne opredelitve košaric pravice (kataloge ali sezname zdravstvenih storitev, zdravil in medicinskih pripomočkov), ki se v celoti ali delno (z doplačili) financirajo iz javnega naslova in tudi pravic, ki so izločene iz javnega financiranja. Pri tem se opirajo na dokaze, ki izhajajo iz metodologije vrednotenja zdravstvenih tehnologij (HTA študije) in ki omogočajo argumentirane odločitve o uvajanju ali opuščanju izbranih postopkov zdravljenja na osnovi presoji njihove učinkovitosti in pomembnosti za javno zdravje.

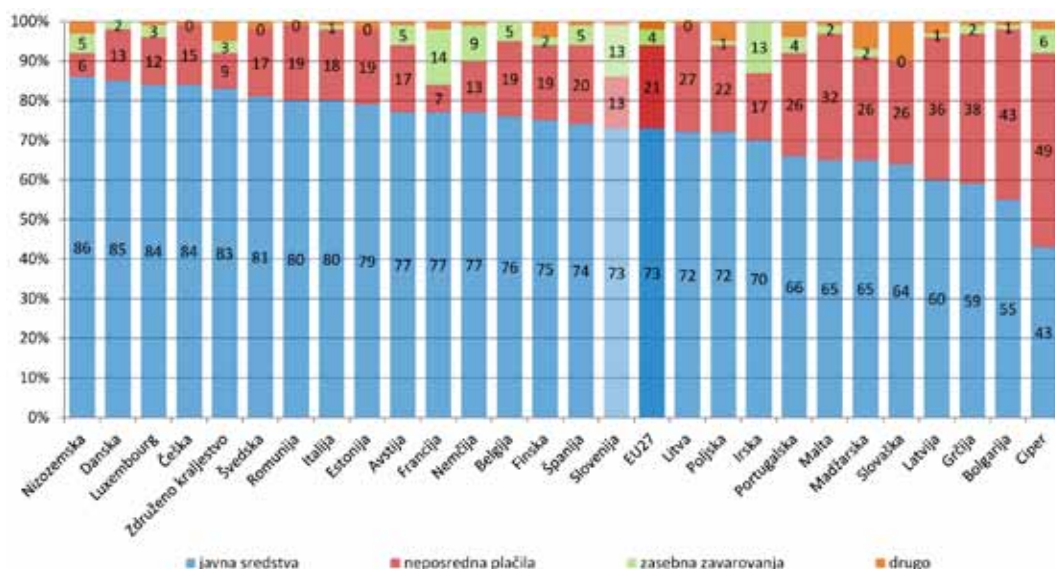
Na tej osnovi imajo pri pokrivanju finančnih tveganj v državah EU določeno vlogo tudi zasebne zdravstvene zavarovalnice, za ponudbo katerih se zavarovanci v državah EU večinoma odločajo prostovoljno. V povprečju držav EU-27 prispevajo zasebna zdravstvena zavarovanja okoli 4 % vseh stroškov za zdravstvo, bistveno večji je delež zasebnih sredstev zdravstvenih zavarovalnic v razvitejših državah EU-15. Glede na značilnosti obsega in vrste pravic, ki so zajete v javnem sistemu, se razlikujejo tudi ponudbe zavarovalnic oziroma vrste zasebnih zdravstvenih zavarovanj. V Sloveniji, Belgiji, Franciji in Luksemburgu so najbolj razširjena DPZZ, ki pokrivajo tveganja doplačil za pravice iz javnega naslova. V Franciji je bilo v letu 2010 v to obliko zasebnih zavarovanj vključenih 96 % prebivalcev, v Belgiji, 79 %, v Sloveniji 73 % in v Luksemburgu 55 % vseh prebivalcev. Delež sredstev, ki jih prispevajo DPZZ za pokrivanje vseh stroškov za zdravstveno oskrbo v teh državah, se je gibal med 7 % (Francija) in 19 % (Belgija). V Sloveniji so dopolnilna zavarovanja v letu 2010 prispevala okoli 13 % vseh sredstev za zdravstvo. T.i. dodatna zdravstvena zavarovanja, ki omogočajo pokrivanje pravic, ki niso del javnega sistema, so zaradi specifične ureditve pravic, kjer zdravila predpisana na recept in zobozdravstvene storitve nista sestavni del osnovne košarice pravic, najbolj razširjena na Nizozemskem, kjer je 89 % prebivalstva vključeno v dodatna zavarovanja. Vzporedna zdravstvena zavarovanja, ki omogočajo boljšo izbiro izvajalcev ali boljši dostop do storitev, pa so značilnost obeh otoških držav – na Irskem je v vzporedna zavarovanja vključenih kar polovica prebivalstva (49 %).

Kot kažejo podatki, je razvitost in vsebina zasebnih zdravstvenih zavarovanj v državah EU tesno povezana s tradicijo in razvojem javnih sistemov zdravstvenega varstva, zato posameznih modelov ni mogoče presajati ali razširjati v posamezne države, brez temeljite proučitve in primerjave značilnosti sistemov posameznih držav.

2.2.2. Trendi v razpoložljivih finančnih virih

V Sloveniji je zdravstveno varstvo, tako kot v večini držav EU, v pretežnem delu financirano z javnimi sredstvi, določen delež se financira tudi z zasebnimi viri. Večino javnih sredstev zagotavljajo sredstva ZZZS oziroma OZZ, preostalo zagotavljajo proračunska sredstva države oziroma občine. Zasebna sredstva se v Sloveniji v sistem stekajo prek DPZZ in kot neposredna plačila posameznikov ali zasebnih družb za določene zdravstvene storitve. Podobno mešano javno-zasebno strukturo finančnih virov za zdravstveno varstvo ima tudi večina držav EU.

Javna sredstva so z izjemo Cipra v vseh državah EU prevladujoč vir financiranja zdravstvenega varstva. V letu 2010 so države EU 27 v povprečju 73,0 % vseh izdatkov za zdravstveno varstvo zagotavljale z javnimi sredstvi. V Sloveniji smo bili po javnih izdatkih na ravni povprečja EU oziroma nekoliko pod 72,8 %. Največji delež javnih sredstev izkazuje nizozemski sistem financiranja, ki je zelo specifičen, saj šteje financiranje z zakonom zagotovljenega in reguliranega programa pravic za javno financiranje, čeprav ga v pretežni meri izvajajo zasebne zavarovalnice. Kot je razvidno iz slike 4, poleg Nizozemske največ javnih sredstev za zdravstveno varstvo namenjajo v skandinavskih državah (z izjemo Finske), Veliki Britaniji in na Češkem: 81-85 %. Najmanj javnih sredstev za zdravstveno varstvo med EU 27 namenjajo na Cipru (43 %), v Bolgariji (55 %) in Grčiji (59 %).



Vir: Health at a Glance-Europe – OECD Health Data 2012

Slika 4. Izdatki za zdravstveno varstvo po viru financiranja v državah EU, 2010.

Dejstvo, da v Sloveniji namenjamo manj javnih sredstev za zdravstveno varstvo kot v povprečju države EU, ne pove veliko. Bolj zaskrbljujoč je trend zmanjševanja javnih, s tem pa tudi vseh sredstev za zdravstvo v Sloveniji, ki poteka že tretje leto zapored. Iz tabele 11 je razvidno, da smo v letu 2009 namenili za zdravstveno varstvo skupno okoli 3.279 milijonov evrov (9,2 % BDP). V letu 2012 se je skupni znesek nominalno in realno znižal, in sicer na 3.140,9 milijona evrov (8,8 % BDP). Razpoložljiva javna sredstva so se v obdobju 2009–2012 zaradi varčevalnih ukrepov, manjših prihodkov ZZZS zaradi naraščanja brezposelnosti, prenosa bremen doplačil na prostovoljno zavarovanje in drugih razlogov, zmanjšala z 2.399,2 milijona evrov v letu 2009 (6,8 % BDP) na 2.256 milijonov evrov v letu 2012 (6,3 % BDP).

Po ocenah ZZZS so se javni izdatki za zdravstveno varstvo v letu 2010 v primerjavi z letom 2009 realno znižali za 2,2 %, v letu 2011 pa za 1,7 %. Krčenje javnih sredstev za zdravstveno varstvo v

Tabela 11. Ocena javnih in zasebnih izdatkov za zdravstveno varstvo v Sloveniji v obdobju od leta 2008 do 2012, v PPP evrov in v odstotku od BDP*.

		2008*		2009*		2010*		2011**		2012**	
		mio €	% BDP	mio €	% BDP	mio €	% BDP	mio €	% BDP	mio €	% BDP
1.	Obvezno zdravstveno zavarovanje	2.031,84	5,46	2.094,71	5,89	2.102,12	5,90	2.078,39	5,75	2.070,64	5,80
2.	Obvezno pokojninsko zavarovanje	72,34	0,19	75,38	0,21	77,47	0,22	77,77	0,22	78,07	0,22
3.	CENTRALNA DRŽAVA (brez skladov socialne varnosti)	152,35	0,41	197,00	0,55	118,91	0,33	114,75	0,32	82,03	0,23
4.	Lokalna država	32,11	0,09	32,09	0,09	27,08	0,08	25,67	0,07	25,67	0,07
5.	Javni izdatki skupaj (1+2+3+4)	2.288,64	6,14	2.399,18	6,75	2.325,58	6,53	2.296,57	6,35	2.256,40	6,32
6.	Prostovoljno zdravstveno zavarovanje	384,00	1,03	410,33	1,15	406,04	1,14	416,67	1,15	418,34	1,17
7.	Gospodinjstva	375,85	1,01	407,23	1,15	413,25	1,16	415,32	1,15	416,98	1,17
8.	DRUŽBE (brez skladov soc. varnosti) in NPISG	49,27	0,13	62,88	0,18	48,75	0,14	49,00	0,14	49,19	0,14
9.	Vsa zasebna sredstva skupaj (6+7+8)	809,12	2,17	880,45	2,48	868,05	2,44	880,99	2,44	884,51	2,48
10.	Skupaj (5+9)	3.097,76	8,32	3.279,63	9,22	3.193,63	8,97	3.177,57	8,78	3.140,92	8,80

Vir: Poslovna poročila ZZZS, 2010–2012

* Podatki za leta 2008–2011 so pripravljene po metodologiji OECD za zdravstvene račune.

** Podatki za leto 2012 so ocenjeni:

- podatki za obvezno zdravstveno zavarovanje na podlagi podatkov po zaključnem računu ZZZS
- podatki za obvezno pokojninsko zavarovanje so iz letnega poročila Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje 2011, za leto 2012 pa so ekstrapolirani podatki z indeksom rasti dodatka za pomoč in postrežbo 2011/2010
- podatki o izdatkih centralne države za 2011 so preliminarni podatki iz zaključnega računa Ministrstva za zdravje; podatki o izdatkih centralne države za zdravstvo za 2012 so ocenjeni na podlagi podatkov Rebalansa proračuna RS za 2012; podatki o investicijah za leto 2011 so iz objave Statističnega urada Republike Slovenije Izdatki sektorja država po namelih, Slovenija, 2011, 21. december 2012, Prva objava; podatki o investicijah za 2012 so ekstrapolirani podatki za 2011 s faktorjem odhodki za investicije države I-XI2012/I-XI2011, vir: Bilten javnih financ.
- podatki za lokalno državo za leto 2011 so seštevek tekočih izdatkov občin za zdravstvo (http://www.mf.gov.si/si/delovna_podrocja/lokalne_skupnosti/statistika/podatki_obcin_o_realiziranih_prihodkih_in_drugih_prejemkih_ter_odhodkih_in_drugih_izdatkih_splosnega_dela_proracuna_ter_o_realiziranih_odhodkih_in_drugih_izdatkih_osebnega_dela_proracuna/) in investicij http://pxweb.stat.si/pxweb/Dialog/varval.asp?ma=03149505&ti=&path=../Database/Ekonomsko/03_nacionalni_racun/25_03149_racun_drzave/&lang=2; za 2012 so podatki ocenjeni in so enaki kot v letu 2011.
- podatki za prostovoljno zdravstveno zavarovanje so ekstrapolirani podatki 2010 s faktorjem povečanja Izdatkov gospodinjstev za zdravstvo od 2010 na 2011, za 2012 pa s povprečnim letnim indeksom rasti cen zdravstvenih storitev 2012/2011
- podatki za gospodinjstva, družbe in neprofitne izvajalce storitev gospodinjstvom (NPISG) za 2011 in 2012 so ekstrapolirani podatki 2010 s povprečnim letnim indeksom rasti cen zdravstvenih storitev 2011/2010 in 2012/2011

*** Podatek za leto 2012 je napoved UMAR. Vir: UMAR, Jesenska napoved gospodarskih gibanj 2012, september 2012

času krize sicer ni slovenska posebnost, vendar je bilo znižanje v Sloveniji znatno nad povprečjem držav EU (-0,5 v letu 2010). Delež javnih izdatkov v vseh sredstvih za zdravstveno varstvo je v letu 2009 znašal 73,2 % vseh sredstev za zdravstvo, v letu 2010 72,8 %, v letu 2011 72,3 %, v letu 2012 pa le še 71,8 %.

V skladu z gibanji glede javnih izdatkov za zdravstvo sredstev se je v obdobju 2009–2012 povečeval v Sloveniji delež zasebnih sredstev v vseh izdatkih za zdravstveno varstvo. Zasebna sredstva za zdravstveno varstvo so se z 880,5 milijona evrov (2,5 % BDP) v letu 2009 povečala na 884,5 milijona evrov (2,5 % BDP), delež zasebnih izdatkov pa s 26,8 % v letu 2009 na 28,2 % v vseh izdatkih za zdravstvo v letu 2012. V Sloveniji približno polovico vseh zasebnih sredstev zagotavljajo DPZZ, polovico pa se jih v sistem steka na podlagi neposrednih plačil oseb.

Zanimivo je, da obseg vseh zasebnih sredstev in zasebna sredstva, ki jih zagotavljajo prostovoljne zdravstvene zavarovalnice, v mednarodnih primerjavah ne nastopajo več kot kazalec neenakosti v zdravju oziroma tako imenovane finančne dostopnosti, temveč se uporablja predvsem podatek o obsegu neposrednih izdatkov iz žepa. Ta sprememba je razumljiva, saj so neposredna plačila za revnejše posameznike ali gospodinjstva veliko finančno breme, ki lahko vpliva na odločitve o zdravljenju. Neposredni izdatki ali plačila iz žepa v povprečju predstavljajo v državah EU že skoraj tri četrtine vseh zasebnih izdatkov za zdravstvo ali okoli 17 % vseh izdatkov za zdravstvo, kar je tudi posledica porasta participacij oziroma neposrednih doplačil v državah EU v času krize. Največji delež neposrednih izdatkov iz žepa v vseh izdatkih za zdravstvo imajo na Cipru (49 %), v Bolgariji (43 %) in Grčiji (38 %).

Po deležu neposrednih plačil kot kazalcu finančne dostopnosti smo v Sloveniji precej pod povprečjem EU, saj je v letu 2010 znašal nekaj čez 13 % (1,3 % BDP). Razlog za nižja neposredna plačila je predvsem visoka pokritost prebivalstva z dopolnilnim zdravstvenim zavarovanjem, ki omogoča pokrivanje stroškov zdravstvenih storitev z (obveznim in prostovoljnim) zavarovanjem.

Visoko pokritost z DPZZ in nizek delež neposrednih doplačil pa nekateri povezujejo s problemom prevelike utilizacije storitev javnega sistema. V Sloveniji se srečujemo zlasti s problemom prekomerne rabe zunajbolnišničnih ambulantnih storitev (na primarni in sekundarni ravni), še bolj izrazito pa s prekomerno porabo zdravil. Participacija oziroma neposredna plačila veljata za enega izmed možnih ukrepov za obvladovanje prevelikega povpraševanja po storitvah. Razvojna vprašanja o nadaljnjem razvoju DPZZ v Sloveniji bi bilo treba pretehtati tudi s tega vidika.

2.2.3. Trendi v izdatkih

V letu 2010 smo zdravstvenemu varstvu namenili 9,0 % BDP (v letu 2012 8,9 % BDP), kar je nekako na povprečju držav EU-27 (9,0 % BDP). Po izdatkih na prebivalca smo v istem letu s 1.869 PPP evri (evri preračunani na kupno moč prebivalcev) nekoliko zaostajali za povprečjem EU-27 (2.171 evrov na prebivalca).

V obdobju 2000–2009 so izdatki za zdravstveno varstvo v celotnem območju EU rasli hitreje od rasti BDP. V povprečju so realno rasli 4,6 % letno, zato se je delež izdatkov za zdravstveno varstvo v BDP v državah EU 27 v tem obdobju povečal s 7,3 na 9,2 % BDP (tabela 12). K večanju izdatkov v tem obdobju so najbolj prispevali demografski trendi, rast BDP in kupne moči prebivalstva, nove zdravstvene tehnologije in drugi dejavniki. Največ izdatkov za zdravstveno varstvo v EU 27 imajo

Tabela 12. Rast izdatkov za zdravstveno varstvo v (izbranih) državah EU v primerjavi s Slovenijo v obdobju od leta 2000 do 2010.

Izbrane države EU	Vsi izdatki v % BDP			Javni izdatki v % BDP		
	2000	2009	2010	2000	2009	2010
Nizozemska	8,0	12,0	12,0	6,2	9,5	9,8
Francija	10,1	11,8	11,6	9,1	9,2	9,1
Nemčija	10,3	11,6	11,5	8,8	8,9	9,0
Slovenija	8,3	9,2	9,0	6,6	6,8	6,5
Slovaška	5,5	9,1	9,0	4,4	6,0	5,9
Češka	6,5	7,2	7,5	5,3	6,9	6,2
Poljska	5,5	7,4	7,0	5,0	5,3	5,1
Povprečje EU 27	7,3	9,2	9,0	5,3	6,7	6,4

Viri: ZZS: Poslovna poročila 2001–2011, UMAR: Poročilo o razvoju 2012 in Health at a Glance-Europe – OECD Health Data 2012

na Nizozemskem (v letu 2010 12,0 % BDP), v Franciji (11,6 % BDP) in Nemčiji (11,5 % BDP), najmanj pa v Romuniji (6,0 % BDP), Estoniji (6,3 % BDP) in Latviji (6,8 % BDP).

V Sloveniji je bila rast vseh izdatkov, zlasti javnih izdatkov za zdravstveno varstvo v primerjavi s povprečjem držav EU in nekaterimi primerljivimi državami (Češka, Slovaška, Poljska) počasnejša. To je moč pojasniti z ugotovitvami novejših ekonometričnih študijah Evropske komisije, po katerih je na rast izdatkov v državah EU v tem obdobju najmočneje vplivalo povečanje BDP na prebivalca. Temu dejavniku so pripisali 60 % vpliva na rast izdatkov. Učinkom uvajanja novih zdravstvenih tehnologij, institucionalnih značilnosti zdravstvenega sistema in drugih nedemografskih dejavnikov so pripisali 25 odstotni vpliv na rast izdatkov. Šele na koncu z okoli 10 % vpliva so se znašli demografski dejavniki (staranje in druge spremembe v strukturi prebivalstva). Študija je pokazala, da je bila realna rast javnih izdatkov v Sloveniji predvsem rezultat povečevanja BDP na prebivalca in staranja prebivalstva. Vpliv nedemografskih dejavnikov pa je bil v tem obdobju celo negativen. Poleg Slovenije je imela negativen učinek nedemografskih dejavnikov na rast izdatkov le še Madžarska. Po eni strani lahko ta negativen učinek pripišemo racionalni organizaciji v zdravstvu in obvladovanju rasti izdatkov v našem sistemu. Po drugi strani pa je ta učinek lahko tudi znamenje pretirano zadržanega ali celo prepočasnega razvoja (uvajanje tehnologij, kadri).

Zaradi varčevalnih ukrepov v večini držav EU so izdatki za zdravstveno varstvo z 9,2 % BDP v letu 2009 padli na 9,0 % BDP v letu 2010, v Sloveniji z 9,3 % BDP na 9,0 % BDP. Največji realen padec v izdatkih na prebivalca so imeli v letu 2010 glede na predhodno leto na Irskem (-7,9), Estoniji (-7,3) in v Grčiji (-6,7). V Sloveniji smo bili med 7 državami EU z znatno negativno rastjo izdatkov za zdravstveno varstvo, in sicer smo v letu 2010 beležili negativno rast izdatkov v višini -2,0 %. V Sloveniji so javni izdatki za zdravstvo s 6,8 % v letu 2009 padli na 6,3 % BDP v letu 2012.

2.2.4. Čezmejno zdravstveno varstvo

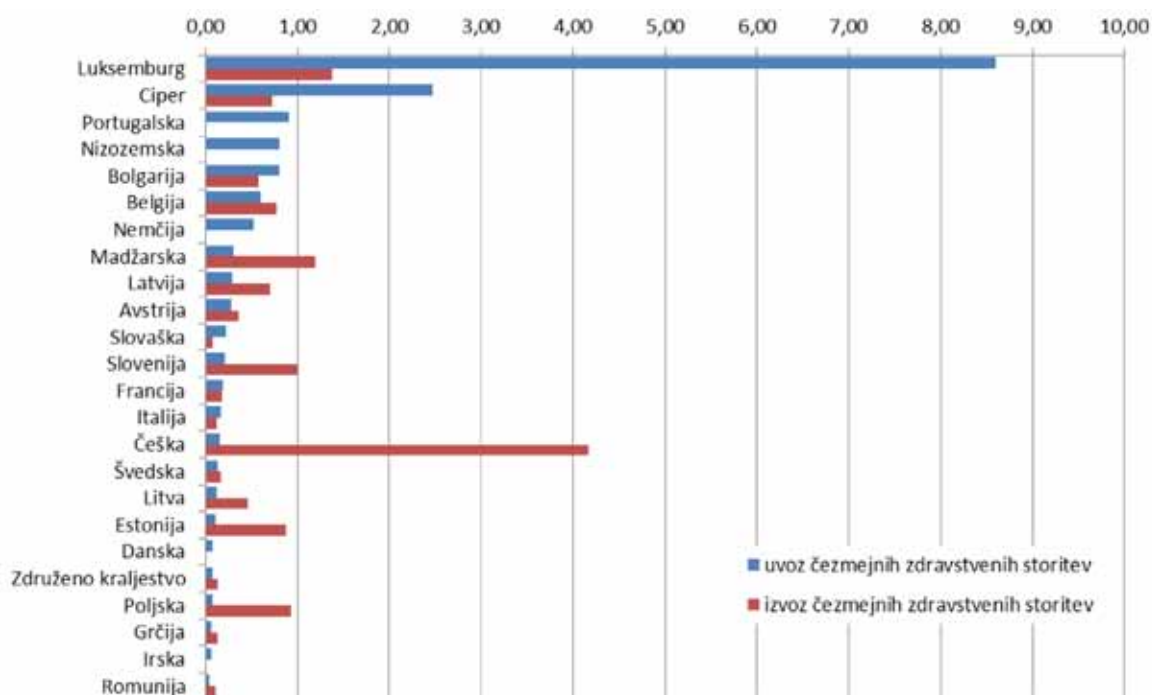
Čezmejno zdravstveno varstvo oziroma mobilnost pacientov znotraj EU postaja vse bolj prepoznavna in značilna zdravstvena pravica skupnega evropskega prostora, četudi ostaja na tem področju odprtih še mnogo vprašanj tudi po sprejetju Direktive 2011/24/EU. Direktiva posega na številna področja, ki so bila do sedaj predmet nacionalnih zdravstvenih politik oziroma sistemov. Pravila načrtovanega čezmejnega zdravstvenega varstva, ki jih določa Direktiva, bodo vsekakor vplivala na večjo mobilnost pacientov v EU, ki je bila do sedaj razmeroma majhna, vendar ne povsem zanemarljiva.

Po podatkih OECD, ki je pred leti začel zbirati podatke o čezmejnih zdravstvenih storitvah v državah EU, je vrednost tovrstnega prometa, ki obsega »uvoz« (odliv bolnikov po storitve v tujino) in »izvoz« storitev (priliv tujih bolnikov in izkoriščanje domačih zmogljivosti), v letu 2010 znašala 5,5 milijarde evrov. Promet oziroma stroški za čezmejne storitve so v primerjavi z vsemi izdatki za zdravstveno varstvo v večini držav EU še vedno neznatni, vendar je pričakovati, da bodo po uveljavitvi Direktive porasli (prim. s sliko 5).

Skupna vrednost »uvoza« storitev držav EU v letu 2010 je bila 3 milijarde evrov. Največji obseg sredstev za »uvoz« storitev je v letu 2010 porabila Nemčija (okoli 1.500 milijonov evrov), vendar so stroški za te storitve dosegli le 0,5 % vseh izdatkov za zdravstvo v tej državi. Visok »uvoz« storitev beležijo tudi na Nizozemskem in v Franciji. Slovenija je v letu 2010 za »uvoz« storitev porabila okoli 0,2 % vseh sredstev za zdravstvo. Skupna vrednost »izvoza« storitev v letu 2010 je ocenjena na 2,5 milijarde evrov. Največje med »izvozniki« storitev so nekatere države iz srednje in vzhodne Evrope (Češka, Madžarska), ki zaradi razlik v cenah privabljajo številne »zdravstvene turiste«.

ki še posebej iščejo storitve zobozdravstva. Tudi Slovenija je imela glede izvoza po teh podatkih »pozitiven« saldo. Zelo visoko med »izvozniki« je tudi Hrvaška, predvsem zaradi ponudb v času turistične sezone.

Direktiva prinaša številne izzive in priložnosti za vse deležnike zdravstvenega varstva, kar terja skrbne razmisleke še zlasti glede zaznanih tveganj za paciente, izvajalce in ZZZS.



Vir: Health at a Glance – Europe, OECD Health Data 2012

Slika 5. Uvoz (odliv pacientov) in izvoz (priliv pacientov) čezmejnih zdravstvenih storitev – v deležu vseh izdatkov za zdravstveno varstvo v državah EU, 2010.

2.3. Uresničevanje Strateškega razvojnega programa – strateško poročilo

ZZZS je v SRP za obdobje 2008–2013 v skladu z metodologijo uravnoteženih kazalnikov uspešnosti poslovanja opredelil 11 globalnih ciljev (v nadaljevanju GC 1-11) na štirih osnovnih vidikih poslovanja – vidik zavarovanih oseb (in drugih strank), vidik finančnega poslovanja, vidik notranjih procesov in vidik učenja in rasti. Cilji so bili opredeljeni kot dolgoročni želeni rezultati, ki jih je ZZZS želel doseči v tem razvojnem obdobju. Za uresničevanje vsakega od opisanih globalnih ciljev so bile v SRP predvidene ustrezne strategije (aktivnosti in ukrepi, kot so razvojne naloge in projekti) oziroma način delovanja na osnovnih področjih poslovanja ZZZS oziroma izvajanja OZZ.

ZZZS je v letu 2010 zaradi spremenjenih razmer poslovanja oziroma globoke finančne in gospodarske krize opravil analizo uresničevanja SRP in oblikoval določene prednostne ukrepe in strategije za preostalo razvojno obdobje do leta 2013. Pri tem se prvotni globalni cilji SRP niso spreminjali. Zaradi zaostrenih pogojev poslovanja so bile kot ključne usmeritve ZZZS opredeljene naslednje:

- pokritost zavarovanih oseb z zavarovanjem in nemoten dostop do pravic,

- učinkovita in kakovostna izvedba zdravstvenih programov,
- stabilno finančno poslovanje.

Strateško poročilo o uresničevanju SRP v obdobju 2008–2013 v nadaljevanju poroča o najpomembnejših ukrepih in aktivnostih za doseg 11 globalnih ciljev po posameznih vidikih poslovanja, pri čemer se osredotoča na ključne usmeritve, kot so bile opredeljene v letu 2010 za poslovanje v zaostrenih pogojih poslovanja oziroma v času krize.

2.3.1. Vidik strank – dostop do kakovostne oskrbe

Prva ključna usmeritev SRP po primerni pokritosti zavarovanih oseb z zavarovanjem in dostopnosti do pravic se nanaša na vidik zavarovanih oseb, za katerega je ZZZS v SRP 2008–2013 načrtoval tri GC:

1. zagotoviti visoko raven zdravstvene varnosti vsem zavarovanim osebam in izboljšati njihovo zadovoljstvo z obveznim zdravstvenim zavarovanjem;
2. izboljšati ozaveščenost zavarovanih oseb o skrbi za lastno zdravje in pravicah ter dolžnostih iz obveznega zdravstvenega zavarovanja;
3. zagotoviti ustrezno dostopnost in primerno kakovost zdravstvenih storitev in drugih pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Druga ključna usmeritev po učinkoviti in kakovostni izvedbi zdravstvenih programov se nanaša na urejanje odnosov s partnerji v zdravstvu, dobavitelji zdravil in pripomočkov ter drugimi poslovnimi strankami ZZZS, za kar je ZZZS v SRP poleg opisanih treh opredelil še naslednje GC:

4. izboljšati učinkovitost partnerskih pogajanj in uveljaviti nova partnerstva;
5. uveljaviti sistem spremljanja in ocenjevanja učinkovitosti in kakovosti izvajanja zdravstvenih programov;
6. uveljaviti sistem naročanja oziroma nakupovanja programov zdravstvenih storitev.

Za doseg obeh ključnih usmeritev po nemotenem dostopu do učinkovite in kakovostne zdravstvene oskrbe oziroma GC 1-3 in 5-7 so bile najpomembnejše aktivnosti in ukrepi za:

- ažurno urejanje statusov zavarovanih oseb v obveznem zdravstvenem zavarovanju,
- spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja,
- oblikovanje Splošnega dogovora,
- razvrščanje zdravil na listo in uveljavljanje racionalnega predpisovanja zdravil na recept,
- oblikovanje Dogovora o preskrbi z medicinskimi pripomočki,
- spremljanje učinkovitosti in kakovosti opravljenih zdravstvenih storitev in izdanih materialov,
- izvajanje strateških nakupov prednostnih programov zdravstvenih storitev,
- nadzor nad izvajanjem programov zdravstvenih storitev,
- enotno in usklajeno odločanje o pravicah iz obveznega zdravstvenega zavarovanja,
- čezmejno uveljavljanje pravic do zdravstvenih storitev,
- informiranje zavarovanih oseb in drugih strank ZZZS,
- promocija zdravja in pravilne uporabe zdravstvenih storitev.

Pokritost z obveznim zdravstvenim zavarovanjem

Za optimalno pokritost z zavarovanjem in s tem ohranjanje visoke stopnje zdravstvene varnosti prebivalstva v času krize sta bili strateškega pomena ažurno urejanje zavarovanj in aktivno reševanje statusov oseb, ki so bile dlje časa nezavarovane.

Pojavi kot so stečaji, povečana fluktuacija delavcev, brezposelnost, krajšanje polnega delovnega časa in druge posledice težke gospodarske krize, so v preteklem obdobju znatno povečali število storitev urejanja zavarovanj na vseh 55 lokacijah ZZZS. Od 1.358.963 obravnavanih vlog za spremembe statusov zavarovanj v letu 2008 se je število v letu 2012 povečalo za tretjino (33,0 %), in sicer na 1.807.023 vlog.

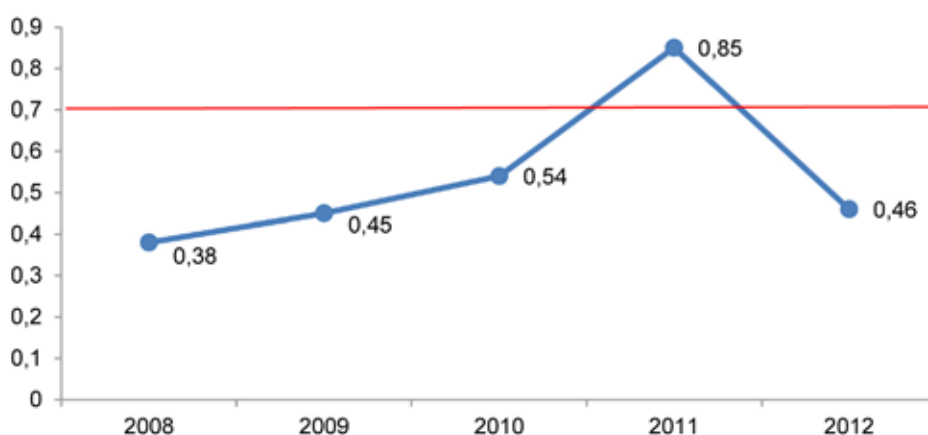
Obvladovanje velikega števila vlog v predvidenem času so znatno olajšale določene sistemske, razvojne in informacijske rešitve, ki so bile uveljavljene v obdobju 2008–2012. Med njimi je treba izpostaviti izvedbo naslednjih prijav ter odjav in prijav, ki so posledica zakonodajnih sprememb in so bile namesto ročno, izvedene z informacijsko podporo:

- programska prijava družbenikov v zavarovanje za primer brezposelnosti zaradi sprememb, ki jih je uvedel Zakon o urejanju trga dela (izvedena v januarju 2011),
- programska odjava in prijava zavarovancev zaradi odprave krajevne pristojnosti za vlaganje prijav v obvezno pokojninsko in invalidsko zavarovanje, ki je bila odpravljena z zakonom o matični evidenci zavarovancev in uživalcev pravic iz pokojninskega in invalidskega zavarovanja (izvedena v juliju 2011).

Skupno število prijav in odjav, ki so bile v letu 2011 programsko izvedene, je bilo 1.476.390. Za toliko bi bilo potrebnih več vlog v letu 2011, če te prijave in odjave ne bi bile izvedene programsko. Poleg programskih prijav in odjav pa je v teh letih ZZZS uveljavljal še različne razvojne nadgraditve za informatizacijo poslovanja in približevanje storitev zavezancem za prijavo. Od eksperimentalnih 5.009 v letu 2008 je ZZZS s sistemom e-VEM v letu 2012 prejel od zavezancev skupaj že 177.082 obrazcev M po elektronski poti.

Vse večji pritisk vlog za ureditev statusov in nespremenjena kadrovska zasedba službe za prijavo in odjavo v zavarovanje sta bila razloga za določena nihanja v ažurnosti urejanja teh vlog v obdobju 2008–2012. V letu 2009 je bilo 95,3 % zavarovanj urejeno v roku treh delovnih dni, v letu 2010 pa 97,2 %. Različne ciljne aktivnosti za doseg večje odzivnosti službe ZZZS na nastalo situacijo pa je po letu 2010 rodila sadove, saj je bilo v letu 2012 kar 98,7 % zavarovanj urejenih v predvidenem času.

ZZZS je glede urejanja zavarovanj ves čas pozorno spremljal tudi delež oseb, ki si v daljšem obdobju niso uredile statusa zavarovanja. Kljub dejstvu, da imajo na osnovi zakona vse osebe, ki imajo v Republiki Sloveniji stalno prebivališče legalno možnost oziroma obveznost urediti si obvezno zdravstveno zavarovanje, si nekateri v daljšem časovnem obdobju zavarovanja ne uredijo.



Slika 6. Delež oseb z neurejenim obveznim zdravstvenim zavarovanjem več kot 2 meseca v obdobju 2008–2012.

Med »začasno« nezavarovanimi osebami so osebe, ki si statusa ne želijo urediti, socialno ogrožene osebe in drugi. S pojavom krize je bilo vse več tudi oseb, ki so po izgubi zaposlitve čakale na priznanje novega statusa, saj je bila vključitev v zavarovanje vezana na dokončanje postopkov (npr. priznanje pravice do nadomestila za brezposelnost, do pokojnine).

Število oseb, ki si zaradi različnih razlogov niso uredile zavarovanja dlje od dveh mesecev, je bilo v letu 2008 7.570, kar je predstavljalo 0,45 % vseh zavarovanih oseb (glej sliko 6). Zaradi krize se je število teh oseb do leta 2011 povečevalo (17.647 oziroma 0,85 %), nato pa zaradi intenzivnih ciljnih aktivnosti ZZZS zmanjšalo – v letu 2012 je bilo takih oseb 9.673 (0,46 %). Kriza je izpostavila zlasti problematiko namernega ne vključevanja zaposlenih oseb v OZZ.

Obseg pravic

Natančnejši obseg zdravstvenih storitev, ki se zagotavljajo v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja in natančnejši postopek uveljavljanja pravic urejajo tudi **Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja** (v nadaljnjem besedilu Pravila), ki jih je ZZZS v obdobju 2008 do 2012 spreminjal in dopolnjeval praviloma enkrat letno.

Pri spremembah in dopolnitvah Pravil so se upoštevale usmeritve po širitvi pravic v skladu z razvojem stroke in razpoložljivimi viri, poenostavitvi postopkov, lažjemu uveljavljanju pravic, natančnejši ureditvi posamezne pravice, zagotavljanju pravičnejših pogojev in učinkoviti obravnavi bolnikov in uskladitvi z veljavno zakonodajo.

Največ sprememb je bilo izvedeno na področju pravic do medicinskih pripomočkov, od tega:

- širitev pravice do raztopine za zaščito ustne sluznice v primeru kemoterapije in obsevanja področja glave in vratu (2008),
- širitev pravice do sistema za dovajanje tekočega kisika odrasle zavarovane osebe (2008),
- uvedba pravice dočasne prsne proteze po radikalni operaciji dojke (2009),
- širitev pravice do elastičnih kompresijskih nogavic na osebe s primarnim in sekundarnim limfedomom (2009),
- širitev pravice sistema za kontinuirano merjenje glukoze v krvi (2010),
- širitev pravice do vozička na elektromotorni pogon (2010),
- širitev pravice do očal z mnogožariščnimi (multifokalnimi) stekli za otroke s sivo mrežo 2010,
- uvedba pravice do (zamenjave) procesorja kostno usidranega služnega pripomočka (2011),
- opredelitev standardov za stekla očal (2011),
- natančnejša ureditev standardov in vzpostavitev seznama medicinskih pripomočkov (2012).

Pomembne izboljšave za bolj odgovorna ravnanja in poenostavitve postopkov pri predpisovanju zdravil in medicinskih pripomočkov so prinesle naslednje spremembe:

- omilitev omejitve predpisovanja določenih zdravil (2008),
- širitev pooblastil za predpisovanje zahtevnejših blazin (2009),
- odprava predhodne potrditve naročilnice za popravilo pripomočkov, ki so predmet izposoje (2010),
- ureditev doplačil zaradi morebitne razlike v ceni v primeru izdaje zamenljivih zdravil (2011),
- uvedba možnosti prepovedi predpisovanja ali preprečitve izdaje zdravil v breme ZZZS v določenih primerih (2011),
- širitev možnosti predpisovanja zdravil na osnovi obnovljivega recepta (2011),

- vzpostavitev podlag za uvedbo obnovljive naročilnice za izbrane skupine medicinskih pripomočkov (2011),
- spremembe v pooblastilih pri predpisovanju določenih pripomočkov za poenostavitev administrativnih postopkov uresničevanja pravic (2011),
- podelitev pooblastila za predpisovanje nedrčkov za prsno protezo (2012).

Dostop do kakovostne zdravstvene oskrbe, zdravil in medicinskih pripomočkov

Za zagotavljanje nemotenega dostopa do kakovostne zdravstvene oskrbe je ključnega pomena dogovarjanje s partnerji v zdravstvu, ki ga predvideva ZZVZZ. V obdobju od 2008 do 2012 so bile pri sklepanju Splošnega dogovora s partnerji (v nadaljevanju Dogovora) in oblikovanju pogodb z izvajalci zdravstvenih storitev zaradi zelo zahtevnih finančnih razmer izvedene številne aktivnosti in ukrepi, brez katerih bi lahko prišlo do večjih zastojev ali problemov pri uresničevanju pravic zavarovanih oseb.

Tabela 13. Realizacija storitev po dejavnostih v primerjavi s planom v Sloveniji v letih 2008 in 2012.

PROGRAM	enota	plan storitev			plačana realizacija storitev		
		2008	2012	indeks	2008	2012	indeks
		1	2	3=2/1	4	5	6=5/4
osnovna dejavnost	točke	26.534.436	27.453.106	103,46	26.238.919	27.418.702	104,50
osnovna dejavnost	kol. za stor.	39.087.958	39.561.592	101,21	39.005.343	39.480.503	101,22
zobozdravstvena dejavnost	točke	48.367.991	49.008.977	101,33	46.738.638	48.399.248	103,55
nenujni reševalni prevozi	točke	38.193.640	42.027.284	110,04	37.380.820	35.589.146	95,21
specialistično ambulantna dejavnost	točke	59.059.561	60.435.051	102,33	57.577.103	59.857.360	103,96
magnetna resonanca	preiskave	822.356	63.840	7,76	783.681	63.892	8,15
CT	preiskave		80.504	0,00		81.969	0,00
lekarniška dejavnost	točke	11.800.095	12.821.941	108,66	12.213.176	13.340.834	109,23
dejavnost socialnovarstvenih zavodov	zdr. nega	6.612.453	7.465.807	112,91	6.597.431	7.444.778	112,84
stacionarno zdraviliško zdravljenje	NOD ¹	267.443	274.375	102,59	278.741	298.218	106,99
stacionarno zdraviliško zdravljenje	točke	5.429.788	5.624.710	103,59	5.943.382	6.628.779	111,53
ambulantno zdraviliško zdravljenje	točke	245.265	225.729	92,03	191.385	240.929	125,89
akutna bolnišnična obravnava	primeri	348.003	331.754	95,33			0,00
akutna bolnišnična obravnava	utež	470.149	486.911	103,57	468.612	502.422	107,21
neakutna bolnišnična obravnava	BOD ¹	182.901	198.968	108,78	182.310	193.513	106,15
- podaljšano bolnišnično zdravljenje	BOD ¹	39.391		0,00	32.440		0,00
- zdravstvena nega in paliativna oskrba	BOD ¹	143.510		0,00	149.870		0,00
psihiatrija	primer	9.945	10.059	101,15	9.848	10.032	101,87
ostalo	primer	2.497		0,00	2.444		0,00
doječe matere in sobivanje staršev ob hospitaliziranem otroku	NOD ¹	20.553	69.641	338,84	20.263	73.172	361,11
invalidna mladina	BOD ¹	20.201	19.926	98,64	20.201	19.926	98,64
transplantacije	operacija	198	256	129,29	278	305	109,71

Vir: Aplikacija Spremljanje in sklepanje pogodb z izvajalci zdravstvenih storitev in aplikacija Stroški zdravstvenih storitev ZZS

1 BOD – bolnišnični oskrbni dan, NOD – nemedicinski oskrbni dan.

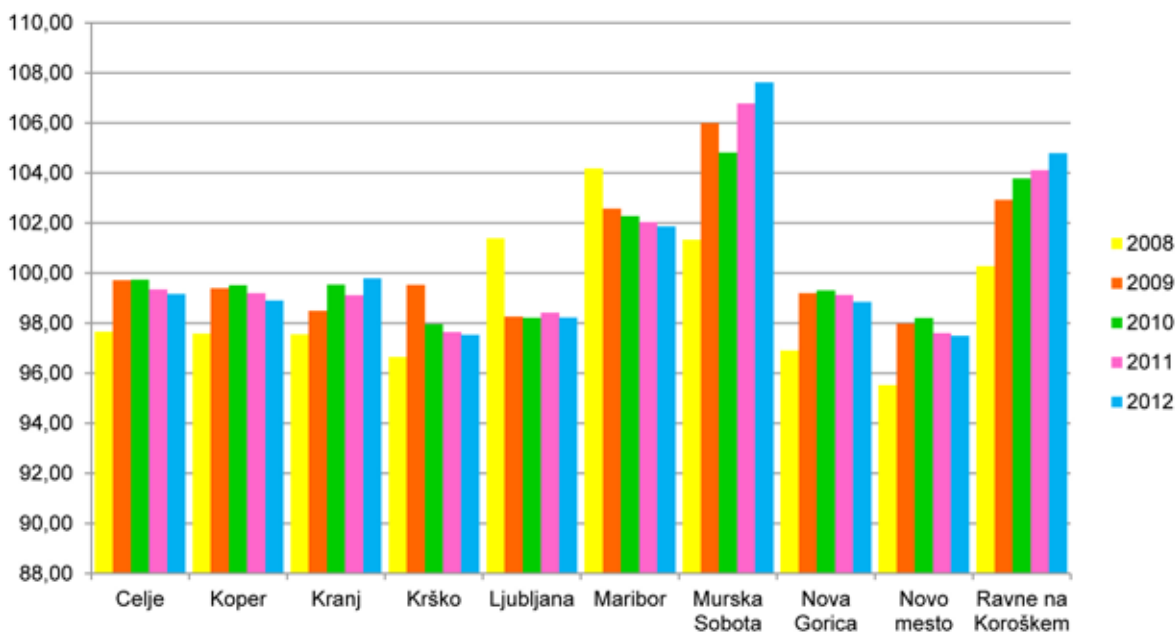
Za ohranjanje ustreznega dostopa zavarovanih oseb do zdravstvene oskrbe so bile pomembne predvsem odločitve partnerjev glede obsega in vrednosti programov zdravstvenih storitev, ki se izvajajo na primarni ravni, sekundarni in terciarni ravni. ZZS se je v obdobju 2008–2012 s predstavniki izvajalcev zdravstvenih storitev na primarni, sekundarni in terciarni ravni dogovoril za določene prilagoditve zdravstvenih programov novim zdravstvenim potrebam zavarovanih oseb.

Ključne prilagoditve na primarni ravni so se na osnovi prednostnih usmeritev iz SRP nanašale na zagotovitev pogojev za izvajanje preventivnih programov, obravnavo kroničnih bolnikov in povečanje zmogljivosti za izvajanje zdravstvene nege v socialnih zavodih. Glede izvajanja specialistično ambulantne in bolnišnične dejavnosti je bila pozornost posvečena **boljši dostopnosti do izbranih preiskav, posegov ali obravnav ter boljši storilnosti in kakovosti**. Navedenim usmeritvam so sledili trendi pri načrtovanju in plačani realizaciji programov (glej tabelo 13).

Stanje glede dostopa do programov zdravstvenih storitev na primarni ravni se je v preteklem razvojnem obdobju kljub težavnim razmeram izboljšalo. Obravnave zavarovanih oseb v ordinacijah izbranih zdravnikov so potekale večinoma v okviru sprejemljivih čakalnih vrst ali dob (izjemo predstavljajo storitve zobne protetike). To je rezultat povečanja zmogljivosti izvajalcev na tej ravni, širjenja primerov dobre prakse glede naročanja pacientov, oblikovanja ustreznih standardov naročanja in uvajanja referenčnih ambulant za učinkovitejšo obravnavo kroničnih bolnikov.

Na osnovi Dogovorov v letih 2008 in 2009 so bili v mrežo izvajalcev na primarni ravni razporejeni dodatni timi izbranih zdravnikov, in sicer na način, da izvajalci v vseh območnih enotah ZZZS na primarni ravni dosegajo minimalni standard, to je 95 % slovenskega povprečja. Iz slike 7 je razvidno, da se je situacija glede preskrbljenosti s timi na primarni ravni izboljšala predvsem na območjih, ki so bila tradicionalno v zaostanku (Murska Sobota, Ravne na Koroškem, idr.). Podobna širitev je bila dosežena na področju dejavnosti nege in patronaže s ciljem doseganja slovenskega povprečja posameznih območij. Največje širitve programov pa so bile v preteklem razvojnem obdobju izvedene na področju zdravstvene nege v socialnovarstvenih zavodih zaradi povečanja zmogljivosti socialnovarstvenih zavodov.

V letu 2009 je ZZZS skupaj z Zdravniško zbornico Slovenije izvedel kampanjo za skrajšanje čakanj na pregled v ambulantah splošne/družinske medicine na primarni ravni, s katero je uveljavil in omogočal izmenjavo primerov dobrih praks načrtovanja in naročanja zavarovanih oseb v ordinacije. Na osnovi strokovne obravnave se je v letu 2010 v Dogovoru uveljavil standard dvajset minut čakanja v ordinaciji na obravnave na tej ravni.



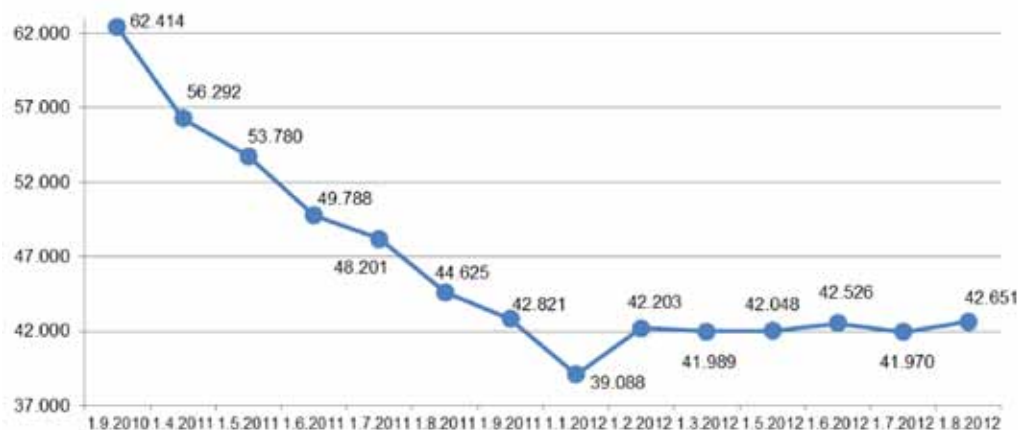
Slika 7. Odstopanje od povprečne preskrbljenosti (povprečna preskrbljenost = 100) s timi v splošnih ambulantah, otroških in šolskih dispanzerjih po OE ZZZS, 2008–2012.

Pomembna novost na primarni ravni je bila uvedba referenčnih ambulant, ki so razširile ponudbo programov na primarni ravni zdravstvene dejavnosti s specifičnimi javnozdravstvenimi obravnavami oziroma usposabljanjem kroničnih bolnikov. Na podlagi pilotskega projekta predvidenega v Dogovoru (2010) je v letu 2011 pričelo delovati najprej 107, v letu 2012 pa skupno 164 referenčnih ambulant, ki so okrepile ambulante družinske medicine z diplomiranimi medicinskimi sestrami. Zavarovane osebe so poslej v delujočih referenčnih ambulantah deležne ustreznega usposabljanja in vzgoje za samooskrbo ter aktivnega presejanja za posamezne vrste kroničnih obolenj. Referenčne ambulante so v tej fazi namenjene obravnavi kroničnih bolnikov z urejeno boleznijo astme, kronično obstruktivno boleznijo pljuč in sladkornih bolnikov. Ko bodo pripravljene ustrezni protokoli, pa naj bi obravnavale tudi srčne bolnike, bolnike z bolečinami v križu in tudi določene revmatološke in onkološke bolnike.

Na **sekundarni in terciarni ravni** je ZZZS v preteklem obdobju zelo intenzivno sodeloval pri aktivnostih za **obvladovanje čakalnih dob** in števila čakajočih na posamezne programe ambulantnih storitev in bolnišničnega zdravljenja. Na podlagi spremljanja pogodbeno dogovorjenih čakalnih dob je ZZZS identificiral največje čakalne dobe, ki so se pojavljale predvsem na naslednjih področjih:

- ambulanta za bolezni dojk in mamografijo,
- ambulanta za oralno kirurgijo,
- ambulanta za maksilofacialno kirurgijo,
- ultrazvok dojke,
- magnetna resonanca (razčlenjeno za različne vrste),
- CT (razčlenjeno za različne vrste),
- artroplastika kolena,
- artroplastika kolka (protetika in endoproteze),
- posegi in operacije hrbtenice,
- operacije na odprtem srcu,
- koronarna angiografija,
- angiografija (brez koronarne angiografije),
- posegi na koronarkah (brez PTCA),
- posegi na arterijah (brez PTA),
- PTA,
- posegi na perifernem žilju (nespecifično),
- operacije krčnih žil,
- operacije ščitnice (tudi občitnice),
- operacije sive mreže,
- operacije kile za odrasle in operacije kile za otroke,
- operacije žolčnih kamnov,
- operacije nosu in grla.

Zaradi zaostrenih pogojev poslovanja in nezadostnih finančnih virov ter zaradi dejstva, da širitve programov (ZZZS je npr. še v letu 2008 širitvam programov z najdaljšimi čakalnimi dobami namenil 15,6 milijona evrov) niso bistveno spremenile situacije glede čakalnih dob, je bila za uspešno razrešitev nastale situacije ključnega pomena odločitev, da se k reševanju predolgih čakalnih dob pristopi na nacionalni ravni z uveljavitvijo potrebnih sistemskih, organizacijskih in finančnih ukrepov. Na podlagi Zakona o pacientovih pravicah (2008) in Uredbe o poslovanju z uporabniki v javnem zdravstvu (2009) je MZ (pre)oblikovalo pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in načinu vodenja čakalnih seznamov (2010). Pravilnik določa najdaljše dopustne čakalne za prve preglede, diagnostične in terapevtske postopke in hkrati, da so najdaljše dopustne čakalne dobe spoštovane, če je čakalna doba za določeno zdravstveno storitev



Slika 8. Gibanje skupnega števila čakajočih za določene dejavnosti v letih 2011 in 2012.

pri najmanj enem izvajalcu v državi znotraj najdaljše dopustne čakalne dobe. Opređeljuje stopnje nujnosti obravnave:

- »nujno«: izvede se takoj oziroma v 24 urah in ni predmet čakalne dobe,
- »hitro«: izvede se najpozneje v 1 mesecu,
- »redno«: izvede se najpozneje v 3 mesecih,
- izjeme: maligna obolenja (najdaljša doba 1 mesec), ortopedski operativni posegi (12 mesecev) in ortodontsko zdravljenje (s stopnjo hitro 12 mesecev, s stopnjo redno pa 18 mesecev).

Pravilnik določa tudi prednostne kriterije za uvrstitev na čakalne sezname (nosečnost, dojenje, odsotnost od dela), elektronsko vodenje čakalnih seznamov, odgovorne in kontaktne osebe za upravljanje čakalnih seznamov ter način informiranja javnosti o čakalnih dobah. Za izvajanje pravilnika je ZZZS ustrezno prilagodil tudi napotnico (dodane stopnje nujnosti). Pri uveljavitvi pravilnika so v letih 2011 in 2012 v skladu s svojimi pristojnostmi tesno sodelovali MZ, IVZ in ZZZS. Aktivnosti so bile usmerjene v:

- pravočasno posredovanje podatkov (uvedba mesečnega spremljanja podatkov in pogojevanje plačila programov izvajalcem s pravočasnim posredovanjem podatkov),
- točnost in zanesljivost podatkov (uvajanje logičnih kontrol s strani IVZ in ZZZS),
- upravljanje čakalnih seznamov (nadzor nad sezname s strani MZ, Zdravstvenega inšpektorata in ZZZS, izvajanje različnih sankcij v primeru nespoštovanja, vključno s finančnimi).



Slika 9. Gibanje števila čakajočih nad dopustno čakalno dobo v letih 2011 in 2012.

Opisan sistemski pristop k obvladovanju čakalnih dob je imel uspešne rezultate. Iz slik 8 in 9 so razvidni podatki o gibanju skupnega števila čakajočih in števila čakajočih nad dopustno dobo po uveljavitvi pravilnika v letih 2011 in 2012.

V letih, ko je to dopuščal finančni načrt ZZZS, so se partnerji poleg osnovnega programa uspeli dogovoriti za dodatna sredstva za boljšo dostopnost in razvoj (kakovost) programov. Iz tabele 14 je razvidno, da so bili ti ukrepi možni le v letih od 2008 do 2010, delež dodatnih sredstev za boljšo dostopnost pa se je gibal med 0,78 % (2009) in 2,88 % (2008) vseh sredstev za zdravstvene storitve v teh letih. Po letu 2011 dodatnih sredstev za boljši dostop in razvoj programov zaradi oteženih finančnih razmer ni bilo več na voljo. Kljub omejenim možnostim je ZZZS tako v preteklem obdobju omogočil določena dodatna sredstva za razvoj oziroma nove tehnologije zdravljenja. V Sloveniji strokovno presojo predlogov novih metod in postopkov zdravljenja opravlja Zdravstveni svet kot posvetovalni organ MZ¹⁶. Predlog prioritete na tem področju podaja MZ v procesu partnerskega pogajanja.

Tabela 14. Dodatna sredstva za boljšo dostopnost in razvoj zdravstvene oskrbe v Sloveniji od 2008 do 2012.

	2008	2009	2010	2011**	2012**
Širitve zmogljivosti:	24.722.104	6.550.792	4.554.628	0	0
– programi za skrajšanje čakalnih dob	15.573.570	0	0	0	0
– ostale širitve za boljšo dostopnost *	2.013.518	1.759.656	2.179.076	0	0
– povečanje zmogljivosti za nego (novi soc. varstveni zavodi)	7.135.016	4.791.136	2.375.552	0	0
Razvoj – nove zdravstvene tehnologije:	22.548.493	6.512.332	18.681.818	0	0
– medicinske tehnologije	12.894.979	6.012.332	12.974.552	0	0
– tehnologije javnega zdravja: zgodnje odkrivanje in zdravljenje raka	9.653.524	500.000	0	0	0
– tehnologije javnega zdravja: program imunoprofilakse in kemoprofilakse	0	0	1.378.488	0	0
– tehnologije javnega zdravja: obravnava kroničnih bolnikov (ref. ambulante)	0	0	3.022.998	0	0
– tehnologije javnega zdravja: učne ustanove za družinsko medicino	0	0	1.305.780	0	0
SKUPAJ	47.270.607	13.063.124	23.236.446	0	0

* Širitve na področju neakutne bolnišnične obravnave, obravnava otrok z avtizmom, širitev dežurne službe v okviru nujne medicinske pomoči, antikoagulacijsko zdravljenje, zdravstvena vzgoja ZZZV.

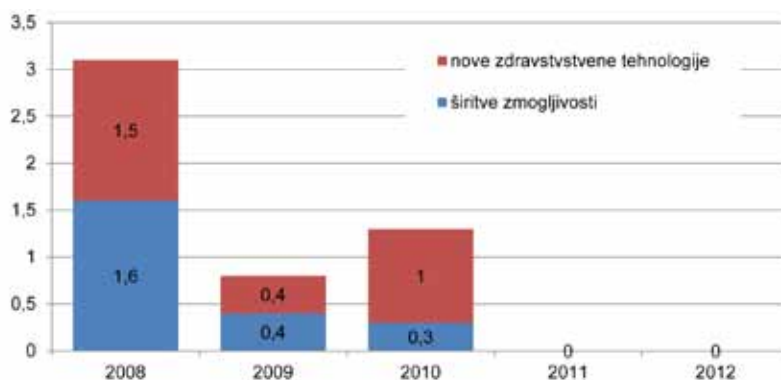
** V Splošnem dogovoru za leti 2011 in 2012 ni bilo načrtovanih širitev programov.

V skladu z Dogovorom so bila v letu 2008 zagotovljena dodatna sredstva za zgodnje odkrivanje raka (v vrednosti 9,7 milijona evrov) in za nove metode in postopke zdravljenja (v vrednosti 12,9 milijona evrov), in sicer za zdravljenje raka (biološka zdravila in elektrokemoterapija), za molekularno-genetsko diagnostiko prirojenih in pridobljenih bolezni, za zdravljenje otrok (s spektroavtistično motnjo), zdravljenje možganske kapi itd. Skupna vrednost dodatnih sredstev za nove zdravstvene tehnologije je bila 22,6 milijona evrov ali 1,46 % vseh sredstev ZZZS za zdravstvene storitve v tem letu.

Bistveno manjša je bila vrednost sredstev za nove zdravstvene tehnologije že v letu 2009, ko so se v težjih finančnih razmerah partnerji dogovorili skupno le za 6,5 milijona evrov dodatnih sredstev (0,39 % vseh sredstev za zdravstvene storitve v letu 2009), od tega za zgodnje odkrivanje raka 0,5 milijona evrov, za zdravljenje možganske kapi in biološka zdravila za zdravljenja raka pa 6,0 milijona evrov.

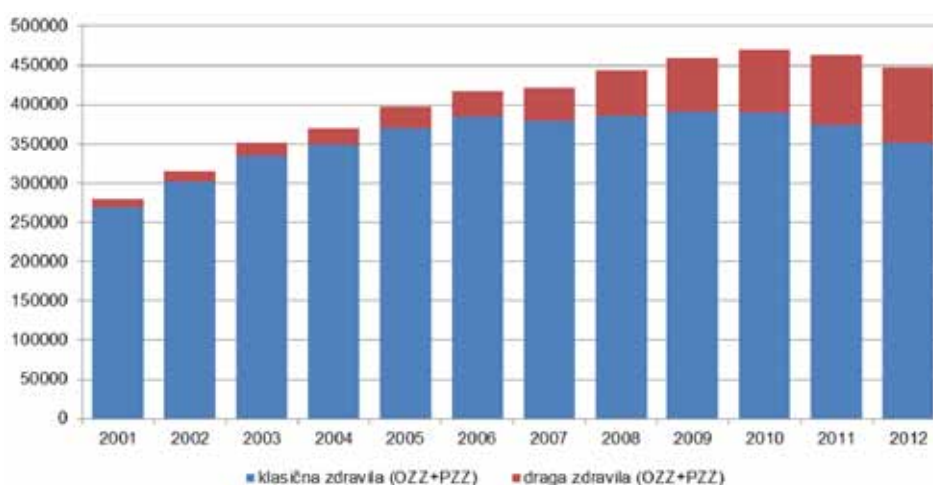
16 Poteka po standardiziranem postopku oziroma metodi vrednotenja zdravstvenih tehnologij (v angleščini »health technology assessment« ali »HTA«).

Ponovno so bila dodatna sredstva za nove zdravstvene tehnologije večja v letu 2010, ko so se partnerji dogovorili za skupno 18,6 milijona evrov (1,12 % vseh sredstev za zdravstvene storitve), od tega 12,9 milijona evrov za uvajanje novih metod in postopkov zdravljenja, 1,4 milijona evrov za imunoprofilakso in kemoprofilakso ter 4,3 milijona evrov za uvajanje referenčnih ambulant in učnih ustanov za družinsko medicino. V letu 2011 je Zdravstveni svet sicer pripravil seznam prioritet, vendar razpoložljivih dodatnih sredstev za financiranje novih tehnologij ni bilo. Ker se z načelom v Dogovoru, da se novosti zagotovijo v okviru obstoječih sredstev oziroma z notranjim prestrukturiranjem, izvajalci niso strinjali, novi programi praviloma niso bili uvedeni. Gibanje deleža sredstev za nove zdravstvene tehnologije v vseh sredstvih za zdravstvene storitve kaže slika 10.



Slika 10. Delež dodatnih sredstev za razvoj (nove zdravstvene tehnologije) v sredstvih za zdravstvene storitve v Sloveniji v obdobju od 2008 do 2010.

Boljše razmere za razvoj so bile v teh letih na področju zdravil. Strokovno presojo glede razvrstitve zdravil, ki se predpisujejo na recepte v breme OZZ, opravlja komisija, ki jo poleg strokovnjakov ZZZS sestavljajo tudi strokovnjaki ustreznih medicinskih in farmakoloških strok. Dostop zavarovanih oseb do bioloških in drugih dragih zdravil se je v Sloveniji v preteklem obdobju izboljšal predvsem zaradi doslednega in sistematičnega uveljavljanja objektiviziranih strokovnih metod za ocenjevanje tehnologij zdravljenja z zdravili (po omenjeni metodi HTA študij), ki omogočajo uveljavljanje prioritet zdravljenja, opuščanje manj učinkovitih zdravil in hkratno širjenje bolj učinkovitih (novih) zdravil na pozitivni listi. Delež novih (dragih) zdravil v izdatkih



Slika 11. Delež dragih zdravil v izdatkih za zdravila predpisana na recept v Sloveniji v obdobju od 2006 do 2012.

ZZZS je bil v letu 2008 12,9 %, v letu 2012 pa že 21,4 %. V tem obdobju se je število bolnikov, ki so se zdravili z dragimi zdravili predpisanimi na recept, z 8.626 v letu 2008 povzpelo na 16.079 oseb v letu 2012. Kot kaže slika 11, večanje izdatkov za draga zdravila praviloma ni šlo na račun večanja skupnih izdatkov, temveč na račun izdatkov za »klasična« zdravila.

Zaradi dobrih izkušenj pri razvrščanju zdravil, ki se predpisujejo na recept, je bila v letu 2010 uveljavljena sistemska sprememba Pravilnika o razvrščanju zdravil na listo, ki komisiji nalaga tudi **razvrščanje dragih zdravil za bolnišnično zdravljenje**. Pravilnik je na nacionalni ravni poenotil postopek odločanja glede dragih bolnišničnih zdravil in (dragih) zdravil, ki se izdajajo na recept. Določil je strožja klinična in farmakoekonomska merila, tako za razvrščanje novih zdravil kot tudi za zdravila, ki so že razvrščena. To omogoča vključevanje v liste le tistih zdravil, ki izkazujejo določene prednosti v terapevtskem ali ekonomskem smislu v primerjavi z zdravili iz iste terapevtske skupine. Obenem omogoča izločitev tistih zdravil z liste, ki teh prednosti ne izkazujejo več.

Na osnovi sprememb ZZVZZ (63. a člen) je ZZZS začel izvajati **partnersko dogovarjanje glede dobave medicinskih pripomočkov**. Odnosi temeljijo na partnerskem dogovarjanju tako, da ZZZS in združenja dobaviteljev medicinskih pripomočkov, ki so pravica iz OZZ, uredijo medsebojne pravice pri preskrbi zavarovanih oseb z medicinskimi pripomočki s sklenitvijo posebnega dogovora.

Julija 2009 je bil sprejet prvi Dogovor o preskrbi z medicinskimi in tehničnimi pripomočki za obdobje 2009–2011 (v nadaljnjem besedilu Dogovor MP), s čimer je ZZZS po večletnih prizadevanjih uspel uveljaviti nov sistemski pristop za celovito urejanje tega področja. Na podlagi javnega razpisa za izvajanje programov izdaje in izposoje pripomočkov in Dogovora MP je ZZZS v marcu 2010 prvič sklenil pogodbe z izbranimi dobavitelji. Novost je z ureditvijo financiranja in večjo preglednostjo dobaviteljev olajšala dostop zavarovanih oseb do medicinskih pripomočkov, ni pa zagotovila vseh potrebnih mehanizmov in podlag za obvladovanje izdatkov. Tako je bila vzpostavljena širša mreža dobaviteljev, razmerja pa so se pogodbeno uredila z vsemi dobavitelji. Zaradi vpeljave enotnega sistema posredovanja podatkov je poslovanje dobaviteljev postalo bolj pregledno. S partnerji je bil dogovorjen zamik plačil oziroma podaljšan rok plačil na 30 dni, s čimer so bili zmanjšani odhodki v letu 2010. Zaradi priznanih večjih materialnih stroškov pri poslovanju dobaviteljev je prišlo do povečanja cenovnih standardov za 1 %. Pri posameznih vrstah medicinskih pripomočkov so se cenovni standardi znižali od 1 % do 5 % zaradi večjih količin, izdanih v letu 2009 v primerjavi z letom 2008. Cenovni standardi so tako dejansko ostali na ravni ali bili določeni nižje kot v letu 2005. Spremenjen je bil način zagotavljanja izposoje (izposoje ne izvaja več ZZZS sam, temveč prav tako dobavitelji). Skupni učinek omenjenega dogovora je bilo zmanjšanje odhodkov v letu 2010 za približno 4 milijone evrov.

V nadaljevanju med partnerji ni prišlo do dogovora o dodatnem znižanju cenovnih standardov. Trgovinska zbornica Slovenije in Lekarniška zbornica Slovenije sta sporočili, da do vzpostavitve Seznama pripomočkov (artiklov) in določitve metodologije za določitev cenovnih standardov ne bosta pristopili k obravnavi predlogov za spremembe Dogovora MP, niti ne bosta imenovali članov arbitraže. Obrtna zbornica Slovenije pa se na pozive sploh ni odzvala. Z ravnanjem združenj dobaviteljev se je pokazalo, da je obstoječa ureditev neprimerna, saj je ZZZS, ki je soočen z obvladovanjem finančnih težav pri izvajanju javnega pooblastila na področju OZZ, dejansko in nerazumno odvisen od partnerjev Dogovora MP.

Zato je za doseganje cilja zmanjševanje odhodkov ZZZS ob pripravi zakonskih sprememb v okviru ZUJF v začetku leta 2012 predlagal, da opredelitev izhodišč za cenovne standarde in dnevnih izposojnin ni več predmet dogovarjanj z združenji dobaviteljev. S strani Vlade RS je bil prvotno predlagan popolnoma spremenjen sistem zagotavljanja medicinskih pripomočkov kot

pravice iz OZZ. Tako je bilo predlagano naročanje medicinskih pripomočkov, ki se kot pravica iz OZZ predpisujejo na naročilnico, po postopkih javnega naročanja. Na videz je šlo za preprosto spremembo zagotavljanja medicinskih pripomočkov z namenom nižanja odhodkov, dejansko pa bi to povsem spremenilo sistem in globoko poseglo tudi v pravice zavarovanih oseb ter mrežo dobaviteljev. Predlog je medicinske pripomočke opredelil ozko kot blago in ne več kot del pravice do storitev, in v celoti odpravil sistem partnerskega dogovarjanja, ki je bil vzpostavljen po vzoru partnerskega dogovarjanja na področju drugih zdravstvenih storitev (zdravstvene storitve na primarni in sekundarni ravni, zdraviliško zdravljenje...) šele v letu 2010. Izvajanje tega sistema v tem obdobju je glede na odzive partnerjev sicer pokazalo, da so potrebne določene spremembe pri urejanju odnosov z dobavitelji medicinskih pripomočkov, vsaj na ta način, da so elementi, ki vplivajo na odhodke za medicinske pripomočke, izključno v pristojnosti MZ oziroma ZZZS, ne pa predmet partnerskega dogovarjanja. Zato je ZZZS takrat predlagal določene spremembe določil 63. a člena ZZVZZ in še nekaterih. Ocenil je namreč, da bi namesto, da bi na področju medicinskih pripomočkov kot pravice iz OZZ in s tem kot vsebine javnega interesa, država uzakonila večjo regulacijo, bi bilo to področje s sistemom javnega naročanja še vedno in še celo bolj prepuščeno trgu in oblikovanju cen s strani ponudnikov, brez možnosti vplivanja na samo ceno ter dostopnost s strani države oziroma izvajalca OZZ. Tak način bi pomenil veliko sistemsko spremembo, ki bi vplivala na uveljavljanje pravic zavarovanih oseb in na konkurenčnost malega gospodarstva in ki je odpirala dilemo, ali dolgoročno sploh vodi v nižanje odhodkov. ZZZS je zato predlagal spremembo le posameznih členov ZZVZZ, ki bistveno niso posegli v obstoječ sistem zagotavljanja pravic do medicinskih pripomočkov, hkrati pa so omogočile znižanje cenovnih standardov določenih vrst medicinskih pripomočkov. Tako je bilo sprejeto, da izhodišča za cenovne standarde oziroma cene določi ZZZS v podzakonskem aktu, na katerega poda soglasje minister, pristojen za zdravje. Hkrati so tudi bili znižani cenovni standardi dnevnih izposojnin (za 30 %), cenovni standardi medicinskih pripomočkov pri zdravljenju sladkorne bolezni (za 15 %, pri nekateri za 20 % in določen cenovni standard za aparat pri določanju glukoze v krvi v višini 10,00 evrov), pri težavah z odvajanjem seča v primeru nege na domu (za 7 %) in pri umetno izpeljanem črevesju (za 7 %). Po pregledu realizacije odhodkov za te pripomočke v letu 2012 se ocenjuje, da so prihranki tega znižanja po ZUJF na letni ravni 8,35 milijona evrov.

ZUJF je tudi podaljšal veljavnost Dogovora MP do uveljavitve novega dogovora. Žal so bile hkrati, kljub nasprotovanju ZZZS, sprejete tudi spremembe, ki ZZZS in drugim partnerjem dogovora nalagajo sprejem dogovora vsako leto, in ne več za 3-letno obdobje, kar dejansko glede na postopek sprejema in možne abritraže vsem partnerjem dogovora in tudi MZ (z določeno vlogo pri imenovanju arbitrov) prinaša dodatne administrativne obremenitve, za tako hitre vsakoletne spremembe, če želimo graditi in ohranjati stabilen sistem zagotavljanja medicinskih pripomočkov, po mnenju ZZZS tudi ni razlogov.

Ob pripravi sistemskih sprememb zakonodaje na področju zdravstvenega varstva in zavarovanja je zato treba pristopiti k drugačni ureditvi oziroma širšemu preoblikovanju sistema. Zakonodajca mora iti v smeri še večjega vpliva na določevanje cenovnih standardov v smislu spodbujanja večje konkurenčnosti in nižjih cenovnih standardov, vendar hkratnega zagotavljanja čim širše in enake dostopnosti do kakovostnih medicinskih pripomočkov v vsej državi in torej odpravi sedanjega sistema zagotavljanja različnih medicinskih pripomočkov (artiklov) v različnih delih države. Ob iskanju rešitve v prihodnje se odpira vprašanje o potrebnosti oziroma smiselnosti partnerskega dogovarjanja o preskrbi z medicinskimi pripomočki ali bolj primerni rešitvi večje reguliranosti tega področja. Tako ZZZS vidi možnost vzpostavitve podobnega sistema zagotavljanja medicinskih pripomočkov kot pravice iz OZZ na naročilnico, kot je to na področju zdravil, z določitvijo minimalnih tehničnih standardov, vzpostavitvijo seznama medicinskih pripomočkov, ki so pravica

iz OZZ, vzpostavitev sistema pogajanj s proizvajalci, uvedbo dolžnosti zagotavljanja vseh dobaviteljev vseh medicinskih pripomočkov, ki so potrošnega značaja (pri zdravljenju sladkorne bolezni, pri težavah z odvajanjem seča in pri umetno izpeljanem črevesju) in so pravica iz OZZ, in z uvedbo najvišje priznane cene. ZZZS je svoje predloge v tem smislu že predstavil MZ, vendar takšnih sprememb ni pričakovati v kratkem času.

ZZZS je sicer že naredil pomemben napredek pri vzpostavljanju seznama medicinskih pripomočkov, ki so pravica iz OZZ, in pri zagotavljanju njihove kakovosti. Tako so bile v letu 2011 sprejete spremembe Pravil, ki so dale podlago za delo posebnih komisij, ki bodo v sprejem Skupščini ZZZS (s soglasjem ministra, pristojnega za zdravje) predlagale minimalne zahteve glede materiala in druge zahteve, ki zagotavljajo funkcionalno ustreznost medicinskih pripomočkov. Na podlagi tako določenih standardov bodo komisije v nadaljevanju ugotovljale, ali posamezen medicinski pripomoček izpolnjuje te standarde, kar bo podlaga za uvrstitev v seznam. Naloga je izredno zahtevna in obsežna in poleg delavcev ZZZS zahteva tudi sodelovanje zdravstvenih delavcev ustrezne stroke, MZ, Javne agencije za zdravila in medicinske pripomočke, v določenih segmentih pa tudi združenja zavarovanih oseb in dobaviteljev oziroma njihovih združenj. Dokončna vzpostavitev seznama je zato predvidena šele do konca leta 2015, prednostno pa se pristopa k določitvi teh standardov in uvrstitvi v seznam ter določitvi novih cenovnih standardov medicinskih pripomočkov pri zdravljenju sladkorne bolezni in pri težavah z odvajanjem seča, saj sta ti dve skupini medicinskih pripomočkov skupini, za katere ZZZS namenja največ odhodkov za te namene.

Z določitvijo minimalnih zahtev in uvrstitvijo v seznam bo zelo jasno določen obseg medicinskih pripomočkov, ki jih ZZZS zagotavlja kot pravice iz OZZ, in njihov standard, tako kakovostni (glede na funkcionalno ustreznost), kot cenovni, do takrat pa je ta del dejansko močno prepuščen izbiri dobaviteljev.

Glede na navedeno in glede na to, da je širitev pravic do medicinskih pripomočkov v času širše ekonomske krize močno odvisna od stabilnosti finančnega poslovanja, je možna ocena, da sta bila GC1 in GC 3 na področju zagotavljanja medicinskih pripomočkov delno izpolnjena. Za večjo uspešnost v tem delu je prvi pogoj večja možnost vpliva na odhodke, s čimer bi bilo v primeru zmanjšanja nekaterih odhodkov mogoče sredstva prerazporediti in jih nameniti za morebitno širitev pravic. Tudi partnerska pogajanja na tem področju (GC 5) je mogoče oceniti kot delno učinkovita, saj po sklenitvi Dogovora o preskrbi z medicinskimi in tehničnimi pripomočki za obdobje 2009 do 2011 nadaljnje spremembe dogovora zaradi omenjenih odzivov ni bilo mogoče doseči.

Spremljanje učinkovitosti in kakovosti

ZZZS je v letu 2009 na podlagi opredelitev v Dogovoru izvedel določene aktivnosti za vzpostavitev baze podatkov o izvajalcih akutne bolnišnične obravnave, ki omogoča izračun izbranih kazalnikov poslovanja izvajalcev in ki temelji na metodologiji, ki so jo sooblikovali vsi partnerji v zdravstvu. Baza je omogočila spremljanje izbranih kazalnikov učinkovitosti obravnavanih primerov v bolnišnični akutni in neakutni dejavnosti. Analiziranje in obravnavanje razlogov za zaznane razlike glede osnovnih kazalnikov učinkovitosti med posameznimi bolnišnicami je predstavljalo podlago za oblikovanje predlogov v procesu partnerskega dogovarjanja.

Napredek je bil zabeležen tudi pri uvajanju kazalcev kakovosti izvajanja bolnišničnih programov. Že v letu 2006 je bila v Dogovor vključena obveza spremljanja izbranih šestih kazalnikov kakovosti zdravstvene obravnave. Na podlagi nacionalne strategije kakovosti in varnosti v zdravstvu za

obdobje od 2010 do 2015¹⁷, ki je opredelila ustrezna načela kakovosti v zdravstvu, načela vodenja in upravljanja kakovosti ter širši nabor kazalnikov kakovosti, so se partnerji pri oblikovanju Dogovora v letu 2010 odločili za obvezo objavljanja in spremljanja 72 kazalnikov kakovosti. V letu 2011 je bilo dogovorjeno, da se 72 kazalcev objavlja in vrednoti 1x letno, trimesečne objave pa so obvezne za 16 kazalcev. V letu 2012 je bila v Dogovor vključena tudi obvezna vzpostavitev sistema kakovosti in pridobitve mednarodno priznane akreditacije. V skladu z Dogovorom morajo bolnišnice v letih 2012 in 2013 začeti postopek pridobivanja mednarodno priznane akreditacije, sicer ne bodo pridobile predhodne ocene in se jim bo vrednost programa specialistične bolnišnične dejavnosti v letu 2014 zmanjšala za 0,3 %. Večina bolnišnic je v letu 2012 že pridobila ustrezno akreditacijo ali pa so začele postopek za njeno pridobitev. Slovenija je s tem dejavno pristopila k aktivnostim, ki bodo olajšale uveljavitev evropske direktive, ki določa pravice bolnikov do čezmejne zdravstvene oskrbe.

Spodbude za prednostne programe in strateški nakupi

V razmerah omejenih finančnih virov in nezmožnosti zagotavljanja dodatnih sredstev je bilo v preteklem obdobju ključnega pomena (finančno) spodbujanje izvajanja prioriteten programov in tako imenovanih strateških nakupov programov. Ključne spodbude so se izvajale v okviru veljavnih obračunskih sistemov. Veljavni obračunski sistemi na primarni ravni in spremembe so razvidne iz tabele 15.

Na primarni ravni je ZZZS v obdobju 2008–2012 dopolnil določene spodbude v obračunskih sistemih za boljše izvajanje preventivnih programov (zdravstvena vzgoja, skupinske delavnice v okviru CINDI, ortodontija). Uvedel in izboljšal je tudi financiranje osnovnih presejalnih programov, programov za obravnavo kroničnih bolnikov idr. Posebej pomembni sta novosti v financiranju programa DORA in programa referenčnih ambulant. Obračunski sistem za izvajanje programa DORA je bil dograjen z ustreznimi kalkulacijami za vse potrebne preiskave, dodatno je bil obračunan tudi strošek vodenja in upravljanja programa. Izvajanje programa referenčnih ambulant pa se obračunava kot poseben dodatek oziroma širitev timov splošne/družinske medicine. Določene spodbude so bile uvedene tudi za večjo učinkovitost in kakovost opravljenega dela (opravljanje malih, srednjih in velikih posegov na primarni ravni).

Z novostmi v financiranju programov so se okrepile preventivne aktivnosti v splošnih ambulantah za zmanjšanje ogroženosti bolezni srca in ožilja v srednjem življenjskem obdobju in zmanjšanju zgodnje obolevnosti, umrljivosti in invalidnosti zaradi bolezni srca in žilja (program CINDI). Zelo dobre rezultate je v preteklem obdobju izkazoval prvi presejalni program, za zgodnje odkrivanja raka materničnega vratu (ZORA), ki ga izvajajo dispanzerji za ženske na primarni ravni. Po poročanju nosilca programa je bila pregledanost žensk v obdobju 2006–2011 na ravni 82,7 % vse rizične populacije. Tudi programa za zgodnje odkrivanje raka dojke (DORA) in raka debelega črevesa in danke (SVIT) se vse bolj uveljavljata. Za uspešnost obeh programov je odločilnega pomena odzivnost ciljne populacije.

Poleg opisanih programov je v Sloveniji zagotovljeno še financiranje drugih programov za izboljševanje zdravja in preventivo (zdravstvena vzgoja, šola za starše, šola za diabetike, za astmo, hujšanje, odvajanje od kajenja in alkohola itd.). Za vse preventivne in presejalne programe je ZZZS npr. v letu 2012, vključno z obnovitveno rehabilitacijo in zdravstvenim letovanjem otrok, namenil 62,2 milijona evrov ali 4 % vseh sredstev za zdravstvene storitve.

Osnovni cilji **sprememb financiranja** specialistično ambulantne in bolnišnične dejavnosti, ki se izvaja na sekundarni in terciarni ravni so bili izboljšati dostopnost (zmanjšati čakalne dobe),

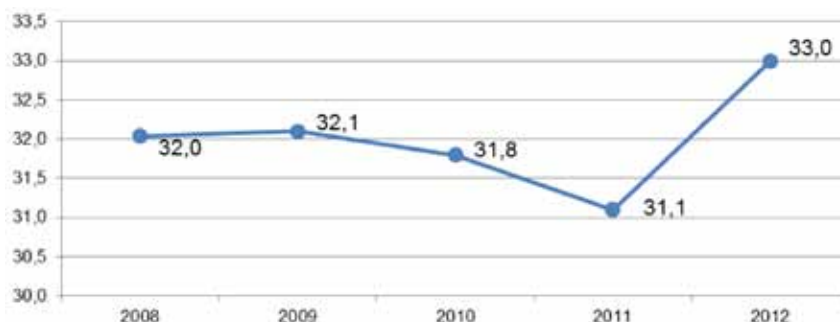
17 Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010–2015). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2010.

Tabela 15. Veljavni obračunski sistemi za programe na primarni ravni in spremembe v obdobju od 2008 do 2012.

Dejavnost	Veljavni obračunski model	Spremembe v letu 2008	Spremembe v letu 2009	Spremembe v letu 2010	Spremembe v letu 2011	Spremembe v letu 2012
Osnovna zdravstvena dejavnost	Kombinirani sistem glavarine in storitev s spodbudami za izvajanje preventivnih pregledov v splošnih ambulantah, otroških in šolskih dispanzerjih in dispanzerjih za žene. Pavšal v dežurni službi, nujni medicinski pomoči, vzgoji, razvojni ambulanti in centrih za odvisnike. Sistem storitev v fizioterapiji, negi na domu, patronaži in v dispanzerju za mentalno zdravje ter za delavnice zdravstvene vzgoje za odraslo populacijo	Uvedba financiranja dveh novih presejalnih programov: DORA in SVIT.	Ukinitev vzpodbud (kazni) za pod(nad) povprečno napotovanje na sekundarno raven v splošnih ambulantah, otroških in šolskih dispanzerjih, uvedenih v letu 2002.	Vzpodbude za izvajanje malih, srednjih in velikih posegov na primarni ravni.	Uvedba referenčnih ambulant splošne medicine. Uvedba financiranja učnih ustanov za specializante družinske medicine. Napotitev zdravstveno ogroženih oseb na delavnico postane pogoj za obračun preventivnega pregleda.	Prenova modela plačevanja ambulantne fizioterapije (ni uvedeno). Postavitev standarda za dispanzerje za mentalno zdravje.
Zobozdravstvena dejavnost	Sistem storitev. Pavšal za dežurno službo		Plačilo storitev v zobozdravstvu za odrasle in mladino postane odvisno od števila opredeljenih zavarovanih oseb.		Uvedba vzpodbud v ortodontiji, da izvajalec (1 tim) v koledarskem letu na novo vključi v zdravljenje vsaj 60 oseb.	
Reševalna služba	Pavšal za nujne prevoze. Prevoženi km za nenujne reševalne prevoze s spremljevalcem (dodatno štartnina v višini 30 točk), pri čemer se obračunajo tudi prazni km. Prevoženi km za sanitetne prevoze bolnikov (dodatno štartnina v višini 8 oziroma 16 km, odvisno od razdalje), pri čemer se prazni km ne obračunajo.			Delitev nenujnih reševalnih prevozov na prevoze s spremljevalcem in na sanitetne prevoze (prevoze brez spremljevalca).		
Nega v socialnih zavodih	Sistem storitev: dan nege za nege I, II, III, IV in v dnevnem varstvu, točke za medicinsko oskrbo v centrih za sluh in govor.	Uvedba dnevnega varstva v socialnovarstvenih zavodih.				
Lekarniška dejavnost	Sistem storitev. Pavšal za dežurno službo				Določitev fiksne produktivnosti za izračun cene lekarniške točke.	Določitev standarda za zaračunavanje metadona v obliki solucije
Zdraviliško zdravljenje	Sistem storitev: nemedicinski oskrbni dan za nastanitev in prehrano, točke za zdravstvene storitve.					Uvedba plačila zdraviliških storitev do največ 20,5 storitev na nemedicinski ali teoretični oskrbni dan (brez namestitev na negovalni oddelek).
Ločeno zaračunljivi materiali in storitve	Cena materiala oziroma storitve. Enoten cenik najvišje dovoljenih cen.					

povečati učinkovitost in kakovost izvedbe programov. Tudi na tej ravni sta bili osnovni strategiji izvajanje strateških nakupov in spremembe v vrednotenju programov z namenom doseganja strateških ciljev.

Kot aktivni kupec prednostnih programov na tej ravni si je ZZZS v preteklem obdobju zadal za cilj ohranjati delež tako imenovanih prospektivnih (vnaprej planiranih) nad 30 % vseh akutnih bolnišničnih obravnav. Uresničevanje tega cilja v obdobju 2008–2012 kaže slika 12.



Slika 12. Delež prospektivnih primerov v vseh akutnih bolnišničnih obravnavah v obdobju od 2008 do 2012.

Uresničevanje te usmeritve je bilo zelo pomembno, saj je omogočala sistematično urejanje področij, kjer so bila zaznana največja razhajanja med potrebami zavarovanih oseb in količino izvedenih obravnav. Kot spodbudo za povečevanje količine obravnav je ZZZS za izbrana

Tabela 16. Veljavni obračunski sistemi na sekundarni in terciarni ravni in spremembe v obdobju 2008-2012.

Dejavnost	Veljavni obračunski model	Spremembe v letu 2008	Spremembe v letu 2009	Spremembe v letu 2010	Spremembe v letu 2011	Spremembe v letu 2012
Specialistična ambulantna dejavnost	Sistem storitev: točke, dialize I, II, III in dan dialize IV, V.			Uvedeno spremljanje prvih in kontrolnih pregledov. Ločeno načrtovanje in plačevanje preiskav z računalniško tomografijo in magnetno resonanco.	Plačilo do 10 % preseganja prvih pregledov. Plačilo radioterapije po realizaciji. Ločeno načrtovanje in plačevanje proktoloških ambulantnih posegov (proktoskopija, rektoskopija, ligatura, sklerozacija).	Uvedeno prelivanje med proktoskopijo in rektoskopijo, sklerozacija in ligaturo, diagnostično histeroskopijo in histeroskopsko operacijo ter med zdravljenjem starostne degeneracijske makule z anti VEGF (prva in nadaljnja obravnava) in zdravljenjem starostne degeneracijske makule z anti VEGF (nadaljnja obravnava z intravitrealno aplikacijo zdravila).
Bolnišnična dejavnost	Sistem storitev: skupine primerljivih primerov v akutni bolnišnični obravnavi, oskrbni dan podaljšanega bolnišničnega zdravljenja/ zdravstvene nege in paliativne oskrbe/ za invalidno mladino in rehabilitacijo, nemedicinski oskrbni dan za doječe matere in spremstvo, primer v psihiatriji, transplantacija (9 vrst).	Uvedeno plačilo celotne realizacije porodov in do 20 % preseganje načrtovanega števila endoprotez kolka in kolena. Uvedeno paketno plačilo za transplantacije.	Določena enotna nacionalna cena uteži in predvideno triletno prehodno obdobje za odpravo podcenjenosti in podcenjenosti izvajalcev. Prestrukturiranje 90 % operacij sive mreže v specialistično ambulantno dejavnost. Izvedba nacionalnega razpisa za izbor najugodnejših ponudnikov 4 programov akutne bolnišnične obravnave.	Prestrukturiranje 2 % neprospektivnega programa akutne bolnišnične obravnave v specialistično ambulantno dejavnost. Izvedba nacionalnega razpisa za izbor najugodnejših ponudnikov 10 programov akutne bolnišnične obravnave. Ločeno načrtovanje in plačevanje zdravstvene nege in paliativne oskrbe ter podaljšanega bolnišničnega zdravljenja.	Odprava precenjenosti in podcenjenosti, izkazane na podlagi modela določitve povprečne cene uteži. Plačilo operacij rakavih bolnikov po realizaciji, dokler dosežena čakalna doba ne bo krajša od 1 meseca. Plačilo do 20 % preseganja nekaterih prospektivnih programov. Izvedba nacionalnega razpisa za izbor najugodnejših ponudnikov programov akutne bolnišnične obravnave.	Plačilo vseh primerov kirurških zdravljenj raka v akutni bolnišnični obravnavi po realizaciji (ne več samo za primere, kjer je bila čakalna doba daljša od enega meseca). Operacije sive mreže se v posebnih primerih medicinskih indikacij lahko zaračunajo tudi v okviru bolnišnične dejavnosti. Plačilo do 10 % preseganja nekaterih prospektivnih programov. Uvedba programa forenzične psihiatrije za osebe, ki jim je bil izrečen ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja in programa skupnostne psihiatrije.
Ločeno zaračunljivi materiali in storitve	Cena materiala oziroma storitve. Enoten cenik najvišje dovoljenih cen.					

področja prospektivnih programov uvedel še plačilo preseganja (do 20 %) planiranega programa (izbrana področja z dolgimi čakalnimi dobami) in realizacije celotnega programa (npr. onkologija, radioterapija). Ukrepi so pripomogli k povečanju realizacije programov, s tem pa k skrajševanju čakalnih dob pri večini izbranih programov.

ZZZS je v preteklem obdobju pristopil tudi k različnim spremembam vrednotenja oziroma obračunavanja s ciljem izboljšati dostopnost in povečati učinkovitost ter kakovost izvedbe programov na sekundarni in terciarni ravni (tabela 16).

Nadzor nad izvajanjem programov

ZZZS je v obdobju 2008–2012 okrepil posamezne vrste nadzornih aktivnosti. Osnovna usmeritev je bila doseči večjo učinkovitost nadzorov nad izvajalci zdravstvenih storitev, še posebej bolnišnične dejavnosti. V skladu s to usmeritvijo je v pogajanjih s partnerji ZZZS ponovno uveljavil možnost zaračunavanja pogodbениh kazni (Dogovor 2009).

Zaradi pomanjkanja nadzornih zdravnikov ZZZS aktivnosti ni mogel izvajati v večjem obsegu, zato se je usmerjal predvsem v tako imenovane ciljne nadzore pri izvajalcih, ki so po analitičnih statističnih podatkih glede obračuna opravljenih storitev ali skupin primerljivih primerov (v nadaljevanju SPP), predpisovanja zdravil, čakalne dobe in drugih kriterijev odstopali od povprečja. Druga pomembna novost pri načrtovanju in izvajanju nadzorov je bila uvedba okrepljenega informiranja, izobraževanja in svetovanja – za izvajalce ob uvedbi novosti v obračunskih sistemih, za izvajalce, s katerimi je ZZZS prvič sklenil pogodbo in za izvajalce, ki so bili prvič deležni nadzora. Izobraževalne aktivnosti pa so bile namenjene tudi nadzornim zdravnikom ZZZS s ciljem bolj enotnega ravnanja v postopkih nadzora. ZZZS je izvajal tudi izredne nadzore na podlagi pritožb zavarovanih oseb.

V preteklem obdobju je ZZZS na lokacijah izvajalcev izvedel med 717 (2011) in 746 (2009) nadzorov na lokacijah izvajalcev. Največ pozornosti v nadzorih je bilo posvečeno pravilnosti obračuna storitev. Za koliko je na podlagi nadzorov ZZZS zmanjšal obračunano vrednost programov izvajalcev v posameznih poslovnih letih, kaže tabela 17.

Tabela 17. Zmanjšanje obveznosti ZZZS na podlagi finančnih sankcij po opravljenih nadzorih v obdobju od 2008 do 2012.

2008	2009	2010	2011	2012
1.002.440	2.449.030	3.600.415	3.282.369	2.439.908

Korupcijska tveganja in goljufije

V obdobju 2008–2012 je bilo zaznано povečevanje tveganj različnih pojavov nepravilnosti, korupcije in goljufij v širšem sistemu zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja. ZZZS se je z razraščanjem krize srečeval s poskusi različnih prevar in goljufij na strani zavarovancev (poneverbe za neupravičene pridobitve pravic iz OZZ) in drugih zavezancev za plačilo prispevkov (poneverbe, da bi zmanjšali ali se izognili obveznosti plačevanja). Zaznani so bili tudi poskusi namernih nepravilnosti izvajalcev zdravstvenih storitev, izdajateljev zdravil in dobaviteljev MP (lažni obračunski dokumenti, opustitev s pogodbo dogovorjenih aktivnosti, poskusi pridobitve neupravičenih finančnih koristi), pri katerih je potrebno poleg neposredne finančne škode opozoriti tudi na nefinančne posledice za javni sistem, predvsem pa na zaplete in omejitve pri dostopanju do pravic iz OZZ.

Na problematiko korupcije in goljufij v javnem sistemu zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja sta opozorila tudi Računsko sodišče Republike Slovenije¹⁸ in Komisija za preprečevanje korupcije¹⁹.

Za preprečevanje korupcije zaposlenih je ZZZS v letu 2012 na podlagi zakona o integriteti in preprečevanju korupcije sprejel dokument Načrt integritete na ZZZS. V začetku leta 2013 pa je v okviru RN 23 oblikoval in sprejel še poseben dokument Temelji politike preprečevanja goljufij, da bi se izboljšali in poenotili postopki odkrivanja, obravnave in preprečevanja goljufij na ZZZS. Za sistematično odkrivanje in preprečevanje goljufij bo v novem razvojnem obdobju izvedena ustrezna razvojna in informacijska nadgradnja procesov.

Odločanje o pravicah

O večini pravic zavarovanih oseb do zdravstvenih storitev, ki se plačujejo iz OZZ, odločajo njihovi osebni (izbrani) zdravniki, ki izvajajo zdravljenje neposredno, ali pa se odločajo za potrebne nadaljnje preiskave ali zdravljenje na drugih ravneh izvajanja zdravstvene dejavnosti. O določenih pravicah iz OZZ na podlagi zakonskih pooblastil odloča ZZZS.

Imenovani zdravniki oziroma zdravstvena komisija ZZZS odločajo o začasni nezmožnosti za delo, pravici do nadomestila plače zaradi nege ožjega družinskega člana, zdraviliškem zdravljenju, zahtevnejših medicinskih pripomočkov, medicinskih pripomočkov pred potekom trajnostne dobe in zdravljenju v tujini. Območne enote in direkcija ZZZS pa odločajo o pravici do nadomestila plače, pogrebni, posmrtni, potnih stroškov in nekaterih drugih povračilih.

ZZZS posebno pozornost posveča enotnemu in usklajenemu odločanju o teh pravicah. Enotnost ravnanja zagotavlja z navodili in okrožnicami, ki so v pisni ali elektronski obliki dostopni za vse zaposlene. Najbolj zahtevno je zagotavljanje enotnega in usklajenega ravnanja imenovanih zdravnikov in zdravstvene komisije, ki na dveh stopnjah v skladu z zakonskimi pooblastili odločajo o začasni nezmožnosti zavarovancev za delo, negi, zdraviliškem zdravljenju, zahtevnejših medicinskih pripomočkov in medicinskih pripomočkov pred potekom trajnostne dobe. Zahtevnost izhaja že iz narave, kompleksnosti, predvsem pa tudi količine teh postopkov, na podlagi katerih ZZZS na letni ravni izda okoli 350.000 odločb. Tabela 18 prikazuje gibanja števila izdanih odločb

Tabela 18. Število in delež izdanih odločb(1. stopnja) imenovanih zdravnikov ter odločb (2. stopnja) na zdravstveni komisiji ZZZS v obdobju od leta 2008 do 2012.

	Obravnave na oddelkih imenovanih zdravnikov				Obravnave na zdravstveni komisiji			
	2008		2012		2008		2012	
	število	delež	število	delež	število	delež	število	delež
začasna nezmožnost za delo	265.166	74,3	234.668	72,1	5.457	61,1	5285	67,1
nega	1.168	0,3	1216	0,4	26	0,3	23	0,3
zdraviliško zdravljenje	36.184	10,1	34.875	10,7	3.260	36,5	2380	30,2
medicinski pripomočki	7.839	2,2	7.922	2,4	142	1,6	81	1,0
zobnoprotenična rehabilitacija	46.604	13,1	46.587	14,3	45	0,5	104	1,3
skupaj	356.961	100,0	325.268	100,0	8.930	100,0	7.873	100,0

18 Računsko sodišče je v letu 2012 opravilo revizijsko poročilo o prejemu, obdelavi in nadzoru zahtevkov na ZZZS in opozorilo na pomen celovitih informacijskih orodij za sistematično odkrivanje nepravilnosti in nedoslednosti v obračunavanju.

19 Komisija za preprečevanje korupcije je v letu 2013 na podlagi izrednih pregledov bolnišnice Valdoltra in UKC Ljubljana opozorila na določene sume goljufij (preskok čakalnih vrst) oziroma koruptivnega ravnanja (izvajanje pediatričnega kardiokirurškega programa).

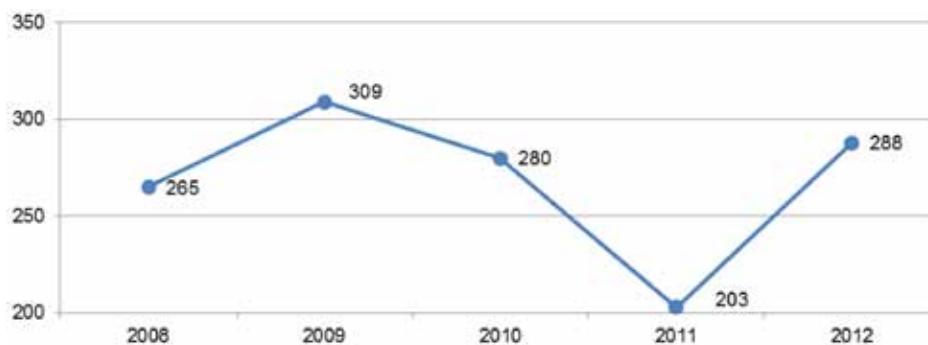
imenovanih zdravnikov ter obravnavanih pritožb na zdravstveni komisiji v času od leta 2008 do 2012.

V obdobju 2008–2012 se je zelo spreminjal obseg odločanja organov ZZZS o drugih pravicah. Število zahtev za izdajo odločbe o nadomestilu, pogrebniini, posmrtnini, povračilu potnih stroškov, lastnosti zavarovane osebe, izbiri zdravnika idr. je bilo v letu 2008 8.835, se v letu 2009 znatno povečalo (14.471), nato pa zmanjšalo na 9.142 (2010) in celo na 6.476 v letu 2012. Kljub temu je bil dosežen visok delež rešenih zadev (okrog 80 %).

Na področju pravic, o katerih odločajo imenovani zdravniki oziroma zdravstvena komisija, pa se je v okviru uresničevanja GC1 kot težko dosegljivo pokazalo odločanje v rokih. ZZZS že več let s težavo zagotavlja ustrezno kadrovsko zasedbo za odločanje v teh postopkih, zaradi česar je nemalokrat deležen kritik zavarovanih oseb in delodajalcev. Tako podatki na dan 31.12.2011 kažejo, da je bilo na ta dan sistematiziranih 54,10 zdravniških delovnih mest in od tega nezasedenih 14,60. Kljub stalnim aktivnostim, jih ZZZS uspe zaposliti komaj toliko, kolikor jih odide. Pomanjkanje poskuša reševati s pogodbenimi zdravniki, ki pa prav tako ni zadostno, pri čemer prav tako ugotavljamo veliko fluktuacijo. Zaradi tega se vse težje zagotavlja pravočasnost, strokovnost in kontinuiteta dela. ZZZS je zato že predlagal, da bi se zakonodaja spremenila tako, da bi izbrani osebni zdravniki o nezmožnosti za delo odločali za daljši čas kot sedaj. Realizacija predloga ne bi pomenila dodatne obremenitve izvajalcev, saj so izbrani osebni zdravniki že po obstoječi ureditvi dolžni pripraviti ustrezen predlog in ga utemeljiti ter k temu priložiti tudi ustrezno dokumentacijo. ZZZS na podlagi prejetega predloga in dokumentacije odloči o utemeljenosti predloga in odločbo vroči zavarovani osebi (osebno) in delodajalcu ter vrača dokumentacijo izbranemu osebnemu zdravniku, kadar jo ta pošilja v originalnih izvodih. ZZZS v več kot 98 % primerov odločanja o predlogu izbranega osebnega zdravnika o začasni nezmožnosti za delo nad 30 dni pritrdi. Z realizacijo predloga bi se izvajalci dejansko razbremenili priprave predlogov, zmanjšali bi se njihovi materialni stroški v zvezi s tem, prav tako bi se zmanjšali stroški dela in materialni stroški na ZZZS (predvsem so zelo visoki stroški osebnega vročanja – gre za več kot 250.000 tovrstnih odločitev letno!), zavarovanim osebam in njihovim delodajalcem pa bi bila prej jasno znana situacija, v kateri so, kar je zelo pomembno predvsem z vidika socialne varnosti zavarovanih oseb, za delodajalce pa z vidika delovnega procesa. Glede na delež ugoditev je ZZZS predlagal, da se uzakoni odločanje pri izbranem osebnem zdravniku vsaj do 90 delovnih dni. ZZZS pa bi razpoložljive kadre lahko usmeril v večji oziroma drugačen nadzor. Zahtevnost kadrovanja zdravnikov je omenjena tudi v poglavju 2.3.4. Glede na navedeno ocenjujemo, da je doseganje GC 1 v tem delu le delno doseženo in da bi k doseganju zelenega cilja lahko doprinesla ustrezna sprememba zakonodaje.

Zelo zahteven je bil v obdobju 2008–2013 tudi proces odločanja o pravicah do čezmejne zdravstvene oskrbe. Gre po vsebini za dva sklopa pravic, in sicer pravice do nujnega ali potrebnega zdravljenja med začasnim bivanjem v tujini (mednarodni sporazumi in uredba EU) in pravice do načrtovanega zdravljenja v tujini, ki je do nedavna zajemala predvsem pravico do zdravljenja v tujini (na podlagi ZZVZZ in Pravil OZZ). V zadnjem času zavarovane osebe uveljavljajo še pravice do načrtovanega zdravljenja v skladu s sodbami Evropskega sodišča, ki bodo od oktobra 2013 kodificirane z uveljavitvijo nove evropske direktive o pravicah do čezmejne zdravstvene oskrbe.

Ker so ostale pravice do načrtovanega zdravljenja v tujini pri nas še vedno na zanemarljivi ravni lahko kot posebno merilo kakovosti zdravstvene oskrbe v Sloveniji ocenjujemo predvsem gibanje števila odobrenih napotitev na zdravljenje v tujino. Gre za pravico, ki se na osnovi mnenj klinik odobri zavarovanim osebam, v primeru, da so v sistemu izčrpane možnosti uspešnega zdravljenja, takšna možnost pa obstoji v tujini. Število odobrenih osebnih napotitev je v obdobju 2008–



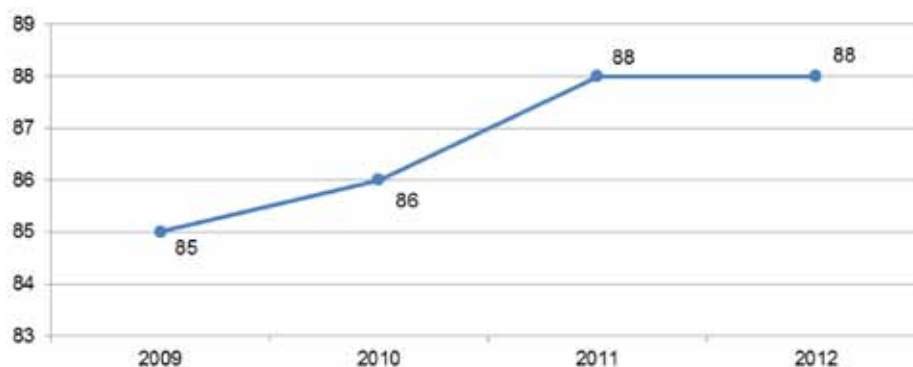
Slika 13. Napotitve oseb na zdravljenje v tujino na osnovi mnenja klinik v obdobju od 2008 do 2012.

2012 le v letu 2009 presegle v SRP določeno mejno vrednost 300 napotitev. Čeprav v celotnem opazovanem obdobju število napotitev ni poraslo (glej sliko 13), je v okviru te pravice močno poraslo število diagnostičnih preiskav, ki se izvajajo v tujini, in sicer z 202 diagnostičnih preiskav v letu 2008 na 501 v letu 2011. Opisani premiki narekujejo podrobnejšo in resno obravnavo razlogov za morebitne razvojne zaostanke.

Informiranje zavarovanih oseb in drugih strank ZZZS

ZZZS je v obdobju 2008–2011 zelo okrepil informiranje javnosti. Izdatno je **povečal število in vsebine izdaj o pravicah iz OZZ**. V zvezi s pravico o izbiri osebnega zdravnika in drugih izvajalcev zdravstvenih storitev je ključnega pomena izdaja nove knjižice »Kako do zdravnika in drugih zdravstvenih delavcev« v skupni nakladi 50.000 izvodov (2009). S (po)natisi je zagotovil, da je v zbirki zloženkov o pravicah iz obveznega zdravstvenega zavarovanja v skupni nakladi več kot milijon izvodov na voljo skupaj že 23 različnih tematskih zloženkov, ki so na voljo zavarovanim osebam v prostorih ZZZS in pri izvajalcih zdravstvenih storitev. Z zbirko ZZZS zagotavlja okoli 90 %-no vsebinsko pokritost s ključnimi temami o pravicah in obveznostih zavarovanih oseb, s čimer je dosegel v SRP načrtovan cilj po vsaj 75 %-ni vsebinski pokritost izdaj o pravicah s področja OZZ (slika 14).

V preteklem obdobju je ZZZS oblikovno in vsebinsko nadgradil tudi vsebine za zavarovane osebe, izvajalce in druge ključne javnosti na spletni strani ZZZS, sistem elektronskega založništva ter uvedel različne elektronske storitve za svoje strank (prenova vstopne spletne strani ter sistema elektronskega založništva).



Slika 14. Delež pokritosti ključnih tem o izvajanju obveznega zdravstvenega zavarovanja s tiskanimi izdajami ZZZS v obdobju od 2009 do 2012.

Pomemben kanal obveščanja sta tudi avtomatski telefonski odzivnik in SMS rešitve za mobilno telefonijo, na podlagi česar ZZZS zagotavlja ustrezne informacije zavarovanim osebam (zlasti informacije o urejanju zavarovanj, pravicah do zdravljenja, poslovni mreži ZZZS idr.), izvajalcem in drugim strankam ZZZS (zlasti o delovanju informacijskega sistema in neposrednega dostopa do podatkov zdravstvenega zavarovanja).

ZZZS je v obravnavanem obdobju okrepil svojo komunikacijsko infrastrukturo tako tehnično kot vsebinsko, in sicer zlasti s prenovo spletnih strani, telefonskimi odzivniki in tiskovinami, s čimer je uspel zagotoviti zadostno vsebinsko pokritost vseh ključnih pravic in obveznosti zavarovanih oseb iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Zaradi kadrovskih omejitev ni uspel komunikacijske infrastrukture krepiti tudi organizacijsko (klicni center kot specializirana služba za informiranje in svetovanje zavarovanim osebam ter časopis za informiranje zavarovanih oseb). Zaradi nenehnih skorajšnjih najav zdravstvene reforme od leta 2006 dalje ZZZS ni pristopil k izdelavi video vsebin trajnejšega značaja o posameznih pravicah, ki jih zavarovane osebe uresničujejo pri izvajalcih zdravstvenih storitev.

Promocija zdravja in odgovornega uresničevanja pravic

ZZZS je v preteklem obdobju v skladu s svojimi pristojnostmi in družbeno vlogo okrepil določene aktivnosti za uveljavitev programov promocije zdravja in bolj odgovorno ravnanje posameznikov ter skupnosti pri skrbi za zdravje. Gre za izvedbo različnih informativnih in promotivnih aktivnosti, ki so podprle izbrane strateške teme s posebnim pomenom za izvajanje OZZ, kot so promocija zdravja na delovnem mestu, promocija odgovornega ravnanja v času bolniške odsotnosti, promocija varne in pravilne rabe zdravil in promocija kakovostnega uresničevanja pravic v javni zdravstveni službi.

ZZZS je v tem obdobju izvedel serijo strokovnih srečanj na nacionalni ravni in na ravni območnih enot o pomenu promocije zdravja na delovnem mestu z namenom širjenja primerov dobrih praks javnih in zasebnih organizacij pri obvladovanju zdravstvenega absentizma. Na to temo je izdal tudi poseben strokovni zbornik. V teh letih je kontinuirano potekala javna kampanja za promocijo varne in pravilne rabe zdravil, v okviru katere so bile organizirane številne tiskovne konference za medije, tiskana gradiva na to temo (priročnik o varni in pravilni rabi zdravil, letaka moj dnevnik jemanja zdravil in moj seznam zdravil ter knjižica o varni rabi antibiotikov pri otrocih, zloženska o medsebojnem delovanju zdravil) pa so bila izdana v skupni nakladi več kot pol milijona izvodov. Vsako leto (z izjemo leta 2012) je ZZZS izvedel tudi javni razpis za sofinanciranje, na podlagi katerih je na osnovi opisanih vsebinskih usmeritev podprl letno nekaj manj kot 100 projektov javnega pomena za zdravje.

ZZZS je v znatno izboljšal in dogradil tudi komunikacijsko infrastrukturo za promocijo zdravja, tako da je dopolnil svoje spletne strani z rubriko »Nasveti za zdravo življenje«²⁰ s poudarkom na preventivnem zdravstvenem varstvu odraslih, ki vsebujejo strokovne nasvete za zdrav način življenja ter možnost interaktivnega izračuna indeksa telesne mase.

ZZZS je v preteklem obdobju dosledno uveljavljal povračila škode oziroma regresne zahtevke. Cilj teh aktivnosti, ki jih ZZZS nalaga zakonodaja, ni le povrnitev stroškov v zdravstveno blagajno v vseh primerih, ko je podana odškodninska odgovornost regresnih zavezancev, temveč predvsem uveljaviti bolj odgovorna ravnanja posameznikov in skupnosti ter s tem prispevati k višji stopnji varnosti in zdravja ter zmanjševanju bolezni, poškodb in nesreč. Prihodke od povračil škod se ustvarjajo s pavšalnimi povračili škode od zavarovalnic, ki izvajajo obvezna avtomobilska zavarovanja (v višini 6,5 % delež obračunane kosmate premije) in z izterjavami regresnih zahtevkov po sodni

²⁰ <http://www.zzzs.si/zdravje/index.html>.

poti. Prihodki od povračil škod so do leta 2011 upadali (tabela 19), kar je moč pripisati posrednim in neposrednim učinkom gospodarske krize. V letu 2012 pa se je pokazal učinek uveljavitve ZUJF v drugem polletju (povečanje pavšalnih povračil). Nihanja pri izterjavi regresnih zahtevkov je mogoče pripisati večanju neuspešnih izterjav kot posledice plačilne nesposobnosti gospodarskih subjektov.

Tabela 19. Povračila škod ZZZS v letih od 2008 do 2012.

	2008	2009	2010	2011	2012
pavšalna povračila škod (avt. zav.)	21.466.841	20.684.837	19.472.170	18.127.626	19.458.336
izterjava regresnih zahtevkov	1.276.630	1.361.199	1.050.977	1.023.062	1.310.123
SKUPAJ	22.743.471	22.046.036	20.523.147	19.150.688	20.768.459

ZZZS je v obravnavanem obdobju okrepljeno izvajal in tudi podprl promocijo varne in pravilne rabe zdravil ter promocijo zdravja na delovnem mestu in obvladovanje zdravstvenega absentizma. Z izvajanjem sofinanciranja je ZZZS podprl tudi številne druge projekte za promocijo zdravja. Pri tem ZZZS pogreša predvsem vodilno in povezovalno vlogo IVZ, ki bi bil pristojen za zasnovo in izvedbo večjih medijskih kampanj s področja zdrave prehrane, gibanja, stresa in drugih dejavnikov tveganja za nastanek kroničnih bolezni. Odgovornost za varno rabo zdravil, medicinskih pripomočkov in uporabo zdravstvenih storitev velja krepiti tudi z obveznostjo zavarovanih oseb pri vključevanju v izobraževanje na primer za samoobvladovanje sladkorne bolezni, v CINDI delavnice ali presejalne programe za odkrivanje in preprečevanje raka.

Zadovoljstvo zavarovanih oseb z delovanjem sistema

Kakovost delovanja javnega sistema zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja je mogoče ocenjevati na osnovi različnih meril. V predhodnih poglavjih smo predstavili določene temeljne kazalce zdravja, kot sta npr. pričakovano trajanje življenja in umrljivost dojenčkov, pri katerih je bilo v preteklem obdobju zaznati tudi ugodne trende. Pričakovano trajanje življenja se je v Sloveniji v obdobju 2013 izboljševalo, tako da po zadnjih podatkih dosega 79,8 leta, čeprav je še vedno nekoliko nižje od povprečja držav EU (80,8). Po umrljivosti dojenčkov, ki je ostajalo v zadnjih letih na ravni okoli 2,5–3,0 na 1.000 živorojenih, pa je Slovenija med najboljšimi v državah EU. Na zadovoljstvo z zdravstvenim sistemom poleg objektivnih kazalnikov zdravja vpliva zlasti tudi dejanska dostopnost prebivalstva oziroma zavarovanih oseb do zdravstvene oskrbe. Kot je razvidno iz posameznih poročil, se dostop do storitev kljub krizi po letu 2009 v letih 2010 in 2011 zaradi številnih ukrepov na državni ravni (MZ, IVZ in ZZZS) ni občutno poslabšal, na določenih področjih pa se je celo izboljšal.

V skladu z opisanimi trendi smo v Sloveniji v letih 2009 in 2010 na osnovi merjenja subjektivnih mnenj zabeležili trend izboljšanja zadovoljstva ljudi z delovanjem zdravstvenega sistema²¹, saj se je delež zadovoljnih povečal, povprečna ocena (na lestvici med 1-10) pa se je dvignila s 4,83 na 5,70. V letih 2011 in 2012 pa se je trend izboljševanja ustavil oziroma rahlo poslabšal, vendar brez bistvenega povečanja deleža nezadovoljnih.

Podobno ugotavljajo tudi določeni mednarodni kazalniki zadovoljstva ljudi z zdravstvenim sistemom. Indeks EHCI, ki temelji na javnih statistikah, anketah bolnikov in neodvisnih raziskavah in ki ga izvaja skupina strokovnjakov (Health Consumer Powerhouse) s sedežem na Švedskem, je v zadnjih letih postal standard za merjenje kakovosti evropskega zdravstvenega varstva v očeh uporabnikov storitev²². Indeks temelji na 42 indikatorjih, ki pokrivajo pet za uporabnike zdravstvenih

21 Glej UMAR: Poročilo o razvoju 2012.

22 Več o rezultatih EHCI 2012: www.healthpowerhouse.com/ehci2012.

storitev ključnih področij: pravice in informiranost bolnikov, čakalni čas na zdravljenje, rezultati zdravstvenega sistema, preventiva/razpon in dostopnost storitev ter farmacevtski izdelki. Slovenija je v letu 2012 med 34 evropskimi nacionalnimi zdravstvenimi dosegla 638 točk in se uvrstila na 19. mesto med 34 evropskimi državami. V primerjavi z letom 2009 je nekoliko poslabšala svojo uvrstitev, saj je bila takrat uvrščena na 16. mesto, vendar pa je pri tem pomembno tudi, da za državo s srednjim prihodkom slovensko zdravstveno varstvo zagotavlja povsem primerljiv dostop do zdravstvene oskrbe, kot ga imajo npr. v Veliki Britaniji in Belgiji.

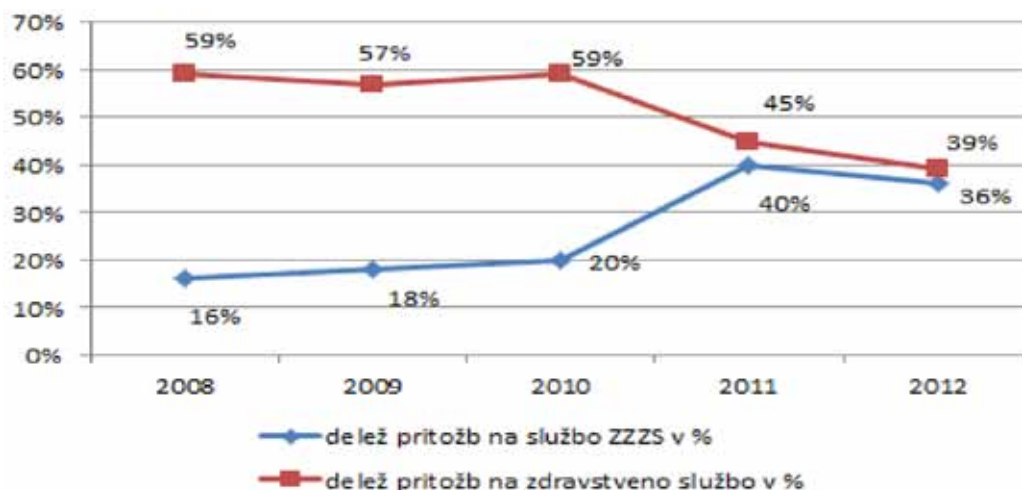
Tudi najnovejši podatek iz Poročila o razvoju (UMAR, 2013)²³ govori o tem, da se je splošno zadovoljstvo prebivalstva kljub krizi z zdravstvom nekoliko povečalo (iz 5,17 v letu 2008 na 5,64 v letu 2012). V primerjavi z ostalimi (javnimi) sektorji smo po teh podatkih, kljub rahlemu padcu zadovoljstva z zdravstvom po letu 2010 (poglabljanje krize), Slovenci na splošno še najbolj zadovoljni prav z zdravstvom.

V skladu z GC 2 je ZZZS v letu 2009 začel meriti zadovoljstvo oseb z zdravstveno službo in sistemom OZZ. Rezultati ankete, ki so jo izpolnjevale stranke ZZZS, so v letih 2009 in 2010 kazali izboljšanje zadovoljstva ljudi tako z delovanjem zdravstvene službe (s 3,74 v letu 2009 na 3,88 v letu 2010 na lestvici od 1 do 5) kot delovanjem ZZZS oziroma izvajanjem OZZ (s 4,05 v letu 2009 na 4,12 v letu 2010 na lestvici od 1 do 5). Ocene zadovoljstva s storitvami ZZZS so bile višje v primerjavi z oceno zadovoljstva s storitvami zdravstvene službe. Čeprav metodološko neprimerljivi, so podobni tudi trendi rezultatov o zadovoljstvu ljudi s storitvami zdravstvene službe in storitvami ZZZS, ki so zabeleženi na osnovi nove spletne ankete ZZZS o zadovoljstvu, ki jo je ZZZS uvedel v letu 2011. Rezultati spletne ankete kažejo na izboljšanje zadovoljstva ljudi tako z delovanjem zdravstvene službe (iz 2,70 v letu 2011 na 2,93 v letu 2012 na lestvici od 1-5) kot delovanjem ZZZS oziroma izvajanjem OZZ (iz 2,89 v letu 2011 na 2,90 v letu 2012 na lestvici od 1-5). Pri tem so zaradi metodoloških razlogov ocene zadovoljstva zaznavno nižje kot pri klasičnem anketiranju. Kritičnost strank pri spletnem anketiranju je večja kot pri klasičnem anketiranju. Spričo zaostrovanja krize in določenih zastojev pri urejanju zavarovanj, so razumljive tudi nekoliko nižje ravni ocen.

ZZZS spremlja tudi odzive strank, ki jih prejema po različnih kanalih: v knjigi pritožb in pohval ali kot pisne ali ustne pritožbe in pohvale. Med pritožbami pa spremlja tudi, na koga se stranka pritožuje (na službo ZZZS, na zdravstveno službo ali drugo). ZZZS je leta 2010 uveljavil interni pravilnik o reševanju pohval in pritožb, ki je poenotil nekatere definicije, določil zajem podatkov in način obravnave. Statistika od leta 2008 do 2012 kaže, da se delež pohval giblje po letih od 35 % do 43 % od vseh evidentiranih odzivov strank, delež pritožb pa od 35 % do 61 %. Podatki, ki jih prikazuje slika 15, kažejo, da je bil delež prejetih pritožb nad izvajalci zdravstvenih storitev oziroma nad zdravstveno službo pred sprejemom pravilnika med 57 % in 59 %, delež prejetih pritožb nad službo ZZZS pa med 16 % in 12 % vseh prejetih pritožb. Po sprejemu pravilnika se je delež pritožb nad zdravstveno službo zmanjšal na 45 % oziroma 39 %, delež pritožb nad delom službe ZZZS pa se je povečal na 40 % in nato padel na 36 %, a je še vedno nižji kot delež pritožb nad izvajalci. Vsi ti podatki kažejo na to, da obstajajo priložnosti za izboljšave. Služba ZZZS si ves čas prizadeva, da bi se zadovoljstvo strank v sistemu izboljševalo: tako z izvajalci kot z ZZZS.

O zadovoljstvu zavarovanih oseb je možno sklepati tudi iz vsebinskih analiz objav v slovenskih medijih (kliping), ki nakazujejo oceno poslovanja ZZZS, predstavnikov ZZZS in izvajanja OZZ. Iz teh analiz izhaja, da se je delež polemičnih in negativnih objav v obdobju 2008–2012 še naprej nekoliko znižal. Tako je bil ta delež v letu 2012 za 7,9 % nižji kot znaša povprečje za zadnjih 9 letih. Če se izloči vpliv pojavov načrtovanih, interesno obarvanih polemik ter stopnjo zadovoljstva

23 Glej UMAR: Poročilo o razvoju 2013.



Vir: podatki ZZZS

Slika 15. Delež pritožb strank na zdravstveno službo in delež pritožb na službo ZZZS v obdobju od 2008 do 2012.

drugih deležnikov ZZZS, je moč ugotoviti, da so se zavarovane osebe in mediji v obdobju 2008–2012 negativno odzivali predvsem na naslednja področja oziroma teme:

- konkretni primeri odločanja imenovanih zdravnikov ali zdravstvenih komisij ZZZS v zvezi s pravico do začasne zadržanosti od dela in v zvezi s pravico do zdraviliškega zdravljenja;
- zaskrbljenost, da se pravice iz OZZ krčijo, dostopnost do zdravstvenih storitev pa poslabšuje;
- delovanje javne zdravstvene službe in uresničevanje pravice do zdravstvenih storitev;
- izvajanje donatorskih akcij zaradi nezmožnosti uveljavljanja nekaterih pravic v celoti ali delno iz OZZ (zlasti medicinsko-tehnični pripomočki, zdravljenje v tujini);
- upravljanje in finančno poslovanje ZZZS.

Delež negativno in polemično naravnanih prispevkov je bil v obdobju 2008–2012 (1,56 %) v mejah sprejemljivega (pod 10 %) in obvladljivega (pod 5 %), obenem pa so ti deleži v povprečju bistveno nižji kot v obdobju 2002–2007 (2,82 %).

2.3.2. Vidik finančnega poslovanja – stabilno in uravnoteženo poslovanje

Eden od osrednjih ciljev SRP 2008–2013 je bil vzpostaviti pogoje za večjo finančno vzdržnost sistema OZZ. Finančna vzdržnost je bila v SRP opredeljena v skladu z javno finančnimi izhodišči in projekcijami, ki so bili veljavni v času oblikovanja programa. V letu 2008 je finančna vzdržnost pomenila, da naj bi ZZZS do konca razvojnega obdobja (2013) vse obveznosti na področju financiranja programov zdravstvenih storitev in drugih pravic iz OZZ zagotavljal z lastnimi viri – t.j. v okviru zbranih sredstev na podlagi veljavne prispevne stopnje.

Oteženi pogoji poslovanja po izbruhu krize so pomen ohranjanja finančne vzdržnosti sistema za nemoteno izvajanje OZZ v državi še okrepili. Temeljna usmeritev ZZZS z vidika finančnega poslovanja je bila zato v celotnem preteklem razvojnem obdobju zagotoviti uravnoteženo in stabilno finančno poslovanje, kar je narekoval tudi GC 4 (»ohraniti uravnoteženo in pregledno finančno poslovanje«). Ključni ukrepi za doseg tega cilja v obdobju 2008–2012 so bili:

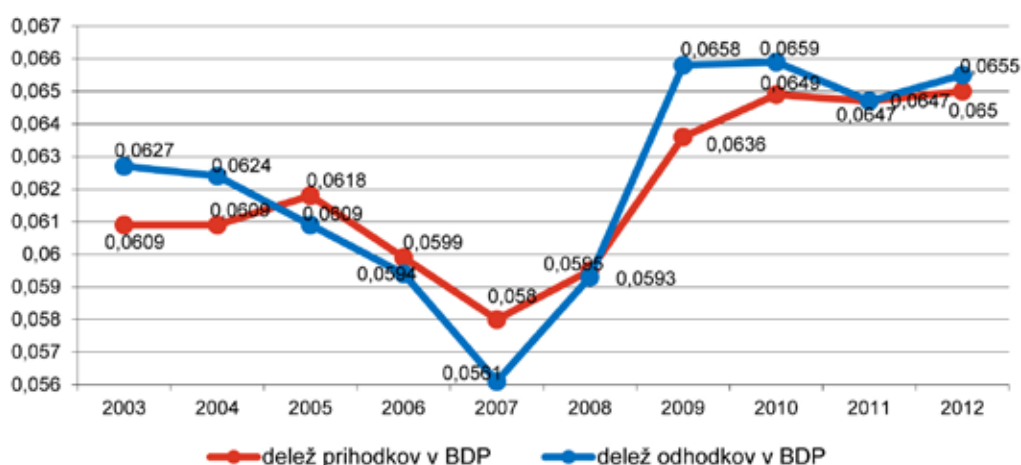
- realno finančno načrtovanje,
- varčevanje s strani vlade in ZZZS,
- nadzor nad plačevanjem prispevkov in izterjava (sodelovanje z Davčno upravo Republike Slovenije),
- obvladovanje odhodkov za storitve in druge pravice v okviru razpoložljivih finančnih sredstev,
- obvladovanje odhodkov za službo ZZZS v okviru razpoložljivih finančnih sredstev.

Realno finančno načrtovanje

Oblikovanje, sprejemanje in tudi uresničevanje finančnih načrtov ZZZS je v obdobju 2008–2012 zaradi sprememb plačnega sistema, ki sta jim sledila obsežna finančna in nato še gospodarska kriza, potekalo zelo oteženo. Makroekonomska izhodišča so bila v vseh letih zelo negotova in spremenljiva, tako za predvidevanje prihodkov (vpliv krize) kot tudi odhodkov (učinkovitost ukrepov), zato je bilo oblikovanje finančnih načrtov, ki naj bi zagotovili finančno vzdržnost sistema OZZ in finančno poslovanje brez zadolževanja, zelo zahtevno in oteženo. Razkorak med prihodki in odhodki je razviden tudi iz slike 16, ki prikazuje gibanje odhodkov in prihodkov ZZZS v deležu BDP.

Osnovnega cilja po uravnoteženem in stabilnem poslovanju zaradi rastočega razkoraka med razpoložljivimi finančnimi viri in rastočimi odhodki ZZZS po letu 2009 brez aktiviranja rezervnega sklada in obsežnih paketov varčevalnih ukrepov v vseh opazovanih poslovnih letih ne bi mogel doseči. V letu 2008 je ZZZS še dosegel ugoden finančni rezultat (5,2 milijona evrov presežka), ki je bil posledica še ugodnih pogojev poslovanja v treh četrtinah leta, ko učinkov recesije v Sloveniji še ni bilo zaznati. Že v letu 2009 pa je realiziral primanjkljaj v višini 75,7 milijona evrov, pokritje katerega je zagotovil iz lastnega vira (rezervnega sklada). Tudi v letu 2010 je finančni rezultat izkazoval primanjkljaj prihodkov nad odhodki v višini 35,9 milijona evrov, za katerega je ZZZS moral porabiti vsa preostala sredstva rezerve.

V poslovnih letih 2009–2010 so bili doseženi primanjkljaji znatno manjši od načrtovanih zaradi uspešne realizacije ukrepov ZZZS za zagotovitev finančne vzdržnosti in/ali boljše realizacije prihodkov od načrtovane. V letu 2011 je za doseg uravnoteženega finančnega rezultata brez zadolževanja moral ZZZS zamakniti del plačila zapadlih obveznosti v leto 2012, in sicer v višini



Slika 16. Gibanje deleža prihodkov in odhodkov obveznega zdravstvenega zavarovanja v BDP v obdobju od 2003 do 2012.

41 milijonov evrov. Enako je moral ravnati tudi v letu 2012, ko je bil zamik plačila dela zapadlih obveznosti iz decembra 2012 v leto 2013 nekoliko višji – 64 milijonov evrov. Rezultati finančnega poslovanja so razvidni iz tabele 20.

Tabela 20. Rezultati finančnega poslovanja v letih od 2008 do 2012.

v €	2008	2009	2010	2011	2012
prihodki	2.214.585.038	2.263.018.915	2.311.023.281	2.340.530.897	2.319.505.997
odhodki	2.209.377.457	2.338.544.529	2.346.849.949	2.338.878.794	2.338.135.242
razlika	5.207.581	-75.525.614	-35.826.668	1.652.103	-18.629.245

Vir: Poslovna poročila ZZZS

Varčevalni ukrepi

Po letu 2008 so se odhodki ZZZS močno povečali predvsem zaradi uvedbe novega plačnega sistema v javnem sektorju in odprave nesorazmerij plač, ki so v zdravstvu povzročile boljše vrednotenje nosilnih zdravstvenih poklicev in boljše vrednotenje dežurstva, ZZZS pa je izvedel popravek cen zdravstvenih storitev in programov. Odhodki na področju zdravstvenih storitev zaradi izvajanja določenih strateških ukrepov (predvidenih s SRP) sicer ne bi naraščali hitreje od prihodkov, razen na področju odhodkov za bolniška nadomestila (vpliv krize) in zaradi mednarodnih obveznosti (sporazum z Republiko Bosno in Hercegovino). Zaradi recesije se je zmanjšala stopnja rasti prihodkov.

Zaradi grozečega razkoraka med prihodki in odhodki ter hkratne zahteve po poslovanju brez zadolževanja je moral ZZZS v letu 2009 pristopiti k obsežnim varčevalnim ukrepom. Ukrepi so zajeli prihodkovno in odhodkovno stran poslovanja. Vrednost prihrankov na osnovi sprejetih varčevalnih ukrepov v letu 2009 je bila 158 milijonov evrov, k čemer so vladni ukrepi v zvezi z upočasnitvijo ali zamiki izvajanja plačne reforme omogočali 22,2 milijona evrov prihrankov. Ukrepi, sprejeti v letu 2009, so se v polni meri izvajali tudi v letu 2010, dodani pa so bili tudi nekateri novi (v vrednosti okoli 34 milijonov evrov), tako so bili skupni učinki ukrepov varčevanja, ki so se odražali v poslovnem rezultatu ZZZS v letu 2010 že okoli 239 milijonov evrov na letni ravni. Finančni učinek varčevalnih ukrepov je v letu 2011 porasel na okoli 280 milijonov evrov (vrednost dodatnih ukrepov v letu 2011 je bila 41 milijonov evrov). Zaradi obsežnih dodatnih varčevalnih ukrepov v letu 2012 (vrednosti teh dodatnih ukrepov na letni ravni je bila 162 milijonov evrov) pa je skupni učinek varčevanja na letni ravni v letu 2012 dosegel že 442 milijonov evrov.

Ostro varčevanje in poraba vseh rezervnih sredstev iz računov ZZZS (v višini 130,3 milijona evrov) sta pripomogla, da do zadolževanja v teh letih ni prišlo.

V nadaljevanju so podrobneje opisani ukrepi za finančno vzdržno poslovanje na strani prihodkov in odhodkov ZZZS.

Nadzor nad plačevanjem prispevkov

ZZZS je v skladu s SRP že od leta 2008 dalje izvajal številne aktivnosti in ukrepe za boljše izterjavo prispevkov. V skladu z zakonodajo vodi nadzor nad večino zavezancev za plačevanje prispevkov za OZZ (delodajalci in druge pravne osebe, ki po zakonu o prispevkih za socialno varnost štejejo za pravne osebe) Davčna uprava Republike Slovenije, ki vodi v davčnem knjigovodstvu tudi ustrezne analitične evidence za te zavezance. Davčna knjigovodska evidenca prometa terjatev in obveznosti je vzpostavljena na podlagi predloženih obračunov davčnih odtegljajev zavezancev za obračun prispevkov (na t. i. REK obrazcih), izdanih odločb davčnega organa za plačilo prispevkov in vplačanih prispevkov (tabela 21). Znesek dolga od neplačanih prispevkov, za katere evidenco in

izterjavo izvaja Davčna uprava Republike Slovenije, je po stanju 31. 12. 2008 znašal 40,4 milijona evrov, kar je predstavljalo 0,6 % obračunanih prispevkov v letu 2008. Znesek dolga neplačanih prispevkov pa je ob koncu leta 2012 znašal že 154,7 milijona evrov.

Tabela 21. Neplačani prispevki za pravne in fizične osebe v obdobju od 2008 do 2012*.

	2008	2009	2010	2011	2012
pravne osebe	6.693.504	14.678.676	27.649.968	34.579.216	88.986.935
fizične osebe	33.733.336	35.225.685	39.192.831	75.226.347	65.757.205
skupaj	40.426.840	49.904.361	66.842.799	109.805.563	154.744.140

Vir: Poslovna poročila ZZZS

* podatek se nanaša na stanje na dan 31. 12.

Evidenca za plačilo prispevkov za individualne zavezance za plačevanje prispevkov (tako imenovane samoplačnike) vodi ZZZS, izterjavo pa je prenesel na davčno in delno (z zadnjo spremembo davčne in carinske zakonodaje) tudi na carinsko upravo Republike Slovenije. Tudi znesek neplačanih prispevkov od samoplačnikov se je v tem obdobju povečal. Po evidenci ZZZS so po stanju 31. 12. 2008 neplačani prispevki za OZZ za samoplačnike znašali 2.473.191 evrov, ob koncu leta 2012 pa že 4.525.585 evrov.

ZZZS je vseh letih do leta 2011 intenzivno sodeloval z Davčno upravo Republike Slovenije za izboljšanje izterjave prispevkov in tudi sam izvajal določene aktivnosti za spodbujanje plačevanja prispevkov. V letu 2009 je z Davčno upravo Republike Slovenije vzpostavil elektronsko izmenjavo podatkov v zadevah davčne izvršbe neplačanih zapadlih prispevkov za OZZ. V istem letu je bil zaključen tudi projekt Prispevki, na osnovi katerega je bila nadgrajena aplikacija Saldakonti za mesečno pridobivanje podatkov od davčne in carinske uprave Republike Slovenije o plačevanju oziroma izterjavi prispevkov od pravnih oseb in samoplačnikov. Oblikovana je bila tudi nova aplikacija Prilivi, ki je podprla centralni prevzem plačil prispevkov za OZZ od zavarovancev – samoplačnikov, o katerih vodi ZZZS evidenco o plačilu prispevkov.

Kot najbolj učinkovita ukrepa, ki jih je ZZZS izvajal na tem področju, sta se izkazala (1) opominjanje dolžnikov in izvajanje revizij prispevkov ter (2) izvajanje pobotov neplačanih prispevkov z zahtevki za povračilo nadomestil plače med začasno zadržanostjo od dela. V letu 2011 je intenzivno izvajanje obeh aktivnosti vplivalo na povečanje plačil prispevkov po ocenah za okoli 9 milijonov evrov.

ZZZS je v letu 2011 analitično preveril, kako se izvaja načelo solidarnosti pri poravnavanju obveznosti zavarovancev. Pridobljeni podatki so pokazali na relativno velike razlike v bremenih plačevanja posameznih kategorij zavezancev za plačevanje prispevkov. Izstopajo predvsem razlike med formalno zaposlenimi in samo-zaposlenimi kategorijami zavezancev (podjetniki, obrtniki, kmetje idr.) ter razmeroma nizki prispevki kategorij, za katere prispevke plačuje država (upokojenci, socialne kategorije). Na tej podlagi se je ZZZS zavzel za uvedbo enotne prispevne stopnje za vse kategorije. Pobuda je bila posredovana pristojnim državnim organom.

Obvladovanje odhodkov

Podatki kažejo, da je v obdobju 2008–2012 obvladovanje odhodkov OZZ potekalo izjemno intenzivno, in tudi relativno uspešno. Iz tabele 22 so razvidne poglavitne skupine odhodkov in gibanje v strukturnih deležih posameznih vrst odhodkov ZZZS v daljšem časovnem obdobju (2002–2012), ki opozarja na razmerja med posameznimi skupinami izdatkov in s tem skupine izdatkov, ki jih je potrebno bolje obvladovati. Značilni za obdobje do leta 2007 so bili relativno visoki deleži za zdravila (skupaj z odhodki za medicinske pripomočke, preskrbo s krvjo in cepivi) in deloma tudi za denarne dajatve, ki so »nižali« deleže odhodkov za zdravstvene storitve, ki so

se v tem obdobju gibali pod 70 % vseh odhodkov ZZZS. Padec deleža za zdravila (kot rezultat dobrega obvladovanja odhodkov za zdravila) je po letu 2007 vplival na porast deleža odhodkov za zdravstvene storitve, na katerega je v letu 2008 in 2009 vplival še dvig plač zdravstvenih delavcev. Po letu 2009 se je delež odhodkov za zdravstvene storitve zmanjševal, kar je odraz predvsem kratkoročnih ukrepov za finančno vzdržnost, ki jih je ZZZS izvajal na področju zdravstvenih programov. Značilna so tudi nihanja na področju izdatkov za denarne dajatve, kjer večino odhodkov predstavljajo nadomestila začasne bolniške odsotnosti. Na porast deleža odhodkov za mednarodna zavarovanja v letu 2011 je vplivalo izplačilo zaostalih obveznosti iz mednarodnih sporazumov, sicer so bili odhodki na tem področju v daljšem obdobju stabilni. Izrazito negativna pa je neprekinjena tendenca padanja odhodkov za službo ZZZS, ki je v letih 2011 in 2012 dosegla rekordno nizek delež vseh odhodkov za OZZ.

Tabela 22. Gibanje strukturnih deležev posameznih vrst odhodkov ZZZS v obdobju od 2002 do 2012.

	zdravstvene storitve	zdravila, MTP, kri, cepiva	zdravljenje v tujini in mednarodno zavarovanje	denarne dajatve	delo ZZZS	ostali odhodki
2002	68,8	16,5	1,0	10,7	2,9	0,1
2003	67,0	18,6	0,8	10,7	2,7	0,2
2004	67,2	18,2	0,9	10,7	2,7	0,3
2005	67,3	18,8	0,9	10,5	2,4	0,1
2006	67,7	19,0	1,0	9,7	2,4	0,1
2007	68,8	17,2	0,9	10,0	2,3	0,8
2008	70,3	16,8	0,9	9,6	2,3	0,1
2009	71,3	16,5	0,9	9,1	2,1	0,0
2010	70,6	16,2	1,0	10,0	2,1	0,0
2011	70,3	16,4	1,7	9,8	1,9	0,0
2012	71,0	15,1	1,8	10,2	1,9	0,0

Vir: Poslovna poročila ZZZS

V letu 2009 je ZZZS sprejel naslednje ukrepe za obvladovanje odhodkov za zdravstvene storitve v okviru razpoložljivih sredstev:

- zmanjšanje stroškov dela v ceni zdravstvene storitve za 4 %,
- dodatno zmanjšanje cen storitev za 2,5 %,
- selektivno zmanjšanje materialnih stroškov,
- zmanjšanje deleža vrednosti, ki ga pokriva ZZZS, za zdravstvene storitve za zdraviliško zdravljenje, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, s 40 % na 15 %,
- zmanjšanje kalkulativnega deleža za amortizacijo v cenah zdravstvenih storitev za 20 %,
- znižanje odhodkov za terciarno dejavnost za 5 %,
- nekateri drugi manjši ukrepi za obvladovanje odhodkov.

V letu 2010 so opisani ukrepi veljali v celotnem obdobju, dodatno so bili sprejeti še naslednji:

- zmanjšanje deleža vrednosti, ki ga pokriva ZZZS za nenujne reševalne prevoze in zobnoprostetične storitve, s 25 % na 10 %,
- zmanjšanje programa akutne bolnišnične obravnave in prenos v ambulantno specialistično dejavnost,
- zmanjšanje ležalne dobe v bolnišnicah za 10 %,
- nekateri drugi manjši ukrepi za obvladovanje odhodkov.

Tudi v letu 2011 so veljali v letu 2009 sprejeti ukrepi, dodatno so bili uvedeni še naslednji:

- znižanje deleža administrativno tehničnega kadra v kalkulativnih elementih cene zdravstvenih storitev,
- znižanje dodatka za pogoje dela v specialistični bolnišnični dejavnosti in za dejavnost nujne medicinske pomoči,
- plačilo dragih bolnišničnih zdravil kot ločeno zaračunljiv material,
- znižanje cene psihiatrije,
- sprememba kalkulacij za dialize,
- dodatno znižanje sredstev za terciar za 5 %.

V letu 2012 so se poleg predhodno uveljavljenih ukrepov izvedli še naslednji:

- dodatno znižanje cen zdravstvenih storitev za 3 %,
- ukrepi v okviru ZUJF (glej str. 28, poglavje 2.1.4.).

Ukrepi so zaustavili rast odhodkov za zdravstvene storitve, ki po letu 2010 tudi nominalno ne rastejo več. Odhodki za zdravstvene storitve so še v letu 2009, v primerjavi z letom 2008, realno porasli za 6,4 %, v letu 2010 pa padli realno za 2,4 %, v letu 2011 za nadaljnjih 2,6 % in letu 2012 za 2,8 % (tabela 23).

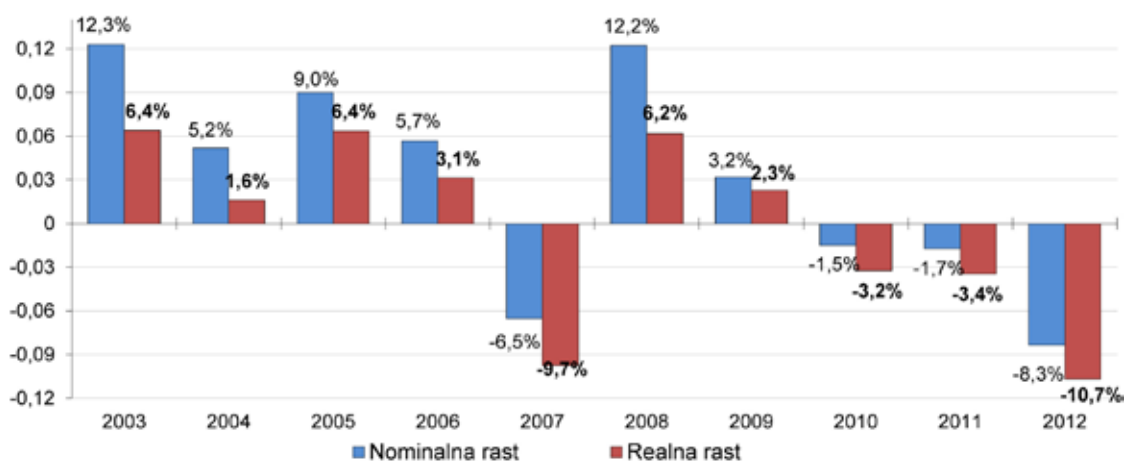
Tabela 23. Nominalna in realna rast odhodkov za zdravstvene storitve v obdobju od 2008 do 2012.

	2008	2009	2010	2011	2012
Nominalne stopnje rasti	116,3	107,4	99,4	99,2	96,4
Realne stopnje rasti	110,0	106,4	97,6	97,4	97,2

Med varčevalni ukrepi za zagotovitev finančne vzdržnosti so bili tudi ukrepi za **obvladovanje odhodkov za zdravila**. V letu 2009 so bili poleg varčevalnih ukrepov sprejete tudi nekatere strateške aktivnosti, ki jih je ZZZS že dlje časa uveljavljal na področju zdravil:

- zmanjšanje deleža vrednosti, ki ga pokriva ZZZS, za zdravila, predpisana na recept z vmesne liste, s 25 % na 10 %,
- revizija že razvrščenih zdravil na liste ter pogajanja z dobavitelji za znižanje cen zdravil,
- krepitev informiranja javnosti za pravilno rabo zdravil ter izobraževanja in obveščanja zdravnikov za racionalno predpisovanje zdravil,

Vsi ukrepi na področju zdravil sprejeti v letu 2009 so se izvajali tudi v letih 2010 in 2011. V letu 2012 se je poleg predhodno uveljavljenih izvedlo še dodatno znižanje cen zdravil in drugi ukrepi za obvladovanje izdatkov za zdravila v okviru ZUJF. Realne stopnje rasti odhodkov za zdravila



Slika 17. Nominalna in realna rast odhodkov ZZZS za zdravila v obdobju od 2001 do 2012.

so s 6,2 % v letu 2008 padle na 2,3 % v letu 2009, v letih 2011 in 2012 pa tako kot odhodki za zdravstvene storitve izkazovale negativne stopnje realne rasti (glej sliko 17).

V preteklem obdobju je ZZZS okreпил tudi aktivnosti za **obvladovanje odhodkov za medicinske pripomočke**. Pri tem so bili najpomembnejši naslednji ukrepi:

- sprejem Dogovora MP (okoli 4 milijone evrov v letu 2010),
- znižanje cenovnih standardov na podlagi ZUJF (okoli 8,35 milijona evrov v letu 2012),
- dograditev avtomatskih kontrol v sistemu on-line in širitev funkcionalnosti tega sistema tudi v primeru izposoje, popravil in vzdrževanja,
- sprotno mesečno spremljanje stroškov za posamezne skupine medicinskih pripomočkov po območnih enotah,
- krepitev nadzora pri izvajalcih zdravstvenih storitev glede predpisovanja medicinskih pripomočkov,
- izvajanje nadzora nad zakonitostjo delovanja posameznih dobaviteljev v sodelovanju s pristojnimi institucijami.

Odhodki ZZZS za medicinske pripomočke so v letu 2008 znašali 48,5 milijona evrov, v letu 2011 57,1 milijona evrov. V letu 2011 so bili odhodki za pripomočke za 9,36 % večji kot v letu 2010, v primerjavi z letom 2008 za 17,73 %. Odhodki za pripomočke so v letu 2012 znašali 55,5 milijona evrov in se predvsem zaradi učinkov ZUJF ter drugih ukrepov niso povečali v primerjavi z letom 2011.

Pred uveljavitvijo ZUJF v maju 2012 so bili cenovni standardi medicinskih pripomočkov enaki ali nižji kot leta 2005, kljub temu so odhodki v tem obdobju rasli, in sicer predvsem zaradi rasti števila oseb, ki so prejele medicinski pripomoček, in povečanja količin izdanih pripomočkov. Tako na rast odhodkov odločilno vpliva rast števila oseb, ki so prejele medicinski pripomoček iz 3 skupin, ki skupaj predstavljajo 63,34 % vseh stroškov za medicinske pripomočke: pri umetno izpeljanem črevesju (število je od 2.642 v letu 2008 naraslo na 3.114 v letu 2011, to je za 11,8 odstotnih točk), pri težavah z odvajanjem seča (število je od 67.373 v letu 2008 naraslo na 72.767 v letu 2011, to je za skoraj 11 odstotnih točk) in pri zdravljenju sladkorne bolezni (število je od 31.344 v letu 2008 naraslo na 35.525 v letu 2011, to je za 11,3 odstotnih točk). Pri zdravljenju te bolezni je očitna tudi rast količin izdanih diagnostičnih trakov za aparat za določanje glukoze v krvi zaradi bolj pogostih meritev (stroški za diagnostične trakove predstavljajo kar 70 % vseh stroškov v tej skupini). V tej skupini so se stroški od leta 2005 do 2011 povečali za 64 odstotnih točk (znašali so 18,12 milijona evrov), število diagnostičnih trakov za 68 odstotnih točk (izdanih je bilo 22.689.016 diagnostičnih trakov). Za boljše obvladovanje stroškov bodo potrebne ustrezne sistemske in organizacijske rešitve.

Pomembno znižanje cenovnih standardov za določene vrste medicinskih pripomočkov je uzakonil ZUJF, in sicer v naslednjih skupinah:

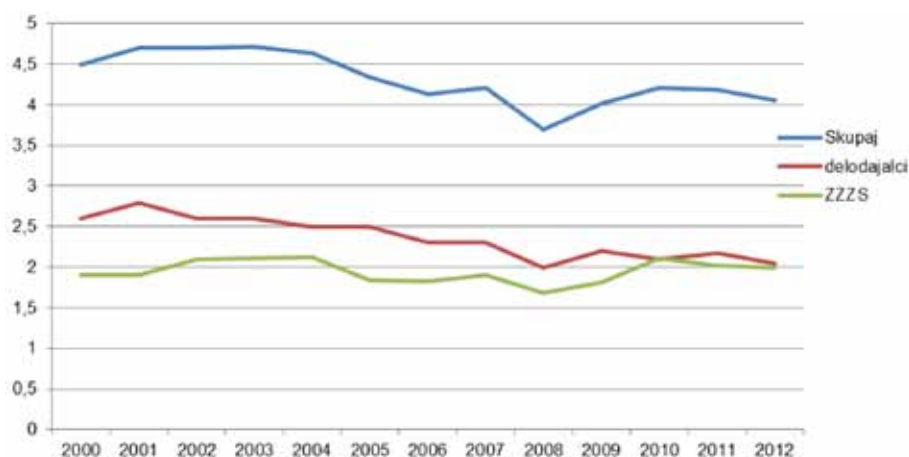
- v skupini pripomočkov pri umetno izpeljanem črevesju so se znižali za 7 %;
- v skupini pripomočkov pri težavah z odvajanjem seča so se znižali za 7 % (pri predlogah, plenica in posteljnih predlogah za nego na domu);
- v skupini pripomočkov pri zdravljenju sladkorne bolezni so se znižali za 15 %, razen za lističe, ki se je znižal za 20 %, in za aparat, za katerega se je cenovni standard znižal s 70,31 evra na 10,00 evrov;
- pri medicinskih pripomočkih, ki so predmet izposoje, so se dnevne izposojnine znižale za 30 %.

Učinki ZUJF in znižanja cenovnih standardov na podlagi Dogovora so imeli največji vpliv v skupini pripomočkov pri zdravljenju sladkorne bolezni. V tej skupini in pri pripomočku, ki v njej

predstavlja največji delež stroškov – diagnostični trakovi za aparat za določanje glukoze v krvi, so se cenovni standardi znižali za največ, in sicer za 22,95 %.

Ocenjujemo, da je GC 4/1 na področju zagotavljanja medicinskih pripomočkov glede na obstoječe možnosti vpliva sicer dosežen, še večji učinek pa bi bilo mogoče doseči ob zagotovitvi ustreznih zakonskih podlag, kot so nakazane v poglavju 2.3.1.

ZZZS že vrsto let izvaja številne aktivnosti in ukrepe za **obvladovanje odhodkov za denarna nadomestila**. V skladu s strateškimi usmeritvami je ZZZS v preteklem obdobju izvedel številne ukrepe za obvladovanje absentizma. Zaradi določenih negativnih trendov pri gibanju absentizma (glej sliko 18) je v letu 2011 pripravil celovito analizo. Pojav ponovne rasti zdravstvenega absentizma je po letu 2008 sovpadel z začetkom gospodarske krize, še posebej v delu, ki gre v breme OZZ. Podatki o razširjenosti absentizma po dejavnostih so nakazali na selitev te problematike iz industrijskih sektorjev v storitvene in iz gospodarskega v javni sektor. Največ odsotnosti zaposlenih je bilo zaradi bolezni (66,7 % vseh primerov). Vse večji izziv pa so tudi odsotnosti zaradi nege družinskih članov. Posebej pa je bila zaznana tudi rast nadomestil za brezposelne osebe. Ta pravica je bila z ZUJF ukinjena sredi leta 2012.



Slika 18. Gibanje stopnje absentizma (v breme delodajalcev in ZZZS) v Sloveniji v obdobju od 2008 do 2012.

Osnovni ukrepi ZZZS so bili zmanjševanje števila dolgotrajnih staležnikov, uveljavljanje dobrih praks delodajalcev pri skrbi za zdravo delovno okolje in zdravje delavcev, informiranje in izobraževanje osebnih, imenovanih in pooblaščenih zdravnikov in izvajanje laičnih nadzorov. Laični kontrolorji so letno opravljali okoli 2.000 nadzorov (odvisno od števila laičnih kontrolorjev), v letu 2011 največ, in sicer 2.166. Največji delež kršitev je bil ugotovljen v letu 2008 (10,6 %), v naslednjih letih pa se je gibal od 7,1 % (v letu 2010) do 8,3 % (v letu 2011 in 2012). Pri tem je Računsko sodišče RS pri izvedbi nadzora na področju denarnih nadomestil v letu 2012 ugotovilo, da obstoječa ureditev laične kontrole, ki omejuje možnosti kršitev na najmanjšo mogočo mero (odvzem nadomestila je mogoč le v primeru ugotovljenega izvajanja pridobitne dejavnosti), ni učinkovita. Podalo je priporočilo, da se področna zakonodaja dopolni s sankcijami za neprimerno ravnanje ter poveča ekipa laičnih nadzornikov. Ocenjujemo, da je cilj GC 4/1 na področju nadomestil in odločanja o drugih pravicah iz OZZ v okviru obstoječe pravne ureditve dosežen. Kot druge nadzorne aktivnosti pa je v prihodnje potrebno okrepiti tudi laični nadzor tako v smeri strožjih sankcij kot tudi v povečanju števila laičnih kontrolorjev.

Obvladovanje odhodkov za službo ZZZS

V letu 2008 je imel ZZZS za delovanje službe odhodke v višini 49,9 milijona evrov, kar je predstavljalo 2,3 % vseh odhodkov ZZZS v tem letu. V letu 2012 pa so tovrstni odhodki znašali komaj 45,1 milijona evrov, kar je predstavljalo 1,9 % vseh odhodkov. Znižanje odhodkov je posledica, da je bil del varčevalnih ukrepov za finančno vzdržno poslovanje, ki so bili sprejeti, usmerjen tudi v nižanje stroškov službe.

Na ZZZS je v zadnjem času prisoten stalen trend padanja administrativnih stroškov, zlasti če delež teh stroškov primerjamo z v SRP določeno ciljno vrednostjo odhodkov za službo (2,5 %). Nedoseganje ciljne vrednosti je v času gospodarske krize razumljivo, saj so se v vseh svežnjih ukrepov opredelili tudi predlogi za varčevanje pri stroških službe. Do katere meje pa je varčevanje pri administrativnih stroških sistema OZZ brez dolgoročnih posledic za učinkovito izvajanje sistema še možno, je težko oceniti. Vsekakor je pri tem pomemben primerjalni podatek, da se ZZZS čedalje težje primerja s sorodnimi izvajalci OZZ v državah EU, kjer tovrstni stroški dosegajo 3,5– 5 % vseh odhodkov zavarovanja.

Zmanjševanje stroškov službe ZZZS lahko predstavlja veliko tveganje predvsem za razvoj sistema. V prvi vrsti se to nanaša na načrtna vlaganja v nadaljnji razvoj informacijske infrastrukture, ki je zaradi specifik dejavnosti strateški temelj za večjo učinkovitost in kakovost sistema. Po drugi strani je za učinkovito in kakovostno delovanje sistema nujno ustrežnejše upravljanje s kadri, ki jih je za kompleksno področje tega javnega sistema težko usposobiti in izobraziti. Največja tveganja glede kadrov so povezana z zagotavljanjem in pridobivanjem vrhunsko usposobljenih medicinskih in zdravstveno ekonomskih kadrov, katerih pomanjkanje je že pereč problem ne le pri razvojnih aktivnostih, temveč tudi pri izvajanju zahtevnih nadzornih aktivnosti nad izvajanjem zdravstvenih programov.

2.3.3. Vidik notranjih procesov – prenova procesov in informatizacija

Za izboljšanje notranjih procesov so bili v SRP predvideni GC 8 (izboljšanje učinkovitosti in kakovosti delovanja službe ZZZS), GC 9 (širitev informacijskih in komunikacijskih tehnologij) in GC 10 (boljša izraba podatkov).

Ključne aktivnosti in ukrepi za doseg teh ciljev v obdobju 2008–2012 so bili:

- prenova procesov in reorganizacija,
- učinkovito obvladovanje notranjih tveganj,
- širitev uporabe informacijsko-komunikacijske tehnologije (v nadaljevanju IKT) za odpravo administrativnih ovir za stranke ZZZS,
- informatizacija in poenostavitev poslovnih procesov,
- krepitev informacijske infrastrukture in varnosti informacijskega sistema,
- aktivno sodelovanje v informacijskih projektih na nacionalni in internacionalni ravni,
- polnjenje podatkovnih skladišč za boljše poslovne informacije.

Prenova procesov in reorganizacija

Zaradi zahtevnih nalog, ki so bile predvidene v SRP, predvsem pa tudi zaradi zahtev po zmanjševanju števila zaposlenih v javni upravi in javnem sektorju, ob hkratnem povečevanju obsega dela, je ZZZS v SRP načrtoval spremembe v organizaciji službe. Cilj sprememb naj bi bila prilagoditev organizacije za uspešno doseg strateških ciljev. Spremembe naj bi zagotovile predvsem boljše povezovanje in sodelovanje nosilcev temeljnih znanj, kot so medicina, zdravstvena ekonomika,

pravo, informatika in druga, ter širitev sodelovanja in večje vključevanje čim širšega števila delavcev ZZZS v razvojne naloge. Dodaten razlog za potrebne spremembe v organizaciji so tudi spremembe procesov zaradi razvoja informacijske in komunikacijske tehnologije.

V ta namen je ZZZS pristopil k posebni razvojni nalogi, ki jo je na osnovi javnega naročila v letu 2009 zaupal Inštitutu za poslovno informatiko Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani. V letu 2010 so bili na podlagi ključnih ciljev prenove oblikovani predlogi prenove procesov na ZZZS. Za doseg optimizacije poslovanja naj bi ZZZS sedanjo matrično organizacijo spremenil v procesno, uvedel upravljanje procesov in izvedel centralizacijo tistih procesov, ki niso vezani na stranke. Ugotovljena je bila tudi potreba po krepitvi razvoja OZZ in v tem okviru tudi po vzpostavitvi interdisciplinarne ekipe za razvoj obračunskih modelov in spremljanje razvoja celotnega sistema zdravstvenega zavarovanja in poslovanja. Prav tako bi bila potrebna krepitev nadzora nad učinkovitostjo in kakovostjo zdravstvenih storitev in preprečevanje zlorab.

Upravni odbor ZZZS je v decembru 2010 na podlagi predstavljenih predlogov prenove procesov sprejel sklep, da se pripravijo izhodišča za reorganizacijo ZZZS in spremembo internih aktov ter spremembo Statuta. V ta namen je bila v letu 2011 oblikovana delovna skupina, ki je pripravila predlog izhodišč za reorganizacijo. Predlog je sledil usmeritvam iz razvojne naloge, dodatno pa tudi zahtevam vlade po zmanjševanju števila zaposlenih. Hkrati se je pričela tudi javna razprava v zvezi z izhodišči za reorganizacijo ZZZS, da bi bil oblikovan čim bolj kakovosten in celovit predlog nadaljnjega razvoja organizacije ZZZS, ki bo sledil naslednjim ciljem:

- okrepitev razvojno-analitičnega področja,
- prerazporejanja in prekvalifikacije, izenačevanje obremenjenosti zaposlenih,
- postopno zniževanje števila zaposlenih z naravnim odlivom in zmanjšanje števila organizacijskih enot.

Na teh podlagah je ZZZS pristopil k reorganizaciji, ki se je začela postopno izvajati v letu 2012. V letu 2012 sta bili izvedeni prvi dve fazi in sprejeti dve spremembi Pravilnika o notranji organizaciji. V prvi fazi se je izvedla reorganizacija direkcije, s katero se je okrepilo področje za analitiko in razvoj, s čimer so se vzpostavili pogoji za bolj sistematično delo na razvoju obračunskih modelov in uporabo vse bolj obsežnih in kakovostnih podatkov iz baz podatkov v ZZZS. V drugi fazi je bilo reorganizirano področje za OZZ, ki se je zaradi boljšega obvladovanja procesov razdelilo na področje za urejanje zavarovanj in mednarodno zdravstveno zavarovanje in na področje za odločanje o pravicah in za medicinske pripomočke.

Poleg navedenega je v preteklem obdobju stalno potekala prenova procesov oziroma reorganizacija v smislu prestrukturiranja delovnih mest, ki je prav tako sledila krepitvi prioritetnih področij in priporočilom Računskega sodišča:

- razvijati informacijski sistem v smeri avtomatiziranja kontrol,
- pripravljati ocene tveganj za posamezna področja
- na podlagi predhodnih analiz podatkov povečati nadzorne aktivnosti pri izvajalcih zdravstvenih storitev in dobaviteljih medicinskih pripomočkov,
- s pomočjo informacijske podpore odpravljati administrativne ovire in preprečevati goljufije.

Na podlagi navedenih usmeritev je ZZZS usmerjal svoje aktivnosti zlasti na področje zdravil in medicinskih pripomočkov, v nadzor nad izvajalci zdravstvenih storitev, v laični nadzor zavarovancev v času bolniškega staleža ter v optimizacijo nakupne funkcije in razvoj obračunskih modelov (spremljanje in prilagajanje izdelave novih kalkulacij cen za storitve).

Obvladovanje tveganj

Notranji nadzor predstavlja učinkovito sredstvo za obvladovanje številnih tveganj, ki izhajajo iz narave poslovanja ZZZS. Interno revizijo na ZZZS izvaja sektor za notranje revidiranje, ki je podrejen generalnemu direktorju in neodvisen od ostalih poslovnih področij. Naloga sektorja je sistematično proučevanje in ocenjevanje notranjih kontrol, postopkov upravljanja in postopkov obvladovanja tveganj (revizijsko ocenjevanje). Sektor izvaja revizijsko ocenjevanje v skladu s strokovnimi smernicami. V letu 2009 je bila izvedena zunanja ocenitev delovanja notranjega revidiranja s strani Ministrstva za finance – urada RS za nadzor proračuna. Mnenje revizorjev Urada RS za nadzor proračuna je, da sta organiziranost in poslovanje notranje revizijske službe ZZZS v vseh bistvenih pogledih skladna z Usmeritvami za državno notranje revidiranje.

Obvladovanje tveganj na ZZZS je v obdobju 2008–2012 potekalo na osnovi samoocenjevanja in izvajanje notranjega revidiranja. Izsledki samoocenjevanja so predstavljali podlago za podajanje posebne Izjave o oceni notranjega nadzora javnih financ, ki je bila vsako leto sestavni del Poslovnega poročila. Sektor izvaja tudi notranje revidiranje oziroma revizijsko ocenjevanje v skladu s strokovnimi smernicami. Na podlagi revizijskih ugotovitev, oblikuje priporočila, ter v nadaljevanju spremlja njihovo uresničevanje. Na podlagi samoocenjevanja in notranjega nadzora so po posameznih procesih nastali registri tveganj, katerih posodabljanje je usklajeno s postopki letnega načrtovanja.

Širitev uporabe IKT

Informacijski sistem ZZZS ima strateški pomen za urejene in pregledne poslovne procese ter upravljanje le teh. V skladu z usmeritvami so bile v letih 2008–2013 zasnovane in uresničene številne zahtevne razvojne naloge in projekti. ZZZS je nadaljeval z nadgrajevanjem informacijskega sistema za zagotavljanje enotnosti in učinkovitosti poslovanja, prilagoditev poslovanja zahtevam zakonodaje, krepitev internih kontrol ter za povečevanje dostopnosti storitev za zavarovane osebe, zavezanke in izvajalce zdravstvenih storitev.

Za poslovanje z izvajalci zdravstvenih storitev sta bila v preteklem obdobju najpomembnejša projekta ON-LINE in NOVA KZZ. V okviru projektov so bile leta 2008 vzpostavljene rešitve za izdajanje novih kartic zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju KZZ), ki so poleg listine za uveljavljanje pravic iz OZZ postale elektronski ključ zavarovane osebe za varen dostop do osebnih podatkov. Istočasno so bile posodobljene tudi profesionalne kartice za zdravstvene delavce.

Od leta 2008 do leta 2010 je bil postopoma vzpostavljen sistem za takojšnjo izmenjavo podatkov med izvajalci zdravstvenih storitev, ZZZS in zavarovalnicami za prostovoljno zdravstveno zavarovanje (v nadaljevanju zavarovalnice). Sistem je prinesel veliko prednosti, saj je bilo odpravljeno tveganje za nepravilno izkoriščanje zdravstvenih storitev v času, ko je zdravstveno zavarovanje osebe že poteklo, zaradi več mesecev starih zapisov na kartici. Poenostavili so se postopki za zavarovane osebe, saj jim ni več potrebno potrjevati kartic na samopostrežnih terminalih. S sistemom takojšnje izmenjave podatkov izvajalci neposredno pridobijo širši nabor podatkov o OZZ in DPZZ, o izdanih medicinskih pripomočkih in izdanih zdravilih ter nekatere druge sklope podatkov, ki jih na KZZ ni bilo. Rešitev omogoča tudi neposreden zapis podatkov v centralno podatkovno zbirko o novi izbiri osebnega zdravnika, o izdanem zdravilu, predpisanem, izdanem ali izposojenem medicinskem pripomočku. V sistemu za takojšnjo izmenjavo podatkov si ob delovnih dneh izvajalci, ZZZS in zavarovalnice dnevno izmenjajo več kot 1,2 milijona sporočil.

V letih po uvedbi je bil sistem nadgrajen z dodatnimi funkcijami, ki jih izvajalci uporabljajo za evidentiranje popravil ali vzdrževanja medicinskih pripomočkov, za obračun izposojnine

medicinskih pripomočkov, za sproten zapis podatkov o tuji zavarovani osebi, za izmenjevanje podatkov o cenikih in podatkov obračuna zdravstvenih storitev. Med večjimi dograditvami je bila v letu 2010 izvedena vključitev podatkov o statusu socialno ogrožene osebe, za katere izvajalci doplačila do polne vrednosti storitev zaračunajo ZZZS. Vzpostavljene so bile rešitve za elektronsko pripravo podatkov za refundacijo stroškov doplačil iz proračuna RS in za izmenjevanje podatkov med zavarovalnicami in ZZZS za refundacijo doplačil za osebe, za katere je bil status socialno ogrožene ugotovljen naknadno.

Leta 2011 je ZZZS pričel s projektom Dostop zavarovanih oseb do podatkov zdravstvenega zavarovanja (projekt DOSTOP ZO), ki zavarovanim osebam omogočajo dostop do podatkov zdravstvenega zavarovanja na spletu. V sklopu projekta je bila leta 2011 je bila uvedena rešitev, s katero zavarovana oseba lahko s pomočjo mobilnega telefona preveri urejenost svojega zavarovanja. V letu 2012 je bila rešitev nadgrajena v obliki enostavnega spletnega dostopa do teh podatkov ter širšega varnega dostopa do podrobnih podatkov, ki jih ZZZS hrani v centralnih podatkovnih zbirkah.

S pomočjo digitalnega potrdila na KZZ ali drugega kvalificiranega potrdila največjih slovenskih izdajateljev kvalificiranih digitalnih potrdil lahko zavarovana oseba varno dostopa do podatkov o urejenosti svojega OZZ in DPZZ, podatkov o izbranih osebnih zdravnikih, izdanih medicinskih pripomočkih, izdanih zdravilih in do podatkov o izdanih listinah za uresničevanje pravic do zdravstvenih storitev v tujini. Hkrati so bile pripravljene prenovljene spletne strani za zavarovane osebe z urejenim prikazom informacij in različnimi elektronskimi storitvami.

Vzpostavljena informacijska infrastruktura in pridobljeno znanje omogočajo razvoj sodobnih in varovanih spletnih aplikacij za zavarovance, izvajalce, zavezance in druge partnerje.

V letih od 2006 do 2013 je potekal projekt Izdatki zdravstvenih storitev (projekt IZDATKI). Osnovni namen projekta je bila posodobitev obračuna zdravstvenih storitev in izdanih materialov v skladu s predpisi. ZZZS je opredelil nabor podatkov, pravila za navajanje podatkov ter za strukturiranje podatkov v dokumente in pošiljke. ZZZS je na tej podlagi opredelil številne kontrole, s čimer je onemogočeno posredovanje napačnih podatkov.

Vzporedno s prenovo izmenjave podatkov je bil na nacionalni ravni uveden tudi novi šifrant vrst zdravstvene dejavnosti.

Med najpomembnejšimi tehnološkimi cilji projekta je bila vzpostavitev izključno elektronske izmenjave obračunskih dokumentov. Za potrebe izmenjave podatkov je bil vzpostavljen tudi spletni portal za izvajalce zdravstvenih storitev, ki pomeni nov komunikacijski kanal med izvajalci in ZZZS in ga bo v prihodnje mogoče uporabljati tudi za druge namene, npr. za obveščanje o spremembah beleženja in obračunavanja (okrožnice), šifrantov in drugih podatkov. Podatki se izmenjujejo na dva sodobna načina, ki ga lahko izbere vsak izvajalec sam:

- izmenjava s pomočjo infrastrukture sistema on-line na podlagi novih funkcij,
- izmenjava na spletnem portalu na podlagi prijave z digitalnim potrdilom.

V sklopu projekta je ZZZS tehnološko posodobil izmenjavo podatkov o tujih zavarovanih osebah, tako da jih je pri izvajalcih mogoče obravnavati na enak način kot slovenske zavarovane osebe. Ključne pridobitve projekta so predvsem celoviti podatki o opravljenih storitvah za vsako zavarovano osebo, poenostavitev komunikacije z izvajalci, brezpapirno poslovanje, zmanjšanje števila dokumentov in avtomatizirane kontrole podatkov.

Pomemben je tudi nacionalni pomen uvedene novosti – centralno zbrani podatki bodo omogočali analitično obdelavo, ki je nujna za odločanje in strateško načrtovanje tako na nacionalni ravni kot na ravni vsakega izvajalca.

Informatizacija poslovnih procesov in polnjenje podatkovnih skladišč za boljše poslovne informacije

ZZZS je v obdobju 2008–2013 razvil in uvedel nekaj novih aplikacij ter skrbel za posodabljanje in vzdrževanje tistih, ki so bile uvedene pred tem.

ZZZS je z vzpostavitvijo dnevni prenosi podatkov iz zbirk podatkov drugih institucij in neposrednih elektronskih dostopov do tovrstnih zbirk **poenostavil številne postopke za zavezance in zavarovane osebe**. Zavarovanim osebam ni več potrebno dostavljati različnih obrazcev in potrdil. Vzpostavljeni so bili naslednji vpogledi in prenosi podatkov:

- vpogled v evidenco delovnih dovoljenj in evidenco brezposelnih oseb pri Zavodu RS za zaposlovanje,
- vpogled v podatke Centralnega registra prebivalstva,
- dnevni prenos podatkov o šolajočih osebah iz Ministrstva za izobraževanje, znanost in šport.

Vzpostavljeno je bilo **dnevno pridobivanje podatkov o fizičnih in pravnih osebah** iz Centralnega registra prebivalstva in Poslovnega registra RS, s čimer so se poenostavili postopki prijav v zavarovanje in uresničevanje pravic. Pomembna pridobitev za zavezance je v letu 2008 vzpostavljena **rešitev za elektronsko prijavljanje v OZZ**, ki ga je ZZZS vzpostavil v sodelovanju z Ministrstvom za javno upravo v okviru državnega **portala eVem** za gospodarske subjekte. V naslednjih letih se je rešitev nadgrajevala tako, da je omogočala prijave za dodatne podlage zavarovanja. Zavezanci, zlasti gospodarske družbe in samostojni podjetniki, rešitev uporabljajo v vse večjem obsegu. V letu 2012 je bilo tako na ta elektronski način s pomočjo sistema e-Vem vloženi 60.010 prijav, 53.381 odjav in 15.926 sprememb zavarovanja za nosilce zavarovanj ter 46.940 dogodkov za družinske člane. Delež elektronskih prijav kljub vsemu še ni optimalen, zato je cilj ZZZS v prihodnje v sistem e-Vem vključiti tudi vse pravne osebe iz javnega sektorja.

Zavarovanim osebam, ki uveljavljajo pravice do medicinskih pripomočkov, je v pomoč **nova spletna aplikacija**, v kateri lahko pridobijo informacije o **dobaviteljnih medicinskih pripomočkov**.

Za spremljanje prihodkov je bila pomembna nova **aplikacija Prilivi**, ki omogoča urejeno razporejanje in uporabo podatkov o prilivih, ki jih ZZZS prejme po različnih podlagah (plačila prispevkov individualnih zavezancev, položnic in računov za različne storitve). S tem so bili zagotovljeni enotnejši in učinkovitejši postopki pri razporejanju in knjiženju plačil. Prav tako je pomembna kompleksna informacijska **rešitev za obračun prispevkov samoplačnikov**, ki na podlagi podatkov iz evidence OZZ zagotavlja mesečno fakturiranje prispevkov tej skupini zavarovanih oseb, opominjanje zamudnikov, vodenje saldakontske evidence in prenos podatkov v glavno knjigo.

Na področju denarnih dajatev je pomembna novost **aplikacija Povračila**, ki zagotavlja enotno obravnavo zahtevkov za povračila stroškov zdravljenja in s tem povezanih potnih stroškov, pogrebnin in posmrtnin. Vzpostavljena je bila centralna evidenca obračunov, enotne kontrole, informacijsko podprt proces večstopenjske obravnave in avtomatiziran prenos podatkov v računovodsko evidenco. Nadgrajene so bile tudi informacijske **rešitve za podporo postopkom pri mednarodnem zavarovanju**, za učinkovitejšo pripravo podatkov za poravnave stroškov pri tujih nosilcih zdravstvenega zavarovanja in za učinkovito izdajo različnih obrazcev zavarovanim osebam.

Številne manjše nove aplikacije zagotavljajo podporo različnim postopkom, kot so obravnava vlog za razvrščanje zdravil na liste, celovita registracija delovnega časa in elektronski prenos podatkov v kadrovske evidenco in obračun plač, obravnava pohval in pritožb na delo služb ZZZS, urejeno vodenje gradiv za seje organov upravljanja, evidentiranje in spremljanje obvladovanja tveganj,

podpora postopkom nacionalnih razpisov za dobavitelje medicinskih pripomočkov in nacionalnih razpisov za zdravstvene programe.

V letu 2009 je bilo razširjeno **izmenjevanje podatkov o storitvah v specialistični bolnišnični dejavnosti**, v začetku leta 2011 posodobljeno **izmenjevanje podatkov o izdanih zdravilih v lekarnah** in leta 2011 uvedeno izmenjevanje podrobnih podatkov **o radioloških preiskavah in apliciranih dragih bolnišničnih zdravilih**.

Za uresničevanje usmeritev iz SRP po okrepljeni vlogi ZZZS kot aktivnega kupca programov storitev je bilo potrebno izboljšati analitične zmogljivosti ZZZS. Zaradi velike količine podatkov in vse zahtevnejših načinov ter postopkov obdelave podatkov je bilo to mogoče le z ustvarjanjem in polnjenjem tako imenovanih podatkovnih skladišč, ki strokovnjakom omogočajo izbor in uporabo podatkov po lastni iniciativi. Na podlagi teh usmeritev je **ZZZS pričel s polnjenjem podatkovnih skladišč**, in sicer so bili v zdravstveni analitski sistem v letih 2009–2012 vneseni analitični podatki za celovito spremljanje predpisovanja zdravil na recept in akutnih bolnišničnih obravnav po sistemu SPP. V letu 2012 se je podatkovno skladišče dopolnilo še s podatki o zdravstvenem absentizmu in podatki o neakutnih bolnišničnih obravnavah. Aplikacije za analiziranje podatkov omogočajo spremljanje izdatkov na posameznih področjih, usmerjanje nadzornih aktivnosti, načrtovanje dodatnih operativnih kontrol in nadaljnje razvojne korake za še boljše obvladovanje izdatkov.

Velik pomen za polnjenje skladišč bosta v prihodnje imela projekt IZDATKI, ki je bil uveden 1.1. 2013 in uvedba enotnega šifranta vrst zdravstvenih dejavnosti, ki omogočata enoten elektronski zajem in obdelavo raznorodnih podatkov za različne poslovne namene. Šele s tem se izpolnjujejo pogoji za postopno oblikovanje strategije prenove sistema poročil za strateško načrtovanje in odločanje (managerski informacijski sistem), oblikovanje dinamičnih podatkov za vodstvo, vodje in druge uporabnike, zlasti za širjenje analiz izbranih poslovnih področij.

Bistveno se je povečal obseg uporabe aplikacije ePoizvedbe, ki institucijam z zakonsko podlago omogoča varen elektronski dostop do podatkov iz evidenc OZZ. S tem se je zmanjšala obremenitev služb ZZZS in poenostavilo postopke pridobivanja podatkov za te institucije. **Število elektronskih poizvedb** se je z 226.251 v letu 2008 **drastično povečalo** na 7.374.790 v letu 2012 (glej tabelo 24). Porast števila poizvedb v letu 2012 je nastal predvsem zaradi dostopov centrov za socialno delo v postopkih odločanja po novem Zakonu o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev.

Tabela 24. Število elektronskih poizvedb strank – upravičencev do podatkov na ZZZS od 2008 do 2012.

	2008	2009	2010	2011	2012
Število poizvedb	226.251	621.583	1.924.641	2.461.825	7.374.790

Vir: podatki ZZZS

V sodelovanju z MZ, IVZ in Javno agencijo RS za zdravila in medicinske pripomočke je bila maja 2012 vzpostavljena **enotna nacionalna zbirka podatkov o zdravilih** (Centralna baza zdravil), ki se uporablja v postopkih določanja cenovnih standardov za zdravila, pri evidentiranju izdaj in obračunu zdravil, izdanih v lekarnah in pri dragih bolnišničnih zdravilih. Za splošno in strokovno javnost so podatki Centralne baze zdravil na voljo v novi spletni aplikaciji.

Leta 2011 se je zaključil **mednarodni projekt Netc@rds**, ki je v praksi preizkusil različne načine elektronskega pridobivanja podatkov, ki so potrebni za obravnavo bolnikov med začasnim bivanjem v tujini. Po zaključku projekta se je za nadaljnjo uporabo v projektu pripravljenih rešitev odločila le ožja skupina partnerskih držav (Nizozemska, Nemčija in Poljska). ZZZS se je odločil, da zaradi relativno majhnega števila obravnavanih tujih zavarovanih oseb v Sloveniji in stroškovno zahtevnih nadgradenj pri projektu ne bo več sodeloval. Predstavniki ZZZS so na mednarodni

ravni aktivno sodelovali tudi pri delu delovnih skupin v okviru tehnične komisije na ravni EU za uvedbo elektronske evropske KZZ. Zlasti intenzivno je bilo delo v letu 2008 in 2009.

Krepitev informacijske infrastrukture in varnosti informacijskega sistema

S širitvijo uporabe IKT se je spremenil način poslovanja v okolju izvajalcev zdravstvenih storitev, kot tudi v okolju ZZZS in zavarovalnic, ki temelji na neposredni takojšnji izmenjavi podatkov. Tak način poslovanja terja nemoteno in najvišjo možno raven delovanja informacijskega sistema, kar še posebej velja za osrednje komponente: vstopno točko, omrežje in zaledne sisteme. Funkcije sistema on-line se namreč uporabljajo na vsakem delovišču, kjer zavarovana oseba vstopa v zdravstveno obravnavo in vsaka upočasnitev ali prekinitev delovanja sistema vpliva na postopek zdravstvene obravnave.

ZZZS in zavarovalnice so za zagotovitev visoke razpoložljivosti sistema v centralnih komponentah zagotovile ustrezno podvojeno arhitekturo in tehnične rešitve, ki omogočajo odpornost storitve pred okvarami posameznih sklopov strojne in sistemske programske opreme. V ta namen so bile zagotovljene dodatne tehnološke in organizacijske rešitve, med katerimi so bile najpomembnejše:

- izgradnja novih komponent in nadgradnja informacijsko komunikacijske arhitekture informacijskega sistema za vzpostavitev poslovanja z vsemi partnerji v zdravstvu in večjo razpoložljivost,
- standardizacija in uvajanje priporočil dobre prakse na področju razvoja in spremljanja delovanja informacijskih sistemov zaradi potreb po nemotenem poslovanju;

Poleg teh rešitev je bilo treba poskrbeti tudi za ustrezno spremljanje delovanja sistema in organizacijo dela. ZZZS je vzpostavil **neprekinjen nadzor delovanja sistema**, neprekinjeno pripravljenost tehničnih ekip in sistematično upravljanje s tako imenovanimi incidenti. **Razpoložljivost centralnega informacijskega sistema** na teh osnovah znaša v obdobju 2008–2012 več kakor 99 % celotnega časa.

V 2012 je bila zaključena ureditev osrednjega podatkovnega centra. Podatkovni center sestavljajo visoko varen sistemski prostor in prostori namenjeni zagotavljanju hlajenja, fizičnega in požarnega varovanja, kontrole dostopa in robotske tračne enote za varnostno kopiranje podatkov. Z ureditvijo podatkovnega centra je bila izboljšana razpoložljivost informacijskega sistema. Mrežna, strežniška in podatkovna skladišča, ki sestavljajo opremo podatkovnega centra, so bila nameščena v več korakih brez izpada delovanja sistema.

Zaradi zahtev vlade po zmanjšanju finančnih sredstev je moral ZZZS v preteklem obdobju večkrat poseči tudi na področje informatike. V letu 2012 se je tako moral odpovedati rezervni lokaciji, ki bi v primeru odpovedi centralne lokacije zagotovila ustrezno poslovanje ZZZS.

Z uvedbo vse večjega števila informacijskih storitev za zavarovance, izvajalce in druge organizacije so se **povečala tudi tveganja in grožnje nepooblaščenih dostopov** do informacijskega sistema. V skladu s spremembami tehnologije in okolja je ZZZS izvajal redne posodobitve organizacijskih in tehničnih postopkov ter **ukrepe, s katerimi varuje podatke in opremo** pred različnimi oblikami groženj, preprečuje njihovo slučajno ali namerno nepooblaščen uničevanje ter njihovo spreminjanje ali izgubo.

V informacijsko podprtih zbirkah podatkov, s katerimi upravlja ZZZS, se nahajajo osebni in medicinski podatki. ZZZS je zato v skladu z zakonskimi zahtevami in priporočili dobre prakse v okviru vseh projektov in informacijskih nalog posebno pozornost posvetil varnosti. Vzpostavljeni so bili **optimalni varnostni mehanizmi za zaščito podatkov in informacijskega sistema**, ki temeljijo na normativnem okviru, oziroma varnostni politiki. Izvedenih je bilo **več varnostnih preizkusov**

ranljivosti informacijskega sistema, ki so pokazali, da so varnostne kontrole na visoki ravni, tudi v primerjavi z drugimi slovenskimi institucijami vključno z bančnim sektorjem in zadovoljivo preprečujejo morebitne vdore. Neprekinjeno poteka tudi nadgradnja fizičnih in logičnih varnostnih mehanizmov, s katerimi se zagotavlja varovanje podatkov in opreme pred različnimi oblikami groženj.

Modernizacija IKT infrastrukture

Na centralnem sistemu so bile izvedene potrebne **posodobitve in nadgradnje systemske strojne in programske opreme** ter vzpostavljena arhitektura visoke razpoložljivosti za ključne nove aplikacije informacijskega sistema ZZZS. Zaradi povečanja obremenitev in povečanja števila uporabnikov informacijskega sistema ZZZS, je bil zaradi zmanjšanja stroškov uveden nov sistem spremljanja in obračunavanja za systemsko programsko opremo – zaračunavanje po dejanski porabi.

Na področju systemske strojne opreme so bile izvedene **posodobitve centralnega procesorskega kompleksa** z nadgradnjo na novejši model IBM z196-703, posodobitev centralnega diskovnega podsistema, prilagoditve konfiguracije za nove aplikacije in vključitev nove zanesljive in varne centralne komunikacijske infrastrukture za povezavo centralnega računalnika s svetovnim spletom.

Na področju systemske programske opreme je bilo izvedenih več posodobitev operacijskega sistema, posodobitev baznih podsistemov, vzpostavitev systemskega okolja za nove storitve ter vzpostavitev nadzornega sistema Tivoli za spremljanje centralnih komponent in alarmiranje v centralni nadzorni sistem v primeru nedelovanja. Posodobljeno je bilo tudi systemsko okolje za ostale aplikacije. Vzpostavljeno je bilo cenejše systemsko okolje zLinux, v katerega je bil prestavljen SAP.

Na oddaljenih lokacijah (razen centralne lokacije) je bila v obdobju 2009–2012 postopno zamenjana zastarela omrežna infrastruktura. Na področju strežniške in PC infrastrukture je bil posodobljen operacijski sistem na računalnikih in strežnikih. Strežniška infrastruktura je v podatkovnem centru večinoma virtualizirana, kar bistveno zmanjša celotne stroške opreme (prostor, energija, hlajenje, vzdrževalni stroški).

2.3.4. Vidik učenja in rasti

Za ta vidik poslovanja je ZZZS v SRP opredelil GC 11 »Zagotoviti pogoje za uspešno poslovanje in razvoj ZZZS z ustrezno informiranim, izobraženim, usposobljenim in motiviranim kadrom«

Za uresničevanje tega cilja so bili v obdobju 2008–2012 ključni naslednji ukrepi:

- komuniciranje in informiranje zaposlenih,
- upravljanje s kadri,
- upravljanje z znanjem.

Komuniciranje in informiranje zaposlenih

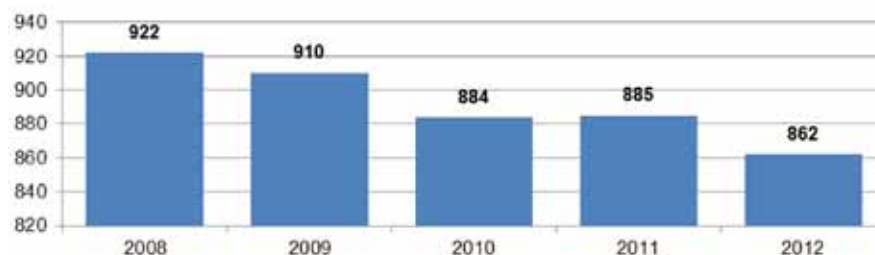
Temelj učinkovitega komuniciranja in informiranja zaposlenih na ZZZS je pripravljenost vodstva in vodij, da s sistemom sestankov in zapisnikov zagotovijo učinkovit prenos informacij, ki so pomembne za uresničevanje poslovnih ciljev ZZZS. Komuniciranje z zaposlenimi je bila ena izmed prednostnih tem internih izobraževanj v celotnem razvojnem obdobju. V ta namen so bila izvedena ciljna izobraževanja za vodstvene in vodilne kadre.

Učinkovitemu obveščanju zaposlenih in izmenjavi poslovnih informacij so bile namenjene tudi številne posodobitve programskih rešitev za tako imenovano Lotus-Notes platformo (LN baza), ki

se na ZZZS uporablja tudi za komuniciranje in informiranje zaposlenih na ZZZS. Še posebej so bile pomembne širitve pooblastil za spremljanje sklepov organov upravljanja, zapisnikov sestankov iz vseh ravni vodenja ZZZS, objavljanje strokovnih poročil, analiz in drugih strokovnih gradiv v LN bazi, idr.

Upravljanje s kadri

Zaradi omejevanja zaposlovanja v javnem sektorju (letno znižanje števila zaposlenih za 1 %) je ZZZS v celotnem opazovanem obdobju izvajal restriktivno politiko zaposlovanja (slika 19). Število zaposlenih na dan 31.12.2012 je bilo 862, kar je za 60 zaposlenih manj kot konec leta 2008 (922).



Slika 19. Gibanje števila zaposlenih v letih od 2008 do 2012.

Za doseg želenih sprememb in premikov iz SRP je ZZZS načrtoval možnost oblikovanja lastne kadrovske politike oziroma možnost aktivne politike zaposlovanja. Vendar spremenjene okoliščine (kriza in varčevalni ukrepi v celotnem javnem sektorju) aktivnega kadrovanja s trga dela praktično ne omogoča, temveč je možna predvsem pasivna politika, ki je zaradi restrikcij usmerjena v interno razporejanje in prestrukturiranje. Iz poročila je razvidno, da se kadrovska podhranjenost kaže na nekaterih najbolj vitalnih področjih poslovanja ZZZS in njegovega razvoja, kjer stopnjevalno raste obseg dela (tudi zaradi posledic krize) in tudi zahtevnost (zaradi sistemskih ukrepov v okolju): urejanje zavarovanj, odločanje o pravicah, zdravstvena analitika in razvoj, informatika ter nekatera druga področja.

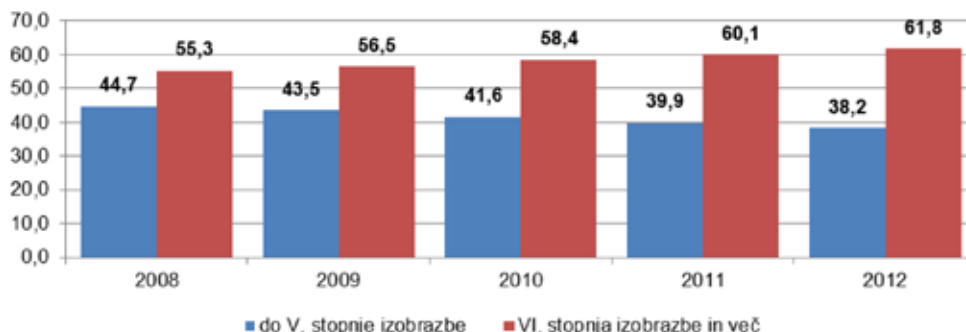
V obdobju 2008–2012 je bilo edino področje, kjer bi ZZZS lahko, zaradi dalj časa trajajoče nezasedenosti delovnih mest, vodil aktivno kadrovsko politiko, zaposlovanje zdravnikov. Vendar ZZZS pri tem ni bil uspešen, predvsem zaradi obstoječih razmer na trgu dela, kjer so zdravniki v ambulantah neprimerljivo bolje nagrajeni, kot zdravniki zaposleni na ZZZS. Zaradi neurejenega statusa nadzornih zdravnikov in zdravnikov izvedencev (zadnje spremembe plačnega sistema zdravnikov so zdravnike ZZZS izvzele) je zdravnike izredno težko pridobiti za opravljanje tako zahtevnega dela.

Zaradi opisanih težav pri kadrovanju je ZZZS v obdobju izvajanja SRP vse težje reševal določene razvojne premike, še zlasti k povečanju lastnih razvojno-analitičnih zmogljivosti. ZZZS je v skladu s to usmeritvijo načrtoval predvsem krepitev razvojnih timov ZZZS za večjo racionalizacijo zdravstvene oskrbe, kjer bi bila okrepljena zlasti vloga medicinske stroke, in sicer na naslednjih strateških področjih izvajanja OZZ:

- podrobnejše opredeljevanje pravic (standardov in postopkov) in širjenje pravic oziroma sodelovanje pri ocenjevanju novih tehnologij zdravljenja, novih zdravil in medicinskih pripomočkov;
- oblikovanje obračunskih sistemov za zdravstvene storitve, spremljanje in ocenjevanje učinkovitosti in kakovosti opravljenih programov zdravstvenih storitev;
- širitev finančno-medicinskega nadzora nad izvajalci zdravstvenih storitev.

Upravljanje z znanjem

ZZZS je v preteklem obdobju uspel obdržati pozitivni trend povečevanja skupnega deleža zaposlenih z višjimi stopnjami izobrazbe, in sicer se je delež takih v letu 2012, v primerjavi z letom 2008 povečal za 6,5 odstotne točke (na 61,8 %) (slika 20).



Slika 20. Gibanje deleža zaposlenih z višjimi stopnjam izobrazbe v letih od 2008 do 2012.

Delež delavcev z neustrezno stopnjo izobrazbe glede na zahtevano stopnjo izobrazbe se je v tem obdobju zmanjšal za 2,4 odstotne točke v primerjavi z letom 2008. Posledice negotovih okoliščin pa so se začele izkazovati na drugih področjih izobraževanja. V povprečju so se delavci ZZZS v letu 2008 izobraževali 4,88 dneva na zaposlenega, v letu 2012 pa 1,79 dneva. Izobraževanje se je zaradi varčevalnih ukrepov v letu 2012 zmanjšalo za več kot za polovico.

Posledice restrikcij na področju politike zaposlovanja in izobraževanja so bile pomembne tudi za dinamiko (hitrost) uresničevanja tistih ciljev iz SRP, za doseg katerih so bili načrtovani zahtevnejši premiki glede pridobivanja novih znanj oziroma tehnologije. To se odraža predvsem na uvajanju novih pristopov na širšem področju razvojne (zdravstvene) analitike, kjer so poleg zahtevnih interdisciplinarnih znanj zdravstvene ekonomike, poznavanja metod za ocenjevanje novih tehnologij zdravljenja, novih zdravil in medicinskih pripomočkov pomembna tudi specifična nova informacijska znanja za oblikovanje in uporabo strateških sistemov, ki omogočajo bolj učinkovite analitične podatke za načrtovanje in odločanje.

Globalni cilj 11 »Zagotoviti pogoje za uspešno poslovanje in razvoj ZZZS z ustrezno informiranim, izobraženim, usposobljenim in motiviranim kadrom« je bil dosežen. Ob nadaljnjem zmanjševanju števila zaposlenih obstaja tveganje, da bodo daljši odzivni časi (podaljševanje časa za urejanje zavarovanj in reševanje drugih vlog, kjer se odloča o uveljavljanju pravic zavarovanih oseb), da se bodo prenehale izvajati posamezne dejavnosti ZZZS (krčenje poslovne mreže oziroma zapiranje izpostav ZZZS in s tem poslabšanje kakovosti storitev javnega sektorja), da bo manj nadzornih aktivnosti pri izvajalcih zdravstvenih storitev in dobaviteljih medicinskih pripomočkov, manj odpravljanja administrativnih ovir in preprečevanja goljufij s pomočjo informacijske podpore (kljub temu, da Računsko sodišče zahteva povečanje navedenih aktivnosti).

3. Razvojne potrebe in razvojne možnosti v obdobju 2014–2019

Na razvojne potrebe in možnosti na področju zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja bodo v obdobju 2014–2019 v Sloveniji še naprej močno vplivali staranje prebivalstva, posledične spremembe zdravstvenega stanja, tehnološki razvoj, rastoča pričakovanja prebivalstva in drugi dejavniki, ki bodo povečevali povpraševanje po zdravstvenih storitvah in vršili stalen pritisk na rast izdatkov v sistemu. Istočasno se bo Slovenija, kakor tudi ostale države EU, morala še nekaj let soočiti s šibko gospodarsko aktivnostjo, visoko brezposelnostjo in poslabšanimi javnofinančnimi razmerami, ki bodo narekovale ustrezne aktivnosti in ukrepe za konsolidacijo javnih financ. Obvladovanje posledic krize se bo verjetno na področju financiranja zdravstvenega varstva odražalo v celotnem razvojnem obdobju 2014–2019.

Globalni razvojni trendi in opisane ekonomske okoliščine predstavljajo velik izziv za zagotavljanje dolgoročne vzdržnosti javnih sredstev (sredstev OZZ) za zdravstvo. Javni izdatki za zdravstveno varstvo v deležu BDP so bili večji del preteklega obdobja v Sloveniji primerljivi s povprečjem držav EU. Zaradi ostrih varčevalnih ukrepov so po letu 2011 zaradi dosledne vladne politike omejevanja javnih financ in zmanjševanja javnega dolga v Sloveniji upadli občutno močnejše kot v povprečju ostalih držav EU. Za naslednje razvojno obdobje se tako izpostavlja vprašanje, ali je stroga politika uravnoveženega financiranja zdravstvenega varstva brez zadolževanja, vzdržna tudi dolgoročno.

Glede vzdržnosti javnega sistema OZZ je potrebno razlikovati med finančno vzdržnostjo (računovodsko pokrivanje izdatkov z razpoložljivimi finančnimi viri v danem obdobju) in ekonomsko vzdržnostjo (doseganje ciljev oziroma optimizacija vsebinskih rezultatov za dane vloške). Razumljivo je, da finančna vzdržnost dolgoročno ne prinaša nujno tudi ekonomske vzdržnosti. Javna sredstva za zdravstvo v tem smislu ni mogoče razumeti le kot porabo, temveč predvsem kot produktivno naložbo, saj ima boljše zdravje prebivalstva neposredni ali posredni učinek na ekonomsko rast in napredek (zaradi aktivnosti na delovnem trgu, večje produktivnosti idr.). Boljše zdravje aktivnega prebivalstva pa je oziroma bo imperativ še zlasti v prihodnosti: v hitro starajočih se družbah, ob podaljševanju delovne dobe zaposlenih in vse večji udeležbi starejših v aktivnem prebivalstvu, ko bo potrebno zagotoviti kar najboljše pogoje za ohranjanje in povrnitev zdravja visoko v starost. Načela ekonomske vzdržnosti zato terjajo preusmeritev pozornosti od »tehničnih« vprašanj uravnoveženih javnofinančnih rezultatov k vsebinskim vprašanjem: kakšni so rezultati zdravstvenega sistema za vložena sredstva, ali so vložena sredstva dovolj učinkovito uporabljena, ali je zdravstvena oskrba ustrezno dostopna in ali je dovolj kakovostna, idr.

Razreševanje teh temeljnih vsebinskih vprašanj in dilem presega pristojnosti ZZZS pri opredeljevanju razvojnega programa, vendar se jim v teh prelomnih časih ni mogoče izogniti. Rastoči razkorak med razpoložljivimi finančnimi viri in razvojnimi potrebami, ki jih že več desetletij »najavljajo« staranje prebivalstva in druga globalna razvojna gibanja, aktualna kriza izpostavlja do te mere, da jih bo morala z ustreznimi odločitvami v neposredni prihodnosti razrešiti država, ki je pristojna za strateške odločitve glede nadaljnega razvoja sistema zdravstvenega varstva kot celote – oziroma glede celovite reforme zdravstvenega sistema.

Te odločitve je treba predvidevati in upoštevati pri načrtovanju razvoja OZZ. V nadaljevanju so izpostavljena poglobljena vprašanja glede razvojnih potreb in možnosti v obdobju 2014–2019. Z razgrnitvijo temeljnih razvojnih izzivov želi ZZZS aktivno sodelovati pri razpravi glede potrebnih sistemskih sprememb in biti v imenu in interesu zavarovanih oseb v Sloveniji kreativen partner nosilec zdravstvene politike pri iskanju ustreznih reformskih rešitev za zagotovitev dolgoročne stabilnosti in vzdržnosti sistema zdravstvenega varstva v državi.

3.1. Vplivi globalnih razvojnih gibanj

Javni zdravstveni sistem v Sloveniji se bo v obdobju 2014–2019, podobno kot v vseh državah EU, soočal z osnovnim razvojnim vprašanjem, kako zagotavljati dostop do potrebnih storitev vsem v razmerah rastočega povpraševanja po kakovostnih zdravstvenih storitvah in omejene (ali celo negativne) rasti javnofinančnih sredstev.

Rastoče povpraševanje po zdravstvenih storitvah (in produktih, kot so to zdravila ali medicinski pripomočki) je povezano s številnimi razvojnimi dejavniki, kot so:

- staranje prebivalstva in spremembe v strukturi prebivalstva,
- (posledične) spremembe v zdravstvenem stanju prebivalstva,
- ekonomska rast (povečanje BDP) in višji osebni prejemki,
- nove zdravstvene (vključno z novimi zdravili in medicinskimi pripomočki) in druge razvojne tehnologije (informatika idr.),
- institucionalne značilnosti zdravstvenih sistemov (financiranje, organizacija sistema),
- višje cene zdravstvenih »inputov« (plače, materialni stroški),
- večja informiranost prebivalstva in njihova rastoča pričakovanja od zdravstva,
- idr.

Del navedenih dejavnikov vpliva predvsem na povpraševanje po zdravstvenih storitvah, del pa na njihovo ponudbo²⁴.

3.1.1. Demografski in drugi dejavniki povpraševanja po storitvah

Med demografske dejavnike uvrščamo staranje prebivalstva in demografsko strukturo prebivalstva. Ostali dejavniki, ki vplivajo predvsem na rast povpraševanja po zdravstvenih storitvah pa so še zdravstveno stanje prebivalstva (oziroma spremembe stanja in zdravstvenih potrebah zaradi staranja prebivalstva), dohodek na individualni in na nacionalni ravni, idr.

Staranje prebivalstva v državah EU je rezultat dveh vzporednih procesov: zmanjševanja rojstev in posledičnega manjšega deleža mlajših v strukturi prebivalcev na eni, ter povečevanja življenjske dobe in večanja deleža starejšega prebivalstva na drugi strani.

V državah EU so že pred desetletji zaznali številna tveganja za vzdržnost javnih sistemov financiranja zdravstvenega varstva, ki jih je moč povezati s procesom staranja prebivalstva. Zaskrbljenost glede vpliva staranja na rast izdatkov za zdravstveno varstvo se zdi utemeljena predvsem zaradi znanih dejstev in podatkov: da je od polovice do dveh tretjin oskrbnih dni v bolnišnicah namenjena oskrbi bolnikov nad 65 let starosti, da so izdatki za zdravstveno oskrbo starejših od 65 let od 3 do 5 krat večji od izdatkov za oskrbo mlajših od 65 let, da je med 33 % in 50 % vseh zdravstvenih izdatkov porabljenih za zdravstveno oskrbo starejših, idr. Strokovne ocene vpliva staranja na izdatke zdravstvenih storitev izhajajo predvsem iz predpostavke, da naj bi rast deleža starejših v celotni populaciji vplivala na rast povpraševanja, vse to pa na rast oziroma večji obseg opravljenih storitev. Porast uveljavljenih storitev pa naj bi imel enak vpliv tudi na rast javnih izdatkov za zdravstveno oskrbo.

Demografski razvojni trendi tako ustvarjajo pogoje za dva potencialno najpomembnejša vpliva na razpoložljiva javna sredstva za zdravstvo: zmanjševanje prihodkov (zaradi zmanjševanja aktivne populacije) in povečevanje odhodkov (zaradi večje kvantitete in spremenjenih potreb glede

²⁴ Dejavnike povpraševanja in ponudbe zdravstvenih storitev podrobno razčlenjuje tudi Odbor za ekonomsko politiko v okviru Evropske komisije, ki letno spremlja in oblikuje (dolgoročne) projekcije javnofinančnih izdatkov v državah EU ter jih objavlja v t.i. »Aging Reports«.

uveljavljanja zdravstvenih storitev). Vendar pri tem dejansko ne gre več za neposredne vplive staranja na rast javnih sredstev za zdravstvo, temveč součinkovanje drugih, z demografskimi dejavniki tesno povezanih razvojnih dejavnikov, kot so organizacija zdravstva, tehnologija zdravljenja, način uveljavljanja storitev idr.

Za ocenjevanje vplivov demografskih dejavnikov na rast javnih izdatkov za zdravstvo je bistvenega pomena tudi razumevanje posledic podaljševanja življenjske dobe za **zdravstveno stanje prebivalstva**. Staranje sproža spremembe v strukturi zdravstvenih potreb, ker gre za zahtevnejšo naravo zdravljenja oseb (npr. zbolelih za rakom, sladkorno boleznijo, s težavami zaradi demence, zlomljenega kolka idr.). Kompleksnost zdravstvenih problemov s starostjo narašča. Vse več je oseb s kroničnimi obolenji in različnimi komorbidnimi stanji, ki zahtevajo zelo širok razpon obravnav, ki se lahko med seboj potencialno tudi izključujejo (na področju zdravlil npr. pojav in učinki polifarmakoterapije). Staranje prinaša tudi nove vzorce bolezni, npr. tako imenovano multi-morbidnost in druga posebna stanja, ki povečujejo odvisnost oseb od tuje pomoči in prizadevajo posameznike daljše časovno obdobje. To pa povečuje pričakovanja in pritiske po izvajanju bistveno drugačne oskrbe, kot jo zavarovanim osebam zmorejo ponuditi obstoječe oblike bolnišnične in zunaj bolnišnične (ambulantne) zdravstvene oskrbe. V kolikor se države ne odločijo za strukturne reforme ali **uvajanje posebnih oblik dolgotrajne oskrbe**, lahko spremenjene potrebe po storitvah nege oziroma dolgotrajne oskrbe, ki potekajo delovno bolj intenzivno oziroma individualizirano, močno vplivajo na zahteve po dodatnih (negovalnih) kadrih, s tem pa tudi na rast (javnih) izdatkov za plače zaposlenih²⁵.

Glavni dejavnik rasti zdravstvene potrošnje je **dohodek**. Na posameznikovi ravni so to **osebni prejemki**, na nacionalni pa **bruto družbeni proizvod**. Zdravstvena poraba na osebni ravni je v konkretnih državah odvisna predvsem od načina zagotavljanja zdravstvene varnosti: ali gre za javne ali za zasebne sisteme. Če so posamezniku vsa tveganja v celoti pokrita v okviru pravic iz javnega sistema, je višina osebnih prejemkov povsem zanemarljiv dejavnik zdravstvene potrošnje. Če pa so ta tveganja pokrita delno z javnimi sredstvi, delno ali v celoti pa z zasebnimi, bo povpraševanje po zdravstvenih storitvah delno ali celoti odvisno od višine osebnih prejemkov posameznikov. Ker se zdravstvena varnost v Sloveniji in vseh državah EU v preteženi meri zagotavlja z javnimi sredstvi, določena tveganja pa tudi z zasebnimi (participacija, doplačila, idr.), je načinu ureditve sorazmerna tudi občutljivost povpraševanja po storitvah na spremembe v višini osebnih prejemkov zavarovanih oseb. Na nacionalni ravni zdravstveno potrošnjo narekujejo makroekonomska gibanja. Kljub določenim dilemam glede razlik med dohodkovno elastičnostjo na osebni in nacionalni ravni, velja na splošno, da v času ko nacionalni proizvod države narašča, to povečuje tudi pričakovanja do zdravstva, s tem pa rastejo tudi zdravstveni izdatki, ne glede na resnične zdravstvene potrebe prebivalstva. Z rastjo (nacionalnega) dohodka je mogoče pojasniti do 60 % rasti zdravstvenih izdatkov.

Na povpraševanje po zdravstvenih storitvah in tudi na hitrost (tehnološkega) razvoja zdravstva v marsičem vplivajo tudi **rastoča pričakovanja prebivalstva glede zdravstvenih storitev**. Kot smo omenili, je generator takšnih pričakovanj (nacionalni) dohodek. Ko raste dohodek, raste tudi povpraševanje prebivalstva po storitvah, ki jih omogoča zdravstveni sistem. S tem so povezane tudi zahteve zavarovancev: po ustreznih informacijah, po odgovorni ter pregledni rabi javnih sredstev, po večji izbiri v sistemu, tudi po soodločanju o nekaterih poglobitnih vprašanjih glede razvoja sistema idr. Sodobni kulturni trendi in vzorci ravnanja pri skrbi za zdravje izpostavljajo pomen večje samozadostnosti in osebne odgovornosti pri skrbi za zdravje ali pri samooskrbi oziroma

25 Na to opozarja posebna zdravstveno politična analiza »How can health systems respond to population ageing?«, ki je bila pripravljena pod okriljem SZO/EURO in Evropskega observatorija za zdravstvene sisteme, 2009.

življenju s (kronično) boleznijo, s čimer s odpirajo nove razvojne vizije preobrazbe zdravstva: možnost razbremenjevanja zdravstvene službe in s tem sproščanja določenih finančnih rezerv, ki se jih lahko usmerja v uvajanje zahtevnejše tehnologije in obravnavo zahtevnejših bolnikov.

Novejše strokovne študije opozarjajo, da je vpliv staranja oziroma demografskih dejavnikov na porast stroškov v zdravstvu omejen oziroma veliko manjši, kot se je sklepalo doslej. Po ekonometrični študiji Evropske komisije (2011) je mogoče staranju in drugim spremembam demografske strukture pripisati vpliv na rast izdatkov za zdravstvo na višini okoli 10 %, rasti BDP okoli 60 %, preostalih 25-30 % pa naj bi vplivali nedemografski dejavniki (nove tehnologije, institucionalne značilnosti, višje cene zdravstvenih inputov idr.). Vendar pa ima staranje prebivalstva izredno velik učinek na rast izdatkov za storitve tako imenovane dolgotrajne oskrbe, kar predstavlja vse večji razvojni izziv Slovenije in ostalih držav EU.

3.1.2. Nedemografski dejavniki oziroma dejavniki ponudbe

Med nedemografske dejavnike se uvršča nove zdravstvene tehnologije, institucionalne značilnosti zdravstvenih sistemov, rast plač in zaposlenosti v zdravstvu idr. Nedemografski dejavniki vplivajo predvsem na (večjo) ponudbo zdravstvenih storitev.

Razvoj novih medicinskih tehnologij (vključno z novimi zdravili in zahtevnimi medicinskimi pripomočki) ustvarja potencialni nabor možnih novih oblik medicinske diagnostike in zdravljenja, ki lahko bistveno spreminja obstoječe metode zdravljenja in s tem organizacijo zdravstvene službe na mikro ali makro ravni. Nove tehnologije zdravljenja, zaradi svoje aditivne narave (ne zamenjujejo v celoti starih načinov zdravljenja) in pa težnje po takojšnji širitvi uporabe, praviloma ne prispevajo k zmanjševanju stroškov zdravljenja v zdravstvenem sektorju, četudi lahko pomembno vplivajo na dolžino in kakovost preživetja ali življenja bolnikov. Poseben dejavnik rasti izdatkov pri uvajanju novih tehnologij je omenjeni učinek takojšnje uporabe ali širjenja. Gre za (spontan ali pa marketinško pogojen) porast povpraševanja po novih zdravstvenih produktih ali postopkih zdravljenja, ki v obstoječem javnem sistemu še niso razpoložljivi za zdravljenje specifičnih medicinskih stanj. Tehnološki razvoj je zato praviloma povezan z večjimi vložki oziroma rastjo izdatkov za zdravstvo. Med obstoječimi strokovnimi viri večina avtorjev pripisuje novim zdravstvenim tehnologijam prevladujoč vpliv na rast izdatkov za zdravstvo, s katerim je mogoče pojasniti do 27 % rasti zdravstvenih izdatkov. Ker pa je na uvajanje novih tehnologij mogoče vplivati z ustreznimi politikami in ukrepi, postaja načrtno uvajanje in obvladovanje zdravstvenih tehnologij v državah EU eden izmed najpomembnejših ukrepov za dolgoročno vzdržno financiranje zdravstva.

Na javne izdatke za zdravstvo močno vplivajo tudi systemske značilnosti oziroma institucionalna ureditev načina izvajanja zdravstvenih storitev in financiranja zdravstvene oskrbe. Zgleden primer za to je zgoraj omenjena institucionalna ureditev uvajanja novih zdravstvenih tehnologij v državah EU. Države s preglednimi sistemi vrednotenja zdravstvenih tehnologij²⁶ (VZT), ki se izvajajo na makro (država), mezzo (organizacije – plačniki storitev, izvajalci storitev) in mikro (oddelki v bolnišnicah) ravni, imajo praviloma veliko manjše težave s predvidevanjem zadostnih razvojnih sredstev in so zato dolgoročno ekonomsko bolj vzdržne od ostalih.

26 Na tem mestu kaže VZT opredeliti kot posebno interdisciplinarno vedo, ki raziskuje kratkoročne in dolgoročne posledice uporabe zdravstvenih tehnologij in ki je eno izmed orodij za sprejemanje novih ali opuščanja starih tehnologij zdravljenja. Namen VZT je oblikovati ustrezne strokovne podlage za sprejemanje zdravstveno političnih odločitev glede varne in učinkovite uporabe zdravstvenih tehnologij. (Prim. s Turk E in Prevolnik Rupnik V. Vrednotenje zdravstvenih tehnologij (HTA) v Sloveniji – status quo, izzivi, predlogi. Bilt-ekon organ inform zdrav 2010; (26)1: 3-13. IVZ: Ljubljana, 2010.).

3.1.3. Ocena pričakovanih vplivov

V skladu z opisanimi spoznanji in zaradi zahtev držav članic EU po zanesljivih in primerljivih informacijah Evropska komisija (delovna skupina za staranje) izdeluje serijo projekcij javnofinančnih izdatkov, ki temeljijo na demografskih in drugih projekcijah Eurostata. Zadnje takšne projekcije vplivov demografskih in nedemografskih dejavnikov na javnofinančne izdatke (za zdravstveno oskrbo, dolgotrajno oskrbo, pokojnine in invalidnine, izobraževanje ter nadomestila za brezposelne) do leta 2060 so bile izračunane in objavljene v letu 2012 v posebnem Poročilu o staranju²⁷. Poročilo je bilo izdelano po enotni metodologiji za vse države članice EU.

Projekcije vplivov staranja na javne izdatke so v Poročilu podane na osnovi 10 različnih scenarijev, ki upoštevajo različne demografske in ne-demografske dejavnike. Najpomembnejša scenarija sta »osnovni ali referenčni scenarij«, ki upošteva predvsem z demografskimi gibanji povezane dejavnike rasti javnih izdatkov, in pa »tvegani scenarij«, ki upošteva tudi učinke ostalih tako imenovanih nedemografskih dejavnikov na rast javnih izdatkov. Slednji tako prikazuje višje potencialne rasti javnih izdatkov in s tem možne večje pritiske na dolgoročno vzdržnost javnih financ na posameznem področju.

Iz tabele 25 sta razvidni dolgoročni projekciji javnih izdatkov za zdravstveno in za dolgotrajno oskrbo v Sloveniji za obdobje 2010–2060. Po osnovnem/referenčnem scenariju naj bi se javni izdatki za zdravstveno oskrbo v Sloveniji s 6,1 % BDP v letu 2010 do leta 2020 povečali na 6,4 % BDP (za 0,3 odstotne točke), do leta 2060 pa na 7,2 % BDP (za 1,1 odstotne točke). Po tveganem scenariju, ki upošteva še določene nedemografske vplive in dejavnike, pa naj bi bila rast javnih izdatkov za zdravstvo do leta 2020 večja za 0,5 odstotne točke (6,6 % BDP), do leta 2060 pa za 1,7 odstotne točke (7,8 % BDP). Sorazmerno velika rast javnih izdatkov se razumljivo obeta na področju dolgotrajne oskrbe (zlasti do 2060).

Tabela 25. Dolgoročna projekcija javnih izdatkov, povezanih s staranjem prebivalstva za Slovenijo in EU-27, 2010–2020 in 2010–2060.

	Delež v BDP (%)		Sprememba BDP v odstotnih točkah							
			Referenčni scenarij				Tvegani scenarij			
	2010		2010–2020		2010–2060		2010–2020		2010–2060	
	SI	EU-27	SI	EU-27	SI	EU-27	SI	EU-27	SI	EU-27
Javni izdatki za zdravstvo	6,1	7,1	0,3	0,3	1,1	1,1	0,5	0,5	1,7	1,7
Dolgotrajna oskrba	1,4	1,8	0,3	0,2	1,6	1,5	0,3	0,3	1,6	1,8

Vir: Poročilo EK – delovne skupine za staranje (2012 Ageing Report).

Projekcija do leta 2020 torej napoveduje povečanje javnih izdatkov za zdravstvo za 0,3 odstotne točke BDP, če se upošteva le rast izdatkov zaradi staranja prebivalstva, ali za 0,5 odstotnih točk, če bi upoštevali tudi ne-demografske vplive. Katera od teh ocen je za Slovenijo bolj realna? Za odgovor na to vprašanje je potrebno še enkrat izpostaviti že opisane ugotovitve ekonometrične študije Evropske komisije (glej tudi poglavje 2.2.2.), po katerih je bil v Sloveniji prispevek nedemografskih dejavnikov k rasti izdatkov za zdravstvo v obdobju pred krizo (1995–2008) negativen. To je lahko na eni strani rezultat dobrega obvladovanja izdatkov, na drugi pa tudi posledica preveč zadrževanega ali celo prepočasnega razvoja zdravstvenih zmogljivosti. Kot je opisano v 2. poglavju, zaradi pomanjkanja finančnih virov po letu 2010 ZZZS ni več mogel zagotoviti sredstev za

²⁷ European Commission: The 2012 Ageing Report – Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States for the period 2010–2060 (http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2012/pdf/ee-2012-2_en.pdf).

uvajanje novih tehnologij. Za določene novosti in širjenja so se sredstva zagotovila izključno s prestrukturiranjem programov. Vlaganje v razvoj pa pomeni ohranjanje dosežene kakovosti sistema. Če hočemo v Sloveniji v javnem sistemu zdravstvenega varstva v naslednjem razvojnem obdobju 2014–2019 ohraniti doseženo kakovost zdravstvene oskrbe in hkrati stabilno financirati zdravstvo, bo treba razvoju (uvajanje novih zdravstvenih tehnologij, kadri) nameniti več javnih sredstev kot v bližnji preteklosti, za kar zgolj morebitna ponovna rast BDP-ja verjetno ne bo zadoščala. **Za stabilno financiranje kakovostne zdravstvene oskrbe bo potrebno** v tem obdobju nujno zagotoviti dodatne javno finančne vire, na kar je ZZZS v zadnjem času državo že večkrat opozoril in izdelal tudi povsem konkretne predloge (vedba enotne prispevne stopnje, širitev osnov za prispevke, uvedba trošarin na sladke pijače idr.).

3.2. Vplivi ekonomske krize in razvojne možnosti

Zaradi narave finančne in ekonomske krize se praktično nobena od držav EU ne more izogniti uvedbi (vsaj začasnih) omejitev in varčevanj s ciljem konsolidacije javnih financ oziroma zmanjševanja javnega dolga. Zelo počasno okrevanje gospodarstva in visoke stopnje brezposelnosti tudi v Sloveniji povzročajo vse težje obvladljivo situacijo pri zagotavljanju zadostnih javnih sredstev za financiranje zdravstvene oskrbe.

Izkušnje držav EU pri premagovanju kriznih razmer v zdravstvu kažejo, da je v razmerah zmanjšane rasti razpoložljivih sredstev za zdravstvo strateške ukrepe nujno usmeriti v večjo stroškovno učinkovitost zdravstvenega sistema, kar ostaja verjetno osnovna razvojna stalnica in prioriteta ves čas trajanja te krize. V tem smislu je kriza izostrila določene rešitve in priložnosti za izboljšave, ki jih v konjunkturinih časih v sistemih ni bilo mogoče izvesti.

3.2.1. Izkušnje držav EU pri premagovanju krize

V začetni fazi krize so se v (najbogatejših) državah EU praviloma še odločali, da zdravstveni sektor izvzamejo iz siceršnjih ukrepov za zmanjševanje javnega dolga in uravnoteženje javnih financ. V Nemčiji so v letu 2009 zaradi potencialno ugodnih učinkov na gospodarstvo celo okrepili investicije v zdravstvo. V času širitve in poglobitve krize po letu 2010 pa se praktično nobena država EU ni mogla več izogniti restrikcijam in omejitvam javnih sredstev za zdravstvo. Raziskava Mednarodnega združenja za socialno varnost (ISSA, 2011)²⁸, ki je potekala v večini držav EU, je pokazala, da se je kar polovica teh držav na področju odločila za ostrejšje restrikcije, ki so bile v letu 2010 največje v Grčiji in na Irskem. V Grčiji so varčevalni rezi v zdravstvu v letu 2010 obsegali skoraj 0,9 odst. točk zmanjšanja deleža javnih sredstev za zdravstvo v BDP (na Irskem 0,7).

Ukrepi za uravnoteženo financiranje zdravstva, ki so se izvajali v državah EU²⁹, so se nanašali na osnovna področja financiranja in so bili kot taki primerljivi z ukrepi, ki smo jih v času od leta 2009–2012 izvajali tudi v Sloveniji. Posebej velja omeniti naslednje ukrepe:

- korekcije cen zdravil in zdravstvenih storitev,
- prenos stroškov na zasebna sredstva,
- ukrepi za povečevanje učinkovitosti,
- ukrepi za pridobitev dodatnih finančnih virov.

28 Paerson M. Financial sustainability and affordability of health care systems. ISSA Conference: Berlin, 2012 (<http://www.issa.int/Resursy/Conference-Reports/Financial-sustainability-and-affordability-of-health-care-systems>).

29 Prim. tudi s študijo: Mladovsky P, Srivastova D, Cylus J, Karanikolos M, Evetovits T, Thomson S and McKee M. Health policy responses to the financial crisis in Europe. European observatory on health systems and policies. Copenhagen:WHO/EURO, 2012.

Korekcije cen

Praktično vse države so se v času krize zatele k zniževanju cen, bodisi na osnovi pogajanj s partnerji ali pa neposredno z dekreti oziroma uredbami. Najpogosteje so se v državah EU odločili za zniževanje cen zdravil, čeprav so v številnih državah zamrznili ali znižali tudi plače ter druge (input) stroške v sistem, kar se je odražalo tudi v ohranjanju ali zmanjševanju cen zdravstvenih storitev v teh državah.

Najbolj drastično je bilo zniževanje cen zdravil v Grčiji, kjer so uveljavljali tudi do 27 %-no znižanje določenih cen zdravil z naslednjimi ukrepi: spremembe pri določanju cen zdravil pri vstopu na trg (benchmarking 3 najnižjih cen), uvedbo »dinamičnega določanja cen« po vstopu zdravil na trg, uvedbo pozitivne liste zdravil in uvedbo posebnega modela za generično določanje cen. Na Irskem so si v letu 2011 zadali za cilj na letni ravni privarčevati okoli 200 milijonov evrov za zdravila (za kar so znižali cene okoli 1000 zdravilom), v letu 2012 pa znižati cene zdravil s patentno zaščito. Na Češkem so cene zdravil in povračila iz OZZ znižali za 7 %. V Nemčiji so cene zdravil v letu 2011 zamrznili do decembra 2013, hkrati pa lekarnarjem priznali višje rabate za zdravila, ki niso zajeta v sistemu referenčnega določanja cen zdravil. V Združenem kraljestvu so oblikovali petletni načrt varčevanja, po katerem naj bi v letu 2010 znižali cen zdravil za 3,9 % v letu 2011 pa za 1,9 %. V Italiji so z letom 2011 začeli izvajati obsežne varčevalne ukrepe, med katerimi so pomemben delež predstavljali rezi na področju izdatkov za zdravila: zmanjševanje marže za veleddrogeriste in lekarne, zniževanje cen za generična zdravila, ki temelji na referenčnem modelu določanja cen. Na Portugalskem so v letu 2010 cene zdravil znižali na osnovi uredbe, da mora biti cena za široko uporabljena generična zdravila vsaj za 35 % izpod cen ustreznega originalnega zdravila. S tem in številnimi drugimi ukrepi na področju zdravil naj bi z varčevanjem do konca leta 2012 zmanjšali izdatke za zdravila do ravni 1,25 % BDP, do konca leta 2013 pa na 1,0 % BDP. Tudi Španija je med varčevalnimi ukrepi na področju zdravil izvedla zniževanje cen zdravil (npr. za 30 % pri cenah generikov) in zniževanjem rabatov. Z varčevanjem na področju zdravil naj bi na letni ravni dosegli okoli 1 milijardo evrov prihranka.

Številne evropske države so se odločile tudi za **zamrznitev ali znižanje plač zaposlenih v zdravstvu**. Večina takih ukrepov se je izvedla v sklopu širših ukrepov države za konsolidacijo javnih financ. Zniževanje plač in drugih input stroškov se je odrazilo tudi kot **zniževanje cen zdravstvenih storitev**. Na Češkem so v letu 2011 plače državnih uslužbencev v zdravstvu znižali za 10 %. V Grčiji so bile plače javnih uslužbencev v zdravstvu v letih 2010 in 2011 znižane za 15 %, število zaposlenih za nadaljnjih 10 %. Na Islandiji so skupno število javnih uslužbencev v zdravstvenem sektorju v letu 2010 znižali s 5.100 na 4.500 delavcev (več kot 12 %), istočasno izvedli obširno zmanjšanje plačila nadurnega dela v zdravstvu. Na Irskem so v letu 2010 zmanjšali plače javnih uslužbencev v zdravstvu med 5 in 15 %, v enaki meri pa znižali tudi cene storitev za koncesionarje. V istem letu so zamrznili tudi zaposlovanje novih delavcev v zdravstvu in do leta 2011 zmanjšali število zaposlenih za 5 %. V Italiji so v letu 2009 zamrznili plače vsem javnim uslužbencem za tri leta, hkrati pa izvedli tudi zmanjševanje zaposlenih.

Prenos stroškov na zasebna sredstva

Vrsta držav EU se je odločila za **uvedbo participacije ali povečanja različnih doplačil** v sistemu oziroma na različnih področjih zdravstvene oskrbe. V Italiji so uvedli doplačilo za zavarovane osebe v višini 10 evrov za obisk specialistične ambulante. V Estoniji so **povečali obstoječo participacijo** za obiske ambulant na primarni ravni in izvenbolnišničnih ambulant za 15 %. Poleg tega so iz košarice pravic v okviru OZZ umaknili posebno denarno nadomestilo za opravljene redne zobozdravstvene preglede. Uvedli so tudi doplačilo za zdravstveno nego v bolnišnicah. Za

zelo velike sprememb na področju doplačil so se (zaradi težke javno finančne situacije) odločili tudi na Islandiji. Obstoječe sisteme doplačil oziroma participacije so nadgradili tudi v Avstriji, Belgiji, Nemčiji, na Nizozemskem, Češkem idr.

Povečevanje učinkovitosti

V središču ukrepov za večjo učinkovitost javnih zdravstvenih sistemov je bolnišnična dejavnost, prevladujejo pa ukrepi kot so združevanje (upravljanja) bolnišnic, spodbujanje skrajševanja akutnih bolnišničnih obravnav, spodbujanje enodnevne bolnišnice, prenos določenih storitev v ambulantno dejavnost, idr.

V Grčiji so v letu 2011 izvedli številna **združevanja bolnišnic**, prav tako na Islandiji, kjer so poleg združevanj bolnišnic **reorganizirali tudi način vodenja in upravljanja zdravstvenega sektorja**: združili so ministrstvo za zdravje in ministrstvo za delo in socialno varnost, poleg tega pa tudi direktorat za javno zdravje (ministrstva za zdravje) z nacionalnim institutom za javno zdravje. Na Portugalskem so izvedli tako imenovano **koncentracijo in racionalizacijo zdravstvenih zmogljivosti na primarni in bolnišnični ravni** s skupnimi upravami in aktivnostmi bolnišnic, s katero naj bi na letni ravni privarčevali skupno za 5 % stroškov tekočega poslovanja. V Angliji so v letu 2010 in 2011 izvedli celovito reorganizacijo njihove Nacionalne zdravstvene službe, zmanjšali plačila managementu in izvedli druge projekte s ciljem privarčevati znatna sredstva do leta 2014.

Na Irskem so v letih 2009 in 2010 **povečali dnevne obravnave v bolnišnicah** za 5 % letno, obiski specialistično ambulantne dejavnosti so porasli za 3–6 %. Na Portugalskem so **zmanjševali nenujne obiske na specialistični ravni**, nenujne prevoze in izboljšali koordinacijo oskrbe s krepitvijo dejavnosti na primarni ravni (zaposlili nove zdravnike družinske medicine). V Estoniji so se odločili za **zmanjšanje obsega pogodbeno dogovorjenega programa in hkratno povečanje čakalnih dob**, obenem pa so znaten del bolnišničnih sredstev prestrukturirali na dnevne bolnišnične obravnave in specialistično ambulantno dejavnost.

Dodatni finančni viri

Zaradi pritiskov na rast izdatkov kot posledice razvojnih gibanj se je večina držav EU z varčevalnimi ukrepi za boljše obvladovanje izdatkov za zdravstvo redno srečevala že v obdobju pred krizo. Lahko ugotovimo, da so se ti ukrepi intenzivirali ali pa zaostrili v času krize predvsem zaradi zmanjševanja oziroma upada prihodkov, kot neposredne posledice krize. Zato so mnoge države ta izpad skušale nadomestiti tudi z novimi oblikami prihodkov. Kriza javnih zdravstvenih sistemov je zlasti v državah, kjer se zdravstvena varnost prebivalstva zagotavlja z javnimi sistemi OZZ (vključno s Slovenijo), ki so bolj ranljivi na gibanja v plač in zaposlenosti v času recesije, naplavila tudi žgoča vprašanja izvajanja solidarnosti, zlasti kar se tiče poravnavanja obveznih prispevkov, saj so se ob krizi začeli vrstiti primeri izmikanja ali prenizkega ter nerednega plačevanja prispevkov.

V Franciji so se z namenom zaščititi javni sistem OZZ pred opisanimi gibanji na področju plač in zaposlenosti že pred leti **odločili za uvedbo namenskih davkov**, med katerimi je osnoven tako imenovani »splošni socialni prispevek«. Z njim so nadomestili večji del obveznih prispevkov zaposlenih in lažje dosegajo zeleno količino prihodkov v časih, ko formalna zaposlenost ali plače zaposlenih nihajo zaradi krize. Poleg splošnega socialnega prispevka so zaradi krize v Franciji uvedli tudi številne druge namenske davke za izboljšanje prihodkov OZZ. Zanimiv je poseben davek farmacevtski industriji, ki mora prispevati davek v višini 1 % na njihov promet, poseben davek na oglaševanje zdravil in dodatni davek v primeru, če njihov promet preseže vsoto, ki je opredeljena v zakonu o socialni varnosti. Sorodne zgornje meje in plačilo davka so obvezne tudi za druga podjetja, ki s tem prispevajo dodaten prihodek za OZZ. Poleg tega pa poznajo tudi

posebne namenske davke na aktivnosti, ki povzročajo onesnaženje okolja, na alkohol in tobak, večino katerih usmerjajo v sistem OZZ. Namenski davki tako v Franciji predstavljajo 40 % vseh prihodkov sistema OZZ v državi.

Danska, Madžarska in nekatere druge države EU so se zato, da bi zagotovile dodatna sredstva za zdravstvo, odločile za uvedbo tako imenovanih »grešnih davkov«. Poleg znanih in dlje časa prisotnih **davkov na alkohol in tobak** so v zadnjem času na udaru nekatere nove, zdravju škodljive substance ali razvade. Gre npr. za **trošarine na živila z visoko vsebnostjo maščob** (Danska), **na hitro hrano in sladke pijače** (Madžarska).

3.2.2. Razvojne strategije na ravni EU

V evropskem okolju so razvojnim izzivom na področju javnih sistemov zdravstvenega varstva in obvladovanju globoke ekonomske krize namenjeni številni strateški dokumenti. Na tem mestu so povzeti predvsem dokumenti Evropskega urada SZO in Evropske komisije, ki predstavljajo zdravstveno politični okvir in vodilo za sicer samostojno oblikovanje razvojnih politik posameznih držav članic EU.

Evropski urad SZO se ves čas krize zelo intenzivno odziva na aktivnosti evropskih držav na področju zdravstvenih sistemov, pri čemer stalno **opozarja, da morata zdravje in javni zdravstveni sistemi v Evropi ostati prioriteta** vseh držav tudi v času gospodarske krize. V stališčih in dokumentih SZO se posebej izpostavlja, da je **zdravje bistvenega pomena za ekonomsko rast nacionalnih gospodarstev** in da zagotavljajo investicije v zdravje in javne zdravstvene sisteme državam ugodne povratne učinke ne le za gospodarstvo temveč tudi za celotno družbo. **Zato naj vlade v zdravje vlagajo**, predvsem pa v času krize skrbno tehtajo odločitve, v kakšni meri ali sploh naj bi bila javna sredstva za zdravstvo predmet varčevanja.

V zadnjem času SZO opozarja tudi na slabšanje kakovosti življenja, življenjskega standarda, širjenje revščine in poglobljanje neenakosti v zdravju v evropskih državah, kar z visoko verjetnostjo povečuje stroške za zdravstvo. V teh okoliščinah bi morale države finančne vire za (preventivno) zdravstveno dejavnosti povečevati ali stabilizirati, ne pa zmanjševati.

Države naj bi pri iskanju rešitev za razvojne izzive razmišljale predvsem v dolgoročnih okvirjih, zato **naj bo kriza priložnost za nadaljevanje zdravstvenih reform** za doseg dolgoročnejših ciljev javnih zdravstvenih sistemov. Pri reformah so najpomembnejši razmisleki o naslednjih izzivih:

- ciljno vodenje in upravljanje sistema,
- krepitev temeljnih vrednot sistema, kot so solidarnost, pravičnost, dolgoročna vzdržnost, kakovost, transparentnost, odgovornost, integriteta in soodločanje uporabnikov,
- celovito in medsektorsko uveljavljanje pomena zdravja kot kakovosti življenja in osnovnega dejavnika družbene povezanosti (kohezivnost),
- promocija zdravja in preventivne dejavnosti kot ključna aktivnost za boljše obvladovanje s staranjem povezanih razvojnih izzivov,
- krepitev solidarnosti v času krize, saj breme krize ne sme pasti na ramena revnih ali bolnih,
- uveljavljanje tistih (strukturnih) sprememb in ukrepov, ki so utemeljeni s podatki in dokazi (smiselni so le ukrepe, kjer obstaja jasna povezava med vloženimi viri in doseženimi rezultati),
- boljše obvladovanje stroškov in bolj učinkovita uporaba javnih sredstev v zdravstvenih dejavnostih.

V skladu z opisanimi stališči je **SZO v razvojni strategiji** za obdobje do leta 2020 z nazivom **Zdravje 2020** (»Zdravje 2020: evropski okvir za podporo vladnih in družbenih politik za zdravje in dobro počutje«) za osrednje razvojne cilje opredelila:

- pomembno izboljšanje zdravja prebivalstva,
- zmanjševanje neenakosti v zdravju,
- krepitev javnega zdravja (promocija zdravja in preventivne dejavnosti) in
- zagotavljanje zdravstvenih sistemov, ki so univerzalno dostopni, pravični, vzdržni in kakovostni.

Podobne strateške usmeritve glede razvoja zdravstvenih sistemov v državah EU ponuja tudi **Evropska komisija**. Že v letu 2007 je bila na ravni EU opredeljena **razvojna strategija Skupaj za zdravje**, ki vsebuje določene strateške odgovore in priporočila, kako naj se države EU spopadajo z razvojnimi izzivi na področju zdravja in zdravstvenega varstva. V letu 2011 je bila strategija Skupaj za zdravje ovrednotena na način, da so načela in cilji te strategije veljavni za obdobje do leta 2020. Strategija Skupaj za zdravje izhaja iz temeljnega razvojnega dokumenta EU z nazivom Strategija Europa 2020, kjer je **zdravje** (prebivalstva) opredeljeno (podobno kot pri SZO) kot **»pogoj za pameten, vzdržen in vključujoč razvoj«**.

V skladu s to temeljno opredelitvijo se Evropska komisija zavzema za **naložbe v zdravje**, ki bodo omogočile enakopraven dostop do kakovostne zdravstvene oskrbe, zmanjševanje neenakosti in razcvet inovativnosti, nove priložnosti za rast, nove zaposlitve idr. V **posebnem dokumentu »Naložbe v zdravje«**, ki ga je v okviru usmeritev za večja socialna vlaganja za rast in kohezivnost pripravila Evropska komisija v letu 2012, je tako **zdravje opredeljeno kot vrednota za sebe**, ki je prvi pogoj za ekonomsko rast in napredek, **zdravstveni izdatki pa za rast in razvoj prijazne izdatke**. Pri tem seveda Evropska komisija opozarja, da terjajo krizne razmere tudi bolj uspešno in stroškovno učinkovito zdravstvo, saj je dokazov za možne izboljšave znotraj zdravstvenega sistema veliko.

Z vidika zdravja kot osnovnega cilja-izida zdravstvenih sistemov so v dokumentu Naložbe v zdravje največje pridobitve in izboljšave možne predvsem pri zagotavljanju večje enakosti oziroma odpravljanju neenakosti v zdravju. Kriza je določene neenakosti (zaradi širjenja revščine, bolezni kot posledice krize) še poglobila. Zato se Evropska komisija zavzema za investiranje v zdravje, in sicer na naslednjih področjih:

- **investiranje v vzdržne zdravstvene sisteme:** izvedba inovativnih reform z osnovnim ciljem izboljšati stroškovno učinkovitost, hkrati pa ponovni razmislek o ukrepih za konsolidacijo javnih financ zlasti s ciljem zagotoviti nemoteno izvajanje tistih zdravstvenih dejavnosti, ki imajo največji pomen za javno zdravje;
- **investiranje v zdravje ljudi kot človeškega kapitala:** pomaga k izboljšanju zdravja na splošni ravni, krepi pa tudi njihovo delovno sposobnost, zaposljivost in s tem tudi rasti gospodarstva;
- **investiranje v zmanjševanje neenakosti v zdravju:** prispeva k večji družbeni povezanosti in prekinja začaran krog revščine socialne izključenosti in bolezni;
- investiranje v zdravje s pomočjo ustreznih skladov EU.

Razvojne strategije na evropski ravni tako ne zanemarjajo potrebe po konsolidaciji razmer zaradi krize, vendar se usmerjajo v prihodnost in zagotavljanje dolgoročne ne le finančne, temveč tudi ekonomske in socialne vzdržnosti, kar nalaga posebno obravnavo pomena zdravja, zdravstva in s tem zagotavljanja zadostnih finančnih virov za dostop vseh prebivalcev do kakovostne zdravstvene oskrbe.

3.3. Ocena finančnih vplivov

3.3.1. Projekcija finančnih gibanj na področju OZZ

Krizne razmere in hitro spreminjanje makroekonomskih pogojev poslovanja povzročajo težave tudi pri srednjeročnem in dolgoročnem predvidevanju finančnih gibanj na področju javnih financ oziroma OZZ. Analiza razvojnih možnosti za SRP temelji na uradni poletni napovedi UMAR o gospodarskih gibanjih za obdobje 2014–2018 in na predpostavki, da so napovedi za leto 2019 enake napovedim za leto 2018. Gre za osnovne vhodne podatke o rasti BDP, rasti zaposlenih prejemnikov plač, rasti števila registrirano brezposelnih, rasti povprečnih plač, rasti prispevnih osnov, rast cen življenjskih potrebščin in drugih dejavnikov, na osnovi katerih ZZZS predvideva gibanje prihodkov in odhodkov oziroma oceni potrebna sredstva za OZZ v danem obdobju.

V nadaljevanju je podana projekcija poslovanja od 2014 do 2019 za prihodke in odhodke ZZZS, kot jih je mogoče napovedovati na osnovi UMAR napovedi globalnih makroekonomskih okvirov razvoja Slovenije za obdobje 2014–2018 (junij 2013) in ob predpostavki, da se bodo za leto 2019 nadaljevali trendi, napovedani za leto 2018. Projekcija ne upošteva projekcij demografskih in drugih dejavnikov rasti zdravstvenih izdatkov, razvojnih usmeritev in mednarodnih priporočil glede razvoja zdravstvenega varstva, kot so predstavljeni v poglavju 3.1. in 3.2. Projekcija prihodkov in odhodkov ZZZS za obdobje 2014–2019 upošteva torej kazalnike globalnih makroekonomskih okvirov razvoja Slovenije za obdobje 2014–2018 (UMAR, junij 2013), za leto 2019 pa prevzema kazalnike, ki so napovedani za leto 2018 in so predstavljeni v tabeli 26.

Tabela 26. Globalni makroekonomski okviri razvoja Slovenije za obdobje 2014–2019, upoštevani za projekcijo prihodkov in odhodkov za obdobje od 2014 do 2019 (UMAR, junij 2013).

v %

		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019*
1	Rast bruto plače na zaposlenega	-0,80	1,00	1,60	2,00	2,00	2,10	2,10
	Realna rast	-2,60	-0,70	0,10	0,40	0,40	0,40	0,40
2	Rast prispevne osnove (mase plač)	-3,30	-0,60	1,10	2,10	2,20	2,40	2,40
	Realna rast	-5,00	-2,30	-0,40	0,50	0,60	0,70	0,70
3	Rast števila zaposlenih (prejemnikov plač)	-2,50	-1,60	-0,50	0,10	0,20	0,30	0,30
4	Letna rast števila brezposelnih	10,60	0,80	-2,30	-2,70	-2,00	-1,70	-1,70
5	Povprečna letna rast cen življenjskih potrebščin	1,90	1,70	1,50	1,60	1,60	1,70	1,70
6	Letna rast povprečen plače na zaposlenega v javnem sektorju	-3,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

Vir: UMAR (junij 2013)³⁰.

* Globalni makroekonomski okviri razvoja Slovenije za leto 2019 so enaki kot veljajo za leto 2018 (kazalniki UMAR za to obdobje niso pripravljene).

Izhodišče za projekcijo prihodkov in odhodkov za obdobje 2014–2019 so ocenjeni prihodki in odhodki za leto 2013. Za leto 2014 so vključeni tudi dogovori z Ministrstvom za zdravje za zmanjševanje odhodkov (podaljšanje veljavnosti določbe iz aneksa 1 k Dogovoru 2013 glede dinamike plačevanja avansov in nepriznavanje povečanja cen zdravstvenih storitev iz naslova načrtovane splošne rasti cen življenjskih potrebščin in rasti plač v javnem sektorju). Niso pa predvidene nobene širitve ali novi programi. Sicer pa projekcije upoštevajo stanje v letu 2013 – veljavni obseg in vrsto pravic iz OZZ.

30 Poletna napoved Globalnih makroekonomskih okvirov razvoja Slovenije za obdobje 2014–2018. Ljubljana: Umar, 2013.

Rezultat projekcije je prikazan v tabeli 27. Po tej projekciji naj bi ZZZS poslovno leto 2013 zaključil s primanjkljajem 36,2 milijona evrov, leto 2014 s primanjkljajem 46 milijonov evrov in leto 2015 s primanjkljajem 117,5 milijona evrov. V času od 2016 do 2019 naj bi bili letni primanjkljaji med 64 in 72 milijonov evrov, kumulativni primanjkljaj konec leta 2019 pa bi znašal okoli 472 milijonov evrov. ZZZS po letu 2012 več ne razpolaga s sredstvi rezervnega sklada niti s prostimi sredstvi v splošnem skladu. Torej nima lastnega vira za pokrivanje letnih primanjkljajev, kot jih izkazuje projekcije za razdobje 2013–2019. Glede na globalno reševanje javno finančne krize v Republiki Sloveniji, je zahteva, da mora ZZZS poslovno leto končati brez zadolžitve, ki bi bila namenjena za pokrivanje primanjkljaja v poslovanju. In ker ZZZS nima več tudi lastnih virov, s katerimi bi ta primanjkljaj lahko sam pokrival, bo moral vsako leto tudi poslovati brez primanjkljaja odhodkov nad prihodki! Glede na rezultate projekcije finančnih izidov po letih v obdobju, za katero se pripravlja SRP 2014–2019, bo ZZZS moral za odpravo tekočih primanjkljajev oziroma za uravnoteženo finančno poslovanje v obdobju 2014–2019 v posameznem letu:

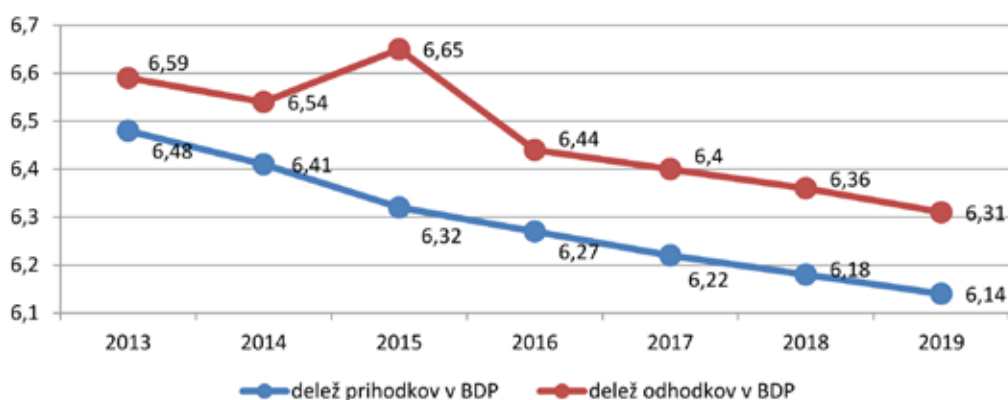
- bodisi zmanjšati odhodke v višini vsako leto predvidenega primanjkljaja,
- bodisi pridobiti nove finančne vire, ki bi povečali prihodke v višini vsako leto predvidenega primanjkljaja,
- bodisi uporabiti kombinacijo ukrepov, ki bodo na eni strani zmanjšali odhodke in hkrati po drugi strani tudi predvideli nove finančne vire.

Tabela 27. Izhodiščni indeksi (po kazalnikih) za projekcijo gibanja prihodkov in odhodkov ZZZS v obdobju od 2014 do 2019.

v milijonih evrov

	Ocena 2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Prihodki	2.271,48	2.271,56	2.297,13	2.345,17	2.396,92	2.453,64	2.511,93
Odhodki	2.307,71	2.317,54	2.414,60	2.408,86	2.464,17	2.522,89	2.584,31
Primanjkljaj:							
- tekoči	-36,23	-45,98	-117,47	-63,69	-67,24	-69,25	-72,38
- kumulativni	-36,23	-82,21	-199,68	-263,38	-330,62	-399,87	-472,25

Posledica takšnih napovedi pomeni še bolj drastično upadanje javnih sredstev OZZ v BDP in pa odpiranje škarij med prihodki in odhodki, namenjenih za zdravstveno varstvo. Opisane posledice na gibanje prihodkov in odhodkov v deležu BDP so razvidne iz slike 21. Za stabilno poslovanje v obdobju 2014–2019 bodo potrebni ukrepi za vzdržnost sistema, ki bi imeli, glede na dejstvo, da se v zdravstvu brez dolgoročnih sistemskih sprememb varčevalni ukrepi izvajajo že četrto leto zapored, lahko težko popravljive posledice za dostopnost in kakovost sistema. Preveliko varčevanje



Slika 21. Delež prihodkov in odhodkov ZZZS v BDP v obdobju od 2013 do 2019.

bi bilo tudi v nasprotju z evropskimi razvojnimi usmeritvami, saj bi lahko vodilo do prehudih motenj v delovanju sistema, s tem pa tudi do večjega nezadovoljstva z njim.

Nujna bi bila sistemska reforma, ki pa je v kratkem času kakovostno ni mogoče izvesti. Zato je verjetno najbolj realna možnost uvedba dodatnih finančnih virov za premostitev kratkoročnih težav pri poslovanju do sprejema celovite zdravstvene reforme, ali pa omogočanje ZZZS, da se zadolži.

3.3.2. Možnosti za izboljšanje finančnih virov OZZ

Brezposelnost, manjšanje aktivnega prebivalstva in restriktivna plačna politika so v preteklih kriznih letih znatno omejili in zmanjšali finančne vire ZZZS oziroma OZZ. Hkrati pa so se ob tem znatno zaostri la tudi temeljna vprašanja solidarnosti glede enakih bremen pri plačevanju obveznih prispevkov za OZZ.

ZZZS je v letu 2010 in 2011 na osnovi obsežne analize posameznih kategorij zavezancev za plačevanje prispevkov za OZZ pripravil celovit predlog za uvedbo enotne prispevne stopnje in uvedbo spodnjih limitov za zneske prispevkov posameznih kategorij zavezancev. Enotno prispevno stopnjo naj bi za enak obseg pravic brez izjeme plačevale vse kategorije zavarovancev oziroma zavezancev za plačilo. Spodnji limiti oziroma minimalni zneski pa naj bi se uvajali pri tistih kategorijah (podjetniki, samozaposleni, kmetje idr.), ki so zaradi prikazovanja nizkih dohodkov plačevali bistveno manjše oziroma premajhne prispevke za OZZ v primerjavi s povprečjem. Uveljavitev teh sprememb bi zmanjšala razlike v obremenitvah med zaposlenimi in samozaposlenimi kategorijami zavarovancev ter prispevala k večji solidarnosti.

ZZZS je za krepitev solidarnosti v sistemu predlagal tudi širitev osnov za prispevke iz plač na druge prejemke oseb (vključno s študentskim delom) in zaostritev odgovornosti za redno poravnavanje obveznosti.

Za stabilizacijo sistema je pomembna tudi uvedba novih javnofinančnih virov (ZZZS je predlagal trošarine za sladke pijače idr.), ki pa bi morali biti namenjeni predvsem omogočanju in pospeševanju razvoja v sistemu zdravstvenega varstva (promocija zdravja, preventiva, uvajanje novih zdravstvenih tehnologij in zdravil).

Za vzpostavitev dolgoročne stabilnosti javnih sredstev OZZ je strateškega pomena tudi sistemska ureditev dolgotrajne oskrbe.

3.3.3. Možnosti na področju pravic iz OZZ

ZZZS se zavzema za uresničevanje načel univerzalnosti na področju pravic iz OZZ (univerzalna pokritost z OZZ, univerzalen dostop do pravic, univerzalna košarica pravic), ki jih za javne zdravstvene sisteme v EU zagovarjata tudi Evropska komisija in Evropski urad SZO. Hkrati je treba nujno poskrbeti za to, da se na državni ravni omogočijo razmere za opredelitev in izvedbo seznama (registra) vseh zdravstvenih storitev, ki so dovolj kakovostne in varne, da se opravljajo v Sloveniji, da bo ZZZS v skladu s svojimi pristojnostmi lahko oblikoval seznam zdravstvenih storitev, ki se v celoti ali delno plačuje v breme OZZ. S tem bodo vzpostavljeni pogoji tudi za uvedbo sistema stalnega vretnotenja zdravstvenih tehnologij (HTA), kar bo omogočalo uvajanje novih in spremljanje ter opuščanje starih pravic (tehnologij zdravljenja), ki za vložene stroške ne dajejo dovolj velikih učinkov.

ZZZS se bo zavzel tudi za predloge izvzetja pravic iz OZZ, in sicer:

- za posamezne storitve ali dajatve, ki niso pomembne z vidika načela univerzalne košarice pravic,
- za posamezne pravice, ki nimajo neposredne povezave s sistemom pravic iz OZZ oziroma jih je mogoče prenesti v financiranje proračuna (financiranje pripravnikov, specializacij, tako imenovanih terciarnih storitev idr.).

3.3.4. Možnosti za obvladovanje izdatkov iz OZZ

Glede na osnovne dejavnike rasti zdravstvenih izdatkov, ki so opisani v poglavju 3.1.3. je tudi razvojne možnosti za njihovo obvladovanje potrebno iskati na strani povpraševanja (zavarovane osebe) in na strani ponudbe zdravstvenih storitev (pri izvajalcih).

Možnosti na strani povpraševanja, na katere lahko ZZZS vpliva s svojimi strateškimi ukrepi, so v skladu z razvojnimi strategijami SZO in Evropske komisije, v obdobju 2014–2019 predvsem naslednje:

- **podpora projektom in programom promocije zdravja in preventivni dejavnosti:** ne gre le za specifične zdravstvene programe, ampak tudi za ukrepe različnih nezdravstvenih sektorjev (delovno okolje, promet, prehrana idr.), s katerimi se preprečuje ali zmanjšuje obremenjevanje zdravstvene službe z zdravljenjem bolezni in poškodb; posebej pomembni so ukrepi za boljše zdravje in varnost pri delu;
- **podpora projektom in programom za pravilno in racionalno uveljavljanje pravic v javni zdravstveni službi:** gre za zmanjševanje nepotrebne ali neprimerne izkoriščanja zdravstvenih zmogljivosti (brez zdravstvenih razlogov), uveljavljanje pravilne in racionalne rabe zdravil, medicinskih pripomočkov in predvsem tudi pravilno in odgovorno sodelovanje pri preventivnih programih in programih za (samo)oskrbo pri kroničnih boleznih.

Za obvladovanje povpraševanja po storitvah, ki izhajajo iz dolgoročnih demografskih trendov, pa bi bilo nujno sistemsko urediti predvsem področje tveganj bolezni in poškodb iz dela ter področje dolgotrajne oskrbe za dolgoročno reševanje spremenjenih potreb in povpraševanja po specifičnih storitvah. Za to bodo potrebne sistemske spremembe (reforma). Z vidika stabilnega poslovanja ZZZS oziroma izvajanja OZZ pa je pri uveljavljanju projekta dolgotrajne oskrbe pomembno, da bo projekt upravičen, v kolikor se bodo zagotovili pogoji za čim daljšo obravnavo od zunanje pomoči odvisnih oseb na domu ter da se bodo realizirali zmanjšani pritiski na institucionalne oblike storitev nege (socialni zavodi in bolnišnično zdravljenje).

Evropska komisija in Evropski urad SZO poudarjata, da je osnovna priložnosti v času krize izboljšati stroškovno učinkovitost izvajanja zdravstvenih dejavnosti v javnih zdravstvenih sistemih. Možnosti za boljše obvladovanje izdatkov na strani ponudbe zdravstvenih storitev (pri izvajalcih), na katere lahko vpliva ZZZS, so predvsem:

- **finančne spodbude v okviru obračunskih modelov** za plačevanje zdravstvenih storitev, zdravil in medicinskih pripomočkov za bolj učinkovito in kakovostno delo;
- **strateško naročanje programov:** nanaša se na načrtovane nakupe programov zdravstvenih storitev, zdravil, medicinskih pripomočkov idr., ki so strateškega oziroma prednostnega pomena (za zdravje prebivalstva, za boljšo dostopnost do storitev, za večjo učinkovitost izvajalcev, idr.);
- **redne in sistematične nadzorne aktivnosti** na vseh področjih izvajanja OZZ;
- **zmanjševanje administrativnih postopkov** pri urejanju odnosov z izvajalci zdravstvenih storitev;

- **informatizacija vseh oblik izmenjave podatkov in elektronska komunikacija** z izvajalci zdravstvenih storitev.

Ključni mehanizmi za uveljavitev večje učinkovitosti in uspešnosti izvajalcev zdravstvenih storitev pa so vendarle v rokah Ministrstva za zdravje in managementa izvajalskih organizacij. Med njimi bi bilo potrebno kar najhitreje na sistemski ravni urediti naslednja vprašanja:

- vprašanje načrtovanja razvoja zdravstvenih zmogljivosti: sprejetje plana zdravstvenega varstva; določitev mreže javne zdravstvene službe; upravljanje s kadrovskimi in drugimi viri;
- vprašanje upravljanja zdravstvenih zavodov: gre za vprašanje in način uresničevanja avtonomije in odgovornosti vodstvenih kadrov v javnem zdravstvu;
- spremembe na področju organizacije zdravstvenih dejavnosti, ki so nujne za bolj učinkovito in uspešno porabo razpoložljivih virov OZZ;
- ostale sistemske rešitve za bolj racionalno organizacijo zavodov ter večjo učinkovitost nosilcev izvajanja storitev.

3.4. Notranje razvojne možnosti

V razvojnem obdobju 2014–2019 so pred strokovno službo ZZZS zelo zahtevne in kompleksne naloge, ko bo v oteženih pogojih poslovanja potrebno zagotavljati zavarovanim osebam pokritost z OZZ, nemoten dostop do pravic in optimalno oziroma kakovostno izvedbo zdravstvenih programov. Poleg tega pa bo za stabilizacijo razmer na področju izvajanja OZZ potrebno narediti tudi določen razvojni oziroma kakovostni preskok, za kar bodo potrebne izboljšave notranjih procesov, določeni premiki pri upravljanju s kadrovskimi viri in nadaljnji razvoj informacijskega sistema.

Vsekakor pa bodo na notranje razvojne možnosti v prihodnjem obdobju izdatno vplivale tudi spremembe zakonskih predpisov, ki bodo izšle iz najavljene zdravstvene reforme, ki je spričo krize nujno potrebna ne le zaradi nujnega prilagajanja celotnega zdravstvenega sistema staranju prebivalstva in drugim sorodnim razvojnim izzivom, temveč tudi zaradi izboljšanja javnofinančnih virov in drugih ukrepov za stabilizacijo razmer v zdravstvu.

3.4.1. Možne spremembe pri upravljanju s kadrovskimi viri in izboljšave notranjih procesov

Zaposleni so največje bogastvo v storitveni organizaciji, kakršna je ZZZS. S svojim znanjem in izkušnjami ustvarjajo vrednost – zagotovijo izvajanje poslanstva, in dodano vrednost – zagotavljajo razvoj in določeno raven kakovostnih storitev za stranke. Tudi v času, ko je poudarek na avtomatizaciji oziroma informatizaciji poslovnih procesov, ZZZS potrebuje še bolj izobražene in pripadne sodelavce v zadostnem številu. Razlika od časov »neavtomatiziranih« procesov je predvsem izobrazbena struktura in raven znanja, saj se vsakdanje delo spreminja z vse večjo dinamiko iz manj zahtevnih ali enostavnejših nalog v kompleksnejše, zelo zahtevne postopke in opravila. Izobrazbena struktura objektivno narašča v smeri višanja potrebne stopnje in ustrezne smeri izobrazbe ter specifičnih znanj, ki jih ZZZS nujno potrebuje od zaposlenih: zdravniki, farmacevti, ekonomisti, pravniki, informatiki. Četudi se delovni procesi spreminjajo, se navade strank, ki potrebujejo storitve ZZZS, ne spreminjajo tako hitro. Poslovni in delovni procesi so vse bolj centralno upravljani: informacijsko podprti poslovni procesi z vgrajenimi avtomatskimi kontrolami, analitski sistem idr. ZZZS še vedno potrebuje referente, ki vsak dan delajo s strankami

– to je poslovno mrežo, razporejeno po Sloveniji. Čeprav imajo stranke vsak dan večje možnosti elektronskega poslovanja z ZZZS, mora tudi elektronske vloge nekdo obdelati, tako da ukinitve referentskih delovnih mest v celoti niti ni pričakovati.

ZZZS ima kot izvajalec OZZ v Sloveniji številne naloge, ki jih izvaja glede na obstoječo zakonodajo, potrebe strank, glede na spremembe zakonodaje pa tudi razvojne naloge in potrebne izboljšave v sistemu. ZZZS ima dolžnost ne glede na število zaposlenih obdelati vse vloge strank v predpisanih zakonskih rokih. To so zahteve po urejanju zavarovanj in spremembah v statusu zavarovanja. Pri tem ne gre le za OZZ, temveč tudi za ostala socialna zavarovanja v državi: pokojninsko – invalidsko, zavarovanje za brezposelnost in za starševsko varstvo. ZZZS je upravljalec ene najbolj »živih« baz podatkov o zavarovanih osebah, ki se jih poslužujejo najrazličnejši subjekti v državi (njihovo število narašča) ob pogoju pravne podlage za vpogled oziroma pridobivanje podatkov iz nje. Obseg dela se povečuje tudi s spremembami na področju mednarodnih predpisov – EU zakonodaje in bilateralnih sporazumov (vedno več jih je, vse bolj se sistem »drobi« na dejansko obravnavo posamezne zavarovane osebe). Podobno je na drugih poslovnih področjih, kjer se povečuje obseg dela zaradi vse večje zahtevnosti strank, izvajalcev, dobaviteljev in regulatorja sistema: zahteve po dodatnem preračunavanju finančnega načrta, priprava dodatnih gradiv in analiz. Dodatno ali pa zaradi tega k obremenitvam prispeva tudi pomanjkanje finančnih sredstev v sistemu, ki ne zmanjšuje, temveč povečuje obseg dela.

Na obseg dela v ZZZS in potrebne prilagoditve po poslovnih procesih, vpliva celoten sklop sprememb v zakonodaji, ki se je zgodil zlasti v letih 2011 in 2012 in se bo pričakovano intenzivno dogajal tudi v prihodnje. Tako je pričakovati še nadaljnjo širitev obveznosti ZZZS s prenosom Direktive 2011/24/EU o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu v nacionalni pravni red z oktobrom 2013 in sklenitvijo še dveh napovedanih bilateralnih meddržavnih sporazumov o zdravstvenem varstvu. Prav tako bo širitev obveznosti ZZZS povzročil aktualni Zakon o delovnih razmerjih, s katerim je v določenih primerih dana možnost uveljavljanja izplačila nadomestila plače neposredno zavarovani osebi na podlagi njene zahteve.

Ob zakonskih spremembah na področju socialne zakonodaje so v ZZZS vedno potrebne strokovne prilagoditve – interna navodila, usposobitev osebja, notranje prilagajanje organizacije dela in informacijske prilagoditve sistema. Za to je potrebno zadostno število visoko usposobljenih sodelavcev, z aplikativnimi izkušnjami, kajti v nasprotnem primeru pride do motenj v sistemu. Informacijska podpora mora slediti tudi drugim potrebam in zahtevam iz okolja: potrebam po dodatnih podatkih ZZZS, eksternih projektih (npr. centralna baza zdravil, baza podatkov o izvajalcih, eZdravje), razvoju tehnologije, ipd. Tudi država si prizadeva za uvedbo elektronskega poslovanja in s tem povečuje zahteve glede informacijskega sistema, za kar bo potrebno zagotoviti več kadra za informacijski sistem. Le tako bo zagotovljeno nemoteno kontinuirano delovanje zdravstvenega informacijskega sistema (on-line, neprekinjeno delovanje 24 ur/dan, 7 dni/teden, vse dni v letu).

Poslovna mreža, ki je vezana na obseg dela, a še bolj kot to na zagotavljanje dostopnosti do storitev ZZZS zavarovanim osebam, že doživlja spremembe. Manjši kraji in oddaljenejša lokacije bodo v prihodnje nujno imele zmanjšan odpiralni čas izpostav ZZZS ali pa bodo ostale sploh brez referenta ZZZS, ki velikokrat ni le tisti, ki vloge strank sprejema, pač pa daje tudi informacije. Stranke imajo sicer še druge možnosti, a se jih ne poslužujejo v zadostni meri. Celo predstavniki pravnih oseb ne izkoriščajo vseh elektronskih možnosti, ki bi jih že nekaj let lahko in raje urejajo zavarovanja osebno na okencih ZZZS.

Poleg navedenega se ZZZS zaveda potrebe po razvoju sistema OZZ, določen razvoj pa usmerjeno zahteva tudi Računsko sodišče Republike Slovenije s svojimi priporočili, ki naj bi

zniževala tveganja z njihovega vidika: nadaljnje razvijanje informacijskega sistema ZZZS v smeri avtomatiziranja kontrol, pripravo ocen tveganj za posamezna področja ter na podlagi predhodnih analiz podatkov povečanje nadzornih aktivnosti pri izvajalcih zdravstvenih storitev in dobaviteljih medicinskih pripomočkov, s pomočjo informacijske podpore odpravljanje administrativnih ovir in preprečevanje goljufij (predvsem na področjih: zdravil in medicinskih pripomočkov, v nadzoru nad izvajalci zdravstvenih storitev, v laičnih nadzorih zavarovancev v času bolniškega staleža) ter v optimizacijo nakupne funkcije in razvoj obračunskih modelov (prilagajanje izdelave novih kalkulacij cen zdravstvenih storitev)³¹.

Kadrovska situacija v ZZZS je v zadnjih letih pod vplivom zahtev zunanjega okolja. Po drugi strani pa ZZZS zelo težko pridobi zdravnike, ki bi se želeli zaposliti na nadzornih in drugih strokovnih nalogah v ZZZS. Problem je med drugim tudi plačni sistem. Poleg tega pa Vlada RS že od leta 2007 zahteva od ZZZS znižanje dovoljenega števila zaposlenih oziroma plana kadrov. V tem obdobju se je plan kadrov znižal za 6 % oziroma za 56 delovnih mest (iz 942 na 886), število zaposlenih pa se je znižalo že za 60 delovnih mest (iz 922 na 862). Pritrdimo lahko, da je šlo pri zniževanju plana kadrov in števila zaposlenih do leta 2012 za določeno prisilo, ki je pomenila racionalizacijo, ter da je potrebno optimizirati poslovne procese z učinki avtomatizacije na ravni 886 zaposlenih v ZZZS. Po drugi strani se ugotavlja, da zahteva po nadaljnjem znižanju dovoljenega števila zaposlenih v letih 2013 in 2014 ter nadaljnje nižanje števila zaposlenih realno ni možno brez velikih sprememb v poslovanju ZZZS (poslabšanju) za vse subjekte, ki sodelujejo z ZZZS: zavarovane osebe, podjetja, druge javne službe, izvajalce in dobavitelje, Ministrstvo in druge organe, s katerimi ZZZS sodeluje. Če bi ZZZS upošteval zahteve po dodatnem znižanju od 886 zaposlenih navzdol, bi bilo potrebno odpuščanje delavcev ZZZS (s čimer bi nastali dodatni stroški) in temeljita reorganizacija – ukinitvev dobršnega dela izpostav. Posledično bi to dejansko pomenilo:

- bistveno poslabšanje dostopnosti strank do storitev ZZZS,
- podaljšanje roka za reševanje vlog strank,
- prenehanje proaktivnega urejanja zavarovanja nezavarovanim osebam,
- slabšo obravnavo izvajalcev – če ne bo sprememb na področju plačne politike, se bo zmanjšalo tudi število nadzorov,
- ZZZS ne bo mogel več zagotavljati sodelovanja svojih delavcev v projektih Ministrstva za zdravje in drugih institucij,
- slabšo odzivnost do okolja nasploh,
- krepko znižanje kakovosti storitev,
- zelo oteženo izpolnjevanje ali celo nezmožnost izpolnjevanja revizijskih priporočil,
- slabšanje obstoječega analitičnega servisa,
- ustavitev razvoja in z leti nazadovanje dosežene razvojne stopnje, na kateri je ZZZS.

ZZZS bi nujno potreboval določene sistemske popravke na plačnem področju, vsaj za izboljšanje položaja zdravnikov, ki že predstavlja nevzdržno stanje in veliko tveganje za izvajanje osnovnega poslanstva ZZZS oziroma zakonskih pooblastil. Iz tabele 28 je razvidno gibanje zaposlenih od leta 2007 do 2012. Iz razkoraka med planom števila delovnih mest in dejansko realizacijo na zadnji dan v letu je razbrati manjkajoče število zaposlenih zdravnikov.

Iz navedenega je mogoče zaključiti, da ZZZS v prihodnje ne bo mogel več slediti zahtevam iz okolja po nadaljnjem zmanjševanju števila zaposlenih ob hkratnem nalaganju dodatnih nalog,

31 Računsko sodišče RS je v okviru revizijskega poročila »Prejem, obdelava in nadzor zahtevkov na Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije« št. 320-5/2011/77 z dne 11. 12. 2012 podalo 18 priporočil za izboljšave poslovanja ZZZS, ki večinoma zahtevajo dodatna finančna ali kadrovska vlaganja na področju informacijskega sistema in nadzornih aktivnosti.

Tabela 28. Plan in število zaposlenih po letih – dejansko (od 2007 do 2012) in projekcija (od 2014 do 2019).

leto	plan	realizacija	pesimistična projekcija	realna projekcija
2007	942	922		
2008	932	922		
2009	913	910		
2010	904	884		
2011	895	885		
2012	886	862		
2013	859		859	865
2014	858		858	886
2015			857	886
2016				886
2017				886
2018				886
2019				886

Vir: podatki ZZZS

saj želi prispevati v sistemu OZZ kakovostne storitve in krepi položaj plačnika ter zaupanja vrednega zavarovalca.

Pričakovane prednostne usmeritve na področju razvoja kadrov in izboljšav notranjih procesov so:

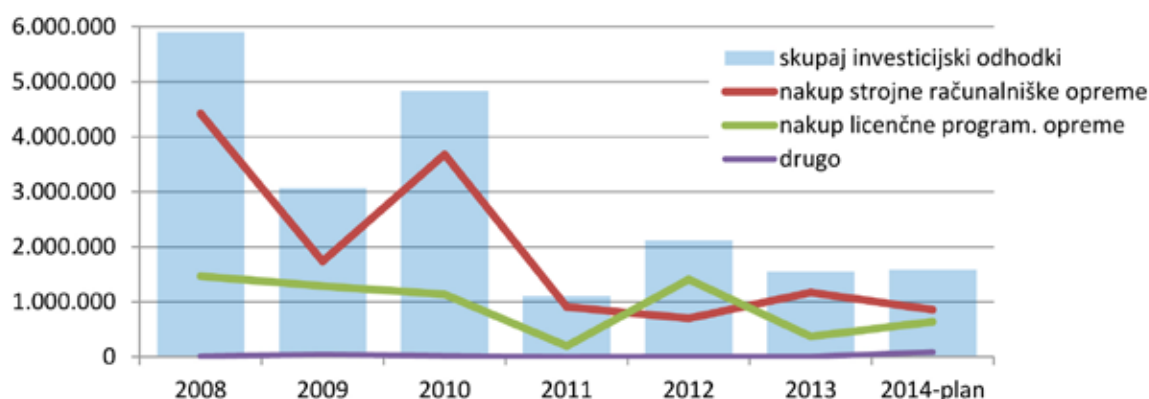
- prednostno zagotavljanje visoko usposobljenih in motiviranih kadrov za izvajanje medicinskega nadzora,
- prednostno zagotavljanje visoko usposobljenih in motiviranih kadrov za razvijanje informacijskih rešitev in IKT tehnologije,
- zagotavljanje odličnih storitev zavarovalnega servisa zavarovanim osebam in drugim strankam,
- odpravljanje administrativnih ovir pri uveljavljanju storitev za stranke.

3.4.2. Razvojne možnosti na področju informacijskega sistema

Razvoj informacijskega sistema ZZZS je ključnega pomena za obvladovanje kompleksnih informacij, ki so potrebne za izvajanje OZZ. Pri razvoju informacijskega sistema v obdobju 2014–2019 se bo upoštevalo vzpostavljene informacijske in telekomunikacijske infrastrukture, aplikativne rešitve, baze podatkov ter obstoječe znanje in izkušnje.

Osrednje vodilo bodo potrebe ZZZS, ki izhajajo iz SRP, s katerimi bo ZZZS zagotavljal učinkovito komuniciranje in poslovanje z notranjimi in zunanji strankami. Strateškega pomena je širjenje elektronskih storitev za zavarovane osebe, izvajalce, zavezance in druge stranke oziroma poslovne partnerje ZZZS, pri čemer bo v še večji meri uporabljal zbrane podatke za upravljanje in razvoj OZZ v državi. Informacijski sistem bo ZZZS sproti dograjeval tudi zaradi sprememb zakonodaje in drugih zahtev iz okolja.

Ministrstvo za zdravje že dlje časa vodi in izvaja projekt eZdravje za informacijsko podporo zbirkam in izmenjevanju podatkov v zdravstvu in za podporo uvajanju sodobnih, informacijsko podprtih postopkov zdravljenja. Pričakovati je sodelovanje ZZZS na področjih, ki se povezujejo z OZZ. Rešitve lahko prinesejo pridobitve za zavarovane osebe, izvajalce zdravstvenih storitev in ZZZS.



Slika 22. Investicijski odhodki za informacijski sistem ZZZS od leta 2008 do 2014 (plan).

Ministrstva in drugi nacionalni subjekti bodo gradili nacionalne informacijske infrastrukture in zbirke podatkov (Akcijski načrt EUprave za obdobje 2010–2015), ki jih bo mogoče uporabiti za poenostavitev rešitev elektronskega poslovanja in postopkov za zavarovane osebe in službe ZZZS.

Nadaljnji razvoj informacijskega sistema ZZZS bo odvisen od razvoja informacijske in telekomunikacijske tehnologije. Aktualni bodo predvsem naslednji razvojni tehnološki trendi:

- uporaba mobilnih naprav za dostop do podatkov in elektronskih storitev,
- uporaba portalov za elektronsko komunikacijo posameznika z različnimi subjekti in komunikacijo med poslovnimi subjekti,
- uporaba spletnih storitev za avtomatizirano izmenjevanje podatkov med informacijskimi sistemi poslovnih partnerjev,
- uporaba sistemov za analiziranje velikih količin podatkov za spremljanje različnih vidikov poslovanja, ugotavljanje napak in zlorab, izvajanje različnih razvojnih nalog,
- tehnologije za avtomatizirano izvajanje poslovnih pravil, ki omogočajo lažje vzdrževanje vse bolj kompleksnih informacijskih rešitev,
- uvajanje novih poslovnih modelov zagotavljanja informacijskih infrastruktur in aplikativnih rešitev (t.im. računalništvo v oblaku),
- večanje zmogljivosti procesorjev, diskovnih sistemov in nove funkcionalnosti sistemov za upravljanje z bazami podatkov, aplikacijskih strežnikov in drugih rešitev,
- nove rešitve za povečevanje razpoložljivosti, varnosti, lažji nadzor in upravljanje ter zagotavljanje energetske varčnosti informacijske opreme,
- večanje zmogljivosti žičnih in brezžičnih javnih komunikacijskih infrastruktur, mrežnih naprav, nove rešitve za krepitev omrežne varnosti,
- internetna telefonija in druge oblike sodobnih komunikacij.

Nadaljnji razvoj informacijskega sistema bodo krojili tudi razpoložljivi finančni in kadrovske viri. Večanje števila informacijskih rešitev zahteva večja finančna sredstva za vzdrževanje in kadrovske vire za upravljanje teh rešitev. Z ukrepi za učinkovito izrabo informacijske opreme in z učinkovito organizacijo dela se bo zagotavljalo, da bodo potrebni dodatni viri čim manjši.

Ker so poslovni procesi ZZZS podprti z vse bolj kompleksnimi in med seboj povezanimi informacijskimi rešitvami, bo nujno potrebno krepiti informacijsko-procesna znanja vsebinskih nosilcev poslovanja za uspešno planiranje in uvajanje sprememb in dopolnitev procesov in informacijskih rešitev.

Iz slike 22 je razvidno, da odhodki za investicije v informacijski sistem ZZZS po letih padajo, zato bi bilo potrebno za realizacijo razvojnih nalog in projektov ta trend zaustaviti.

Pričakovane razvojne usmeritve na področju informacijskega sistema ZZZS v obdobju 2014–2019 so naslednje:

- poenostavitev in izboljšava postopkov poslovanja s strankami s širjenjem informacijske podpore, uvajanjem možnosti elektronskih poizvedb, zagotavljanjem elektronske komunikacije (stranke: zavarovane osebe, zavezanci za plačilo prispevkov, izvajalci zdravstvenih storitev, dobavitelji MP, mednarodni organi idr.),
- izboljšanje zmogljivosti za obdelavo kompleksnih podatkov v podatkovnih skladiščih za razvojne in operativne analize ter nadaljnjo avtomatizacijo nadzornih aktivnosti,
- zagotavljanje zanesljive, sodobne in stroškovno učinkovite informacijske infrastrukture,
- celovito upravljanje informacijske varnosti in varnosti podatkov,
- celovito upravljanje kakovosti informacijskih in komunikacijskih storitev,
- zagotavljanje visoko usposobljenih kadrovskega virov ter učinkovite organizacije dela.

4. Strateški izzivi, poslanstvo, vrednote in razvojna vizija

4.1. Strateški izzivi

ZZZS je 17. 4. 2013 izvedel interno razvojno konferenco, na kateri je predstavil in obravnaval rezultate analize stanja in analize razvojnih možnosti v okviru oblikovanja SRP za obdobje 2014–2019. Na konferenci je sodelovalo širše vodstvo in vabljeni strokovni delavci ZZZS.

Konferenca je potekala na podlagi SWOT analize³² kot kvalitativne metode strateškega planiranja z namenom izostritve vpliva in pomena notranjih in zunanjih dejavnikov razvoja ter identifikacije osnovnih strateških izzivov v novem razvojnem obdobju 2014–2019. Predmet SWOT analize na konferenci je bil ZZZS kot izvajalec sistema OZZ.

V plenarnem delu konference so bili predstavljeni rezultati analize stanja in razvojnih možnosti, ki so bili pripravljene v okviru oblikovanja SRP, in sicer po osnovnih vidikih poslovanja (vidik strank, vidik finančnega poslovanja, vidik notranjih procesov in vidik učenja oziroma (kadrovske) rasti. Udeleženci konference so nato razpravljali o zaznanih prednostih³³ in slabostih³⁴ sedanjih ukrepov na področju izvajanja OZZ ter priložnostih³⁵ in tveganjih³⁶, ki se nakazujejo z razvojem v prihodnje, v treh delovnih skupinah. Delovne skupine so obravnavale razvojna vprašanja na naslednjih treh ključnih področjih izvajanja OZZ (ter znotraj njih na slednjih za področje specifičnih aktivnosti):

1. urejanje zavarovanja in plačevanje prispevkov:
 - urejanje zavarovanj,
 - pokritost z zavarovanjem,
 - plačevanje obveznosti/prispevkov,
 - način obračunavanja.
2. sistem (košarica) pravic iz OZZ (zdravstvene storitve, zdravila, MP in denarne dajatve) in dostopnost:
 - pokritost s pravicami in vrste pravic,
 - finančna dostopnost,
 - fizična dostopnost,
 - zadovoljstvo zavarovanih oseb.
3. razporejanje sredstev za nakup zdravstvenih programov (zdravstvene storitve, zdravila, MP):
 - zdravstvene potrebe in povpraševanje po programih,
 - zdravstvene zmogljivosti in ponudba storitev,
 - partnerski odnosi in nadzorni mehanizmi,
 - obračunski modeli in spodbude za doseg ciljev.

32 Kratica SWOT je sestavljena iz začetnih črk angleških besed: S – strengths (prednosti), W – weaknesses (slabosti), O – opportunities (priložnosti), T – threats (tveganja, nevarnosti).

33 Za potrebe konference so bile prednosti opredeljene takole: stanje in trendi s pozitivnim pomenom ali vplivom, ki se nanašajo na ZZZS ali na sistem OZZ.

34 Slabosti: stanje in trendi z negativnim pomenom ali vplivom, ki se nanašajo na ZZZS ali sistem OZZ.

35 Priložnosti: stanje in trendi v zunanjem (političnem, ekonomskem, družbenem) okolju, ki imajo pozitiven pomen ali vpliv na ZZZS ali sistem OZZ.

36 Tveganja: stanje in trendi v zunanjem (političnem, ekonomskem, družbenem) okolju, ki imajo pozitiven pomen ali vpliv na ZZZS ali sistem OZZ.

4.1.1. Prednosti, slabosti, priložnosti in tveganja na področju urejanja zavarovanj in plačevanja prispevkov

Udeleženci konference so na področju urejanja zavarovanja in plačevanja prispevkov identificirali številne prednosti, slabosti, priložnosti in tveganja, ki so povzete v nadaljevanju.

A. Prednosti

1. urejanje zavarovanj:
 - ažurnost urejanja zavarovanj (prim. s poglavjem 2.3.1.),
 - širitev elektronskih prijav v zavarovanje (prim. s poglavji 2.3.1. in 2.3.3.),
2. pokritost z zavarovanjem:
 - 100 %-na pokritost prebivalstva z OZZ (prim. s poglavjem 2.2.1.),
 - nizek delež oseb z neurejenim zavarovanjem (prim. s poglavjem 2.3.1.),
 - aktivno urejanje zavarovanj nezavarovanih oseb (prim. s poglavjem 2.3.1.),
 - preverjanje urejenosti zavarovanja z mobilnimi telefoni in internetom (prim. s poglavjem 2.3.3.),
3. plačevanje obveznosti/prispevkov:
 - elektronska izmenjava podatkov z Davčno upravo Republike Slovenije (prim. s poglavjem 2.3.2.),
 - spremljanje plačila oziroma izterjave prispevkov (prim. s poglavjem 2.3.2.),
 - izvajanje pobotov neplačanih prispevkov z zahtevki za povračilo nadomestil (prim. s poglavjem 2.3.2.),
4. način obračunavanja oziroma porazdelitev bremena prispevkov:
 - nespremenjena prispevna stopnja za aktivno prebivalstvo (prim. s poglavjem 2.3.2.).

B. Slabosti

1. 1. urejanje zavarovanj:
 - znatno povečanje števila vlog za ureditev zavarovanja zaradi krize (prim. s poglavjem 2.3.1.)
 - delež elektronskih prijav v zavarovanje (zlasti iz javnega sektorja) ni optimalen (prim. s poglavjem 2.3.3.)
2. pokritost z zavarovanjem:
 - naraščanje prevar delodajalcev in drugih zavezancev pri prijavah oziroma vključevanju v zavarovanje v času krize (prim. s poglavjem 2.3.1.)
 - zavračanje vključevanja v zavarovanje (prim. s poglavjem 2.3.1.)
3. plačevanje obveznosti/prispevkov:
 - povečuje se znesek dolga delodajalcev in pravnih oseb od neplačanih prispevkov (prim. s poglavjem 2.3.2.),
 - povečuje se znesek dolga samoplačnikov od neplačanih prispevkov (prim. s poglavjem 2.3.2.),
 - spremljanje plačila oziroma izterjave prispevkov (prim. s poglavjem 2.3.2.),
 - izvajanje pobotov neplačanih prispevkov z zahtevki za povračilo nadomestil (prim. s poglavjem 2.3.2.),
4. način obračunavanja oziroma porazdelitev bremena prispevkov:
 - nesprejemljive razlike v bremenih plačevanja prispevkov med posameznimi kategorijami zavezancev (prim. s poglavjem 2.3.2.),
 - nepregledni in nerazumljivi načini določanja obveznosti (višine) prispevka pri določenih kategorijah zavarovancev (prim. s poglavjem 2.3.2.),

- nedosledno izpeljano načelo enake višine prispevne stopnje za enak obseg pravic (prim. s poglavjem 2.3.2.),
- prenizki prispevki posameznih kategorij zavezancev (prim. s poglavjem 2.3.2).

C. Priložnosti:

1. vpliv globalnih razvojnih gibanj:
 - možnost institucionalnega preoblikovanja sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja na širšem področju socialnega varstva (prim. s poglavjem 3.1.1.),
 - možnost celovite preureditve (poenostavitve, defragmentacije) podlag oziroma kategorij zavarovancev oziroma zavezancev zaradi sprememb v sistemskem okolju (prim. s poglavjem 2.1.4.),
2. vpliv ekonomske krize in (možnih) sistemskih sprememb:
 - možnost (interventne) vpeljave novih dodatnih virov za stabilizacijo sistema (prim. s poglavjema 3.2.1. in 3.3.2.),
 - možnost zadolževanja na državni ravni (prim. s poglavjem 3.3.1.),
3. vpliv razvojnih trendov na ravni EU:
 - možnost pridobitve dodatnih sredstev iz strukturnih/kohezijskih skladov EU – projekt Investiranje v zdravje (prim. s poglavjem 3.2.2.).

D. Tveganja:

1. vpliv globalnih razvojnih gibanj:
 - dvojni učinek demografskih trendov – zmanjševanje aktivnega prebivalstva (zmanjševanje prihodkov) in povečevanje starejših (povečevanje odhodkov) (prim. s poglavjem 3.1.1.),
 - uvajanje novih zdravstvenih tehnologij oziroma postopkov zdravljenja in MP brez zagotovljenih finančnih virov (prim. s poglavjem 3.1.2.),
2. vpliv ekonomske krize in (možnih) sistemskih sprememb:
 - padanje javnih izdatkov za zdravstveno varstvo – s 6,8 % BDP v letu 2009 na 6,3 % BDP v letu 2012 – in izdatkov OZZ – s 5,9 % BDP v letu 2009 na 5,8 % BDP v letu 2012 (prim. s poglavjem 2.2.2.),
 - nadaljevanje trenda zmanjševanja prihodkov zaradi brezposelnosti in drugih posledic krize (prim. s poglavjem 2.1.4.),
 - v letu 2010 Slovenija med 7 državami EU z izrazito negativno rastjo izdatkov za zdravstvo (prim. s poglavjem 2.2.2.),
 - pretirano varčevanje zaradi konsolidacije javnih financ na ravni države (prim. s poglavjema 3.2.1. in 3.2.2.),
 - tveganje finančnih vdorov v sistem OZZ in druga vprašanja avtonomije ZZZS na področju prihodkov OZZ (prim. s poglavjem 2.),
3. vpliv razvojnih trendov na ravni EU:
 - odliv pacientov zaradi direktive EU o čezmejnem varstvu in s tem tudi možen odliv finančnih virov za slovenske izvajalce zdravstvenih storitev (prim. s poglavjem 2.2.4).

4.1.2. Prednosti, slabosti, priložnosti in tveganja na področju sistema pravic oziroma dostopa do pravic iz OZZ (do zdravstvenih storitev, zdravil, MP in denarnih dajatev)

Na področju sistema pravic in dostopnosti so bile izpostavljene naslednje strateške prednosti, slabosti, priložnosti in tveganja:

A. Prednosti:

1. pokritost s pravicami in vrste pravic:
 - široka košarica pravic iz OZZ (prim. s poglavjem 2.2.1.),
 - univerzalen dostop do zdravstvene oskrbe v OZZ (prim. s poglavjem 2.2.1.),
2. finančni dostop do pravic:
 - del bremena stroškov za plačilo pravic iz OZZ na zasebnih sredstvih (prim. s poglavjem 2.2.1.),
 - relativno nizki neposredni (»iz žepa«) zasebni izdatki za zdravstvo (prim. s poglavjem 2.2.2.),
3. fizični dostop do pravic:
 - upravljanje (najdaljših dopustnih) čakalnih dob na sekundarni in terciarni ravni v sodelovanju med MZ, IVZ in ZZZS (prim. s poglavjem 2.3.1.),
 - spremljanje pogodbeno dogovorjenih čakalnih dob (prim. s poglavjem 2.3.1.),
 - uveljavljanje standarda 20-minutnega čakanja na obravnave na primarni ravni (prim. s poglavjem 2.3.1.),
4. zadovoljstvo zavarovanih oseb:
 - trend izboljševanja splošnih kazalnikov zdravja kljub krizi (prim. s poglavjema 2.1.2 in 2.3.1.),
 - trend izboljševanja zadovoljstva ljudi z delovanjem zdravstvenega sistema (prim. s poglavjem 2.3.1.),
 - po ocenah EHCI v Sloveniji primerljiv dostop do zdravstvene oskrbe kot v Veliki Britaniji in Belgiji (prim. s poglavjem 2.3.1.).

B. Slabosti:

1. pokritost s pravicami in vrste pravic:
 - preširoka oziroma ne dovolj jasna opredelitev košarice pravic v breme OZZ (prim. s poglavjem 2.2.1.),
 - določene pravice iz OZZ z javnimi viri pokrite na ravni 10 % (prim. s poglavjem 2.2.3.),
2. finančni dostop do pravic:
 - zaradi dvigovanja višine premij vse večja možnost izstopa ljudi iz DPZZ (prim. s poglavjem 2.2.1.),
 - tveganja doplačil za osebe brez DPZZ nesprijemljivo visoka (prim. s poglavjema 2.1.4. in 2.2.),
 - ogrožena zdravstvena varnost za osebe brez DPZZ (prim. s poglavjema 2.1.4. in 2.2.1.),
3. fizični dostop do pravic:
 - podaljševanje čakalnih dob za določene specialistično-ambulantne in bolnišnične storitve kljub regulaciji (prim. s poglavjem 2.3.1.),
 - še vedno predolge čakalne dobe za zobozdravstveno protetiko na primarni ravni (prim. s poglavjem 2.3.1.),

- spremljanje čakalnih dob ni osredotočeno na prednostna področja (prim. s poglavjem 2.3.1.),
 - čakalne dobe so odraz tudi drugih dejavnikov (nenatančno opredeljenih pravic, težav pri nadzorih, organizacije pri izvajalcih, sistem naročanja še ni elektronsko podprt)
4. zadovoljstvo zavarovanih oseb
- spletna anketa ZZZS o zadovoljstvu metodološko ni dovolj zanesljiva (prim. s poglavjem 2.3.1.),
 - ni enotne metodologije za spremljanje zadovoljstva zavarovanih oseb z delovanjem zdravstvenega sistema (prim. s poglavjem 2.3.1.).

C. Priložnosti:

1. vpliv globalnih razvojnih gibanj:
 - podpora programom promocije zdravja in preventivnih storitev (prim. s poglavjem 3.1.1.),
 - sistemska ureditev tveganj poškodb pri delu in poklicnih boleznih ter dolgotrajne oskrbe (prim. s poglavjem 3.3.4.),
 - možnost izvzetja določenih pravic iz OZZ, ki niso ali so manj pomembne z vidika načela univerzalnosti (prim. s poglavjem 3.3.3.),
 - možnost prenosa nezdravstvenih pravic iz OZZ na druga področja socialne varnosti oziroma v breme proračuna (prim. s poglavjem 3.3.3.),
2. vpliv ekonomske krize in (možnih sprememb) systemskega okolja:
 - kriza kot priložnost za izboljšanje stroškovne učinkovitosti zdravstvenega sistema (prim. s poglavjem 3.2.2.),
3. vpliv razvojnih trendov na ravni EU:
 - načelo univerzalnosti oziroma celovita košarica pravic kot temelj evropskih strateških dokumentov (prim. s poglavjem 3.2.2.),
 - možnost vzpostavitve primerljive košarice oziroma kataloga pravic v breme OZZ (prim. s poglavjem 3.3.3.),
 - redno spremljanje in dopolnjevanje kataloga pravic na osnovi metode vrednotenja zdravstvenih tehnologij (HTA) (prim. s poglavjem 3.3.3.),
 - odziv na izvajanje direktive EU o čezmejnem zdravstvenem varstvu (prilagoditev obsega in financiranja programov, izboljšanje kakovosti zdravstvenih storitev, zagotovitev kakovostne analitike).

D. Tveganja:

1. vpliv globalnih razvojnih gibanj:
 - neadekvatno sistemsko prilagajanje rastočim potrebam po storitvah dolgotrajne oskrbe (prim. s poglavjema 3.1.1. in 3.1.3.),
 - neustrezne in pomanjkljive sistemske rešitve za obvladovanje poškodb pri delu in poklicnih boleznih (prim. s poglavjem 3.1.1.),
2. vpliv ekonomske krize in (možnih sprememb) systemskega okolja:
 - vprašljiva sprejemljivost sprememb v košarici pravic iz OZZ (prim. s poglavjem 2.1.4.),
3. vpliv razvojnih trendov na ravni EU:
 - pretiran odliv zavarovanih oseb oziroma »uvoz storitev« zaradi uveljavitve EU direktive (prim. s poglavjem 2.2.4.).

4.1.3. Prednosti, slabosti, priložnosti in tveganja na področju razporejanja sredstev za nakup zdravstvenih programov (zdravstvenih storitev, zdravil in MP)

Na področju nakupov zdravstvenih programov so bile ugotovljene naslednje strateške prednosti, slabosti, priložnosti in tveganja:

A. Prednosti

1. zdravstvene potrebe in povpraševanje po zdravstvenih storitvah, zdravilih in MP:
 - po splošnih kazalnikih zdravje in zdravstveno stanje prebivalcev v Sloveniji na ravni povprečja držav EU (prim. s poglavjem 2.1.2.),
 - zmanjševanje števila kurativnih obiskov na primarni ravni in hkraten trend povečevanja preventivnih obiskov (prim. s poglavjem 2.1.3.),
 - javne kampanje za racionalno in odgovorno ravnanje ljudi (prim. s poglavjem 2.3.1.),
2. zdravstvene zmogljivosti in ponudba zdravstvenih programov (storitev, zdravil in MP):
 - glede zobozdravnikov, farmacevtov in medicinskih sester primerljivi s povprečjem EU (prim. s poglavjem 2.1.3.),
 - trend zmanjševanja povprečne ležalne dobe v bolnišnicah (prim. s poglavjem 2.1.3.),
 - trend povečevanja števila enodnevnih bolnišničnih obravnav (prim. s poglavjem 2.1.3.),
 - prestrukturiranje bolnišničnih v specialistične obravnave (prim. s poglavjem 2.1.3.),
 - zmanjšanje zaostanka za povprečjem držav EU glede števila magnetnih resonanc in CT (prim. s poglavjem 2.1.3.),
 - izboljšanje dostopa do novih zdravil (prim. s poglavjem 2.3.2.),
3. partnerski odnosi in nadzorni mehanizmi:
 - uvajanje oziroma širitev programov promocije zdravja in preventivnih programov (prim. s poglavjem 2.3.1.),
 - uvedba referenčnih ambulant za opolnomočenje kroničnih bolnikov (prim. s poglavjem 2.3.1.),
 - ukrepi za boljši dostop do storitev na sekundarni in terciarni ravni (prim. s poglavjem 2.3.1.),
 - širitev programov nege v socialnih zavodih (prim. s poglavjem 2.3.1.),
 - strateški nakupi prednostnih zdravstvenih programov (prim. s poglavjem 2.3.1.),
 - usmerjanje nadzornih aktivnosti na podlagi analitičnih podatkov (prim. s poglavjem 2.3.1.),
 - informiranje, izobraževanje in ciljno svetovanje izvajalcem (prim. s poglavjem 2.3.1.),
 - uvedba partnerskih pogajanj za zagotovitev MP (prim. s poglavjem 2.3.1.).
4. obračunski modeli in spodbude za doseganje ciljev:
 - informatizirano poslovanje oziroma izvedba projekta IZDATKI (prim. s poglavjem 2.3.3.),
 - določene finančne spodbude za prednostne programe (prim. s poglavjem 2.3.1.),
 - financiranje prospektivnih akutnih bolnišničnih primerov za zmanjšanje čakalnih dob (prim. s poglavjem 2.3.1.),
 - večanje obsega oziroma plačilo preseganja plana izbranih programov za zmanjšanje čakalnih dob (prim. s poglavjem poglavje 2.3.1.),
 - učinkovito razvrščanje zdravil v liste (prim. s poglavjem 2.3.1.),
 - poenoten postopek razvrščanja dragih zdravil na nacionalni ravni (prim. s poglavjem 2.3.1.),

B. Slabosti:

1. zdravstvene potrebe in povpraševanje po zdravstvenih storitvah, zdravilih in MP:
 - umrljivost zaradi raka v Sloveniji nad povprečjem držav EU (prim. s poglavjem 2.1.2.),
 - nad povprečjem EU tudi umrljivost zaradi možganske kapi (prim. s poglavjem 2.1.2.),
 - zaradi demografskih trendov vse večje breme poškodb zaradi padcev (prim. s poglavjem 2.1.2.),
 - povečanje napotitev na specialistično obravnavo s primarne ravni (prim. s poglavjem 2.1.3.),
 - število predpisanih receptov za zdravila poraslo v preteklem obdobju za 6,7 % (prim. s poglavjem 2.1.3.),
 - število izdanih MP poraslo v preteklem obdobju za 11,5 % (prim. s poglavjem 2.1.3.),
2. zdravstvene zmogljivosti in ponudba zdravstvenih programov (storitev, zdravil in MP):
 - število zdravnikov pod povprečjem držav EU (prim. s poglavjem 2.1.3.),
 - število akutnih bolnišničnih postelj nad povprečjem EU (prim. s poglavjem 2.1.3.),
 - delež enodnevnih bolnišničnih obravnav v Sloveniji (13,3 %) še vedno pod povprečjem EU (20,8 %) (prim. s poglavjem 2.1.3.),
 - problem polifarmakoterapije zaradi količine predpisanih zdravil (prim. s poglavjem 2.1.3.),
 - omejitve pri obvladovanju odhodkov za MP (prim. s poglavjem 2.3.2.),
3. partnerski odnosi in nadzorni mehanizmi:
 - zaradi krize zastoj (dodatnih) sredstev za razvoj oziroma za nove zdravstvene tehnologije (prim. s poglavjem 2.3.1.),
 - prednostna vloga primarnega zdravstvenega varstva ni dovolj uveljavljena (prim. s poglavjem 2.3.1.),
 - odsotnost načrtovanja zdravstvenih zmogljivosti (mreže javne zdravstvene službe) na nacionalni ravni (prim. s poglavjema 2.1.4. in 2.3.1.),
 - nepripravljenost partnerjev k spremembi sistema MP (prim. s poglavjem 2.3.1.),
 - pomanjkanje nadzornih zdravnikov in drugih kadrov ZZZS za učinkovito izvedbo nadzornih aktivnosti (prim. s poglavjem 2.3.1.)
4. obračunski modeli in spodbude za doseganje ciljev:
 - določeni programi še vedno plačani po zmogljivostih (po pavšalih) namesto po učinkih ali izidih (prim. s poglavjem 2.3.1.),
 - premalo finančnih spodbud za učinkovito in kakovostno opravljeno delo (prim. s poglavjem 2.3.1.),
 - na nekaterih področjih zastareli, zapleteni in administrativno prezahtevni postopki obračuna (prim. s poglavjem 2.3.1.),
 - preprečevanje namernih nepravilnosti (goljufij) pri obračunu.

C. Priložnosti:

1. vpliv globalnih razvojnih gibanj:
 - promocija zdravja in drugi strateški ukrepi za obvladovanje povpraševanja po storitvah (prim. s poglavjem 3.3.4.),
 - strateški nakupi, finančne spodbude in drugi strateški ukrepi za obvladovanje ponudbe zdravstvenih storitev (prim. s poglavjem 3.3.4.),

- nadaljnja informatizacija procesov in širitev elektronskega poslovanja (prim. s poglavjem 3.3.4.),
 - vzpostavitev sistema razvrščanja v seznam MP ter določanja cenovnih standardov in cen MP (prim. s poglavjem 2.3.1.),
2. vpliv ekonomske krize in (možnih sprememb) systemskega okolja:
- systemska ureditev načrtovanja in usmerjanja razvoja zdravstvenega varstva, in sicer glede načrtovanja zdravstvenih zmogljivosti in določitve mreže javne zdravstvene službe ter glede uvajanja, spremljanja in opuščanja zdravstvenih tehnologij (prim. s poglavjem 3.3.4.),
 - systemska ureditev področja koncesij oziroma javno-zasebnega partnerstva v zdravstvu (prim. s poglavjem 2.1.4.),
 - posodobitev in poenostavitev področja partnerskih in pogodbenih odnosov z izvajalci zdravstvenih storitev (prim. s poglavjem 2.1.4.), ali celo odprava dogovora na področju MP (prim. s poglavjem 2.3.1.),
3. vpliv razvojnih trendov na ravni EU:
- možnost skupnega nastopa z izvajalci pri izvozu zdravstvenih storitev po direktivi EU o čezmejnem zdravstvenem varstvu (prim. s poglavjem 2.2.4.).

D. Tveganja:

1. vpliv globalnih razvojnih gibanj:
- pritiski na rast izdatkov zaradi večjega in spremenjenega povpraševanja po storitvah (prim. s poglavjem 3.1.1.),
 - tveganje finančno nevzdržne ureditve področja dolgotrajne oskrbe in/ali bolezni in poškodb pri delu (prim. s poglavjem 3.3.4.),
2. vpliv ekonomske krize in (možnih sprememb) systemskega okolja:
- tveganje finančnih vdorov na podlagi sklepov vladne arbitraže v okviru partnerskih dogovorov in vprašanje avtonomije ZZZS (prim. s poglavjem 2.)
 - dosednji predlogi systemskih sprememb za bolj racionalno in učinkovito izvedbo zdravstvenih programov niso uspeli (prim. s poglavjema 2.1.4. in 3.3.4.),
3. vpliv razvojnih trendov na ravni EU:
- terjanje povračil v primeru odliva bolnikov oziroma uvoza storitev po uveljavitvi direktive EU o čezmejnem zdravstvenem varstvu (prim. s poglavjem 2.2.4.).

4.1.4. Osnovni razvojni problemi – strateški izzivi

Ob zaključku SWOT konference so udeleženci obravnavali in uskladili še stališča glede osnovnih razvojnih problemov oziroma strateških izzivov, ki izhajajo iz opisanih analiz. Usklajeni pogledi vodstvenih in drugih kadrov glede osnovnih strateških izzivov so bili osnova za opredelitev temeljnih razvojnih usmeritev (globalnih ciljev, prim. s poglavjem 5) na področju obveznega zdravstvenega zavarovanja in poslovanja ZZZS v razvojnem obdobju 2014–2019. Razprava je nakazala naslednje osnovne razvojne probleme pri izvajanju OZZ oziroma poslovanju ZZZS v državi:

1. slabšanje zdravstvene varnosti prebivalstva,
2. tveganja glede dostopnosti do pravic iz OZZ,
3. ne dovolj razširjeno elektronsko poslovanje s strankami,
4. premajhna oziroma neizmerjena učinkovitost in kakovost zdravstvene oskrbe,
5. nezadostni finančni viri za stabilno izvajanje OZZ oziroma poslovanje ZZZS,
6. pregledna in učinkovita poraba sredstev OZZ,
7. nadaljnja informatizacija in racionalizacija notranjih procesov ZZZS,

8. premalo izkoriščeni podatki iz kompleksnih baz podatkov ZZZS,
9. pomanjkanje kadrov in slabitev kadrovskega potenciala ZZZS na ključnih področjih.

1. Slabšanje zdravstvene varnosti prebivalstva

Kot je pokazala analiza stanja in interna razprava so bile v času krize po letu 2009 zaznane številne slabosti zlasti pri izpolnjevanju obveznosti zavezancev za urejanje zavarovanj in plačevanje obveznih prispevkov za OZZ. Javnost se je v preteklih letih začela soočati z različnimi prevarami delodajalcev in drugih zavezancev tako pri spreminjanju statusov zavarovanj (prijave in odjave v zavarovanje), kot tudi pri plačevanju prispevkov za OZZ, ki je zakonska obveza. Zaznani so bili za uresničevanje načela solidarnosti tudi zelo nevarni poskusi zavračanja vključitve v OZZ, še bolj pa tudi plačevanja prispevkov za OZZ. V preteklih letih se je znatno povečal ne le znesek dolga delodajalcev in pravnih oseb od neplačanih prispevkov, temveč tudi znesek dolga samoplačnikov.

Strokovna služba ZZZS je bila kljub manjšanju števila zaposlenih zaradi zahtev po varčevanju v javnem sektorju soočena z velikim porastom števila vlog za urejanje zavarovanja. Orientacija v elektronsko opravljanje prijav in odjav je bila sicer uspešna, vendar pa zaradi nepripravljenosti na hitrejše razvojne korake v okolju daleč od optimalne.

Ker bremena krize ne smejo nositi socialno ali zdravstveno ogrožene osebe, se na področju urejanja OZZ kot prvi **strateški izziv** kaže **krepitev solidarnosti za ohranjanje optimalne zdravstvene varnosti** (pokritosti oseb z OZZ), kjer bo ključnega pomena:

- nemoteno vključevanje oseb in preprečevanje prevar pri urejanju OZZ,
- enostavne, učinkovite, kakovostne storitve zavarovanja,
- prenova sistema urejanja statusov zavarovanih oseb.

2. Tveganja glede dostopnosti do pravic

Razprava o različnih vidikih zagotavljanja oziroma dostopa do pravic, ki se financirajo iz OZZ, je na prvem mestu izpostavila tveganja in slabosti glede sedanje ureditve sistema doplačil oziroma DPZZ, ki so prišle na dan še zlasti v času poglobljanja krize. Ureditev košarice pravice iz OZZ, ki se v določenem deležu financira tudi z doplačili oziroma na osnovi DPZZ, se izkazuje kot zelo tvegana – zlasti zaradi morebitnega ogrožanja finančne dostopnosti do pravic iz javnega naslova oziroma OZZ. Zaradi povečevanja deleža doplačil oziroma obveznosti izvajalcev DPZZ (nekatero pravice iz OZZ so s sredstvi OZZ pokrita le še na ravni 10 %) in posledičnega (nekontroliranega) dvigovanja cen premij se zdi vse bolj realna možnost bolj množičnega izstopa nekaterih (socialno šibkejših) skupin prebivalstva iz DPZZ. Tveganja doplačil za osebe brez DPZZ postajajo nesporejemo visoka in lahko v primeru neposrednih doplačil resno ogrozi njihovo socialno (oziroma zdravstveno) varnost. Zato se bo ZZZS na nacionalni ravni zavzel za odpravo ali temeljito prenovo sistema doplačil oziroma ureditev DPZZ na način, kjer tveganja doplačil ne bodo ogrožala osnovne socialne varnosti posameznikov in gospodinjstev.

V Sloveniji se srečujemo tudi s problemom neodgovorne oziroma prevelike uporabe zdravstvenih storitev – zlasti gre pri tem za obiske zunaj-bolnišnične ambulantne dejavnosti (na primarni in sekundarni ravni) in preveliko porabo zdravil. V sedanjem sistemu OZZ in DPZZ ni dovolj spodbud za bolj odgovorno ravnanje ljudi oziroma za obvladovanje prevelikega povpraševanja po storitvah. Zato se zdi v Sloveniji promocija zdravja ne le orientacija v bolj odgovorno skrb za lastno zdravje, temveč tudi uveljavljanje bolj odgovorne uporabe zdravstvenih zmogljivosti v državi.

Zaradi finančnih restrikcij so zastali nekateri sicer zelo ugodni trendi izboljševanja dostopnosti oziroma skrajševanja čakalnih dob. Primeren dostop in primerljiva kakovost zdravstvene oskrbe sta strateškega pomena tudi zaradi uveljavljanja EU direktive o čezmejni zdravstveni oskrbi.

Spremljanje čakalnih dob bi morali v prihodnje osredotočiti na prednostna področja, sistem naročanja pa v celoti elektronsko podpreti in ga koordinirati na nacionalni ravni. Pri uveljavljanju ukrepov na tem področju bi bilo treba izhajati iz potreb in zahtev zavarovanih oseb ter sistematično krepiti njihovo zadovoljstvo oziroma odpravljati vzroke njihovega nezadovoljstva na tem področju.

Kot osnovni **strateški izziv** na področju dostopnosti do pravic iz OZZ se kaže **zagotavljanje nemotenega dostopa do pravic iz OZZ**, kjer bodo ključnega pomena:

- promocija zdravja, še posebej zdravja na delovnem mestu,
- promocija odgovornega ravnanja zavarovanih oseb –tudi z uvajanjem finančnih spodbud,
- poenostavitev in odprava pretiranih administrativnih bremen,
- dostop do zdravstvene oskrbe v skladu z razpoložljivimi viri,
- prilagajanje splošnih aktov s področja pravic iz OZZ,
- upravljanje čakalnih dob,
- obvladovanje izzivov EU zakonodaje.

3. Ne dovolj razširjeno elektronsko poslovanje s strankami

Čeprav je ZZZS z izvajanjem ali sodelovanjem pri razvojnih projektih (kot so e-VEM, e-zdravje, DOSTOP ZO, ON-LINE in NOVA-KZZ, IZDATKI, idr.) v preteklem obdobju znatno izboljšal pogoje za širjenje elektronske izmenjave podatkov z zavezanci, zavarovanci, izvajalci zdravstvenih storitev, dobavitelji, državnimi organi in drugimi strankami, elektronsko poslovanje s strankami še ni optimalno, zlasti če se upošteva možne učinke racionalizacije pri takšnem poslovanju. Posebej pomembni pri tem so informatizirani procesi različnih vidikov urejanja zavarovanj in poravnavanja različnih obveznosti zavezancev ter izmenjava podatkov in komuniciranje z izvajalci zdravstvenih storitev ter dobavitelji MP.

Glede na navedeno so se udeleženci SWOT konference enotno zavzeli, da kot **ključni strateški izziv** za boljšo dostopnost do storitev ZZZS opredelijo **elektronsko poslovanje kot prevladujočega način urejanja odnosov s strankami**, kjer bodo ključni ukrepi naslednji:

- elektronsko oddajanje vlog za uveljavljanje pravic za zavarovane osebe,
- elektronsko urejanje zavarovanj za zavarovance in zavezance,
- elektronsko poslovanje z zdravstvenimi partnerji (izvajalci zdravstvenih storitev, dobavitelji MP idr.),
- sodelovanje pri nacionalnih informacijskih projektih (e-zdravje, e-Vem, idr.).

4. Premajhna oziroma neizmerljiva učinkovitost in kakovost zdravstvene oskrbe

Razprava na interni konferenci je pokazala, da je največ priložnosti za bolj stabilno in uravnoteženo izvajanje OZZ pri uveljavljanju ukrepov za bolj učinkovito oziroma racionalno izvedbi programov zdravstvenih storitev, zdravil in MP. Ključen mehanizem za večjo učinkovitost in kakovost izvajalcev zdravstvenih storitev je strukturno prilagajanje zdravstvenega sistema razpoložljivim virom. Gre za izvedbo celovite zdravstvene reforme, ki v državi ni bila izvedena že od 1992. leta. V ospredju reforme bi morale biti rešitve za boljše upravljanje in načrtovanje na nacionalni ravni in na ravni zdravstvenih zavodov ter rešitve za boljšo organizacijo bolnišnične in drugih zdravstvenih dejavnosti, ki bi omogočala bolj učinkovito porabo razpoložljivih virov.

Med mehanizmi, ki jih ima na voljo ZZZS kot plačnik zdravstvenih programov, so najpomembnejši sistemski ukrepi in spodbude za izboljševanje stroškovne učinkovitosti izvajalcev zdravstvenih storitev ter doseganje zelenih rezultatov, izidov, kakovosti oziroma uspešnosti izvajanja posameznih zdravstvenih dejavnosti. Večino teh ukrepov ZZZS lahko uveljavlja na podlagi partnerskih pogajanj v Dogovoru in pogodbah z izvajalci.

Kot osnovni **strateški izziv** na področju financiranja programov zdravstvene oskrbe se kaže **spodbujanje učinkovitosti in kakovosti programov zdravstvenih storitev, zdravil in MP**, kar bo mogoče doseči z naslednjimi ključnimi aktivnostmi:

- dograditev kazalnikov za spremljanje učinkovitosti in kakovosti,
- oblikovanje standardov učinkovitosti in kakovosti,
- izvajanje tako imenovanih strateških nakupov.

5. Nezadostni finančni viri za stabilno izvajanje OZZ

V Sloveniji se že več kot desetletje spopadamo s posledicami demografskih sprememb, hitrega razvoja zdravstvenih tehnologij in drugih razvojnih trendov, ki pritiskajo na rast izdatkov za zdravstvo. Sedanja ekonomska kriza te razvojne izzive še pogloblja in zastruje, saj so brezposelnost, manjšanje aktivnega prebivalstva in restrikcije v plačni politiki znatno omejili in (nominalno) zmanjšali finančne vire *OZZ* oziroma *ZZZS*.

Vlada RS in *ZZZS* sta se na takšne okoliščine v letih 2009–2013 hitro odzivala, vendar so se ob neuspešnih poskusih celovite reforme zdravstva ukrepi zožili le na ostre finančne reze oziroma varčevanje. Posledica opisanih okoliščin je slabitev in zaostajanje javnih finančnih sredstev za zdravstvo, ki so se po letu 2009 realno nižali znatno nad povprečjem držav EU. V letu 2009 smo po metodologiji OECD v Sloveniji za zdravstvo namenili 9,2 % BDP za zdravstvo, od tega 6,8 % BDP (večina teh *OZZ*) javnih izdatkov. V letu 2012 je bilo za zdravstvo skupno le še 8,8 % BDP, od tega 6,3 % BDP javnih izdatkov.

Nadaljnje krčenje javnih izdatkov za zdravstvo je vprašljivo, še zlasti v luči rastočih potreb (staranje prebivalstva) in nujnega razvoja (nove tehnologije zdravljenja). Ker je dobra zdravstvena oskrba prvi pogoj boljše ekonomske kondicije družbe, se zdi nujen širši družbeni razmislek o dodatnih vlaganjih v zdravje in javni zdravstveni sistem.

Kot **strateški izziv** glede finančnih sredstev se zato v prihodnjem razvojnem obdobju kaže **uravnoteženo finančno poslovanje ZZZS**, kjer bo v ospredju:

- zagotavljanje zadostnih sredstev za vzdržno izvajanje *OZZ*,
- ohranjanje deleža javnih izdatkov v BDP za *OZZ*,
- obvladovanje razkoraka med prihodki in odhodki.

6. Pregledna in učinkovita raba sredstev OZZ

Za pregledno in učinkovito rabo sredstev *OZZ* je bistvenega pomena stalno posodabljanje obračunskih modelov za posamezne zdravstvene dejavnosti oziroma storitve. Razprava je pokazala, da so kljub drugačnim prizadevanjem določeni programi še vedno plačani po zmogljivostih (po pavšalih) namesto po učinkih ali izidih. Veliko večjo pozornost je potrebno posvetiti spremljanju in analiziranju stroškov oziroma vrednotenju zdravstvenih programov oziroma storitev.

V obračunskih modelih je še vedno premalo finančnih spodbud za doseg izbranih prednostnih ciljev – predvsem gre za osnovne tri cilje: večja (stroškovna) učinkovitost, večja kakovost in uspešno izvajanje nacionalnih (preventivnih) programov. Kot stalnica se za učinkovite obračunske modele pojavlja zahteva po informatizaciji oziroma avtomatizaciji celotnega postopka in pa zahteva po odpravi vseh nepotrebnih administrativnih opravil.

Preverjanje pravilnosti obračuna je osnovni cilj nadzornih aktivnosti *ZZZS*, ki jih bo treba okrepiti v kvantitativnem in kvalitativnem smislu. Poseben pomen bo imelo tudi preprečevanje namernih nepravilnosti oziroma goljufij pri obračunu.

Temeljni **strateški izziv** glede posodabljanja obračunskih modelov bo v prihodnjem obdobju še naprej ostalo **zagotavljanje učinkovite in pregledne rabe sredstev OZZ**, bodisi za izvedbo programov zdravstvenih storitev, bodisi za programe denarnih dajatev. Ključni ukrepi na tem področju bodo:

- izvajanje stroškovnih študij in vrednotenje zdravstvenih programov (zdravstvenih storitev, zdravil, MP),
- posodabljanje obračunskih modelov,
- odprava nepotrebnih administrativnih opravil,
- krepitev nadzornih aktivnosti za preprečevanje nepravilnosti,
- preprečevanje goljufij.

7. Nadaljnja informatizacija in racionalizacija notranjih procesov

Hitre spremembe v zunanjem okolju, še posebej pa tudi ekonomska kriza, odločilno vplivajo na obseg in vsebino dela v ZZZS, kar terja povečano odzivnost in kakovostne prilagoditve poslovnih procesov oziroma organizacije. Zaradi širitev pristojnosti in nalog ter povečanega obsega dela bo nujna nadaljnja informatizacija poslovnih procesov, katere učinek bo moral iti zaradi omejenih možnosti kadrovske rasti v prihodnje še bolj izrazito v smeri racionalizacije.

ZZZS je z uvajanjem številnih računalniških rešitev poenostavil in avtomatiziral številne postopke v okviru tako imenovanih ključnih in podpornih procesov pri izvajanju OZZ oziroma poslovanju ZZZS. Informatizirano poslovanje terja kar najvišjo zmogljivost in varno ter kakovostno delovanje informacijskega sistema ZZZS. Pri tem gre zlasti tudi za optimalne varnostne mehanizme, ki omogočajo varno in neprekinjeno poslovanje.

V prihodnjem razvojnem obdobju bo zato optimiziranje **poslovnih procesov s pomočjo informacijske in komunikacijske tehnologije (IKT)** še naprej eden izmed osrednjih razvojnih izzivov, kjer bodo ključnega pomena:

- modernizacija poslovnih procesov in prilagajanje organizacije,
- krepitev zmogljivosti in varnosti informacijskega sistema,
- zagotavljanje informacijske podpore za mednarodno sodelovanje,
- ureditev elektronskega arhiva.

8. Premalo izkoriščeni podatki iz kompleksnih baz podatkov ZZZS

ZZZS v odnose z izvajalci zdravstvenih storitev in drugimi poslovnimi partnerji vse bolj vstopa kot naročnik oziroma aktivni kupec posameznih programov ali storitev, ki v imenu zavarovanih oseb uveljavlja določene zahteve po ustrezni učinkovitosti in kakovosti. Za aktivno nakupovanje programov in storitev so nujne odlične razvojne analitične zmogljivosti ZZZS. Takšne zmogljivosti pa so nujne tudi za kontinuirano spremljanje izbranih sistemskih, poslovnih in operativnih tveganj pri izvajanju OZZ.

ZZZS je v preteklem razvojnem obdobju sicer začel s polnjenjem določenih podatkovnih skladišč oziroma izgrajevanjem tako imenovanega zdravstvenega analitskega sistema, vendar je bilo za vzpostavitev celovitega sistema spremljanja izbranih parametrov učinkovitosti in kakovosti izvajanja zdravstvenih programov še premalo. Z dokončanjem projekta IZDATKI in hkratno uvedbo tako imenovanega nacionalnega šifranta vrst zdravstvenih dejavnosti so izpolnjeni še nekateri dodatni pogoji za polnjenje kompleksnih baz podatkov in izvajanje operativne ali razvojne analitike.

Osrednji **strateški izziv** glede vzpostavitve ustrezne organizacije podatkov je zato v prihodnjem razvojnem obdobju **širitev uporabe podatkov iz kompleksnih baz podatkov**, kjer bodo osrednjega pomena naslednje aktivnosti:

- obvladovanje (notranjih) tveganj ter krepitev varnosti poslovanja,
- uvajanje pametnih sistemov obveščanja vodstva,
- izgradnja podatkovnih skladišč in rudarjenje s podatki (za potrebe operativnih in razvojnih analiz),
- priprava (analitičnih) podlag za ciljne nadzorne aktivnosti.

9. Pomanjkanje kadrov in slabitev kadrovskega potenciala ZZZS na ključnih področjih

Restriktivna politika zaposlovanja na ZZZS, ki je sledila vladnim ukrepom za omejevanje zaposlovanja v javnem sektorju, je znatno skrčila število zaposlenih na ZZZS. Kriza in spremenjene okoliščine niso omogočale aktivne kadrovske politike. Kadrovske podhranjenosti je zato čutiti predvsem na določenih vitalnih področjih izvajanja OZZ oziroma poslovanja ZZZS: zdravniške oziroma nadzorne aktivnosti, informatika in razvojne aktivnosti. Zaradi razmer na trgu delovne sile je zlasti zastalo zaposlovanje zdravnikov, ki so nepogrešljivi pri izvedenskih, razvojnih (opredeljevanje standardov in postopkov uresničevanja pravic, spremljanje učinkovitosti in kakovosti izvajalcev) in nadzornih aktivnostih ZZZS.

Tveganja za vzpostavitev bolj avtonomne in aktivnejše kadrovske politike, ki izhajajo iz systemskega okolja, za prihodnje razvojno obdobje ne nakazujejo bistveno izboljšanje razmer. Zato bo osrednji strateški izziv na področju upravljanja s kadri **krepitev kadrovskega potenciala strokovne službe** s strateškimi ukrepi, kot so:

- načrtovanje kadrov na osnovi prednostnih ciljev,
- večanje števila ključnih kadrov,
- razvoj (potenciala) zaposlenih,
- ocenjevanje in spodbujanje delovne uspešnosti.

4.2. Poslanstvo

Poslanstvo ZZZS temelji na javnih pooblastilih, ki so določena z ZZVZZ. Ta temeljni zakon, ki opredeljuje sistem zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja v državi, se tudi v preteklem obdobju 2008–2013 v vsebinskem smislu ni spreminjal. ZZVZZ določa, da je ZZZS edini nosilec in izvajalec OZZ v Republiki Sloveniji. Zavarovanim osebam ZZZS zagotavlja pravice do zdravstvenih storitev in denarnih dajatev po načelih solidarnosti, socialne pravičnosti in nepridobitnosti.

V Sloveniji se tako zdravstvena varnost ljudem zagotavlja z javnim sistemom, ki se v pretežni meri financira z javnimi sredstvi OZZ. Tudi v ostalih državah EU se zdravstvena varnost zagotavlja z javnimi sistemi. Slovenijo uvrščamo med države EU s prevladujočim socialnim modelom, kot so Avstrija, Češka, Belgija, Estonija, Francija, Luksemburg, Nemčija, Nizozemska in Slovaška. Kljub sorodnosti osnovnega modela, obstajajo tudi med temi državami številne razlike v ureditvi in organizaciji OZZ, ki se kažejo npr. v številu izvajalcev OZZ, stopnji tekmovalnosti med njimi, načinu upravljanja, pravnem statusu izvajalcev in drugih značilnostih. Slovensko ureditev OZZ, lahko skupaj z Estonijo in Luksemburgom, opredelimo kot »monopsonično« – gre za sisteme z enim samim izvajalcem OZZ, ki je značilna za (relativno) majhne države, kjer bi več izvajalcev pomenilo večje administrativno breme izvajanja javnega sistema.

Tudi za slovenski sistem je značilna določena avtonomija pri upravljanju z javnimi sredstvi OZZ oziroma avtonomija ZZZS. ZZVZZ v formalnem smislu predpostavlja razmeroma visoko stopnjo avtonomije pri odločanju o temeljnih vprašanjih zbiranja in razporejanja sredstev OZZ.

Avtonomija se kaže kot poseben način upravljanja ZZZS, katerega temeljni namen je, da o (1) potrebnih finančnih virih, (2) njihovem razporejanju in (3) zagotavljanju dostopa do pravic iz OZZ do določene mere odločajo predstavniki plačnikov prispevkov, ki to zavarovanje omogočajo – predstavniki delojemalcev in delodajalcev (zavarovancev) v organih upravljanja ZZZS. Gre za socialni model z značilnim korporativnim upravljanjem področja, ki naj bi dalo boljše možnosti za artikulacijo in odločanje osnovnih interesnih skupin, s tem pa tudi za bolj uravnotežene in odgovorne odločitve.

Ključno vlogo naj bi v tem smislu imeli organi upravljanja ZZZS, ki imajo po ZZVZZ in statutu ZZZS tudi opredeljene ustrezne pristojnosti. Samostojnost ZZZS pri upravljanju seveda ni absolutna, saj je ZZZS sestavni del javnofinančne in makroekonomske politike države. Zato ZZVZZ na izbranih področjih upravljanja oziroma odločanja predvideva različne institute soglasja s strani države (Državnega zbora, Vlade RS, Ministrstva za zdravje).

V preteklem obdobju, ko se je kriza stopnjevala, je bilo načelo avtonomnega upravljanja ZZZS velikokrat na preizkušnji. Razprave v času priprav na oblikovanje novega SRP so pokazale, da veliko oviro za krepitev samostojnosti predstavlja obstoječi pravni status ZZZS. Gre za zastarele rešitve organizacije, ki izhajajo iz zakona o zavodih in ki formalno ne omogočajo oblikovanje in **organiziranje posebne pravne osebe javnega prava**, ki bi lažje dosegala z državo usklajene strateške razvojne cilje na področju OZZ. Za krepitev »produktivne avtonomnosti« je potrebna vzpostavitev ZZZS kot neodvisne osebe javnega prava, katere pravni status bi se moral določiti z »lastnim« zakonom (ZZVZZ). Predvsem pa za samostojno pravno osebo ne bi smela veljati regulacija, ki velja za državne uslužbenke oziroma državno upravo. Največja škoda glede uresničevanja določenih razvojnih zahtev v preteklem obdobju je bila povzročena zaradi »podrejanja« kadrovske politike ZZZS načelom, ki veljajo za državne uslužbenke: zaposlovanje zdravnikov za krepitev nadzorne funkcije sistema se je zaradi nesamostojne kadrovske politike in glede na trg dela povsem zaustavilo.

Za samostojnost ZZZS je bistvenega pomena tudi **doslednejše reguliranje premoženjskih vprašanj ZZZS**, še zlasti primerov, ko se ZZZS nalagajo obveznosti, ki nimajo finančnega pokritja. Če je ZZZS samostojna oseba javnega prava in je za svoje obveznosti polno odgovorna z lastnim premoženjem, morajo biti v zakonskem smislu opredeljene tudi situacije, ko ZZZS ne more odgovarjati za obveznosti, saj ZZZS kot oseba javnega prava ne more iti v stečaj. Na osnovi preteklih izkušenj gre načelno za dve situaciji. Prvič, država bi morala prevzeti del obveznosti v primeru, ko se zavestno (zaradi makro-ekonomskih razlogov) odloči za drugačno politiko prispevne stopnje, kot jo avtonomno predlaga ZZZS (zvišanje, znižanje, zamrznitev), kljub dokazom, da je predlog korekcije prispevne stopnje nujen za uravnoteženo pokrivanje vseh obveznosti. Drugič, država bi morala prevzeti del obveznosti v primeru, ko s svojimi odločitvami (npr. kolektivna pogajanja o plačah zdravstvenega osebja, novi zakoni oziroma določitve novih obveznostih ZZZS) povzroči dvig cen zdravstvenih storitev, ki jih obstoječa prispevna stopnja ne pokriva.

Razmisliti bi bilo potrebno tudi o **institutih soglasja** na odločitve ZZZS, če so vsa res še potrebna in ali ne bi bilo mogoče avtonomnosti zagotavljati s krepitvijo odgovornosti in profesionalizacijo nosilcev upravljanja sistema OZZ. Govora je o soglasjih, ki jih opredeljuje sedanji ZZVZZ: soglasje Državnega zbora k predlogu višine prispevne stopnje za OZZ, soglasje Vlade RS na statut in finančni načrt ZZZS, soglasje ministra za zdravje na dopolnitve in spremembe Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja, liste zdravil in drugih splošnih aktov, s katerimi ZZZS podrobneje določa obseg, standarde in postopke uresničevanja pravic iz OZZ, soglasje Državnega zbora k imenovanju generalnega direktorja ZZZS. Vprašanje je tudi, zakaj so poleg rednih in izrednih oblik zunanjega nadzora ZZZS s strani Računskega sodišča potrebni še nadzor Proračunske inšpekcije in komisije Državnega zbora RS za nadzor proračuna in drugih javnih financ.

Ne glede na kritična razmišljanja o uresničevanju poslanstva v danih razmerah in pogojih, je na osnovi veljavnih zakonskih podlag poslanstvo ZZZS mogoče opisati z izjavo:

Izjava o poslanstvu:

ZZZS z zbranimi sredstvi omogoča zavarovanim osebam enake možnosti dostopa do zdravstvenih storitev in drugih pravic iz OZZ. V imenu in za račun zavarovancev kupuje programe zdravstvenih storitev, zdravila in medicinske pripomočke, ki omogočajo učinkovito in kakovostno zdravstveno oskrbo zavarovanih oseb.

4.3. Vrednote

V času krize so se in se še vrstijo določeni pojavi in aktivnosti, ki ogrožajo in erodirajo osnovne vrednote javnega zdravstvenega sistema. Zato je potreben globlji razmislek, še posebej o tistih temeljnih načelih in vrednotah, brez katerih sistem OZZ v prihodnje ne bo mogel učinkovito in kakovostno delovati.

V nadaljevanju so podane opredelitve temeljnih načel izvajanja OZZ. Med njimi so nekatera, ki se zdijo sama po sebi umevna, vendar jih kaže zaradi zaznanih negativnih ravnanj in nespoštovanja ponovno opredeliti in izpostaviti njihov pomen. Sledijo specifične vrednote in načela, ki morajo in morejo biti značilnost delovanja javnih uslužbencev oziroma gradnik organizacijske kulture tako specifične javne ustanove, kot je ZZZS.

4.3.1. Temeljna načela

V skladu z ustavo RS (50. in 51. člen) imajo državljani »pod pogoji, določenimi z zakonom«, pravico do socialne varnosti (50. člen) in do zdravstvenega varstva (51. člen). Ustava določa, da država ureja obvezno zdravstveno, pokojninsko, invalidsko in drugo socialno zavarovanje in skrbi za njihovo delovanje. Opredeli tudi, da pravice do zdravstvenega varstva iz javnih sredstev določa zakon.

Obe določili opredeljujeta tudi javni sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja, za katerega delovanje so najpomembnejša naslednja temeljna načela:

- načelo solidarnosti,
- načelo obveznosti,
- načelo javnosti,
- načelo varovanja javnega interesa,
- načelo učinkovitosti in preglednega upravljanja z javnimi sredstvi,
- načelo avtonomnosti in odgovornosti.

Opisana načela niso (dosledno) opredeljena v ZZZS. Zaradi zanemarjanja in škodljivega kršenja teh načel, bi jih po našem mnenju potrebno vključiti v zakonsko besedilo, njihovo kršitev pa tudi ustrezneje sankcionirati.

Načelo solidarnosti

Načelo solidarnosti je temeljno načelo OZZ, ki se uresničuje z vzpostavljanjem odnosov solidarnosti in vzajemnosti med vsemi v zavarovanje vključenimi osebami pri zagotavljanju in uveljavljanju pravic iz OZZ, ne glede na spol, starost, zdravstveno stanje, ekonomski ali socialni status posameznikov.

Solidarnost se uresničuje tako pri izpolnjevanju obveznosti kot tudi pri uresničevanju pravic iz OZZ. Vsi zaposleni in drugi z zakonom določeni zavezanci za plačilo prispevka nosijo stroške OZZ sorazmerno svojim ekonomskim zmožnostim oziroma s plačilom prispevka na ustvarjen dohodek. Pravice iz OZZ pa osebe uresničujejo v primeru, ko jih potrebujejo oziroma ko zbolijo, se poškodujejo ali uveljavljajo druge z zavarovanjem predvidene pravice.

Načelo obveznosti

Načelo obveznosti se vzpostavlja z obvezno vključitvijo vseh zaposlenih oziroma državljanov Republike Slovenije kot zavarovancev v OZZ in organiziranjem in izvajanjem enotnega OZZ v Republiki Sloveniji, ki zavarovancem in njihovim družinskim članom zagotavlja uresničevanje pravic do zdravstvenih storitev in drugih pravic v skladu z zakonom.

Načelo obveznosti se uresničuje z obveznostjo plačevanja prispevkov za OZZ s strani delojemalcev in delodajalcev ter drugih zavezancev za plačilo prispevkov v skladu z zakonom, kar je prvi pogoj za uresničevanje pravic iz tega naslova.

Načelo javnosti

Načelo javnosti se uresničuje z informiranjem zavarovanih oseb o pravicah iz OZZ in z uveljavljanjem javnosti dela organov upravljanja in strokovne službe ZZZS.

Načelo varovanja javnega interesa

Načelo varovanja javnega interesa se uresničuje z ukrepi in aktivnostmi ZZZS za varovanje pravic zavarovanih oseb iz OZZ in z uveljavljanjem javnega interesa po enakopravni in nemoteni dostopnosti do zdravstvenih storitev za vse zavarovane osebe v skladu z ekonomskimi možnostmi.

Načelo učinkovitega in preglednega upravljanja z javnimi sredstvi

Načelo učinkovitega in preglednega upravljanja z javnimi sredstvi se uresničuje z načinom organizacije in delovanjem ZZZS, ki omogoča, da se pravice iz OZZ uresničujejo z najmanjšimi možnimi finančnimi in drugimi viri oziroma da se poslovni rezultati merijo glede na porabo razpoložljivih virov.

Načelo avtonomnosti in odgovornosti

Načelo avtonomnosti in odgovornosti pri uresničevanju skupnih ciljev je eno izmed temeljnih načel OZZ, ki veleva, da morajo imeti vsi v zavarovanje vključeni člani oziroma celotna solidarnostna skupnost zagotovljeno pravico in svobodno izbiro, da z lastno odgovornostjo urejajo poglobitne svoje ali skupne zadeve glede zdravja in zdravstvene oskrbe znotraj okvirov, ki jih določa zakon.

Na ravni posameznika se to nanaša predvsem na njegovo svobodno izbiro zdravnika oziroma izvajalca zdravstvenih storitev in odgovorno ravnanje glede lastnega zdravja ter pri uresničevanju obveznosti in pravic iz OZZ, ki temelji na informiranosti in zrelih odločitvah. Na ravni skupnosti se to nanaša na odgovorno oziroma avtonomno upravljanje sistema, kjer se o ključnih vidikih izvajanja OZZ avtonomno dogovarjajo predstavniki plačnikov prispevkov in drugi partnerji v sistemu.

4.3.2. Specifična načela in vrednote

Izvajanje OZZ je javna storitvena dejavnost, ki se izvaja v korist zavarovanih oseb in drugih strank ZZZS. V skladu z dolgoletno tradicijo se ZZZS na eni strani zavzema za širitev specifičnih načel

in vrednot, ki omogočajo ustrezne razmere za krepitev integritete in kulture odgovornosti pri ravnanju svojih zaposlenih ter preglednosti izvajanja OZZ kot posebne javne službe oziroma dejavnosti javnega pomena. Po drugi strani ZZZS razvija tudi specifične vrednote, ki so podlaga za pregledne, strokovne in odlične storitve za zavarovane osebe in druge, tudi najzahtevnejše stranke. Gre za specifična načela ravnanja delavcev ZZZS, ki veljajo za celoten javni sektor, in hkrati za specifične vrednote, na osnovi katerih delavci ZZZS razvijajo odlične profesionalne storitve za stranke.

4.3.2.1. Specifična načela za ravnanje javnih uslužbencev

Ker delavci ZZZS z izvajanjem OZZ opravljajo naloge javnega pomena, ki so določene z zakonom, zanje v celoti veljajo načela ravnanja, ki so predvidena za javne uslužbence in opredeljena v Kodeksu ravnanja javnih uslužbencev. Za ohranjanje in krepitev integritete ter širjenje kulture etičnega ter odgovornega ravnanja, je za delavce ZZZS ključnega pomena dosledno upoštevati naslednja načela:

- **dolžno izogibanje nasprotju interesov**, kar pomeni, da delavci ZZZS svojega službenega položaja ne smejo izkoristiti za uveljavljanje svojih zasebnih interesov;
- **dosledno spoštovanje nezdružljivosti interesov**, kar pomeni, da opravljanje (zasebne) dejavnosti, ki ni združljivo z opravljanjem javnih nalog, ni dovoljeno;
- **stalno uveljavljanje poštenosti, nepristranskosti in učinkovitosti** pri opravljanju javnih nalog;
- **dosledno varovanje in spoštovanje zaupnosti podatkov**; kar od delavcev ZZZS terja jasno poznavanje in uresničevanje posebnih varnostnih postopkov obravnave zaupnih informacij in dokumentov, s katerimi se pri opravljanju nalog srečuje;
- **dosledno spoštovanje zakonitosti**, kar pomeni, da so delavci ZZZS dolžni ravnati v skladu z zakonodajo in uporabljati pravila ter postopke, ki so določena z internimi pravnimi akti
- **obvezno prijavljanje nezakonitega ravnanja**, kar od delavcev ZZZS terja poznavanje zakonskih in pravnih podlag, prepoznavanje in prijavljanje sumov različnih nepravilnosti pri ravnanju oseb oziroma izvajanju OZZ, vključno z namernimi nepravilnostmi oziroma goljufijami;
- **zavračanje nedovoljenih daril in nedovoljenih ugodnosti**;
- **učinkovito, smotrno in gospodarno ravnanje s finančnimi viri**.

4.3.2.2. Specifična načela delavcev ZZZS

Za spodbujanje in krepitev profesionalne etike in organizacijske kulture, ki ustvarja klimo, v kateri delavci ZZZS lahko dosegajo najboljše rezultate, so pomembne tudi naslednje specifične vrednote:

- **pripadnost in varovanje ugleda**, ki ju delavci ZZZS izkazujejo na eni strani s profesionalnim odnosom do dela, najvišjo možno zavzetostjo in izkoriščanjem svojega strokovnega potenciala pri uresničevanju načrtovanih ciljev, ter na drugi strani z ustreznim odnosom do strank in doseganjem njihovega optimalnega zadovoljstva z opravljenimi storitvami;
- **upoštevanje zaupanja in koristi stranke ter načel dobrih poslovnih običajev**, kar nalaga delavcem ZZZS, da s strankami poslujejo ne le v skladu s strokovnimi pravili in podlagami, temveč tudi po načelih medsebojnega zaupanja, varovanja pravic in koristi strank. Od delavcev ZZZS se pri ravnanju s strankami pričakuje, da bodo svoje naloge opravili strokovno, vestno, nepristransko in kakovostno, pri čemer bodo upoštevali javni interes in konkretne okoliščine primera. Prav tako morajo delavci ZZZS pri poslovanju

s strankami upoštevati načela dobrih poslovnih običajev, kot so komuniciranje in poslovanje v slovenskem jeziku oziroma jeziku narodnosti na dvojezičnih območjih, ustrezna identifikacija strankam v osebnih, pisnih, telefonskih ali elektronskih stikih, pregledna izdaja računov, ko gre za plačljive storitve, idr.;

- **timsko delo, strokovnost in sodelovanje** so za delavce ZZZS zaradi kompleksne narave in različnih strokovnih znanj, ki so temeljnega pomena za izvajanje OZZ, osnovne vrednote, zato so delovne aktivnosti in odnosi med delavci ZZZS po pravilu timsko delo in rezultat sodelovanja ob upoštevanju načel profesionalnosti. Nesoglasja, nesporazumi in razhajanja v mnenjih se na ZZZS rešujejo s pogovori in medsebojnimi dogovarjanji, na temelju medsebojnega spoštovanja in pravil poslovnega obnašanja;
- **proaktivnost, inovativnost, vizionarstvo in uvajanje sprememb** so na ZZZS posebej cenjene vrednote, ki se uveljavljajo pri razvojnih nalogah in projektih na vseh ključnih področjih izvajanja OZZ oziroma poslovanja ZZZS;
- stalna skrb za **izobraževanje, osebnostno rast in razvoj** dejavnosti je na ZZZS posebna vrednota, ki jo morajo izkazovati zlasti vodstveni delavci, in sicer z zagotavljanjem ustreznih pogojev za rast in razvoj ustreznih kadrovskih virov. Osebnostna rast in razvoj pa sta hkrati tudi vrednoti zaposlenih, ki jo je mogoče doseči z ustrezno samoiniciativnostjo in samoizobraževanjem;
- **pohvale, nagrade in priznanja** so redna oblika nematerialnega spodbujanja ustvarjalnosti, iniciativnosti in razvojne naravnosti ZZZS.

Za uveljavljanje opisanih načel in vrednot ter razvoja ustrezne organizacijske kulture je najbolj odgovorno vodstvo ZZZS in vodje na vseh ravneh vodenja ZZZS. Vodstvo in vodje so odgovorni za razširjanje opisanih vrednot, vodenje z zgledom ter uveljavljanje pomena opisanih (etičnih) načel in vrednot, s tem pa tudi za ustrezna etična ravnanja v konkretnih primerih in delovanju. Vsi člani vodstva in vodje imajo tudi konkretne zadolžitve pri analiziranju pritožb in drugih vzrokov nezadovoljstva strank, kakor tudi pri odpravljanju vzrokov nezadovoljstva in ukrepih za uveljavitev opisanih načel in vrednot ter izboljšanje organizacijske kulture.

Delavci ZZZS si morajo prizadevati, da so njihove aktivnosti in ravnanja v skladu z opisanimi načeli in vrednotami ter v skladu s strokovnim znanjem ter poslovno etiko, in sicer tako, da bodo s svojim ravnanjem prispevali h krepitvi ugleda ZZZS.

4.4. Razvojna vizija

Na osnovi opravljenih analiz stanja in razvojnih možnosti, upoštevanja javnih pooblastil oziroma poslanstva, ki izhaja iz zakona in temeljnih načel slovenskega modela OZZ ter specifičnih vrednot ZZZS kot organizacije, ki opravlja dejavnost splošnega pomena, je mogoče razvojno vizijo ZZZS za obdobje 2014–2019 opredeliti z naslednjo izjavo:

Izjava o razvojni viziji:

ZZS ohranja doseženo raven zdravstvene varnosti prebivalstva, ki je primerljiva z državami EU. V sodelovanju z Ministrstvom za zdravje in izvajalci zdravstvenih storitev izvaja ukrepe za večjo učinkovitost in kakovost, uveljavlja elektronsko poslovanje in nadaljnjo informatizacijo zdravstvenega sistema. Deluje v skladu z najvišjimi etičnimi načeli, krepí solidarnost in odgovornost v javnem sistemu ter s tem tudi zaupanje zavarovanih oseb v ZZZS.

5. Načrt razvoja

Globalni cilji so dolgoročni rezultati, ki jih želi ZZZS doseči v razvojnem obdobju 2014–2019. Globalne strategije so aktivnosti in ukrepi (način delovanja) na strateških področjih izvajanja obveznega zdravstvenega zavarovanja oziroma poslovanja ZZZS, na osnovi katerih se uresničujejo globalni cilji.

5.1. Globalni cilji in globalne strategije

1. Vidik strank

Globalni cilji (GC)	Globalne strategije
GC 1. Ohraniti doseženo raven zdravstvene varnosti zavarovanih oseb	1. Nemoteno vključevanje oseb v OZZ
	2. Enostavne, učinkovite, kakovostne storitve zavarovanja
	3. Prenova kategorij zavarovanih oseb
	4. Informiranje zavarovanih oseb o pravicah in dolžnostih iz OZZ
	5. Spremljanje uspešnosti zdravstvenega sistema v Sloveniji in mednarodne primerjave
GC 2. Zagotoviti nemoten dostop do pravic iz OZZ	1. Obvladovanje izzivov EU zakonodaje
	2. Posodabljanje splošnih aktov s področja pravic iz OZZ
	3. Oblikovanje standardov pravic iz OZZ
	4. Poenostavitev in odprava administrativnih bremen
	5. Dostop do zdravstvene oskrbe v okviru dopustnih čakalnih dob
	6. Obvladovanje čakalnih dob
	7. Promocija zdravja in odgovornega ravnanja zavarovanih oseb
	8. Promocija zdravja na delovnem mestu in obvladovanje absentizma
	9. Informiranje zavarovanih oseb o pravicah iz OZZ
GC 3. Uveljaviti elektronsko poslovanje kot prevladujoč način poslovanja	1. Elektronsko oddajanje vlog za uveljavljanje pravic
	2. Elektronsko urejanje zavarovanj
	3. Elektronsko poslovanje z zunanjimi strankami
	4. Izvajanje nacionalnih in mednarodnih informacijskih projektov
GC 4. Spodbujati kakovost zdravstvenih programov	1. Opredelitev in informacijska nadgradnja kazalnikov učinkovitosti in kakovosti
	2. Oblikovanje standardov kakovosti za izvajalce
	3. Nakup učinkovitih in kakovostnih programov
	4. Informiranje izvajalcev zdravstvenih storitev s podatki – za učinkovito izvajanje zdravstvene dejavnosti

2. Vidik finančnega poslovanja

Globalni cilji (GC)	Globalne strategije
GC 5. Zagotoviti uravnoteženo poslovanje ZZS	1. Zagotavljanje potrebnih finančnih virov
	2. Oblikovanje sredstev za širitve in razvoj, ki jih zahtevajo demografske spremembe in tehnološki razvoj
	3. Poraba sredstev (odhodki) v okviru finančnih možnosti
GC 6. Zagotoviti učinkovito in pregledno rabo sredstev OZZ	1. Izvajanje stroškovnih analiz in vrednotenje zdravstvenih programov (zdravstvenih storitev, zdravil, MP)
	2. Krepitev nadzornih aktivnosti za preprečevanje nepravilnosti in goljufij

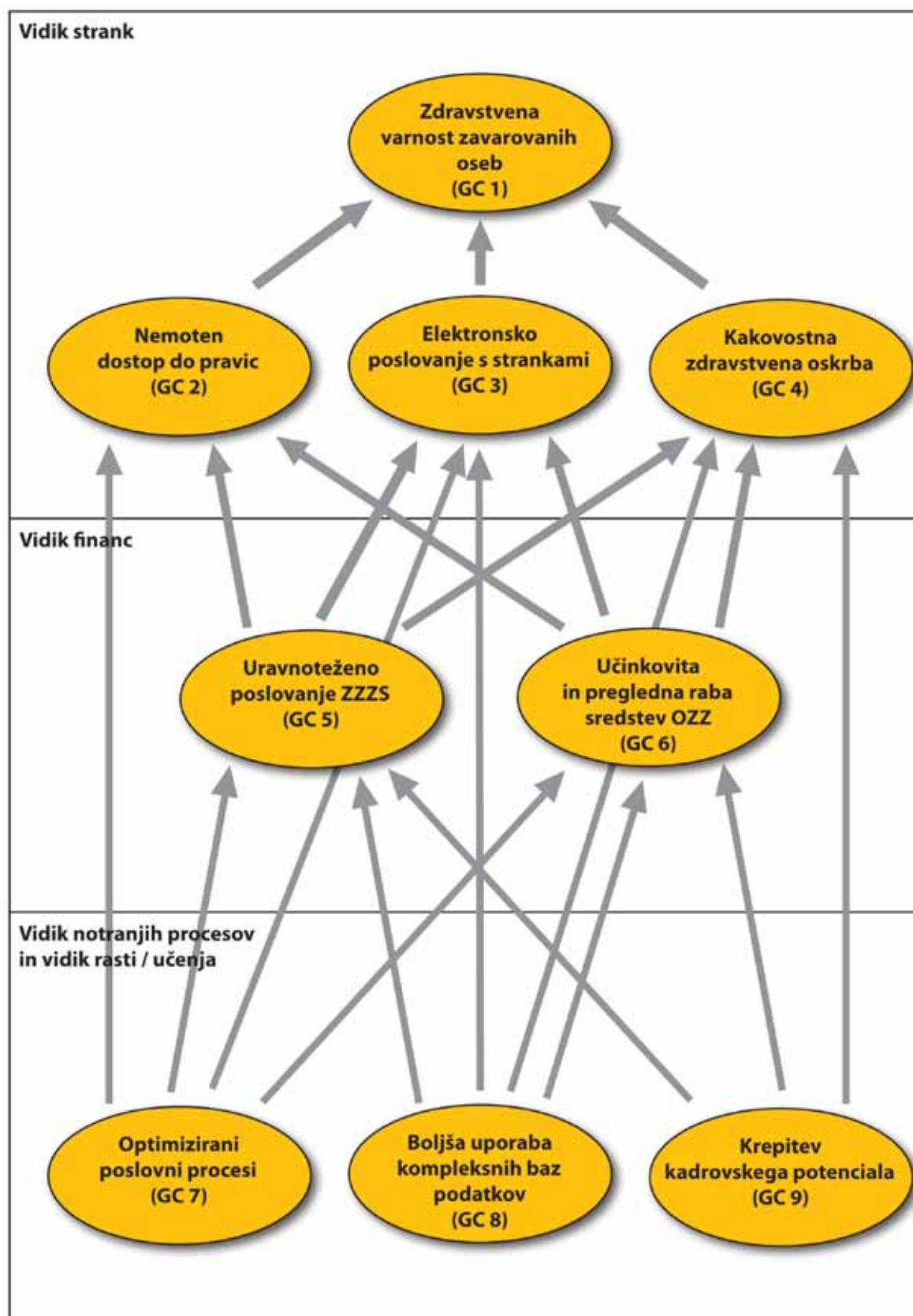
3. Vidik notranjih procesov

Globalni cilji (GC)	Globalne strategije
GC 7. Optimizirati poslovne procese	1. Realno planiranje in spremljanje poslovanja
	2. Posodabljanje poslovnih procesov in prilagajanje organizacije
	3. Neodvisno in nepristransko ocenjevanje, izboljševanje uspešnosti kontrolnih postopkov in upravljanje procesov
	4. Zagotavljanje informacijske podpore poslovnim procesom
	5. Ureditev elektronskega arhiva
GC 8. Izboljšati uporabo kompleksnih baz podatkov	1. Uvajanje pametnih sistemov obveščanja vodstva
	2. Dograjevanje podatkovnih skladišč in rudarjenje s podatki (za potrebe operativnih in razvojnih analiz)
	3. Priprava (analitičnih) podlag za cilje nadzorne aktivnosti

4. Vidik učenja in rasti (kadri, znanje)

Globalni cilji (GC)	Globalne strategije
GC 9. Krepi kadrovskega potenciala strokovne službe	1. Upravljanje kadrov na osnovi globalnih ciljev
	2. Večanje števila ključnih kadrov
	3. Razvoj (potenciala) zaposlenih
	4. Ocenjevanje in spodbujanje delovne uspešnosti
	5. Širjenje kulture odličnosti

5.2. Povezanost globalnih ciljev – stateški zemljevid ZZZS do leta 2019



6. Uresničevanje globalnih ciljev in strategij

Globalni cilji se uresničujejo z določitvijo usmeritev, na podlagi katerih se oblikujejo letni poslovni cilji posameznih organizacijskih enot ZZZS. Uresničevanje ciljev bo zagotovljeno z izvajanjem rednih aktivnosti, razvojnih nalog in razvojnih projektov za celotno obdobje 2014–2019.

6.1. Usmeritve za oblikovanje poslovnih planov ZZZS v letih 2014–2019

Usmeritve področij in sektorjev ter drugih nosilcev aktivnosti na ZZZS podpirajo uresničevanje globalnih ciljev in so podlaga za oblikovanje letnih ciljev poslovnega plana v obdobju 2014–2019 na nacionalni ravni ter podlaga za oblikovanje letnih ciljev na ostalih ravneh vodenja ZZZS.

Uresničevanje usmeritev bo zagotovljeno z izvajanjem rednih aktivnosti, razvojnih nalog in razvojnih projektov, ki se opredelijo v letnih poslovnih planih.

1. Vidik strank

Globalni cilji (GC)	Usmeritve področij in sektorjev (nosilci)
GC1. Ohraniti doseženo raven zdravstvene varnosti zavarovanih oseb	1. Zagotavljati vključitev vseh zakonsko predvidenih kategorij v zavarovanje (PUZMZZ)
	2. S proaktivnim urejanjem zavarovanj zadržati dopustno mejo za osebe z neurejenim OZZ več kot dva meseca pod 0,8 % celotne populacije (PUZMZZ)
	3. Urediti zavarovanje najkasneje v treh delovnih dneh od prejema vloge (PUZMZZ)
	4. Zagotoviti čezmejno zdravljenje v skladu z evropskim pravnim redom in bilateralnimi sporazumi (PUZMZZ)
	5. Zagotavljati informiranje zavarovanih oseb o pravicah in dolžnostih iz OZZ (SIOJ)
	6. Spremljati zadovoljstvo strank s storitvami ZZZS (OE)
	7. Spremljati izbrane kazalce uspešnosti zdravstvenega sistema oziroma sistema OZZ (PAR)
GC2. Zagotoviti nemoten dostop do pravic iz OZZ	1. Posodobljati Pravila OZZ in druge splošne akte ZZZS s področja pravic iz OZZ (PAR)
	2. Zagotoviti enakopraven dostop zavarovanih oseb do sodobnih zdravstvenih storitev (PZAE, PUZMZZ)
	3. Zagotoviti enakopraven dostop zavarovanih oseb do zdravil (PZAE)
	4. Zagotoviti enakopraven dostop zavarovanih oseb do MP (POPMP)
	5. Vzpostaviti seznam MP (POPMP)
	6. Upravljalni najdaljše dopustne čakalne dobe – zagotoviti pravočasnost, točnost in zanesljivost podatkov, nadzorovati čakalne sezname in ukrepati (PZAE)
	7. Z informativnimi akcijami, spodbudami in drugimi ukrepi krepiti skrb za zdravje in odgovorno ravnanje zavarovanih oseb ter delodajalcev (SIOJ, PAR)

	8. Zagotoviti enotno in ažurno odločanje o pravicah zavarovanih oseb iz OZZ (POPMP, PUZMZZ, PZAE)
	9. Uveljaviti bolj odgovorno ravnanje delojemalcev in delodajalcev glede zdravja na delovnem mestu ter obvladovati zdravstveni absentizem (POPMP, SPSZ, SIOJ)
GC 3. Uveljaviti elektronsko poslovanje kot prevladujoč način poslovanja	1. Omogočiti elektronsko oddajanje vlog za uveljavljanje pravic zavarovanih oseb (SPSZ, PE IC, PUZMZZ, PZAE, POPMP)
	2. Omogočiti sistem elektronskega oddajanja zahtevkov za izplačilo nadomestil (POPMP, PE IC)
	3. Širiti elektronske prijave/odjave v OZZ – večati delež M-obrazcev urejenih po elektronski poti (PUZMZZ, PE IC)
	4. Širiti elektronsko poslovanje z izvajalci zdravstvenih storitev iz finančnega področja tudi na ostala področja partnerskega / pogodbenega sodelovanja (PZAE, PE IC)
	5. Širiti elektronsko poslovanje z dobavitelji MP iz finančnega področja tudi na ostala področja partnerskega/pogodbenega sodelovanja (POPMP, PE IC)
	6. Sodelovati pri izvajanju nacionalnih informacijskih projektov strateškega pomena (vsebinski skrbnik, PE IC)
GC4. Spodbujati kakovost zdravstvenih programov	1. Spremljati izbrane (mednarodno primerljive) kazalce ponudbe (zdravstvenih zmogljivosti) in povpraševanja (uveljavljanja) zdravstvenih storitev (PAR)
	2. Izboljšati učinkovitost programov promocije zdravja, preventivne programe in programe za opolnomočenje kroničnih bolnikov, ki jih izvaja zdravstvena služba (PZAE)
	3. Prilagajati programe potrebam starajoče se populacije (PZAE)
	4. Dograditi in spremljati kazalnike za merjenje učinkovitosti in kakovosti za izvajalce zdravstvenih storitev (PAR)
	5. Zahtevati od izvajalcev dosledno izvajanje določb Zakona o pacientovih pravicah, ki se nanašajo na seznanitev zavarovane osebe s stroški zdravljenja (izdaja specifičnega računa o opravljeni in ZZZS zaračunani storitvi)
	6. Oblikovati minimalne tehnične standarde in določati cenovne standarde in cene MP (POPMP)
	7. Dograditi kazalnike za racionalno predpisovanje zdravil (PZAE)
	8. V partnerskih pogajanjih uveljaviti tako imenovano strateško nakupovanje/naročanje izbranih zdravstvenih programov za uveljavitev naslednjih prednostnih ciljev (PZAE): <ul style="list-style-type: none"> - boljša dostopnost do izbranih programov oziroma zmanjševanje predolgih čakalnih dob - celovito obvladovanje bolezni srca in ožilja (preprečevanje in zdravljenje), še posebej izboljšanje rezultatov na področju zdravljenja možganske kapi - celovito obvladovanje raka (preprečevanje in zdravljenje), še posebej izboljšanje preživetja zaradi določenih vrst raka - celovito obvladovanje sladkorne bolezni - preprečevanje padcev oziroma obvladovanje poškodb

2. Vidik finančnega poslovanja

Globalni cilji (GC)	Usmeritve področij in sektorjev (nosilci)
GC 5. Zagotoviti uravnoteženo poslovanje ZZZS	1. Zagotoviti optimalne prihodke iz prispevkov za OZZ (PFR) z: <ul style="list-style-type: none"> - rednim spremljanjem plačila in izterjave prispevkov s strani Davčne uprave Republike Slovenije - izvajanjem poračunov neplačanih prispevkov z zahtevki za povračilo nadomestil
	2. Predlagati spremembo zakonodaje za učinkovitejšo izterjavo prispevkov (PFR)
	3. Poenotiti način obračunavanja (enaka obveznost za enak obseg pravic) oziroma porazdeljevanja bremen plačevanja prispevkov za OZZ (PFR) – sprememba zakona
	4. Optimizirati prihodke iz naslova prodaje blaga/storitev in drugih virov (PFR)
	5. V primeru realizacije presežkov prihodkov nad odhodki se polovica tega nameni za rezervni sklad in polovica za širitve, ki jih zahtevajo demografske spremembe in nove zdravstvene tehnologije (PZAE, PFR)
	6. Pravočasno pripraviti in sprejeti vzdržni finančni načrt (PFR)
	7. Zagotoviti porabo sredstev (odhodke OZZ) v okviru razpoložljivih virov oziroma izvesti ustrezne ukrepe za obvladovanje: <ul style="list-style-type: none"> - odhodkov za zdravstvene storitve (PZAE) - odhodkov za zdravila (PZAE) - odhodkov za MP (POPMP) - odhodkov za denarna nadomestila (POPMP) - odhodkov za službo ZZZS (PFR)
GC 6. Zagotoviti učinkovito in pregledno rabo sredstev OZZ	1. Posodobiti izbrane obračunske modele (PAR)
	2. Uvesti vrednotenje zdravstvenih programov ter izvesti stroškovne analize na izbranih področjih izvajanja zdravstvenih programov (PAR)
	3. Izvajati redno razvrščanje zdravil v liste na osnovi kriterijev (stroškovne) učinkovitosti in uspešnosti zdravljenja (PZAE)
	4. Izvajati uvrščanje MP v seznam MP, ki se financira v breme OZZ (POPMP)
	5. Redno informirati, izobraževati in ciljno svetovati izvajalcem zdravstvenih storitev, dobaviteljem MP in drugim poslovnim partnerjem glede pravih porabe sredstev OZZ (PZAE, POPMP)
	6. Krepiti nadzorne aktivnosti za preprečevanje nepravilnosti in goljufij (PZAE, POPMP, PFR, PAR, SPSZ, PE IC, SNR idr.)

3. Vidik notranjih procesov

Globalni cilji (GC)	Usmeritve področij in sektorjev (nosilci)
GC7. Optimizirati poslovne procese	1. Zagotoviti učinkovito in kakovostno delovanje službe ZZZS (direktorji področij, sektorjev, PE IC in OE), in sicer: <ul style="list-style-type: none"> - z zagotavljanjem zadostnih finančnih virov za njeno delovanje v okviru finančnega načrta - z racionalno izrabo razpoložljivih virov - z usmerjanjem v stranke in zagotavljanjem odličnih storitev zanje - s planiranjem in preverjanjem uresničevanja planov - z rednim spremljanjem (samooceno) delovanja notranjih kontrol - pozitivno oceno računskega sodišča
	2. Posodobiti izbrane poslovne procese in izvesti ustrezna prilagajanja organizacije ZZZS (SRKO)
	3. Zagotoviti 5-letni revizijski cikel pri izvajanju revizijskih pregledov procesov (SNR)
	4. Zagotoviti kakovostno, nemoteno in varno delovanje informacijskega sistema, vključno s krepitvijo potrebnih zmogljivosti (lastnik procesa, PE IC)
	5. Zagotoviti učinkovito informacijsko podporo poslovnim procesom ZZZS (lastnik procesa, PE IC)
	6. Izvesti informacijsko podporo za procese mednarodnega sodelovanja in uvedbo »Nacionalne kontaktne točke« za čezmejno zdravstveno varstvo (lastnik procesa, PE IC)
	7. Zagotoviti informacijsko podporo za nov sistem zagotavljanja MP (lastnik procesa, PE IC)
	8. Optimalno izkoristiti uporabo portalov na svetovnem spletu in drugih oblik elektronske komunikacije, mobilne telefonije in avtomatizirane izmenjave podatkov med ZZZS in informacijskimi sistemi različnih strank ZZZS (lastnik procesa, PE IC)
	9. Pripraviti podlage za vzpostavitev elektronskega arhiva ZZZS (SPSZ, PE IC)
GC 8. Izboljšati uporabo kompleksnih baz podatkov	1. Uvesti »pametne« poslovne informacijske sisteme za potrebe upravljanja na izbranih področjih poslovanja (PE IC)
	2. Širiti uporabo strateških orodij za oblikovanje podatkovnih skladišč za vse vrste poslovnih potreb (PAR, PE IC)
	3. Izboljšati zmogljivosti za obdelavo kompleksnih podatkov v podatkovnih skladiščih (PE IC)

4. Vidik učenja in rasti (kadri, znanje)

Globalni cilji (GC)	Usmeritve področij in sektorjev (nosilci)
GC 9. Krepiti kadrovske potencialne strokovne službe	1. Določiti in izvajati prednostne cilje pri zaposlovanju kadrov (SRKO)
	2. Uveljaviti pristop razvoja ključnih kadrov (SRKO)
	3. Uveljaviti prednostno izobraževanje in usposabljanje za razvoj kadrovskega potenciala in doseganje ciljev (SRKO)
	4. Izvajati redno letno ocenjevanje in spodbujanje delovne uspešnosti (SRKO)
	5. Izvajati redna letna merjenja organizacijske klime in zadovoljstva zaposlenih ter izvajati ukrepe za izboljšanje (vodstvo ZZZS, SRKO)

6.2. Razvojne naloge v letih 2014–2019

Razvojne naloge so v vsebinskem smislu in z vidika kadrovske ter finančne virov manj zahtevne naloge od razvojnih projektov. Kljub temu je njihova realizacija ključnega pomena za uveljavitev določenih razvojnih sprememb, dodane vrednosti za (prenovo) poslovnih procesov ali izboljšav na izbranih segmentih poslovanja. Razvojne naloge sočasne in časovno omejene aktivnosti. Nekatere razvojne naloge so v celoti odvisne od aktivnosti znotraj ZZZS, druge tudi od zunanjih vplivnih dejavnikov. Slednji predstavljajo večje tveganje za realizacijo v predvidenih rokih.

Poleg predvidenih razvojnih nalog, ki so predstavljene v nadaljevanju, lahko pride tekom izvajanja SRP 2014–2019 do izvedbe še drugih razvojnih nalog, ki so lahko spodbujene znotraj ZZZS ali iz okolja. Replaniranje razvojnih nalog se bo izvajalo skozi proces letnega planiranja, spremljanje pa skozi letno poročanje z navedbo razlogov za odstopanje od planov. Tveganja za realizacijo predvidenih razvojnih nalog predstavljajo omejitve glede kadrovske virov ZZZS ter zunaj ZZZS spodbujene prioritete naloge, ki bodo morale imeti prednost (sprememba zakonodaje, nacionalni projekti, ki terjajo sodelovanje delavcev ZZZS).

6.2.1. Pregled razvojnih nalog po globalnih ciljih

1. Vidik strank

Globalni cilji (GC)	Razvojne naloge (RN)
GC1. Ohraniti doseženo raven zdravstvene varnosti zavarovanih oseb	RN1. Izmenjava podatkov z uradnimi registri – nadgradnja povezav na uradne registre (PUZMZZ, PE IC)
	RN2. Nove kategorije zavarovancev – oblikovanje preglednejšega sistema kategorij zavarovancev (PUZMZZ)
	RN3. Prenova sistema pritožb in pohval – spremljanje zadovoljstva strank ZZZS (OE Ljubljana)
GC2. Zagotoviti nemoten dostop do pravic iz OZZ	RN4. Prenova Pravil OZZ (PAR)
	RN5. Nacionalna kontaktna točka – razvoj nacionalne kontaktne točke za informiranje o pravici do zdravljenja v tujini (PUZMZZ, PE IC, SIOJ)
	RN6. Dolžnosti zavarovanih oseb pri preventivnih programih – priprava podlag za spodbujanje odgovornega ravnanja oseb pri izvajanju preventivnih programov (PAR, PZAE, SIOJ)

	RN7. Dolžnosti zavarovancev pri bolniškem staležu – uveljavljanje večje odgovornosti zavarovancev za ravnanja v času bolniške odsotnosti (POPMP)
	RN8. Kakovostno predpisovanje zdravil II (PZAE)
	RN9. Vzpostavitev seznama MP – določiti minimalne tehnične standarde, cenovne standarde in cene MP in jih uvrščati v seznam (POPMP)
GC 3. Uveljaviti elektronsko poslovanje kot prevladujoč način poslovanja	RN10. e-VEM – širitev sistema elektronskih prijav na vse poslovne subjekte (PUZMZZ, PE IC)
	RN11. E-ZAHTEVEK za nadomestila zaradi začasne zadržanosti od dela (POPMZ, PE IC)
	RN12. e-POIZVEDBE – širitev sistema na zasebni sektor (PUZMZZ, PE IC)
	RN13. e-VLOGE za razvrstitev zdravil in živil na liste (PZAE, PE IC)
	RN14. Širitev funkcionalnosti portalov – posodobitev spletnih strani ZZZS (PE IC, PUZMZZ PZAE, POPMP, SIOJ)
GC4. Spodbujati kakovost zdravstvenih programov	RN15. Kazalniki za spremljanje ponudbe in povpraševanja (PAR)
	RN16. Kazalniki kakovosti izvajalcev (PAR)

2. Vidik finančnega poslovanja

Globalni cilji (GC)	Razvojne naloge (RN)
GC 5. Zagotoviti uravnoteženo poslovanje ZZZS	RN17. Enotna prispevna stopnja – poenotenje osnov in prispevnih stopenj glede na obseg pravic iz OZZ (PFR, PAR)
	RN18. Učinkovito pobiranje prispevkov s strani Davčne uprave Republike Slovenije (PFR)
GC 6. Zagotoviti učinkovito in pregledno rabo sredstev OZZ	RN19. Prodaja izbranih storitev – izvajanje in spremljanje tržne dejavnosti ZZZS (PFR)
	RN20. Elektronsko spremljanje zadržanosti od dela – nadgradnja sistema on-line (POPMP, PE IC)
	RN21. Prenova obračunskih modelov v zunajbolnišničnih dejavnostih – specialističnih ambulantnih in drugih dejavnostih (PAR)
	RN22. Prenova obračunskih modelov na primarni ravni – v splošni (vključno z referenčnimi ambulantami), v otroški in šolski ambulanti (PAR)
	RN23. Prenova obračunskega modela za akutne bolnišnične obravnave na podlagi SPP (PAR)
	RN24. Posodobitev modela nadzorne dejavnosti (PZAE)
	RN25. Preprečevanje goljufij (PAR)

3. Vidik notranjih procesov

Globalni cilji (GC)	Razvojne naloge (RN)
GC7. Optimizirati poslovne procese	RN26. Metodika načrtovanja v ZZZS – uveljavitev novega organizacijskega navodila (PAR, PFR)
	RN27. Nadgradnja procesov računovodenja– vpeljava centralizacije določenih postopkov in uveljavitev poročanja po načelu obračunane realizacije (PFR, PE IC)
	RN28. Nadgradnja procesov mednarodnega zavarovanja (PUZMZZ, PE IC)
	RN29. Spremljanje pogodb z izvajalci – prenova postopkov in aplikacije za sklepanje in spremljanje pogodb z izvajalci (PZAE, PE IC)
	RN30. Spremljanje pogodb z dobavitelji MP – prenova postopkov in aplikacije za sklepanje in spremljanje pogodb z dobavitelji MP (POPMP, PE IC)
	RN31. Zagotavljanje informacijske infrastrukture (PE IC)
GC 8. Izboljšati uporabo kompleksnih baz podatkov	RN32. Širitev podatkovnega skladišča zdravstvenega analitskega sistema (PAR)
	RN33. Priprava izhodišč za vzpostavitev rezervne lokacije informacijskega centra ZZZS (PE IC)

4. Vidik učenja in rasti (kadri, znanje)

Globalni cilji (GC)	Razvojne naloge (RN)
GC 9. Krepiti kadrovske potencialne strokovne službe	RN34. Ključni kadri – opredelitev politike ključnih kadrov (SRKO)

6.2.2. Opisi razvojnih nalog

GC 1 – Ohraniti doseženo raven zdravstvene varnosti zavarovanih oseb

RN 1: Izmenjava podatkov z uradnimi registri – nadgradnja povezav na uradne registre

1. Namen

Namen naloge je vzpostaviti povezavo s sodnim registrom oziroma poslovnim registrom Slovenije za pridobivanje podatka, ali je oseba družbenik oziroma ustanovitelj zavoda za potrebe urejanja zavarovanj po 6. točki prvega odstavka 15. člena ZZVZZ. Na podlagi teh podatkov se bodo vzpostavile kontrole pri urejanju zavarovanj in podpora za pripravo seznamov oseb, katere pridobijo ta status tekom zavarovanja po neprednostni podlagi.

2. Kratek vsebinski opis

Pripraviti informacijske rešitve za varno elektronsko pridobivanje podatka o statusu družbenika oziroma ustanovitelja zavoda, za vzpostavitev kontrol pri urejanju zavarovanja in pripravo seznamov oseb, ki pridobijo ta status z zavarovanjem po neprednostni podlagi.

Pripraviti je potrebno tudi navodila za prijavno-odjavne službe za urejanje evidence OZZ na podlagi pridobljenih podatkov.

3. Pričakovani učinki

Brezpapirno poslovanje, razbremenitev administrativnih opravil, zagotovitev pravnega in ažurnega urejanja zavarovanja po 6. točki prvega odstavka 15. člena ZZZVZZ.

4. Trajanje

ZZZS že ima odločbo informacijske pooblaščenke, da se lahko poveže s poslovnim registrom Slovenije za pridobivanje enotne matične številke občana, če te ni, pa davčne številke ustanoviteljev posameznega poslovnega subjekta, ter tako pridobljene podatke vključi v evidenco zavarovanih oseb. Trajanje naloge je ocenjeno na 1 leto, izvedla naj bi se v obdobju od leta 2014 do leta 2015. Glede na dovoljenje informacijske pooblaščenke je dinamika odvisna od dogovora z Agencijo Republike Slovenije za javnopravne evidence in storitve kot upravljavcem poslovnega registra Slovenije.

5. Nosilci

PUZMZZ, PE IC

6. Predvideni stroški

Zunanja strokovna pomoč pri razvoju IT rešitev: 4.000 evrov .

RN 2: Nove kategorije zavarovancev – oblikovanje preglednejšega sistema kategorij zavarovancev**1. Namen**

Namen naloge je v sodelovanju z MZ pripraviti pravne podlage za prenavo kategorij zavarovancev in zavarovanih oseb v OZZ. V okviru naloge bo oblikovan predlog določil ZZZVZZ za prenavo kategorij zavarovanih oseb v OZZ ter pravil ugotavljanja lastnosti zavarovanca v OZZ.

2. Kratek vsebinski opis

Država je pristojna oblikovati vzdržen sistem OZZ na svojem ozemlju, ki primarno temelji na ustreznih kategorijah zavarovancev, iz katerih se financira sistem OZZ.

Družbena in pravna razmerja v družbi so se od sprejetja ZZZVZZ leta 1992 spremenila, opis pravnih razmerij, ki so podlaga zavarovanje (zavarovanci v 15. členu ZZZVZZ in zavarovane osebe v 20. člen ZZZVZZ), pa se tem spremembam ni prilagajal, zato je potrebno kategorije zavarovancev in zavarovanih oseb v OZZ prenoviti oziroma uskladiti z veljavnimi predpisi, ki določajo pravna razmerja, ki so podlaga za ureditev zavarovanja. Določene kategorije zavarovancev v OZZ celo niso določene v zakonu temveč le v Pravilih OZZ kot npr. delovni invalidi, ki so prejemniki nadomestil iz invalidskega zavarovanja in zavarovanci iz naslova starševskega varstva.

Zakon tudi ne določa postopka ugotavljanja lastnosti zavarovancev. Nesistematično so pravila urejanja lastnosti zavarovanca sicer delno urejena v Pravilih OZZ, vendar bi to materijo moral urejati zakon. Zgolj za primerjavo: vodenje matične evidence zavarovancev iz pokojninskega in invalidskega zavarovanja ureja poseben Zakon o matični evidenci zavarovancev in uživalcev pravic iz pokojninskega in invalidskega zavarovanja.

Pri tem je treba upoštevati tudi pravo EU in mednarodne sporazume, ki jih je Republika Slovenija sklenila po letu 1992. Slednje se kaže predvsem pri urejanju tistih zavarovanj, kjer je določen pogoj stalnega prebivališča v Republiki Sloveniji, kot tudi v primeru sočasnih zaposlitev oziroma samozaposlitev v dveh ali več državah.

Z novelo ZZZVZZ se pričakuje vzpostavitev pregledne in celovite pravne podlage za urejanje lastnosti zavarovanca v OZZ.

3. Pričakovani učinki

- Spremenjen in dopolnjen ZZVZZ – zagotovljene pregledne in celovite pravne podlage za urejanje lastnosti zavarovanca v OZZ,
- spremenjena in dopolnjena Pravila OZZ v delu, ki ureja lastnost zavarovanca v OZZ,
- večja transparentnost in preglednost sistema OZZ.

4. Trajanje

Predvidoma v obdobju 2014–2017. Ker je naloga odvisna od uveljavitve sprememb zakonodaje in izvedbo novosti v postopke ter informacijski sistem ZZZS, je čas izvedbe zelo odvisen od uveljavitve opisanih sprememb.

5. Nosilci

PUZMZZ v sodelovanju z PFR (osnova in stopnja za plačilo prispevkov posameznih kategorij zavarovancev) in POPMP (pravice iz OZZ). Potrebno bo sodelovanje z MZ.

6. Predvideni stroški

/

RN 3: Prenova sistema pritožb in pohval – spremljanje zadovoljstva strank ZZZS

1. Namen

ZZZS je v letu 2010 vzpostavil določene mehanizme za spremljanje odzivnosti službe na pohvale in pritožbe strank, ki pa ga ni uspel dovolj razširiti, kakor tudi ne vzpostaviti celovitega sistema za nenehne izboljšave storitev za stranke ZZZS. V ta namen in da bi okrepil zaupanje strank, bo razvojna naloga opredelila podlage za dograditev in posodobitev obstoječih sistemov zbiranja pritožb in pohval ter spremljanja zadovoljstva različnih strank.

2. Kratek vsebinski opis

Naloga bo zagotovila podlage za enotno obravnavo strank, dosledno evidentiranje vseh odzivov strank ter minimalen odzivni čas službe ZZZS za odgovor strankam. V sistem vodenja bodo vzpostavljene osnove za interno obravnavo pohval in pritožb, izboljševanje storitev službe ZZZS, ki poslujejo z različnimi zunanjimi strankami ter vzpostavitev sistema za sprejemanje ukrepov za izboljšanje stanja.

3. Pričakovani učinki

- Odpiranje novih kanalov komuniciranja s strankami,
- prenovljeni anketni obrazci za zbiranje pritožb in pohval,
- prenova organizacijskega predpisa za ravnanje delavcev ZZZS s strankami,
- izboljšani sistemi izobraževanja in informiranja delavcev ZZZS o ravnanju s strankami,
- večje zadovoljstvo strank s storitvami ZZZS.

4. Trajanje

2015–2016.

5. Nosilci

OE Ljubljana.

6. Predvideni stroški

/

GC 2 – Zagotoviti nemoten dostop do pravic iz OZZ

RN 4: Prenova Pravil OZZ

1. Namen

Namen naloge je sprejem prenovljenih Pravil OZZ, ki bodo v skladu z veljavnim pravnim redom bolj jasno, notranje skladno in pregledno določala natančnejše pogoje za uveljavljanje pravic iz OZZ in postopke njihovega uveljavljanja.

2. Kratek vsebinski opis

S prenovo Pravil OZZ bo dosežena:

- uskladitev (prilagoditev, posodobitev) z veljavno zakonodajo s področja zdravstvenega varstva in zdravstvene dejavnosti ter z drugih področij, ki vplivajo na OZZ;
- odprava pravnih praznin in nejasnih ureditev z natančnejšo opredelitvijo;
- sprememba (zastarelih) ureditev posameznih področij zaradi razvoja zdravstvenih tehnologij;
- opustitev nepotrebnih določb;
- odprava notranjih neskladij besedila;
- notranja strukturiranost besedila po posameznih pravicah iz OZZ zaradi boljše preglednosti.

3. Pričakovani učinki

Natančnejša in jasnejša ter preglednejša, po posamezni pravici iz OZZ strukturirana pravna ureditev pravic in obveznosti zavarovanih oseb, izvajalcev javne zdravstvene dejavnosti in ZZZS ter posledično bolj enakopravno in lažje uveljavljanje pravic zavarovanih oseb iz OZZ.

4. Trajanje

Aktivnosti na nalogi naj bi trajale skupno dve leti, naloga naj bi se izvedla v letih 2014–2016.

Tveganje predstavlja pomanjkanje specializiranih kadrov (predvsem zdravnikov-specialistov izbranih strok), kar lahko podaljša trajanje naloge.

5. Nosilci

PAR, sodelovanje PZAE, POPMP, PUZMZZ in SPSZ, sodelovanje zunanjih sodelavcev.

6. Predvideni stroški

30.000 evrov na letni ravni.

RN 5: Nacionalna kontaktna točka – razvoj nacionalne kontaktne točke za informiranje o pravici do zdravljenja v tujini

1. Namen

Namen naloge je zagotoviti nadaljnji razvoj v letu 2013 vzpostavljene nacionalne kontaktne točke za informiranje o pravici do zdravljenja v tujini.

2. Kratek vsebinski opis

Nacionalna kontaktna točka za čezmejno zdravstveno varstvo je ustanovljena na podlagi Direktive 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu ter ZZZVZZ.

Nacionalna kontaktna točka bo morala zagotavljati pacientom informacije o izvajalcih zdravstvene dejavnosti, o dovoljenju za opravljanje zdravstvene dejavnosti, o standardih in smernicah glede

kakovosti in varnosti, ki jih morajo izvajalci zdravstvene dejavnosti v RS izpolnjevati in kateri izvajalci zdravstvene dejavnosti v RS jih izpolnjujejo, o nadzoru in oceni izvajalcev zdravstvene dejavnosti, o dostopnosti bolnišnic za invalidne osebe, o pravicah pacientov in o pritožbenih postopkih v primeru kršitev pravic pacientov v skladu z zakonom, ki ureja pacientove pravice, o pravnih sredstvih za ugotavljanje kazenske in odškodninske odgovornosti in kontaktnih podatkih nacionalnih kontaktnih točk drugih držav članic Evropske unije.

Prav tako bo zagotavljala informacije o obsegu povračila stroškov zdravljenja v tujini in pravicah ter postopku uveljavljanja pravic do zdravljenja v tujini, ki zavarovanim osebam pripadajo na podlagi Uredbe (ES) št. 883/2004 Evropskega parlamenta in Sveta o koordinaciji sistemov socialne varnosti, Direktive ter v primerih, ko so v RS izčrpane možnosti zdravljenja in je utemeljeno pričakovati ozdravitev ali izboljšanje ali preprečitev nadaljnjega slabšanja zdravstvenega stanja.

Poleg tega ima nacionalna kontaktna točka še naloge, povezane s posvetovanjem z organizacijami pacientov, izvajalci in nosilci zdravstvenega zavarovanja, sodelovanjem s kontaktnimi točkami drugih držav članic ter Evropsko komisijo, zagotavljanjem kontaktnih podatkov pacientom o kontaktnih točkah drugih držav članic in izmenjavo informacij med kontaktnimi točkami drugih držav članic.

Informacije so namenjene tako slovenskim zavarovanim osebam, ki želijo oditi na zdravljenje v drugo državo članico EU, kot tudi pacientom iz drugih držav članic EU, ki bodo želeli priti na zdravljenje v Republiko Slovenijo.

ZZZS bo zato vzpostavil posebno spletno stran kot tudi klicni center, kjer bodo na voljo vse zahtevane informacije. Nadaljnji razvoj NKT zahteva informacijske rešitve in razvoj procesov za urejanje vsebin spletnih strani ter za zagotavljanje podatkov o izvajalcih in informacijske rešitve za podporo klicnemu centru. Pripravljena bodo tudi informativna gradiva za zavarovane osebe.

3. Pričakovani učinki

Lažji dostop zavarovanih oseb do informacij v zvezi z zdravljenjem v tujini.

4. Trajanje

Celovita izgradnja posebne spletne strani kot tudi klicnega centra v letu 2014.

5. Nosilci

PUZMZZ, PE IC in SIOJ, sodelovanje Ministrstva za zdravje.

6. Predvideni stroški

Stroški razvoja nacionalne kontaktne točke v letu 2014 so ocenjeni na 500.000 evrov.

RN 6: Dolžnosti zavarovanih oseb pri preventivnih programih – priprava podlag za spodbujanje odgovornega ravnanja oseb pri izvajanju preventivnih programov

1. Namen

Namen naloge je zagotoviti bolj odgovorno ravnanje zavarovanih oseb v skrbi za lastno zdravje in zdrav način življenja z dolgoročnim ciljem vplivati na izboljšanje zdravstvenega stanja in odlaganje potreb po kurativnih zdravstvenih storitev čim dlje v starost.

2. Kratek vsebinski opis

OZZ zagotavlja zavarovanim osebam določene preventivne in presejalne programe za preprečevanje kroničnih nenalezljivih bolezni, ki za družbo in ZZZS predstavljajo velik izdatek. Motiviranje zavarovanih oseb k bolj zdravemu načinu življenja in obvladovanju kroničnih bolnih

se danes v Sloveniji izvaja predvsem z različnimi oblikami informiranja in ozaveščanja. Ta pristop pa sam zase ne more biti zadosti učinkovit brez določenih dodatnih konkretnih spodbud (bonusov), morda tudi sankcij (malusov), ki se vse bolj uveljavljajo tudi v številnih evropskih državah (programi edukacije in opolnomočenja sladkornih bolnikov v Nemčiji...). Za boljšo odzivnost zavarovanih oseb v izbranih preventivnih in presejalnih programih je zato potrebno v sodelovanju z medicinsko stroko in izvajalci omenjenih programov pripraviti strokovne predloge za uvedbo spodbud za večjo odzivnost zavarovanih oseb v preventivnih in presejalnih programih, ki jih v celoti zagotavlja obvezno zdravstveno zavarovanje. Strokovne rešitve se bodo pripravile zlasti s ciljem povečanja odzivnosti zavarovanih oseb v 4 državnih preventivnih programih za zgodnje odkrivanje kroničnih nenalezljivih bolezni, ki so za zavarovane osebe brezplačni:

1. v okviru nacionalnega preventivnega programa za srčno-žilne in druge kronične bolezni odraslih CINDI se na ravni osnovnega zdravstvenega varstva izvaja:
 - ocenjevanje ogroženosti oseb za srčno-žilnimi boleznimi in prepoznavanje ogroženih na podlagi na dom poslanega, izpolnjenega in osebnemu zdravniku vrnjenega vprašalnika ter preventivnega zdravniškega pregleda, ki naj bi se ponovil vsakih 5 let za ženske od 40. do 70. leta in moške od 35. do 65. leta starosti;
 - strokovna pomoč posamezniku za spremembo življenjskega sloga s pomočjo zdravstveno vzgojnih programov za tiste odrasle, ki se jim ob pregledu ugotovi tveganje za nastanek srčno-žilnih in drugih kroničnih bolezni.
2. v okviru državnega presejalnega programa ZORA dobi vsaka ženska, stara med 20 in 64 let, ki v zadnjih treh letih ni opravila pregleda z odvzemom brisa materničnega vratu, na dom pisno vabilo na pregled. Ker rak materničnega vratu raste počasi in potrebuje več let, da iz predrakave oblike napreduje v raka, je mogoče s pregledi žensk na tri leta veliko večino nevarnih sprememb materničnega vratu odkriti in zdraviti pravočasno.
3. DORA, državni program presejanja za raka dojke omogoča vsako drugo leto vsem ženskam z vnaprejšnjim vabljenjem med 50. in 69. letom starosti pregled z mamografijo, kjer gre za slikanje dojke z rentgenskimi žarki, s katerim je mogoče odkriti bolezenske spremembe, ki še niso tako velike, da bi jih lahko zatipali.
4. SVIT, državni program za zmanjšanje obolevnosti in smrtnosti zaradi raka na debelem črevesu in danki omogoča vsako drugo leto vsem ženskam in moškim z vnaprejšnjim vabljenjem med 50. in 69. letom starosti pravočasno odkrivanje in odstranjevanje predrakavih sprememb.

3. Pričakovani učinki

V sodelovanju z medicinsko stroko se pripravi idejni predlog – rešitev za uvedbo vsaj ene spodbude za zavarovane osebe za odgovorno ravnanje. Postopna uvedba novih spodbud bi v dolgoročni perspektivi prispevala k zmanjševanju izkoriščanja zdravstvenih zmogljivosti, bolj pravilni in racionalni rabi zdravil, medicinskih pripomočkov in predvsem tudi k odgovornemu sodelovanju pri preventivnih programih in programih za (samo)oskrbo pri kroničnih boleznih.

4. Trajanje

Aktivnosti na nalogi naj bi obsegale skupno 2 leti, naloga naj bi se izvedla v letih 2015–2016.

5. Nosilci

PAR, sodelovanje področij PZAE, SIOJ.

6. Predvideni stroški

30.000 evrov letno

RN 7: Dolžnosti zavarovancev pri bolniškem staležu – uveljavljanje večje odgovornosti zavarovancev za ravnanja v času bolniške odsotnosti

1. Namen

Namen navedene naloge je, da se z ustreznimi ukrepi doseže večja odgovornost zavarovancev glede uveljavljanja začasne zadržanosti od dela. S kršitvami navodil za ravnanje se podaljšuje čas okrevanja. Namen je hitrejša vrnitev zavarovanca v delovno okolje in preprečitev podaljševanja absentizma iz neupravičenih razlogov. S strožjimi sankcijami pri ugotovljenih kršitvah ravnanja zavarovancev v času začasne zadržanosti od dela se bodo zmanjšale oziroma odpravile kršitve, predvsem iz naslova opravljanja pridobitnega dela. Posledično lahko pričakujemo znižanje absentizma. Za ta namen je potrebno tudi okrepiti laični nadzor.

2. Kratek vsebinski opis

Za učinkovito izvedbo omenjene naloge je treba vzpostaviti pravne podlage, da se natančno opredelijo ravnanja, ki predstavljajo kršitve in ustrezne, strožje sankcije za tovrstna ravnanja. Dosedanja praksa je pokazala, da sankcioniranje, ki ga omogoča veljavna zakonodaja, ni ustrezno oziroma ga ni mogoče izvajati in nima učinkov v smislu, kot je bilo predvideno. Tudi Računsko sodišče je pri izvedbi nadzora na področju denarnih nadomestil ZZZS v letih 2007 in 2012 zaključilo, da obstoječa pravna ureditev izvajanja laične kontrole, ki omejuje možnosti sankcioniranja kršitev na najmanjšo možno mero, ni učinkovita. Podalo je priporočilo, da se področna zakonodaja dopolni s sankcijami za neprimerno ravnanje ter poveča ekipa laičnih nadzorov. Zato je poleg že omenjenih ukrepov (opredelitev kršitev, strožje sankcioniranje) za izvedbo predlagane naloge potrebno zagotoviti potrebno število laičnih kontrolorjev.

Za izvedbo naloge je potrebno dopolniti obstoječo informacijsko podporo v zvezi s postopkom izvajanja laične kontrole. Z vzpostavitvijo elektronskega spremljanja začasne zadržanosti od dela (RN 20) bo omogočeno naročanje in izvedba laične kontrole (izvedba v času, ko je zavarovanec še v »bolniškem staležu«).

3. Pričakovani učinki

Učinek je v zmanjšanju kršitev ravnanja med začasno zadržanostjo od dela in hitrejša vrnitev v delovno okolje. Pričakovati je tudi zmanjšanje odhodkov za nadomestila med začasno zadržanostjo od dela (zaradi hitrejšega okrevanja in še večjega preventivnega učinka).

4. Trajanje

Najprej je potrebno zagotoviti pravno podlago (sprememba ZZVZZ), nato pa v roku enega leta po uveljavitvi zakona vzpostaviti informacijsko podporo in povečati število laičnih nadzornikov.

5. Nosilci

POPMP, PE IC

6. Predvideni stroški

/

RN 8: Kakovostno predpisovanje zdravil II

1. Namen

Z uvedbo skupin kakovostnega predpisovanja in farmacevta – svetovalca na primarno raven zdravstvenega sistema nameravamo povečati kakovost zdravljenja z zdravili v Sloveniji in s tem zagotoviti več zdravja za njene prebivalce ter povečati učinkovitost alokacije javnih sredstev za ta namen. Projekt, ki se je v novembru 2012 začel v OE Murska Sobota, je potrebno postopno

razširiti po Sloveniji. V letu 2014 je predvideno širjenje projekta na Zdravstveni dom Ljubljana (največji zdravstveni dom v Sloveniji).

2. Kratek vsebinski opis

Z razvojno nalogo se v osnovnem zdravstvu razširja takšna organizacija, ki pospešuje izmenjavo izkušenj na področju farmakoterapije in omogoča aktivno sodelovanje komplementarnih strok medicine in farmacije. Organizacijsko to nalogo prevzemajo tako imenovane skupine kakovostnega predpisovanja in farmacevt – svetovalec:

- **skupine kakovostnega predpisovanja:** sestavljajo jih zdravniki družinske/splošne medicine in farmacevt – svetovalec in se sestanejo 6-krat letno. Vsebine sestankov se pripravijo vnaprej in oddajo Zdravniški zbornici Slovenije za dodelitev kreditnih točk za stalno podiplomsko izobraževanje. Smernica za velikost skupine je do 15 oseb. Vsaka skupina ima vodjo, ki je zdravnik in je koordinator med člani skupine, ter odgovoren za delo skupine. Sestanek poteka v času med obema izmenama in traja 1,5 do 2 uri.
- **farmacevt – svetovalec:** smernica za izbiro je specializant ali specialist klinične farmacije. Ima tedensko svetovalno ambulanto za bolnike zdravnikov, s katerimi sodeluje v skupini kakovostnega predpisovanja. Za napotene bolnike (osebno ali le njihove kartoteke) farmacevt – svetovalec izdelava farmakoterapijski pregled zdravil in izda pisni predlog optimiziranja zdravljenja z zdravili. Farmakoterapijski pregled obsega:
 - pregled predpisanih zdravil glede na bolnikov odziv (ali je zdravilo učinkovito) in ob upoštevanju bolnikovih bolezni (npr. okvara ledvic, sladkorna bolezen),
 - pregled predpisanih zdravil pri starostnikih glede na listo potencialno neprimernih zdravil (seznam PRISCUS),
 - pregled odmerkov predpisanih zdravil, njihovega števila in časa dajanja, tudi glede na obroke hrane in ostala zdravila,
 - pregled predpisanih zdravil glede na morebitno medsebojno nezdružljivost in slabo združljivost, ter glede na alergije,
 - pregled klinično pomembnih interakcij med zdravili,
 - pregled glede optimalnega kombiniranja zdravil,
 - pregled glede stroškovne učinkovitosti predpisanega zdravljenja.
- **pot bolnika v procesu farmakoterapijskega svetovanja:** klinična dokumentacija bolnika je napotena s posebnim obrazcem, ki je že izdelan. Za vsako skupino kakovostnega predpisovanja je dogovorjen način naročanja bolnikov/kartotek v svetovalno ambulanto (knjiga, e-naročanje, drugo) in v kolikor se bolnik osebno oglasi v svetovalni ambulanti dobi datum in uro. Izdelani farmakoterapijski pregled se priloži klinični dokumentaciji in vrne zdravniku, ki je bolnika napotil. Osebni pogovor/posvet glede predlagane optimizacije zdravljenja je vedno možen. Zdravnik nato v dogovoru z bolnikom prilagodi zdravljenje.
- **drugi organizacijski vidiki:** svetovalne ambulante so bodisi v zdravstvenem domu ali v domu starejših občanov in potekajo v popoldanskem času 1-krat tedensko, pri čemer se delo smiselno razporedi znotraj meseca (npr. 3-krat v zdravstvenem domu in 1-krat v domu starejših občanov). Zdravstveni dom ali dom starejših občanov zagotovi prostor z opremo (računalnik, čitalnik kartic, tiskalnik) za delo farmacevta – svetovalca in sistem naročanja v svetovalno ambulanto (knjiga, e-naročanje, drugo). Če se v zvezi s tem ugotovijo večje težave, se te obveznosti zapišejo v Splošni dogovor.

Območna enota ZZZS je spodbujevalec delovanja skupin. Poskrbi za organizacijo, potrebno administracijo (npr. pošiljanje obvestil, začetno tiskanje obrazcev za napotitev v svetovalno ambulanto in podobno).

Osebe ZZZS (zadolžene osebe na Oddelku za nadzor, v Oddelku za zdravila in OE) se glede na ugotovitve analiz in nadzorov prav tako udeležijo sestanka skupine. Predlagajo teme, pripravijo predstavitev ali se udeležijo razprave.

3. Pričakovani učinki

- Širjenje sistematičnega in celovitega pristopa k farmakoterapiji na primarni ravni zdravstvene dejavnosti, kjer se predpiše največ zdravil,
- zdravljenje z zdravili, ki je bolj prilagojeno posameznemu bolniku, zaradi česar je manj neučinkovitega zdravljenja, neželenih učinkov, interakcij med zdravili in kot posledica tega tudi manj potrebe po zdravstvenih storitvah (ambulantni obiski, hospitalizacije),
- boljše obvladovanje polifarmakoterapije, ki je najpogostejša prav pri starejših oziroma pri bolnikih z več boleznimi.

4. Trajanje

Marec 2014 – december 2019.

5. Nosilci

PZAE, OE, PE IC (izpisi polifarmakoterapije po zdravnikih)

6. Predvideni stroški

545.000 evrov – ocena sredstev, potrebnih za Slovenijo (855 timov splošne medicine) v enem letu (57 Skupin kakovostnega predpisovanja s pripadajočimi svetovalnicami)

V kalkulacije je vključeno plačilo ur po sklepu o višini plačila nadzornikov ZZZS, ki opravljajo finančno medicinske nadzore po pogodbi o delu, plačilo potnih stroškov ni predvideno oziroma vključeno.

RN 9: Vzpostavitev Seznama MP – določiti minimalne tehnične standarde, cenovne standarde in cene MP in jih uvrščati v seznam

1. Namen

Namen je vzpostavitev javno dostopnega Seznama MP s podatki, ki se nanašajo na vrste MP in s podatki, ki se nanašajo na pripomočke (artikle), ki se zagotavljajo v okviru cenovnih standardov in cen v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja. Izdaja pripomočkov (artiklov) iz Seznama MP bo hkrati pomenila zagotavljanje zavarovanim osebam tistih pripomočkov (artiklov), ki izpolnjujejo predhodno določene minimalne zahteve za materiale in druge zahteve (minimalne zahteve za MP) glede na opredeljena bolezenska stanja za posamezno vrsto MP.

2. Kratek vsebinski opis

Najprej bo potrebno natančno določiti minimalne zahteve, ki zagotavljajo zavarovanim osebam funkcionalno ustreznost za posamezno vrsto MP. Na podlagi opredeljenih minimalnih zahtev se bo ugotavljalo, kateri pripomočki (artikli) izpolnjuje te zahteve. Na podlagi posebnega pravilnika, ki določa izhodišča za cenovne standarde in cene, se bodo na novo določili cenovni standardi in cene. Pripomočki (artikli), ki bodo izpolnjevali minimalne tehnične zahteve in ki se bodo zagotavljali v okviru cenovnih standardov in cen, se bodo uvrstili v Seznam MP. Seznam MP bo nastajal postopoma, in sicer najprej načrtujemo vzpostavitev seznama za MP, ki se uporabljajo pri zdravljenju sladkorne bolezni in inkontinence (v roku 1 leta od uveljavitve pravilnikov), potem pa za ostale skupine (do sredine leta 2017). Po vzpostavitvi Seznama MP po posameznih skupinah se bo seznam v skladu s postopkom, ki je opredeljen v posebnem pravilniku, lahko spreminjal ter dopolnjeval.

3. Pričakovani učinki

Zagotavljati tiste MP, ki imajo dejansko učinek na zdravljenje in medicinsko rehabilitacijo pri posamezni vrsti obolenj. Za zavarovane osebe bo Seznam MP pomenil bolj enakomerno dostopnost do MP, ker bodo dobavitelji dolžni zagotavljati MP iz Seznama MP. Izhodišča za cenovne standarde in cene bodo zagotovila transparentnost cen pri MP v celotni verigi preskrbe za tiste MP, ki se predpisujejo na naročilnico in hkrati dolgoročno boljše obvladovanje odhodkov za MP.

4. Trajanje

Za vzpostavitev prvih seznamov vseh skupin MP se načrtuje izvedba predvidoma do sredine leta 2017, sicer pa bo po vzpostavitvi seznama MP za posamezno skupino v nadaljevanju uvrščanje v seznam trajna naloga.

5. Nosilci

POPMP (vsebinski del), PE IC (zagotovitev ustrezne informacijske podpore)

6. Predvideni stroški

Letni strošek za delo 7 komisij bo znašal okoli 7.000 evrov.

GC 3. Uveljaviti elektronsko poslovanje kot prevladujoč način poslovanja**RN 10: e-VEM – širitev sistema elektronskih prijav na vse poslovne subjekte****1. Namen**

Vključitev v sistem e-VEM vse podlage za zavarovanje, za katere so zavezanci za prijavo poslovni subjekti, ki so vpisani v Poslovni register Slovenije in uvesti za te poslovne subjekte obvezno uporabo sistema e-VEM za urejanje zavarovanj.

2. Kratek vsebinski opis

V sistem e-VEM so trenutno vključeni postopki za urejanje zavarovanj, pri katerih so zavezanci gospodarske družbe in samostojni podjetniki. Za vključitev drugih poslovnih subjektov, kot so npr. Zavod RS za zaposlovanje za osebe, ki so prejemniki nadomestila za brezposelnost, Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje za upokojeince, osebe, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost (odvetniki, notarji, samostojni kulturni delavci,...) itd., je bila pravna podlaga zagotovljena z Zakonom o matični evidenci zavarovancev in uživalcev pravic iz obveznega pokojninskega in invalidskega zavarovanja (ZMEPIZ-1), ki se je pričel uporabljati 1. januarja 2014. Z ZMEPIZ-1 je tudi predpisano, da morajo poslovni subjekti preiti na obvezno uporabo sistema e-VEM do 1. januarja 2016.

Pripravi je potrebno dopolnitev informacijskih rešitev za komunikacijo med informacijskim sistemom e-VEM in informacijskim sistemom ZZZS, za kontrolo prejetih elektronskih podatkov in informacijsko podporo za obravnavo elektronskih vlog. Zaradi povečanja količine elektronsko pridobljenih podatkov, bo potrebno okrepiti informacijsko infrastrukturo.

Pripravi bo potrebno tudi dopolnitve navodil za zavezance in službe ZZZS.

3. Pričakovani učinki

Zmanjšanje papirnega poslovanja, odprava administrativnih ovir, zmanjšanje možnosti napak pri vnosu podatkov zavarovanja v evidenco zavarovanih oseb, saj se podatki iz e-vloge (e-prijava, e-sprememba, e-odjava) po potrditvi njene pravilnosti avtomatično prepisejo v evidenco, manj napak že pri oddaji same e-vloge v določenih podatkih, saj je možno določene kontrole vzpostaviti že pri samem izpolnjevanju e-vloge.

4. Trajanje

Naloga je odvisna od dogovora z ministrstvom, ki je skrbnik sistema e-VEM (trenutno je to Ministrstvo za notranje zadeve), po kakšnem terminskem planu se bo sistem e-VEM nadgrajeval z ostalimi podlagami zavarovanja.

5. Nosilci

PUZMZZ, PE IC.

6. Predvideni stroški

Zunanja strokovna pomoč pri razvoju informacijskih rešitev: 20.000 evrov.

Stroški okrepitve informacijske infrastrukture za procesiranje in hrambo podatkov dodatnih okoli 400.000 elektronskih vlog letno.

RN 11: E – zahtevki za nadomestila zaradi začasne zadržanosti od dela

1. Namen

Namen naloge je, da bodo upravičenci do nadomestila (upravičenci) zahtevke za izplačilo nadomestila med začasno zadržanostjo od dela (zahtevki) vlagali po elektronski poti, kar bo zmanjšalo obremenitve delavcev ZZZS pri prejemu, vnosu in obdelavi navedenih zahtevkov. Možnost elektronskega vlaganja zahtevkov bo pomenila poenostavitev postopkov vlaganja zahtevkov za izplačilo oziroma za refundacijo nadomestila plače.

2. Kratek vsebinski opis

Pri izvedbi naloge bo potrebno vzpostaviti informacijski sistem, ki bo omogočal oddajo zahtevka s strani zavezanca ter zajem in izvedbo ustreznih kontrol nad temi podatki s strani ZZZS za potrebe obračuna nadomestila. Potrebno je natančno določiti podatke, ki jih morajo upravičenci zapisati v informacijski sistem ter opredelitev ustreznih kontrol. Za katero rešitev se bo ZZZS odločil – s sistemom eVEM ali vzpostavitev sistema ZZZS za e-vlaganje zahtevkov, bo odvisno od pogajanj z Ministrstvo za notranje zadeve in javno upravo ter Ministrstvom za pravosodje. Potrebna bo priprava navodil za zavezanca.

3. Pričakovani učinki

Z vzpostavitvijo elektronskega načina vlaganja zahtevkov za izplačilo nadomestila bo prišlo do zmanjšanja obsega dela delavcev ZZZS, ker podatkov iz zahtevkov ne bo potrebno ročno vnašati, zagotovljena bo racionalizacija postopkov in omogočanje ustrezne kontrole pravilnosti podatkov ter možnost sprotnega preverjanja pravilnosti zahtevkov. Zagotovljena bo možnost, da upravičenci enostavno in pregledno vlagajo zahtevke na ZZZS, kar posledično pomeni znižanje administrativnih bremen tudi na njihovi strani (brezpapirno vlaganje).

4. Trajanje

Predvidoma 2014. V prvi fazi je potrebno zagotoviti pravno podlago, in sicer tako v primeru elektronskega vlaganja zahtevkov s sistemom eVEM (dogovori o tem že tečejo z Ministrstvom za notranje zadeve in javno upravo) kot tudi za obvezno vlaganje e-zahtevkov. Najkasneje v roku treh let po zagotovitvi pravne podlage za vlaganje zahtevkov po eVEM bo potrebno predhodno vzpostaviti ustrezno informacijsko podporo, ki bo zagotavljala sprejem vlog, skupaj s potrebnimi prilogami in prepis ter njihovo obdelavo v aplikacijah ZZZS. Prav tako bo potrebno zaradi zagotavljanja pravilnosti obračuna nadomestila in izvajanja potrebnih kontrol vzpostaviti informacijsko podporo za pridobivanje potrebnih podatkov od Davčne uprave Republike Slovenije (web servis) oziroma v treh letih od sprejetja odločitve, da bo sistem za e-vlaganje zahtevkov izgradil ZZZS sam.

5. Nosilci

POPMP (vsebinski del), PE IC (informacijski del) in Ministrstvo za notranje zadeve in javno upravo (v primeru nadgradnje eVEM)

6. Predvideni stroški

Za zunanjo strokovno pomoč pri izvedbi informacijskih nalog:

- če bo vlaganje zahtevkov potekalo s sistemom eVEM, je okvirna ocena stroškov za ZZZS 60.000 evrov in za upravljavca sistema eVEM 80.000 evrov,
- če bo moral celoten sistem zgraditi ZZZS sam, je okvirna ocena stroškov 300.000 evrov.

Potrebno bo okrepiti informacijsko infrastrukturo.

RN 12: e-POIZVEDBE – širitev sistema na zasebni sektor

1. Namen

Namen naloge je dvojen, in sicer upravičencem zagotoviti hiter in zanesljiv dostop do osebnih podatkov ter službo ZZZS razbremeniti ročnega dela pri tem.

2. Kratek vsebinski opis

S sistemom e-Poizvedbe je trenutno pokrito posredovanje podatkov upravičencem iz javne uprave, ki so v letu 2012 opravili 7.374.790 poizvedb.

Ostalih posredovanj podatkov, ki potekajo na klasični način, to je s papirnim poslovanjem ali pripravo podatkov na elektronskem mediju, če upravičenec poizveduje po podatkih za večje število oseb, je bilo v letu 2012 89.990. Gre za posredovanje podatkov upravičencem iz zasebnega sektorja, kjer je posredovanje plačljivo in kjer se zahteva večje preverjanje, ali je poizvedovalec upravičen do pridobitve zaprosenih podatkov.

Z e-Poizvedbami za zasebni sektor se posredovanja podatkov ne bo dalo povsem avtomatizirati, saj bo še vedno potrebno preverjanje upravičenosti do podatkov, bo pa omogočeno e-poslovanje (e-oddaja zaprosila in e-posredovanje podatkov).

Pripravi je potrebno nadgradnjo obstoječe informacijske rešitve za oddajo zaprosila z elektronskimi prilogami, za hrambo elektronskih dokumentov, za podporo obravnavi zaprosil in pripravo zaprosenih podatkov. Vzpostaviti je treba informacijsko rešitev za fakturiranje opravljenih storitev, prenos podatkov v računovodsko evidenco in za izterjavo plačil. Zaradi povečanja števila poizvedb in obsežnejših vhodnih dokumentov, bo po potrebi obstoječa informacijska rešitev tehnološko posodobljena. Treba bo dopolniti navodila za zunanje in interne uporabnike informacijskih rešitev.

3. Pričakovani učinki

Skrajšanje časa posredovanja podatkov, razbremenitev službe ZZZS klasičnega (ročnega) posredovanja osebnih podatkov, zmanjšanje papirnega poslovanja.

4. Trajanje

2015–2017.

5. Nosilci

PUZMZZ, PE IC.

6. Predvideni stroški

Zunanja tehnična pomoč pri razvoju IT rešitev: 40.000 evrov.

RN 13. e – VLOGE za razvrstitev zdravil in živil na liste

1. Namen naloge:

Namen naloge je posodobiti izvajanje postopka razvrščanja zdravil in živil na liste, kar bo omogočilo:

- poenotenje vlog za razvrščanje zdravil in živil na liste,
- poenotenje pregledovanja in potrjevanja vlog,
- poenotenje priprave internih dokumentov za obravnavo in odločanje,
- povečanje učinkovitosti delovnega postopka.

2. Kratek vsebinski opis

E-vloga predstavlja začetek postopka razvrščanja zdravil in živil na liste, ki se bo nadaljeval v aplikaciji za razvrščanje. Aplikacija bo podpirala naslednje procese:

- sprejem vloge glede na vrsto (določena s predpisi),
- vsebino vloge (določena s predpisi),
- vrstni red vsebine vloge (določena s predpisi),
- predloge dokumentov in velikost (št. strani),
- dostop predlagateljev do vloge,
- avtomatično polnjenje vloge s podatki iz centralne baze zdravil (osnovni podatki o zdravilu, dovoljenje, cena, ..),
- avtomatično pregledovanje formalne popolnosti vloge po osnovnih kriterijih po principu »obvezni podatki« pred pošiljanjem vloge,
- sprejemanje, pregledovanje in potrjevanje oziroma nepotrjevanje vloge,
- izvoz podatkov iz vloge,
- tiskanje vloge oziroma delov vloge,
- arhiviranje vloge.

3. Pričakovani učinki

- poenoten pristop izvajanja pregleda in ocene vloge na oddelku za zdravila,
- optimizacija dela,
- povečanje transparentnosti dela,
- finančni prihranki zaradi optimiranja procesa dela.

4. Trajanje

2016–2017.

5. Nosilci

PZAE, PE IC.

6. Predvideni stroški

/

RN 14: Širitev funkcionalnosti portalov – posodobitev spletnih strani ZZZS

1. Namen:

Namen naloge je vzpostaviti nove storitve in informacije v elektronski obliki za vse tri velike skupine strank ZZZS: zavarovane osebe, izvajalce zdravstvenih storitev in zavezanca za urejanje zavarovanj oziroma plačilo prispevkov.

2. Kratek vsebinski opis:

V okviru te naloge bodo razširjene funkcionalnosti portalov za zavarovane osebe in izvajalce in vzpostavljen portal za zavezance. Zaradi prerazporeditve vsebin, bodo preurejene splošne spletne strani ZZZS. Naloge bodo izvedene fazno po predvidoma naslednjem vrstnem redu:

- vzpostavitev javnega dela portala za izvajalce za pregledno objavo vseh gradiv, podatkov in informacij za izvajalce zdravstvenih storitev,
- razširitev funkcionalnosti varovanega dela portala za zavarovane osebe za dostop do celovitih podatkov o stroških zdravstvenega zavarovanja za zdravstvene storitve in izdane materiale,
- vzpostavitev javnega portala za zavezance z objavo gradiv, podatkov in informacij za zavezance in preureditev splošnih spletnih strani ZZZS;
- podpora za naročanje kartice zdravstvenega zavarovanja na varovanem delu portala za zavarovane osebe,
- podpora za elektronsko prijavljanje družinskih članov v OZZ na varovanem delu portala za zavarovane osebe,
- podpora za elektronsko prijavljanje nosilcev (fizičnih oseb) v OZZ na varovanem delu portala za zavarovane osebe,
- prenova podpore za naročanje evropske kartice zdravstvenega zavarovanja na portalu za zavarovane osebe,
- podpora za upravljanje pooblastil imetnikov profesionalne kartice na varovanem delu portala za izvajalce,
- podpora za zagotavljanje analitičnih podatkov o opravljenih in obračunanih storitvah in izdanih materialih za izvajalce na portalu za izvajalce.

Nekatere vsebine, predvsem za zavarovane osebe, bodo v okviru te naloge pripravljene tudi v takšni obliki, da bodo dostopne na mobilnih napravah. Ustrezne prilagoditve bodo izvedene tudi za zagotovitev čim boljšega dostopa do informacij starejši populaciji.

3. Pričakovani učinki:

Z novimi rešitvami se olajša postopke za stranke in ZZZS, omogoča lažje uvajanje sprememb, zmanjšuje druge manj učinkovite oblike komunikacije.

4. Trajanje:

Naloga se bo izvajala po fazah 2014–2019.

5. Nosilci:

PE IC, PZAE, PUZMZZ, SIOJ.

6. Predvideni stroški:

130.000 evrov.

GC 4. Spodbujati kakovost zdravstvenih programov**RN 15: Kazalniki za spremljanje ponudbe in povpraševanja****1. Namen**

Namen naloge je opredelitev kazalnikov za spremljanje ponudbe in povpraševanja po zdravstvenih storitvah, ki bodo primerljivi s tovrstnimi evropskimi kazalci.

2. Kratek vsebinski opis

Na razvojne potrebe in možnosti javnega sistema zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja v vseh evropskih državah vplivajo določena razvojna gibanja (staranje in druga demografska gibanja, ekonomska rast, tehnološki razvoj, rastoča pričakovanja prebivalstva idr.), ki zelo vplivajo na izdatke sistema. Z vidika načrtovanja ustreznih finančnih sredstev oziroma boljšega obvladovanja izdatkov je zato potrebno te dejavnike podrobneje proučevati. Gibanja vplivajo bodisi na rast (spremembe) povpraševanja po zdravstvenih storitvah, bodisi na rast (spremembe) v ponudbi zdravstvenih storitev. Na povpraševanje po storitvah vplivajo predvsem demografski dejavniki, spremembe v zdravstvenem stanju, (osebni) dohodek posameznikov in BDP. Na ponudbo storitev pa vplivajo predvsem nove zdravstvene tehnologije, institucionalne značilnosti sistemov, rast plač, rast zaposlenosti in drugo.

Iz navedenih področij bo ZZZS opredelil izbrane kazalnike, ki bodo metodološko usklajeni in mednarodno primerljivi ter vzpostavil redno letno spremljanje in analitično primerjanje teh kazalnikov s stanjem v drugih državah EU.

3. Pričakovani učinki

Boljše predvidevanje (vsebinskih, organizacijskih in finančnih) posledic sprememb v povpraševanju po storitvah in ponudbi storitev, večja učinkovitost pri letnem in strateškem načrtovanju.

4. Trajanje

2015–2016: zasnova in metodološki okvir bosta zaključena predvidoma v 6-12 mesecih, sledi vzpostavitev rednega spremljanja in javno objavljanje kazalcev.

5. Nosilci

PAR.

6. Predvideni stroški

/

RN 16: Kazalniki kakovosti izvajalcev

1. Namen

Zagotavljanje in tudi nenehno izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene oskrbe je v Sloveniji in v državah EU zahtevana kot prednostna aktivnost. Evropsko sprejeta načela kakovosti so: uspešnost, varnost, pravočasnost, učinkovitost, enakopravnost in osredotočenje na pacienta.

Osnovni namen razvojne naloge je vzpostaviti sistem kazalnikov kakovosti, ki bo razumljiv in uporaben za zavarovane osebe vseh generacij pri izbiri izvajalcev zdravstvenih storitev. Hkrati je namen tudi, da se vzpostavi nabor tistih kazalnikov kakovosti za izvajalce zdravstvenih storitev, ki jih je mogoče smiselno vgraditi kot spodbude v sisteme financiranja.

2. Kratek vsebinski opis

ZZZS je že v letu 2009 na podlagi opredelitev v Dogovoru izvedel nekatere aktivnosti za vzpostavitev baze podatkov o izvajalcih akutne bolnišnične obravnave, ki omogoča izračun izbranih kazalnikov poslovanja izvajalcev in ki temelji na metodologiji, ki so jo sooblikovali vsi partnerji v zdravstvu. Baza je omogočila spremljanje izbranih kazalnikov učinkovitosti obravnavanih primerov v bolnišnični akutni in neakutni dejavnosti. Partnerji so se pri oblikovanju Dogovora v letu 2010 odločili za obvezo objavljanja in spremljanja 72 kazalnikov kakovosti. V letu 2011 je bilo dogovorjeno, da se 72 kazalcev objavlja in vrednoti 1x letno, trimesečne objave pa

so obvezne za 16 kazalcev. V letu 2012 pa je bila v Dogovor vključena tudi obvezna vzpostavitev sistema kakovosti in pridobitve mednarodno priznane akreditacije. Večina bolnišnic je v letu 2012 že pridobila ustrezno akreditacijo, ali pa so začele postopek njenega pridobivanja. Sedaj bo potrebno v sam sistem smiselno vključiti tudi kazalnike kakovosti, ki se vodijo v okviru projekta referenčnih ambulant.

ZZZS mora smiselno in celovito opraviti analizo obstoječega nabora kazalnikov kakovosti, ki se trenutno spremljajo v slovenskem zdravstvenem sistemu ter pripraviti nabor kazalnikov, ki jih lahko vgradimo v sistem spremljanja in financiranja zdravstvenih programov.

3. Pričakovani učinki

Vzpostavitev sistema spremljanja in objavljanja kazalnikov kakovosti na način, ki bo dostopen in razumljiv za zavarovane osebe. Vzpostavitev sistema spodbud za izvajalce z ustreznimi rezultati.

4. Trajanje

2014–2017. V letih 2014 in 2015 bo opravljena analiza in oblikovan nabor kazalnikov kakovosti, relevantnih za plačnika, v letih 2016 in 2017 bo pripravljen sistem za spremljanje kazalnikov kakovosti, ki bo vključen v sistem financiranja.

5. Nosilci

PAR, PZAE, PE IC.

6. Predvideni stroški

/

GC 5. Zagotoviti uravnoteženo poslovanje ZZZS

RN 17: Enotna prispevna stopnja – poenotenje osnov in prispevnih stopenj glede na obseg pravic iz OZZ

1. Namen

Predlaganje sprememb osnov in prispevnih stopenj po zavarovalnih podlagah (tipih zavarovanih oseb) tako, da bi izenačili obremenitve zavezancev za plačilo prispevkov za isti obseg pravic iz OZZ.

2. Kratek vsebinski opis

Na podlagi ZZVZZ imajo zavarovanci in zavarovane osebe različen obseg pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja za primer bolezni in poškodbe izven dela ter poškodbe pri delu in poklicne bolezni, in sicer: (1) do zdravstvenih storitev, (2) do nadomestila plače med začasno zadržanostjo od dela, (3) pogrebne in posmrtnine in do (4) povračila potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenih storitev, glede na zavarovalno podlago po kateri so vključeni v obvezno zdravstveno zavarovanje. Glede na obseg pravic so različne tudi osnove in prispevne stopnje za prispevke obveznega zdravstvenega zavarovanja. Vendar te ne obremenjujejo enakomerno dohodke zavarovancev za enak obseg pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Za nekatere zavarovane osebe se prispevki sploh ne plačujejo. Potrebno je določiti osnove in prispevne stopnje za zavarovane osebe tako, da bodo relativno enako obremenjevale dohodkovno sposobnost zavarovane osebe za plačilo prispevka. Spremenile bi se tudi nekatere osnove za določitev prispevka in izenačile z osnovami za prispevke za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, predlagala bi se obveznost za plačilo prispevka za nekatere družinske člane in določila prispevna stopnja za prispevek za obvezno zdravstveno zavarovanje od osnove in na

osnovo za vse kategorije zavarovancev in tistih zavarovanih oseb, za katere bi predlagali tudi plačilo prispevka za obvezno zdravstveno zavarovanje.

3. Pričakovani učinki

Povečanje vplačila prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje zaradi:

- spremembe nekaterih osnov in prispevnih stopenj,
- uvedba prispevkov na osnovo za tiste kategorije zavarovancev, za katere se v sedanjem sistemu prispevek za obvezno zdravstveno zavarovanje ne plačuje.

4. Trajanje

Predvidoma 6 mesecev. Vprašanje oblikovanja predloga bo najprej odvisno od dosežene soglasja upravljavcev OZZ (predstavnikov delodajalcev in delojemalcev). Tveganja pa so povezana tudi z reformo zdravstvenega sistema, ki bo zajela tudi zdravstveno zavarovanje, ter političnim soglasjem za takšne spremembe, saj prispevne osnove in prispevne stopnje sprejme Državni zbor Republike Slovenije.

5. Nosilci

PFR, ob sodelovanju PAR (za pripravo predloga zakonskega besedila).

6. Predvideni stroški

/

RN 18: Učinkovito pobiranje prispevkov

1. Namen

Izboljšati evidenco o obveznostih zavezancev za plačilo prispevkov pri Finančni upravi in prenos vodenja evidenc in izterjave prispevkov samoplačnikov na Finančno upravo, ter takojšnja izterjava plačila zapadlih obveznosti iz naslova prispevkov, ob izvajanju finančno revizijskih aktivnosti ZZZS za ugotavljanje pravilnega in pravočasnega plačila prispevkov pri zavezancih za plačilo prispevkov.

2. Kratek vsebinski opis

Sedanja ureditev, ki predpisuje obračun in plačevanje prispevkov za socialno varnost ne zagotavlja pravilne in ažurne evidence obveznosti za plačilo prispevkov za socialno varnost. V ta namen bo oblikovan predlog za spremembe in dopolnitev ustreznih predpisov tako, da bi določil obveznost mesečnega obračuna prispevkov za socialno varnost in obvezno oddajo tega obračuna na Finančno upravo Republike Slovenije. Evidenca plačanih prispevkov pri Finančni upravi pa bi morala zagotavljati preglede po posameznem zavarovancu, za katerega je/ni zavezanec plačal prispevke in omogočiti možnost vpogleda o tem s strani posameznega zavarovanca. Takoj ko je ugotovljena zapadlost obveznosti plačila prispevka, bi morala Finančna uprava brez odlašanja proti zavezancu za plačilo prispevka pričeti z izterjavo. S tem se bo izboljšala možnost za poravnavo zapadlih obveznosti zavezancev za plačilo prispevkov. Do poravnave plačila zapadlih neplačanih prispevkov, podobno kot je to že vezano pri uveljavljanju pravic pokojninskega in invalidskega zavarovanja ter pravic za primer brezposelnosti, pa proučiti možnost omejitve obsega pravic iz OZZ. S predlagano nadgradnjo evidence plačila prispevkov za socialno varnost po zavarovancih pri Finančni upravi, bi imeli zavarovanci možnost vpogleda ali zavezanec za plačilo prispevka zanje redno plačuje prispevek, s tem pa tudi ali ga je prijavil v obvezna socialna zavarovanja. Dokler predlagane spremembe na področju pobiranja prispevkov ne bodo uveljavljene, bo morala služba ZZZS, ki je zadolžena za revizijo prispevkov, intenzivirati

odkrivanje in odpravljanje nepravilnosti pri obračunu in plačilu prispevkov z izvajanjem revizij pri zavezancih za obračun in plačilo prispevkov, v sodelovanju s Finančno upravo.

V skladu s predpisi, ki ureja obračun, evidenco, pobiranje in izterjavo davščin – med katere so uvrščeni tudi prispevki za OZZ – je naloga Finančne uprave, da evidentira, pobira in izterjuje vse davščine od vseh zavezancev za plačilo le teh³⁷. ZZZS od ustanovitve dalje sam evidentira in pobira prispevke za OZZ od zavarovancev, ki so sami zavezanci za plačilo prispevkov (v nadaljevanju: samoplačniki), kar je izjema v sistemu pobiranja davščin v Republiki Sloveniji. Zato velja poenotiti sistem, ki velja za vse druge prispevke za socialno varnost (prispevki za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, prispevki za starševsko varstvo, prispevki za zavarovanje za primer brezposelnosti) tako, da bi evidenco, pobiranje in izterjavo plačila prispevkov tudi za te zavarovance - samoplačnike opravljala Finančna uprava. Za prenos evidenc na Finančno upravo bo potrebno sodelovanje informatikov in področja za urejanje zavarovanj ZZZS (prenos odprtih terjatev, ureditev postopka elektronskega prenosa podatkov o vstopu ali izstopu iz zavarovanje po podlagah za samoplačnike in tudi drugih podlagah, ki bo osnova Finančni upravi za pobiranje in evidenco plačanih prispevkov po zavarovancih, itd.).

3. Pričakovani učinki

Ažurno bi se ugotovile dejanske obveznosti za plačilo prispevkov za OZZ (in drugih prispevkov za socialno varnost) in v primeru neplačila, dolg zavezancev za plačilo prispevkov. Hkrati pa bi se povečala finančna disciplina za plačilo davščin, kar bi morale prispevati k zmanjšanju zapadlih in neizterljivih obveznosti ter s tem posledično izboljšati javnofinančne prihodke. S hitrejšo izterjavo prispevkov, takoj ko se v evidenci Finančne uprave izkaže dolg za plačilo zapadlih prispevkov, bi se tudi izboljšalo stanje virov sredstev za izvajanje OZZ. Izterjavo pa bi opravljala Finančna uprava od vseh zavezancev za plačilo prispevkov OZZ.

4. Trajanje

Začetek izvedbe naloge marec 2015 in dokončanje 2018. Realizacija pa bo v veliki meri vezana na:

- spremembo zakonodaje, ki ureja obračun, pobiranje, evidentiranje in izterjavo davščin,
- izgradnja informacijske podpore na Finančni upravi, ki bo zagotavljala evidenco vplačanih prispevkov po zavezancih za plačilo prispevkov in po zavarovancih ter slednjim omogočala vpogled o rednem plačilu prispevkov zanje.

5. Nosilci

PFRO, PUZMZZ, PE IC.

6. Predvideni stroški

/

7. Tveganja

Glede na to, da si ZZZS že več let neuspešno prizadeva spremeniti zakonodajo, ki bi za zavezance za obračun prispevkov nesporno in jasno določila obveznost mesečnega obračuna prispevkov za socialno varnost in oddajo tega obračuna na Finančno upravo, je za sprejem predlaganih predlogov pričakovati odpore in zavlačevanje sprejemanja zakonodaje. Predlagana nadgradnja evidenc prispevkov za socialno varnost po zavarovancih in možnost vpogleda zavarovanca o

³⁷ Davščine so obvezne javne dajatve zavezancev, ki jih predpiše država, s čimer prerazporeja BDP in tako zagotavlja sredstva za zagotavljanje javnih dobrin. Za obračun, nadzor nad plačevanjem in izterjavo prispevkov je stvarno pristojna DURS (pojasnilo Ministrstva za finance, dopis števil 493-20/2014 z dne 21. 3. 2014), ki se s 1. 9. 2014 združi s CURS in preimenuje v Finančno upravo (Zakon o finančni upravi, UL RS, št. 25/2014).

rednem plačilu prispevkov zanj je vezana na zmožnost Finančne uprave za nadgradnjo njihovega informacijskega sistema, ki bo to omogočal. Tveganje obstoji tudi glede prenosa evidenc in izterjave prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje za samoplačnike iz ZZZS na Finančno upravo, zaradi dosedanjega odklonilnega stališča Davčne uprave Republike Slovenije, kljub nespornemu stališču Ministrstva za finance, da je za pobiranje in izterjavo vseh prispevkov, tudi od samoplačnikov, stvarno pristojna Davčna uprava Republike Slovenije oziroma po novem Finančna uprava. Omejevanje pravic iz OZZ zaradi neplačila prispevkov je potrebno urediti v zakonu³⁸. Obstoji verjetnost nasprotovanja taki ureditvi, čeravno je tak način uveljavljen pri uveljavljanju pravic iz prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja in nekaterih drugih vrst obveznih zavarovanj (npr. avtomobilsko zavarovanje, pokojninsko in invalidsko zavarovanje), redno plačevanje prispevkov pa je sestavni del uveljavljanja solidarnosti v sistemu OZZ.

GC 6. Zagotoviti učinkovito in pregledno rabo sredstev OZZ

RN 19: Prodaja izbranih storitev– izvajanje in spremljanje tržne dejavnosti ZZZS

1. Namen

Namen naloge je v skladu z veljavnimi predpisi, glede na tržno politiko ZZZS ter razpoložljive kadrovske in tehnološke vire ZZZS za izvajanje tržne dejavnosti, zagotoviti ločeno planiranje ter evidentiranje prihodkov in odhodkov tržne dejavnosti. S tem se zagotovi ocenjevanje namembnosti, gospodarnosti ter učinkovite porabe sredstev ZZZS, ki niso zagotovljena iz javnih sredstev.

2. Kratek vsebinski opis

V skladu z veljavnimi predpisi je treba zagotoviti ločeno evidentiranje prihodkov in odhodkov od tržne dejavnosti. Medtem ko so prihodki in neposredni odhodki tržne dejavnosti ugotovljivi ob nastanku poslovnega dogodka, je treba za razmejevanje posrednih odhodkov zagotoviti sodila. ZZZS mora opredeliti kriterije za tržno dejavnost ter sodila za razmejevanje posrednih odhodkov in zagotoviti pripravo kalkulacij cen za tržne storitve za sklepanje novih pogodb, ki vtevajo v tržno dejavnost. In to tako, da bodo zagotovile pokritje vseh nastalih odhodkov tržne dejavnosti ZZZS. Kriterije in sodila mora obravnavati organ upravljanja ZZZS in pooblastiti odgovorno osebo v ZZZS za določitev tržnih cen, ugotovljenih na podlagi sprejetih sodil.

Poleg ločenega evidentiranja prihodkov in odhodkov iz naslova tržne dejavnosti, je potrebno opredeliti tudi evidentiranje obveznosti iz tega naslova, ter ugotavljanje rezultata tržne dejavnosti. Prav tako se mora opredeliti morebiten prenos ali namembnost razporeditve rezultata tržne dejavnosti.

Pri vsakoletnem planiranju prihodkov in odhodkov bo potrebno vključiti tudi predvidene prihodke in odhodke ZZZS iz tržne dejavnosti. Za namen evidentiranja tržne dejavnosti pripraviti nov pravilnik za tržno dejavnost ter uskladiti obstoječe interne akte v delih, ki so vezani na izvajanje tržne dejavnosti ZZZS.

Treba bo zagotoviti tudi programsko podporo:

- nadgradnja poročil ter priprava novih poročil v SAP Kontroling, priprava procesa razporejanja posrednih stroškov,
- nadgradnja poročanja v SAP računovodstvo v povezavi z obveznostmi, terjatvami ter odhodki in prihodki povezanimi s tržno dejavnostjo.

³⁸ Razširitev določbe sedanjega 78a. člena ZZVZZ na vse zavarovance, za katere niso plačani prispevki ali vsaj na odgovorne osebe pri delodajalcih.

3. Pričakovani učinki

- Opredelitev tržne politike ZZZS in področij, na katerih bo ZZZS lahko izvajal tržno dejavnost,
- opredelitev in potrditev sodil za razmejevanje posrednih odhodkov, evidentiranje in poročanje o rezultatih poslovanja iz tržne dejavnosti ZZZS,
- poenotenje kalkulacij cen za storitve tržne dejavnosti, ki bi zagotavljale pozitiven poslovni rezultat tržne dejavnosti,
- poenoten način planiranja tržne dejavnosti.

4. Trajanje

2014–2015.

5. Nosilci

PFR.

6. Predvideni stroški

15.000 evrov.

RN 20: Elektronsko spremljanje zadržanosti od dela – nadgradnja sistema on-line

1. Namen

Namen naloge je, da izbrani osebni zdravniki (IOZ) v informacijski sistem zapisujejo in tudi berejo podatke, vezane na ugotovljeno začasno nezmožnost za delo zavarovanca. Pri zapisu podatkov bo potrebno omogočiti potrebne kontrole e-zapisa začasne nezmožnosti za delo, ki bo vplivala na pravilnost spoštovanja predpisov s tega področja. Do podatkov, ki so zapisani v informacijski sistem, naj bi uporabniki, ki bodo imeli pravno podlago in pravni interes za dostop do teh podatkov (imenovani zdravniki in zdravstvena komisija ZZZS, možnost pošiljanja podatkov na IVZ...), dostopali enostavno. Posamezni pristojni izbrani osebni zdravniki (trenutno pediatri in osebni splošni zdravniki, v primeru spremembe predpisa pa tudi ginekologi) bodo dostopali do podatkov o začasni zadržanosti od dela, ugotovljeni s strani drugega pristojnega izbranega osebnega zdravnika.

2. Kratek vsebinski opis

V okviru izvedbe naloge bo potrebno natančno določiti podatke, ki bodo zapisani v informacijski sistem, ter določiti pooblastila uporabnikov za zapis in branje teh podatkov. Potrebno bo ustrezno nadgraditi informacijski sistem in vzpostaviti potrebne kontrole, pripraviti vsebinska in tehnična navodila za izvajalce zdravstvenih storitev in zagotoviti podporo izvajalcem pri prilagoditvi informacijskih sistemov.

3. Pričakovani učinki

Učinek naloge je zagotavljanje pravilnosti podatkov o začasni nezmožnosti za delo, ugotovljeni s strani pristojnega izbranega osebnega zdravnika, njegov vpogled v podatke o začasni zadržanosti od dela, ki jo je odobril drug pristojni izbrani osebni zdravnik (navedeno bo nujno v primeru, če bodo predpisi spremenjeni tako, da bo lahko začasno nezmožnost za delo ugotavljal tudi ginekolog, kar je zahteva zdravnikov) ter omogočanje hitrega dostopa imenovanim zdravnikom in zdravniškim komisijam do podatkov, potrebnih pri odločanju o začasni zadržanosti od dela v breme OZZ, kar bo skrajšalo postopke odločanja.

4. Trajanje

Najprej je potrebno zagotoviti pravno podlago (sprememba ZZVZZ) za tovrstno elektronsko spremljanje zadržanosti od dela – nadgradnja informacijskega sistema, ter pravno podlago za ugotavljanje začasne zadržanosti od dela s strani izbranega osebnega ginekologa. Naloga bo opravljena v roku enega leta po spremembi predpisa.

5. Nosilci

POPMP (vsebinski del), PE IC (informacijski del).

6. Predvideni stroški

Stroški nadgradnje informacijskega sistema – 50.000 evrov.

RN 21: Prenova obračunskega modela v zunaj bolnišničnih dejavnostih – v specialističnih ambulantnih in drugih dejavnostih

1. Namen

Pripraviti nove modele plačevanja zdravstvenih storitev v zunaj bolnišničnih – specialističnih in drugih dejavnostih.

2. Kratek vsebinski opis

Model plačevanja zdravstvenih storitev v zunaj bolnišničnih – specialističnih ambulantnih in drugih dejavnostih obsega katalog storitev, cenik storitev in način plačevanja storitev (poročila-akontacije ali računi). Modeli plačevanja zdravstvenih storitev naj bi bili administrativno nezahtevni, enostavni za nadzor, izvajalce bi morali motivirati k čim boljšemu delu na podlagi najnovejših strokovnih spoznanj, destimulirali naj bi opravljanje nepotrebnih storitev, spodbujali celovitost obravnave bolnikov, zagotavljali učinkovito in gospodarno izvajanje storitev in vzpostavljali ustrezno plačilo za opravljeno delo oziroma enako plačilo za enako delo. Temeljna slabost obstoječih modelov plačevanja zdravstvenih storitev v zunaj bolnišničnih specialističnih ambulantnih in drugih dejavnostih predstavljajo zastareli sezname storitev. Nekaterih storitev izvajalci zaradi strokovnega napredka ne izvajajo več. Po drugi strani izvajajo storitve, ki niso vključene v veljavne sezname storitev. Pomanjkljivost modelov plačevanja zdravstvenih storitev je tudi neustrezno vrednotenje storitev. Vzroke za to gre iskati v spremembah obsega potrebnega dela, v spremembah vrednotenja opravljenega dela in v razvoju medicinske tehnologije, ki vpliva na vrednotenje materialnih stroškov in amortizacije. Potrebni pogoj za vzpostavitev novega modela, ki bi dosegal zgoraj omenjene cilje, predstavljajo, tako za izvajalce kot tudi za plačnike, ustrezni katalogi zdravstvenih storitev ter primerne cene zdravstvenih storitev. Sprememba modela plačevanja zdravstvenih storitev lahko pomeni celovito prenavo kataloga storitev, cen in načina plačevanja. Lahko pa pomeni delno prenavo bodisi kataloga storitev (npr. dodajanje ene ali več novih storitev) bodisi cen ali pa načina plačevanja (poročila ali računi). V okviru razvojne naloge bodo pripravljene novi modeli plačevanja zdravstvenih storitev v okviru zunajbolnišničnih – specialističnih ambulantnih in drugih dejavnostih.

3. Pričakovani učinki

Večja preglednost nad porabo sredstev OZZ, z razvojem medicinske stroke usklajeni modeli plačevanja zunajbolnišničnih – specialističnih ambulantnih in drugih dejavnosti, manj (evidentiranja) nepotrebnih zdravstvenih storitev, ustrežnejše plačilo izvajalcem za opravljeno delo, lažje in učinkovitejše načrtovanje programov.

4. Trajanje

Modeli plačevanja se bodo posodabljali postopoma za posamezne zunajbolnišnične dejavnosti, v skladu z zmožnostmi ZZZS, zato se bo naloga izvajala kontinuirano do decembra 2019. Okvirni načrt po posameznih letih je naslednji:

- 2014: nov katalog in cene zdravstvenih storitev: patronažna zdravstvena nega, klinična psihologija, UZ; nov katalog: nevrologija, oftalmologija, ORL, dermatologija
- 2015: nove cene zdravstvenih storitev; nevrologija, oftalmologija, ORL, dermatologija;
- 2016–2017: nov katalog in nove cene zdravstvenih storitev: internistika, kirurgija
- 2018–2019: nov katalog in cene zdravstvenih storitev: preostale zunajbolnišnične dejavnosti

5. Nosilci

PAR, v sodelovanju z izvajalci oziroma predstavniki posameznih strok.

6. Predvideni stroški

30.000 evrov letno.

RN 22: Prenova obračunskih modelov na primarni ravni**– v splošni (vključno z referenčnimi ambulantami), otroški in šolski ambulantami****1. Namen:**

Financiranje zdravstvenega varstva mora upoštevati potrebe državljanov in spodbujati kakovost in učinkovitost zdravstvene oskrbe, obenem pa mora biti razporejanje sredstev pravično tudi do izvajalcev, kjer so strateškega pomena različne (finančne in nefinančne) spodbude za bolj učinkovito in kakovostno opravljeno delo.

Obračunski modeli za storitve v splošnih, otroških in šolskih ambulantah na primarni ravni zdravstvene dejavnosti pri nas temeljijo na glavarinsko storitvenem sistemu. Glavarina je opredeljena kot količina sredstev potrebnih za zdravniški tim, ki izvaja oskrbo določene populacije zavarovanih oseb.

Osnovni namen naloge je opredeliti, testirati in uvesti mehanizme, ki bodo v večji meri upoštevali izide obravnave zavarovanih oseb, t.j. učinkovito in kakovostno obravnavo bolnika.

2. Kratek vsebinski opis:

V pretežnem delu primarne ravni zdravstvene dejavnosti, ki jo opravljajo izbrani osebni zdravniki (splošni zdravniki, šolski zdravniki, otroški zdravniki) je v veljavi kombinirani glavarinsko-storitveni sistem obračunavanja. V preteklih letih so se uvajale finančne vzpodbude za doseg želenih javno zdravstvenih ciljev, kot sta boljša skrb osebnih zdravnikov za opredeljeno populacijo in racionalizacija izvajanja programov pri izvajalcih na primarni in sekundarni ravni. Tako so bili izvajalci finančno stimulirani za opravljanje večjega števila preventivnih pregledov in za obvladovanje napotitev na sekundarno raven. Finančne vzpodbude so se nanašale tudi na programe za uveljavljanje bolj zdravega načina življenja, preprečevanje dejavnikov tveganja in predvsem tudi za zgodnje odkrivanje določenih kroničnih bolezni in stanj. Ogromno dela je bilo opravljeno v splošni/družinski medicini, zadnje z uvedbo referenčnih ambulant, medtem ko se prenova v otroški in šolski medicini še ni zgodila.

Temeljna načela prenove obračunskih modelov na primarni ravni bodo:

- da razporejanje sredstev s prenovljenimi obračunskimi modeli podpirajo čim boljše dostopnost prebivalcev do (izbranih) zdravstvenih storitev,
- da razporejanje sredstev s prenovljenimi obračunskimi modeli omogočajo doseganje ravnotežja med zdravstvenimi potrebami prebivalstva in razpoložljivimi viri.

Potrebne aktivnosti:

- analiza trenutnega stanja obračunskega modela v splošni, otroški in šolski ambulanti (vključno z referenčnimi ambulantami),
- predlog sprememb obračunskih modelov v splošni, otroški in šolski ambulanti (vključno z referenčnimi ambulantami).

3. Pričakovani učinki

- Celovita obravnava prebivalstva na primarni ravni vključno z opolnomočenjem bolnikov za (samo)zdravljenje izbranih kroničnih bolezni,
- prenos zdravstvene obravnave s sekundarne na primarno raven (dokončanje bolnišničnega zdravljenja na domu),
- trajna in celovita obravnava kroničnih bolnikov,
- primarna in sekundarna preventivna dejavnost,
- zmanjševanje nepotrebnih napotitev na sekundarno raven,
- racionalno predpisovanje zdravil in bolniškega staleža.

4. Trajanje

3 leta, 2015–2018.

5. Nosilci

PAR, PE IC, v sodelovanju z izvajalci oziroma predstavniki posameznih strok.

6. Predvideni stroški

30.000 letno.

RN 23: Prenova obračunskega modela za akutne bolnišnične obravnave na podlagi SPP

1. Namen

Namen razvojne naloge je izvesti vse aktivnosti, ki so potrebne za uvedbo uporabe klasifikacije SPP verzija 6.0 (AR- DRG 6.0) za evidentiranje in obračunavanje akutnih bolnišničnih obravnav v okviru SPP. Pri tem je ključna opredelitev cen (uteži) akutnih bolnišničnih obravnav, ki se plačujejo na podlagi SPP.

2. Kratek vsebinski opis

Plačevanje akutnih bolnišničnih obravnav od leta 2004 temelji na podlagi klasifikacije SPP, pri čemer se uporablja avstralska klasifikacija SPP verzija 4.2. (2001/2002). Večina relativnih cen je bila povzeta po originalnih avstralskih utežeh, te so v uporabi tudi v letu 2013.

S 1.1.2013 se diagnoze in posegi evidentirajo v skladu s slovenskim prevodom avstralske modifikacije mednarodne klasifikacije bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene (MKB -10 AM verzija 6) in slovenskim prevodom klasifikacije terapevtskih in diagnostičnih postopkov (KTDP verzija 6).

Klasifikaciji se uporabljata tudi za evidentiranje opravljenega dela za akutne bolnišnične obravnave, ki se plačujejo na podlagi SPP. Ne glede na spremembo v zvezi s klasifikacijama diagnoz in posegov pa izvajalci ZZZS še naprej poročajo in obračunavajo realizirane (šifre) SPP na podlagi klasifikacije SPP verzija 4.2 (AR-DRG 4.2.).

Cilj ZZZS je, da se poleg že uvedenih klasifikacij verzije 6. uvede tudi plačevanje na podlagi klasifikacije SPP verzija 6.0 (AR-DRG 6.0). Pogoj za to je opredelitev uteži za vseh 698 SPP v novi klasifikaciji SPP verzije 6 (AR-DRG 6.0).

3. Pričakovani učinki

Opredelitev uteži za vseh 698 SPP v novi klasifikaciji SPP: AR-DRG 6.0.

4. Trajanje

2014–2016.

5. Nosilci

PAR.

6. Predvideni stroški

30.000 letno.

RN 24. Posodobitev modela nadzorne dejavnosti**1. Namen**

Namen naloge je posodobiti model izvajanja nadzorne funkcije ZZZS (vseh vrst nadzora) tako, da bo učinkovitejše sredstvo za uravnavanje pravilnosti in enotnosti evidentiranja in obračunavanja zdravstvenih storitev ter programov v zdravstvenem sistemu in ga smiselno povezati s procesom sklepanja Dogovora in posodabljanjem šifrantov za obračun.

2. Kratek vsebinski opis

Na novo opredeliti sestavne dele nadzornega procesa in njihovo vsebino ter povezavo z nekaterimi drugimi procesi v ZZZS:

- **opredeliti vhodne vsebine:** na podlagi razpoložljivih podatkov iz podatkovne baze Izdatki in drugih podatkovnih baz (npr. AOR) ter s pomočjo orodij za obdelavo le teh na novo opredeliti postopke za izbiro izvajalcev in vsebin nadzora pri izvajalcih zdravstvenih storitev;
- **strukturirati pripravo na nadzore:** možni postopki poenotenja nadzornikov so posredni ali skupinski tematski nadzori, kjer nadzorniki skupaj pregledajo medicinsko dokumentacijo in poenotijo kriterije, ki se zapišejo v obliki internih nadzornih navodil;
- **opredeliti pristope k izvedbi nadzora glede na vhodne vsebine:** možni pristopi za izvedbo nadzora bodo predvsem »učni« nadzori za nove izvajalce, ciljani nadzori, kjer bodo predhodne analize pokazale največjo stopnjo tveganja za napake, nadzori na podlagi statistično oblikovanih vzorcev in možnostjo sklepanja na verjetnost napake na celotno statistično populacijo;
- **opredeliti izhodne vsebine:** v povezavi z uravnavanjem evidentiranja in obračunavanja zdravstvenih storitev in programov v zdravstvenem sistemu in drugimi procesi v ZZZS.

O ugotovitvah nadzora izvesti razpravo znotraj ZZZS in letni proces zaključiti:

- z zahtevo za odpravo sistemskih napak pri vseh izvajalcih,
- z izdajo posodobljenih navodil za evidentiranje in obračunavanje storitev oziroma s predlogi glede Splošnega dogovora,
- s predlogi za nadgradnjo avtomatskih kontrol,
- s predlogi za posodobitev obračunskih modelov.

3. Pričakovani učinki

Uveljavljen bo sistematičen in bolj celovit pristop izvajanja kontrolne in nadzorne zakonske funkcije ZZZS kot funkcije za uravnavanje evidentiranja in obračunavanja v zdravstvenem sistemu. Model nadzorne dejavnosti bo prilagojen spremenjenim okoliščinam prenosa podatkov oziroma dostopnosti podatkov o evidentiranih in obračunanih zdravstvenih storitvah.

Model bo potrebno izvajati z elementi systemskega pristopa vodenja delovnih postopkov.

4. Trajanje:

2014–2015.

5. Nosilci:

PZAE, PE IC.

6. Predvideni stroški

/

RN 25: Preprečevanja goljufij (PAR)

1. Namen

Namen naloge je podrobnejša opredelitev postopkov ocenjevanja in upravljanja (obvladovanja) tveganj goljufij, varnega prijavljanja sumov, evidentiranja in poročanja o goljufijah, informacijska podpora in nekateri drugi postopki, ki bodo omogočali bolj učinkovito odkrivanje, obravnavanje in preprečevanje tovrstnih dejanj na področju izvajanja OZZ oziroma poslovanja ZZZS.

2. Kratek vsebinski opis

ZZZS je v letu 2013 oblikoval in sprejel dokument Temelji politike preprečevanja goljufij in posebno Izjavo o zavezanosti vodstva ZZZS tej politiki. Z obema dokumentoma so bile podane osnovne podlage za vzpostavitev ustrezne organizacijske strukture in začetek nekaterih osnovnih aktivnosti, ki so bile v tem dokumentu predvidene.

Določene aktivnosti bodo izvedene na podlagi posebnega akcijskega plana, za zahtevnejše pa bo potrebno izvesti nekatere krajše razvojne aktivnosti, na osnovi katerih bodo podane ustrezne vsebinske, organizacijske, pravne in informacijske opredelitve.

3. Pričakovani učinki

Učinkovito preprečevanje namernih nepravilnosti, zlasti na področju evidentiranja in obračunavanja zdravstvenih storitev, zdravil in MP.

4. Trajanje

Ker gre za zahtevne konceptualne in metodološke razvojne aktivnosti, načrtujemo izbrane razvojne aktivnosti v vseh letih izvajanja SRP (2014–2019).

5. Nosilci

PAR.

6. Predvideni stroški

/

GC 7. Optimizirati poslovne procese

RN 26: Metodika načrtovanja v ZZZS – uveljavitev novega organizacijskega navodila

1. Namen

Pripraviti in uveljaviti novo organizacijsko navodilo Metodiko načrtovanja v ZZZS.

2. Kratek vsebinski opis

Obstoječe organizacijsko navodilo Metodika letnega planiranja je deloma zastarela in ne omogoča priprave letnih planov po predvidenem postopku. Na osnovi dolgoletnih izkušenj, pogojev poslovanja in revizijskih priporočil je potrebno pripraviti nov celovit organizacijski

predpis za planiranje oziroma načrtovanje: od dolgoročnega – strateškega do kratkoročnega – letnega planiranja. Notranji revizorji so podali revizijska priporočila, ki jih želimo z razvojno nalogo realizirati.

3. Pričakovani učinki

Novo organizacijsko navodilo bo omogočalo učinkovito, pregledno in dinamično planiranje poslovanja ZZZS in prilagajanje razmeram v okolju ter boljšo povezavo plana dela s finančnim načrtom. Z razvojno nalogo bodo realizirana tudi revizijska priporočila.

4. Trajanje

2014, trajanje 1 leto.

5. Nosilci

PAR, sodeluje PFR.

6. Predvideni stroški

/

RN 27: Nadgradnja procesov računovodenja – vpeljava centralizacije določenih postopkov in uveljavitev poročanja po načelu obračunane realizacije

1. Namen

Namen centralizacije je povečanje produktivnosti, zmanjševanje tveganj in večja kakovost procesov ter podatkov. Namen uveljavitve poročanja po načelu obračunane realizacije pa je uskladitev računovodstva in informacijskih rešitev s spremenjenimi zakonskimi predpisi in standardi.

2. Kratek vsebinski opis

Naloga se bo izvedla dvofazno:

1. faza: vpeljava centralizacije izvajanja izbranih postopkov računovodenja. V tej fazi bodo zagotovljene nadgradnje informacijskih rešitev za izvajanje postopkov v novi organizacijski obliki z nadaljnjo avtomatizacijo prenosov in kontrolami podatkov, rešitvami za spremljanje in poročanje.
2. faza: prehod pri prepoznavanju prihodkov in odhodkov iz plačane na fakturirano realizacijo. Potrebne bodo dopolnitve postopkov priprave finančnih načrtov, beleženja poslovnih dogodkov in poročanja. Dopolniti botreba informacijsko podporo (sistem SAP) za knjiženje in pripravo poročil. Prihodki in odhodki se bodo evidentirali z izdajo oziroma prejemom računa in ne več na podlagi prejetih in izvedenih plačil. Posledično bo potrebno informacijsko podporo za vodenje računovodstva prilagoditi novim poslovnim pravilom.

3. Pričakovani učinki

- Hitrejše in učinkovitejše izvajanje postopkov in dostop do podatkov, obvladovanje tveganj;
- usklajenost s predpisi, poenostavitev knjiženja, večja transparentnost, poenostavitev pridobivanja podatkov za notranje in zunanje uporabnike.

4. Trajanje

Okoli 30 mesecev, začetek izvajanja (1. faza) v letu 2014, 2.faza v letih 2015–2016. Prvo fazo naloge bo potrebno izvesti v roku, kot bo predpisan z zakonodajo.

5. Nosilci

PFRO, PE IC.

6. Predvideni stroški

Zunanja strokovna pomoč pri najzahtevnejših informacijskih nalogah: 40.000 evrov.

RN 28: Nadgradnja procesov mednarodnega zavarovanja

1. Namen

Namen naloge je z razvojem informacijskih rešitev nadgraditi procese mednarodnega zavarovanja, zlasti komunikacije s tujimi nosilci zdravstvenega zavarovanja.

2. Kratek vsebinski opis

Z nalogo bodo pripravljene ustrezne podlage, opredeljeni postopki in informacijske rešitve za elektronsko izmenjevanje podatkov s tujimi nosilci zdravstvenega zavarovanja. Informacijske rešitve bodo omogočale še bolj učinkovito izvajanje postopkov mednarodnega zavarovanja.

3. Pričakovani učinki

- Večja učinkovitost postopkov mednarodnega zavarovanja,
- nadgradnje kontrol podatkov.

4. Trajanje

Dinamika odvisna od dogovorov s tujimi nosilci zavarovanja, naloga se bo izvajala 2-3 leta, predvidoma od 2014 do 2017.

5. Nosilci

PUZMZZ, PE IC.

6. Predvideni stroški

Tehnična pomoč pri najzahtevnejših informacijskih nalogah – 20.000 evrov.

RN 29: Spremljanje pogodb z izvajalci – prenova postopkov in aplikacije za sklepanje ter spremljanje pogodb z izvajalci

1. Namen

Namen naloge je posodobiti aplikacijo za spremljanje pogodb sklenjenih med ZZZS in izvajalci zdravstvenih storitev.

2. Kratek vsebinski opis

Na podlagi vsakoletnega Dogovora ZZZS sklene pogodbo s skoraj 1800 izvajalci zdravstvenih storitev, med letom tudi anekse k pogodbam. V preteklih letih je ZZZS na področju številnih dejavnosti spremenil obračunski model ali pa le tega nadgradil z različnimi sistemi spodbud. Te spremembe terjajo prenovo aplikacije v taki smeri, da bo čim manj ponavljajočih vnosov na območnih enotah, minimiziranje tveganj za nepravilne nastavitve aplikacije na direkciji oziroma izračune pogodbenih vrednosti in cen ter celovito izvedbo obdobjnih in končnega letnega obračuna. Aplikacija mora podpirati tudi vključitev spodbud v končni letni obračun, ki so že dogovorjene na področju posameznih dejavnosti ali pa se načrtujejo v okviru SRP (npr. doseganje standardov pri kazalnikih kakovosti). V okviru aplikacije pogodbe poteka tudi izračun mesečnih avansov in posredovanje podatkov o njihovi višini v SAP, aplikacija pa mora omogočiti tudi različne preglede (npr. plan in realizacija programa, finančni podatki po kalkulativnih elementih pogodb ipd).

3. Pričakovani učinki

Manj ponavljajočih vnosov podatkov za sklenitev aneksa ali pogodbe na OE, poenostavitev rešitve za izvedbo obdobjnih obračunov, izvedba različnih simulacij za potrebe priprave finančnega načrta ZZZS.

4. Trajanje

2014–2016.

5. Nosilci

PZAE, PE IC.

6. Predvideni stroški

Tehnična pomoč pri najzahtevnejših informacijskih nalogah – 20.000 evrov.

RN 30: Spremljanje pogodb z dobavitelji MP – prenova postopkov in aplikacije za sklepanje in spremljanje pogodb z dobavitelji

1. Namen

Namen je, da se vse spremembe v seznamih MP, ki so priloga k pogodbi s posameznim dobaviteljem, izvajajo brez papirno torej elektronsko. Hkrati se ob vzpostavitvi seznama MP uvede avtomatska kontrola, da se že ob izdaji pripomočka (artikla) zavarovani osebi preveri, ali gre za MP, ki je v prilogi pogodbe dobavitelja in hkrati v seznamu MP.

2. Kratek vsebinski opis

Najprej je potrebno vzpostaviti pravno podlago, da so dobavitelji dolžni podatke o spremembah v seznamih MP, ki so priloga k pogodbi, posredovati v elektronski obliki v skladu z zahtevami ZZZS. Z vsemi dobavitelji, ki so pogodbeni partnerji ZZZS za izdajo MP, je potrebno vzpostaviti elektronsko izmenjavo podatkov o spremembah v seznamih MP, ki so priloga k pogodbi. Po vzpostavitvi seznama MP za posamezne skupine MP se morajo prečistiti sezname dobaviteljev, ki so priloge k pogodbam, tako, da ti lahko vključujejo samo pripomočke (artikle) iz seznama MP. Uvede se avtomatska kontrola, da dobavitelj lahko v breme OZZ izda samo tiste pripomočke (artikle), ki so v seznamu MP in so tudi navedeni v prilogi k pogodbi.

3. Pričakovani učinki

Zavarovana oseba bo prejela pripomoček (artikel), za katerega je bilo predhodno ugotovljeno, da izpolnjuje določene minimalne zahteve za materiale in druge zahteve (uvrščen je v seznam MP). Vzpostavljen bo zanesljiv nadzor nad izdajo MP v skladu s pogodbo in seznamom MP. Elektronski način izmenjave podatkov o vseh spremembah pri pripomočkih (artiklih) pomeni poenostavitev dela za dobavitelja in službe ZZZS.

4. Trajanje

Najprej je treba vzpostaviti seznam MP – za vse vrste MP, kar je načrtovano do konca leta 2015. Hkrati z novim Dogovorom o MP (sprejem predvidoma v letu 2014) je potrebno zagotoviti ustrezno pravno podlago, da zahteve za elektronsko izmenjavo določa ZZZS in niso predmet partnerskega dogovarjanja. V roku 1 leta po vzpostavitvi seznama MP se za vse vrste MP vzpostavi elektronska izmenjava podatkov in uvede avtomatska kontrola.

5. Nosilci

POPMP (vsebinski del), PE IC (zagotovitev ustrezne informacijske podpore).

6. Predvideni stroški

Zunanja pomoč pri zahtevnejših informacijskih nalogah – 70.000 evrov.

RN 31: Zagotavljanje informacijske infrastrukture

1. Namen

Informacijski sistem zagotavlja podporo procesom ZZZS na vseh poslovnih področjih: urejanja zavarovanj, vodenja evidenc izbranih osebnih zdravnikov, odločanja o pravicah do nadomestila plače in povračil stroškov zdravljenja, odločanja imenovanih zdravnikov in zdravstvenih komisij, sklepanja pogodb z izvajalci, kontroliranja obračunov zdravstvenih storitev, izvajanja regresnih zahtevkov, vodenja računovodskih evidenc, izvajanja plačil in drugih. Vključuje tudi elektronske storitve, med katerimi je največji sistem on-line, ki ga sproti ob izvajanju zdravstvenih storitev uporabljajo vsi izvajalci in v katerem se dnevno izmenja več kot 1 milijon sporočil v zvezi z zdravstvenim zavarovanjem. Zelo pogosto je uporabljena tudi storitev ePoizvedb, ki omogoča elektronsko poizvedovanje v podatke OZZ s strani institucij, ki imajo za to zakonsko podlago. V vse večjem obsegu zavezanci uporabljajo sistem eVem za elektronsko prijavljanje v socialna zavarovanja, pri katerem informacijski sistem ZZZS predstavlja zaledni del rešitve. Dnevno se izmenjujejo podatki z Zavodom za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, Davčno upravo Republike Slovenije, Ministrstvom za delo, družino in socialne zadeve, Ministrstvom za notranje zadeve, Agencijo Republike Slovenije za javnopravne evidence in storitve, Zavodom Republike Slovenije za zaposlovanje. Obdobno z IVZ, Statističnim uradom Republike Slovenije, javnimi skladi in drugimi institucijami. Izvajalci zdravstvenih storitev ob koncu obračunskega obdobja ZZZS posredujejo obračune zdravstvenih storitev izključno v elektronski obliki. Zavarovane osebe vse pogosteje uporabljajo elektronske storitve za naročanje EU-KZZ, za preverjanje urejenosti zavarovanja in vpogled v lastne podatke.

Delovanje navedenih rešitev podpira informacijska infrastruktura osrednjega računalnika. Za manjše aplikacije se uporabljajo manjši strežniki. Enote ZZZS so povezane z računalniškim omrežjem, ki je na varen način vpeto v svetovni splet. Neprekinjena skrb je posvečena varovanju informacijskega sistema in podatkovnih baz. Delovanje ključnih informacijskih storitev se neprekinjeno nadzira in zagotavlja pripravo za takojšnje reševanje morebitnih težav. Sestavni del dejavnosti zagotavljanja infrastrukture je tudi izdajanje kartic zdravstvenega zavarovanja, EU-KZZ in profesionalnih kartic. Za delavce ZZZS je organizirana pomoč pri uporabi informacijskih rešitev, posebna služba nudi pomoč zavarovanim osebam in zdravstvenim delavcem pri uporabi kartic.

Namen naloge je zagotoviti kakovostno informacijsko infrastrukturo in spremljajoče storitve za nemoteno delovanje obstoječih rešitev, za izvedbo razvojnih projektov in nalog v naslednjem obdobju ter prispevati k še učinkovitejšemu poslovanju.

2. Kratek vsebinski opis

Upoštevajoč povezanost poslovnih procesov ZZZS, izvajalcev zdravstvenih storitev, zavezancev in številnih institucij z delovanjem informacijskega sistema ZZZS ter vse večja uporaba elektronskih storitev ZZZS s strani zavarovanih oseb narekuje potrebo po še naprej skrbnem zagotavljanju informacijske infrastrukture. Za uvajanje novih rešitev, predvidenih v SRP je potrebno zagotoviti okrepitve kapacitet in postopkov upravljanja sistema. Tehnološki trendi prinašajo nova informacijska orodja za lažje delo, komunikacijo in sodelovanje. Naloge bodo obsegale:

- **Pravočasno posodabljanje strežniške in komunikacijske opreme glede na iztek življenjske dobe.** Nepravočasno posodabljanje povečuje tveganja za izpad sistema in povečuje stroške vzdrževanja.
- **Prilagajanje zmogljivosti strojne in komunikacijske opreme ter telekomunikacijskih povezav glede na obseg uporabe in za uvajanje novih rešitev.** Potrebe se kažejo predvsem zaradi pričakovane širše uporabe sistema eVem, novih rešitev za elektronsko vlaganje

zahtev za nadomestila plač, širjenje funkcionalnosti sistema on-line (zbiranje podatkov o bolniškem staležu, nadgradnje zaradi eZdravja), povečevanja uporabe rešitev ePoizvedbe, širjenja funkcionalnosti in uvajanja novih portalov, večanja uporabe analitičnih rešitev, širjenja izmenjevanja podatkov s tujimi bolniškimi blagajnami.

- **Zagotavljanje arhitektur za nove aplikacije.** Naloge bodo usmerjene v zagotavljanje pogojev za delovanje tehnološko sodobnih rešitev za analiziranje podatkov, za spletne in mobilne rešitve, za elektronsko arhiviranje, upravljanje informacijsko podprtih poslovnih pravil in elektronsko podprto sodelovanje.
- **Zagotavljanje informacijske opremljenosti delovnih mest in sodobnih orodij za učinkovito delo.** Naloga vključuje posodabljanje namizne računalniške opreme in zagotavljanje sodobnih orodij za večjo produktivnost.
- **Zagotavljanje kartic.** PE IC bo skrbela za redno izdajanje kartic zdravstvenega zavarovanja, EU-KZZ in profesionalnih kartic ter za uvajanje sodobnejših kartičnih tehnologij ob razpisih za zagotavljanje kartic za naslednja obdobja.
- **Preverjanje in krepitev varnosti informacijskega sistema.** Upoštevaajoč varnostna tveganja, bo PE IC izvajala varnostne preizkuse in kretil tehnične in organizacijske rešitve za celovito varovanje informacijskega sistema.
- **Skrb za kakovost informacijskih storitev.** PE IC bo zagotavljala kakovostno pomoč vsem delavcem ZZZS pri uporabi informacijskega sistema ter zavarovanim osebam in zdravstvenim delavcem pri uporabi kartic. Razširjene bodo rešitve za nadzor delovanja ključnih informacijskih rešitev, ki bodo dodane v obdobju tega strateškega programa (eVem, eNadomestila).
- **Zagotavljanje stroškovne učinkovitosti informacijskega sistema.** Ena izmed temeljnih nalog PE IC je skrb za optimiranje informacijskih infrastruktur, izločanje nepotrebnih zastarelih podatkov, varčna uporaba licenc in optimizacija tiskanja podatkov. Posebej pomembno je odločanje o nakupih nove opreme. V sklopu te naloge bo izvedena študija stroškovne učinkovitosti.

3. Pričakovani učinki

- Nemoteno poslovanje ZZZS, izvajalcev zdravstvenih storitev, zavezancev in drugih subjektov pri uporabi podatkov in elektronskih storitev ZZZS,
- zagotovljeni pogoji za uvedbo in delovanje novih informacijskih rešitev, ki so načrtovana v tem razvojnem programu,
- dvig učinkovitosti poslovanja z uporabo sodobnih orodij.

4. Trajanje

2014–2019.

5. Nosilci

PE IC

6. Predvideni stroški:

Investicije v strojno in programsko opremo: 2,5 milijona evrov na leto (planirana investicija je v obsegu povprečja preteklih obdobj). Predvidena je tudi krepitev notranjih strokovnih kadrovskega resursov in njihovega znanja.

GC 8. Izboljšati uporabo kompleksnih baz podatkov

RN 32: Širitev podatkovnega skladišča zdravstvenega analitskega sistema

1. Namen

Podatke, s katerimi ZZZS razpolaga, je treba pripraviti za enostavno in učinkovito uporabo. V ta namen se dodajajo posamezni vsebinski sklopi podatkov v podatkovno skladišče zdravstvenega analitskega sistema, v skladu s Poslovnim planom ZZZS za leto 2013 in se nadalje uporabljajo in analizirajo z uporabo orodja MicroStrategy.

Osnovni namen podatkovnega skladišča je:

- spremljanje podatkovnih trendov v različnih časovnih obdobjih,
- analiziranje realizacije poslovnih ciljev v različnih časovnih obdobjih,
- analiziranje dejavnosti z vidika upoštevanja pravnih podlag (zakonodaje, Pravil OZZ, Splošnega dogovora in drugih), vključno z identifikacijo nelogičnih in nezdržljivih primerov, ki so bili obračunani ZZZS – odkrivanje nepravilnosti in goljufij,
- zagotavljanje podatkov za nadzorne aktivnosti ZZZS in prioritarno usmerjanje nadzorov,
- analiziranje obsega in kakovosti dela v ZZZS.

2. Kratek vsebinski opis

Podlaga za razvoj podatkovnega skladišča in rešitev za vse namene uporabe je popis zahtev, iz katerih je razvidna potrebna vsebina rešitev, časovna zamejitev in uporaba podatkov. Najprej je potrebno podrobno opisati podatke, ki so predvideni za prenos v podatkovno skladišče. Pri tem si pomagamo z obstoječo tehnično in vsebinsko dokumentacijo obstoječih ločenih virov in aplikacij ZZZS. Potrebna je tudi opredelitev obdobja, za katera so podatki na voljo in zamejitev podatkov za prenos v podatkovno skladišče. Opredeliti je treba vsebino glavnih poročil, ki bodo na voljo v zdravstvenem analitskem sistemu in bodo omogočala naprednejše analiziranje oziroma uporabo.

3. Pričakovani učinki

Boljša izraba podatkov v smislu boljših možnosti za analiziranje ter širjenje uporabe podatkov na druga vsebinska in organizacijska področja.

4. Trajanje

- V letu 2013 zagotoviti definicije za 6 sklopov podatkov: specialistična ambulantna dejavnost, medicinski pripomočki, nega in hospitalizacija starša, zobozdravstvo, primarna zdravstvena dejavnost, odločanje imenovanih zdravnikov in zdravstvenih komisij,
- v letu 2014 zagotoviti informacijsko podporo za sklope podatkov iz prejšnje točke in zagotoviti definicije za nadaljnjih 5 sklopov podatkov: zdraviliško zdravljenje, socialni zavodi, nadomestila, povračila, mednarodno zavarovanje,
- v letih 2015 in 2016 zagotoviti informacijsko podporo za sklope zdraviliško zdravljenje, socialni zavodi, nadomestila, povračila, mednarodno zavarovanje.

5. Nosilci

PAR, vsebinski skrbniki oziroma vodje delovnih skupin, PE IC.

6. Predvideni stroški

Za tehnično pomoč pri informacijskih rešitvah in dokup licenc: 140.000 evrov.

RN 33: Priprava izhodišč za vzpostavitev rezervne lokacije informacijskega centra ZZZS

1. Namen

Namen je pripraviti izhodišča za vzpostavitev rezervne lokacije PE IC ZZZS in s tem zagotoviti pogoje za neprekinjeno delovanje informacijskega sistema. Cilji:

zagotoviti neprekinjeno delovanje procesov ZZZS z uporabo informacijskega sistema, optimizirati poslovne procese s pomočjo informacijske in komunikacijske tehnologije (IKT).

2. Kratek vsebinski opis

V letu 2012 je bila ukinjena rezervna lokacija v Kranju. Informacijski sistem ZZZS ni namenjen samo podpori delovanja procesov v ZZZS, ampak celotnemu zdravstvu, kot tudi drugim subjektom. Strateška vloga informatike v ZZZS narekuje potrebo po čimprejšnji zagotovitvi neprekinjenega poslovanja in izdelavi planov ter tehnološkega okolja za zmanjšanje tveganj v primeru izpada informacijskega sistema ali njegovega dela. Razlogi so: elementarnih nesreč (potresa, požara), izlivu vode, izpad električne napetosti, tehnične okvare.

3. Pričakovani učinki

Zagotovljeno delovanje informacijskega sistema v režimu 7/24/365 tudi v primeru tehničnih napak.

4. Trajanje

2014.

5. Nosilci

PE IC.

6. Predvideni stroški

5.000 evrov.

GC 9. Krepi kadrovskega potenciala strokovne službe

RN 34: Ključni kadri – opredelitev politike ključnih kadrov

1. Namen naloge:

Namen naloge je podrobnejša opredelitev politike ključnih kadrov.

2. Kratek vsebinski opis

V ZZZS zagotavljamo razvoj in izobraževanje vseh zaposlenih, s politiko ključnih kadrov pa bo opredeljeno prednostno izvajanje razvoja in sistematičnega izobraževanja ključnih kadrov. To so tiste skupine zaposlenih, ki v primerjavi z ostalimi izkazujejo večjo možnost za razvoj in dosegajo večjo delovno uspešnost ter so za ZZZS ključnega pomena. Opredeljen bo način identifikacije ključnih kadrov in nadaljnje aktivnosti za njihov razvoj. Ti kadri so vodje in perspektivni kadri za prevzem vodstvenih nalog, kot tudi nalog strokovnjakov – specialistov.

3. Pričakovani učinki

Opredeljena politika ključnih kadrov bo osnova za njeno sistematično izvajanje, ki pa bo pomenilo najcenejši način zapolnitve vrzeli pri odhodih ali upokojitvah ključnih kadrov. Omogočeno bo lažje kratkoročno in dolgoročno načrtovanje kadrov.

4. Trajanje

Eno leto, predviden začetek 2016.

5. Nosilci

SRKO.

6. Predvideni (zunanji) stroški

/

6.3. Razvojni projekti v letih 2014–2019

Razvojni projekti so vsebinsko, organizacijsko in finančno zahtevnejše naloge ZZZS, ki se izvajajo na projektni način, ki je uveljavljen v ZZZS. Kriteriji, ki narekujejo oblikovanje projekta so predvsem naslednji:

- da gre za nalogo, katere izdelki oziroma rezultati so strateškega pomena za ZZZS oziroma so poslovno-razvojno upravičeni oziroma poslovno nujni,
- da gre za enkratno in vsebinsko zahtevno (interdisciplinarno) nalogo, ki uvaja v poslovanje ZZZS nove strokovne vsebine,
- da gre za organizacijsko obsežno nalogo, kjer je potrebno vključiti poleg notranjih tudi zunanje strokovnjake oziroma ki zahteva večji obseg sodelovanja zunanjih strokovnjakov,
- da gre za zahtevnejšo finančno konstrukcijo in
- da gre za zaradi vseh navedenih razlogov za nalogo, za katero je potrebno predhodno opredeliti podroben načrt oziroma zagonski elaborat.

Konkretizacija izvedbe posameznega razvojnega projekta se plansko umešča v Poslovni plan ZZZS za posamezno koledarsko leto. Zagotavlja se redno spremljanje napredovanja dela na projektu in letno poročanje o realizaciji projektnega plana ZZZS. Replaniranje razvojnih projektov se izvaja skozi proces letnega planiranja. Realizacija razvojnih projektov v predvidenih rokih predstavlja za ZZZS večje tveganje zaradi obsežnosti nalog, vhodov, ki jih posamezni projekt potrebuje iz zunanjega okolja oziroma ima uvedba vpliv na okolje ZZZS. Posebno izpostavljeno tveganje za realizacijo predvidenih razvojnih projektov je zadostno število in izobrazbena struktura kadrov, saj je občuten deficit informatikov, zdravnikov in nekaterih drugih s specialnimi znanji.

6.3.1. Pregled razvojnih projektov po globalnih ciljih**2. Vidik finančnega poslovanja**

Globalni cilji (GC)	Razvojni projekti
GC 2. Zagotoviti nemoten dostop do pravic iz OZZ	RP1. Promocija duševnega zdravja na delovnem mestu (EU projekt JA MH WB-WP6, koordinacija PAR)
GC 3. Uveljaviti elektronsko poslovanje kot prevladujoč način poslovanja	RP2. eZdravje – prevzem določenih modulov ... (PE IC, vsebinski skrbnik)
GC 5. Zagotoviti uravnoteženo poslovanje ZZZS	RP3. Določitev diferencirane prispevne stopnje za zavarovanje za poškodbe pri delu
GC 4. Optimizirati poslovne procese	RP4. Ureditev elektronskega arhiva ZZZS (SPSZ, PE IC, PZAE)
	RP5. EESSI ZZZS – uveljavitev uredb EU o koordinaciji sistemov soiclane varnosti in vključitev ZZZS v evropsko omrežje EESSI (PUZMZZ, PE IC)

6.3.2. Opisi razvojnih projektov

RP 1: Promocija duševnega zdravja na delovnem mestu (projekt JA-MH-WB, WP 6)

1. Namen

V okviru evropskega projekta Skupne aktivnosti za duševno zdravje in blagostanje (Mental Health and Well-Being Joint ACTion, Grant Agreement Nr. 2012 22 02), ki se izvaja v okviru zdravstvenega programa Skupaj za zdravje (Together for Health) v obdobju od leta 2008 do 2013, sodeluje na enem izmed delovnih paketov tudi ZZZS. Celotni projekt, ki združuje 30 partnerjev iz 21 evropskih držav, vodi projektni svet s svetovalno komisijo. Vsebinsko je projekt deljen v osem delovnih paketov. Slovenija skupaj z drugimi partnerji sodeluje na več delovnih paketih. ZZZS je na pobudo MZ prevzelo vlogo nacionalnega koordinatorja delovnega paketa 6 – Promocija duševnega zdravja na delovnem mestu (WP 6 – Promotion of Mental Health at Workplaces).

Osnovni namen delovnega paketa Promocija duševnega zdravja na delovnem mestu je v sodelovanju z različnimi deležniki na področju zdravstvene in socialne oziroma delovne politike oblikovati skupen akcijski načrt za promocijo duševnega zdravja na delovnem mestu na ravni Evropske unije. V ta namen so nacionalni koordinatorji sodelujočih držav oblikovali nacionalne delovne skupine sestavljene iz predstavnikov vladnih organizacij, izvajalcev socialnih in zdravstvenih zavarovanj, socialnih partnerjev in različnih strok, ki zadevajo to področje.

2. Kratek vsebinski opis

Nacionalna delovna skupina bo opravila posnetek stanja in obravnavala aktualne izzive na področju promocije duševnega zdravja na delovnem mestu, vključno s prikazi primerov dobrih praks. V ta namen se bo uporabil skupen metodološki pristop (SWOT), ki bo omogočil ocenjevanje prednosti in slabosti sedanjega stanja na področju duševnega zdravja ter oceno priložnosti ali tveganj, ki izhajajo iz okolja oziroma razvoja na tem področju v prihodnosti.

3. Pričakovani učinki

Na podlagi ocen iz SWOT analize se bodo oblikovali povzetki, ki bodo služili kot izhodišče za razpravo na skupnem strokovnem posvetu. Na osnovi zaključkov razprave na posvetu bo pripravljen osnutek poročila o prednostih, slabostih, priložnostih in tveganjih na področju promocije duševnega zdravja na delovnem mestu v Sloveniji.

4. Trajanje

Od februarja 2013, ko je bil sklenjen krovni dogovor, do leta 2015.

5. Nosilci

PAR, imenovana nacionalna delovna skupina, sestavljena iz predstavnikov MZ in Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve, združenj delodajalcev in delojemalcev, Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, ZZZS, IVZ, Kliničnega inštituta za medicino dela, prometa in športa, ter Medicinske fakultete in Fakultete za šport Univerze v Ljubljani.

6. Predvideni stroški

35.000 evrov, od tega 17.500 evrov sredstev EU.

RP 2: eZdravje – prevzem določenih modulov

1. Namen

Namen projekta je izvesti potrebne aktivnosti in zagotoviti potrebne rešitve za vključitev ZZZS v uporabo nacionalnih rešitev projekta eZdravje.

2. Kratek vsebinski opis:

MZ pospešeno izvaja projekt eZdravje, s katerimi vzpostavlja varno komunikacijsko omrežje, informacijsko infrastrukturo in nacionalne aplikativne rešitve za prednostna področja. Stroški projektov so v pretežnem delu kriti iz sredstev EU.

Glede na dosedanja komunikacija z MZ je predvideno sodelovanje na naslednjih projektih: eRecept, eNapotovanje in Prenova baze podatkov o izvajalcih. Zagotoviti je potrebno, da bodo navedene nacionalne rešitve vključevale potrebne značilnosti glede na veljavne akte, ki urejajo uporabo listin obveznega zdravstvenega zavarovanja. Po potrebi bodo pravni akti ZZZS dopolnjeni.

Vzpostaviti je potrebno informacijske rešitve, da bodo podatki elektronskih listin na voljo ZZZS pri kontroli obračuna storitev v breme OZZ, za izvajanje nadzorov in analiz podatkov.

Na portalu za zavarovane osebe je smiselno zavarovanim osebam zagotoviti vpogled v podatke elektronskih listin OZZ.

Pri prenovi Baze podatkov o izvajalcih zdravstvene dejavnosti je smiselno še naprej zagotoviti, da bo ta zbirka podatkov vodena na informacijski infrastrukturi ZZZS, saj so podatki ključnega pomena za vodenje ostalih zbirk ZZZS in izvajanje celovitih kontrol obračuna zdravstvenih storitev.

3. Pričakovani učinki

- Boljša kakovost podatkov o obračunanih zdravstvenih storitvah (npr. točnejši podatki o izvajalcih in zdravstvenih delavcih),
- učinkovitejše kontrole podatkov za obračun zdravstvenih storitev (npr. preverjanje skladnosti elektronske listine s podatki obračuna),
- poenostavitev postopkov nadzora izvajalcev (npr. v lekarni ne bo več potrebno preverjati, ali je bil obračun izdanega zdravila pravilen glede na vsebino receptnega obrazca),
- podatki za dodatne analize (npr. o predpisanih zdravilih, ki jih zavarovane osebe niso prevzele v lekarnah).

4. Trajanje:

Glede na dinamiko projektov pri nosilcu – MZ. Pričakovati je, da bo večina projektov zaključenih v 2014.

5. Nosilci:

PE IC, PZAE.

6. Predvideni stroški:

300.000 evrov.

RP 3: Diferencirane prispevne stopnje za zavarovanje za poškodbe pri delu**1. Namen**

Proučiti možnost uvedbe kriterijev in meril za določitev višjih prispevnih stopenj za zavarovanje za poškodbe pri delu za tiste delodajalce, ki v posameznem letu presegajo povprečno višino izdatkov, vezanih na poškodbe pri delu glede na povprečje v dejavnosti.

2. Kratek vsebinski opis:

ZZVZZ³⁹ določa, da so stopnje prispevka za poškodbe pri delu lahko različne za posamezno dejavnost glede na stopnjo nevarnosti za nastanek poškodbe pri delu, merjene z odstopanjem izdatkov za poškodbe pri delu za zavarovanca pri posameznem delodajalcu od povprečja teh v dejavnosti. V skladu z Odločbo Ustavnega sodišča Republike Slovenije U-I-390/02-26 z dne 16.6.2005⁴⁰, objavljeno v UL 62/2005 dne 1. 7. 2005, je potrebno v zaklon, ki ureja prispevke za obvezno zdravstveno zavarovanje, predlagati osnovo in kriterije za določitev različne prispevne stopnje za posamezne delodajalce glede na stopnjo nevarnosti za nastanek poškodbe pri delu pri njemu, glede na dejavnost.

Za pripravo zakonskega predloga za diferencirane prispevne stopnje za zavarovanje za poškodbe pri delu je potrebno najprej z analizo ugotoviti stroške za poškodbe pri delu po zavarovancih, delodajalcih in po dejavnostih (po standardni klasifikaciji dejavnosti Statističnega urada Republike Slovenije). V ta namen je nujna uvedba elektronske prijave nezgode - poškodbe pri delu, ki bi jo na ZZZS posredoval delodajalec poškodovanca, dopolnjeno s podatki izbranega osebnega zdravnika poškodovanca⁴¹. Na tej podlagi bi, s povezavo podatkov iz aplikacij Izdatki ZV, Nadomestila in Povračila, ugotovili vse nastale stroške v zvezi s poškodbo pri delu zavarovanca (stroški ambulantnega in bolnišničnega zdravljenja ter rehabilitacije, stroški za zdravila in medicinske pripomočke, boleznine, povračila potnih stroškov, ki bremenijo obvezno zdravstveno zavarovanje) in nato po delodajalcu in dejavnosti v posameznem letu in odstopanja povprečne višine izdatkov na zavarovanca pri posameznem delodajalcu, nastalih zaradi poškodbe pri delu glede na povprečje teh izdatkov dejavnosti. V ta namen bo potrebno pripraviti novo aplikacijo.

V okviru naloge bo potrebno proučiti tudi naslednja vprašanja:

1. kako zagotoviti, da bo izbrani osebni zdravnik ali pri specialistično ambulanti in bolnišnični obravnavi zaradi poškodbe pri delu, dosledno in pravilno označevanje razloga obravnave »poškodba pri delu«, ko bo zdravstvena storitev, napotnica za specialista, recept ali naročilnica za medicinski pripomoček vezana na nesrečo pri delu, da bi tako zagotovili prave podatke o izdatkih za poškodbe pri delu za zavarovance po delodajalcih;
2. kako zagotoviti, da v primeru spremembe zaposlitve zavarovanca, evidentirani izdatki za poškodbe pri delu ne bi »bremenili« novega delodajalca;
3. koliko časa delodajalca, ki je odgovoren za nadpovprečne stroške zaradi poškodbe pri delu pri njem zaposlenih delavcev glede na povprečje dejavnosti, povečati prispevno stopnjo za poškodbe pri delu;
4. način pravnomočne določitve povišane prispevne stopnje za poškodbe pri delu posameznemu zavezancu za plačilo tega prispevka;
5. način zagotovitve ažurne kontrole Finančne uprave, da delodajalec, ki mu je pravnomočno določena višja prispevna stopnja za poškodbe pri delu, to tudi tekoče obračunava in plačuje.

39 Določba 56. člena ZZVZZ.

40 Odločba je bila sicer vezana na 57. člen ZZVZZ – da ZZZS ne more sam določiti prispevkov, ne da bi bile v zakonu opredeljene osnove in kriteriji za določitev prispevkov – vendar jo moremo smiselno razumeti tudi v zvezi z določbo 56. člena ZZVZZ.

41 Izjemoma lahko poda podatke o zdravstvenem stanju poškodovanca tudi drugi zdravnik, ki ima te podatke.

Vse to bo potrebno zagotoviti pred uvedbo diferencirane prispevne stopnje za poškodbe pri delu, da bi pridobili točne podatke, na podlagi katerih bi pripravili predlog kriterijev in meril za diferencirane prispevne stopnje za poškodbe pri delu.

3. Pričakovani učinki

Osnovni pričakovani učinek projekta je vzpostaviti sistem, ki bo nagrajeval delodajalce, ki nadpovprečno uspešno skrbijo za zdravje in varnost na delovnem mestu. Pričakovani učinki so tudi izboljšanje podatkov o poškodbah pri delu in bolj ažurno in celovito spremljanje poškodb pri delu na nacionalni ravni.

4. Trajanje:

Začetek predvidoma januar 2015, konec pa december 2018.

5. Nosilci:

PFR, PZAE, POPMP, PUZMZZ, PE IC.

6. Predvideni (zunanji) stroški:

/

7. Tveganja:

Sprejemljivost uvedbe diferencirane prispevne stopnje za poškodbe pri delu in posledična tveganja za sprejem ustrezne spremembe zakona, ki ureja prispevne stopnje za obvezno zdravstveno zavarovanje.

Zagotovitev pravočasnih in dovolj kakovostnih podatkov o poškodbah pri delu za spremljanje stanja na tem področju in določanje diferencirane stopnje.

Nepravilno označevanje razloga obravnave za opravljene zdravstvene storitve, izdana zdravila in medicinske pripomočke, tudi po prvi obravnavi zavarovanca zaradi poškodbe pri delu.

Zagotovitev kontrol v sistemu obračuna prispevkov na Finančni upravi do zavezancev za obračun, ki bi morali plačevati prispevke za poškodbe pri delu po diferencirani prispevni stopnji.

RP 4: Ureditev elektronskega arhiva ZZZS

1. Namen

Z nalogo bodo je pripravljena izhodišča za odločanje o vpeljavi elektronskega arhiva, ocena investicije za lasten razvoj ali zunanjo storitev. Namen vpeljave e-arhiva pa je racionalizirati postopke arhivske hrambe dokumentov in zagotoviti lažjo dostopnost arhiviranih dokumentov.

2. Kratek vsebinski opis

Projektna naloga obsega naslednje vsebine:

- opredelitev potreb po elektronskem arhiviranju: vrste in količine gradiva (število dokumentov, vrste dokumentov, kakovost gradiva, količine metapodatkov), frekvenca vpogledov v posamezno vrsto gradiva, zahtevan čas za iskanje gradiva,
- opredelitev projektne in stalne skupine za izvajanje organizacijskih in tehničnih nalog v zvezi z digitalizacijo, hranjenjem in poizvedovanjem po elektronskem arhivu, vključitev v poslovne aplikacije ter vpeljevanju sprememb na tem področju zaradi sprememb veljavnih predpisov, tehnološkega napredka in spoznanj stroke,
- priprava osnutka notranjih pravil usklajenega z zahtevami Arhiva Slovenije,

- opredelitev potrebne tehnološke podpore za izvajanje elektronskega arhiviranja z lastnimi viri ali kot zunanjo storitev (opredelitev potreb po razpoložljivosti, zanesljivosti, zmogljivostih za digitalizacijo, obdelavo, shranjevanje in varnostnih kopijah).

Rezultat projektne naloge je opredelitev potrebnih normativnih, organizacijskih in tehnično-tehnoloških rešitev za izvedbo vpeljave elektronskega arhiva v ZZZS, ki obsega predlog investicijskega projekta z informacijami za odločanje:

- pravne osnove za elektronsko arhiviranje,
- notranja pravila in organizacijska struktura za izvajanje elektronskega arhiviranja,
- predlog tehnične zasnove z izgradnjo lastnega arhiva ali najema pri zunanjem ponudniku,
- predlog aplikacijske podpore za vnos gradiva in pridobivanje podatkov iz njega,
- predlog digitalizacije obstoječega arhiva,
- ustrezen finančni in terminski načrt vpeljave in vzdrževanja elektronskega arhiva.

3. Pričakovani učinki

Obvladovanje nenehne rasti arhiva, z digitalizacijo priložnost za zmanjševanje obstoječega. Hitrejši vpogled in pridobivanje informacij iz elektronskega arhiva.

4. Trajanje

2016–2019.

5. Nosilci

SPSZ (pravno-organizacijski del), PE IC (tehnološki del).

6. Predvideni stroški

Zunanja pomoč pri pripravi organizacijskih in tehnoloških vsebin – 50.000 evrov. Stroški vzpostavitve tehničnih rešitev bodo opredeljeni po odločitvi glede na izbran način izvedbe.

RP 5: EESSI ZZZS – uveljavitev uredb o koordinaciji sistemov socialne varnosti in vključitev ZZZS v evropsko omrežje EESSI

1. Namen

Prilagoditi poslovanje ZZZS uredbam EU o koordinaciji sistemov socialne varnosti in zagotoviti njihovo učinkovito izvajanje z dobro interno informacijsko podporo in vpeljavo elektronskega izmenjevanja podatkov z tujimi nosilci zavarovanja.

2. Kratek vsebinski opis

Projekt bo poskrbel za prilagoditev poslovanja in informacijskega sistema za izvajanje uredb EU o koordinaciji sistemov socialne varnosti št. 883/2004, 987/2009, 988/2009 in s tem povezanih navodil Evropske komisije in pristojnih ministrstev Republike Slovenije.

Opredeljeni bodo postopki in organizacija dela za njihovo izvajanje na ZZZS. Pripravljene bodo informacijske rešitve za podporo izvajanju teh postopkov in rešitve za izmenjevanje elektronskih dokumentov z uporabo nacionalne dostopne točke in evropskega omrežja. Glede na veliko število različnih vrst postopkov in dokumentov, bodo potrebne obsežne prilagoditve postopkov in kompleksne informacije rešitve.

Projekt se je v preteklih letih že pričel izvajati, vendar je bil zaradi zamud pri pripravi izvedbenih navodil in centralnih informacijskih rešitev Evropske komisije zaustavljen. Glede na veljavne načrte bodo ta navodila in rešitve pripravljene v letu 2015. Države članice EU jih bodo morale začeti izvajati in se vključiti v omrežje od leta 2016 do 2018.

3. Pričakovani učinki

Učinkovito in z uredbami EU skladno izvajanje postopkov mednarodnega zdravstvenega zavarovanja. Varno, zanesljivo in elektronsko podprto izmenjevanje podatkov z drugimi nosilci zavarovanja.

4. Trajanje

Projekt bo aktiviran, ko bodo pripravljena navodila in centralne informacijske rešitve pri Evropski komisiji ter vzpostavljena nacionalna dostopna točka na pristojnem ministrstvu – predvidoma med letom 2016. Projekt bo trajal 2 leti.

5. Nosilci

PUZMZZ, PE IC.

6. Predvideni stroški

- Delo delavcev ZZZS (priprava pripomb na navodila Evropske komisije in pristojnega ministrstva, opredelitev postopkov in organizacije dela služb ZZZS, priprava navodil za službe ZZZS, razvoj informacijskih rešitev, povezava informacijskih rešitev z nacionalno dostopno točko in druge potrebne naloge) – ocenjen obseg dela znaša 1.200 človek/dni,
- zunanja strokovna pomoč pri najzahtevnejših informacijskih rešitvah za izmenjevanje podatkov med informacijskim sistemom ZZZS in nacionalno dostopno točko – 70.000 evrov,
- za delovanje informacijskih rešitev bodo potrebne dodatne kapacitete v informacijski infrastrukturi, katere razširitev bo izvedena z upoštevanjem potreb ostalih projektov, razvojnih in drugih nalog.

6.4. Plan razvojnih nalog in projektov

Nabor razvojnih nalog in razvojnih projektov, ki jih bo ZZZS izvedel v obdobju 2014–2019, je pripravljen iz ocene razvojnih možnosti ter projekcije kadrovske in finančne virov v trenutku priprave SRP. Večina razvojnih nalog in razvojnih projektov je vezana na dograditev informacijskega sistema, zato predstavlja posebno tveganje za planirano izvedbo tudi njegova razpoložljivost tako v tehničnem, kadrovskem kot finančnem smislu. Če potrebni viri ne bodo zagotovljeni, oziroma če bo prišlo celo do njihovega zmanjševanja, bo ZZZS soočen s problemom izvedljivosti.

Naslednji pomembni dejavnik za izvedbo razvojnih nalog in razvojnih projektov je tudi sistemsko okolje. Če bo prišlo do večjih reformnih sprememb v sistemu obveznega zdravstvenega zavarovanja, bo ZZZS moral slediti zahtevam in izvesti potrebne prilagoditve, ki bodo izšle iz reforme, kar bo pomenilo prioriteten obremenitev virov ZZZS.

Opozoriti velja, da brez vloženih določenih virov v razvoj, tega ni mogoče zagotavljati. Najprej bo potrebno določene vire vložiti v razvojne aktivnosti, da bi nato lahko pričakovali koristi. Na določenih mestih pomeni višja razvojna stopnja, na primer informatizacije, tudi višjo raven rednega vzdrževanja sistema v prihodnosti tako v vsebinskem kot informacijskem smislu.

7. Spremljanje in nadzor nad uresničevanjem programa

Globalni strateški cilji, opredeljeni v SRP pokrivajo ključne vidike poslovanja in omogočajo razgradnjo ciljev na vsa leta v predvidenem razvojnem obdobju na nacionalni ravni kakor tudi na nižjih ravneh poslovanja. Redne aktivnosti, razvojne naloge in razvojni projekti se podrobno načrtujejo v letnem poslovnem planu, ki ga sprejme vodstvo ZZZS. S tem je zagotovljeno redno spremljanje in nadzor nad uresničevanjem SRP v skladu z metodologijo strateškega načrtovanja, ki temelji na sistemu kazalnikov za preverjanje uspešnosti uresničevanja ciljev in metodiki letnega planiranja.

Realizacijo globalnih ciljev ZZZS spremlja in nadzira s pomočjo postavljenih meril, ki omogočajo izdelavo kazalnikov uspešnosti. Vodstvo ZZZS bo s kazalniki uspešnosti preverjalo realizacijo SRP enkrat letno in o tem poročalo v letnih poslovnih poročilih. V primeru, da bo v času izvajanja SRP v letih 2014–2019 prišlo do večjih odstopanj, ki jih bo narekovalo okolje (zakonodaja, spremembe makroekonomskih pogojev ipd.) bo organom upravljanja predlagalo analizo uresničevanja SRP oziroma konkretno revizijo programa.

1. Vidik strank

Globalni cilji	Merilo	Enota	Ciljna vrednost
GC 1. Ohraniti doseženo raven zdravstvene varnosti zavarovanih oseb (= optimalna pokritost oseb z zavarovanjem in kakovostno urejanje OZZ)	1. osebe z neurejenim zavarovanjem več kot 2 meseca	% (delež) vseh zavar. oseb	< 0,8 %
	2. ažurnost urejanja zavarovanja – najkasneje v 3 delovnih dneh od prejema vloge	% (delež) vseh vlog	> 95 %
	3. zadovoljstvo zavarovanih oseb s storitvami ZZZS	opisna ocena 1-5	> 3,5
GC 2. Zagotoviti nemoten dostop do pravic iz OZZ (= dostop do zdravstvenih storitev, zdravil, MP in denarnih dajatev)	1. razpoložljivost sredstev za širitve zmogljivosti in razvoj (nove zdravstvene tehnologije)	% (delež) vseh odhodkov za zdr. storitve	> 0,5 %
	2. finančna dostopnost: kazalec neenakosti (prim. z OECD)	% (delež) neposrednih plačil v izdatkih za zdravstveno varstvo	< EU27
	3. razpoložljivost sodobnih medicinskih aparatov – CT, MR in sorodnih (prim. z OECD kazalci)	število na 1.000.000 prebiv.	težnja po približevanju EU 27
	4. preskrbljenost z osebjem: – vsi zdravniki – zdravniki splošne družinske medicine – zdravniki-specialisti – medicinske sestre	število zdravnikov (vseh, IOZ, specialistov, medicinskih sester) /1000 preb.	težnja po približevanju EU 27
	5. preskrbljenost z bolnišničnimi zmogljivostmi	število boln. postelj na 1.000	< EU 27
	6. preskrbljenost s programi na primarni ravni	indeks doseganja povprečja	95-105 s težnjo po približevanju 100

	7. fizična dostopnost: čakanje nad dopustno čakalno dobo	% (delež) čakajočih nad dopustno čakalno dobo od vseh čakajočih	< 10 %
	8. izdatki za biološka, tarčna oziroma draga zdravila, ki se predpisujejo na recept	% (delež) izdatkov za draga zdravila od vseh izdatkov OZZ za zdravila	<25 %
	9. kakovostno odločanje ZZZS o pravicah zavarovanih oseb	% (delež) sprememb odločb na zdravstveni komisiji	trend padanja 2014–2019
	10. napotitve oseb na zdravljenje v tujino	število odobrenih vlog na leto	trend padanja 2014–2019
GC 3. Uveljaviti elektronsko poslovanje kot prevladujoč način poslovanja (= oblikovanje vsebinskih pravil in informacijskih rešitev za elektronsko poslovanje)	1. elektronske vloge zavarovanih oseb	% (delež) elektronskih od vseh vlog	trend naraščanja 2014–2019
	2. e-zahtevki za nadomestila	% (delež) elektronskih od vseh zahtevkov	trend naraščanja 2014–2019
	3. e-prijave/spremembe/odjave na M obrazcih	% (delež) elektronskih od vseh prijav/špree-memb/odjav na M obrazcih	trend naraščanja 2014–2019
	4. elektronsko poslovanje	število dostopov na javni spletni portal za: zavarovane osebe zavezance izvajalce	trend naraščanja 2014–2019
	5. sodelovanje ZZZS pri nacionalnih projektih	število projektov	opisno
GC 4. Spodbujati kakovost zdravstvenih programov (= za programe zdravstvenih storitev, zdravil in MP)	1. uporaba zdravstvenih zmogljivosti – zunaj bolnišnična ambulantna dejavnost: – na primarni ravni (PR) – na sekundarni ravni (SR) – skupaj	število obiskov na prebivalca: – PR – SR – skupaj	< EU 27
	2. uporaba zdravstvenih zmogljivosti – zunaj bolnišnična ambulantna dejavnost: – na primarni ravni (PP) – na sekundarni ravni (SR)	število napotitev k specialistu: – iz primarne ravni – iz sekundarne ravni	zaustavitev trenda naraščanja
	3. uporaba zdravstvenih zmogljivosti – bolnišnična dejavnost 1	stopnja hospitali-zacije na 1.000 preb.	< EU 27
	4. uporaba zdravstvenih zmogljivosti – bolnišnična dejavnost 2	povprečna ležalna doba	< EU 27
	5. uporaba zdravstvenih zmogljivosti – bolnišnična dejavnost 3	% (delež) enodnevnega zdravljenja v vseh primerih	< EU 27
	6. predpisovanje zdravil na recept – količina	število predpisanih receptov na preb.	upočasnitev trenda naraščanja

	7. predpisovanje zdravil na recept – kakovost	število dnevno definiranih doz antibiotikov na 1.000 preb. dnevno	za 10 % manjša poraba antibiotikov v letu 2019 v primerjavi z letom 2014
	8. predpisovanje MP na naročilnico	št. izdanih naročilnic po skupinah MP	upočasnitev trenda naraščanja
	9. predpisovanje MP na naročilnico	št. oseb, ki so prejele vsaj 1 MP	upočasnitev trenda naraščanja
	10. predpisovanje MP na naročilnico	povprečni strošek na zavarovano osebo po skupinah MP	ohranitev ali trend znižanja stroška

2. Vidik finančnega poslovanja

Globalni cilji	Merilo	Enota	Ciljna vrednost
GC 5. Zagotoviti uravnoteženo poslovanje ZZZS (= optimiziranje prihodkov in obvladovanje odhodkov)	1. izvedba finančnega načrta (prihodki – odhodki)	indeks	100 %
	2. učinkovitost – neplačani prispevki	% (delež) vseh prispevkov	< 6 %
	3. učinkovitost – obvladovanje izdatkov za bolnišnično dejavnost: akutne boln. obravnave	indeks (uteži SPP)	doseganje planskih vrednosti
	4. učinkovitost – obvladovanje izdatkov za zdravila: realna rast odhodkov za zdravila na recept	% (odstotek)	doseganje planskih vrednosti
	6. učinkovitost – obvladovanje izdatkov za MP: realna rast odhodkov za MP	% (odstotek)	doseganje planskih vrednosti
	7. učinkovitost – obvladovanje izdatkov za nadomestila: izgubljeni delovni dnevi v breme OZZ	% (stopnja absentizma v breme ZZZS)	< 2,0
	GC6. Zagotoviti učinkovito in pregledno rabo sredstev OZZ (= obračunski modeli, optimizacija stroškov po osnovnih skupinah izdatkov, izobraževanje izvajalcev za pravilno rabo virov in nadzorne aktivnosti)	1. Nove rešitve obračunskega modela	število
2. učinkovitost – izdatki po vrstah zdr. dejavnosti (prim. z OECD)		% (delež) od vseh odhodkov OZZ po namenih porabe	približevanju povprečju EU 27
3. učinkovitost – izdatki za bolnišnično dejavnost v primerjavi z zunaj bolnišnično dejavnost (prim. z OECD)		% (delež) od vseh odhodkov OZZ za bolnišnično in zunaj bolnišnično dej. (od tega primarno)	težnja po približevanju EU 15
4. učinkovitost – izdatki za programe javnega zdravja oziroma preventivo		% (delež) vseh sredstev OZZ za zdravstvene storitve	težnja po približevanju EU 15
5. učinkovitost nadzorne dejavnosti ZZZS		indeks	doseganje plana

3. Vidik notranjih procesov

Globalni cilji	Merilo	Enota	Ciljna vrednost
GC7. Optimizirati poslovne procese	1. učinkovitost službe ZZS	% (delež) vseh odhodkov	2,5
	2. ocena delovanja notranjih kontrol v ZZS	sistemska ocena	opisno
	3. mnenje Računskega sodišča za računovodske izkaze	sistemska ocena	pozitivno
	4. spremembe notranje organizacije	sistemska ocena	opisno
	5. varnost delovanja informacijskega sistema	število (varnostnih dogodkov na leto)	neprekinjeno delovanje
	6. azpoložljivost informacijskega sistema	% (odstotek) razpoložljivosti informacijskega sistema	99 %
	7. računalniške rešitve za poslovne procese	sistemska ocena	opisno
GC8. Razširiti uporabo kompleksnih baz podatkov	1. vpogledi v poročila zdravstvenega analitskega sistema	število	trend naraščanja
	2. zadovoljstvo uporabnikov z PE IC	opisna ocena 1-5	> 4,0

4 Vidik učenja in rasti (kadri, znanje)

Globalni cilji	Merilo	Enota	Ciljna vrednost
GC 9. Krepiti kadrovske potencial strokovne službe	1. zaposleni na ZZS	število	doseganje plana
	2. organizacijska klima	sistem. ocena	> 3,0
	3. zadovoljstvo zaposlenih	sistem. ocena (po metodologiji SiOK)	> 3,0

Viri ⁴²

1. Strategija Evropa 2020 – strategija EU za pametno, vzdržno in vključujočo rast. Bruselj: Evropska komisija, 2010.
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:2020:FIN:EN:PDF>
2. Vlaganje v zdravje – strategija EU za področje zdravstva. Bruselj: Evropska komisija, 2012.
http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/swd_investing_in_health.pdf
3. Zdravje 2020 – strategija EU SZO. Copenhagen: Evropski urad Svetovne zdravstvene organizacije (WHO/EURO), 2012.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/199536/Health2020-Short.pdf
4. Podatkovni portal SI-STAT. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije, 2013. <http://pxweb.stat.si/pxweb/Dialog/statfile2.asp>
5. Poročilo o razvoju 2011 (2012, 2013). Ljubljana: Urad za makro ekonomske analize Republike Slovenije (UMAR), 2011 (2012,2013).
6. Podatkovna zbirka Zdravstveni kazalniki. Ljubljana: IVZ, 2013. http://www.IVZ.si/zdravstveni_kazalnik
7. Health for All Database. Copenhagen: WHO/EURO, 2012 <http://data.euro.who.int/hfad/>
8. Portal OECD Health Status. Paris: OECD, 2013 http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT
9. Portal EUROSTAT Health. Bruselj: Evropska komisija, 2013. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/introduCTion>
10. Health at a Glance – Europe. Paris: OECD, 2012.
11. Poslovno poročilo ZZZS za leto 2008 (2009,2010,2011,2012). Ljubljana: ZZZS, 2009 (2010,2011,2012,2013).
12. Prehrabene navade odraslih prebivalcev Slovenije z vidika varovanja zdravja. Ljubljana: IVZ, 2009.
13. Listina o skupnih vrednotah in načelih na področju zdravja – 2006/C 146/1. Strasburg: Svet Evrope, 2006.
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2006:146:0001:0003:EN:PDF>
14. The Tallin Charter – Health Systems for Health and Wealth. Copenhagen: WHO/EURO, 2008. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/88613/E91438.pdf
15. Primerjave so podane na osnovi opredelitev OECD, vir za podatke je Poročilo OECD: Health at a Glance, 2012.
16. Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010–2015). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2010.
17. Spletni portal ZZZS – Nasveti za zdravo življenje. Ljubljana: ZZZS, 2011. <http://www.ZZZS.si/zdravje/index.html>
18. Euro Health Consumer Index 2012. Danderyd: Health Consumer Powerhouse, 2013. www.healthpowerhouse.com/ehci2012
19. The 2012 Aging Report- Economic and budgetary projeCTions for the 27 EU Member States (2010–2060). Bruselj: European Economy Series 2, 2012. http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2012/pdf/ee-2012-2_en.pdf
20. How can health systems respond to popluation ageing? Copenhagen: WHO/EURO and European observatory on health systems and policies, 2009.
21. Paerson M. Financial sustainability and affordability of health care systems. ISSA Conference: Berlin, 2012 <http://www.issa.int/Resursy/Conference-Reports/Financial-sustainability-and-affordability-of-health-care-systems>
22. Mladovsky P, Srivastova D, Cylus J, Karanikolos M, Evetovits T, Thomson S and McKee M. Health policy responses to the financial crisis in Europe. European observatory on health systems and policies. Copenhagen:WHO/EURO, 2012
23. Poletna napoved Globalnih makroekonomskih okvirov razvoja Slovenije za obdobje 2014- 2018. Ljubljana: Umar, 2013

42 Viri so razvrščeni po vrstnem redu navajanja v besedilu SRP.

Seznam kratic

AJPES	Agencija Republike Slovenije za javnopravne evidence in storitve
BDP	bruto družbeni proizvod
BPI	baza podatkov o izvajalcih
CT	računalniška tomografija
CURS	carinska uprava Republike Slovenije
DDD	dnevno definirana doza
DPZZ	dopolnilna prostovoljna zdravstvena zavarovanja
DURS	Davčna uprava Republike Slovenije
EMŠO	enotna matična številka občana
EU	Evropska unija
FŠ	Fakulteta za šport
GC	globalni cilj
IKT	informacijsko komunikacijske tehnologije
IOZ	izbrani osebni zdravnik
IVZ	Inštitut Republike Slovenije za varovanje zdravja
IZ	imenovani zdravnik
KIMDPŠ	Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa
KZZ	kartica zdravstvenega zavarovanja
MDDSZ	Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve
MF	Ministrstvo za finance
MNZ	Ministrstvo za notranje zadeve
MNZJU	Ministrstvo za notranje zadeve in javno upravo
MP	medicinski pripomoček
MR	magnetna resonanca
MS	medicinska sestra
MSTR	računalniška rešitev »MicroStrategy«
MZ	Ministrstvo za zdravje
NKT	nacionalna kontaktna točka
NPV	najnižja priznana vrednost
OZZ	obvezno zdravstveno zavarovanje
RA	referenčna ambulanta
RN	razvojna naloga
RP	razvojni projekt
RS	Republika Slovenija
SAP	računalniška rešitev »SAP«
SiOK	slovenska raziskava organizacijske klime
SPP	skupine primerljivih primerov
SRP	strateški razvojni program
SU	stopnja umrljivosti
SURS	Statistični urad Republike Slovenije

SZO	Svetovna zdravstvena organizacija
UL-MF	Univerza v Ljubljani – Medicinska fakulteta
VZT	vrednotenje zdravstvenih tehnologij
ZAS	računalniška rešitev »Zdravstveni analitski sistem«
ZK	zdravstvena komisija
ZPIZ	Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje
ZRSZ	Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje
ZUJF	zakon za uravnoteženje javnih financ
ZZVZZ	zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju
ZZZS	Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

ZZZS organizacijske enote:

OE	območna enota
PAR	Področje za analize in razvoj
PE IC	Področna enota Informacijski center
PFR	Področje za finance in računovodstvo
POPMP	Področje za odločanje o pravicah... in medicinske pripomočke
PUZMZZ	Področje za urejanje zavarovanja in mednarodno zdravstveno zavarovanje
PZAE	Področje za zdravstveno analitiko in ekonomiko
SIOJ	Sektor za informiranje in odnose z javnostjo
SNR	Sektor za notranje revidiranje
SPSZ	Sektor za pravne in splošne zadeve
SRKO	Sektor za razvoj kadrov in organizacijo

