

## **5. ANALIZA STANJA**

### **5.1. Sistemska vprašanja in izzivi okolja**

Zdravstveno zavarovanje je v dinamičnem odnosu in povezanosti z gospodarskim in družbenim okoljem. To je povezano z zdravstvenim stanjem in ekonomskimi ter medicinsko tehnološkimi gibanji, ki najbolj vplivajo na hitrejšo rast izdatkov za zdravstveno varstvo. Vsi ti predstavljajo nove izzive sistemom zdravstvenega varstva in zavarovanja, ki se čedalje bolj soočajo tudi z vplivom globalizacije in tržnih zakonitosti. Prav to stanje zahteva strateško planiranje, v okviru katerega je potrebno razrešiti nasprotja med zaostrenimi tržnimi razmerami in javnim interesom v okviru socialnega zdravstvenega zavarovanja. Poskuse reševanja teh nasprotij zasledimo v nekaterih usmeritvah iz Nacionalnega programa zdravstvenega varstva, ki pa doslej niso dale pričakovanih rezultatov.

Slovenija je članica Evropskega urada Svetovne zdravstvene organizacije in kandidatka za vključitev v Evropsko unijo. Ti dve dejstvi ji, poleg lastnih posebnosti, predstavljata usmeritve za načrtovanje zdravstvenega varstva in zavarovanja. Pri tem so za nas zlasti pomembni strategija Svetovne zdravstvene organizacije - "Zdravje za vse v 21. stoletju" kot tudi strategija zdravstvenega varstva Evropske unije.

#### **5.1.1. Narodnogospodarska realnost in izzivi okolja**

##### ***Makroekonomska gibanja***

Makroekonomski vidiki nadaljnjega gospodarskega in socialnega razvoja Slovenije v naslednjih 4 do 5 letih niso tako optimistični kot v zadnjih letih. V Proračunskem memorandumu in makrofiskalnem scenariju za leta 2002 do 2005, so predvideni različni scenariji. Ne glede na to, kako se bodo uresničile napovedi ekonomistov, bodo od rasti bruto domačega proizvoda odvisne tudi možnosti uresničevanja načrtov zdravstvenega varstva in zavarovanja v Sloveniji. Ob nižji rasti bruto domačega proizvoda je namreč potrebno računati s skromnejšo realno rastjo javnih sredstev za uresničevanje nalog obveznega zdravstvenega zavarovanja in s tem tudi za financiranje programov zdravstvenih storitev.

Poleg napovedane (nižje) rasti bruto domačega proizvoda v Sloveniji, so pomembne še druge usmeritve Vlade glede načrtovanega razvoja na gospodarskem in socialnem področju. Med temi so pomembne predvsem naslednje usmeritve:

- stopnje rasti sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji (iz prispevkov) naj bi bile med 4,9% (leta 2002) in 4,0% (leta 2003) in naj bi tako dosegle med 6,7% bruto domačega proizvoda leta 2002, nakar naj bi se ponovno znižale in se gibale okrog 6,6%;
- rast plač naj bi vsaj v letih od 2002 in 2003 zaostajala za rastjo produktivnosti in bruto domačega proizvoda;
- stopnja rasti števila upokojujencev naj bi se ustalila na ravni iz leta 2001 (okrog 1,1% letno), stopnja zaposlenosti pa povečala, s čimer naj bi se povečalo tudi število prejemnikov plač;
- kljub počasnejši rasti plač se bo zaradi hitrejšega zaposlovanja povečala masa plač, ki predstavlja prispevne osnove. Rast prispevkov bo zaostajala za rastjo ustvarjenega bruto domačega proizvoda države;
- vsi javnofinančni izdatki (ki vključujejo tudi izdatke obveznega zdravstvenega zavarovanja) bodo imeli v naslednjih 4-6 letih počasnejše stopnje rasti kot bruto domači proizvod in se bodo zmanjšali za okrog 1-1,5% bruto domačega proizvoda.

Poleg teh makroekonomskih planskih napovedi vsebujejo plani Vlade še nekatere druge pomembne usmeritve glede socialne varnosti ter zdravstvenega varstva in zavarovanja. Posebej so vredne omembe napovedi o:

- ohranitvi in okrepitvi "socialnih standardov in dosežene ravni razvitosti, sicer bi lahko vključitev v Evropsko unijo in izpostavljenost globalni konkurenci povzročila neugodne socialne učinke";
- zagotovitvi vsaj enakega obsega letnih zdravstvenih programov v javnem zdravstvu kot doslej in ohraniti izravnano bilanco prihodkov in odhodkov;
- ciljih na področju zdravstvenega varstva, ki naj bi sledili oblikovanju politike varovanja in krepiteve zdravja, zmanjševanja razlik v zdravstvenem varstvu in zdravstvenem stanju prebivalcev, spreminjanja zdravju škodljivih vzorcev vedenja, kakovostno življenjsko okolje, izboljšanja kakovosti dela zdravstvene dejavnosti in oblikovanja mreže javne zdravstvene službe.

Večina usmeritev Vlade glede vsebine razvoja zdravstvenega varstva in zavarovanja je usklajena z usmeritvami mednarodnih organizacij in stališči, za katere se zavzema Zavod že od svoje ustanovitve. Bežen pregled usmeritev Vlade opozarja, da so med seboj vsebinsko in finančno premalo usklajeni. Finančni cilji so zastavljeni povsem bilančno in statično in ne upoštevajo posebnosti področja zdravstvenega varstva, ki je podvrženo vrsti zunanjih vplivov in ki mu narekujejo drugačno načrtovanje sredstev. Takšno načrtovanje ne upošteva dejstva, da sredstva za zdravstveno varstvo povsod naraščajo hitreje ali vsaj enako hitro kot bruto domači proizvod, kar je povezano s pojavom staranja prebivalstva in s tem povečanimi potrebami po zdravstvenih storitvah. Slovenija ne dosega povprečja držav Evropske unije po deležu bruto domačega proizvoda za zdravstveno varstvo in ne po znesku USD na prebivalca (preračunano na kupno moč). Počasnejša rast sredstev za obvezno zdravstveno zavarovanje od bruto domačega proizvoda bi zato pomenila stagnacijo in ne razvoj zdravstvenega varstva. To tudi ne bi bilo v soglasju z opredelitvami iz Nacionalnega programa zdravstvenega varstva, ki predvideva postopno povečanje javnih sredstev za obvezno zdravstveno zavarovanje na 7% bruto domačega proizvoda.

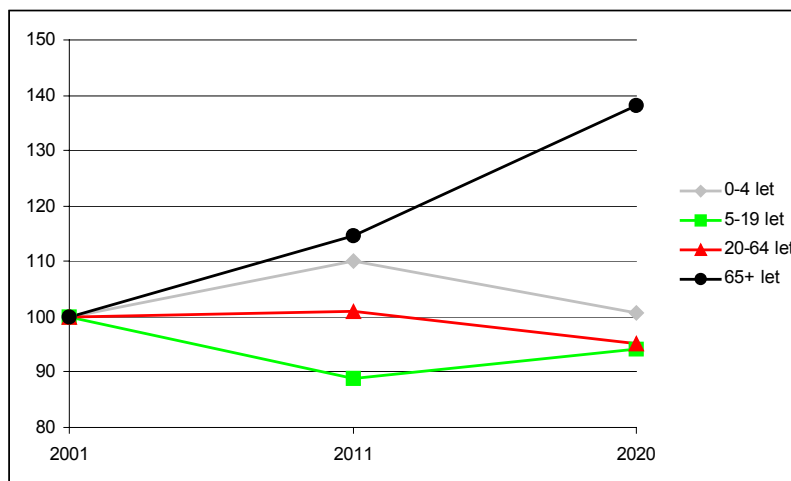
To pomeni, da so potrebna večja vlaganja v zdravstveno varnost kljub pričakovanim zaostrenim ekonomskim pogojem v državi.

### **Demografska gibanja**

Število prebivalcev, njegova starostna, spolna in socialna struktura ter prostorska razporeditev so eden izmed pomembnih elementov za načrtovanje programov zdravstvenega varstva in zavarovanja. Glede tega kažejo podatki in projekcije, da se število prebivalcev v naslednjih letih ne bo občutno povečalo (v obdobju 2001 do 2005 za 1%), da pa se bo povečal delež starejših nad 65 let s približno 1 odstotnim letnim prirastom in da se bo še nekaj nadaljnjih let slabšalo razmerje med aktivnimi in vzdrževanimi zavarovanci, v škodo prvih.

Na podlagi ocene, da ima populacija nad 65 let starosti bistveno večje in drugačne potrebe po zdravstvenih storitvah in da so odhodki zanje okrog 3,5 do 4,5 krat večji kot pri ostali populaciji, se bodo že s tem stroški zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji vsako leto povečali realno za okrog en odstotek.

Vir: Projekcija prebivalstva Republike Slovenije do leta 2020; Statistični letopis 2000



#### **Slika 4.** Indeks gibanja posameznih starostnih skupin prebivalstva Republike Slovenije do leta 2020

##### ***Strategiji Svetovne zdravstvene organizacije in Evropske unije***

Strategija Evropskega urada Svetovne zdravstvene organizacije je opredeljena v dokumentu "Zdravje za vse v 21. stoletju", katere osnovni cilj je okrepiti in obvarovati zdravje ljudi skozi celo njihovo življenje in zmanjšati pogostnost prizadetosti zaradi bolezni in poškodb tudi v prvem stoletju novega tisočletja. Etično podlago za ta prizadevanja predstavljajo vrednote kot so:

- zdravje in zdravstveno varstvo, kot ene izmed človekovih pravic;
- pravičnost in solidarnost med vsem prebivalstvom;
- omogočanje vključevanja in upoštevanja posameznikov, lokalnih skupnosti, raznih društev in organizacij in dejavnosti v razvoj zdravstvenega varstva.

Za doseganje teh ciljev so štiri ključne strategije in sicer:

- medpodročno obvladovanje dejavnikov, ki vplivajo na zdravje, upošteva fizične, ekonomske, kulturne in druge družbene razmere ter perspektive, z namenom zagotoviti njihov čim večji pozitivni vpliv na zdravje;
- načrtovanje zdravstvenih programov, ki bodo najbolj vplivali na izboljšanje zdravja naroda;
- zagotoviti organizacijo primarnega zdravstvenega varstva, ki bo prvenstveno usmerjena k družini, lokalni skupnosti in družbi kot celoti, čemur mora slediti prilagodljiv bolnišnični sistem;
- zagotoviti razvoj zdravstvenega varstva, katerega bodo vključene in upoštevane ob sprejemanju odločitev in v izvajanje kot partnerji za zdravje vse ravni od družine, šole, podjetij, lokalnih skupnosti in države kot celote.

Glede na javna pooblastila, ki jih ima Zavod pa so določene usmeritve iz nje zavezujoče tudi zanj. Predvsem to velja za uresničitev načel pravičnosti in enakih možnosti vsem prebivalcem pri uveljavljanju pravic do zdravstvenega varstva ter pri ohranjanju in dograjevanju solidarnosti v zdravstvenem zavarovanju.

Evropska unija v Maastrichtski pogodbi, kot eni izmed osnovnih dokumentov za delovanje Unije, ne predvideva poenotenja sistemov zdravstvenega varstva med svojimi članicami. Razlike v ureditvi področja zdravstvenega varstva in zavarovanja so tako velike, da je razmišljanje o poenotenju ali morebitni uvedbi "enotnega evropskega" zdravstvenega varstva v sedanjem trenutku neuresničljiva. Zato na tem področju ohranja tudi v prihodnje vsaka država svojo specifično ureditev. Že sama načela združevanja v Evropsko unijo, kot so načela prostega pretoka ljudi, blaga, storitev in kapitala bodo vplivala na področje zdravstvenega varstva in zavarovanja v vseh državah, članicah unije. Osnovna smer vplivanja je postopno konvergiranje sistemov z vse bolj primerljivimi sistemskimi elementi.

Novi izzivi, ki jih prinaša s sabo 21. stoletje na področju zdravstvenega varstva, pogojeno s spremembami v demografski situaciji, spremembami v zdravstvenem stanju in z novo tehnologijo in znanstvenimi dosežki na raznih področjih, hkrati pa z njeno predvideno širitvijo, zahtevajo nove ukrepe in programe na področju zdravstvenega varstva. Tako je nastala nova strategija zdravstvenega varstva Evropske unije, ki je bila sprejeta maja leta 2000. Nova strategija vključuje tri osrednja področja in sicer:

- izboljšanje informacij o zdravju oziroma o zdravstvenem stanju;
- povečanje skrbi in odgovornosti za boljše zdravstveno varstvo;
- obvladovanje in zmanjševanje dejavnikov, ki neugodno vplivajo na zdravje ljudi.

V bistvu nova strategija zdravstvenega varstva v Evropski uniji pomeni tudi določitev konkretnih ciljev, ki naj bi jih dosegle države Evropske unije. Ti naj bi vključevali cilje glede krepitev zdravja, preprečevanja bolezni in izboljšanja kazalcev zdravja nasploh, glede financiranja zdravstvenih programov, razvoja informacijskega sistema in podobno. Tisto, kar je v strategiji Evropske unije izpostavljeno in je pomembno tudi za Slovenijo, pa so usmeritve in zahteve:

- po visoki ravni zdravstvenega varstva v vseh državah članicah unije;
- po zgraditvi razvejanega in čim bolj dostopnega informacijskega sistema, ki bo kar najhitreje posredoval podatke o zdravju in boleznih ter dejavnikih, ki vplivajo nanje, zavarovancem, zdravstvenim delavcem in drugim;
- večji skrbi in odgovornosti države po oblikovanju programov za obvladovanje najresnejših javno - zdravstvenih problemov.

### **5.1.2. Zdravstveno varstvo, zdravstvene dejavnosti, zdravstveno stanje**

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (v nadaljevanju Zakon) je opredelil, da predstavlja zdravstveno varstvo "sistem družbenih, skupinskih in individualnih aktivnosti, ukrepov in storitev za krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, zgodnje odkrivanje, pravočasno zdravljenje, nego in rehabilitacijo zbolelih in poškodovanih." Vse aktivnosti posameznih nosilcev odgovornosti za zdravje bi moral opredeliti plan zdravstvenega varstva Slovenije. Ta plan ima funkcijo opredelitve strategije razvoja, prednostnih področij, naloge in cilje zdravstvenega varstva, zagotavljanje virov za izvajanje programov, za razvoj zdravstvenega zavarovanja in merila za določitev mreže zdravstvene službe. Takšen dokument bi moral biti podlaga za ustrezno oblikovanje programov v pogajalskih postopkih med partnerji in za pripravo programov za obvladovanje najresnejših zdravstvenih problemov v državi. Z zakonom predvideno planiranje ni dalo pričakovanih rezultatov, saj ni razrešilo vprašanj nadaljnega razvoja zdravstvenega varstva v državi in ni opredelilo njegove strategije.

Državni zbor je po večletnih obravnavah leta 2000 sprejel »Nacionalni program zdravstvenega varstva – Zdravje za vse do leta 2004«. Ta plan ni v zadostni meri opredelil razvoj zdravstvenega zavarovanja. Za usmeritve in naloge, ki bi sicer lahko bile primerne, ni izvedbenih navodil in ne vedno zadostnega materialnega kritja.

#### ***Uresničevanje odgovornosti do zdravja***

V ureditvi zdravstvenega varstva so najbolj jasno opredeljene zadolžitve, naloge in odgovornost države do zdravja in zdravstvenega varstva njenih državljanov. Država je dokaj dosledno uresničila naloge, kot so: sprejem nekaterih predpisov, plana zdravstvenega varstva Republike Slovenije, letnih imunizacijskih programov, plačevanje prispevkov za določene skupine zavarovancev in nekatere druge. Manj uspešna je bila pri obvladovanju najbolj razširjenih kroničnih bolezni in na področju javnega zdravstva. Predvsem bi morala biti izrazitejša in aktivnejša vloga države pri usmerjanju zdravstvenega varstva pri obvladovanju najresnejših zdravstvenih problemov (bolezni srca in ožilja, rak, poškodbe) s posebnimi programi (od krepitev zdravja, preventive do zgodnjega odkrivanja, zdravljenja in rehabilitacije) za ta stanja.

Glede uresničevanja in krepitev spoznanj o odgovornosti države, delodajalcev in posameznikov za doseganje boljšega zdravja, ima Zavod le posredne pristojnosti. Njegova naloga pri tem je nenehno opozarjanje, da:

- lahko posamezniki in skupine veliko pripomorejo k boljšemu lastnemu zdravju in zdravju družine. Temu ustrezno so in bodo načrtovani tudi razni ukrepi Zavoda (sofinanciranje, donatorstvo in druge oblike vzpodbujanja programov za zdravo življenje);
- je za zagotavljanje možnosti uresničevanja odgovornosti posameznikov do zdravja najbolj odgovorna država, predvsem pa njena Vlada;
- lahko vsak zakon ali drug akt, ki ga sprejmejo državni organi, vpliva na zdravstveno stanje določenih skupin ljudi in da bi zato morali biti na to posebej pozorni.

Zakon je določil okvirno tudi odgovornost delodajalcev za zdravstveno varstvo in zdravje zaposlene populacije. Ta usmeritev izhaja iz spoznanja, da delovno okolje predstavlja enega izmed najpomembnejših dejavnikov za zdravje zaposlenih in da to okolje lahko spreminja predvsem delodajalec. Skladno s takšno

naravnostjo se ta odgovornost delodajalcev kaže v obveznosti izvajanja ukrepov varnosti in zdravja pri delu in v njihovem financiranju.

Ugotavljamo, da raven varnosti in zdravja pri delu pri nas ni zadovoljiva in da se svoje odgovornosti delodajalci ne zavedajo dovolj. To se odraža tudi na področju zdravstvenega zavarovanja, o čemer govorijo podatki o številu poškodb na delu, številu smrtnih primerov, ki so posledica le-teh, gibanju zdravstvenega absentizma in nekateri drugi kazalci (glej tabeli 1 in 2). Predvsem izgubljeni delovni dnevi zaradi poškodb na delu in poklicnih bolezni kažejo, da negativnih trendov na tem področju v Sloveniji ne obvladujemo zadovoljivo, saj se je število izgubljenih delovnih dni zaradi poškodb na delu v tem času povečalo za nekaj več kot 4%, v daljšem obdobju (1992 - 2000) pa celo za 22,5%. Zato spremembe na tem področju ostajajo med prednostnimi nalogami države, pri katerih bo moral sodelovati tudi Zavod.

**Tabela 1.** Število prijavljenih poškodb na delu v Sloveniji od leta 1997 dalje

poškodbe na delu	1997	1998	1999	2000
število poškodb	26.583	25.710	26.485	25.940
od tega umrli	42	31	27	26
umrli na 10.000 zaposlenih	0,60	0,40	0,30	0,30

Vir: Zdravstveni statistični letopis Slovenije 1992-2000

**Tabela 2.** Začasna zadržanost od dela zaradi poškodb na delu v obdobju 1997 – 2001

	1997	1998	1999	2000	2001
<b>PRIMERI</b>					
do 30 dni	32.111	31.433	32.333	33.053	32.047
nad 30 dni	7.457	7.140	8.062	8.010	8.223
skupaj	39.568	38.573	40.395	41.063	40.270
<b>DNEVI</b>					
do 30 dni	556.360	739.973	586.421	588.060	581.653
nad 30 dni	380.753	379.110	383.120	388.249	388.644
Skupaj	937.113	1.119.083	969.541	976.309	970.297

Vir: ZZS, Informacijski center

### **Zdravstvene dejavnosti**

Z vidika celotnega sistema zdravstvenega varstva in interesov zdravstvenega zavarovanja so pomembna tudi vprašanja zakonodajne ureditve področja zdravstvenih dejavnosti. Ureditev tega področja posredno vpliva tudi na izvajanje programov zdravstvenih storitev, na dostopnost do storitev in na učinkovitost ter uspešnost zdravstvene službe v celoti. Zato čedalje bolj prihajajo do izraza naslednje pomanjkljivosti:

- neizdelana javna zdravstvena mreža;
- nejasnost delitve dela med primarno in ostalimi ravnmi zdravstvene dejavnosti;
- neustrezno obvladovanje novih tehnologij in metod zdravljenja;
- nejasnosti v porazdelitvi odgovornosti in pristojnosti med ustanovitelji in managementom zdravstvenih zavodov;
- zakonodajne nedorečenosti med obveznostmi javne zdravstvene službe in možnostjo samoplačništva.

Poleg tega se zapleti kažejo še v:

- neustreznosti in nejasnosti pooblastil za podeljevanje koncesij zasebnikom;
- nesporazumih glede vloge zdravstvenih domov;
- nedorečenosti o zasebnem delu in privatizaciji v zdravstvenem varstvu.

Zavod ugotavlja iz raziskav javnega mnenja stalen trend rasti zadovoljstva zavarovancev z zasebniki.

### **Spremembe v zdravstvenem stanju**

Zdravstveno stanje, merjeno s komprehezivnimi kazalci (umrljivost dojenčkov, splošna umrljivost, poprečna pričakovana življenjska doba), kaže na postopno vendar stalno izboljševanje razmer. Pozitivni trendi se kažejo v trendu zmanjševanja umrljivosti dojenčkov, kjer je bilo v preteklem obdobju do leta 2000 doseženo najbolj izrazito zmanjšanje. Po podatku iz leta 1999 (4,5 na 1000 živorojenih, glej tabelo 3) se Slovenija uvršča med države z najboljšim stanjem in presega povprečje Evropske unije. Zmanjšala se je tudi splošna umrljivost, kar je glede na staranje prebivalstva prav tako pozitiven trend. Podaljšuje se poprečna pričakovana življenjska doba obeh spolov. Ta se je v obdobju 1995-2000 pri moških podaljšala za 1,40, pri ženskah pa za 1 leto.

Vendar Slovenija še vedno zaostaja za državami Evropske unije po kazalcu potencialno izgubljenih življenjskih letih. To so leta, ki so izgubljena zaradi prezgodnje smrti, povzročene zaradi bolezni in poškodb pred 65. letom starosti. Zaostajamo po višini splošne umrljivosti in pri povprečni pričakovani življenjski dobi, zlasti pri moških. Po tem kazalcu zaostaja Slovenija za državami Evropske unije za 1,6 leta pri ženskah in za 4,5 let pri moških. Višja umrljivost pri nas je predvsem posledica visoke specifične umrljivosti zaradi poškodb in prometnih nezgod, ki je pri nas skoraj od 30 do 100 odstotkov višja kot v drugih državah Evropske unije.

**Tabela 3.** Kazalci zdravstvenega stanja v Sloveniji v obdobju 1997 – 2000

Kazalec	1997	1998	1999	2000
Splošna umrljivost	9,6	9,6	9,6	9,3
Umrljivost dojenčkov	5,20	5,20	4,50	4,90
Pričakovana življ. Doba M	71,01	71,05	71,82	71,94
Pričakovana življ. Doba Ž	78,62	78,68	79,52	79,10

*Vir podatkov: Zdravstveno statistični letopisi Inštituta za varovanje zdravja, Statistični letopisi SURS-a*

Sicer pa se tudi v Sloveniji pospešeno srečujemo s spremembami zdravstvenega stanja prebivalstva, ki so posledica sprememb starostne strukture prebivalstva. V obolevnosti prebivalstva čedalje bolj prevladujejo kronične degenerativne bolezni, še zlasti bolezni srca in ožilja ter rak. Poleg njih predstavljajo precejšen problem tudi poškodbe. Te tri skupine kažejo tudi na največji porast med razlogi za bolnišnično zdravljenje (hospitalizacijo) (tabela 4).

**Tabela 4.** Stopnja hospitalizacije v Sloveniji in delež hospitalizacij po letih

Boleznska skupina	1995		2000		indeks 2000/1995
	stopnja	Delež	Stopnja	Delež	
neoplazme	13,6	8,8	17,0	10,4	125
bolezni srca in ožilja	15,6	10,1	17,0	10,4	109
poškodbe in zastrupitve	14,7	9,6	16,1	9,9	109
<b>SKUPAJ</b>	<b>154,3</b>	<b>100</b>	<b>163,1</b>	<b>100</b>	<b>106</b>

*Vir: Zdravstveni statistični letopisi Slovenije, Inštitut za varovanje zdravja*

Če ocenjujemo delovanje sistema na zdravstveno stanje nam podatki kažejo, da se zdravstveno stanje postopno, a zanesljivo izboljšuje. Z doseženim rezultatom pa ne moremo biti povsem zadovoljni, ker obstajajo določene priložnosti za doseganje še boljšega zdravja. V tem pogledu bo v naslednjih letih potrebno narediti vidnejše premike in zagotoviti aktivnejši odnos zdravstvene službe na najbolj pereče javno zdravstvene probleme pri nas.

### **5.1.3. Uresničevanje Strateškega Razvojnega programa zdravstvenega zavarovanja R Slovenije**

Razvojni program iz leta 1997 je sledil in podrobneje opredeljeval cilje, ki so bili prisotni že leta 1992, ob sprejemu zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Z ustanovitvijo samostojne države, s spremembo družbeno političnega sistema in s tem povezanim prehodom na tržno gospodarstvo in reformo sistema zdravstvenega varstva, so bili temeljni cilji:

- ohraniti doseženo raven zdravstvene varnosti vsega prebivalstva in doseči izboljšanje njegovega zdravstvenega stanja;
- ustvariti avtonomno zdravstveno zavarovanje na načelih demokratičnega upravljanja;
- zagotoviti vsem upravičencem enake možnosti in pogoje pri uveljavljanju zahtev in potreb po zdravstvenih storitvah.

#### ***Socialno zdravstveno zavarovanje***

Avtonomnost upravljanja obveznega zdravstvenega zavarovanja se je od ustanovitve Zavoda v letu 1992 dalje kazala kot posebej pomembna lastnost in hkrati dejavnik stabilnosti sistema, ki omogoča pregledno in namensko porabo vseh za zdravstveno zavarovanje zbranih sredstev, zato zasluži pri analizi posebno prozornost. Uvedba sistema socialnega zdravstvenega zavarovanja je pomenila opustitev etatičnih modelov in odločitev za socialno varnost po Bismarckovem vzoru. Značilnost takšne ureditve se odraža v dejstvu, da področje zdravstvenega zavarovanja in s tem posredno zdravstvenega varstva, razpolaga z lastnimi sredstvi in stalnimi, vnaprej znanimi viri in da z njimi tudi sam gospodari.

Zavod ima tako skladno z zakonskimi določili določeno avtonomijo in s tem povezano posebno upravljanje. Njegov ustanovitelj je sicer država, vendar z njim upravlja skupščina, ki jo sestavljajo predstavniki delodajalcev oziroma plačevalcev prispevkov in zavarovancev. Njihovo število in način odločanja je predpisan z zakonom. Skupščina sprejema najpomembnejše akte Zavoda, njegov finančni načrt in zaključni račun ter dokumente, ki podrobneje urejajo pravice zavarovancev. Ostale izvršilne naloge opravlja Upravni odbor Skupščine in generalni direktor Zavoda.

Smisel in namen takšne organizacije upravljanja temelji na sistemskih predpostavkah socialnega zavarovanja, po katerih odločajo o obveznostih (prispevkih) in pravicah predstavniki zainteresiranih skupin, ki to zavarovanje financirajo oziroma katerim le to zagotavlja določene pravice. Predstavniki delodajalcev skrbijo, da so višine prispevnih stopenj sprejemljive in da ne vplivajo pretirano na ceno delovne sile in s tem na konkurenčne sposobnosti gospodarstva, predstavniki delojemalcev in drugih zavarovancev zastopajo svoje interese po ustrezni zdravstveni varnosti. Takšen način upravljanja se je pokazal tudi v Sloveniji kot primeren, kar med drugim potrjuje obvladovanje višine prispevne stopnje, ki se ni spremenila že več let zapored, a je poslovanje Zavoda vseeno ohranilo svojo finančno stabilnost. Najpomembnejše je, da z namensko zbranimi sredstvi za obvezno zdravstveno zavarovanje upravlja predstavniki delodajalcev in zavarovancev, ki se ob tem usklajujejo glede materialnih možnosti zavezancev za plačevanje prispevkov in o njihovih višinah ter hkrati o možni ravni in obsegu pravic iz zdravstvenega zavarovanja. Ti znajo najbolje izraziti interese zavarovancev glede svoje zdravstvene varnosti, pa tudi glede njenega financiranja. Čas in rezultati so potrdili, da je zdravstveno zavarovanje in njegovo financiranje s prispevki ter avtonomnost področja za Slovenijo primerno in da ga je potrebno ohraniti.

Kljub temu, so se tudi v času od sprejema Razvojnega programa do danes občasno pojavljali posamezni poskusi preusmeriti razvoj področja in ga, vsaj v določenih delih (zlasti v finančnem), ponovno "podržaviti". Bilo je nekaj primerov nesistemskih obremenitev zdravstvenega zavarovanja z obveznostmi do denarnih dajatev, ki so praviloma naloge drugih nosilcev socialne varnosti. Podobni poskusi povečati vpliv države na finančno poslovanje smo zasledili pri pripravi zakona o javnih financah. Iz teh primerov je mogoče sklepati, da nekateri pripravljavci zakonov nimajo zadovoljivega znanja o sistemih socialnega in zdravstvenega zavarovanja in opredeljevanja njegovega deleža v javnih financah države. Lahko pa se za tem skriva želja po spremembi sistema v državno vodeno ureditev.

Vsekakor ostaja vztrajanje na ohranitvi obveznega socialnega zdravstvenega zavarovanja in njegove avtonomije ter značilnega načina upravljanja, ena izmed podmen nadaljnega razvoja področja in Zavoda. To velja tudi za obdobje po vključitvi Slovenije v Evropsko unijo, saj v tej organizaciji Maastrichtska pogodba ne predvideva poenotenja sistemov socialne varnosti in lahko vsaka država ohranja sebi lastno ureditev.

## 5.2. Zagotavljanje virov sredstev za obvezno zdravstveno zavarovanje

### 5.2.1. Viri financiranja

Prispevki za obvezno zdravstveno zavarovanje (v nadaljevanju: prispevki) že vse od ustanovitve Zavoda predstavljajo glavni vir za financiranje dejavnosti. Tudi struktura vplačanih prispevkov po zavezancih se bistveno ni spremenila.

**Tabela 5.** Delež prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje v prihodkih Zavoda in po strukturi zavezancev za plačilo

	1997	1998	1999	2000	2001
Delež prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje v prihodkih Zavoda	98,4%	97,4%	98,0%	97,8%	98,6%
Struktura prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje po vrstah zavezancev:					
- delodajalci in delojemalci	80,1%	80,2%	80,3%	80,4%	79,0%
- upokojnenci	16,8%	16,7%	16,9%	16,9%	16,5%
- kmetje	0,5%	0,5%	0,5%	0,4%	0,2%
- drugi	2,6%	2,6%	2,3%	2,3%	4,3%*

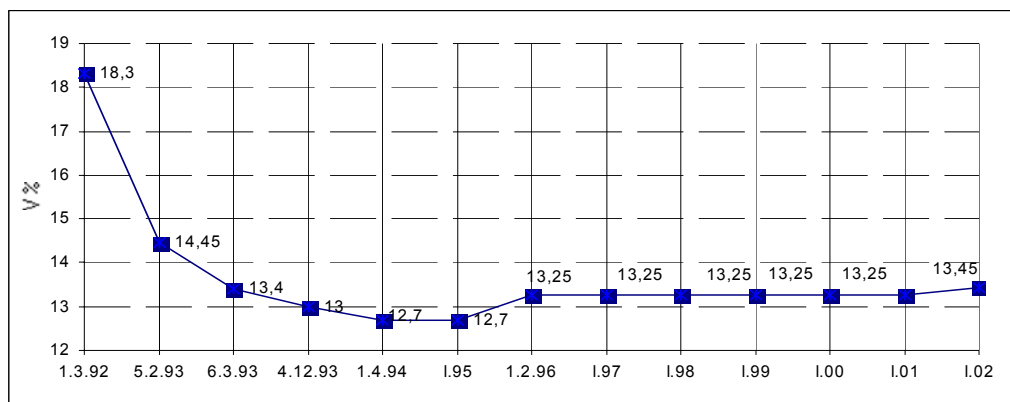
*Vir: Poslovna poročila Zavoda*

\* V letu 2001 so začele veljati spremembe in dopolnitve zakona o prispevkih za socialno varnost, po katerih se plačujejo prispevki delodajalca za zdravstveno zavarovanje tudi od vseh nadomestil (za čas brezposelnosti, za starševski dopust, za čas odsotnosti z dela zaradi bolezni).

Stopnje prispevkov se od leta 1996 niso spremenile. Pred tem pa so bile kar 4 krat nižane. To je razvidno iz slike 5, ki kaže spremembe zbirne prispevne stopnje<sup>1</sup>. Ker predstavljajo prispevki delodajalcev in delojemalcev pretežni del zbranih prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje, je prikaz sprememb prispevnih stopenj s spremembo zbirne prispevne stopnje najustreznejši, saj spremembe le te najbolj vplivajo na prihodke Zavoda.

<sup>1</sup> Zbirna prispevna stopnja izraža prispevno stopnjo delodajalcev in delojemalcev skupaj.





**Slika 5.** Spreminjanje zbirne prispevne stopnje v obdobju 1992 - 2002

Iz tabele 6 lahko ugotovimo, da se slabša disciplina plačevanja prispevkov s strani samozaposlenih in kmetov. Njihov dolg je v stalnem porastu, kar kaže tudi na neustrezno izterjavo.

**Tabela 6.** Vrednost (v mrd SIT) in delež neplačanih prispevkov (z zamudnimi obrestmi) v vplačanih prispevkih po posameznih skupinah zavezancev v obdobju 1997 – 2001

	1997		1998		1999		2000		2001	
	Dolg	% nepl.	Dolg	% nepl.	Dolg	% nepl.	Dolg	% nepl.	Dolg	% nepl.
Samozaposleni in kmetje	3,1	21,57	4,0	24,41	5,0	27,90	6,2	29,20	7,9	34,98
Pravne osebe	1,1	0,81	1,1	0,70	0,7	0,39	0,4	0,21	0,4	0,18
<b>SKUPAJ</b>	<b>4,2</b>		<b>5,1</b>		<b>5,7</b>		<b>6,6</b>		<b>8,3</b>	

*Viri: Poslovna poročila Zavoda*

Ne smejo pa nas zavesti podatki o neporavnanih prispevkih pravnih oseb, ki niso rezultat boljše izterjave ali celo pravočasnosti plačila prispevkov, ampak so predvsem posledica netočnega izkazovanja javnofinančnih obveznosti<sup>2</sup>.

Po stanju na dan 31.12.2001 znašajo odložena plačila prispevkov na temelju zakona o poravnavanju odloženih davkov in prispevkov 3.650 milijonov tolarjev. Za leto 2000 pa je bilo na temelju zakona o suši upravičencem odpisana obveznost plačila prispevkov v znesku 173 milijonov tolarjev.

## 5.2.2. Izdatki

Odhodki Zavoda predstavljajo v strukturi financiranja zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji največji delež. Vendar celotna sredstva za te namene ne dosegajo v Nacionalnem programu zdravstvenega varstva postavljenega cilja - 7% delež izdatkov v bruto domačem proizvodu (brez prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja) ali pa taki porabi ne sledijo tudi viri financiranja (glavni vir predstavljajo prispevki).

<sup>2</sup> Po zakonu o prispevkih za socialno varnost ti pravni subjekti izkazujejo neplačano obveznost za plačilo prispevkov - torej javnofinančnih terjatev - šele ob prvem naslednjem izplačilu plač. Medtem pa za samozaposlene in kmete višino mesečne obveznosti plačila prispevkov tekoče evidentira Davčni urad Republike Slovenije, po zapadlosti pa tudi pripisuje zamudne obresti.

**Tabela 7.** Delež izdatkov za zdravstveno varstvo v Republiki Sloveniji v odstotku od bruto domačega proizvoda v obdobju 1997 - 2001

	1997	1998	1999	2000	2001
Obvezno zdravstveno zavarovanje	6,58	6,65	6,52	6,70	6,90
Proračunska sredstva države in občin	0,26	0,25	0,26	0,24	0,27
Prostovoljno zdravstveno zavarovanje*	0,88	0,91	0,93	1,03	1,06
<b>Skupaj</b>	<b>7,72</b>	<b>7,81</b>	<b>7,71</b>	<b>7,97</b>	<b>8,23</b>

Vir: Poslovna poročila Zavoda in bilten javnih financ

\* V podatku niso vključena sredstva Adriatica d.d. in druga zasebna sredstva

Nameni porabe sredstev, torej struktura odhodkov, je prikazana v tabeli 8. Povečuje se delež izdatkov za zdravila. Porast izdatkov za dejavnost službe Zavoda pa je povezan z novo dejavnostjo v Zavodu - dejavnostjo kartice zdravstvenega zavarovanja in s spremembo načina evidentiranja odhodkov za delo Zavoda (med te odhodke so vključeni tudi odhodki za delo Davčnega urada Republike Slovenije in Agencije za plačilni promet ter vsi investicijski odhodki). Po zaključku razvojnega projekta uvedbe kartice zdravstvenega zavarovanja v septembru 1999, je to postala redna dejavnost službe Zavoda. Novo nastali stroški, ki so vidneje povečali strukturo odhodkov Zavoda v te namene, so vezani na potrebne investicijske odhodke v zvezi z nakupom ustreznih terminalov, zakupom linij, vzdrževanjem potrebne opreme za nemoteno delovanje in dograjevanjem zapisov na kartici zdravstvenega zavarovanja.

**Tabela 8.** Struktura odhodkov po namenih porabe v razdobju 1997 – 2001

	1997	1998	1999	2000	2001
Zdravstvene storitve	69,8 %	68,8 %	69,8 %	70,4 %	69,4%
Zdravila, cepiva, medicinsko tehnični pripomočki, kri	14,6 %	15,7 %	15,7 %	15,9 %	16,4%
Konvencije, zdravljenja v tujini	1,4 %	1,5 %	1,2 %	0,7 %	1,2%
Denarne dajatve in ostalo	12,0 %	11,8 %	10,7 %	9,3 %	10,0%
Služba Zavoda	2,2 %	2,2 %	2,5 %	3,7 %*	3,0%*

Vir: Poslovna poročila Zavoda

\* Strukturno povečanje teh odhodkov je posledica začetka nove dejavnosti (kartica zdravstvenega zavarovanja) in spremenjenega načina vrednotenja odhodkov (med katere se všttevajo tudi investicijski odhodki)

Zaskrbljujoča pa je tendenca razkoraka med prihodki in odhodki Zavoda. To kaže vse slabša pokritost odhodkov Zavoda s prihodki (tabela 9) in to kljub realni vsakoletni rasti tako odhodkov kot prihodkov, kar je razvidno iz tabele 10. Realna rast odhodkov je bila hitrejša (s povprečno stopnjo 4,7%) od rasti prihodkov (s povprečno stopnjo 3,6%).

**Tabela 9:** Indeks pokritja odhodkov s prihodki Zavoda v obdobju 1997-2001

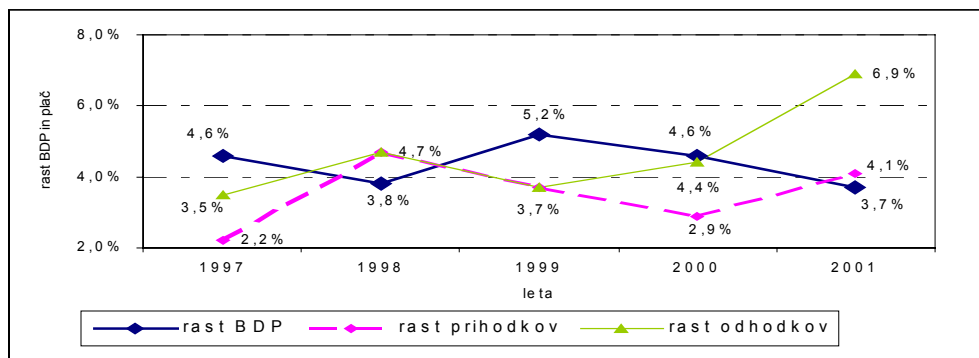
	1997	1998	1999	2000	2001
Indeks pokritja odhodkov s prihodki	100,3	100,2	100,3	98,9	96,2

**Tabela 10:** Realna rast prihodkov in odhodkov ter razlika v odstotnih točkah v obdobju 1997-2001

	1997	1998	1999	2000	2001
prihodki (v %)	2,3	4,8	3,7	2,9	4,1
odhodki	3,9	4,8	3,6	4,4	6,9
Razlika v % točkah (1-2)	-1,6	0,0	0,1	-1,5	-2,8

Primanjkljaj tekočih prihodkov nad odhodki v poslovanju Zavoda, do katerega je prišlo v letu 2000 (v znesku 3.042 milijone tolarjev), se je v letu 2001 še povečal (znaša 11.754 milijonov tolarjev). Razlogi za to so:

- makroekonomski, kot posledica neustreznih odnosov v realni rasti prihodkov in odhodkov Zavoda glede na realno rast bruto domačega proizvoda, kar kaže slika 6;
- nespremenjena prispevna stopnja, kar je bilo navedeno v točki 5.2.1;
- povečanje plač zdravnikom in ostalim zaposlenim v zdravstvu nad makroekonomskimi okviri od leta 1998 dalje je dodatno povečevalo odhodke Zavoda;



**Slika 6.** Realna rast prihodkov in odhodkov Zavoda ter bruto domačega proizvoda (Vir: Poslovna poročila Zavoda)

- od leta 1998 dalje letna relativno visoka realna rast odhodkov za zdravila, ki je bila posledica hitrejše rasti cen zdravil od splošne rasti cen življenjskih potrebščin, predpisovanja in uporabe novih, učinkovitejših, a dražjih zdravil, pa tudi naraščajoče potrošnje zdravil;
- uvedba davka na dodano vrednost sredi leta 1999 je Zavodu povzročila dodatno povečanje odhodkov, kajti učinek davka na dodano vrednost za zdravila, medicinsko tehnične pripomočke ter nekatere druge storitve in materiale pri izvajalcih zdravstvenih storitev, se je prenesel na Zavod, kot končnega plačnika. S tem se je del namensko zbranih sredstev za zdravstveno varstvo prelil v državni proračun;
- Vsakoletno povečevanje obsega zdravstvenih programov na področjih, ki zaradi bolezenskega stanja ne dovoljujejo odlaganja posegov in kjer so dolge čakalne dobe in bi nadaljnje podaljševanje le teh še poslabševalo zdravstveno stanje zavarovancev. Te so tudi posledica demografskih in socialno ekonomskih gibanj v Sloveniji.

Celoten učinek navedenih razlogov za dodatno vsakoletno rast odhodkov, ob upoštevanju multiplikacijskih prenosov v naslednje leto, izražen v tekočih cenah, je prikazan v tabeli 11 in znaša skoraj 52 milijard tolarjev.

**Tabela 11.** Dodatne finančne obveznosti Zavoda v obdobju 1998 – 2001 v tekočih cenah leta 2001 v mio SIT

	1998	1999	2000	2001	Skupaj
<b>Plače</b>	2.770	8.785	9.530	10.580	31.665
Dodatni programi	535	150	1.580	970*	3.235
DDV	0	3.000	4.730	0**	7.730
Zdravila	3.865	445	0	5.010	9.320
<b>Skupaj</b>	<b>7.170</b>	<b>12.380</b>	<b>15.840</b>	<b>16.560</b>	<b>51.950</b>

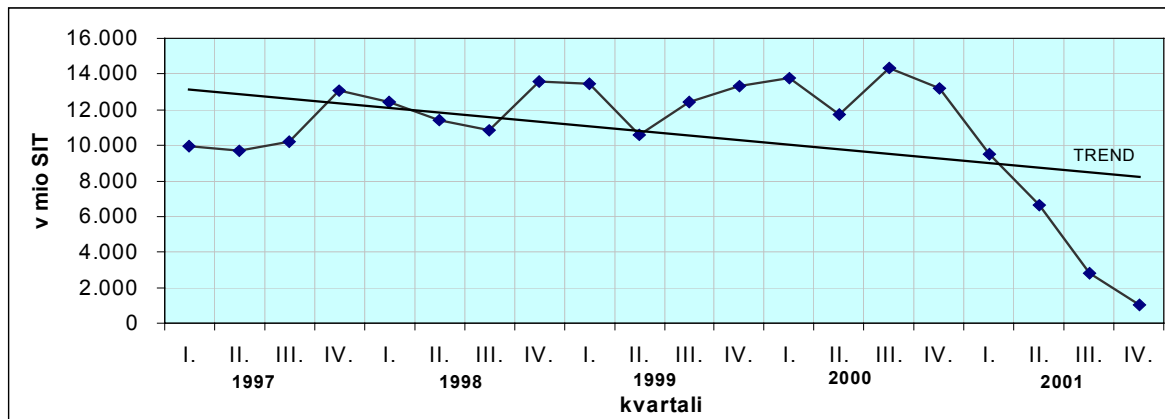
**Vir:** Poslovna in finančna poročila Zavoda

\* V letu 2001 so bili realizirani dodatni programi, ki so bili že načrtovani za leto 2000, medtem ko načrtovana sredstva za leto 2001 v višini 4.438 milijonov tolarjev niso bila porabljena (prenesena so v leto 2002).

\*\*Spremembe pravilnika o izvajanju zakona o davku na dodano vrednost bi morale že v letu 2001 ponovno povečati odhodke Zavoda iz naslova DDV in sicer v višini 2.000 milijonov tolarjev, vendar bodo ta sredstva izvajalci zdravstvenih storitev prejeli v letu 2002 za nazaj (izvajalci zdravstvenih storitev morajo od aprila 2001 dalje pri nabavi medicinsko tehničnih pripomočkov plačevati 19% stopnjo DDV namesto dotedanje 8%).

### 5.2.3. Likvidnost

Že omenjena neustrezna gibanja v realni rasti prihodkov in odhodkov Zavoda, ki so privedla v primanjkljaj tekočih prihodkov nad odhodki v zadnjih dveh letih poslovanja Zavoda, posledično povzročajo tudi vse slabšo likvidnostno sposobnost Zavoda. Ta tendenca je razvidna v sliki 7, v kateri prikazujemo stanje tekočih likvidnostnih presežkov (kratkoročnih finančnih naložb) Zavoda po kvartalih v razdobju 1997 - 2001.



**Slika 7.** Kvartalno gibanje kratkoročnih finančnih naložb Zavoda v razdobju 1997 -2001 (Vir: mesečna likvidnostna poročila Zavoda)

Če ob tem upoštevamo povprečne mesečne odhodke in prihodke, ki so prikazani v tabeli 12, ni težko ugotoviti, da bo potrebno neto zadolževanje<sup>3</sup> Zavoda za tekoče izpolnjevanje obveznosti že v letu 2002. Še posebej s preходом na izkazovanje odhodkov po denarnih tokovih (t.i. plačana realizacija) po letu 1999, ko izkazani prihodki in odhodki predstavljajo tudi tekoče denarne prilive in odlive Zavoda.

<sup>3</sup> Neto zadolževanje pomeni izkazovanje negativnega stanja v računu financiranja, torej zadolžitve Zavoda, ki se lahko odplača le iz ustvarjenih bodočih presežkov prihodkov nad odhodki - saj Zavod nima kapitalskih naložb, prejeta vračila danih posojil pa se za leto 2002 načrtujejo le v znesku 359 milijonov tolarjev, s čimer bo v celoti vrnjena zadolžnica s strani ministrstva za finance.

**Tabela 12.** Povprečni mesečni prihodki in odhodki Zavoda (v mio SIT) v razdobju 1997-2001

	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>
Povp. mes. PRIHODKI	15.982,4	18.061,7	19.879,3	22.279,9	25.138,7
Povp. mes. ODHODKI	15.942,6	18.021,8	19.818,3	22.533,4	26.118,2
Razlika	+39,8	+39,9	+61,0	-253,5	-979,5

#### 5.2.4. Plačilni promet in finančna samostojnost

Slovenija je že v letu 1992 pričela s pripravami za reformo plačilnega prometa. S sprejetim zakonom o javnih financah v l. 1999 in v letu 2002 zakonom o plačilnem prometu, je bila začeta tudi reforma izvajanja plačilnega prometa za pravne osebe javnega sektorja, kamor se uvršča tudi Zavod. Predlagana ureditev kaže na izgubljanje finančne, s tem pa vse bolj tudi poslovne samostojnosti pravnih oseb, vključene v enotni zakladniški sistem. Najprej že s tem, ker le-te ne bodo imele svojega transakcijskega računa – t.j. posebnega računa pri poslovni banki, preko katerega se izvaja plačilni promet pravne osebe in samostojno gospodarile s pozitivnim saldonom na transakcijskem računu – ampak le podračun v enotnem zakladniškem računu. Dalje zato, ker bo s presežki denarnih sredstev na podračunih gospodaril minister, pristojen za finance. In končno, ker se prepušča urejanje pravno-ekonomskih odnosov med imetniki podračunov in enotnim zakladniškim računom podzakonskim predpisom, ki jih izda minister, pristojen za finance (odnosi med bankami in imetniki transakcijskih računov se urejajo s pogodbenim odnosom, s tem, da so v zakonu o plačilnem prometu določene temeljne pravice in obveznosti enih in drugih). Koncentracija denarnih sredstev in predvsem centralizacija upravljanja denarnih javnofinančnih sredstev vseh oseb javnega prava v enotnem zakladniškem računu torej upravičeno postavlja vprašanje samostojnosti teh pravnih oseb. Za sredstva zbranih prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje to predstavlja ponovno podrejanje vseh javnofinančnih sredstev in upravljanje z njimi izven nosilcev, ki so po zakonu določeni za njihovo gospodarjenje. Ni sprejemljivo, da se nadzor nad javnofinančnimi prihodki in odhodku izvaja z omejevanjem ali celo odpravo finančne in poslovne samostojnosti oseb javnega prava.

### 5.3. Urejanje pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja

#### 5.3.1. Pravice do zdravstvenih storitev

Ko gre za pravice do zdravstvenih storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, se ves čas soočamo z dvema nasprotnima stališčema. Eno predstavljajo zahteve po širitvi pravic, ki so jih izražale različne skupine zavarovancev, neredko tudi izvajalci zdravstvenih storitev ali pa so bile posledica novih spoznanj medicinske vede in tehnologije.

Ob finančnih stiskah zdravstvenega zavarovanja, se vedno pojavlja vprašanje, ali je morda obseg pravic prevelik in na katerih področjih se to dogaja. Podrobnejši pregled stanja in ureditev v drugih državah Evrope kaže, da glede pravic do zdravstvenih storitev slovenski zavarovanci nimamo večjih pravic. To velja za pravno ureditev pravic, ki pa ne vključuje možnosti uveljavljanja zapisanih pravic. Glede slednjega smo v Sloveniji na približno isti ravni kot v primerljivih državah v osnovni in še nekaterih drugih dejavnostih, zaostajamo pa pri dostopnosti do nekaterih specialističnih (ambulantnih in bolnišničnih) storitev ter do najzahtevnejših storitev diagnostike in terapije (transplantologija, kardiologija, itd.). Po mnenju nekaterih naj bi pri nas imeli preobsežne pravice na področju zdraviliškega zdravljenja, zobozdravstva (predvsem pri protetiki) in pri prevozih z reševalnimi ter drugimi vozili. Temu mnenju je mogoče pritrditi le deloma. Res je, da nekatere države (Danska, Anglija itd.) ne poznajo zdraviliškega zdravljenja in ga zato njihovo zdravstveno varstvo ne pozna.

Pri tem pa države, v katerih je zdraviliško zdravljenje vključeno med pravice zavarovancev, pod tem razumejo strokovno utemeljeno medicinsko rehabilitacijo, ki se izvaja s souporabo naravnih zdravilnih sredstev. Druge države pa imajo vrsto rehabilitacijskih centrov in bogato mrežo fizioterapevtskih zmogljivosti, ki nadomeščajo zdraviliško zdravljenje. Tudi v zobozdravstvu poznajo vse države določene omejitve v kritju stroškov zdravljenja in to z visokimi neposrednimi doplačili zavarovancev. To zlasti velja za zobno protetiko, kjer doplačila dosegajo tudi do 50 odstotkov. Pri nas pa so doplačila pri teh storitvah 75 odstotna in še to za zelo omejen obseg pravic (če manjka določeno število zob, omejitve v materialih, dolge trajnostne dobe). Še najbolj vprašljiva je ureditev do tako imenovanih nenujnih prevozov, vendar gre pri tej pravici bolj za nedoslednost pri spoštovanju predpisov o upravičenosti do nje, kot pa za neustreznost opredelitve pravice same.

Analiza tudi ne potrjuje nekaterih trditev, da sta se obseg in dostopnost do zdravstvenih storitev, zaradi »pomanjkanja« finančnih sredstev in racionalizacije, zmanjšala. Tabela 13 in slika 8 dokazujeta nasprotno, da sta se število obiskov v specialistični ambulantni dejavnosti in stopnja hospitalizacije (število primerov na 1000 prebivalcev) od leta 1996 dalje povečevala. Zmanjšuje pa se število bolniško oskrbnih dni in obiskov v osnovni zdravstveni dejavnosti (brez zobozdravstva in patronažne dejavnosti), kar je posledica racionalizacije dela v zdravstveni službi in sprememb v sistemu financiranja zdravstvene dejavnosti.

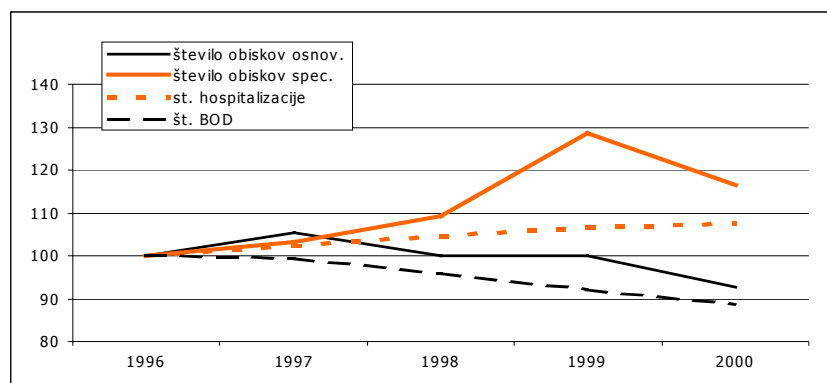
**Tabela 13.** Število obiskov v osnovni in specialistični zdravstveni dejavnosti ter stopnja hospitalizacije in število bolnišnično oskrbnih dni v Sloveniji

leto	število obiskov		stopnja hospitalizacije*	Število bolnišnično oskrbnih dni
	Osn. zdr. dej.	spec. zdr. dej.		
1996	11.020.055	2.712.597	151,79	3.281.686
1997	11.606.344	2.795.629	155,43	3.263.480
1998	11.014.410	2.960.788	158,81	3.147.360
1999	11.036.835	3.486.092	162,07	3.021.469
2000	10.214.986	3.159.525	163,12	2.903.527

Vir: Zdravstveni statistični letopis Slovenije 1996, 1997, 1998, 1999, 2000

Opomba: v osnovni dejavnosti so upoštevani kurativni in preventivni obiski brez patronaže in zobozdravstva; v specialistični dejavnosti so upoštevani samo kurativni obiski;

\* - po MKB 9



**Slika 8.** Indeksi rasti števila obiskov, hospitalizacije in bolnišničnih dni

Izkušnje zadnjih let ter primerjava z drugimi državami in razpoloženje slovenske javnosti kažejo na to, da ni veliko možnosti in ne utemeljitev za večje spremembe pravic do zdravstvenih storitev, ki jih zagotavlja obvezno zdravstveno zavarovanje. Na tej predpostavki so se tudi dogajale spremembe v Pravilih obveznega zdravstvenega zavarovanja v času po sprejemu Razvojnega programa. V prihodnje lahko

pričakujemo, da se bodo potrebe in zahteve po razširitvi nekaterih pravic še povečale. Ob zaostrenih finančnih možnostih, ki se nakazujejo, bo potrebno še bolj preudarno ravnati pri opredeljevanju pravic in dajati prednost zdravstvenim programom pred denarnimi dajatvami.

### ***Pravica do zdravil in potreba po obvladovanju izdatkov***

Zdravila so zelo pomembna in nepogrešljiva pravica v obveznem zdravstvenem zavarovanju, ki v finančnem pogledu dosega skupaj s storitvami lekarniške dejavnosti okrog 14,7% vseh izdatkov Zavoda. V obdobju 1997 – 2000 ugotavljamo stalno porast izdatkov za zdravila, ki je hitrejša od rasti sredstev za obvezno zdravstveno zavarovanje. Podatki so razvidni iz tabele 14. Hitra rast izdatkov za zdravila pa zožuje razvojne možnosti drugih programov zdravstvenih storitev.

V Sloveniji imamo dokaj restriktiven pristop pri urejanju pravic zavarovancev do zdravil. Pravico iz obveznega zdravstvenega zavarovanja predstavljajo le zdravila s pozitivne in vmesne liste, ki ju določa Zavod s soglasjem Ministrstva za zdravje. Po naših predpisih imajo v celoti krite stroške za zdravila, predpisana na recepte le določene skupine zavarovancev (1. točka 23. člena zakona) oziroma le pri določenih stanjih in še to za zdravila s pozitivne liste zdravil. Za pretežni del zavarovancev pa je zagotovljeno kritje zdravil le do določenega odstotnega deleža od cene zdravil. Razvrščanje zdravil na liste in omejitve za predpisovanje zdravil v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja bi morale predstavljati ukrepe za ustrezno obvladovanje izdatkov zanje. Podatki zadnjih let (tabela 14) uspešnosti teh ukrepov ne potrjujejo. Razlogov za to je več. Na izdatke za zdravila vplivajo količina predpisanih in izdanih zdravil, njihova struktura in cena. V zadnjih letih je pri nas predpisanih čedalje več zdravil s pozitivne in vmesne liste in čedalje manj nerazvrščenih zdravil. Močno se spreminja struktura predpisanih zdravil. Uveljavljajo se nova, dražja zdravila, poleg tega postajajo terapevtske smernice za zdravljenje kroničnih nenalezljivih bolezni kot so preprečevanje in zdravljenje srčno – žilnih bolezni, sladkorne bolezni, arterijske hipertenzije, osteoporoze, depresije itd. vse zahtevnejše.

Na rast izdatkov za zdravila vplivajo tudi cene. Oblikovanje cen zdravil v Sloveniji ureja Pravilnik o oblikovanju cen zdravil na debelo. V skladu z njimi proizvajalci in uvozniki določajo cene zdravil na podlagi primerjalne cene na debelo, ki temelji na cenah zdravil v Italiji, Nemčiji in Franciji. Cene zdravil lahko v Sloveniji dosegajo 85 – 96 odstotkov primerjalne cene.

**Tabela 14.** Gibanje izdatkov za zdravila v Sloveniji v primerjavi z rastjo bruto domačega proizvoda in sredstev za zdravstvene storitve, v obdobju 1997 – 2001.

	1997	1998	1999	2000	2001	Indeks rasti 2001/1997	Povprečna letna stopnja rasti
Število receptov na 100 prebivalcev	604	629	646	629	644	107	1,6
Izdatki za vsa zdravila*(mio SIT)	34.923,90	41.295,90	45.760,00	54.543,80	68.343,79	196	18,4
Izdatki Zavoda in prostovoljnih zavarov. (mio SIT)	30.878,40	37.994,70	41.466,4	52.319,30	66.554,09	216	27,6
Izdatki obveznega zavarovanja za zdravila (mio SIT)	24.763,90	29.488,90	32.636,20	37.326,30	46.258,42	187	17,0
Povprečna vrednost recepta (SIT)	P 3113,3 V 2816,7 N 2009,1	P 3445,5 V 3502,1 N 2248,4	P 3732,6 V 3652,1 N 2563,2	P 4401,6 V 4977,1 N 2454,2	P 5229,9 V 6694,9 N 2567,9	P 168 V 237 N 128	15,5 24,5 6,8
Bruto domači proizvod (mio SIT)	2.907.277	3.253.751	3.648.401	4.035.518	4.540.500	156	11,8
Odhodki Zavoda za zdrav. storitve** v mio SIT	130.359,00	145.684,00	162.483,00	168.416,00	212.395,00	163	13,3

Opomba: \* Izdatki za vsa zdravila, vključno z nerazvrščenimi.

\*\* Izdatki za zdravstvene storitve brez lekarniških storitev in izdatkov za zdravila in pripomočke.

P – pozitivna lista, V – vmesna lista, N – nerazvrščena zdravila

Ocena bruto domačega proizvoda za l. 2001 je ocena.

Vir podatkov: Poslovna poročila Zavoda in podatki Urada za makroekonomske analize in razvoj.

V evropskih državah uporabljajo različne ukrepe za obvladovanje izdatkov za zdravila. Poseben pristop pomenijo pogajanja med proizvajalci in uvozniki zdravil, državnimi organi (ministrstvo za zdravstvo), zdravniškimi združenji ter plačniki (zdravstvena zavarovanja). V Angliji je predmet pogajanj dobiček farmacevtskih tovarn in uvoznikov zdravil. V primeru, da proizvajalci ali uvozniki zdravil ustvarijo večje dobičke, kot je dogovorjeno, morajo presežek vplačati v proračun, ki ga država porabi za financiranje zdravstvenih programov. V Franciji kontrolirajo cene zdravil po kriterijih, ki temeljijo na farmakoterapevtski uspešnosti zdravil v primerjavi z zdravili, ki so že v prometu. V Italiji so vzpostavili nadzor nad cenami zdravil, ki temelji na primerljivih cenah v državah Evropske unije. Pri tem upoštevajo cene generičnih zdravil, preračunane glede na kupno moč prebivalstva. Načrtujejo tudi prehod na referenčne cene za nekatera generična zdravila, ki bodo morala biti za najmanj 20% cenejša od originalnih zdravil. V Nemčiji si prizadevajo obvladati izdatke za zdravila z delovanjem na več področjih. Eno je sistem referenčnih cen, po katerem so določili najnižjo ceno za zdravila, ki vsebujejo isto ali podobno učinkovino ali imajo primerljiv zdravilni učinek. To ceno krije zdravstveno zavarovanje. Če je zdravilo dražje od te cene, razliko nad referenčno ceno krije zavarovanec sam. Poleg tega so v Nemčiji pred leti uvedli omejevanje sredstev za predpisana zdravila po zdravnikih. Zaradi odpora zdravniških združenj v pogajalskih postopkih model ni bil dosledno uresničen.

Pomembnejše od pristopa pri obvladovanju izdatkov za zdravila na račun javnih sredstev je dejstvo, da imajo vse države Evropske unije uvedeno poleg nadzora nad kvaliteto zdravil tudi nadzor nad gibanjem njihovih cen. Ne glede na sistem zdravstvenega varstva imata pri tem vidno in aktivno vlogo država in



plačnik, ki skrbita za usklajenost rasti izdatkov za zdravila s predvidevanji in možnostmi rasti javnih izdatkov za zdravstveno varstvo v celoti.

### 5.3.2. Pravice do denarnih dajatev

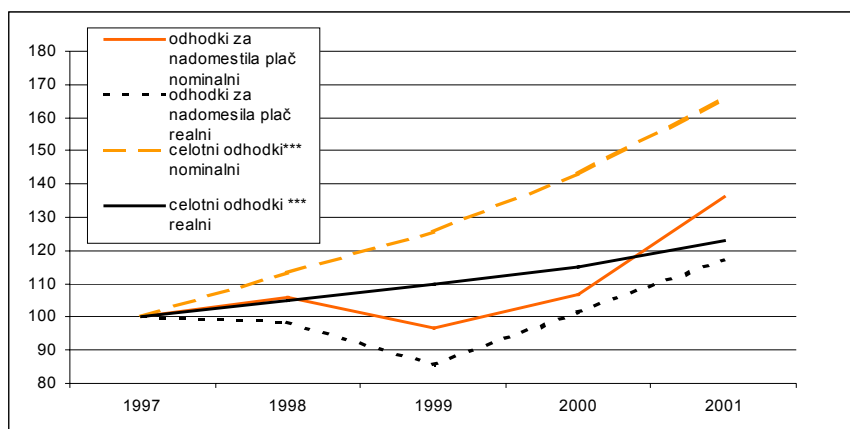
Na področju ureditve pravice do denarnih dajatev imamo v primerjavi s prakso držav Evropske unije največ odstopanj pri ureditvi pravice do nadomestila med začasno zadržanostjo od dela. Najpomembnejša so:

- višina nadomestil je pri nas sorazmerno visoka. V večini gospodarsko razvitejših držav znaša nadomestilo med 50 in 75% plače (pri nas med 80 in 100 odstotki);
- razen na Švedskem imajo vse države čakalne dneve, za katere ni nadomestila plače, česar naši predpisi ne določajo. Teh je med 1 do 9 začetnih dni začasne zadržanosti z dela;
- določeno je najdaljše možno trajanje začasne zadržanosti z dela, ki traja med 6,5 in 19,5 mesecev, med tem ko je pri nas to trajanje neomejeno;
- v vseh državah imajo za primere začasne zadržanosti z dela zaradi poškodb na delu in poklicnih bolezni posebno zavarovanje ali kritje od drugega nosilca socialne varnosti in ne iz zdravstvenega zavarovanja ali nacionalne zdravstvene službe;
- odsotnost z dela zaradi nege je le izjemoma pravica iz zdravstvenega zavarovanja ali je omejena s številom dni na otroka letno. Sicer je možnost izostanka z dela zaradi nege družinskega člana v pristojnosti delodajalca.

V zadnjih petih letih so odhodki za nadomestila plač, ki jih zagotavlja Zavod, rasli nominalno in realno počasneje kakor skupni odhodki za zdravstvene storitve<sup>4</sup> (glej tabelo 15 in sliko 9). Zavod je z obvladovanjem začasne zadržanosti od dela nad 30 dni uspel prihraniti določen del sredstev, namenjenih za nadomestila plač, ter jih preusmeriti v programe zdravstvenih storitev.

**Tabela 15.** Odhodki Zavoda za zdravstvene storitve in odhodki za nadomestila plač

<b>v 1000 SIT</b>	<b>Odhodki za nadomestila plač nominalni</b>	<b>odhodki za nadomestila plač realni</b>	<b>Celotni odhodki nominalni</b>	<b>celotni odhodki realni</b>
1997	21.281.980	21.281.980	164.049.123	164.049.123
1998	22.557.805	20.906.214	185.938.830	172.325.144
1999	20.552.281	17.952.428	206.368.330	180.262.845
2000	22.737.256	18.237.838	235.160.727	188.625.362
2001	28.947.441	21.400.096	272.472.765	201.432.087



Opomba: podatki za realne odhodke za leto 2001 so ocenjeni

### Slika 9. Indeksi rasti odhodkov Zavoda za zdravstvene storitve in odhodkov za nadomestila plač

Predvsem od leta 2000 dalje spremljamo tudi sprejeme zakonov z drugih področij, ki s svojimi določili posegajo na področje obveznega zdravstvenega zavarovanja in prenašajo breme izplačila nadomestil na sredstva obveznega zdravstvenega zavarovanja. S tem v veliki meri prenašajo, za razliko od ureditve v Evropski uniji, na tem področju na Zavod obveznosti delodajalca.

### 5.3.3. Sistem doplačil in dosegljivost pravic

Z zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju je bil uveden tudi sistem doplačil zavarovancev ob uveljavljanju zahtev do zdravstvenih storitev. V primerjavi z deželami Evropske unije so ta doplačila med najvišjimi. Zakon je podal možnost, da se zavarovanci za tveganje, ki jih predstavljajo doplačila, posebej prostovoljno zavarujejo. Podobna ureditev sicer ni zelo pogosta v Evropi, a vendarle ni neznana. O njej je v nekaterih strokovnih (morda tudi političnih) krogih mogoče slišati nekatera kritična razmišljanja. Tako menijo, da se zaradi tega dodatnega zavarovanja, v katera je vključena večina prebivalstva, le-to ne zaveda stroškov za zdravstvene storitve in nekritično ter neprizadeto uveljavlja zahteve po zdravstvenih storitvah. To naj bi bil tudi eden izmed dejavnikov, ki naj bi povečeval izdatke zdravstvenega zavarovanja (obveznega in prostovoljnega). Zaradi tega bi po njihovem mnenju bilo primerneje odpraviti možnost zavarovanja za doplačila in ponovno uvesti neposredno doplačevanje zavarovanih oseb.

Potrebno pa je povedati, da sedanja ureditev ni v nasprotju z evropskimi direktivami o zakonodaji na področju prostovoljnih, vzajemnih zavarovanj. Zavod vseskozi ugotavlja, da je zavarovanje za doplačila sestavni del nacionalnega programa zdravstvenih storitev in zdravstvene varnosti slovenskega prebivalstva. Gre za "siamska" dvojčka, ki morata tudi v prihodnje delovati na istih predpostavkah, čeprav se financirata iz različnih virov. Tako kot je Zavod bil ustanovitelj prve vzajemne zavarovalnice v Sloveniji, mora tudi v prihodnosti negovati načela vzajemnosti in neprofitnosti pri zavarovanjih za doplačila do polne cene zdravstvenih storitev. V zvezi s tem ostaja njegova usmeritev, da je ob spremembah in dopolnitvah zakonov potrebno ustrezno opredeliti zavarovalno vrsto dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja kot ene izmed vrst premoženjskih zavarovanj, spremeniti določila o načinu oblikovanja premij in uvesti enake premije ("flat rate"), ponovno opredeliti rezervacije v dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju in uvesti izravnave tveganj med zavarovalnicami. Evropske države takšna zavarovanja opredeljujejo kot nacionalni interes države in se razlikujejo od javnih sistemov zdravstvenega zavarovanja le po viru financiranja. Čeprav Zavod ne izvaja več dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, je z vidika stabilnosti obveznega zavarovanja in zdravstvene varnosti prebivalcev, za njegov nadaljnji razvoj posebej zainteresiran. Te

interese bo uveljavljajal v vlogi ustanovitelja Vzajemne, hkrati pa bo poskušal pridobivati somišljenike za ustrezne spremembe zakonov, ki bodo uveljavili opisano ureditev tudi v Sloveniji.

### 5.3.4. Urejanje pravic

#### *Urejanje statusa zavarovancev*

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, ki opredeljuje načelo obveznega zdravstvenega zavarovanja, je v obravnavanem obdobju zahteval stalno spremljanje števila oseb, vključenih v obvezno zdravstveno zavarovanje, glede na podatke o številu prebivalcev in spremljanje po posameznih skupinah zavarovanih oseb. Ob tem je bil ves čas opazen trend razkoraka med obema številka, saj se iz različnih vzrokov odstotek oseb, ki v obvezno zdravstveno zavarovanje niso vključene, predvsem ker tega same ne želijo, giblje v razponu od 1 do 2% (leto 1997: število prebivalcev 1.991.169, število oseb, vključenih v obvezno zdravstveno zavarovanje 1.945.913; leto 2001: število prebivalcev 1.992.969, število oseb, vključenih v obvezno zdravstveno zavarovanje 1.954.765).

V evidencah obveznega zdravstvenega zavarovanja spremljamo tudi skupine zavarovancev po kategorijah, pri čemer je moč spremljati spremembe v strukturi zavarovancev. Opazno je znižanje deleža delavcev, podjetnikov (t.i. aktivnih zavarovancev) in kmetov ter naraščanje deleža upokojencev. Število družinskih članov, vključenih v obvezno zdravstveno zavarovanje, se je po evidencah obveznega zdravstvenega zavarovanja zmanjšalo in sicer od 581.189 v letu 1997 na 538.329 v letu 2001.

Zavod si je ves ta čas prizadeval povečati število v obvezno zavarovanje vključenih oseb, ki za to izpolnjujejo zakonske pogoje. V ta namen je čistil podatke v svojih bazah, sistematično zmanjševal število oseb z dvojnimi zavarovanji in ažuriral kombinacije podlag dovoljenih zavarovanj, kakor tudi pozival nezavarovane osebe, da si zavarovanje uredijo. Zavezanca za prijavo v zavarovanje pa je opozarjal na obvezo vlaganja in spreminjanja prijav v zakonsko določenem roku. Pri tem je vzpostavil tudi notranje mehanizme za takojšen vnos prejete prijave v bazo zavarovancev. S tem so bili zagotovljeni pogoji za vzpostavitev postopkov prijav in odjav v obvezno zdravstveno zavarovanje, ki naj bi bili enostavnejši za zavezanca za prijavo. Zato bo potrebno vzpostaviti posebno računalniško aplikacijo, ki bo te postopke zavezancem še približala in poenostavila formalne postopke prijave in odjave.

#### *Izbira osebnega zdravnika*

V letu 1998 sprejete spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja so zagotovile pravno podlago za vsebinsko prenovo področja izbire osebnega zdravnika. Zato je bila v mesecu aprilu 1999 uvedena uporaba nove računalniške aplikacije za vodenje evidence osebnih zdravnikov. S tem so bili zagotovljeni pogoji za poenostavljen postopek izbiranja in zamenjave osebnega zdravnika, kar je zagotovilo prijaznejši postopek za uveljavljanje te pravice zavarovancem. Z uvedbo navedenega, za kar so bili potrebni tudi zahtevni postopki čiščenja in usklajevanja podatkov, pa je bila vzpostavljena tudi podlaga za centralizirano in sodobno bazo podatkov.

**Tabela 16.** Število opredeljenih oseb pri posameznih osebnih zdravnikih v Sloveniji, 1998-2001

<b>Dejavnost</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>
splošna dejavnost	1.801.094	1.827.610	1.856.104	1.874.820
zobozdravstvo	924.573	1.066.024	1.180.762	1.268.242
ginekologija	417.067	463.361	510.904	549.356
splošna v socialnih zavodih	10.378	10.299	12.442	12.619

Spremljanje podatkov osebnih zdravnikov je potrebno še nadgraditi. Zato bo potrebno zagotoviti računalniško izmenjavo podatkov s čim večjim številom izvajalcev. Na ta način bodo zagotovljeni ažurni podatki, zmanjšalo pa se bo tudi število administrativnih opravil, tako pri izvajalcih kot službah Zavoda. Iz tabele 16 je razvidno gibanje števila opredeljenih oseb po vrstah osebnih zdravnikov v Sloveniji.

### ***Spremembe pravic zavarovancev***

Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki na podlagi določil zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju urejajo obseg in vrsto pravic ter postopke za uresničevanje le-teh so bila v obravnavanem obdobju predmet vsakoletnih sprememb in dopolnitev. Sprejete spremembe in dopolnitve, ki so bile predvsem posledica obravnave zahtev po širitvi pravic, ki so jih izrazile različne skupine zavarovancev, izvajalci zdravstvenih storitev ali pa so nastale kot posledica novih spoznanj medicinske vede in tehnologije, v veliki meri pa so nastale tudi kot posledica nujnosti uskladitve z zakonodajo s področja, ki meji na področje zdravstvenega zavarovanja in je bila sprejeta po letu 1992, v svojem bistvu niso v večji meri posegle v obseg pravic s področja obveznega zdravstvenega zavarovanja, marveč pomenijo v določenih segmentih le njihovo prerazporeditev.

Navedenim spremembam Pravil je sledila vrsta sprememb in dopolnitev drugih aktov Zavoda, ki so nujni in potrebni za izvedbo novih določil. Tako je bil na novo sprejet Pravilnik o obrazcih in listinah za uresničevanje obveznega zdravstvenega zavarovanja, sklep o pavšalnih prispevkih za obvezno zdravstveno zavarovanje, ki je sledil uskladitvam na letni ravni. Sprejet je bil nov sklep o boleznih in zdravstvenih stanjih zavarovancev, pri katerih jim je zagotovljen posamezen medicinsko-tehnični pripomoček, ki je natančno opredelil posamezna stanja in predstavlja novo in pomembno podlago za delo. Sprejeta oziroma dopolnjena je bila tudi vrsta nujno potrebnih navodil, od navodil o uresničevanju pravic zavarovancev do začasne zadržanosti od dela in do nadomestila plač, do navodil o spremembi in dopolnitvi navodila za uvedbo postopka na zdravniški komisiji, ki se nanaša na postopke ugotavljanja začasne nezmožnosti za delo po zakonu o zaposlovanju in zavarovanju za primer brezposelnosti.

Stalne zahteve zavarovancev, izvajalcev zdravstvenih storitev in nova spoznanja medicinske vede in tehnologije zahtevajo stalno spremljanje in analizo pravic do zdravstvenih storitev in denarnih dajatev. Analize zajemajo tudi primerljivo ureditev v posameznih državah Evrope. Zaradi omejenih finančnih virov je potrebno upoštevati nacionalne prioritete do zdravstvenih storitev in denarnih dajatev. Predlagane rešitve pa morajo glede na omejene finančne možnosti biti oblikovane na način, da bodo prioriteto zagotovljene pravice do zdravstvenih storitev.

### ***Zagotavljanje varstva pravic***

Varstvu pravic zavarovancev posvečajo po svetu izredno pozornost. V dosedanjem zakonu je ta opredeljena na več mestih, vendar se najpomembnejše opredelitve vrtijo okrog izvedenskega in upravnega postopka, v katerih se rešujejo zahteve in pritožbe zavarovancev glede njihovih pravic iz zdravstvenega zavarovanja, pa tudi zahteve delodajalcev. Izvedenski organi so po teh določilih zdravniške komisije, ki imajo določene strokovne naloge ocenjevanja upravičenosti do posameznih storitev, podajanja mnenj in ocen itd. Delujejo na dveh ravneh (I. in II. stopnja). Zakon poleg tega tudi določa, o katerih zadevah in ravneh odloča Zavod o spornih vprašanjih v upravnem postopku. Ta določila zakona bo po sklepu Ustavnega sodišča potrebno spremeniti. Te spremembe so tudi možnost, da se delo zdravniških komisij poenostavi in racionalizira in da v prihodnje o posameznih zadevah ne odloča več tričlanski senat ampak nadzorni zdravnik, posameznik.

Posebej pomembno bi bilo, da zakonodaja pri varstvu pravic iz zdravstvenega varstva in zavarovanja ne bi bila preveč toga in da se vsi zahtevki in pritožbe ne bi reševali zgolj po upravnem postopku. Na tem področju gre za veliko število zadev strokovne medicinske narave, ki jih je mogoče urediti le z izvedenskimi strokovno medicinskimi mnenji in znanji in bi bil upravni postopek v takih primerih zgolj

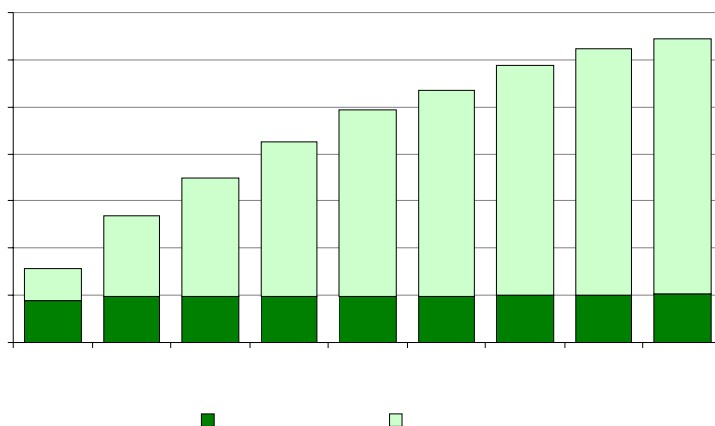
formalizem. Zato bi zakon moral predpisati za te primere poseben postopek, ki pa bi kljub temu moral omogočiti zavarovancu (ali tudi delodajalcu in drugim) možnost varstva njihovih zakonitih pravic. Zakonska določila o varstvu pravic bi morali razširiti tudi na primere kršenja ali kratenja pravic zavarovancev v zdravstvenih zavodih oziroma pri zasebnih zdravstvenih delavcih.

Zavod je tudi v tem obdobju sprotno sledil pritožbam in pobudam zavarovancev preko sistema pritožnih knjig, ki se nahajajo v vseh organizacijskih enotah Zavoda. Analiza je pokazala, da so te v pretežni meri posledica nezadostnega poznavanja posameznih pravic in postopkov za njihovo uveljavljanje. Zato je na tem področju potrebno okrepiti mehanizme za ustrezno informiranje in sposobnost službe Zavoda za zagotavljanje kvalitetnejše pravne pomoči in vzpostaviti svetovanje med vsemi institucijami, ki s svojim delovanjem posegajo na področje zdravstvenega zavarovanja in socialne varnosti.

## 5.4. Urejanje odnosov z izvajalci zdravstvenih storitev

### 5.4.1. Javna zdravstvena služba

Javna zdravstvena služba vključuje zdravstvene domove, bolnišnice, klinike, inštitute, lekarne, zasebne zdravniške in druge ambulante, socialnovarstvene zavode ter gospodarske družbe, ki v Sloveniji opravljajo zdravstveno dejavnost in imajo sklenjeno pogodbo z Zavodom. Javno zdravstveno službo danes, zlasti na primarni ravni, zelo občutno zaznamujejo zasebni zdravniki in drugi zasebni izvajalci, ki na osnovi koncesije opravljajo zdravstvene programe po pogodbi z Zavodom. Rast števila izvajalcev v obdobju 1993 – 2001 kaže slika 10.



**Slika 10.** Rast števila izvajalcev

## 5.4.2. Preskrbljenost z zmogljivostmi in dostopnost zdravstvenih storitev prebivalstvu

S kakšnimi zmogljivostmi v primerjavi z izbranimi evropskimi državami razpolagamo v Sloveniji, kaže tabela 17.

**Tabela 17.** Primerjava kazalcev o zmogljivostih zdravstvene službe v Sloveniji z nekaterimi izbranimi evropskimi državami za leti 1992 in 1999

država	št. splošnih zdr. na 1000 preb.		št. zobozdr. na 1000 preb.		Št. bolnišnično oskrbnih dni na 1000 preb.		povprečna ležalna doba	
	1992	1999	1992	1999	1992	1999	1992	1999
Avstrija	1,2	1,3	0,4	0,5	2,9	2,6	12	8,9
Belgija	1,5	—	0,7	—	2,4	—	12,3	—
Češka	0,7	0,7	0,5	0,6	2,8	2,3	14,4	11,3
Danska	0,6	0,6	0,8	—	1,6	—	7,8	—
Finska	1,3	1,6	0,9	0,9	3,9	2,8	16,6	10,6
Francija	1,4	—	0,7	—	2,8	2,4	11,7	10,6
Grčija	—	—	1	—	1,3	—	9,2	—
Irsko	0,5	—	0,4	0,5	1,2	1,1	7,7	7,6
Italija	0,9	0,9	0,4	0,6	1,7	—	11,2	—
Luksemburg	0,8	0,8	0,5	0,6	3,3	—	16,5	—
Madžarska	0,6	0,7	0,4	0,5	2,7	2,4	12	10
Nemčija	1,1	—	0,7	—	3,1	—	15,6	—
Nizozemska	0,4	0,5	0,5	0,5	3,7	3,5	33,5	—
Poljska	—	—	0,4	0,3	—	1,4	11,8	9,3
Portugalska	0,7	—	0,2	—	1,1	—	10,1	—
Slovenija*	0,5	0,6	0,5	0,6	1,7	1,5	10,9	9
Španija	—	—	0,3	—	1,2	—	11,5	—
Švedska	0,5	—	1	—	2	—	10,1	—

— ni podatka

\* v podatku o številu splošnih zdravnikov na 1000 prebivalcev so vključeni tudi otroški in šolski zdravniki

Vir: Podatki OECD, 2001

Vir za Slovenijo: Zdravstveni statistični letopis 1992, 1999

Zavod v pogajanjih s partnerji od leta 1992 zasleduje cilj zmanjševanja razlik v preskrbljenosti zavarovancev z zdravstvenimi zmogljivostmi in programi. V dogovorih se zavzema, da so razlike v dostopnosti zavarovancev do zdravstvenih zmogljivosti in programov med območnimi enotami ali izpostavami Zavoda največ v indeksnem razponu 90 do 110 slovenskega poprečja. V kolikor so razlike večje, uveljavlja v pogajanjih zahtevo po enakomerniši razporeditvi zdravstvenih zmogljivosti in programov. Razporeditev zmogljivosti za pomembnejše programe na primerni ravni v letu 2001 kaže tabela 18.

**Tabela 18.** Indeksi preskrbljenosti prebivalcev posameznih območnih enot s programi osnovnih zdravstvenih dejavnosti v letu 2001 glede na povprečje v Sloveniji

Območna enota	SA, OD, ŠD	DŽ	ZO	ZM
Celje	101,32	94,07	95,41	72,34
Koper	102,03	86,02	100,28	108,74
Kranj	100,30	91,88	96,90	90,57
Krško	99,38	104,03	88,98	82,76
Ljubljana	97,87	105,44	103,60	112,94
Maribor	100,94	93,89	105,51	113,23
Murska Sobota	102,55	119,82	98,56	94,38
Nova Gorica	101,00	103,12	107,67	115,56
Novo mesto	97,81	95,32	92,58	82,25
Ravne na Koroškem	102,16	103,51	91,05	85,23

Legenda: SA, OD, ŠD – splošna ambulanta, otroški in šolski dispanzer

DŽ – dispanzer za ženske

ZO – zobozdravstvo za odrasle

ZM – zobozdravstvo za mladino

Vir: podatki o številu nosilcev iz pogodb 2000 in število prebivalcev, ki so hkrati zavarovane osebe na dan 30. 11. 2000.

Podatki o preskrbljenosti prebivalcev posameznih območij s programi zdravstvenih storitev v osnovni zdravstveni dejavnosti kažejo na določena odstopanja od slovenskega povprečja. Najmanjša odstopanja v preskrbljenosti so razvidna v dejavnosti splošne ambulante, otroškega in šolskega dispanzerja, kjer preskrbljenost po posameznih območjih odstopa od slovenskega povprečja v indeksnem razponu 97-102 in v zobozdravstvu za odrasle, kjer preskrbljenost posameznega območja odstopa od slovenskega povprečja v indeksnem razponu 88-107. Večje razlike so opazne v dispanzerju za ženske, kjer preskrbljenost po posameznih območjih odstopa od slovenskega povprečja v indeksnem razponu 86-119 in v zobozdravstvu za mladino, kjer se preskrbljenost giblje v indeksnem razponu 72-115.

Na podoben osnovi Zavod uveljavlja prestrukturiranje programov zdravstvene dejavnosti na sekundarni in terciarni ravni. Preskrbljenost območij z bolnišničnimi programi v letu 2001 kaže tabela 19.

**Tabela 19.** Indeks preskrbljenosti zavarovancev z bolnišničnimi programi po območjih glede na povprečje Republike Slovenije

DEJAVNOST	Celje	Koper	Kranj	Krško	Ljubljana	Maribor	Murska Sobota	Nova Gorica	Novo mesto	Ravne	Skupaj
internistika	104,52	101,08	102,15	109,47	84,88	108,18	104,92	104,40	112,27	116,05	100,00
kirurgija	106,11	99,82	89,85	106,54	85,43	110,58	111,06	110,42	119,21	110,31	100,00
pediatrija	112,04	85,37	100,92	112,06	86,49	112,04	119,25	94,84	100,18	112,10	100,00
ginekologija	104,41	92,50	108,87	105,25	89,70	106,95	112,12	93,49	103,50	107,92	100,00
okulistika	96,96	115,56	-	-	94,78	93,38	117,94	100,37	118,49	-	100,00
orl	108,21	114,54	-	-	83,91	114,22	93,84	116,76	106,97	-	100,00
dermatol	96,15	-	-	-	91,81	112,05	-	-	121,84	-	100,00
rehabilitacija	100,44	100,38	99,79	98,94	99,85	100,21	99,05	100,65	100,16	100,23	100,00
onkologija	90,00	109,36	109,44	106,86	109,38	90,00	90,00	90,00	97,29	90,00	100,00

Opomba: - dejavnost ni dogovorjena v pogodbi z izvajalci, ki imajo sedež v posamezni območni enoti.

Vir: Podatki za izračun preskrbljenosti za Področni dogovor za bolnišnice za leto 2001.

Če poleg števila primerov upoštevamo še cene primerov, dobimo planirana sredstva na zavarovanca. Iz tabele 20 je razvidna razporeditev finančnih sredstev na zavarovanca po dejavnostih in območjih glede na povprečje v Sloveniji.

**Tabela 20.** Indeks finančnih sredstev na zavarovanca po gravitacijskih območjih glede na povprečje v dejavnosti v Republiki Sloveniji

DEJAVNOST	Celje	Koper	Kranj	Krško	Ljubljana	Maribor	Murska Sobota	Nova Gorica	Novo mesto	Ravne	Skupaj
Internistika	89,40	94,40	110,10	85,58	103,77	109,08	86,42	86,60	98,62	100,68	100,00
kirurgija	90,38	96,75	95,47	91,42	115,39	93,18	88,59	94,49	100,13	89,64	100,00
pediatrija	109,87	78,41	98,96	100,81	93,21	116,99	110,40	88,26	96,78	99,78	100,00
ginekologija	103,58	77,28	103,05	90,03	101,44	114,48	97,57	83,88	97,33	98,78	100,00
okulistika	89,01	106,12	-	-	111,09	87,39	106,66	93,41	91,43	-	100,00
orl	100,32	108,85	-	-	105,16	101,81	79,39	100,59	78,34	-	100,00
dermatologija	60,87	-	-	-	116,17	93,27	-	-	85,75	-	100,00
rehabilitacija	100,44	100,38	99,79	98,94	99,85	100,21	99,05	100,65	100,16	100,23	100,00
onkologija	90,00	109,36	109,44	106,86	109,38	90,00	90,00	90,00	97,29	90,00	100,00

Opomba: - dejavnost ni dogovorjena v pogodbi z izvajalci, ki imajo sedež v posamezni območni enoti.

Vir: Podatki za izračun preskrbljenosti za Področni dogovor za bolnišnice za leto 2001 in cene december 2000.

Obseg planiranih in realiziranih programov zdravstvenih storitev leta 1997 in 2001 kaže tabela 21.

**Tabela 21.** Planirani in realizirani programi zdravstvenih storitev leta 1997 in 2001

PROGRAMI	plan (1)	real.(2)	ind.	plan (3)	real. (4)	ind.
	1997	1997	2:1	2001	2001	4:3
Osnovna dejavnost (t)	31,841,177	30,637,652	96.1	23,373,404	23,647,845	101.2
Osnovna dejavnost (k)	33,256,084	34,461,773	103.5	35,721,095	36,473,855	102.1
Zobozdravstvena dej. (t)	45,248,876	45,691,730	100.9	46,061,245	45,923,721	99.7
Reševalna služba (km)	11,534,883	13,101,662	113.6	12,098,088	16,296,823	134.7
Bolnišnična dej. (bolnišnično oskrbni dan)	3,243,444	3,281,402	101.1	2,638,594	2,659,633	100.8
Spec. Amb. dej. (t)	43,326,132	47,644,279	109.9	48,441,029	48,787,892	100.7
Dializna dej. (št. dializ)	164,963	166,307	100.8	194,314	203,373	104.7
Magnetna resonanca	140,378	123,570	88.0	187,509	217,685	116.1
Lekarniška dej. (t)	10,528,101	10,301,000	97.8	10,665,718	10,656,876	99.9
Socialnovarstveni zavodi (zdr. nega)	4,870,003	4,915,347	100.9	5,452,737	5,422,716	99.5
Stac. zdr. zdrav. (NOD)	284,710	288,031	101.1	293,304	291,175	99.3
Zdravil. med. dej. (t)	6,007,936	5,805,692	96.6	5,748,092	5,992,228	104.3
Fizioterapija v zdraviliščih (t)	1,837,004	1,829,431	99.5	1,771,868	1,793,372	101.2
Diagnostika v zdraviliščih (t)	652,426	649,080	99.4	755,549	705,347	93.4

Opomba: (t) točke,  
(k) količniki.  
(km) kilometri

Zavod je v obdobju 1997 - 2001 vzpodbujal skrajševanje ležalne dobe v bolnišnicah, zato je planiranih tudi vedno manj bolnišnično oskrbnih dni (BOD) v bolnišnični dejavnosti. Hkrati je zaradi povečanih potreb in zahtev povečal planirane količine naslednjih programov:

- reševalne službe za 4,88%
- število točk specialistično ambulantne dejavnosti za 11,8%
- število dializ za 17,8 %
- število posegov z magnetno resonanco za 33,6%
- nego v socialnih in drugih varstvenih zavodih za 12,0%.



Zaradi omejenih zdravstvenih zmogljivosti in razkoraka, ki nastopa zaradi rastočih zdravstvenih potreb, ki so predvsem odraz staranja prebivalstva in posledičnega naraščanja deleža kroničnih bolezni, je Zavod od leta 1997 v dogovoru s partnerji pripravil več javnih razpisov za povečanje rednega programa zdravstvenih storitev, za katere veljajo dolge čakalne dobe. Zavod je v obdobju 1997–2001 namenjal dodatna finančna sredstva za povečanje naslednjih programov zdravstvenih storitev:

- za operacije sive mreže v letih 2000 in 2001 dodatnih 780 milijonov tolarjev za planiranih 7.850 operacij. Ta sredstva so omogočila skrajšanje čakalnih dob pri izvajalcih v povprečju od 4 do 5 mesecev;
- za 639 operacij kile je bilo v letu 2000 namenjenih dodatnih 90 milijonov tolarjev, kar je pomenilo skrajšanje čakalnih dob v povprečju za okoli tri mesece;
- za 792 operacij žolča je bilo leta 2000 namenjenih dodatnih 160 milijonov tolarjev, kar je vplivalo na skrajšanje čakalnih dob v povprečju za 2 do 3 mesece;
- operacijam s področja žilne kirurgije je bilo v letu 2000 namenjeno dodatnih 100 milijonov tolarjev. Z dodatnimi 1.160 operacijami, se je čakalna doba skrajšala za okoli 4 mesece;
- za angiografije s PTA je bilo v letu 2001 namenjeno dodatnih 65 milijonov tolarjev;
- za zahtevne operacije arterij je bilo leta 2001 namenjenih dodatnih 100 milijonov tolarjev;
- za rehabilitacijo po možganski kapi dodatnih 100 milijonov;
- za operacije na srcu dodatnih 917 milijonov tolarjev;
- za preiskave z magnetno resonanco dodatnih 125 milijonov tolarjev;
- dodatnih 109 milijonov tolarjev za postopke IVF;
- za povečanje rednega programa transplantacij dodatnih 465 milijonov tolarjev;
- za uvajanje podaljšane bolnišnične zdravljenja dodatnih 594 milijonov tolarjev.

Zavod je v preteklem štiriletnem obdobju širil tudi program obnovitvene rehabilitacije in programe letovanja otrok in mladine, ki so namenjeni krepitvi, ohranjanju in vzdrževanju zdravja ogroženih skupin.

### **5.4.3. Partnerski in pogodbeni odnosi**

Uzakonitev partnerskih pogajanj med nosilci različnih interesov kot metode upravljanja s programi zdravstvenih storitev je pomenila za naše razmere novost. Danes lahko ugotovimo, da se partnerji vsako leto bolj zavedajo svoje vloge in odgovornosti do celotnega področja zdravstvenega varstva v državi in s tem tudi možnosti usklajevati lastne interese in razvoj s finančnimi možnostmi zdravstvenega zavarovanja.

Izkušnje pa so pokazale tudi na nekatere pomanjkljivosti v sedANJI ureditvi in tudi v praksi. Če omenimo le najpomembnejše, so te naslednje:

- zakon ni dovolj jasen, kdo vse zastopa interese izvajalcev. Predvsem ni jasno, iz katerih združenj ali organizacij prihajajo in kakšen mandat imajo;
- nedorečeno je število predstavnikov posameznih partnerjev in koliko glasov ima vsak partner;
- postopki pogajanj so nedorečeni, pri čemer niso dovolj konkretno urejena vprašanja pristojnosti in vloge posameznega partnerja;
- izkušnje nakazujejo, da ni realne potrebe po sklepanju vsakoletnih dogovorov. Dogovori bi lahko veljali za daljšo dobo, ki jo niti ni potrebno časovno vnaprej določiti v zakonu;
- postopki arbitraže so opredeljeni zelo splošno in bi jih kazalo dodelati. Predvsem naj bi imele večjo težo in bi njihove odločitve bile dokončne. Vlada bi pri reševanju spornih vprašanj sodelovala s predstavnikom Ministrstva za zdravje v arbitraži, ne pa z neposrednimi odločitvami. To bi povečalo avtonomnost področja zdravstvenega varstva in prispevalo k hitrejšemu sprejemanju odločitev;
- roki za sklepanje dogovora in pogodb, zapisani v zakonu, so težko uresničljivi. Zato bi bilo bolje uzakoniti le vnaprejšnjo veljavnost dogovorov in pogodb, kar bi vplivalo na pospešitev pogajanj in odpravo nekaterih (sicer redkih) primerov zavlačevanja sklepanj pogodb.

Drugi sklop vprašanj, povezan z dogovori, so področja, ki naj jih vključuje. Ali le »čiste« zdravstvene storitve ali morda tudi zdravila in medicinsko tehnične pripomočke. Za širitev področij pogajanj v okviru partnerskih dogovorov bi bilo potrebno dopolniti zakon.

Zavod po sprejemu dogovora sklene s posameznimi izvajalci pogodbo, v kateri dogovori konkreten obseg in vrednost programa, ki ga bo le-ta izvajal za Zavod. Vrednotenje programov poteka po vnaprej znanih standardih, ki so opredeljeni v področnih dogovorih. Z vsakim izvajalcem Zavod v pogodbi dogovori še ordinacijski čas, čakalne dobe in druge obveznosti izvajalca glede izvajanja programov.

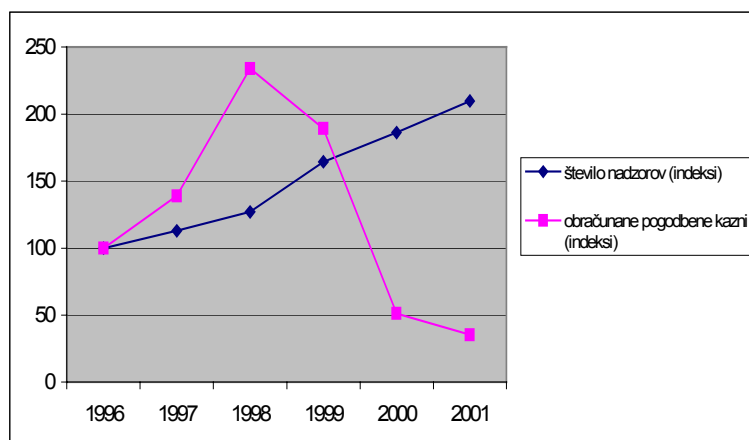
Čakalne dobe se med regijami in izvajalci zelo razlikujejo. Razlogi so predvsem v tem, da v Sloveniji nimamo regijske organiziranosti zdravstva. Nasprotno, zavarovane osebe imajo zakonsko pravico do proste izbire zdravstvenega zavoda oziroma izvajalca, kakor tudi do proste izbire zdravnika. Poleg tega nekatere specializirane zdravstvene storitve izvajajo samo nekateri izvajalci v Sloveniji. Zaradi navedenega je smiselno spremljati le trende na področju čakalnih dob. Iz tabele 22 so za nekatere dejavnosti razvidni indeksi pogodbeno dogovorjenih povprečnih čakalnih dob po regijah v letu 2001 glede na leto 2000.

**Tabela 22:** Indeksi pogodbeno dogovorjenih povprečnih čakalnih dob po regijah v l. 2001 glede na l. 2000

DEJAVNOST	OE CE	OE KP	OE KR	OE KK	OE LJ	OE MB	OE MS	OE NG	OE NM	OE RV	DIR
- zobozdravstvena dejavnost za otroke in mladino											
zdravljenje	85	161	100	43	115	100	100	118	78	80	/
protetika	100	493	100	100	113	100	100	100	129	94	/
- ortodontija											
zdravljenje	96	100	89	56	94	100	100	100	100	100	100
ortodontski aparat	100	97	97	126	94	100	200	100	96	101	100
- zobozdravstvena dejavnost za odrasle											
zdravljenje	83	176	112	108	118	100	83	165	144	95	/
protetika	96	100	87	91	127	100	79	114	141	113	/
- mamografija	100	100	137	100	109	49	67	300	100	37	...
- specialistično ambulantna dejavnost - angiografija	/	...	/	/	/	77	100	/	/	100	...
- operacije sive mreže	94	47	/	/	100	83	71	165	109	/	75
- operacije na ožilju	100	/	/	/	118	100	200	100	41	100	100
- operacije kil	100	100	100	...	100	92	100	152	100	100	93
- operacije žolčnih kamnov	100	100	100	...	100	100	100	100	250	100	73
- operacije na odprtem srcu	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	100
- balonske dilatacije koronarnih arterij	/	/	/	/	/	100	/	/	/	/	198

Poleg čakalnih dob problem predstavljajo tudi dnevne čakalne vrste v ambulantah. Za zagotovitev boljše organizacije dela pri izvajalcih je Zavod uvedel čakalne knjige. Ob vpisu zavarovanca v čakalno knjigo morajo izvajalci opredeliti poleg datuma tudi uro pregleda, vendar v praksi izvajalci teh določil ne izvajajo v celoti. Zato bo potrebno na tem področju opredeliti še dodatne vzpodbude za boljšo organizacijo dela pri izvajalcih.

S spremljanjem izvajanja pogodb in nadzorom skuša Zavod obvladovati izdatke, optimizirati koristi z razpoložljivimi sredstvi, zagotoviti pregledno porabo sredstev in omogočiti čim bolj kakovostno zdravstveno oskrbo zavarovancev. Nadzorni zdravniki Zavoda od leta 1996 izvajajo sistematičen nadzor nad uresničevanjem pogodbenih določil ter načini in pogoji uresničevanja pravic zavarovanih oseb pri izvajalcih. Število nadzorov od leta 1996, ko je bilo izvedeno 485 nadzorov, nenehno raste. Nadzori so prispevali k zmanjšanju števila napak oziroma višine obračunanih sankcij (slika 11).



**Slika 11.** Indeks rasti števila nadzorov Zavoda pri izvajalcih in indeks rasti obračunanih sankcij od leta 1996 do 2001

V letu 2001 je Zavod izvedel anketo o zadovoljstvu izvajalcev zdravstvenih storitev, kot ene izmed ključnih strank zavoda, in sicer glede njihovega zadovoljstva s poslovnim sodelovanjem. V anketi je sodelovalo 385 anketirancev, kar predstavlja 30% vseh pogodbenih izvajalcev zdravstvenih storitev. Anketiranci so najvišje ocenili kakovost informiranja. Pretežni del anketirancev je tudi zadovoljnih z delavci Zavoda, ko se nanje obračajo za dodatne informacije. Na ta način Zavod ugotavlja priložnosti za izboljšanje medsebojnega sodelovanja in s tem kakovosti naših storitev.

#### 5.4.4. Sistemi plačevanja zdravstvenih storitev

Zavod uporablja za različne zdravstvene dejavnosti različne modele plačevanja programov zdravstvenih storitev oziroma izvajalcev.

**V osnovni zdravstveni dejavnosti** so znotraj planiranih letnih finančnih sredstev v veljavi storitveni sistem, kombinirani sistem glavarine in storitev ter plačevanje v pavšalnem znesku. V dejavnosti splošnih ambulant, otroških in šolskih dispanzerjev od leta 1993 uporabljamo kombinirani sistem glavarine in storitev, ki je s 1.7.2000 testno uveden tudi v dejavnosti ginekologije na primarni ravni. "Glavarina" predstavlja približno polovico prihodka in je odvisna od starostne strukture opredeljenih zavarovanih oseb. S storitvami izvajalec pridobi drugo polovico prihodka, ki je odvisen tako od vrste opravljenih storitev in zahtevnosti obravnave, kot od glavarine. V ostalih ožjih dejavnostih osnovnega zdravstva je v veljavi storitveni sistem, za obračun storitev pa se uporablja Enotni seznam zdravstvenih storitev (Zelena knjiga). Zdravstveno vzgojo in nekatere preventivne programe Zavod plačuje v obliki pavšalnega zneska. V vsakoletnem dogovoru se partnerji dogovorijo tudi za različne elemente vzpodbud za racionalno delo in za doseg ciljev, ki jih opredeli zdravstvena politika. Da ne bi zdravnikov "silili" k izvajanju "nepotrebnih" storitev samo zaradi doseganja norme in s tem prihodka, je Zavod skupaj s partnerji že leta 1996 v Splošnem dogovoru opredelil, da bo Zavod zagotovil izvajalcem plačilo fiksnih stroškov, kar je 85% cene storitve, za nedoseženi program glede na pogodbo, če je to posledica racionalnega dela izvajalcev (ni čakalnih dob in upravičenih pritožb zavarovancev) in če bodo realizirali program preventive. V letu 2002 pa so partnerji ta model nekoliko spremenili in sicer tako, da ne "sili" izvajalcev k izvajanju storitev zaradi doseganja norme, zahteva pa izvedbo preventivnih programov in racionalno ravnanje pri napotitvah na sekundarno raven. Pri izvajalcih, ki zastavljenih ciljev ne bodo dosegli, se bodo sredstva zmanjšala in prerazporedila na izvajalce, ki jih bodo dosegli.

**V lekarniški dejavnosti** je za obračun dela lekarniških delavcev v veljavi storitveni sistem, medtem ko zdravila, izdana na recept in medicinsko-tehnične pripomočke, lekarne posebej zaračunajo Zavodu po ceni, ki je oblikovana v skladu s Pravilnikom o merilih za oblikovanje cen zdravil na debelo. Z dobavitelji medicinsko-tehničnih pripomočkov ima Zavod sklenjene pogodbe, v katerih so med drugim dogovorjene tudi cene pripomočkov, ki jih dobavitelj lahko izdaja na račun obveznega zavarovanja.

**V zdraviliški zdravstveni dejavnosti** se za obračun uporablja nemedicinski oskrbni dan (NOD) in opravljene storitve. Poleg tega je dogovorjen standard števila storitev na dan.

**V dejavnosti socialnovarstvenih zavodov in zavodov za usposabljanje** je v veljavi sistem povprečnega dneva nege, glede na število planiranih tipov neg I, II in III v kombinaciji s ceno oskrbnega dne za tip nege IV.

**Delo reševalne službe** je financirano z mesečnim pavšalom za nujne reševalne prevoze ter s ceno kilometra za nenujne reševalne prevoze, vendar največ do planiranega obsega kilometrov. Nenujni prevozi na dializo in iz nje so vrednoteni s posebno ceno kilometra.

**V specialistični ambulantni dejavnosti** je v veljavi storitveni sistem znotraj planiranega maksimalnega obsega finančnih sredstev. Za nekatere storitve je določena cena. Letni plan finančnih sredstev na tim je opredeljen s standardi za posamezne ožje specialistične ambulantne dejavnosti, storitve pa se beležijo po Enotnem seznamu zdravstvenih storitev. V dializni dejavnosti je določena cena za 5 vrst dializ.

**V specialistični bolnišnični dejavnosti** je znotraj letnega plana finančnih sredstev v veljavi sistem plačevanja po primerih, za nekatere dražje operacije je določena cena. Kot primer se štejejo bolniki po zaključku zdravljenja, ki so odpuščeni iz oddelka ali bolnišnice. Ločujemo primere v enodnevnih in dnevnih bolnišnicah ter običajne primere. Obseg finančnih sredstev bolnišnice določa plan števila primerov in cena primera. Za nekatere dražje operacije, kot so transplantacije in operacije na odprtem srcu, so določene cene za storitev.

Novosti na področju sistemov financiranja zdravstvenih storitev se uvajajo bodisi v partnerskih pogajanjih za vsakoletne dogovore, bodisi z interdisciplinarnimi projekti Zavoda ali projekti drugih institucij. Cilj sprememb je postaviti nov sistem ali izboljšati obstoječi sistem financiranja, ki naj bi bil na eni strani bolj pravičen za izvajalce zdravstvenih storitev in bi vzpodbujal k boljši organizaciji dela ter racionalni izvedbi programov. Po drugi strani pa naj bi zavarovanim osebam omogočil enak obseg storitev pri zdravljenju ter ustrezno dostopnost, skrajšanje čakalnih dob itd. Spremembe se pripravljajo interdisciplinarno - v sodelovanju s stroko ter ostalimi partnerji v sistemu zdravstvenega varstva.

## 5.5. Služba Zavoda in njen razvoj

### 5.5.1. Sistem kartice zdravstvenega zavarovanja

Obdobje 1997-2000 je faza realizacije projekta nacionalne uvedbe sistema kartice zdravstvenega zavarovanja, ki ga je Zavod sprožil konec leta 1995.

V okviru projekta nacionalne uvedbe sistema kartice zdravstvenega zavarovanja je Zavod razdelil zavarovancem 1.960.000 kartic, zdravstvenim delavcem in pooblaščenim referentom zavarovanja 16.000 profesionalnih kartic, v sodelovanju s partnerji dopolnil obstoječo strojno opremo in nadgradil programsko opremo pri izvajalcih zdravstvenih storitev, v Zavodu in pri izvajalcih prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj ter izgradil mrežo 275 samopostrežnih terminalov na 260 lokacijah. Projekt je razvil in uvedel postopke za personalizacijo in administriranje kartic, širok spekter organizacijsko-tehnoloških postopkov in dejavnosti vzdrževanja, nadzora in obnavljanja sistema. Nadalje je projekt razvil in uvedel nove postopke dela v zdravstveni službi in v izvajanju zavarovanja, za kar je bilo potrebno izvesti tudi sistematično izobraževanje in usposabljanje 12.000 zdravstvenih delavcev in delavcev zavarovalnic.

V okviru projekta so bili prenovljeni praktično vsi postopki pri administrativni obravnavi zavarovancev in izvedenih storitev, od pridobivanja podatkov, njihove uporabe pri pripravi dokumentov (receptov, naročilnic, napotnic itd. do uporabe pri pripravi obračunov in poročil. Zavod je v obdobju razvoja vzpostavil tesne delovne stike s strokovnjaki v drugih državah (predvsem v Nemčiji, Franciji in na Nizozemskem), razvojnimi in harmonizacijskimi projekti pod okriljem Evropske unije (Eurocards, Netlink) in G7 (HealthCards). Pri oblikovanju projektnih rešitev smo poleg domačih poslovnih potreb in stanja upoštevali tudi trende in priporočila v mednarodnem okolju. Kartični sistem pa je po drugi strani tudi rezultat originalnega raziskovalnega in razvojnega dela. Kot združitev vseh teh dimenzij je slovenski sistem kartice zdravstvenega zavarovanja ena od najsodobnejših in najbolj celovitih rešitev povezovanja vseh subjektov v zdravstvu. Kot tak je tudi prejel mednarodno nagrado Sesame oktobra 2000 v Parizu.

Sistem je bil zgrajen v tesnem sodelovanju s strokovnimi službami v Zavodu, sistemu zdravstvenega varstva pa prinaša vrsto tehnološko organizacijskih priložnosti za racionalizacijo poslovanja v zdravstvu. Njegovi najpomembnejši učinki na ključnih področjih so:

- Na področju izvajanja obveznega zavarovanja je projekt kartice zdravstvenega zavarovanja zmanjšal obseg administrativnih opravil. Preusmeritev dela storitev z okenc na omrežje samopostrežnih terminalov pomeni približevanje storitev pacientu. Samostojnost pri izvajanju storitev prispeva tudi k informacijskem opismenjevanju prebivalstva.
- Na področju zagotavljanja finančnih virov je projekt prispeval k poenotenju in avtomatizaciji prenosa podatkov, na osnovi česar so se zmanjšale napake v finančnih obračunih. Tudi stanje pri urejanju statusa zavarovanja in rednega plačevanja prispevkov, se je, z izjemo samozaposlenih in kmetov, na splošno izboljšalo. Bistveno večji napredek glede finančne discipline je kartica vnesla na področju prostovoljnih zavarovanj, kjer je potrditev kartice neposredno pogojena s plačilom premije.
- Na področju urejanja odnosov z izvajalci je treba izpostaviti, da je uvedba enotne identifikacijske številke v vsa področja zdravstva odprla možnost spremljanja storitev oz. postopkov po zavarovancih, uvedba profesionalne kartice pa možnost sledenja storitev po izvajalcih. Na nekaterih področjih je tako individualno spremljanje storitev kartica že uspešno podprla (izbira osebnega zdravnika, izboljšanje kakovosti administrativnih podatkov na receptih). Delo s kartico je zmanjšalo obseg administrativnega dela pri izvajalcih in spodbudilo izboljšave organizacije dela v smeri takojšnje interaktivne kompletne obdelave podatkov.
- Ker nam je uspelo v sistem kartice zdravstvenega zavarovanja vključiti vse sedanje izvajalce prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, pomeni kartica za izvajalca hkrati tudi uvedbo enotne tehnologije poslovanja z vsemi izvajalci zdravstvenega zavarovanja (poleg Zavoda tudi Vzajemne in Adriatica).

- Uvedba profesionalne kartice je sprožila prečiščevanje evidenc podatkov o izvajalcih zdravstvenih storitev. Identifikacija zdravstvenega delavca s profesionalno kartico je doprinesla k povečanju zavesti o odgovornosti izvajalcev za nudene storitve in zavesti o varovanju osebnih podatkov. Profesionalna kartica je prvi korak v smeri dokumenta za elektronsko podpisovanje.

## 5.5.2. Organizacija in kadri

### *Organizacija in posodabljanje procesov*

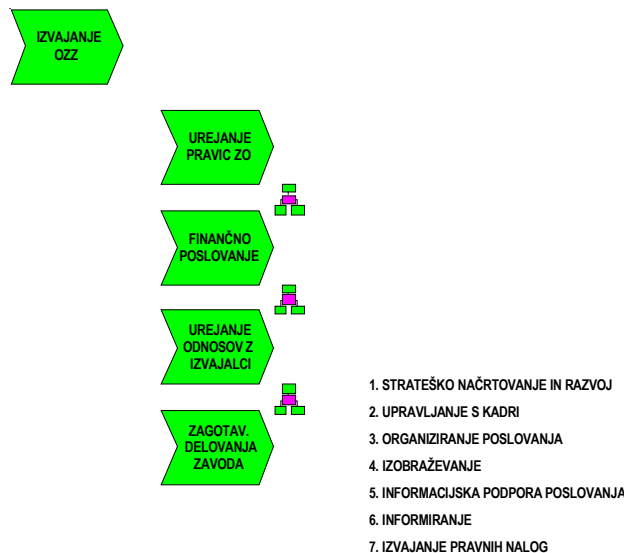
Strateški razvojni program iz leta 1997 je opredelil, da naj bi makroorganizacija temeljila na načelih optimalne organiziranosti zdravstvenega zavarovanja za izvajanje vseh nalog, ki izhajajo iz javnih pooblastil in zagotavljajo racionalnost ter kakovost poslovanja Zavoda. Mikroorganiziranost pa naj bi sledila zagotavljanju optimalnega izvajanja vseh procesov tako, da se zagotovi ekonomsko sprejemljivo poslovanje.

V obdobju med 1997 do 2001 je bila notranja organizacija Zavoda dopolnjena na področjih, kjer so se izvajale največje kvalitativne in kvantitativne spremembe:

- vzpostavljen je bil oddelek za zdravila (leta 1997);
- ustanovljen je bil oddelek za notranje revidiranje (leta 1999);
- ustanovljena sta bila oddelek za mednarodno zdravstveno zavarovanje in oddelek za medicinsko tehnične pripomočke (leta 2000);
- ustanovljeno je bilo področje za sistem kartice zdravstvenega zavarovanja (leta 2000).

Spremembam pri izvajanju dejavnosti prostovoljnega zavarovanja je sledila ustanovitev Vzajemne zdravstvene zavarovalnice ter oblikovanje njene notranje organizacije in sistemizacije delovnih mest. Z ustanovitvijo je bila dejavnost prostovoljnega zavarovanja konec leta 1999 ne le formalno, temveč tudi dejansko prenesena v novo ustanovljeno družbo.

Z začetkom izvajanja projekta Poslovna odličnost Zavoda v začetku leta 2001 se je začel vpeljevati procesni pristop pri razvijanju, izvajanju in izboljševanju učinkovitosti sistema vodenja kakovosti. Procesni pristop opredeljuje ključne in podporne poslovne procese ter njihove lastnike (slika 12).



**Slika 12.** Prikaz ključnih in podpornih poslovnih procesov Zavoda

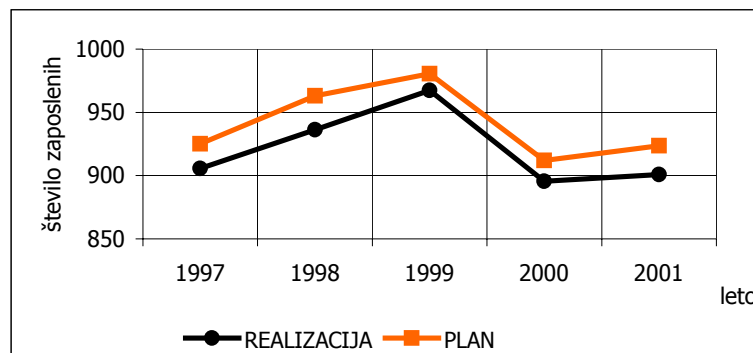
Ob analizi poslovnih procesov ugotavljamo, da bo potrebno za učinkovito doseganje zastavljenih ciljev nekatere procese prenoviti, ponekod pa glede na zastavljene cilje postaviti nove. Eden takih je prav gotovo proces upravljanja kakovosti, s katerim bomo vzpostavili sistem stalnega spremljanja uspešnosti in učinkovitosti izvajanja poslovnih procesov in zagotavljanja stalnega izboljševanja sistema kakovosti. S tem bomo zagotavljali, da se bodo poslovni procesi izvajali učinkovito v smeri doseganja planiranih ciljev.

S pristopom in kulturo celovitega upravljanja kakovosti ter modelom EFQM (European Foundation for Quality Management) kot merilnim pripomočkom (v lanskem letu smo se prvič samooceni), bomo s samoocenjevanjem odkrivali nova področja za izboljševanje naših poslovnih procesov in organizacije poslovanja. Rešitve bomo iskali z vključevanjem vseh zaposlenih, pa tudi vseh naših strank.

### **Kadri**

S planiranjem in zaposlovanjem kadrov smo sledili naslednjim ciljem kadrovske politike:

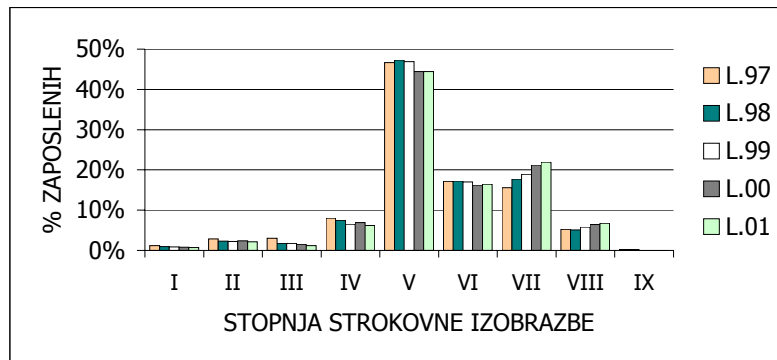
- zagotoviti izvajanje novih nalog, ki izhajajo iz Strateškega razvojnega programa;
- zagotoviti izvajanje novih nalog iz povečanega obsega dela, na katerega Zavod nima vpliva, ki izhaja iz nove zakonodaje na finančnem, pravnem in zdravstvenem področju;
- s prerazporeditvami delavcev znotraj in med organizacijskimi enotami zagotoviti optimalno izkoriščenost kadrovskih virov;
- na novo zaposlovati delavce le takrat, kadar novih nalog zaradi obsega dela ni mogoče razporediti med že zaposlene delavce, kadar nove naloge zahtevajo nova znanja in profil kadrov in kadar se obseg dela trajno poveča in nanj ni mogoče vplivati.



**Slika 13.** Gibanje zaposlovanja od leta 1997 do 2001

Število zaposlenih se je v obdobju od leta 1997 do 2001 povečevalo, kar je posledica organizacijskih sprememb, povečanega obsega dela in nenazadnje vključenosti delavcev na zahtevnih delih v razvojnih projektih (slika 13). Padec števila zaposlenih v letu 2000 je posledica prenosa dejavnosti prostovoljnega zavarovanja na novoustanovljeno Vzajemno zdravstveno zavarovalnico. Povprečna realizacija planov kadrov v tem obdobju je bila 98%. Ves čas evidentiramo predvsem nezasedena delovna mesta zdravnikov in informatikov, ki predstavljajo deficitaren kader.

Z zmanjševanjem razkoraka med dejansko in zahtevano stopnjo izobrazbe, zaposlovanjem novih kadrov le z ustrezno izobrazbo in zaposlovanjem novih kadrov za nove naloge, ki so večinoma izhajale iz razvojnih potreb Zavoda, smo uspeli obrniti trend k zviševanju izobrazbene strukture zaposlenih v korist univerzitetne stopnje izobrazbe. Povečevalo se je tudi število zaposlenih z VIII. stopnjo izobrazbe.



**Slika 14.** Gibanje izobrazbene strukture zaposlenih na Zavodu, 1997 -2001

Potrebe po novih zaposlitvah v prihodnosti izhajajo iz strateških ciljev Zavoda. Predpisana letna stopnja zaposlovanja za nove razvojne naloge in naloge povezane s sprejetjem nove zakonodaje na področju financ in zdravstva v višini 0,5% je po ocenah glede na primerjave potreb po kadrih in v skladu z ocenami administrativnih zmogljivosti Zavoda za izvajanje obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki so bile izdelane v mednarodnih analizah Phare/Consensus v zvezi z vstopanjem Slovenije v Evropsko unijo, odločno premajhna.

### ***Izobraževanje***

Z izobraževanjem smo v Zavodu sistematično zagotavljali potrebna znanja, spretnosti ter veščine, s katerimi smo omogočali razvoj kadrov in s tem kakovostno dosegali strateške cilje Zavoda. Izobraževanje je podpiralo predvsem naslednje cilje:

- zagotoviti optimalno kadrovsko zasedbo in odličnost storitev;
- izboljšati obstoječo kadrovsko strukturo delavcev v korist visoko strokovnih kadrov ter pridobivati potrebna specialistična in podiplomska znanja;
- pridobivati znanja in veščine, potrebne za uresničevanje tekočih in strateških nalog;
- dosegati poslovno odličnost.

Od leta 1997 do leta 2001 smo uvedli projektno šolo, več tematskih učnih delavnic, sistematično izobraževanje na področju jezikovnih znanj in ciljno pridobivanje sodobnih znanj za izvajanje nalog na višjem strokovnem nivoju. Narejeni so bili tudi že prvi koraki v smeri ustanovitve "interne šole zdravstvenega zavarovanja", katere ustanovitev bo naloga naslednjega razvojnega obdobja.

### ***Sistem napredovanja in nagrajevanja***

Sistem napredovanja na delovnem mestu je določen s Pravilnikom o napredovanju, ki ga dosledno in vsebinsko uresničujemo. Zaposleni imajo možnost ob izpolnjevanju pogojev in na podlagi predlogov vodje organizacijske enote dvakrat letno napredovati. Povprečno število 3,5 plačilnih razredov napredovanj kaže tudi na to, da delavci z neprestanim izobraževanjem pridobivajo želeno funkcionalna znanja, ki jih uspešno uporabljajo v praksi.

V pripravi je nov zakon o razmerjih plač v javnih zavodih, katerega vpliv na to področje zaenkrat ni mogoče oceniti.

### ***Organizacijska klima***

V okviru projekta Poslovna odličnost smo v letu 2001 prvič merili zadovoljstvo zaposlenih in organizacijsko klimo v Zavodu in dosegli skupno oceno 3.58 (ocenjevalo se je z ocenami od 1 do 5, kjer 5 predstavlja najboljšo oceno). Najvišje ocene smo dosegli na področjih odnosa do kakovosti ter poznavanju poslanstva,



vizije in ciljev Zavoda. Področji, ki predstavljata največji izziv za izboljšanje pa sta nagrajevanje delavcev in razvoj kariere.

### ***Kadrovski informacijski sistem***

Za potrebe računalniškega vodenja in obdelave kadrovskih podatkov v Zavodu uporabljamo programski paket Kadrovski informacijski sistem, ki deluje v OS/2 operacijskem sistemu. Zaradi hitrega napredovanja informacijske tehnologije, prehoda na operacijski sistem Windows NT v celotnem Zavodu in zaradi pričakovanih sprememb zakonodaje na področju delovnih razmerij in plačnega sistema, obstoječi Kadrovski informacijski sistem ne bo več v celoti služil svojemu namenu. V prihodnjem obdobju bo zato vzpostavljen novi kadrovski informacijski sistem, ki bo integriran v informacijski sistem Zavoda.

### **5.5.3. Pravna funkcija**

Skladno z opredelitvami in usmeritvami Strateškega razvojnega programa je bilo na pravnem področju največ pozornosti namenjene učinkovitemu urejanju pravnih opravil, predvsem:

- izterjavi neplačanih prispevkov obveznega zdravstvenega zavarovanja in izterjavi neplačanih premij za prostovoljno zdravstveno zavarovanje;
- izterjavi povračil škode;
- urejanju statusnih razmerij.

Na področju izterjave prispevkov obveznega zdravstvenega zavarovanja se srečujemo predvsem z nezadovoljivo urejenimi evidencami (ne)plačevanja prispevkov – ta opravila za Zavod opravlja Davčna uprava Republike Slovenije – kar predstavlja težavo v smislu zagotavljanja formalno-pravnih pogojev učinkovitosti postopkov izterjave. Na obseg izterjanih prispevkov nedvomno vpliva počasno reševanje teh zahtevkov v postopkih na sodiščih, na kar pa Zavod ne more vplivati. Kot dejavnik, ki vpliva na obseg izterjanih neplačanih obveznosti pa moramo omeniti tudi zakone, ki so določenim velikim dolžnikom za plačilo prispevkov to obveznost odložili ali odpisali.

V zvezi s postopki za izterjavo povračil škode lahko kot poglobitno težavo označimo problem zajemanja informacij o teh dogodkih. Kljub jasnemu in nedvoumnemu statusu Zavoda, ki je nosilec zakonsko opredeljenih javnih pooblastil, do sedaj še ni bilo mogoče zagotoviti dostopa do potrebnih podatkov pri upravljalcih posameznih zbirk – npr.: policija. Učinkovitost zajemanja informacij, potrebnih za vodenje postopkov izterjave povračil škode pa bi se povečala tudi z vzpostavitvijo možnosti pridobivanja ustreznih podatkov s strani izvajalcev zdravstvenih storitev, kjer v bistvu nastane strošek kot temelj za izterjavo povračila škode. Tudi v zvezi z izterjavo povračil škode moramo opozoriti na dolgotrajnost postopkov pred sodišči – ugotavljanje odgovornosti kot predpogoja za uveljavljanje zahtevka ter nato postopek samega reševanja zahtevka.

Ne glede na zgoraj prikazane objektivne okoliščine, ki otežujejo izvajanje postopkov, pa podatki o rezultatih dela kažejo, da je bilo pravno področje učinkovito, saj se obseg izterjanih obveznosti vsako leto povečuje.

Na področju zakonodaje je treba upoštevati veljavno zakonsko ureditev postopkov, ki urejajo to področje – pristojnosti Zavoda so zelo omejene, kar se seveda odraža tudi na realizaciji zadanih nalog – program projektov zakonodaja je bil zaustavljen prav iz razloga zelo omejenih pristojnosti Zavoda glede izvedbe projekta.

Ugotovimo lahko, da je pravno področje uspešno izvajalo naloge, seveda ob upoštevanju vseh prej navedenih objektivnih okoliščin, ki omejujejo učinkovitost dela.

#### **5.5.4. Informiranje in odnosi z javnostmi**

Informiranje oziroma odnosi z javnostmi so ena izmed strateških dejavnosti Zavoda, ki se opravljajo kot štabna funkcija na Direkciji. V dosedanjem obdobju se je informativna štabna funkcija na Zavodu izvajala prvenstveno kot svetovalna aktivnost brez zadostne kadrovske ali posebne organizacijske strukture. V Pravilniku o notranji organizaciji je bila opredeljena kot funkcija, ki zagotavlja uresničevanje nalog na področjih obveščanja javnosti, promocijskih dejavnosti, informacijske-dokumentacijske in izdajateljske dejavnosti. Te naloge je izvajal ob pomoči tehnično programerske službe v obdobju o leta 1997 svetovalac generalnega direktorja za stike z javnostjo. Od leta 1997 je bila v informativno štabno funkcijo vključena še informacijsko dokumentacijska dejavnost, leta 1999 pa se je služba okrepila še s sodelavcem na področju stikov z javnostjo.

Kljub kadrovski nezadostnosti je informativna štabna funkcija zasnovana dokaj široko in se tako tudi izvaja. Informiranje splošne javnosti (zavarovanci, predstavniki medijev) in posebnih javnosti (izvajalci zdravstvenih storitev, forumi, politične javnosti, idr.) je splošen cilj informativne štabne funkcije in ena od sistemskih oziroma strateških nalog Zavoda. Kakovostno izvajanje obveznega zdravstvenega zavarovanja predpostavlja obveščene in razgledane zavarovance ter druge uporabnike, ki so pregledno seznanjeni s finančnimi viri in poslovanjem Zavoda, pravicami iz tega naslova in zdravstvenimi ter drugimi programi obveznega zdravstvenega zavarovanja. Pri tem je poseben cilj tudi učinkovito upravljanje s podobo Zavoda, za kar je vitalnega pomena prenašanje enotnih in usklajenih sporočil o izvajanju zdravstvenega zavarovanja, preprečevanju negativne publicitete in ustvarjanju zaveznitva z različnimi javnostmi ter skrb za enotno vizualno podobo.

Odnosi z javnostjo na Zavodu oziroma štabna funkcija informiranja obsega naslednje sklope aktivnosti za določene javnosti:

- ožja dejavnost odnosov z javnostmi in upravljanje s podobo Zavoda;
- področje izdajateljske dejavnosti (tiskanih in elektronskih izdaj);
- promocijske aktivnosti Zavoda;
- Indok dejavnost.

Zaradi obsega in potrebe po nadaljnji kakovostni rasti in razvoju te strateške dejavnosti Zavoda, bo potrebno v naslednjem razvojnem obdobju izboljšati organizacijo (vzpostavitev oddelka), postopno kadrovske krepiti to funkcijo in posodobiti tehnološko komunikacijsko infrastrukturo, vključno z uvajanjem novosti, kot so elektronsko založništvo ali klicni center. To bo omogočilo bolj učinkovito in kakovostno informiranje zavarovancev in drugih ključnih javnosti. Gre za vlaganja, ki pa se bodo zavarovancem in drugim strankam zaradi izboljševanja kakovosti in s tem zadovoljstva s storitvami, ki jih nudi Zavod, dolgoročno obrestovalo.

#### **5.5.5. Informatika**

Zavod je v preteklih štirih letih deloval v smeri uresničevanja vizije, da je avtonomna, organizacijsko učinkovita in informacijsko podprta strokovna ustanova, enako pa je uresničeval strategijo dograjevanja enotnega informatiziranega poslovanja na območju države, ki je temeljila na enotnih pravilih, standardih in informacijski podpori. Poleg teh strategij, ki se neposredno dotikajo informacijskega sistema, je področje informatike podpiralo tudi ostale globalne strategije ter ključne poslovne procese in njihove strategije. Zavod je v tem času intenzivno uvajal nove poslovne računalniške rešitve skladno z zahtevami in vsebinskimi opredelitvami poslovnih področij in uvajal informacijsko povezovanje z zunanjimi ustanovami. Z informacijsko podporo, organizacijskimi predpisi in povečanjem ozaveščenosti zaposlenih je skrbel za visoko raven kakovosti podatkov ter varnost in zaupnost podatkov, kot tudi razpoložljivost informacijskega sistema.

Zavod ves čas skrbi za uvajanje tehnološko sodobne strojne in systemske programske opreme ter računalniškega omrežja, kot tudi sodobne metodologije razvoja poslovnih računalniških rešitev, specialistom za informacijsko tehnologijo pa omogoča tudi ustrezno izobraževanje v Sloveniji in tujini ter z ustreznim načinom nagrajevanja skrbi za njihovo produktivnost in motiviranost. V tem času so Področno enoto Informacijski center Ljubljana zapustili le trije informatiki, kar kaže na uspešnost takšnega motiviranja, pridobili pa smo tudi nekaj novih strokovnjakov. Za neposredno informacijsko podporo ključnim poslovnim procesom, podpornim funkcijam in uporabnikom informacijskega sistema (razvoj, operativa, mreže, sistem, podpora uporabnikom, tudi na območnih enotah in Služba za poslovanje s kartico) na Zavodu skrbi 100 informatikov.

Zavodova spletna stran, tako tehnološko, kot tudi organizacijsko podprta, omogoča zavarovancem pridobivanje potrebnih informacij, z uvedenim načinom posredovanja specifičnih vprašanj zavarovanih oseb, pa se je Zavod še bolj približal zavarovancem. Pomemben prispevek k uresničevanju te strategije predstavlja naročanje konvencijskih potrdil prek svetovnega spleta in na samopostrežnih terminalih. Objava elektronskih gradiv na spletni strani, pa je Zavod približalo tudi izvajalcem zdravstvenih storitev. Zavod je z uvajanjem računalniškega izmenjevanja podatkov (RIP) in z uvedbo kartice zdravstvenega zavarovanja močno spodbudil uporabo sodobne informacijske tehnologije in standardov v zdravstvu. Za zagotavljanje boljšega pregleda nad prihodki in odhodki, je Zavod pričel z uvajanjem računalniške izmenjave podatkov tudi za specifikacije k računom, ki so temeljni pogoj za uvedbo evidenc po kategorijah zavarovancev. Na tem področju beležimo več kot 86% vključenost vseh izvajalcev pri izmenjavanju poročil in računov, poleg tega pa je Zavod uvedel računalniško izmenjavo podatkov na področju izbire osebnega zdravnika in črne liste kartice zdravstvenega zavarovanja. Na tem področju postaja strateška usmeritev Zavoda vzpostavljanje e-poslovanja, tako z zavarovanimi osebami, kot s poslovnimi partnerji, kjer je to možno in kjer so poslovne zahteve.

Zavod izvaja celovito informacijsko podporo tudi za Vzajemno. Kar 58% zaposlenih na Področni enoti Informacijski center neposredno dela na nalogah za podporo Vzajemni, za delo za Vzajemno pa v povprečju porabijo kar 29% svojega časa. Zavod ugotavlja zadovoljstvo uporabnikov z informacijsko podporo z vsakoletnimi anonimnimi anketami uporabnikov. Rezultati ankete kažejo, da zadovoljstvo uporabnikov s storitvami informatikov narašča.

Že dokončani informacijski projekti in projekti v katere so se informatiki intenzivno vključevali, so:

- kartica zdravstvenega zavarovanja;
- informacijska podpora procesu partnerskih pogajanj in sklepanju pogodb;
- informacijska podpora za izvajanje računovodskega dela prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj;
- informacijska podpora delu zdravniških komisij;
- prenova organizacijske in informacijske podpore izbiri osebnega zdravnika;
- ustanovitev nove družbe Vzajemna d.v.z. za izvajanje prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj;
- prilagoditev strojne in programske opreme Zavoda za prehod v leto 2000;
- postavitve organizacijske zasnove modela direktorskega informacijskega sistema in izdelava prve računalniške rešitve »Nadzornik zavarovancev«;
- informacijsko dokumentacijska dejavnost Zavoda;
- zasnova domače strani Zavoda na Internetu;
- prehod skupinsko zavarovanih zavarovancev prostovoljnega zavarovanja na individualna zavarovanja;
- informacijska podpora finančnemu poslovanju prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja;
- razširitev uporabe računalniškega izmenjevanja podatkov na nove partnerje in nove listine.

V izvajanju pa so še naslednji projekti:

- nadzori v zdravstvenem zavarovanju;
- načrtovanje in uvedba računalniške izmenjave podatkov specifikacij izvajalcev k računom (poročilom);
- informacijska podpora finančnemu poslovanju Zavoda;
- vzpostavitev enotne baze podatkov o zdravilih;
- elektronsko komuniciranje;

- uvajanje elektronskega posredovanja prijav, odjav in sprememb za obvezno zdravstveno, pokojninsko in invalidsko zavarovanje od zavezancev na Zavod za zdravstveno zavarovanje;
- prenova aplikacij informacijskega sistema Zavoda;
- nujna informacijska podpora za zagotovitev delovanja nove družbe Vzajemne;
- prenos zbirk podatkov in računalniških programov za prostovoljna zdravstvena zavarovanja od Zavoda na Vzajemno;
- prenova informacijske podpore na področju, ki ga je doslej pokrivala aplikacija Stroški ZV;
- informacijska podpora pisarniškemu poslovanju.

### 5.5.6. Zunanje in notranja revizija

Zavod za zdravstveno zavarovanje je kot osebo javnega prava podvržen nadzoru s strani najvišjega revizijskega organa za kontrolo državnih računov, to je s strani Računskega sodišča. **Računsko sodišče izvaja** po določilih novega zakona **revizijo pravilnosti in smotrnosti poslovanja** (pri revizijah smotrnosti poslovanja gre za izpolnjevanje zahtev glede gospodarnosti, učinkovitosti in uspešnosti).

Revizijski postopek, ki ga vodi računsko sodišče se konča z izdajo revizijskega poročila, katerega prejme med drugim tudi državni zbor oz. komisija Državnega zbora Republike Slovenije za nadzor proračuna in drugih javnih financ (Ur. l. RS, št. 124/2000).

V obdobju od ustanovitve računskega sodišča so bili opravljeni revizijski pregledi, ki so razvidni iz tabele 23.

**Tabela 23.** Pregled revizij s strani računskega sodišča

zap. št.	NAZIV REVIZIJSKE NALOGE	št. poročil
1.	Redni leti pregledi <sup>5</sup>	7
<b>2.</b>	<b>Ostale revizijske naloge</b>	
2.1.	Revizija delovanja sistema načrtovanja in razdeljevanja sredstev za lekarniško dejavnost v letih 1996 in 1997 v Zavodu	1
2.2.	Revizija investicij in investicijskega vzdrževanja osnovnih sredstev za leto 1996	1
2.3.	Revizija stroškov dela v Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije v letih 1997, 1998 in 1999	1
2.4.	Revizija projekta kartice zdravstvenega zavarovanja v Zavodu od leta 1995 dalje	1

Z marcem 1999 je bil ustanovljen oddelek za notranje revidiranje v skladu z zakonom o javnih financah. S tem je bila vzpostavljena in zagotovljena nepristranska in neodvisna funkcija internega revidiranja.

Skladno s pravilnikom o notranji organizaciji Zavoda je notranje revidiranje v Zavodu centralizirano in se izvaja na Direkciji. Ob ustanovitvi je bil sprejet Pravilnik notranjega revidiranja, ki med drugim opredeljuje pooblastila oddelka in vsebino dela.

Osnoven revizijski cilj, katerega si je oddelek postavil pri revizijskih nalogah, je bil ugotavljanje obstoja in delovanja notranjih kontrol. Na podlagi izvedenih revizijskih pregledov smo ugotavljali:

- premajhno usmerjanje dela (pomanjkanje operativnih navodil za delo), posledica česar je tudi neenotno izvajanje nalog;
- neenotnost pri izvajanju določenih procesov v različnih sredinah (Območnih enotah, izpostavah) in/ali drugačno izvajanje procesov od definiranih;
- pomanjkljivosti v zvezi z delovanjem že postavljenih notranjih kontrol (npr. začetno evidentiranje poslovne dokumentacije);
- slabosti v zvezi s kakovostjo kontrol, ki se izvajajo nad množičnim gradivom (likvidacija računov izvajalcem zdravstvenih storitev in odobravanje denarnih nadomestil in povračil);

<sup>5</sup> Skladno z zakonom o računskem sodišču

- odstopanja od formalne organizacije (nespoštovanje Pravilnika o notranji organizaciji, Pravilnik o sistemizaciji delovnih mest);
- neustrezna dokumentiranost določenih postopkov (ni bilo možno ugotoviti, kdo je posamezno aktivnost izvedel);
- preširoko dodeljena pooblastila v povezavi z uporabo računalniških programov;
- da ureditev računovodenja ne omogoča podatkov in informacij, ki bi bile podlaga za ugotavljanje gospodarnosti.

Revidirane službe ali enote so revizijske ugotovitve in priporočila sprejemale dobro ter tudi ukrepale. Spremljanje ukrepanja na podlagi revizijskih priporočil poteka s pomočjo posebne aplikacije zgrajene v Lotus Notes okolju. Trenutno aplikacija omogoča najosnovnejše spremljave, pri čemer pa niso izkoriščene vse možnosti, ki jih Lotus Notes omogoča.

## **5.6. Zaključna ocena sistema zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji**

Razvojni program, ki ga je Zavod sprejel v letu 1997 je pozitivno vplival na nadaljnji razvoj zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji in Zavoda samega. Z uresničevanjem posameznih strateških ciljev je imel precejšen vpliv tudi na razvoj zdravstvenega varstva in zdravstvene službe. V samem Zavodu je v obliki projektnega dela in učnih delavnic aktiviral precejšnje število delavcev in njihovih umskih ter ustvarjalnih sposobnosti in jih povezal v tim delavcev, prepadnih ideji socialnega zdravstvenega zavarovanja in socialne varnosti prebivalstva. Po njegovem sprejemu, leta 1997, do danes je prišlo do vrste premikov na različnih ožjih področjih, ki so prispevali k dvigu kvalitete dela službe, pri urejanju odnosov s partnerji in pogodbenimi strankami in do zavarovancev.

Če strnemo ugotovitve o izvajanju obveznega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji oziroma delovanju Zavoda, so dosežki preteklega obdobja naslednji:

- sistem je bil finančno, upravljavsko in organizacijsko stabilen. Področje je delovalo praktično brez izgub (z izjemo nekaj manjših v posameznih zdravstvenih zavodih) in je bilo usklajeno z narodno - gospodarskimi možnostmi države (stabilna prispevna stopnja kot predvidljiv dejavnik obremenitev gospodarstva, idr.)
- javni in zasebni viri obveznega in prostovoljnega zavarovanja predstavljajo dobro osnovo za stabilnost sistema;
- v skladu s pričakovanji in usmeritvami so se privatna sredstva v zdravstvenem varstvu realno večala hitreje od sredstev javnih financ;
- Zavod je z ustanovitvijo Vzajemne ohranil izvajanje dodatnega prostovoljnega zavarovanja po načelih vzajemnosti; zasebna sredstva prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj so dosegla 1% bruto domačega proizvoda;
- osnovna načela sistema, kot so solidarnost, socialna pravičnost, enakost oziroma enakopravna dostopnost do pravic so bila v preteklem obdobju eden osnovnih dejavnikov zadovoljstva slovenskih zavarovancev in praviloma dosledno uresničena (z izjemo novele zakona iz decembra leta 2001);
- finančno poslovanje je bilo v tem obdobju, kljub hudim pritiskom na odhodke in uveljavitvi določenih odločitev, na katere Zavod ni imel vpliva (rast izdatkov za zdravila, plače, davek na dodano vrednost idr.) stabilno in uravnovešeno, primanjkljaja v letu 2000 in 2001 sta bila pokrita z lastnimi viri, prispevna stopnja se v tem obdobju do leta 2002 ni menjala;
- obseg pravic do zdravstvenih storitev se ni zmanjšal, uravnovešila se je dosegljivost pravic med območji in dopolnjevala z novostmi (interferoni, metadon, nova zdravila, dodatni programi za skrajševanje čakalnih dob idr.);

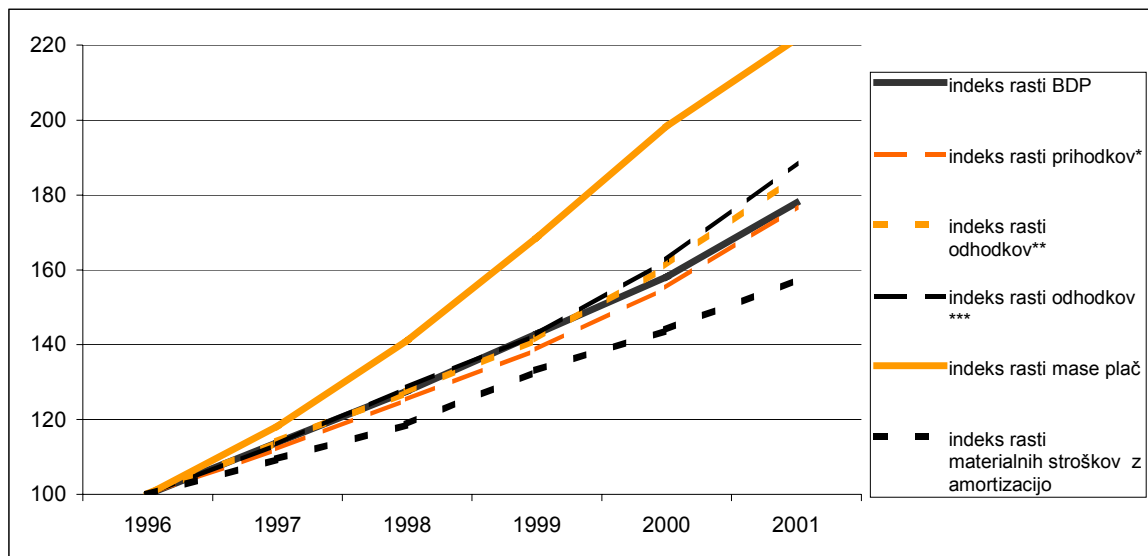
- z uvedbo sistema kartice zdravstvenega zavarovanja so se finančni in administrativni postopki izvajanja obveznega zavarovanja poenostavili in racionalizirali tako za zavarovance, kot za službo Zavoda, pa tudi za izvajalce zdravstvenih storitev;
- uvedba kartice zdravstvenega zavarovanja je vplivalo tudi na urejenost zavarovanj, saj je danes le 2 do 3 odstotkov oseb z neurejenim zdravstvenim zavarovanjem;
- zmanjšale so se določene razlike v preskrbljenosti z zdravstvenimi zmogljivostmi med območji v Sloveniji;
- v tem času je Zavod redno v 15 dneh izpolnjeval vse svoje obveznosti do izvajalcev;
- izpopolnjeni in nadgrajeni so bili določeni obračunski sistemi;
- k transparentnosti poslovanja je prispeval pomemben delež tudi nadzor nad izvajalci, ki ga je Zavod uvajal postopoma, vendar zelo sistematično;
- Zavod je z razvojem lastnega informacijskega sistema, z uvedbo kartice zdravstvenega zavarovanja in drugimi ukrepi vzpodbudil tudi razvoj zdravstveno informacijskega sistema v Sloveniji;
- okrepilo se je mednarodno svetovalna aktivnost Zavoda.

Ob teh pozitivnih ocenah je potrebno objektivno ugotoviti, da vsi cilji in naloge iz Razvojnega programa, niso bile uresničene:

- kljub večletnim napovedovanjem »reformne« zdravstvenega varstva, do te ni prišlo. Vrsta pobud za spremembe zakona ali za upoštevanje pripomb s strani Zavoda ni bilo sprejetih;
- država je zlasti v zadnjih letih večkrat posegla v finančno poslovanje Zavoda ter pravice zavarovancev (zakon o zavarovanju za primer brezposelnosti, zvišanje plač zaposlenim v zdravstveni službi, davek na dodano vrednost, zakon o zdravilih itd.), ki so začele krniti njegovo avtonomijo;
- opazni so bili poskusi »podržavljenja« Zavodove blagajne, ki naj bi jo vključili v državni zakladniški račun, ter povečanja obveznosti Zavoda do izplačila nadomestil v času bolniške odsotnosti;
- zaradi nalaganja novih obveznosti Zavodu, brez ustreznega povečanja prispevnih stopenj, je ta zašel v finančne težave, ki ogrožajo njegovo stabilnost, s tem pa tudi stabilnost v financiranju zdravstvene službe in slabšanje možnosti uveljavljanja pravic zavarovancev;
- do načrtovanega povečanja deleža bruto domačega proizvoda za zdravstveno zavarovanje na 7% ni prišlo, kljub staranju in novim potrebam prebivalstva ter »medicinski inflaciji«, ki presega inflacijo v državi;
- ni prišlo do izboljšanja izterjave prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje;
- ukrepi in predlogi za obvladovanje izdatkov za zdravila ali niso dali pričakovanega rezultata ali niso bili sprejeti – tako zdravila predstavljajo največji dejavnik za nenačrtovano povečevanje izdatkov Zavoda;
- zakonski okviri o postopkih dogovarjanja in pogajanj s partnerji ter izvajalci so zastareli in neustrezni (nejasna pooblastila in vloge partnerjev, neusklajenost med predstavniki izvajalcev, poskusi poseganja ministrstva na področje, nepravočasna sklenitev pogajanj, zapleti v njihovih postopkih, zavlačevanje sklenitev pogodb itd.);
- vpliv organov upravljanja in območnih svetov na sprejemanje odločitev v Zavodu, še bolj pa pri dajanju pobud državnim organom ni bil dovolj izkoriščen;
- Zavod ni bil dovolj vztrajen in uspešen pri zahtevah po programih zdravstvenih storitev, ki bi v večji meri vplivali na zmanjšanje posledic najresnejših bolezni pri nas;
- v načrtovanem obdobju še niso bilo uspešno zagotovljeno varstvo pravic zavarovancev, ko ti uveljavljajo zahteve do zdravstvenih storitev;
- pobude za delitev dela v zdravstveni službi, za obvladovano uvajanje nove tehnologije ter za vzpostavitev soodvisnosti med vrednostjo programov zdravstvenih storitev in predpisovanjem zdravil niso bile upoštevane.

Analiza uresničevanja Strateškega razvojnega programa zdravstvenega zavarovanja Slovenije ne vključuje analize izvajanja nalog iz Nacionalnega programa zdravstvenega varstva »Zdravje za vse do l. 2004«, saj se ta dokument nanaša predvsem na zdravstveno službo in opredeljuje cilje na področju zdravstvenega stanja prebivalstva. Nacionalni program zdravstvenega varstva je planski dokument države za obdobje 2000 do 2004, ki opredeljuje razvojni vidik zdravstvenega zavarovanja zelo na splošno in premalo konkretno. Zato je ta analiza po mnenju Zavoda v pristojnosti Ministrstva za zdravje.

Čeprav je pretežni del neuresničenih nalog in ciljev, povezanih z aktivnostmi drugih nosilcev v sistemu zdravstvenega varstva in zavarovanja (ministrstva, zbornice, združenja itd.), je potrebno ugotoviti, da predstavlja rešitev problemov, ki so opisani v analizi, največji izziv v naslednjem razvojnem obdobju. Opisana dogajanja so povzeta na sliki 15.



Vir: Poslovna poročila Zavoda

Opomba: \* - samo prihodki iz prispevkov

\*\* - odhodki za zdravstvene storitve

\*\*\* - odhodki za zdravstvene storitve, zdravila in tehnične pripomočke

**Slika 15.** Nominalna rast bruto domačega proizvoda, prihodkov in odhodkov obveznega zavarovanja in mase plač in materialnih stroškov od leta 1996 dalje