



Zavod za zdravstveno  
zavarovanje Slovenije  
Miklošičeva cesta 24  
1507 Ljubljana  
www.zzzs.si



# **Strateški razvojni program Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za obdobje od 2008 do 2013**

Ljubljana, 24. 9. 2008



Skupaj za zdravo prihodnost.

*Solidarnost je pot – zdravje je cilj.*

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

*Odgovorna oseba*

Generalni direktor Samo Fakin

*Programski odbor:*

Samo Fakin, Martin Toth, Sladjana Jelisavčić, Nataša Kenk, Boris Kramberger,  
Rosana Lemut-Strle, Janko Štok, Mateja Sajovic, Stanislav Čuber, Suzana Jarc

*Redakcija gradiva:*

Martin Toth, Boris Kramberger, Stanislav Čuber

*S konkretnimi predlogi in pobudami* so gradivo sooblikovali tudi člani kolegija ZZZS in drugi strokovni delavci ZZZS, člani organov upravljanja ZZZS (skupščine in upravnega odbora) in številni drugi strokovnjaki iz sorodnih in mejnih strok.

*Oblikovanje*

Danila Perhavec

*Ljubljana,*

september 2008

## VSEBINA

<b>1. Uvod besedila .....</b>	<b>5</b>
<b>1.1. Predgovor .....</b>	<b>5</b>
<b>1.2. Metodologija .....</b>	<b>7</b>
<b>2. Analiza stanja - uresničevanje Strateškega razvojnega programa ZZZS v obdobju 2002–2007 .....</b>	<b>9</b>
<b>2.1. Analiza trendov v okolju.....</b>	<b>10</b>
2.1.1. Gospodarski in družbeni razvoj 2002-2007 .....	10
2.1.2. Prebivalstvo in zavarovane osebe .....	12
2.1.3. Zdravstveno stanje prebivalstva .....	13
2.1.4. Finančni viri za zdravstveno varstvo in zavarovanje.....	15
2.1.5. Trendi v izdatkih .....	20
2.1.6. Zdravstvene dejavnosti v Sloveniji .....	24
<b>2.2. Analiza sistema zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja .....</b>	<b>29</b>
2.2.1. Spremembe pravnih predpisov .....	30
2.2.2. Uresničevanje Plana Zdravstvenega varstva 2000-2004 .....	32
2.2.3. Vloga in pristojnosti ZZZS .....	35
2.2.4. Zadovoljstvo zavarovanih oseb s sistemom .....	38
<b>2.3. Izvajanje Strateškega razvojnega programa z vidika strokovne službe ZZZS .....</b>	<b>40</b>
2.3.1. Vidik zavarovanih oseb in drugih strank .....	41
2.3.2. Vidik finančnega poslovanja .....	58
2.3.3. Vidik notranjih procesov .....	65
2.3.4. Vidik učenja in rasti.....	71
<b>2.4. Zaključna ocena stanja .....</b>	<b>72</b>
<b>3. Razvojne potrebe in razvojne možnosti v obdobju 2008-2013 .....</b>	<b>77</b>
<b>3.1 Vplivi globalnih razvojnih gibanj .....</b>	<b>77</b>
3.1.1. Pričakovana gibanja prebivalstva .....	78
3.1.2. Ocena pričakovanih sprememb v zdravstvenem stanju in zdravstvenih potrebah prebivalstva .....	79
3.1.3. Ocena drugih temeljnih vplivov .....	81
<b>3.2. Ocena finančnih vplivov .....</b>	<b>85</b>
3.2.1. Možni scenariji glede finančnih virov .....	87
3.2.2. Možnosti za obvladovanje izdatkov .....	89
<b>3.3. Zahteve na področju notranjega razvoja ZZZS .....</b>	<b>95</b>
3.3.1. Razvojne možnosti glede izboljšanja notranjih procesov, uveljavljanja znanja in kadrovskih potencialov .....	95
3.3.2. Razvojne možnosti pri uresničevanju sistemskih ciljev in urejanju odnosov z zunanjim okoljem .....	98
<b>3.4. Zaključki .....</b>	<b>99</b>

<b>4. Poslanstvo, vrednote in vizija .....</b>	<b>104</b>
<b>4.1. Izjava o poslanstvu .....</b>	<b>104</b>
<b>4.2. Vrednote in organizacijska kultura .....</b>	<b>105</b>
4.2.1. Temeljne vrednote obveznega zdravstvenega zavarovanja .....	105
4.2.2. Vrednote ZZZS .....	106
<b>4.3. Izjava o razvojni viziji .....</b>	<b>110</b>
<b>5. Načrt razvoja globalnih ciljev in strategij .....</b>	<b>112</b>
<b>5.1. Globalni cilji in globalne strategije .....</b>	<b>112</b>
<b>5.2. Povezanost globalnih ciljev.....</b>	<b>115</b>
<b>6. Uresničevanje globalnih ciljev in strategij .....</b>	<b>116</b>
<b>6.1. Izhodišča za oblikovanje poslovnih planov ZZZS         v letih od 2008 do 2013.....</b>	<b>116</b>
<b>6.2. Razvojne naloge .....</b>	<b>119</b>
6.2.1. Pregled razvojnih nalog po globalnih ciljih .....	119
6.2.2. Opisi večjih razvojnih nalog .....	122
<b>6.3. Razvojni projekti .....</b>	<b>146</b>
6.3.1. Pregled razvojnih projektov po globalnih ciljih .....	147
6.3.2. Opisi razvojnih projektov .....	148
<b>6.4. Plan razvojnih nalog in projektov .....</b>	<b>145</b>
<b>6.5. Finančno poslovanje v obdobju 2008-2013 .....</b>	<b>155</b>
<b>7. Spremljanje in nadzor nad uresničevanjem programa.....</b>	<b>158</b>
<b>Viri .....</b>	<b>161</b>
<b>Seznam kratic .....</b>	<b>164</b>
 Priloga k Strateškemu razvojnemu programu ZZZS za obdobje od 2008 do 2013:	
<b>Stališča Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije do razvojnih vprašanj zdravstvenega varstva v Sloveniji.....</b>	<b>165</b>

## 1. Uvodna besedila

### 1.1. Predgovor

S pričujočim gradivom Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju ZZZS) opredeljuje že četrti strateški razvojni program od svoje ustanovitve v letu 1992 dalje. Strateški razvojni program, ki zajema razvojno obdobje od leta 2008 do leta 2013, nastaja v času, ko v okolju še niso znani ali sprejeti vsi potrebni razvojni dokumenti, ki bi morali biti podlaga strateškemu razvojnemu načrtovanju na ZZZS, kot sta na primer najavljena Državni razvojni program 2007-2013 in predvsem Plan zdravstvenega varstva za obdobje 2008-2013 ter pričakovane spremembe nekaterih drugih zakonskih aktov. Kljub temu so organi upravljanja in strokovna služba ZZZS zaradi potreb po učinkovitem vodenju zahtevnih procesov obveznega zdravstvenega zavarovanja v državi mnenja, da je ob izteku strateškega razvojnega programa za obdobje 2002-2007 in prehodu v novo obdobje 2008-2013 potrebno poskrbeti za kontinuiteto strateškega in letnega planiranja tega področja. V kolikor bi pri sprejemanju pomembnih razvojnih dokumentov v sistemskem okolju prišlo po sprejemu Strateškega razvojnega programa ZZZS 2008-2013 (v nadaljevanju SRP) do večjih premikov ali sprememb, bo ZZZS pristopil k pripravi morebitnih drugačnih izhodišč za načrtovanje svojega razvoja.

Ne glede na to, da nekateri osrednji razvojni dokumenti v sistemskem okolju še niso sprejeti, so na področju zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja osnovne razvojne usmeritve vendarle že dovolj znane in jasne, saj namenjajo zdravju in zdravstvu ustrezno pozornost številni že sprejeti razvojni dokumenti v okviru Svetovne zdravstvene organizacije, na ravni EU in na nacionalni ravni, Strategija razvoja Slovenije (2005) zdravstveno varstvo opredeljuje kot enega izmed najpomembnejših temeljev razvoja socialne države. Proces izboljševanja in izpopolnjevanja sistema zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja je zato mogoče razumeti kot eno izmed prednostnih dejavnosti države tudi v naslednjem razvojnem obdobju, pri čemer je potrebno še posebej izpostaviti pomen prilagajanja sistema razmeram dolgožive družbe, ki povzroča vrsto razvojnih izzivov za dolgoročno finančno vzdržnost sistema.

V dokumentih, ki naj bi predstavljali podlago za dolgoročno načrtovanje zdravstvenega varstva Slovenije so bile postavljene predvsem naslednje zahteve:

- izboljšati zdravje prebivalstva in zmanjšati breme bolezni,
- zagotoviti dolgoročno finančno vzdržnost sistema zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja v državi,
- izboljšati upravljanje področja zdravstvenih dejavnosti,
- izboljšati kakovost in varnost izvajanja programov zdravstvenih storitev.

S svojo dejavnostjo ZZZS, kot edini nosilec in izvajalec obveznega zdravstvenega zavarovanja v državi, uresničuje zakonska pooblastila predvsem z zagotavljanjem stabilnih finančnih virov, urejanjem zavarovanj zavarovanih oseb, omogočanjem uresničevanja njihovih pravic iz tega naslova in financiranjem izvajalcev programov zdravstvenih storitev v Sloveniji. Tako ima odgovornost za doseganje enakih možnosti dostopa do pravic vsem zavarovanim osebam in drugih s tem povezanih razvojnih ciljev sistema, znotraj tega pa predvsem neposredno odgovornost za doseganje ciljev finančne vzdržnosti sistema. Ob tem ni mogoče spregledati posrednega vpliva in odgovornosti ZZZS na uresničevanje ostalih vsebinskih ciljev na področju zdravstvenega varstva. Organi upravljanja in vodstvo ZZZS se

pri tem posebej zavedajo svoje vloge in nalog pri uresničevanju zakonskih obveznosti in celovite odgovornosti do zavarovanih oseb, zavezancev za plačilo prispevkov, izvajalcev zdravstvenih storitev in drugih udeležencev v sistemu zdravstvenega zavarovanja. Uresničevanju te odgovornosti je namenjeno strateško načrtovanje ZZZS. S sprejemom SRP za naslednje razvojno obdobje 2008-2013 ZZZS določa razvojne aktivnosti in alternative, katerih osnovni namen je zagotoviti nemoteno in čim bolj kakovostno izvajanje obveznega zdravstvenega zavarovanja ter stabilne finančne pogoje za skladen in kakovosten razvoj zdravstvenih zmogljivosti v državi za potrebe javnega zdravstvenega zavarovanja v državi.

SRP 2008-2013 je oblikovan v skladu z metodologijo razvojnega načrtovanja, ki temelji na izbranih načelih strateškega managementa in na sistemu uravnoteženih kazalnikov uspešnosti poslovanja. Gradivo opredeljuje razvojno vizijo in globalne cilje ter strategije za njihovo uresničevanje, ki so bili opredeljeni na osnovi analiz stanja in razvojnih možnosti, veljavnih sistemskih dokumentov in podlag ter ki izhajajo iz zakonskih obveznostih in pristojnosti ZZZS pri upravljanju s sredstvi obveznega zdravstvenega zavarovanja. Dokument opredeljuje tudi način izvedbe oz. uresničevanja programa in sicer z opredelitvijo procesa poslovnega planiranja in opredelitvijo razvojnih nalog in projektov za obdobje 2008-2013.

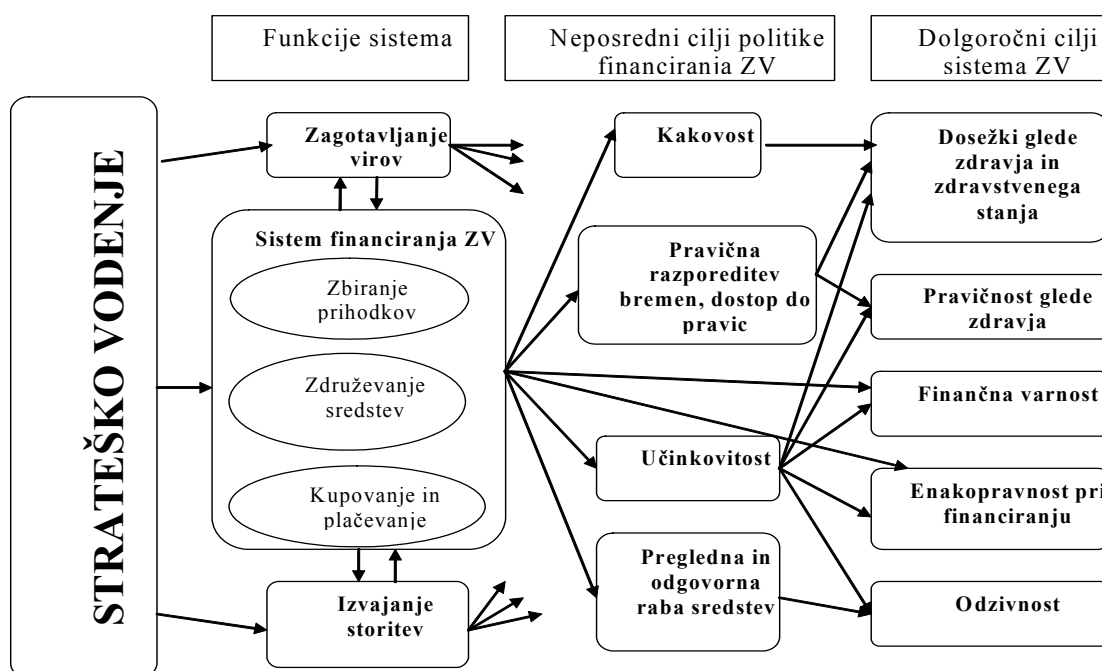
Skladno s svojim poslanstvom na področju izvajanja obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki je opredeljeno v zakonu, gradi ZZZS v novem SRP svojo razvojno vizijo predvsem v skrbi za primerno raven zdravstvene varnosti zavarovanih oseb v Republiki Sloveniji. **Solidarnost** tako v razvojnem obdobju, ki je pred nami, **ostaja stalnica razvoja**, nenehno izboljševanje kakovosti in s tem **večja izbira za zavarovance pa novost**, ki jo želi ZZZS uresničiti. V okviru vodstva ZZZS zato že tečejo nekatere aktivnosti, ki bodo pomagale zagotoviti nov kvalitativen korak pri udejanjanju tega dokumenta. Gre za aktivnosti, kot so prenova in usposabljanje vodilnega tima, usposabljanje srednjega managementa, prenova nabora kazalcev uspešnosti vodenja in procesov, vsebinsko in organizacijsko oblikovanje novih (delovnih) področij, oblikovanje (ne)materialnega motivacijskega spleta, izvajanje »interne šole« zdravstvenega zavarovanja, idr. Bistveno večjo pozornost pa namenjamo tudi organizacijski kulturi in klimi med zaposlenimi. Vrednotam, (kot pomembnemu delu organizacijske kulture) je zato namenjeno posebno poglavje. Pred vsemi pa je naša osrednja vrednota kakovostna skrb za zavarovane osebe, ki jim je namenjen celotnem sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja, in težnja po stalnem izboljševanju v našo skupno korist.

Dokument nakazuje tudi stališča in poglede ZZZS na razvojna področja sistema zdravstvenega varstva, kar naj bi sicer urejal plan zdravstvenega varstva Slovenije. S temi stališči izražajo organi upravljanja ZZZS, kot predstavniki zavarovanih oseb in plačnikov prispevkov za zdravstveno zavarovanje, svoj odnos in interes do razvoja celotnega sistema zdravstvenega varstva in do tistih ukrepov ter dejavnikov iz zunanjega okolja, ki bodo vplivali tudi na uresničevanje strategije obveznega zdravstvenega zavarovanja. S tem želi izraziti svojo pripravljenost za aktivno sodelovanje pri ustvarjanju sistema zdravstvenega varstva, ki bo naravnano na zadovoljevanje potreb in interesov prebivalstva ter ki bo skladno z gospodarskim in družbenim razvojem države.

Generalni direktor  
Samo Fakin, dr. med.

## 1.2. Metodologija

Strateško načrtovanje na ZZZS temelji na načelih strateškega managementa in sistema uravnoveženih kazalnikov uspešnosti poslovanja. Smiselno lahko proces strateškega vodenja in upravljanja opišemo kot tehtanje zahtevnih in za organizacijo pomembnih dejavnikov ter ocenjevanje rezultatov z namenom oblikovanja in uresničevanja dolgoročnih ciljev obveznega zdravstvenega zavarovanja oz. ZZZS. Pri tem je pomembno, da so dolgoročni cilji ZZZS komplementarni s cilji javnega sistema zdravstvenega varstva, kar pomeni, da mora ZZZS, kot nosilec javnih pooblastil pri izvajanju obveznega zdravstvenega zavarovanja, uresničevati poleg ciljev, ki so neposredno povezani z njegovo temeljno funkcijo financiranja zdravstvenega varstva, tudi ostale cilje javnega sistema zdravstvenega varstva v državi. Ti javni cilji so v državah EU, ki negujejo tradicijo javnih sistemov zdravstvenega varstva, več ali manj znani in opredeljeni (slika 1).



Vir: WHO EU. Approaching health financing policy in the WHO European region. Copenhagen: WHO, 2008

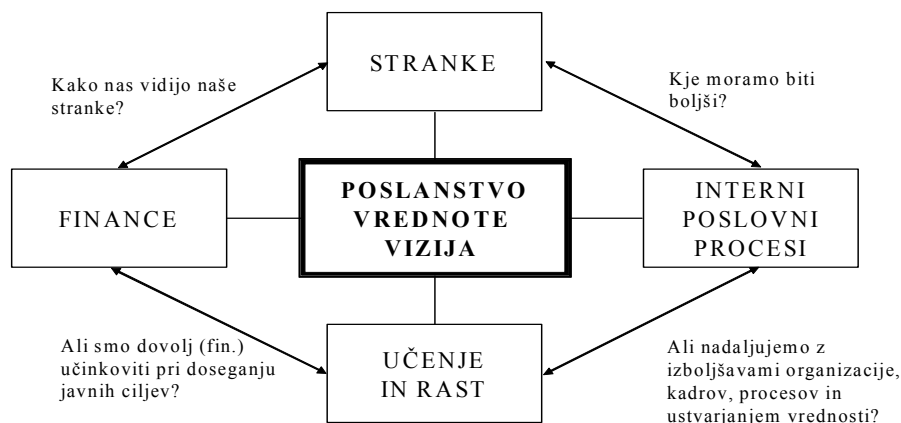
**Slika 1. Povezanost med cilji sistema zdravstvenega varstva in sistemom financiranja**

Najpomembnejši elementi procesa strateškega managementa so analize okolja, oblikovanje strategije, uresničevanje strategije in spremljanje oz. nadzor. Skladno z izkušnjami strateškega načrtovanja na ZZZS so bili za oblikovanje dolgoročnega strateškega razvojnega programa za obdobje 2008-2013 ključnega pomena naslednji koraki:

- iniciativa, odločitev (razlogi za izdelavo novega programa)
- analiza stanja (rezultati predhodnega programa, predvsem razmislek o dejavnikih notranjega okolja)
- ocena razvojnih potreb in možnosti (izzivi in priložnosti iz zunanjega okolja)
- izjave o poslanstvu, vrednotah in viziji
- opredelitev globalnih ciljev in strategij (načrt razvoja)
- razčlenitev ciljev na naslednjo nižjo raven vodenja (področja in sektorji)

- določitev razvojnih nalog in projektov ter njihova razčlenitev
- opredelitev razvojnih kazalnikov (spremljanje in nadzor nad programom)

Analiza uresničevanja predhodnega programa in analiza razvojnih možnosti sta bili opravljani na osnovi že dorečenega pristopa, ki temelji na pregledu izbranih kazalnikov uspešnosti poslovanja (prim. s sliko 2). Novost v primerjavi s SRP 2002–2007 pri metodi strateškega managementa predstavlja skrben razmislek o vrednotah, ki jih je potrebno v prihodnjem obdobju uveljaviti za (bolj) uspešno izvajanje poslanstva in doseganje razvojnih ciljev. Ta razmislek je bil podlaga za opredelitev razvojne vizije. Na osnovi razvojne vizije so bili v prvi fazi oblikovani globalni strateški cilji in strategije za njihovo uresničevanje, nato pa še cilji in ukrepi (letne aktivnosti, razvojne naloge in razvojni projekti) na nižji ravni vodenja – t.j. na ravni področij in sektorjev ZZZS. Vsebinsko so razvojna vizija, globalni cilji in strategije za njihovo uresničevanje opredeljeni na osnovi opisanih analiz stanja in razvojnih možnosti, ki so upoštevale veljavne sistemske dokumente, podlage ter predvidene temeljne razvojne usmeritve države na področju zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja. Metodološko pa izhaja oblikovanje ciljev in strategij iz opredelitve štirih ključnih področij strateškega načrtovanja (vidik strank, vidik finančnega poslovanja, vidik notranjih procesov in vidik učenja in rasti), kar je na ZZZS ustaljen način vsebinskega oblikovanja merljivih razvojnih ciljev, ki omogočajo ustrezno spremljanje in nadzor nad uresničevanjem programa (glej sliko 2).



Slika 2. Sistem uravnoteženih kazalnikov uspešnosti poslovanja na ZZZS



## **2. Analiza stanja - uresničevanje Strateškega razvojnega programa ZZZS v obdobju 2002–2007**

Oktobra 2002 je skupščina ZZZS sprejela SRP za obdobje od leta 2002 do leta 2007. V strateškem razvojnem programu z naslovom »Tradicija solidarnosti in spremembe po meri zavarovancev« so bili opredeljeni poslanstvo, vizija, cilji, strategije in projekti (v posebnem strateškem projektnem planu) nadaljnjega razvoja obveznega zdravstvenega zavarovanja. V središče razvojnih prizadevanj je strateški razvojni program postavil zavarovane osebe, njihove potrebe in interese. Med cilji so bili najpomembnejši primeren dostop do zdravstvenih storitev in drugih pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, preglednejša in učinkovitejša raba javnih sredstev, finančna stabilnost poslovanja, enostavne, učinkovite, kakovostne in s sodobnimi informacijsko-komunikacijskimi tehnologijami nadgrajene storitve zdravstvenega zavarovanja ter vzpodbudno plačevanje opravljenih storitev in programov ter njihovih izvajalcev.

Uresničevanje SRP v obdobju 2002-2007 je potekalo v času, ko so se pogoji poslovanja ZZZS po daljšem obdobju relativno stabilne finančne situacije začeli postopno slabšati. Na področju financiranja obveznega zdravstvenega zavarovanja smo se v Sloveniji začeli soočati s sorazmerno veliko (realno) rastjo izdatkov, medtem ko so prihodki ostajali na enaki ravni oziroma celo zaostajali za rastjo BDP. Neugodni finančni učinki so bili podobno kot v drugih državah Evropske unije posledica dalj časa prisotnih razvojnih trendov, kot so staranje prebivalstva, zmanjševanje deleža aktivnega prebivalstva, brezposelnosti, vse hitrejšega razvoja zdravstvenih tehnologij, medicinske opreme, novih zdravil, informatike in drugih gibanj. K temu so prispevale določen delež tudi nekatere nove finančne obveznosti, ki so se prenesle na ZZZS po letu 2000, za katere pa niso bili zagotovljeni dodatni viri oz. povečani prihodki.

Kljub temu je ZZZS sorazmerno uspešno uresničeval strateške cilje skladno s SRP 2002-2007. To še posebej velja za temeljne usmeritve glede obvladovanja izdatkov, kjer so bili pritiski po rasti največji (širitev zdravstvenih programov, nove pravice, zdravila, pripomočki, nadomestila), a tudi ukrepi za uravnoteženo poslovanje dovolj realni. To bi lahko trdili tudi za osnovne vsebinske usmeritve za boljšo dostopnost in kakovost programov zdravstvenih storitev, ki so bile kljub ostrim pogojem poslovanja, vselej prva prednostna usmeritev ZZZS. Osnovna strateška usmeritev je namreč bila vseskozi v tem obdobju, da se vsi možni prihranki namenijo za dodatne programe, ki izboljšuje dostopnost do storitev oziroma skrajšujejo čakalne dobe zavarovanih oseb.

Poročilo o uresničevanju SRP podaja oceno uspešnosti strateških usmeritev in ukrepov ZZZS v danih razmerah. Ob tem ne gre spregledati dejstva, da so na uspešnost ali neuspešnost uresničevanja strateškega razvojnega programa poleg aktivnosti in ukrepov, ki so bili v pristojnosti ZZZS, vplivali še številni drugi dejavniki. Neredko je imelo zunanje (sistemsko) okolje odločilen vpliv na izvajanje obveznega zdravstvenega zavarovanja oz. poslovanje ZZZS, kot sestavnega dela javnega sistema zdravstvenega varstva v državi. Do tega je prišlo kljub dejstvu, da ima ZZZS kot nosilec javnih pooblastil v socialnem modelu zdravstvenega zavarovanja (»Bismarckov model«) z zakonom določeno avtonomijo, ki jo je upošteval tudi v svojih temeljnih razvojnih usmeritvah oz. strategijah. Ta naj bi se kazala predvsem v procesih strateškega načrtovanja in odločanja organov upravljanja ZZZS, v okviru katerih naj bi predstavniki zavarovancev in delodajalcev, kot plačniki prispevkov, samostojno ali z institutom soglasja države (ministra za zdravje, ministrstva za zdravje, vlade R Slovenije ali Državnega zbora R Slovenije) odločali o poglavitnih vprašanjih izvajanja obveznega

zdravstvenega zavarovanja v državi. Obdobje 2002-2007 prizadevanjem po krepitvi takšne vloge predstavnikov zavarovanih oseb in delodajalcev ni bilo najbolj naklonjeno, saj je bilo v tem času veliko nesistemskih posegov v sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki so ožili možnosti samostojnega odločanja organov upravljanja ZZZS in s tem vplivali tudi na doseganje zastavljenih globalnih ciljev v okviru SRP.

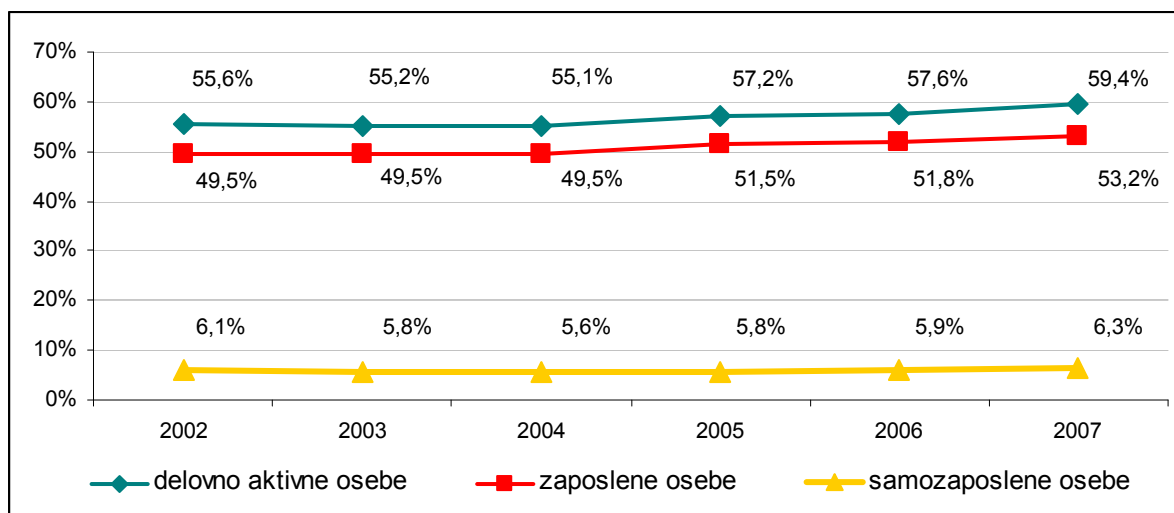
Zaradi navedenega se strateško poročilo o uresničevanju SRP v obdobju 2002-2007 usmerja predvsem v ocenjevanje:

- vpliva trendov v zunanjem okolju na zagotavljanje finančnih virov za zdravstvo,
- vpliva sistemskega okolja na vlogo in pristojnosti ZZZS oz. na izvajanje obveznega zdravstvenega zavarovanja v državi,
- uresničevanja konkretnih usmeritev SRP s strani ZZZS.

## 2.1. Analiza trendov v okolju

### 2.1.1. Gospodarski in družbeni razvoj 2002-2007

Slovenija je v razvojnem obdobju 2002-2007 dosegla znaten napredek. Bruto domači proizvod, ki je še letu v 2002 znašal okoli 8.500 € na prebivalca, se je v letu 2006 povzpел na 13.677 € (po standardu kupne moči celo na 18.700 €), kar je že skorajda 80 % povprečja držav Evropske unije. Ob tem v zadnjih letih dosega visoke in za evropske razmere nadpovprečne stopnje rasti BDP-a, s čimer z majhnimi koraki zmanjšuje zaostajanje za gospodarsko najmočnejšimi evropskimi državami. Vendar je ta ugodna gospodarska gibanja v zadnjem letu neugodno presenetila sorazmerno visoka inflacija, ki ponovna sproža določena pričakovanja in pritiske.



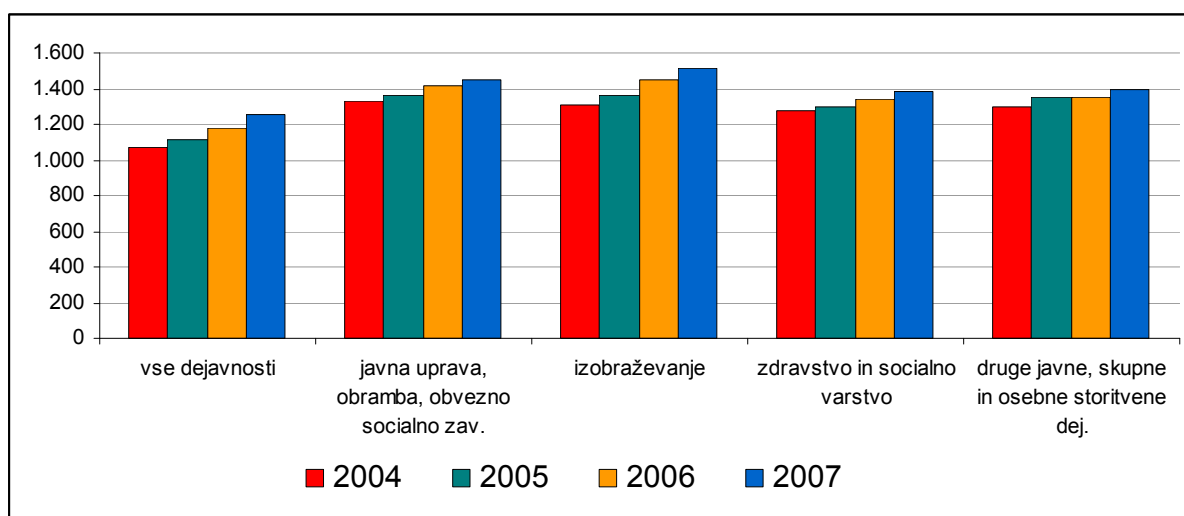
Slika 3. Gibanje (stopnja) zaposlenosti v Sloveniji v letih 2002-2007

Vir: Državni portal RS, ISPO - Informacijski servis podatkov

Na zagotavljanje finančnih virov za obvezno zdravstveno zavarovanje so teh letih pomembno vplivali **trendi izboljševanja zaposlenosti** (slika 3), še bolj pa rast plač zaposlenih v Sloveniji (slika 4). V državi je bilo v začetku leta 2007 nekaj čez 838.000 delovno aktivnih oseb (zaposleni, podjetniki, kmeti in drugimi samozaposleni), kar predstavlja 41,5 % vsega prebivalstva. Nizka je bila tudi stopnja nezaposlenosti v primerjavi z državami EU (na ravni 5,0 %). Razveseljivo je, da se nezaposlenost v državi zmanjšuje, čeprav so glede tega med posameznimi območji še velike razlike. Če v okviru delovno aktivnih oseb zasledujemo

gibanje samozaposlenih, vidimo, da v primerjavi s formalno zaposlenimi delež le-teh v opazovanih letih niha (slika 3). Zaradi zmanjševanja nezaposlenosti se povečuje tudi delovna aktivnost populacije med 15 in 64 leti starosti.

Slovenija je država z dokaj visokim socialnim kapitalom in družbeno kohezijo, ki v zadnjih letih z rastjo podjetništva dobiva nekatere nove dimenzije, ki jih v Sloveniji predhodno nismo poznali. Gre za vse večje razlike med ozkim slojem bogatih in ostalimi. V takih razmerah imajo vrednote, kot so solidarnost, družbena vključenost in družbena blaginja še poseben pomen, saj postajajo družben ideal, ki ga je v novih razmerah potrebno znova in znova ohranjati ter tudi posodabljati. V Sloveniji je sistem in mreža socialnih storitev in dobrin dokaj razvejana. Takšna je tudi mreža javnih zdravstvenih storitev, ki naj bi bila dostopna vsem prebivalcem in državljanom.



Slika 4. Poprečna mesečna bruto plača na zaposlenega po dejavnostih, 2004-2007

Vir: SURS

Glede zagotavljanja socialne varnosti je zanimiva razporeditev gospodinjstev in njihovih družinskih članov glede na razpoložljivi dohodek. V nižjem razredu je v Sloveniji le okrog 12 % gospodinjstev, v srednjem (spodnjem in zgornjem) pa 83,2 %. Stopnja tveganja revščine se znižuje, k čemer veliko prispevajo socialni transferji, še zlasti pokojnine. V zadnjih letih se je povečala vključenost odraslih v izobraževanje, kjer je Slovenija že leta 2003 presegla ciljno vrednost za države Evropske unije do leta 2010.

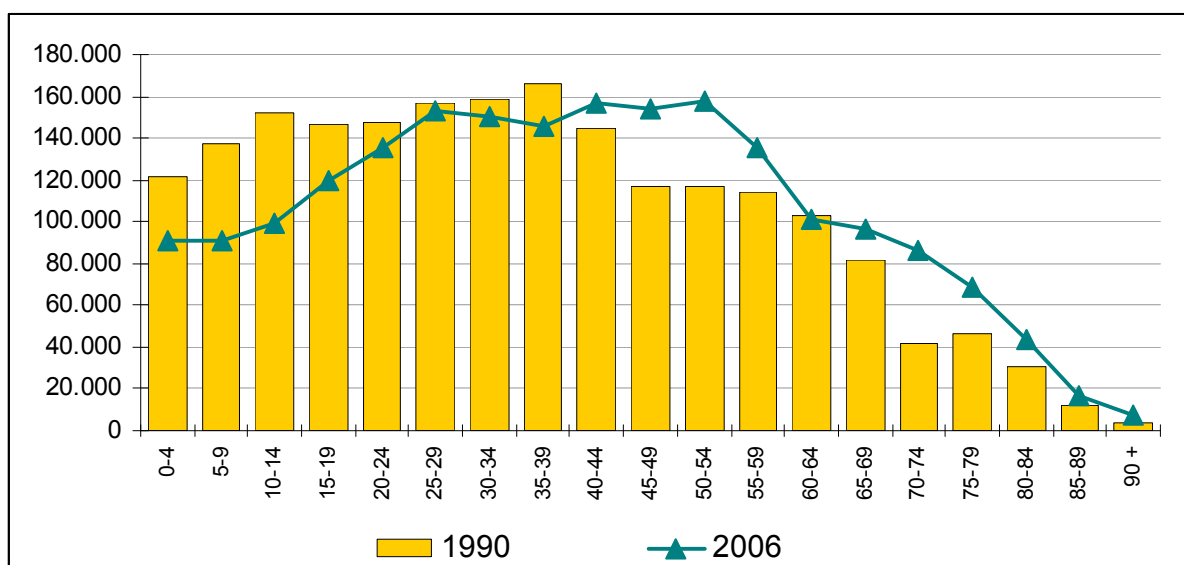
Relativno ugodni kazalci razvoja vplivajo tudi na zadovoljstvo in počutje prebivalstva. Po raziskavah javnega mnenja se delež oseb, ki lahko shajajo s svojimi dohodki z velikimi težavami ali sploh s težavami, zmanjšuje. Prav tako pa raziskave javnega mnenja govorijo o tem, da se število ljudi, ki so zadovoljni s svojim materialnim položajem, povečuje.

Kljub temu se Slovenija po zadovoljstvu ljudi glede lastne situacije oziroma sreče nahaja v spodnji tretjini držav Evropske unije. Ljudje so na splošno bolj zadovoljni z družino kot z delom, kjer je nezadovoljstvo dokaj veliko med osebami v starosti med 21 in 56 let. Delo kot vrednoto cenijo Slovenci izredno visoko. Glede svojega zdravja meni, da je to dobro, le nekaj več kot 55 %, prebivalstva, še manj pa so zadovoljni s sistemom zdravstvenega varstva. Tudi v zdravstvenem zavarovanju se, kljub ohranjanju pravic oziroma njihovem povečevanju (predvsem do zdravil in medicinskih pripomočkov) in visoki stopnji zdravstvene varnosti, pričakovanja zavarovanih oseb povečujejo hitreje od možnosti. Potrditev za to je v nezadovoljstvu ljudi zaradi dolgih čakalnih dob za nekatere posege in zaradi nekaterih doplačil pri posameznih zdravstvenih storitvah.

### 2.1.2. Prebivalstvo in zavarovane osebe

V Sloveniji je bilo ob koncu leta 2005 po podatkih iz Statističnega letopisa Slovenije 2.003.358 prebivalcev. Skupno število prebivalcev Slovenije se je v primerjavi s predhodnim letom spet nekoliko povečalo in je po dolgem času preseгло mejo dveh milijonov, kar je predvsem posledica priseljevanja tujcev. V letu 2005 se je v Slovenijo priselilo okrog 15.000 tujcev, večina od njih iz držav bivše Jugoslavije in Evropske unije. Gre predvsem za delovno migracijo, kjer prevladujejo moški.

Najznačilnejša demografska pojava v Sloveniji sta negativni naravni prirastek in staranje prebivalstva. Kako se odraža premik kontingentov prebivalstva med letoma 1990 in 2006 iz mlajših v starejše kategorije prebivalstva, je razvidno iz slike 5. Takšni dolgoročni gibanji predstavljata stalno grožnjo finančni vzdržnosti zdravstvenega sistema v prihodnjem razvojnem obdobju, saj manjšanje aktivne populacije poslabšuje njegove prihodkovne zmožnosti, staranje prebivalstva pa krepi pritiske na rast izdatkov sistema.



Slika 5. Staranje prebivalstva v Sloveniji, 1990-2006

Vir: SURS, 2006

V Sloveniji je v letu 2007 vsak aktiven (zaposlen) zavarovanec vzdrževal 1,33 neaktivnih zavarovanih oseb (glej tabelo 1), kar pomeni sorazmerno veliko obremenitev aktivne populacije pri vzdrževanju ravni socialne oziroma zdravstvene varnosti. Trend je primerljiv z državami EU, ki so sedanje vrednosti stopnje odvisnosti v Sloveniji dosegli pred 10 leti. Opisani indeks odvisnosti se je zaradi večanja zaposlenosti in migracijskih tokov v zadnjih letih nekoliko umiril in celo upadel (tabela 1), vendar bo spričo globalnih demografskih trendov ta umiritev zgolj začasna.

Tabela 2 kaže, da so izbrani demografski kazalci v Sloveniji, ki so pomembni z vidika ocene zdravstvenega stanja prebivalstva, primerljivi s povprečjem v državah t.i. EU 15 (članice EU pred širitvijo). Po pričakovanem trajanju življenja ob rojstvu in po pričakovanem trajanju življenja brez bolezenskih obremenitev so bile npr. ženske v Sloveniji v letu 2004 primerljive z ženskami v državah EU 15, na drugi strani pa so imeli moški v Sloveniji eno najnižjih pričakovanih trajanj življenja v primerjavi z državami EU 15. Slabše kazalce so od ostalih držav EU zabeležili samo Madžari, Čehi, Slovaki in Poljaki. Delež žensk v celotni slovenski populaciji se ni spremenil (51,1 %) in je primerljiv z nekaterimi severnimi evropskimi državami (Velika Britanija, Nemčija in Finska). Delež moških pa je bilo 48,9 %.

**Tabela 1. Zavarovane osebe 2002-2007**

Skupina zavarovancev	zavarovanci		družinski člani		skupaj		struktura	
	2002	2007	2002	2007	2002	2007	2002	2007
1. delavci	710.129	778.172	413.293	400.667	1.123.422	1.178.839	57,3	58,7
2. podjetniki	63.245	68.294	31.747	31.201	94.992	99.495	4,8	5,0
3. kmetje	17.951	15.057	12.078	9.468	30.029	24.525	1,5	1,2
4. upokoenci	492.788	506.948	42.929	30.241	535.717	537.189	27,3	26,8
5. uprav. iz proračuna	7.836	13.837	556	4.205	8.392	18.042	0,4	0,9
6. brezposelni	21.444	12.995	6.010	2.470	27.454	15.465	1,4	0,8
7. ZZZ 15/21*	67.642	61.226	14.742	14.923	82.384	76.149	4,2	3,8
8. ostali	47.491	46.621	11.553	11.494	59.044	58.115	3,0	2,9
<b>SKUPAJ</b>	<b>1.428.526</b>	<b>1.503.150</b>	<b>532.908</b>	<b>504.669</b>	<b>1.961.434</b>	<b>2.007.819</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Opomba: \* zavarovanci, za katere prispevke plačujejo občine

\*\*indeks odvisnosti 2002 = 4+5+6+7+8+ družinski člani/1+2+3= 1,48

indeks odvisnosti 2006= 1,33

Vir: ZZZS – IC, baza zavarovanih oseb

**Tabela 2. Vitalno-statistični kazalci in kazalci zdravstvenega stanja v Sloveniji v primerjavi s povprečjem EU 15, med leti 1992 in 2004**

	1992	1996	2000	2004	Povprečje EU 15 2004
Rodnost (št. rojstev na 1000 prebivalcev)	10	9,5	9,1	9,0	10,6
Splošna umrljivost (št. umrlih na 1000 prebivalcev)	9,7	9,4	9,3	9,3	9,7
Naravni prirastek	0,3	0,1	-0,2	-0,3	0,9
Umrjivost dojenčkov (št. umrlih na 1000 prebival.)	8,86	4,7	4,9	3,7	4,1
Pričakovano trajanje življenja ob rojstvu - moški	69,45	70,79	71,94	73,4	76,2
Pričakovano trajanje življenja ob rojstvu - ženske	77,25	78,25	79,1	81,0	81,7

Vir: Zdravstveni statistični letopis IVZ, 2006

### 2.1.3. Zdravstveno stanje prebivalstva

Zdravstveno stanje slovenskega prebivalstva je po nekaterih kazalcih dobro. Predvsem to lahko trdimo za umrljivost dojenčkov, ki je pri nas med najnižjimi v Evropi oziroma celo v svetu. Slabše je stanje pri splošni umrljivosti in pričakovani povprečni življenjski dobi, kjer Slovenija zaostaja za povprečjem držav, članic Evropske unije, čeprav izkazuje boljše stanje kot veliko držav članic Evropskega urada Svetovne zdravstvene organizacije. Prav ti kazalci in primerjave z drugimi državami kažejo, da so pred celotno družbo in sistemom zdravstvenega varstva še pomembne in zahtevne naloge za izboljšanje zdravja prebivalstva.

V »zdravstveni sliki« Slovenije izstopajo, podobno, kot skoraj v vseh gospodarsko razvitejših državah, kronične bolezni, med katerimi so vodilne bolezni srca in ožilja, rak, bolezni gibalnega sistema, dihal itd. Za odkrivanje teh bolezni in njihovo zdravljenje je angažiran pretežni del zdravstvenih zmogljivosti in tudi obvezno zdravstveno zavarovanje namenja največ finančnih sredstev. Na primarni ravni zdravstvene dejavnosti je bilo v letu 2004 nekaj manj kot 9 milijonov kurativnih in nekaj več kot milijon preventivnih obiskov. Skupno je bilo to okoli 10 milijonov obiskov, kar predstavlja nekaj manj kot 5 obiskov na prebivalca letno

(tabela 3). K temu je potrebno dodati še 2,6 milijona obiskov specialistično ambulantne dejavnosti. Kar pomeni, da vsak prebivalec Slovenije opravi v povprečju letno okrog 6,3 obiskov v osnovni in specialistični ambulantni dejavnosti. Osebni zdravniki in specialisti pa so prebivalcu na letni ravni predpisali v povprečju 7,3 recepte za zdravila.

**Tabela 3. Gibanje števila in deleža (kurativnih in preventivnih) obiskov na primarni ravni zdravstvene dejavnosti ter števila obiskov na prebivalca v obdobju 1995-2004, Slovenija**

Število obiskov po razlogih	1995	%	2000	%	2004	%
Št. obiskov - kurativa (v 1000)	9.960	90,41	9.076	88,85	8.910	89,00
Št. obiskov - preventiva (v 1000)	1.057	9,59	1.139	11,15	1.101	11,00
Št. obiskov - skupaj (v 1000)	11.017	100,00	10.215	100,00	10.011	100,00
Št. obiskov na prebivalca	5,6		5,2		4,9	

Vir: Zdravstveni statistični letopis, IVZ 2006

Stopnja hospitalizacije se je do leta 2000 povečevala, po tem letu pa se je ponovno zmanjševala in v letu 2004 dosegla okoli 154 primerov na 1000 prebivalcev. Najpogostejši vzrok hospitalizacij (in tudi umrljivosti) so bolezni srca in ožilja, rakave bolezni in poškodbe ter zastrupitve. Tako stanje je značilno že vrsto let in je podobno razmeram v večini evropskih držav. Rakave bolezni, bolezni srca in ožilja ter poškodbe in zastrupitve so v letu 2004 predstavljale skupaj 33,3 % vseh hospitalizacij v Sloveniji (tabela 4). Ker gre za sodobne kronične bolezni, ki jih je mogoče s primernimi aktivnostmi in zgodnjim odkrivanjem preprečiti, kažejo ti podatki tudi na potrebo po prednostni obravnavi teh bolezni, predvsem pa po nujni, da se izboljšajo in uveljavijo celoviti programi in projekti za promocijo zdravega načina življenja ter preprečevanje dejavnikov tveganja.

Slovenijo tako tudi po značilnih trendih v zdravstvenem stanju lahko uvrščamo med dolgožive družbe, kjer se zaradi izboljšanja življenjskih razmer, podaljševanja trajanja življenja in zmanjševanja rodnosti, spreminjajo na področju zdravstvenega varstva potrebe in zahteve, kar odpira niz novih vprašanj pri zagotavljanju zdravstvene oskrbe prebivalstva. Osrednji izziv za takšno stanje so organizacijske spremembe in prilagajanje zdravstvene službe oz. dejavnosti na primarni, sekundarni in terciarni ravni novo nastalim spremembam v patologiji prebivalstva. Pri tem gre zlasti za spremembe, ki bi omogočale zdravstveni službi boljšo skrb za zdravje (lokalne) skupnosti in posameznikov, za večjo naravnost od pretežno kurativnih v preventivne ukrepe ter od pretežno akutnih primerov v obravnavo kroničnih bolnikov. Strateškega pomena so vsem dostopno primarno zdravstveno varstvo, večja integracija določenih vrst obravnav in pa vzpostavitev boljše delitve dela med posameznimi ravni zdravstvenih dejavnosti. Zaradi vse večjih težav pri izvajanju nege v zdravstvenih ustanovah, predvsem pa stalne rasti deleža tistih, ki so potrebni trajnejših oblik socialne, gospodinske ali laične oskrbe, pa je nujna vzpostavitev novega sistema dolgotrajne oskrbe, ki bo takšno oskrbo tudi omogočal.

**Tabela 4. Gibanje stopnje in deleža hospitalizacij na sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti po osnovnih vzrokih v obdobju 1995–2004, Slovenija**

MKB-9	1995	%	2000	%	2004	%
Neoplazme	13,6	8,8	17,0	10,4	18,03	11,72
Bolezni srca	15,6	10,1	17,0	10,4	17,92	11,65
Poškodbe in zastrupitve	14,7	9,6	16,1	9,9	15,26	9,92
Skupaj vse diagnoze (na 1000 prebivalcev)	154,3	100,0	163,1	100,0	153,86	100,00

Vir: Zdravstveni statistični letopis, IVZ 2006

## 2.1.4. Finančni viri za zdravstveno varstvo in zavarovanje

Sistem financiranja zdravstvenega varstva v Sloveniji v pretežni meri temelji na sistemu socialnega ali obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki ga izvaja ZZZS in ki izhaja iz vrednot in načel solidarnosti, socialne pravičnosti in univerzalne dostopnosti. S spremembami zakona smo leta 1992 v državi uveljavili t.i. **mešani javno-zasebni model financiranja zdravstvenega varstva**, ki je kot novi zasebni vir uveljavil tudi prostovoljno zdravstveno zavarovanje. Med prostovoljnimi zavarovanji prevladuje dopolnilno zdravstveno zavarovanje, ki pokriva tveganja doplačil v sistemu zdravstvenega varstva. Dopolnilna zavarovanja danes izvajajo tri zavarovalnice (Vzajemna, Adriatic in Triglav zdravstvena zavarovalnica).

Na osnovi ocen ZZZS so vsi izdatki za zdravstveno varstvo v Sloveniji v letu 2007 znašali 2.712 milijonov evrov ali 8,17 % BDP (1,863 PPP evrov – preračunanih na kupno moč prebivalstva), od česar so javno finančna sredstva prispevala 6,18 % BDP, zasebna pa preostalih 1,99 % BDP. Javno finančna sredstva tako pokrivajo v Sloveniji približno tri četrtine, zasebna sredstva pa eno četrtino vseh izdatkov za zdravstveno varstvo. Dolgoletno se je delež vseh sredstev za zdravstveno varstvo po letu 1992 povzpел iz tedanjih 7,22 % BDP na 8,17 % BDP v letu 2007. Pri tem se je delež javnih sredstev za zdravstveno varstvo v prvem obdobju ustalil na okoli 7 % BDP oz. nekoliko manj, kar je mogoče šteti kot dosežek v luči prizadevanj po razbremenitvah gospodarstva (uresničevanje zahteve po večji globalni konkurenčnosti gospodarstva - Lisbonska strategija). Delež zasebnih sredstev pa je v tem obdobju postopoma naraščal in danes predstavlja okoli dva odstotka BDP. To je predvsem rezultat uveljavitve mešanega javno-zasebnega modela zagotavljanja sredstev za zdravstveno varstvo, kjer zasebni viri predstavljajo z uveljavitvijo prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja vse pomembnejši finančni vir za zdravstveno varstvo v državi.

**Tabela 5. Ocena javnih izdatkov za zdravstveno varstvo v Sloveniji 2003, 2005 in 2007 v tekočih cenah (v milijonih EUR) in v odstotku od BDP**

Vir in vrsta javnih izdatkov		2003		2005		2007	
		mio €	% BDP	mio €	% BDP	mio €	% BDP
1.	Obvezno zdravstveno zavarovanje	1.581,00	6,40	1.749,21	6,19	1.942,22	5,85
2.	Proračunska sredstva države	66,52	0,27	90,34	0,32	79,06	0,24
3.	Proračunska sredstva občine	15,77	0,06	17,07	0,06	29,70	0,09
<b>4.</b>	<b>JAVNI IZDATKI SKUPAJ (1+2+3)</b>	<b>1.663,29</b>	<b>6,73</b>	<b>1.856,62</b>	<b>6,57</b>	<b>2.050,98</b>	<b>6,18</b>
5.	BDP*	24.715,91		28.243,49		33.177,00	

Vir: Poslovna poročila ZZZS, 2003-2007

Opombe:

Tabela vsebuje podatke za obvezno zdravstveno zavarovanje po zaključnih računih ZZZS za vsa leta.

Podatki pred vstopom Slovenije v evropsko monetarno unijo 1.1.2007 so preračunani iz slovenskega tolarja (SIT) z uporabo nepreklicnega menjalnega razmerja (1 EUR = 239,64 SIT) v evro (EUR). Ta prikaz omogoča primerjavo v državi skozi čas in zagotavlja ohranitev kazalcev razvoja (stopnje rasti).

\* Podatek za BDP za leto 2007 je ocena UMAR, Ekonomsko ogledalo, december 2007, zato so vsi izračunani deleži v BDP za leto 2007 ocene. Podatki za BDP za leti 2003 in 2005 so po stanju na dan 25.1. 2008. Vir: SURS.

Pretežni del sredstev za zdravstveno varstvo v Sloveniji torej še vedno pokrivamo z javnimi sredstvi, ki so po ocenah ZZZS v letu 2007 predstavljali 75,6 % vseh sredstev za zdravstveno varstvo. Največji del javnih sredstev predstavljajo sredstva obveznega zdravstvenega zavarovanja oz. ZZZS (v letu 2007 71,6 %). Preostale javne izdatke pa predstavljajo sredstva občinskih in državnih proračunov (v letu 2007 4,0 %). V zadnjih letih je bilo zaznano upadanje deleža javnih izdatkov za zdravstveno varstvo v BDP in sicer iz 6,73 % BDP v letu 2003 na 6,18 % BDP v letu 2007. Pri tem je izrazit zlasti upad sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja v obdobju 2003-2007 (iz 6,40 % v letu 2003 na 5,85 v letu 2007). Delež proračunskih sredstev v BDP na nacionalni ravni (proračun) kaže nasprotno trende

(povečanje v obdobju 2003-2006 in rahel upad v letu 2007), medtem ko se je delež proračunskega financiranja na ravni lokalnih oblasti (občine) v primerljivem obdobju okrepil. (glej tabelo 5).

Pomemben delež izdatkov za zdravstveno varstvo predstavljajo zasebna sredstva, ki so po ocenah v letu 2007 predstavljala 24,4 % vseh izdatkov za zdravstveno varstvo. Večji del zasebnih sredstev prispevajo zavarovalnice s prostovoljnimi zdravstvenimi zavarovanji. Po ocenah so tri slovenske zavarovalnice s plačevanjem škodnih primerov za doplačila do polne vrednosti zdravstvenih storitev, ki so pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (t.i. dopolnilna zdravstvena zavarovanja), vključno z obratovalnimi stroški, v letu 2007 pokrile skupno za okoli 12,8 % vseh izdatkov za zdravstveno varstvo. Dopolnilna zavarovanja predstavljajo veliko večino vseh prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v državi. Drugi zasebni odhodki (11,6 %) pa predstavljajo po teh ocenah izdatki, ki jih za različno blago in zdravstvene storitve ljudje v Sloveniji plačajo neposredno iz lastnega žepa.

V zadnjih 10 letih je bil zaznan trend rasti deleža zasebnih izdatkov prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v BDP in sicer iz 0,84 % BDP v letu 1996 do 1,14 % BDP v letu 2007. Vendar je bila rast prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v zadnjih letih (2003-2007) ustavljena, zaradi pospešene rasti BDP je zaznati celo rahel upad teh sredstev v obravnavanem obdobju (glej tabelo 6).

**Tabela 6. Ocena zasebnih izdatkov za zdravstveno varstvo v Sloveniji 2003, 2005 in 2007 v tekočih cenah (v milijonih EUR) in v odstotku od BDP**

Vir in vrsta izdatkov		2003		2005		2007	
		mio €	% BDP	mio €	% BDP	mio €	% BDP
1.	Prostovoljno zdravstveno zavarovanje**	280,17	1,13	311,92	1,10	346,34	1,14
2.	Neposredna plačila ***	257,75	1,04	298,40	1,06	314,57	1,03
<b>3.</b>	<b>ZASEBNI IZDATKI SKUPAJ (1+2)</b>	<b>537,92</b>	<b>2,18</b>	<b>610,32</b>	<b>2,16</b>	<b>660,91</b>	<b>2,17</b>
4.	BDP*	24.715,91		28.243,49		33.177,00	

Vir: Poslovna poročila ZZZS, 2003-2007

Opombe:

Podatki pred vstopom Slovenije v evropsko monetarno unijo 1.1.2007 so preračunani iz slovenskega tolarja (SIT) z uporabo nepreklicnega menjalnega razmerja (1 EUR = 239,64 SIT) v evro (EUR). Ta prikaz omogoča primerjavo v državi skozi čas in zagotavlja ohranitev kazalcev razvoja (stopnje rasti).

\* Podatek za BDP za leto 2007 je ocena UMAR, Ekonomsko ogledalo, december 2007, zato so vsi izračunani deleži v BDP za leto 2007 ocene.

Podatki za BDP za leti 2003 in 2005 so po stanju na dan 25.1. 2008. Vir: SURS.

\*\* Na podlagi OECD metodologije za izračun nacionalnih zdravstvenih računov (NZR) od leta 2007 dalje med izdatki za PZZ prikazujemo odhodke za škode in obratovalne stroške za vse prostovoljne zdravstvene zavarovalnice (Vzajemna, Triglav zdravstvena zavarovalnica in Adriatic).

V ta sredstva niso vključena sredstva zasebnih zavarovalnic (npr. Asistenca itd), ker evidence zanje še niso vzpostavljene.

Vir: NZR za leti 2003 in 2005. Za leto 2007 so podatki ocenjeni: podlaga so podatki iz leta 2005, povečani za rast izdatkov na OZZ.

\*\*\* Plačila iz žepa. Vir: NHA za leti 2003 in 2005; spletna stran SURS-objava po COICOP za leto 2006. Za leto 2007 je podatek ocenjen na podlagi ocene inflacije za 2007.

Za oceno sedanjega mešanega javno-zasebnega modela zagotavljanja finančnih virov so pomembne primerjave z evropskimi državami. Pri tem je pomembno dejstvo, da so vsi sistemi zdravstvenega varstva posameznih evropskih držav v pretežni meri javni, vendar pa se med seboj razlikujejo. Razlike med sistemi so tako v načinu zagotavljanja javnih (in zasebnih) finančnih virov kot v sistemih pravic, ki se zagotavljajo na račun javnih sredstev. To upošteva tudi OECD metodologija »nacionalnih zdravstvenih računov« (v nadaljevanju NZR), ki se je v zadnjih letih uveljavila za primerjavo sistemov zdravstvenega varstva in ki naj bi zmanjšala vpliv posebnosti posameznih sistemov. V Sloveniji smo testno prvič izvedli izračune po



metodologiji NZR v letu 2006. V tabeli 7 je podana ocena javnih izdatkov za zdravstveno varstvo v Sloveniji po metodologiji NZR za obdobje od 2003 do 2007. Pri tem kažejo podatki nekoliko drugačno podobo, ker so skladno z metodologijo NZR iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja za ta leta izvzeti izdatki za denarna nadomestila, v javne izdatke za zdravstveno varstvo pa je vključen dodatek za pomoč in postrežbo (ZPIZ), ki ga po OECD metodologiji uvrščajo med izdatke za dolgotrajno oskrbo.

**Tabela 7. Ocena javnih izdatkov za zdravstveno varstvo v Sloveniji 2003, 2005 in 2007 v milijonih EUR in v odstotku od BDP (po metodologiji NZR)**

Vir in vrsta javnih izdatkov		2003		2005		2007	
		mio €	% BDP	mio €	% BDP	mio €	% BDP
1.	Obvezno zdravstveno zavarovanje	1.412,12	5,89	1.565,26	5,67	1.747,50	5,27
2.	Proračunska sredstva države	66,52	0,28	90,34	0,33	79,06	0,24
3.	Proračunska sredstva občine	15,77	0,07	17,07	0,06	29,70	0,09
4.	ZPIZ - dodatek za pomoč in postrežbo	53,16	0,22	61,30	0,22	69,47	0,21
<b>5.</b>	<b>JAVNI IZDATKI SKUPAJ (1+2+3+4)</b>	<b>1.547,57</b>	<b>6,23</b>	<b>1.733,98</b>	<b>6,28</b>	<b>1.925,73</b>	<b>5,80</b>
6.	BDP*	24.715,91		28.243,49		33.177,00	

Vir: Poslovna poročila ZZZS, 2003-2007

Opomba: Tabela vsebuje podatke za obvezno zdravstveno zavarovanje po zaključnih računih ZZZS za vsa leta. Podatki so pripravljene po metodologiji nacionalnih zdravstvenih računov (NZR): iz sredstev za obvezno zdravstveno zavarovanje so izključena denarna nadomestila (pogrebne, posmrtnine, nadomestila odsotnosti, potni stroški, dnevnice in prevozi; med javne izdatke pa je vključen dodatek ZPIZ za pomoč in postrežbo.

Podatki so preračunani iz slovenskega tolarja (SIT) z uporabo nepreklicnega menjalnega razmerja (1EUR = 239,64 SIT) v evro.

Ta prikaz omogoča primerjavo v državi skozi čas in zagotavlja ohranitev kazalcev razvoja (stopnje rasti)

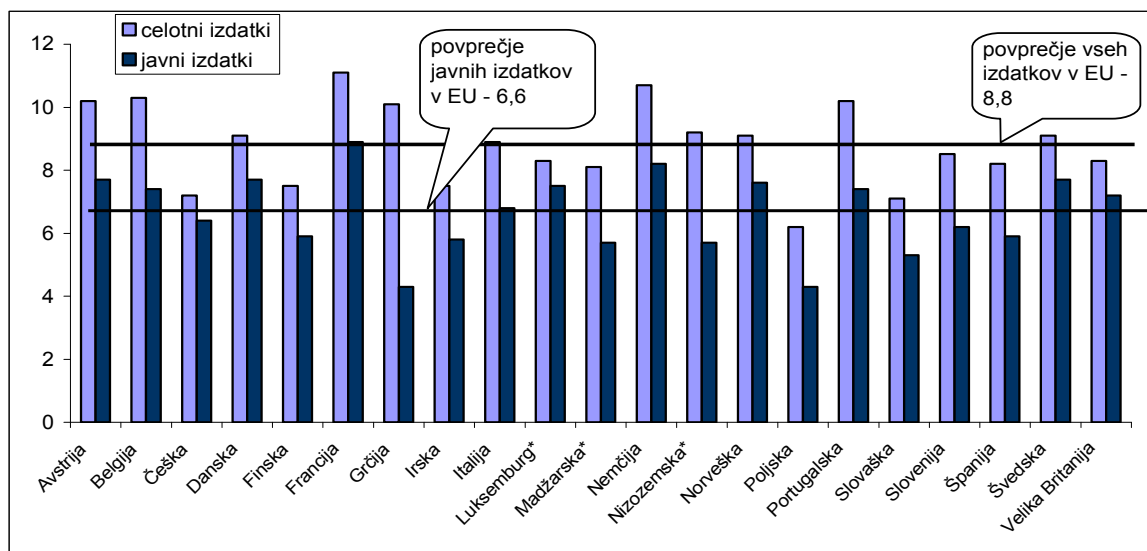
\* Podatek za BDP za leto 2007 je ocena UMAR, Ekonomsko ogledalo, december 2007, zato so vsi izračunani deleži v BDP za leto 2007 ocene. Podatki za BDP za leti 2003 in 2005 so po stanju na dan 25.1. 2008. Vir: SURS.

Upoštevajoč metodologijo NZR so vsi izdatki za zdravstveno varstvo v Sloveniji v letu 2007 znašali 2,586,64 milijardi evrov (1.201 evrov na prebivalca) ali 7,80 % BDP, od česar so javni izdatki znašali 1,925,73 milijarde evrov (870 evrov na prebivalca) ali 5,80 % BDP, zasebni pa 0,661 milijarde evrov (331 evrov na prebivalca) oz. 2,17 % BDP. Javni izdatki tako po metodologiji NZR predstavljajo 71,0 % vseh izdatkov, zasebni pa 29,0 %.

Na osnovi teh metodoloških predpostavk in zadržkov se Slovenija po podatkih za leto 2005 (NZR) o deležih izdatkov v BDP in o absolutni porabi sredstev na prebivalca lahko primerja s povprečjem držav EU. V Sloveniji se z izbranimi državami lahko primerjamo pri zasebnih izdatkih (povprečje izbranih držav EU 2,2 % BDP, Slovenije prav tako 2,2 % BDP). Sma pa nekoliko pod povprečjem tako po deležu vseh sredstev (povprečje izbranih držav EU 8,8 % BDP, Slovenije 8,5 % BDP), predvsem pa tudi po deležu javnih sredstev za zdravstvo (povprečje izbranih držav EU 6,6 % BDP, Slovenije 6,3 % BDP), pri čemer je potrebno upoštevati, da podatki ne zajemajo vseh držav EU, temveč le v tabeli opisane (slika 6). Nekoliko nad povprečjem EU pa je delež zasebnih sredstev.

Za stabilno financiranje zdravstvenega varstva ni najpomembnejša le višina javnih sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja, temveč predvsem sposobnost sistema, da se sproti prilagaja nujnim razvojnim potrebam. To narekuje občutljivo **politiko usklajevanja deleža javnih sredstev za zdravstveno varstvo z rastjo BDP-ja**. V nasprotju z gibanji v večini evropskih držav smo se pri nas v zadnjem obdobju soočili z določenim trendom upadanja tega deleža, z izjemo v letu 2007, ko se je delež javnih sredstev za zdravstveno varstvo v BDP povečal, in sicer prvič po letu 2003 na približno raven iz tega leta, predvsem na račun povečanja sredstev (deleža v BDP) iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.. Določen del upada v letih 2005 in 2006 je moč pripisati ugodnim gospodarskim gibanjem po letu 2004

(rast BDP, rast zaposlovanja), prav tako pa je na upad vplivalo tudi poplačilo kumulativnega dolga ZZZS s strani države (28,6 milijarde tolarjev, konec leta 2004). Ta je nastal predvsem kot posledica raznih sprememb na drugih področjih (uvedba DDV, zvišanje plač v zdravstveni službi, nove obveznosti ZZZS) in zaradi nekaterih novih potreb, kar je ob zahtevi po ohranjanju enake prispevne stopnje povzročalo razkorak med razpoložljivimi prihodki in odhodki ZZZS. Trdimo lahko, da so fiskalni in makroekonomski interesi države prevladali nad interesi področja zdravstvenega varstva, ki je pred pokritjem kumulativnega dolga ZZZS resno ogrožalo njegovo nemoteno poslovanje in povzročalo določene težave tudi izvajalcem zdravstvenih storitev in njihovim dobaviteljem.



**Slika 6. Delež javnih in zasebnih sredstev za zdravstveno varstvo (v % BDP) v izbranih državah EU v primerjavi s Slovenijo po metodologiji NZR, 2005**

Vir: OECD Health Data 2007

Opombe:

Vsi izdatki za zdravstvo vključno z investicijami. Izračun deležev temelji na metodologiji NZR.

Za države EU: Litva, Latvija, Estonija, Malta, Ciper, Romunija in Bolgarija ni podatkov.

\* Zadnji razpoložljivi podatek je za leto 2004. Za Nizozemsko so podatki iz leta 2003.

Ta dogajanja opozarjajo na nujno po novih strateških razmislekih in dolgoročnih ravnanjih pri načrtovanju materialnih pogojev sistema zdravstvenega varstva predvsem v smeri večje medsebojne soodvisnosti gospodarskega razvoja in zdravstvenega varstva oziroma zavarovanja. Nikakor ne smemo pozabiti, da je zaradi zdravstvene in socialne varnosti prebivalstva na tem področju nujna finančna in vsebinska stabilnost sistema. Povsem logično je bilo pričakovanje ZZZS, da se bo zaradi ugodne gospodarske rasti namenil za zdravstveno varstvo večji del novo ustvarjenega dohodka in le ta namenil za zagotavljanje stabilnosti in zagotavljanje zadostnih javnih finančnih virov zdravstvenega varstva in tako za pokrivanje nekaterih temeljnih razvojnih potreb in zahtev, kot so novi postopki zdravljenja, nova medicinska tehnologija, nova zdravila, izboljšanje možnosti za bolnike na področjih, kjer so čakalne dobe nerazumno dolge itd. To se ni zgodilo, kar je vplivalo na možnosti razvoja obveznega zdravstvenega zavarovanja in zdravstvene dejavnosti. To je med drugim razlog, da v obdobju 2002 – 2007 ni bil uresničen cilj po zagotovitvi 7 % BDP javnih sredstev za obvezno zdravstveno zavarovanje.

Zaradi opisanih gibanj javnih sredstev je za nemoteno financiranje zdravstvenega varstva vse večjega pomena stabilno izvajanje zasebnih prostovoljnih zavarovanj. Tudi na tem področju

lahko večje in hitre spremembe povzročijo nezaželena nihanja pri zagotavljanju finančnih virov za zdravstveno varstvo. Pri tem je potrebno izpostaviti nekatere dileme, ki so se v zadnjem obdobju izpostavile zlasti glede **koncepta izvajanja sistema doplačil oz. izvajanja dopolnilnih prostovoljnih zavarovanj**. Desetletje po uvedbi sistema doplačil (1993) je v državi jasno, da je sistem doplačil, ki omogoča izvajanje dopolnilnih zavarovanj, učinkovito dopolnilo javnih sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja in osnova za dolgoročno stabilno financiranje zdravstvenega varstva. Brez sredstev dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj bi bil obseg pravic manjši ali pa bi se zmanjšali programi zdravstvenih storitev in njihova dostopnost. Z najavo zdravstvene reforme (Bela knjiga, 2002) je bil sistem doplačil in dopolnilnih zavarovanj podvržen ostri kritiki. Predvidena je bila možnost odprave doplačil in dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj ter razširitev pravic v obveznem zdravstvenem zavarovanju, ki bi v celoti krilo stroške za zdravstvene storitve. Ta zamisel ni bila uresničena, saj je nova vlada, ki je prevzela oblast v letu 2004, ni podprla. S spremembami in dopolnitvami zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (v nadaljevanju ZZVZZ) je bilo dopolnilno zdravstveno zavarovanje opredeljeno kot javni interes Republike Slovenije, kar se je odrazilo z uvedbo sistema izravnalnih shem med zavarovalnicami, nadzorom nad cenami premij in nekaterimi drugimi nadzornimi mehanizmi za varovanje javnega interesa pri izvajanju dopolnilnih zavarovanj.

Polemični odmevi interesnih skupin v zadnjem času nakazujejo, da vse dileme glede izvajanja sistema doplačil in dopolnilnih zavarovanj še vedno niso odpravljene. Pri tem so na primer značilna javno izražena stališča, da so dopolnilna prostovoljna zavarovanja nepravična do oseb z nižjimi dohodki, ali da so preveč »naviezana« ali »odvisna« od javnega sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja, kar omejuje ali celo preprečuje samostojno rast in razvoj izvajalcev prostovoljnih zavarovanj v državi. Sorodna je tudi teza, da sedanji sistem doplačil in dopolnilnih zavarovanj postaja »razvojna cokla«, ki ne omogoča razvoj ostalih vrst »čistih« prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj (dodatnih, nadomestnih in drugih). S tem naj bi se tudi zmanjševale možnosti dodatnih (večjih) zasebnih vlaganj v hitrejši razvoj zdravstvenega varstva, ki so nujna zaradi vse močnejših pritiskov na rast izdatkov (staranje, nove tehnologije). Ne glede na vse dileme, je v sedanjih ekonomskih pogojih in predvidevanjih gospodarskega razvoja težko razmišljati o nadomestitvi zasebnih sredstev dopolnilnih zavarovanj z javnimi sredstvi in s tem tudi s povečanjem prispevnih stopenj delodajalcev in zavarovancev. Tudi razmišljanje o zmanjšanju pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki bi si jih nato ljudje zagotovili z dodatnim (ali drugimi) prostovoljnimi zavarovanji, je težko sprejemljivo.

Pri razpravah o nadaljnjem razvoju prostovoljnih zavarovanj ne gre le za finančne vidike, ampak je to povezano tudi s pomembnim **vprišanjem večanja možnosti individualne izbire v sistemu**, ki je v sodobnih evropskih družbah vse večja vrednota posameznikov in večkrat tudi v nasprotju z absolutno solidarnostjo in drugimi kolektivnimi vrednotami javnih socialnih in zdravstvenih sistemov. V sistemih zdravstvenega varstva zato vstopa možnost večje izbire kot neke vrsta nadgradnja in modernizacija javnih sistemov. S tem je povezano tudi dejstvo, da brez osebnih vlaganj v javnem sistemu ni mogoče zagotoviti vsega, kar bi posamezniki želeli in kar bi sodobna zdravstvena služba zmogla. Zato je vprišanje nadaljnje modernizacije sistemov z vidika finančnih virov os ponovnega iskanja javnega konsenza glede temeljnega vprišanja, kakšno solidarnost na področju javnega sistema zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja je mogoče uresničevati na osnovi razpoložljivih javnih sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja in kako ta sistem nadgrajevati z večanjem možnosti osebne izbire. Za slednje pa je nujno opredeliti odgovor na vprišanje, katere pravice naj bi si na osnovi osebne izbire ljudje zagotavljali sami - tudi z lastnimi sredstvi.

Na nujno po ponovnem definiranju **osnovnega pojma in vsebine solidarnosti** v javnem zavarovanju opozarjajo tudi nekateri pojavi nesistemskega pristopa pri zagotavljanju zasebnih finančnih virov za opravljanje zdravstvene dejavnosti. Na področju zdravstvenega varstva se prav v zadnjem obdobju pojavljajo ponudbe nekaterih izvajalcev, ki so podobna ali sorodna t.i. »vzporednim« zdravstvenim zavarovanjem. Pri tem gre poleg pravnih vprašanj, za vprašanje družbene (moralne ali etične) sprejemljivosti takšnih oblik ponudb oziroma zavarovanj, saj se s »paralelnimi zavarovanji«, ne glede na solidarnost in v javnem sistemu zagotovljene pravice, ponuja možnost (hitrejšega) dostopa do (boljših) zdravstvenih storitev, ki je povezana s plačilom oziroma materialnimi možnostmi posameznika, kar lahko gre na škodo tistih, ki le teh ne premorejo. Poleg tega se pojavlja tudi vprašanje prikritega prelivanja javnih sredstev v zasebne zaslužke. Države EU, ki poznajo vzporedna zavarovanja, skušajo z dosledno regulacijo vsebin in oblik tovrstnih zavarovanj, uveljaviti določene možnosti izbire, vendar pri tem zelo pazijo, da ne bi bila skrhana osnovna razmerja solidarnosti v javnih sistemih. Zato bi morali biti tudi v Sloveniji na to zelo pozorni, predvsem pa bi morali nosilci zakonodajnih pobud dograditi zakonske akte ter preprečiti tveganja, da bi prišlo do nesprejemljivega razlikovanja zavarovancev. Predvsem bi bilo potrebno dosledneje zaščititi zavarovane osebe oz. pravice bolnikov kot uporabnikov storitev v javnem sistemu zdravstvenega varstva, da se preprečijo primeri tovrstnega razlikovanja v javni mreži zdravstvene službe.

O vseh teh razvojnih vprašanjih bi morala čim prej jasne odgovore podati zdravstvena politika. Vsekakor bo morala Slovenija zaradi značilnih razvojnih zdravstvenih gibanj **tudi v bodoče financiranje zdravstvenega varstva graditi na mešanem javno-zasebnem modelu**. Takšno usmeritev potrjujejo tudi nekateri novi zakoni (o javno-zasebnem partnerstvu) in najave sprememb zakonov (zakon o zdravstveni dejavnosti, zakon o koncesijah v zdravstvenem varstvu). Glede na opisane razvojne dileme na področju prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, bo potrebno čim prej opredeliti strategijo nadaljnjega razvoja prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v državi na način, ki bo omogočal morebitna prestrukturiranja posameznih vrst teh zasebnih zavarovanj brez tveganja za stabilno financiranje sistema zdravstvenega varstva.

Glede sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja pomeni že politika ohranjanja enakega deleža v BDP ob sedanjih makrofiskalnih gibanjih določene spremembe v strateških usmeritvah. Ob upoštevanju zahteve **Programa za stabilnost** (2006, prej t.i. Konvergenčni program Republike Slovenije) **po uravnoteženem poslovanju ZZZS ob nespremenjeni prispevni stopnji** za obvezno zdravstveno zavarovanje v naslednjem razvojnem obdobju, **bo rast prihodkov ZZZS, ki bo usklajena z rastjo BDP, moč doseči le v primeru ohranjanja sedanje stopnje rasti zaposlovanja in ustrezne rasti plač zaposlenih**. Ob tem pa so pomembne tudi dodatne aktivnosti za povečanje izboljšanje prihodkov ZZZS, kjer se v primerjavi z opazovanim obdobjem 2002-2007 ob določenih sistemskih spremembah kažejo potrebe po spremembah predvsem v sektorju samozaposlenih zavezancev za plačilo prispevkov.

### 2.1.5. Trendi v izdatkih

Tudi v Sloveniji se srečujemo s pojavom rastočih potreb po zdravstvenih storitvah ob omejenih zmogljivostih in sredstvih za njihovo zadovoljevanje. Glede na opisane ukrepe fiskalne politike smo v začetnih letih obdobja 2002 – 2007 imeli na področju obveznega zdravstvenega zavarovanja določene težave pri zagotavljanju zadostnih finančnih virov, saj so stroški bili vse do konca leta 2004 višji od prihodkov. »Škarje«, pri katerih so en krak

potrebe, drug pa možnosti njihovega zadovoljevanja, se vse bolj razpirajo. Po eni strani se zaradi trajnega povečevanja kroničnih, degenerativnih bolezni ter vse večje informiranosti zavarovanih oseb o možnosti njihovega zdravljenja povečujejo njihove potrebe in zahteve. Prav te bolezni pa zahtevajo velika finančna vlaganja za njihovo odkrivanje, zdravljenje in rehabilitacijo. Drug pomemben pojav, ki vse močnejše vpliva na povečane potrebe in zahteve po storitvah, je hiter razvoj znanosti, saj je količina novosti s področja medicinskih ter farmacevtskih tehnologij zdravljenja ali lajšanja bolezni, vsako leto večja. Vse to je povezano z rastjo stroškov zdravljenja, saj se skladno z ekonomskim razvojem družbe povečujejo tudi stroški delovne sile in tekočih materialnih stroškov v zdravstveni službi (»medicinska inflacija«). Take trende lahko z veliko gotovostjo pričakujemo tudi v prihodnosti, kar kaže na to, da povečanih potreb in zahtev prebivalstva ne bo mogoče več zagotavljati na dosednji način in da bodo potrebne spremembe v družbenem odnosu do zdravja, v organizaciji zdravstvene službe, solidarnosti in načinu zagotavljanju zdravstvenih storitev. Te napovedi ne morejo spremeniti niti poslovni rezultati zadnjih dveh let in trenutno relativno dober poslovni položaj ZZZS, ki se utegne že v kratkem poslabšati in se bodo spet pojavile težave z zagotavljanjem finančne stabilnosti področja obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Gibanja stroškov za zdravstveno varstvo oziroma zavarovanja v Sloveniji so dolgoročno zelo sorodna stanju v sistemih zdravstvenega varstva v Evropi, ki prav tako kažejo na nenehno rast stroškov za zdravstveno varstvo. Po podatkih OECD v zadnjih letih **rast javnih izdatkov za zdravstvo v evropskih državah**, ki je bila ob koncu devetdesetih let zaradi številnih reformnih ukrepov že na ravni ali celo nekoliko počasnejša od gospodarske rasti, **ponovno narašča hitreje od rasti BDP**. Ponekod (npr. Anglija, Danska, Italija) je ta trend naraščanja javnih izdatkov posledica zavestnih zdravstveno političnih odločitev, da se sanirajo posledice nekaterih ostrih varčevalnih ukrepov v devetdesetih letih preteklega stoletja, katerih posledice so se pokazale v (ne)dostopnosti do nekaterih zdravstvenih storitev (čakalne dobe) ali kot zastoji v razvoju (uvajanje novih medicinskih tehnologij, novih zdravil, informacijska nadgradnja, idr.). V večini ostalih držav Evropske unije pa je sedanja hitrejša **rast javnih izdatkov posledica vse hitrejšega uvajanja novih medicinskih tehnologij in novih zdravil**. Javni izdatki za zdravstvene storitve so v državah OECD v zadnjem obdobju v povprečju realno naraščali za 3 - 5 % letno, za zdravila pa celo po 5 – 10 % realni letni stopnji. Močan učinek na rast izdatkov pa imajo tudi stalne **zahteve po boljšem vrednotenju zaposlenih v zdravstvenih dejavnostih**.

Tudi v Sloveniji sta glavni skupini izdatkov, ki so v zadnjem obdobju realno najhitreje naraščali, izdatki za (bolnišnične) zdravstvene storitve in izdatki za zdravila. **Odhodki ZZZS za storitve so v obdobju 2002-2007 realno naraščali na leto povprečno za 2,8 %**. Odhodki za zdravila so v tem obdobju naraščali skokovito in realno povprečno na višji stopnji. Nihanja v izdatkih za zdravila med posameznimi leti so nastajala zaradi naporov, da se ti izdatki z najrazličnejšimi ukrepi obvladujejo, vendar je letu obvladovanja izdatkov praviloma sledilo leto pospešene rasti izdatkov. Gre za t.i. učinek »balona«, kjer za nekaj časa lahko zajezimo določene stroške, nato pa se le-ti vrnejo skokovito v naslednjem obdobju. Pri prizadevanjih za obvladovanje izdatkov tako ni hitrih zmag. Vendar pa je pomemben podatek, da je bila v Sloveniji v povprečju realna rast izdatkov za zdravstvene storitve manjša kot v primerljivih evropskih državah. O tem priča tudi podatek, da so se izdatki ZZZS za zdravstvene storitve v obdobju od 2002 do 2007 v deležu BDP iz 4,56 % BDP zmanjšali na 4,39 % BDP. V Sloveniji se v zadnjem obdobju torej ne srečujemo s tako hitrim naraščanjem (javnih) izdatkov za zdravstvene storitve v primerjavi z rastjo BDP kot v večini držav EU. Prav slednje je mogoče oceniti kot enega izmed uspehov ZZZS pri uresničevanju njegove strategije za obdobje 2002 – 2007, katerega pa bo zelo težko ponoviti v naslednjih letih.

Visoka realna rast izdatkov za zdravstvene storitve je v razvitih državah EU predvsem posledica sprememb v strukturi potreb in zahtev (vse več kroničnih obravnav) ter hitrejšega uvajanja novih medicinskih tehnologij, metod zdravljenja in novih zdravil v zdravstvene programe. V Sloveniji je situacija podobna, ne pa tudi povsem enaka. Podrobnejši pregled gibanja izdatkov ZZZS v obdobju 2000-2007 po posameznih dejavnostih pokaže, da so gibanja sorodna evropskim v večji meri le v bolnišnični dejavnosti. Pri specialistično ambulantni in bolnišnični dejavnosti je v tem obdobju delež izdatkov za materialne stroške naraščal hitreje kot delež izdatkov za plače, pri ostalih programih zdravstvenih storitev pa je na realno rast izdatkov bolj vplivala rast plač (tabela 8).

**Tabela 8. Deleži sredstev za materialne stroške in plače po zdravstvenih dejavnostih, Slovenija, 2000 - 2007**

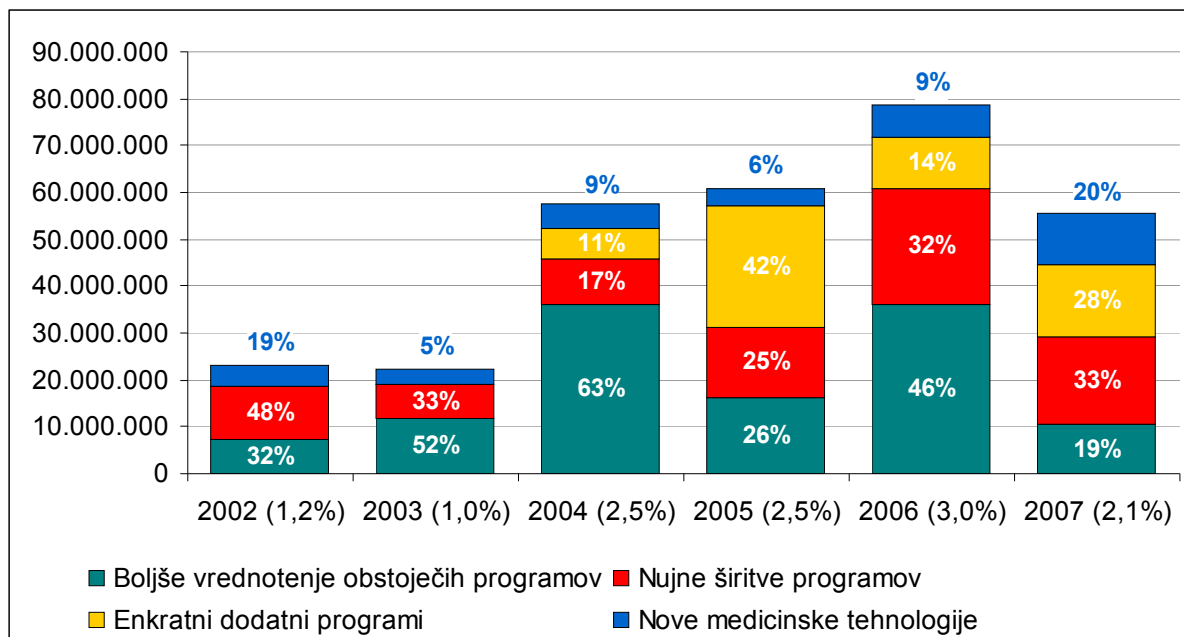
Leto	Osnovna Dejavnost		Spec.amb. in bolniš.dejavnost		Lekarniška dejavnost		Dejavnost SVZ		Zdraviliška dejavnost		Skupaj vse dejavnosti	
	PL	MS	PL	MS	PL	MS	PL	MS	PL	MS	PL	MS
2000	72,67	27,33	54,44	45,56	78,53	21,47	79,42	20,58	57,69	42,32	62,16	37,84
2002	72,21	27,79	51,29	48,71	80,87	19,13	82,07	17,93	60,67	39,24	59,93	40,07
2004	73,90	26,10	52,28	47,72	81,14	18,86	83,38	16,62	62,54	37,46	60,95	39,05
2006	74,37	25,63	51,73	48,27	80,08	19,92	83,86	16,14	63,36	36,64	60,58	39,42
2007	73,39	26,61	51,63	48,37	79,16	20,84	83,88	16,12	63,31	36,69	60,13	39,87

Legenda: - PL: plače s prispevki delodajalcev in sredstvi za regres ter dodatno pokojninsko zavarovanje  
 - MS: materialni stroški, amortizacija, ločeno zaračunljiv material

Vir: Poslovna poročila ZZZS 2000-2007

Kljub visoki rasti stroškov in nujnosti njihovega obvladovanja je ZZZS v obdobju 2002-2007 poleg rednih sredstev skupaj s partnerji namenjal tudi izdatna dodatna sredstva in sicer za boljše vrednotenje obstoječih programov, za nujne širitve programov in za uvajanje novih tehnologij ter metod zdravljenja, vključno z novimi zdravili za zdravljenje bolnikov v bolnišnicah. Teh dodatnih sredstev je bilo skupaj z vsakoletnimi t.i. enkratnimi dodatnimi sredstvi za skrajševanje čakalnih vrst v letu 2002 okoli 1,2 %, v zadnjih dveh letih pa 3,0 % oziroma 2,1 % vseh (javnih in zasebnih) sredstev za zdravstveno varstvo v Sloveniji. Večji del dodatnih sredstev se je v obdobju 2002-2007 namenil za odpravljanje zastojev v dostopnosti do (specialistično ambulantnih in bolnišničnih) storitev oz. sanaciji posledic sprememb v strukturi zdravstvenih potreb in zahtev. Le manjši del teh sredstev se je namenil za neposredno uvajanje novih medicinskih tehnologij in postopkov zdravljenja, z izjemo v letu 2007, ko je bilo za nove medicinske tehnologije načrtovanih kar 20 % vseh dodatnih sredstev, od tega pretežni del (75 %) za zdravljenje rakavih bolnikov z novimi zdravili (preko 8 milijonov evrov). Deleži dodatnih sredstev po namenih so razvidni iz slike 7. To pomeni, da se dodatna sredstva v Sloveniji v pretežni meri namenjajo prilagajanju programov zdravstvenih storitev in dejavnosti na sekundarni in terciarni ravni spremembam v patologiji prebivalstva. V manjši meri pa so bila dodatna sredstva načrtnemu uvajanju novih medicinskih tehnologij, metod zdravljenja in novih zdravil. Tak način lahko pogojno označimo kot stihijski razvoj, ki ne omogoča polni izkoristek novih medicinskih tehnologij za bolj ustrezen dostop zavarovanih oseb do novih metod in postopkov zdravljenja ter bolj kakovostne obravnave. Razlogov za takšno stanje ne kaže iskati pri ZZZS, ampak v odsotnosti strategije in plana razvoja zdravstvenega varstva na nacionalni ravni. Po zgledu razvitih držav EU bi bilo potrebno **uveljaviti pregledno, načrtno in koordinirano uvajanje novih tehnologij** na nacionalni ravni, ki bi izhajalo iz potreb prebivalstva in ocenjevanja dejanskih vplivov ter učinkov novih tehnologij na zdravje ali izide zdravljenja posameznih bolezni (po metodologiji Health Technology Assessment – HTA), ocene ali določitev

razpoložljivih finančnih virov (npr. 1 % vseh sredstev za zdravstveno varstvo na letni ravni v primerjavi s sedanjimi 0,32 %) ter preglednih kriterijev in meril, na podlagi katerih bi bile nove metode in postopki zdravljenja dostopni zavarovanim osebam.



**Slika 7. Obseg (v evrih) na letni ravni in deleži dodatnih sredstev v Splošnih dogovorih za leta 2002-2007 po osnovnih namenih porabe, Slovenija**

Opombe: Boljše vrednotenje: dodatna sredstva za plače, materialne stroške, amortizacijo in za specializacije zdravnikov  
 Nujne širitve: trajna dodatna sredstva za krajšanje čakalnih dob oziroma širitev javne zdravstvene mreže  
 Enkratni programi: enkratna dodatna sredstva za krajšanje čakalnih dob  
 Nove tehnologije: novi postopki in metode zdravljenja in nova zdravila (predvsem za zdravljenje rakavih bolezni)

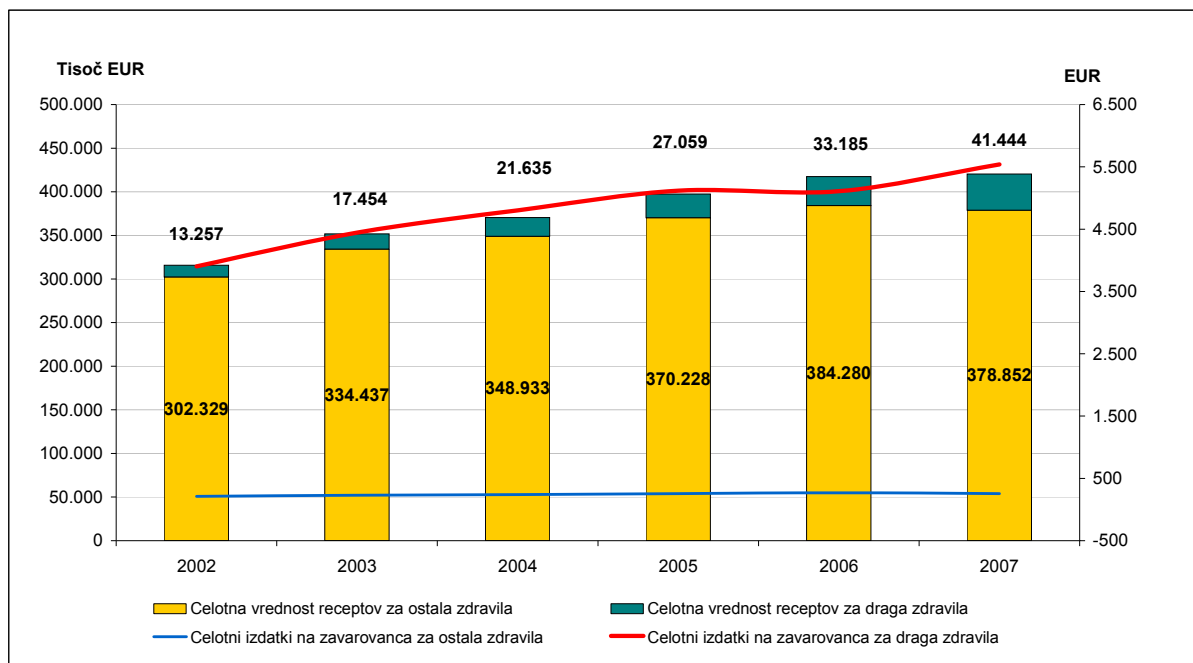
Vir: Splošni dogovori in Poslovna poročila ZZZS 2002-2006

Odhodki ZZZS za zdravila so v obdobju 2002-2007 **na leto realno narasli povprečno za 2,0%, brez leta 2007 pa 4,3 %** (prim. s sliko 14). Pri tem so bili zaznani skoki v izdatkih, ki so se pojavili praviloma vsako drugo leto po uveljavljanju sistemskih ukrepov ZZZS za obvladovanje področja zdravil, z izjemo v letu 2007, v katerem je zabeleženo izrazito zmanjšanje izdatkov ZZZS za zdravila (realno za 9,7 %). V primerjavi z realnimi stopnjami rasti v državah EU je rast izdatkov za zdravila v Sloveniji sorazmerno nizka. Z vidika obvladovanja izdatkov za zdravila je zelo pomemben podatek o naraščanju deleža novih oz. dragih zdravil v primerjavi z ostalimi (klasičnimi) zdravili, ki se predpisujejo na recepte. V letu 2007 je znašal delež vrednosti dragih zdravil v odhodkih za vsa zdravila 9,8 % (slika 8). Zato bo tudi na področju zdravil v prihodnje potrebno poglobiti merila in pristopiti k ocenjevanju celovitih vplivov posameznih novih zdravil na zdravje prebivalstva, saj klasične ocene na osnovi primerjav pridobljenih koristi za vložene stroške ne dajejo več dovolj jasnih odgovorov glede uspešnosti novih zdravil v primerjavi s starimi.

Obvladovanje izdatkov za zdravstvene storitve in za zdravila spričo opisanih razvojnih trendov na sistemski ravni v prihodnje ne bo mogoče več dovolj učinkovito zagotoviti le z ukrepi ZZZS znotraj izvajanja obveznega zdravstvenega zavarovanja. Nujno bo ob sektorskih naporih uveljaviti tudi določene strateške ukrepe, ki se nanašajo na celoten zdravstveni sektor, pa tudi druge sektorje izven zdravstva. Gre za uveljavljanje celovitih strategij za obvladovanje strukturnega razkoraka med zdravstvenimi potrebami in možnostmi njihovega zadovoljevanja, ki jih v Sloveniji zaenkrat še nimamo dovolj jasno opredeljenih. Obstojajo sicer različni programi in usmeritve, ki naj bi delovali v tej smeri, vendar se pogreša celovita

strategija sprememb in temeljnih reformnih prizadevanj, ki bi morale zajeti različne sektorje družbe. Potrebno bi bilo zlasti:

- povečati in razširiti odgovornost ljudi za lastno zdravje in za spreminjanje življenjskih navad (promocija zdravja),
- uveljaviti odgovornost države in delodajalcev za izbrane programe in projekte za boljše zdravje delavcev (promocije zdravja na delovnem mestu),
- krepi sposobnost ljudi, da živijo kakovostno z boleznijo (»patient empowerment«),
- krepi in izboljšati kakovost primarne zdravstvene oskrbe,
- uvesti medsektorske aktivnosti in pristope za dolgotrajno oskrbo bolnikov (s posebnimi potrebami).



**Slika 8. Primerjava med gibanjem celotnih izdatkov za draga zdravila\* ter za ostala zdravila, ki so bila izdana na recept v breme obveznega zdravstvenega zavarovanj, Slovenija 2002 – 2007**

\*Opomba: Kot draga smo opredelili zdravila, za katera terapijo določi lahko le zdravnik specialist in katerih letno zdravljenje presega 2.000 evrov (vključena so tudi biološka zdravila).

Vir: Poslovna poročila ZZZS 2002-2006

Poleg tega pa bi bilo nujno nadaljevati tudi s sektorskimi pristopi za obvladovanje izdatkov za storitve in zdravila na nacionalni ravni (pregledno in prednostno uvajanje novih medicinskih tehnologij in novih zdravil, zadrževanje izdatkov v okviru razpoložljivih virov), ter na ravni posameznih zdravstvenih organizacij, kot so na primer bolnišnice (prav tako določanje prednostnih programov uvajanja novih metod zdravljenja, zadrževanje izdatkov v okviru razpoložljivih virov). Temeljnega pomena pri tem je zlasti načrtno in koordinirano uvajanje novih medicinskih tehnologij in novih zdravil ob sodelovanju vseh partnerjev v zdravstvu.

### 2.1.6. Zdravstvene dejavnosti v Sloveniji

Izvajalci zdravstvenih storitev so eden izmed partnerjev ZZZS in so skupaj z njim ter Ministrstvom za zdravje soodgovorni za izvajanje programa zdravstvenega varstva in za zdravstveno stanje prebivalstva. ZZZS na podlagi pogajanj in sklepanja pogodb z njimi omogoča zavarovanim osebam dostopnost do zdravstvenih storitev, ki so pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Od rezultatov teh partnerskih odnosov je v veliki meri



odvisno zadovoljstvo zavarovanih oseb, hkrati pa tudi stroški zdravstvenih storitev in s tem tudi poslovanje ZZZS. Oboje pa je odvisno od razvitosti in usposobljenosti zdravstvenih zmogljivosti ter njihove organizacije, deloma pa tudi od načina njihovega financiranja.

Po nekaterih zdravstvenih zmogljivostih (kadri, bolnišnične postelje) Slovenija zaostaja za povprečjem Evropske unije. Zaostajanje je posledica številnih dejavnikov (prim. s tabelo 9).

**Tabela 9. Zdravstvene zmogljivosti v Sloveniji, 2001-2005 v primerjavi z državami EU**

Izbrani kazalci zdravstvenih zmogljivosti	2001	2002	2003	2004	2005	EU 15*	EU novi*	EU vsi *
Št. bolniš. postelj na 100.000 preb.	516,36	508,44	495,55	479,92	483,03	570,82**	643,68**	584,16**
Št. akut. bolniš. postelj na 100.000 preb.	423,59	414,29	401,00	385,03	387,48	393,18**	502,59**	413,46**
Delež zasebnih bolniš. postelj	0,19%	0,22%	0,22%	0,87%	1,04%	22,97%**	5,5%**	20,07%**
Št. zdravnikov na 100.000 preb.	218,92	224,23	226,27	231,1	...	335,55**	261,23**	317,75**
Št. spl. zdravnikov na 100.000 preb.	46,28	46,65	46,32	46,37	...	102,62**	70,5**	97,57**
Št. zdravn. v bolniš. na 100.000 preb.	119,09	124,22	125,35	131,78	...	...	...	...
Št. zobozdravnikov na 100.000 preb.	59,14	60,08	60,25	50,74	...	65,74**	40,81**	60,60**
Št. farmacevtov na 100.000 preb.	38,96	39,58	41,07	42,46	...	81,52**	42,33**	71,94**
Št. med. sester na 100.000 preb.	715,1	717,89	...	...	...	749,48**	545,85**	693,73**

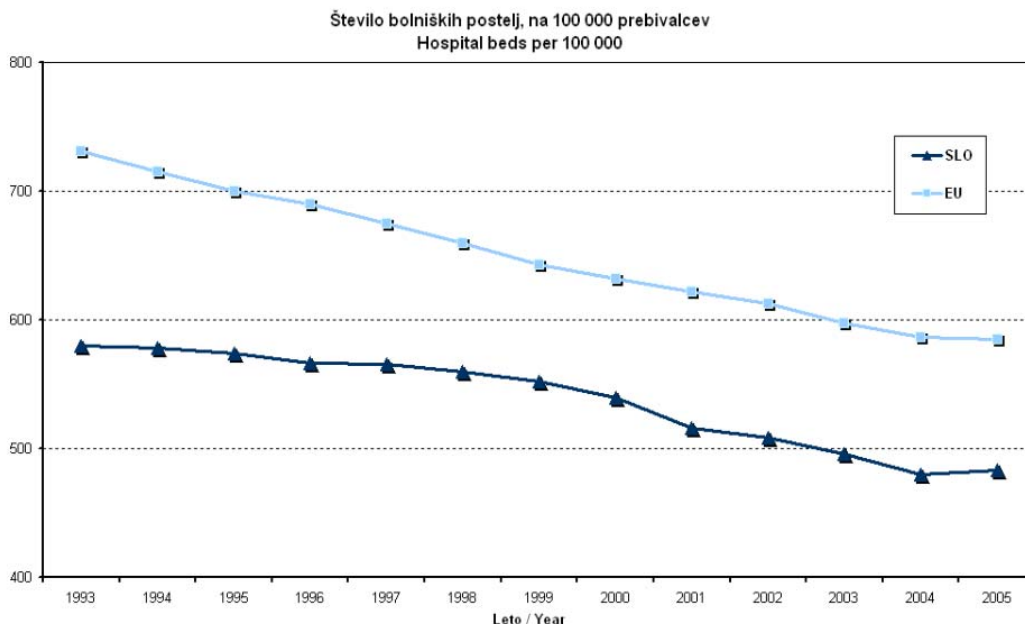
Vir: Health For All Database, WHO Europe (<http://data.euro.who.int>), 2006 in Zdravstveni statistični portal, IVZ (<http://www.ivz.si/index.php?akcija=podkategorija&p=56>)

Opombe: \* EU 15 predstavlja povprečje izbranih kazalcev za države EU pred širitvijo v letu 2004; EU novi predstavlja povprečje novih držav EU, ki so postale članice po letu 2004 ali 2007; EU vsi predstavlja povprečje vseh držav EU  
 \*\* Zadnji razpoložljiv podatek (praviloma iz leta 2004, nekaj podatkov tudi za leto 2005)

Najpomembnejši razlog za zaostajanje v številu kadrov je v dolgoletnem omejevanju vpisa na zdravstvene šole, ki traja že več kot 30 let. Dolgo časa je razvoj zdravstvene dejavnosti temeljil le na javnih sredstvih in javnih zdravstvenih zavodih, zato je bilo temu prilagojeno tudi zaposlovanje in izobraževanje zdravstvenih delavcev. Zaradi tega so pri nas privatne zmogljivosti v primerjavi z drugimi evropskimi državami sorazmerno skromne, kar velja tudi za ponudbo storitev, ki bi jih zasebne zmogljivosti opravljale za samoplačnike oziroma za zasebna sredstva. Drug razlog za manjše zdravstvene zmogljivosti je iskati v omejevanju zaposlovanja v javnih zavodih, kar je bilo nujno zaradi omejenih finančnih sredstev. Na obseg zmogljivosti so vplivali tudi razni ukrepi za čim bolj racionalno organizacijo zdravstvene službe in jih lahko štejejo tudi med zavestne odločitve kot rezultat naših potreb in možnosti. To še posebej velja za bolnišnično dejavnost, kjer se Slovenija prilagaja znanim svetovnim trendom po zmanjševanju trajanja bolnišnične obravnave, preusmerjanju v ambulantno obravnavo in dnevno bolnišnico ter uvajanju t.i. transmuralne medicine. V tem smislu je bilo slovensko relativno nizko število bolnišničnih postelj v primerjavi z državami EU velikokrat označeno kot rezultat racionalnega načrtovanja in primerjalna prednost slovenskega zdravstva in ne kot posledica zaostajanja za razvitimi državami. Dokaz za to so večletna gibanja, iz katerih je razvidno, da je trend zmanjševanja bolnišničnih zmogljivosti splošen evropski trend, pri čemer v Sloveniji »prednost« v racionalnem številu postelj na 100.000 prebivalcev pred državami EU v daljšem obdobju ves čas ohranjamo (prim s sliko 9).

Tudi odgovora na vprašanje, ali se pri nas soočamo s pomanjkanjem zdravnikov in drugega zdravstvenega osebja, ni mogoče enoznačno podati. Po številu kadrov Slovenija najbolj zaostaja za državami EU pri splošnih (družinskih) zdravnikih, zobozdravnikih in deloma pri farmacevtih. Ob sprotne ugotavljanja nepokritih potreb in sprejemanju ustreznih dogovorov med partnerji, ki so jim sledile spremembe pri zagotavljanju sredstev s strani ZZZS v obdobju

2002-2006, se je glede števila zdravnikov in medicinskih sester začelo stanje postopno popravljati (prim. s tabelo 9). Vendar kako resno je to pomanjkanje zdravnikov, zobozdravnikov in medicinskih sester, ali gre za pomanjkanje teh profilov na sploh, ali samo na posameznih področjih ali območjih in ali je pomanjkanje kadrov tudi morebitna posledica neustrezne organizacije v zdravstvenih zavodih – odgovore na ta vprašanja bi bilo možno podati le s poglobljeno strokovno analizo.



**Slika 9. Padanje števila bolniških postelj na prebivalca v Sloveniji v primerjavi z EU (vsi, 1993-2005)**

Vir: Zdravstveni statistični letopis, IVZ - 2006

Opisana prestrukturiranja v bolnišnični dejavnosti so bila tudi v obdobju 2002-2007 odraz potreb po prilagoditvi zdravstvenim potrebam in zahtevam prebivalstva - zlasti glede obravnave neakutnih oziroma kroničnih bolnikov. Skladno s prestrukturiranjem finančnih sredstev so bile v tem času zagotovljeni nekateri novi programi in storitve kot npr. paliativna oskrba, dnevno varstvo v socialnih zavodih itd.

V primerjavi Slovenije z zmogljivostmi v državah EU 15 izstopa podatek, da je **javno zasebno partnerstvo pri izvajanju zdravstvene dejavnosti** v zahodno evropskih državah, podobno kot pri finančnih virih za zdravstvo, znatno bolj razvito. V EU 15 je okoli ena petina vseh bolnišničnih zmogljivosti v zasebnih rokah. V Sloveniji je ta delež zanemarljiv. Razlog za to je v ureditvi, po kateri pred osamosvojitvijo zasebna zdravstvena dejavnost v Sloveniji ni bila dovoljena. Šele od leta 1992 dalje se je začelo razvijati predvsem zasebno delo, ki se na osnovi koncesije opravlja kot javna služba. Manj je tako imenovane čiste privatne dejavnosti, ki bi poleg zasebnega dela vključevala tudi zasebna vlaganja v zdravstvene zmogljivosti (objekte, opremo itd.) Razlog za to je že opisana dolgoletna orientacija v Sloveniji na izgradnjo javnega sistema. Ob omejenih javnih sredstvih se zaradi tega niso razvile večje zdravstvene zmogljivosti, ki danes ne bi bile potrebne v javnem sistemu in bi lahko prešle v privatni sektor. Javne zmogljivosti so bile praktično v celoti posvečene izvajanju javnega sistema, ki je ponujal zavarovanim osebam možno košarico zdravstvenih pravic.

V zadnjih letih se odpirajo polemična **vprašanja nadaljnje privatizacije** zdravstvenega varstva v Sloveniji. Že nekaj let se soočamo z določenimi težavami, ki izhajajo iz nejasnih

pravil in neustrezne ureditve »sobivanja« zasebnih in javnih izvajalcev zdravstvenih storitev. V mešanih javnih - zasebnih sistemih držav EU pravni predpisi praviloma opredeljujejo črto ločnico med javno in zasebno dejavnostjo ter sredstvi. Zanimive so zlasti novejša izkušnja pri pravnem dograjevanju javno-zasebnega partnerstva v zdravstvu v Veliki Britaniji in na Danskem, kjer so imeli izvajalci zdravstvenih storitev do nedavnega podobne možnosti »mešanega opravljanja storitev za javni ali zasebni sektor« kot pri nas. Vendar so se zaradi zaznanih težav (nepredvidljivi zastoji v dostopnosti oz. umetno ustvarjene čakalne dobe ter vrsta zlorab pri uporabi javnih sredstev) pri izvajanju tega t.i. »kombiniranega« javno-zasebnega sistema odločili za strogo ločitev obeh področij oziroma za pravno regulirane pristope, ki so značilni za t.i. »segregirane« javno - zasebne sisteme.

Države EU, ki uveljavljajo mešani javno-zasebni model izvajanja zdravstvenih dejavnosti, se tako v zadnjih letih vse bolj odločajo za strožjo pravno, organizacijsko in finančno ločitev ter temu ustrezno regulacijo obeh oblik dejavnosti. Zelo strogo so razmejena sredstva, ki se uporabljajo pri opravljanju storitev v obeh oblikah dejavnosti, bodisi da gre za prostore, opremo, zdravila, pripomočke, sanitetni in drugi material, energijo in podobno. Prav tako stroga je tudi regulacija situacij in možnosti, da zaposleni v javnem sektorju (zdravniki in drugo zdravstveno osebje), opravijo določene storitve tudi izven delovnih obveznosti v javnem sektorju.

V Sloveniji javno-zasebno partnerstvo v zdravstvu ni rešeno na opisane načine, saj je veljavna zdravstvena zakonodaja v tem pogledu povsem zastarela. Edina »prava« rešitev stanja, bi bila ustrezna sprememba in dopolnitev ustreznih zakonov. Takšen poskus je bil v letu 2006 objavljen osnutek novega zakona o koncesijah za izvajanje javne službe v zdravstveni in lekarniški dejavnosti in o svobodnih zdravnikih specialistih (v nadaljevanju ZKIJS), vendar je bila javna obravnava v začetku leta 2007 prekinjena, tako da je usoda zakona nejasna. Vsekakor bi moral ta ali podoben zakon sedanjo ohlapno zakonodajo nadgraditi z jasnimi in preglednimi pravili sožitja med javnimi in zasebnimi partnerji v javnem sistemu zdravstvenega varstva. Sicer se bomo ob odsotnosti ustrezne pravne regulacije v Sloveniji soočali z **vse večjimi zapleti** pri izvajanju javno zasebnega partnerstva v zdravstvu, četudi so že sedanji zapleti z vidiki organizacije javne zdravstvene službe težko popravljivi. Trenutno so med težavami najbolj žgoča **vprišanja nadaljnjega delovanja zdravstvenih domov**, katerih poslanstvo je zaradi odhodov zasebnikov oz. stihijske politike podeljevanja koncesij v zadnjih letih dokaj oteženo. Prav tako vznemirjajo **nepregledna pravila pri delovanju samoplačniških ambulant** (znotraj javnih zavodov) ali pojavi **neupravičenega zaračunavanja (samoplačniških) storitev** zavarovanim osebam idr.

Vprašanja zadostnosti razpoložljivih zdravstvenih zmogljivosti, njihovega morebitnega manjka ali presežka so tesno povezana s vprašanji ustreznosti njihove organizacije. Glede tega je potrebno ugotoviti, da je ta v Sloveniji še skoraj povsem taka kot je bila zastavljena pred približno 20 leti. Spremenilo se je le to, da se je začela uvajati zasebna dejavnost, spremenil ustanovitelj oziroma lastnik, deloma pa tudi način upravljanja z javnimi zavodi. Prav neustrezna organizacija dela v javnih zavodih pa je eden od dejavnikov, ki vpliva na storilnost in izkoriščenost razpoložljivih podlag dela in s tem tudi na poslovanje ZZZS. Na tem področju v obdobju 2002-2007 ni prišlo do vidnejših sprememb.

ZZZS se je v SRP 2002-2007 skladno s primerljivimi pravnimi ureditvami v prostoru EU opredelil za usmeritev, da obravnava enakopravno vse izvajalce zdravstvenih storitev, ne glede na to ali so organizirani kot javni zavod ali kot zasebniki ali zasebne organizacije, in se v tem obdobju dosledno držal te usmeritve. V SRP je bilo izraženo tudi pričakovanje, da bo področje izvajanja zdravniške službe podvrženo nadaljnji privatizaciji. Prav tako je bilo prisotno pričakovanje, da bo v sistemu prišlo do sprememb, ki bi izboljšale motiviranost zdravnikov in omogočal sistemsko nagrajevanje zdravniškega dela na način, ki bi

managerjem zdravstvenih zavodov olajšal individualno nagrajevanje bolj učinkovitih, kakovostnih in uspešnih zdravnikov. Z vidika dostopnosti, kakovosti in učinkovitosti opravljenih programov storitev za zavarovane osebe bi takšen pristop lahko pomenil korak naprej, seveda ob pogoju, da bi proces potekal načrtovano in usklajeno. Ta pričakovanja se niso uresničila, zaradi česar tudi niso bili doseženi cilji SRP po uvedbi bolj stimulativnega načina financiranja izvajalcev.

Kot osnovni predpogoj za uvajanje nadaljnjih institucionalnih novosti pri izvajanju javne zdravstvene službe se zato poleg dograditve sedanjih zdravstvenih zakonov, ki se dotikajo izvajanja dejavnosti (zakon o zdravstveni dejavnosti, zakon o lekarniški dejavnosti, zakon o zdravniški službi) ali oblikovanja novih (zakon o koncesijah), kaže predvsem tudi sprejetje osrednjega in z zakonom predvidenega planskega dokumenta – Plana zdravstvenega varstva za novo razvojno obdobje. Da bi podobno kot v državah EU **izkoristili določene prednosti javno-zasebnega partnerstva pri izvajanju zdravstvene dejavnosti** in dosegali pomemben napredek pri splošnih ciljih sistema zdravstvenega varstva, bi morali v Planu zdravstvenega varstva natančno opredeliti cilje nadaljnjega širjenja javno-zasebnega partnerstva, hkrati pa z mrežo javne zdravstvene službe podati ustrezne podlage za oblikovanje politike podeljevanja koncesij (in drugih tovrstnih aktov). Hkrati pa bi morala biti mreža predpogoj tudi za uveljavljanje takšnih koncesijskih razmerij, ki bodo prispevala k uresničevanju boljše dostopnosti, večje učinkovitosti in kakovosti dela izvajalcev ter drugih temeljnih ciljev javnega sistema.

V SRP je bil za obdobje 2002-2007 **vpliv zakonodaje EU na institucionalne spremembe** na področju zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja ocenjen pravilno. Vpliv na sistemske spremembe je bil kljub številnim koordinacijskim aktivnostim pred in po sprejemu Slovenije v EU skladno z načelom nacionalnih pristojnosti pri urejanju področja zdravstva namreč nezaten. V prihodnje bo v tem pogledu vloga Evropske komisije prav gotovo večja. To kažejo vse dosedanje javne razprave o **zagotavljanju t.i. čezmejnih storitev oz. čezmejnega zdravstvenega varstva** in učinkovitejšem sodelovanju med sistemi zdravstvenega varstva držav članic EU. Pravico do mobilnosti oz. prostega gibanja ljudi na vseh ravneh šteje del evropske zdravstvene politike namreč kot enega izmed pglavitnih integrativnih dejavnikov v EU, zato bo mobilnost bolnikov ključnega pomena za zagotovitev jasnega in celovitega pravnega okvira, ki bo na ravni EU zagotavljal pregledne zakonodajne podlage za izbrana področja zdravstvenih storitev. Pričakovati je zato, da bodo postopno odpravljeni zlasti restriktivni ukrepi posameznih držav EU glede mobilnosti bolnikov, vendar na način, ki ne bo ogrožal finančne stabilnosti zdravstvenih sistemov posameznih držav. To bo glede na dejstvo, da članice EU same določajo svoje socialne in zdravstvene sisteme, težko uresničljivo oziroma bo zahtevalo veliko usklajevanja in dogovarjanja ter tudi drugih ukrepov.

Čeprav je čezmejno zdravstveno varstvo po sedanjih ocenah v Sloveniji pojav omejenega obsega, saj se po sedaj znanih podatkih le okoli 1 % prebivalstva zdravi v drugi državi članici EU, bodisi v času začasnega bivanja v drugi državi, bodisi na osnovi pravice do zdravljenja v tujini na osnovi predhodne odobritve, bo zaradi omenjenih stališč pomen »evropskega zdravstva« v prihodnje vse večji. Evropska sodna praksa je v primeru pritožb posameznih zavarovancev – državljanov namreč zelo načelna, kljub dejstvu, da se pri tem odpirajo številna zelo resna vprašanja, ki so pomembna z vidika pravne, socialne, zdravstvene in siceršnje varnosti zavarovancev, izvajalcev in drugih deležnikov sistema zdravstvenega varstva. Med temi vprašanji so na prvem mestu potrebe po uskladitvi standardov varnosti in kakovosti izvajanja zdravstvenih storitev (tudi glede sprejemljivih čakalnih dob, o čemer priča primer Watts na evropskem sodišču idr.). Zahteva, da se postavijo enotni standardi na celotnem območju EU, ima v tem smislu prav posebno težo. Pri tem bodo morali biti

postavljeni minimalni skupni standardi, kar naj bi imelo za cilj vzpostaviti skupna enotna doktrinarna načela predvsem na izbranih področjih čezmejnega zdravstvenega varstva in postaviti kriterije, ki bodo zavarovanim osebam zagotavljali ustrezno raven varnosti in kakovosti opravljenih zdravstvenih storitev.

Brez dvoma pa bo **čezmejno zdravstveno varstvo v EU zahtevalo zelo usklajen in koordiniran sistem izmenjevanja informacij**, ki bo moral zagotavljati tako domačim kot tujim zavarovancem vse potrebne informacije glede uresničevanja (priznanih) pravic: informacije glede čakalnih dob doma in v tujini, cene zdravstvenih storitev, morda celo prostih kapacitet pri posameznih izvajalcih v vseh državah članicah, sezname referenčnih centrov za posamezne specifične in visoko specializirane zdravstvene storitve v Evropi in drugo. To pa že predstavlja resen izziv za nadaljnje institucionalne dograditve sistema, ki bodo zelo aktualne v obdobju 2008-2013.

## **2.2. Analiza sistema zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja**

Sistemsko okolje, kot ga opredeljujejo veljavni pravni predpisi, še posebej pa tudi vse institucionalne spremembe (reforme) izvedene v konkretnem obdobju, je vselej temeljnega pomena za uspešno doseganje strateških ciljev. To velja tudi za obdobje uresničevanja SRP v letih 2002-2007, ko se je obvezno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji znašlo v situaciji, ko bi bilo potrebno zaradi neskladij med razpoložljivimi finančnimi viri in naraščajočimi izdatki za izvajanje zdravstvenih programov, izvesti večje strukturne spremembe. Te bi bile možne le s spremembami v zakonodaji. Skladno s tem je ZZZS že ob sprejemanju SRP, kot tudi pozneje podal številne pobude po spremembah in dopolnitvah zakonov na področju zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, ki pa zaradi različnih razlogov niso bile sprejete. Zaradi tega niso bila uresničena pričakovanja, da bodo v sistemskem okolju uveljavljene nove rešitve oziroma sprejeti novi zakoni.

Pričakovanja po spremembah so izhajala iz dejstva, da sistem zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja temelji še vedno na rešitvah, ki jih je podal **zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju iz leta 1992** (Ur.l. 9/92 z dne 21.2.1992, v nadaljevanju ZZVZZ). ZZVZZ je bil sicer večkrat spreminjan in dopolnjen (v letih 1993, 1996, 1998, 1999, 2001, 2002, 2003, 2005 in 2006), vendar ni šlo za večje spremembe ali nove konceptualne rešitve. Isto velja tudi za druge zakone s področja zdravstvenega varstva kot npr. zakon o zdravstveni dejavnosti, o lekarniški dejavnosti itd. Poleg zastarelosti teh zakonskih opredelitev je problem tudi v tem, da le te niso usklajene z nekaterimi drugimi zakoni z mejnih področjih. Večje spremembe in dograditve sistema, ki bi uveljavile nove rešitve predvsem pa takšne, ki bi omogočile boljše pogoje za vzpostavljanje dolgoročne vzdržnosti sistema zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, pa so po tako dolgem obdobju veljavnosti ZZVZZ neizogibne in nujne.

Podobno je bilo tudi pričakovanje ZZZS, da bo v času uresničevanja SRP 2002-2007 prišlo do jasnih opredelitev glede prihodnjega razvoja zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja v državi. Novega **plana zdravstvenega varstva** kot osrednjega dokumenta, ki bi določal razvoj sistema zdravstvenega varstva na nacionalni ravni, ki bi moral biti sprejet za obdobje po letu 2004 in ga predvideva ZZVZZ, do leta 2007 na državni ravni nismo uspeli oblikovati.

To dejstvo je onemogočalo uresničevanje tistih ciljev SRP, ki so se nanašali na določitev potrebnih zmogljivosti mreže javne zdravstvene službe, določitev prednostnih ciljev področja

pri doseganju boljšega zdravja, razvoja zdravstvenih dejavnosti, financiranja in posodobitve procesov partnerskega dogovarjanja. Prav tako niso bila uresničena pričakovanja glede strukturnih sprememb ali spremembe zakonov na področju socialne varnosti, kot so na primer uvedba zavarovanje za poškodbe na delu in poklicne bolezni, zavarovanje za dolgotrajno oskrbo itd.

Omenjena nerazrešena razvojna sistemska vprašanja pa so se v tem obdobju 2002-2007 začela močneje odražati tudi v različnih izrazih nezadovoljstva zavarovanih oseb s sistemom zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja.

### **2.2.1. Spremembe pravnih predpisov**

ZZZS je v obdobju po letu 2000, ko se je nakazoval vse večji problem pokrivanja obveznosti z razpoložljivimi finančnimi viri, oblikoval številne predloge in pobude za dopolnitve in spremembe ZZVZZ, ki so imele za cilj spremeniti ali doreči sistemsko ureditev na področju zagotavljanja finančnih virov in sistema pravic. V obravnavanem obdobju 2002-2007 je ZZZS tako na **podlagi tretjega in osmega globalnega cilja** SRP oblikoval pobude za spremembe in dopolnitve ZZVZZ in zakona o dolgotrajni oskrbi (v nadaljevanju ZDO).

Prvi poskus sprememb zakonodaje je bila **novela ZZVZZ**, sprejeta v letu 2002, ki je uveljavila spremembe na področju denarnih dajatev (zmanjševanje pravic do potnih stroškov, pogrebnin in posmrtnin). Vendar so spremembe naletele na velik odpor in zavračanje v javnosti in so bile **z novo spremembo ZZVZZ v letu 2003 opuščene**. Nova vlada je v letu 2004 določene predloge uvrstila v koalicijski program s tem, da je rešitvam na področju obveznega zdravstvenega zavarovanja dodala tudi predloge za boljšo regulacijo področja dopolnilnih zavarovanj. Marca 2005 je bil osnutek sprememb in dopolnitev ZZVZZ podan v javno obravnavo, nakar je Ministrstvo za zdravje začelo pogajanja s kolektivnimi partnerji na državni ravni. Zaradi različnih stališč do predlaganih sprememb se je vlada v juliju 2005 odločila, da bo spremembe in dopolnitve ZZVZZ, razdelila na dva osnovna sklopa njegovih sprememb. S prvo fazo so bile mišljene spremembe in dopolnitve ZZVZZ s področja dopolnilnega prostovoljnega zavarovanja, v drugi fazi pa naj bi na osnovi pogajanj treh pogajalskih strani (vladne, delodajalske in sindikalne) prišli do usklajenega predloga dopolnitev in sprememb ZZVZZ.

**Novela ZZVZZ**, ki je bila sprejeta **ob koncu leta 2005**, je dokončala prvo fazo sprememb ZZVZZ in podala zakonodajne **rešitve za ureditev področja izvajanja dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj** kot javni interes države. **S spremembami in dopolnitvami ZZVZZ v začetku leta 2006** so bila določena še določena vprašanja statusnega preoblikovanja vzajemnih izvajalcev dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj. Od septembra 2005 pa do julija 2006 so uradno potekala kolektivna pogajanja o drugi fazi zdravstvene reforme med predstavniki predlagatelja oz. vlade, predstavniki sindikatov in delodajalcev. Osrednja vprašanja teh pogajanj so se nanašala na pravice do nadomestil v časučasne zadržanosti z dela, deloma pa tudi področja upravljanja obveznega zdravstvenega zavarovanja. Pogajanja so bila sicer zaključena, vendar do sedaj predlagane rešitve na področju izvajanja obveznega zdravstvenega zavarovanja še niso šle v zakonodajno proceduro.

Uresničevanje ciljev in usmeritev SRP, ki so se nanašale na uvajanje sistemskih sprememb za vzpostavitev boljših pogojev za stabilno financiranje in poslovanje ZZZS, tako ni bilo povsem uspešno. Ob tem pa so se v tem obdobju znova uveljavile številne druge zakonske novosti, ki pa so imele večkrat nenačrtovane finančne posledice za ZZZS. V obdobju 2002 - 2007 so bile v širšem sistemskem okolju sprejete nekatere novosti, ki so določene obveznosti prenesle iz

proračuna na ZZZS brez ustreznega finančnega kritja in tudi brez ustreznega soglasja s strani organov upravljanja ZZZS. Zadnji tak primer je bil konec leta 2006 sprejet zakon o izvrševanju proračunov v letih 2007 in 2008, ki je obveznost financiranja pripravništva in sekundariata zdravnikov prenesel iz proračuna na ZZZS. Ob tem je vendarle potrebno dodati, da je na osnovi pobud ZZZS v tem obdobju bilo sprejetih tudi nekaj sistemskih predpisov in rešitev, ki so dale pozitiven finančni učinek. Med temi je potrebno posebej omeniti zakon o obveznih zavarovanjih v prometu glede regresnih zahtevkov (2006). Na podlagi njegovih opredelitev morajo namreč zavarovalnice določeni odstotek premije za obvezno avtomobilsko zavarovanje odvesti ZZZS za kritje škod za poškodbe v cestnem prometu. Pregled pomembnejših sistemskih sprememb v obdobju 2002-2007 podaja tabela 10.

**Tabela 10. Ocena finančnih učinkov (na letni ravni) novih obveznosti ali prihrankov ZZZS, sprejetih na osnovi zakonskih predpisov ali drugih odločitev v zunanjem okolju, 2002-2007**

Leto	Predpis	Vsebina spremembe	Učinek
2002	1. spremembe in dopolnitve ZZZVZ <sup>1</sup> (UL št. 99/2001)	spremembe pravic do: – potnih stroškov – pogrebne – posmrtnine	– spremembe dajatev so bile po 6 mesecih zaradi nezadovoljstva javnosti z novelo zakona odpravljene – novela vzbudila vprašanja enakosti/ solidarnosti – nedosežen predviden prihranek v višini 0,530 mrd na letni ravni
2003	1. spremembe ZZZVZ (UL št. 99/2001) – z začetkom veljavnosti 1.1.2003  2. spremembe ZDR <sup>2</sup> (UL št. 15/2002) – z začetkom veljavnosti 1.1.2003  3. spremembe ZZ <sup>3</sup> (UL št. 67/2002).  4. spremembe Pravilnika o opravljanju nalog UJP na področjih plačevanja in razporejanja obveznih dajatev	– nova ureditev izkazovanja zavarovanja za neredne plačnike (78.a čl.) – uveljavitev imenovanih zdravnikov in zdravstvenih komisij  – širitve pravice do nadomestila (recidiv, odsotnosti po 120 dneh, krvodajalski dan, druga odločanja IZ in ZK)  – uveljavlja nadomestilo za brezposelne v času bolezni  – znižanje prispevka za 70%	– relativno majhen fin. učinek (0,2 mrd na letni ravni) – novela vzbudila vprašanja enakosti/ solidarnosti – stroški reorganizacije službe ZZZS  – novi stroški v višini 0,692 mrd na letni ravni  – novi stroški*  – prihranek stroškov ZZZS za 410 mio tolarjev na letni ravni
2004	1. spremembe Pravilnika o razvrščanju, predpisovanju in izdajanju zdravil ter sklepa o določitvi seznama medsebojno zamenljivih zdravil (UL št.97/2003 – oktober 2003)  2. sprememba ZZZVZ (UL št.126/2003)	– uveljavitev slovenskega sistema referenčnih cen zdravil: veljaven od novembra 2003;  – spremembe glede pogojev povračil škode  – spremembe v zavarovanju kmetov – opredelitev zbirk podatkov v zdravstvenem zavarovanju	– enkratni letni prihranek na ravni okoli 4,5 mrd (všetet tudi učinek iz naslova pogajanj za cene zdravil z dobavitelji)  – učinkovitejše uveljavljanje regresnih zahtevkov skupaj z novim sporazumom z zavarovalnicami; finančni učinek večjih prihodkov na letni ravni okoli 3,5–4,0 rd tolarjev – povečevanje prihodkov za okoli 100 mio tolarjev letno – brez fin. učinkov
2005	1. sprememba ZZZVZ  2. uredba o določitvi višine deleža, ki pripada državnemu proračunu za pokrivanje stroškov DURS v letu 2005	– ureditev dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja kot javni interes – oprostitev plačila	– brez finančnih učinkov za ZZZS  – letni prihranek stroškov ZZZS v višini 1,1 mrd tolarjev

2006	1. sprememba ZZVZZ	– ureditev vprašanj statusnega preoblikovanja vzajemnih dopolnilnih zavarovanj	– brez finančnih učinkov za ZZZS
	2. spremembe in dopolnitve zakona o obveznih zavarovanjih v prometu (Ur.list RS št. 110/2006)	– uvedba pavšalnega povračila regresnih zahtevkov iz premij obveznega avtomobilskega zavarovanja	– povečanje prihodkov za 5,1 mrd tolarjev
	3. spremembe zakona o davku na izplačane plače (Ur.list RS št. 21/2006)	– postopna ukinitvev davka do leta 2009	– zmanjšanje odhodkov vsako leto za dodatnih 2 mrd SIT do 2009
	4. zakon o izvrševanju proračunov 2007 in 2008	– prenos obveznosti plačila za pripravništvo in sekundariat na ZZZS	– s finančnimi učinki na poslovanje ZZZS v letih 2007 in 2008 (okoli 2,7 mrd SIT na letni ravni)

Vir: Poslovna poročila ZZZS 2002-2007

Opombe: 1 Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, 2 Zakon o delovnih razmerjih, 3 Zakon o zaposlovanju in zavarovanju za primer brezposelnosti.

\* V letu 2005 je bilo za nadomestila za brezposelne izplačanih 1,098 mrd.

Glede nenačrtovanih sistemskih sprememb se zastavlja načelno vprašanje, kako lahko prihaja do rešitev, ki so neusklajene z ZZZS oz. **kako se uresničuje z zakonom predvidena avtonomnost ZZZS**. Kaže, da organi upravljanja in vodstvo ZZZS pri določenih odločitvah v okolju v obdobju 2002-2007, ki so se nanašale na poslovanje ZZZS, niso imeli dovolj vzvodov za usklajevanje in sprejemanje odločitev. To slabost je potrebno odpraviti. Sicer lahko predstavlja takšno stanje za učinkovito uresničevanje sistemskih zahtev po stabilnosti sistema in uravnovešenem poslovanju brez izgub (ob enaki prispevni stopnji) v prihodnjem razvojnem obdobju 2008-2013, kot jih je opredelil nacionalni Program za stabilnost, največje možno tveganje za uresničevanje tega temeljnega strateškega cilja poslovanja ZZZS. Zato je nujno jasneje opredeliti sistemske možnosti ukrepanja in zavrnitve sistemskih rešitev brez finančnega pokritja, ki izhajajo iz avtonomnosti organov upravljanja ZZZS.

## 2.2.2. Uresničevanje Plana Zdravstvenega varstva 2000-2004

Kljub zakonskim določilom iz leta 1992, je Slovenija sprejela svoj prvi plan zdravstvenega varstva šele konec maja 2000, in sicer za obdobje 2000 – 2004. Dokument z naslovom »Nacionalni program zdravstvenega varstva Republike Slovenije - Zdravje za vse do 2004« je sprejel Državni zbor, s čimer mu je bila dana posebna teža in pomembnost. Dokument sam je v veliki meri sledil zakonskim določilom 6. člena zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju glede vsebine, ki naj bi jih opredelil. Vseboval je veliko usmeritev, kako izboljšati zdravje Slovencev, sistem zdravstvenega varstva in kakšen naj bi bil nadaljnji razvoj zdravstvenih zmogljivosti in dejavnosti. Strateški razvojni program ZZZS, za obdobje 2002 – 2007, se je časovno prekrival z navedenim planom zdravstvenega varstva le v obdobju 2002 – 2004. Zato je zanimivo pregledati, kako je ta vplival tudi na uresničevanje razvojne strategije obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Objektivna ocena je, da sam nacionalni program zdravstvenega varstva ni izpolnil pričakovanj in ni prispeval k uresnitvi nalog, ki bi na podlagi zakona z njegovo uveljavitvijo morale biti realizirane. Razlogov za to je več. V smislu planskih aktivnosti že njegova priprava ni bila dovolj dosledna. Dokument je vseboval sicer veliko dobrih usmeritev in predlogov za doseganje boljšega zdravja in boljšega zdravstvenega varstva, bil pa je presplošen oziroma pomanjkljiv pri navajanju konkretnih ukrepov, ki naj bi bili uresničeni ter glede opredelitev, kdo bi moral opraviti posamezne naloge in s kakšnimi sredstvi. V bistvu so mu manjkala določila o konkretnih ukrepih, njihovih nosilcih in izvajalcih ter o zagotovitvi vseh potrebnih podlag za uresničenje posameznih ciljev ter nalog. Zaradi tega je že na startu bilo težko pričakovati, da bodo posamezni cilji uresničeni oziroma doseženi. Druga pomanjkljivost



sprejetega programa zdravstvenega varstva se je pokazala s tem, da so praktično vsa področja, ki vplivajo na zdravje in sistem zdravstvenega varstva, bila opredeljena kot prednostna, s čimer v bistvu nobeno ni dobilo potrebne prednosti pri uresničevanju programa. Najbolj se je to pokazalo pri opredelitvi potrebnih kadrovskih in finančnih virov za uresničevanje posameznih usmeritev, ciljev in nalog. Zlasti vprašanj zagotavljanja potrebnih javnih ali zasebnih finančnih sredstev za izvajanje planskih nalog, se dokument sploh ni dotaknil, zaradi česar je dejanski razvoj potekal po drugačnih poteh, kot ga je v vsebinskem delu opredelil nacionalni program zdravstvenega varstva. Že tako ali tako bi skoraj gotovo, kot je to že znan pojav povsod v svetu, za vse še tako dobre predloge zmanjkalo finančnih sredstev. A zaradi preslabo in presplošno definiranih prioritet v nacionalnem programu tudi za te niso bili zagotovljeni ugodnejši materialni okviri za njihovo uresničevanje.

Tako je v praksi financiranje vseh dejavnosti potekalo po enakih merilih oziroma po merilih, ki so jih določali partnerji v pogajalskih postopkih, ki niso temeljila na plansko določenih prednostnih nalogah. To je razumljivo, če upoštevamo, da za prioriteta področja niso bile zagotovljene tudi ustrezne finančne podlage. Nasploh se je nacionalni program zdravstvenega varstva izognil najpomembnejšemu vprašanju razvoja področja, to je določitvi materialnih okvirov za celotni sistem kot tudi za njegove posamezne programe, dejavnosti in za doseganje planskih ciljev. Program namreč ni niti globalno opredelil, s kolikšnimi sredstvi naj bi se izvajale naloge na področju zdravstvenega varstva in zavarovanja oziroma kako naj bi to potekalo znotraj sistema kot celote po posameznih ožjih področjih. Vprašanje investicij v zdravstvene objekte npr. bi moralo biti povezano z mrežo javne zdravstvene službe, ki ni bila določena, zaradi česar so tudi vlaganja potekala nenačrtno.

Nacionalni program se je izognil osrednjim in konkretnim opredelitvam glede mreže javne zdravstvene službe oziroma meril za njeno določitev na posameznih ravneh. V nasprotju z zakonskimi določili je dokument sprejem meril za mrežo javne zdravstvene službe in njeno postavitev prenesel na prihodnja obdobja in v pristojnost Vlade. S tem se je izognil osrednjemu vprašanju glede razvoja zdravstvenih zmogljivosti v Sloveniji. Posledica je bila nenačrten in stihijski razvoj zdravstvenih zmogljivosti, ki ni vedno temeljil na potrebah prebivalstva in finančnih zmožnostih družbe, ampak je omogočal tudi uvajanje dejavnosti, ki je v več primerih bilo tudi neracionalno. Posledice tega so se kazale tudi na področju financiranja zdravstvenih storitev iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja. Pomanjkanje meril za določitev mreže javne zdravstvene službe je v določenih okoljih privedlo do podeljevanja koncesij za opravljanje zasebnega dela, ki je šlo na škodo zdravstvenih domov ali drugih javnih zavodov in njihovih pogojev poslovanja. Brez meril za določitev mreže javne službe, je tudi podeljevanje koncesij potekalo nenačrtno ali pa je povzročilo stanje, ko veliko število zdravstvenih domov ne izpolnjuje več pogojev za opravljanje dejavnosti v obsegu, kot jim to določa zakon.

Zaradi odsotnosti meril za določitev mreže javne zdravstvene službe, so nalogo določanja zmogljivosti, ki naj bi bile potrebne za izvajanje programa zdravstvenih storitev, ki ga sprejemajo partnerji, prevzeli slednji. Ti so morali vzeti nase takšno »pooblastilo«, ker pač ni bilo dokumenta, ki bi urejal vprašanja ustreznosti zmogljivosti javnih zavodov in javne zdravstvene službe. Posledično je ZZZS v partnerskih odnosih neredko bil postavljen pred izvršena dejstva, ko so Ministrstvo za zdravje ali občine brez meril za določitev mreže javne zdravstvene službe dovolili širitev posameznih dejavnosti in zmogljivosti. Tudi, če se ZZZS s tem ne bi strinjal, je po neuspelem arbitražnem postopku usklajevanja, ministrstvo predlagalo rešitev v sprejem Vladi. Ta pa je vedno odločila tako, kot je predlagalo ministrstvo. Iz tega izhaja, da je nedoslednost v pripravi nacionalnega programa zdravstvenega varstva imela neustrezne materialne posledice za ZZZS. Pod pritiski posameznih skupin izvajalcev ali lokalne politike so bile v posameznih okoljih uvedene dejavnosti in zmogljivosti, pri katerih

niso bila upoštevana načela ekonomske opravičljivosti in racionalnosti ter njihove polne izkoriščenosti.

V planu zdravstvenega varstva je veliko govora o vplivih okolja na zdravje prebivalstva. Temu so npr. namenjeni prvi, tretji in četrti cilj iz plana, vendar ne vsebujejo konkretnih izvajalcev aktivnosti, ki so nujne na tem področju. Naštevane raznih področij, ki vplivajo na zdravje in kjer bi bili nujno potrebni ustrezni ukrepi, so zapisani zelo na splošno. Še najbolj moti dejstvo, da za razne aktivnosti na tem področju sploh niso opredeljeni razni nosilci iz drugih nezdravstvenih področij in resorjev. Medresorsko usklajevanje raznih dejavnosti in področij, kar je ena izmed glavnih nalog načrtovanja s tem že od vsega začetka ni bilo nakazano. Zaradi tega je bilo uresničevanje tovrstnih opredelitev prepuščeno stihiji ali entuziazmu posameznikov in raznih skupin. Res je, da se je na področju krepitve zdravja in aktivnosti za izboljšanje zdravja v Sloveniji marsikaj spremenilo na bolje, vendar ni mogoče trditi, da je do tega prišlo zaradi usmeritev in opredelitev iz plana zdravstvenega varstva. V tem pogledu bo v naslednjih letih potrebno občutno spremeniti prakso in z raznimi aktivnostmi doseči večje vključitev vseh drugih področij v prizadevanja za boljše zdravje vsega prebivalstva.

Za veliko strokovno medicinsko ustrezno opredeljenih usmeritev v planu, niso bili predvideni izvajalci. Tako ni bilo določeno, kdo in kateri ravni zdravstvene dejavnosti naj bi izvajale področne programe preprečevanja, odkrivanja in zdravljenja najresnejših kroničnih, degenerativnih bolezni, skrbi za ostarele itd. Na teh področjih bi moral program zdravstvenega varstva vsebovati konkretne izvedbene programe ter določiti njihove izvajalce v zdravstveni službi pa tudi v dejavnosti, ki se ne uvrščajo med zdravstvene. Dokument je sicer omenil potrebo po delitvi dela med zdravstvenimi dejavnostmi, vendar le te ni določil, a tudi pozneje ni bila nikjer opredeljena. Tudi to je vplivalo na financiranje storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, saj je zaradi odsotnosti delitve dela v zdravstveni službi bila zaznana prevelika »propustnost« primarne ravni zdravstvenih dejavnosti na druge višje ravni. To pa je eden od pojavov, ki povzroča pritiske na povečevanje dejavnosti specialistične, ambulantne dejavnosti in s tem tudi na relativno povečevanje njenih stroškov.

Še največja pomanjkljivost Nacionalnega programa zdravstvenega varstva pa je bila ta, da ni bil določen način njegovega izvajanja, spremljanja uresničevanja ter evalvacije doseženih rezultatov. Dokument je sicer navajal, da so za njegovo izvajanje zadolženi Državni zbor, Vlada Republike Slovenije, vsa ministrstva, ZZZS, ZPIZ, razna strokovna zdravstvena združenja in zbornice itd. Manjkala pa je opredelitev te odgovornosti oziroma ukrepanje v primeru odstopanj od zastavljenih ciljev. Tako tudi niso uresničeni predlogi, po katerih naj bi država spremljala z ustrezno zakonodajo ter drugimi ukrepi vzpodbujala aktivnosti za krepitev in izboljševanje zdravja prebivalstva, za oblikovanje zdravju prijaznega okolja, za krepitev odgovornosti za zdravje in za skladen razvoj zdravstvenih in drugih dejavnosti, ki lahko vodijo k boljšemu zdravju.

Verjetno je to tudi razlog, da po sprejemu nacionalnega programa zdravstvenega varstva Državni zbor, Vlada ali katero izmed ministrstev obravnavalo njegovo uresničevanje in sprejelo kakšne konkretne ukrepe in aktivnosti. Podrobnejši pregled raznih nalog, ki bi jih morali opraviti na državni ravni, bi pokazal, da za to pristojni državni in občinski organi niso uresničili vrste nalog, o katerih je govora v Nacionalnem programu zdravstvenega varstva za obdobje 2000 – 2004. Niso bila npr. uresničena določila o ustanovitvi območnih svetov javne zdravstvene službe in uvedbi koordinatorjev za posamezne dejavnosti, sprejemu pravilnika o pogojih in oblikah sodelovanja med nosilci specialistične, ambulantne dejavnosti, o uvedbi posebnega zavarovanja za dolgotrajno oskrbo, o uvedbi mehanizmov stimulacije za plačevanje izvajalcev na podlagi njihove storilnosti in kakovosti storitev, o standardizaciji specialističnih storitev in dejavnosti, njihovih materialnih stroškov, o uvedbi ocenjevanja

novih metod dela in tehnologije, o vzpostavitvi enotnega informacijskega sistema v zdravstveni službi, o usposabljanju vodilnih in vodstvenih delavcev v zdravstvenih dejavnostih, o nadzoru itd. Iz tega je vidno, da nacionalni program zdravstvenega varstva ni bil uresničen ali le deloma na nekaterih ožjih področjih.

Prav nedoslednost pri uresničevanju strategije oziroma programa zdravstvenega varstva Slovenije so vplivale na to, da določene naloge in cilji, ki si jih je začrtal ZZZS v svojem Strateškem razvojnem programu za obdobje 2002 – 2007 niso mogle biti realizirane. To velja za nekatere usmeritve in naloge v zvezi s spremembami sistema obveznega zavarovanja kot je npr. uvedba zavarovanja za dolgotrajno oskrbo ter zavarovanja za poškodbe na delu in poklicne bolezni. Prav tako niso bile izvršene določene naloge, vezane na financiranje izvajalcev, kot je uvedba raznih elementov motivacije in stimulacije za boljše in kakovostnejše delo, za racionalizacijo itd. To bi lahko ugotovili še za več nalog, katerih uresničitvev je bila vezana na sprejem ali spremembe zakonov, podzakonskih aktov ter na uresničevanje nalog, ki bi morale biti poprej urejene s sprejemom Nacionalnega programa zdravstvenega varstva. To se nanaša tudi na usmeritve o krepitvi avtonomije ZZZS, za katero je bilo več poskusov omejevanja in njegovega postopnega spreminjanja v podaljšano državno »agencijo« za razdeljevanje finančnih sredstev med izvajalci.

V nasprotju z zakonom in Nacionalnim programom zdravstvenega varstva so bile v zadnjih letih prenesene na ZZZS določene finančne obveznosti, ki ne sodijo v področje obveznega zdravstvenega zavarovanja, ampak med funkcije in naloge države. Nedorečenost nacionalnega programa, njegovo neizvajanje in druge slabosti pri načrtovanju razvoja sistema zdravstvenega varstva se je posledično v mnogih primerih tudi odrazilo na delovanje in poslovanje ZZZS. Premalo vključevanje drugih nezdravstvenih področij v napore za izboljševanje zdravja, nenačrtni razvoj zdravstvenih zmogljivosti in druge slabosti sistema so poleg drugih zdravstvenih, demografskih in drugih dejavnikov okolja vplivale tudi na raven zahtevnosti prebivalstva po zdravstvenih storitvah, ki jih ni bilo mogoče zadovoljivo obvladovati. To je med ostalim vplivalo tudi na dostopnost do storitev in podaljševanje čakalnih dob ter na rast stroškov zdravstvenega zavarovanja.

### **2.2.3. Vloga in pristojnosti ZZZS**

Javna pooblastila ZZZS temeljijo na določilih ZZVZZ, ki se v zadnjih 15 letih v vsebinskem smislu ni bistveno spreminjal, zato je tudi poslanstvo ZZZS v obdobju 2002-2007 ostalo nespremenjeno. Na osnovi javnih pooblastil je ZZZS edini nosilec in izvajalec obveznega zdravstvenega zavarovanja v Republiki Sloveniji. Zavarovanim osebam ZZZS zagotavlja pravice do zdravstvenih storitev in denarnih dajatev po načelih solidarnosti, socialne pravičnosti in nepridobitnosti. V smislu opisanega poslanstva ZZZS izvaja obvezno zdravstveno zavarovanje v državi na način, ki izhaja iz modela socialnih zavarovanj in ki predpostavlja določeno avtonomijo pri upravljanju z zbranimi sredstvi obveznega zdravstvenega zavarovanja.

V SRP 2002-2007 je bila krepitev avtonomije ZZZS ena od osrednjih usmeritev, ki je bila povzeta tudi v izjavi o viziji ZZZS in opredeljena v 3. (delno tudi v 4.) globalnem strateškem cilju SRP. Samostojnost pri tem pomeni predvsem način uresničevanja zakonsko določenih pristojnosti in odgovornosti pri upravljanju in odločanju predstavnikov zavarovancev in delodajalcev v organih upravljanja ZZZS brez vmešavanja drugih. V tem smislu je avtonomnost ena izmed temeljnih značilnosti socialnega (Bismarckovega) modela zdravstvenega zavarovanja tako v Sloveniji, kot tudi v drugih državah EU s sorodnim socialni modelom zdravstvenega zavarovanja. V vseh državah s podobno ureditvijo, kot so na primer Avstrija, Belgija, Francija, Luksemburg, Nemčija, Nizozemska in nekatere nove države

članice EU, kjer z zbranimi sredstvi obveznega zdravstvenega zavarovanja upravljajo predstavniki plačnikov prispevkov, kot so delodajalci in zavarovanci. Omenjena avtonomija je omejena z zakoni in je ne gre zamenjevati s pooblastili, za katere je še naprej odgovorna država. Vendar je avtonomijo pri upravljanju sistema moč razumeti kot značilno demokratično tradicijo upravljanja socialnih zavarovanj, po kateri je takšen sistem uravnotežen in daje najboljše možnosti za vključevanje zavarovancev in delodajalcev kot osnovnih interesnih skupin v odločanje in nadzor področja.

Temeljnega pomena za uresničevanje avtonomije ZZZS je predvsem odločanje o potrebnih finančnih sredstvih za izvedbo programov obveznega zdravstvenega zavarovanja. Tu gre za več ključnih sistemskih mehanizmov, kot so sprejemanje finančnega načrta, določanje podrobnejšega obsega pravic, oblikovanje partnerskega dogovora idr. Ključnega pomena je pri tem **vloga organov upravljanja ZZZS**, ki imajo v ZZVZZ in statutu ZZZS določene pristojnosti **pri določanju finančnega načrta ter sredstev** za izvajanje zdravstvenih in drugih programov obveznega zdravstvenega zavarovanja ter tudi druge odgovorne naloge, ki jih uresničuje samostojno. Organi upravljanja ZZZS pri tem ne morejo odločati povsem samostojno o javnih prihodkih za OZZ (soglasje DZ ob prispevni stopnji), saj bi bilo na državni ravni sicer težko voditi enotno makroekonomsko in javno-finančno politiko. Prav tako so pravice zavarovanih oseb iz obveznega zdravstvenega zavarovanja določene v zakonu (ZZVZZ). Vendar pa bi bilo logično in nujno, da ima ZZZS kot naročnik in plačnik storitev pri presoji potrebnih finančnih sredstev odločilno besedo zlasti pri razporejanju sredstev za izvedbo zdravstvenih in drugih programov OZZ, kjer bi lahko sproti in bolj učinkovito odpravljali zaznane težave in zastoje v dostopnosti zavarovanih oseb do določenih storitev ali kakovosti izvedbe posameznih programov. Takšna pristojnost je ne nazadnje opredeljena z ZZVZZ, ki določa, da je sprejemanje odločitev pri razporejanju sredstev znotraj finančnega načrta v pristojnosti in odgovornosti tistih, ki financirajo področje OZZ.

Zelo pomembno področje upravljanja sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja je tudi **obravnava in odločanje organov upravljanja o podrobnejšem obsegu in postopkih uresničevanja pravic** obveznega zdravstvenega zavarovanja. Pregled sprejetih sprememb Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (tabela 11) kaže, da so bile v obdobju 2002-2007 kljub zaostreni finančni situaciji uveljavljene številne širitve in posodobitve (obsega) pravic. Z vidika novih razvojnih zahtev bodo v bodoče morali tudi organi upravljanja dosledneje upoštevati strateško usmeritev iz osnovnega globalnega cilja SRP, da so širitve obsega pravic možne le v okviru razpoložljivih sredstev.

**Tabela 11. Spremembe in dopolnitve Pravila OZZ v obdobju 2002-2007 ter učinki**

Leto	Predpis	Vsebina spremembe	Učinek
2002	1. spremembe in dopolnitve Pravil OZZ – maj 002 (UL št. 99/2001)	– razširjanje pravic do MTP (slušni pripomočki, inzulinska črpalka, idr) – novosti na področju elektronskega poslovanja	– razvojno prilagajanje sistema pravic, tudi širitve s finančnimi posledicami – razvojno prilagajanje
	2. spremembe in dopolnitve Pravil OZZ – december 2002 (UL št. 99/2001)	– uveljavljanje imenovanih zdravnikov in zdravstvene komisije;	– prilagajanje spremembam zakonodaje
2003	1. spremembe in dopolnitve Pravil OZZ - april 2003 (UL št. 30 in 35/2002)	– uskladitev s spremembami ZZVZZ in ZDR – ukinitve krajevne pristojnosti za poenostavitev postopkov za zavarovane osebe	– prilagajanje spremembam zakonodaje – razvojno prilagajanje
	2. spremembe in dopolnitve Pravil OZZ - november 2003 (UL št. 78/2003)	– določanje najvišjih priznanih vrednosti zdravil, zamenljiva zdravila, obnov. recept	– uvajanje sistemskih sprememb za boljše obvladovanje odhodkov za zdravila

2004	1. spremembe in dopolnitve Pravil OZZ - junij 2004 (UL št. 84/2004)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– razširjanje pravic do MTP (slušni aparati, čevlji, aparat za določanje glukoze, zaščita kože ob kanili idr.)</li> <li>– zagotavljanje inkontinenčnih pripomočkov v socialnih zavodih</li> <li>– spremembe postopkov zobozdravstvene protetike</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– širitve s finančnimi posledicami oz. preusmerjanje prihrankov od varčevanja v izboljšanje kakovosti življenja bolnikov;</li> <li>– večja preglednost poslovanja</li> <li>– večja preglednost postopkov uresničevanja pravice do protetičnih pripomočkov</li> </ul>
2005	1. spremembe in dopolnitve Pravil OZZ - marec 2005 (UL št. 44/2005)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– razširjanje pravic do MTP (širitve pravic do inzulinske črpalke, zagotavljanje inkontinenčnih pripomočkov idr)</li> <li>– bolj jasna opredelitev pravice do zoboprotetičnih nadomestkov</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– širitve s finančnimi posledicami oz. preusmerjanje prihrankov od varčevanja v izboljšanje kakovosti življenja bolnikov</li> <li>– večja preglednost postopkov uresničevanja pravic</li> </ul>
2006	1. spremembe in dopolnitve Pravil OZZ - maj 2006 (UL št. 86/2006)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– sprememba pravice do začas. bivanja v tujini (uskladitev z EU)</li> <li>– sprememba pravice do ort. zdr.</li> <li>– širitve pravice do MTP (kanile, slušni pripomočki, inz. črpalka..)</li> <li>– spremembe zaradi uvedbe evra</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– razvojno prilagajanje pravice s fin. učinki</li> <li>– razvojno prilagajanje s fin.učin.</li> <li>– širitev dostopnosti z dol. fin.učinki</li> <li>– prilagajanje sistem. okolju</li> </ul>
2007	1. Spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja* (april 2007)  2. Spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja* (december 2007)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– spremembe na področju pravice do medicinsko-tehničnih pripomočkov (MTP)</li> <li>– spremembe na področju pravice do zdravil</li> <li>– sprememb na področju postopkov</li> <li>– spremembe na področju pravice do oploditve z biomedicinsko pomočjo</li> <li>– spremembe na področju pravic do MTP (zdravljenje s tekočim kisikom)</li> <li>– spremembe na področju veljavnosti evropske kartice zdravstvenega zavarovanja</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– razvojno prilagajanje pravic, poenostavitev in skrajšanje postopkov, izboljšanje dostopnosti zavarovanih oseb do najzahtevnejših MTP z določenimi finančnimi učinki</li> <li>– razvojno prilagajanje pravic in izboljšanje dostopnosti zavarovanih oseb do pravice z določenimi finančnimi učinki</li> <li>– ureditev postopka brez neposrednih finančnih učinkov</li> <li>– razširjena pravica, izboljšanje dostopnosti zavarovanih oseb z določenimi finančnimi učinki,</li> <li>– razširjena pravica, izboljšanje dostopnosti zavarovanih oseb do najzahtevnejših MTP z določenimi finančnimi učinki</li> <li>– ureditev listine OZZ brez neposrednih finančnih učinkov</li> </ul>

Vir: Poslovna poročila ZZZS 2002-2007

Pravice iz javnega naslova so v Sloveniji določene z ZZVZZ. Takšna je tudi praksa večine držav EU s sorodnim sistemom obveznega zdravstvenega zavarovanja, kjer se področje pravic, ki se financirajo z javnimi sredstvi, urejajo z zakonodajnimi postopki v parlamentu. Pri nas sedanji ZZVZZ pooblašča ZZZS, da podrobneje določa obseg pravic zavarovanih oseb in postopke njihovega uresničevanja s podzakonskim aktom (Pravili OZZ) ki ga avtonomno obravnava in sprejema Skupščina ZZZS, nato pa pridobi soglasje ministra za zdravje. Takšna ureditev je bila v obdobju 2002-2006 večkrat predmet razprav in kritik (tudi ustavnega sodišča). Razlog za to je v nejasnosti, kaj pomeni podrobnejše določanje obsega pravic. Gotovo so to standardi glede dostopnosti in kakovosti posameznih storitev in pravic. Uskladitev obsega pravic s pomočjo navedenih standardov z razpoložljivimi finančnimi sredstvi pa je pristojnost in dolžnost ZZZS. Ne glede na določene nejasnosti pa je jasno, da mora pravna ureditev slediti določenim razvojnim trendom, spremembam v medicinski tehnologiji, uvajanju novih zdravil zdravilih, MTP, uvajanju novih metod zdravljenja itd.

Na področju **dogovarjanja s partnerji v zdravstvu in sklepanja pogodb z izvajalci** zdravstvenih storitev si je ZZZS v SRP zadal ambiciozne cilje. V ospredje so bile postavljene usmeritve za izboljšanje dostopnosti in skrajšanje čakalnih dob ter za bolj racionalno in

stroškovno učinkovito porabo sredstev za izvedbo programov zdravstvenih storitev. Opredeljene so bile usmeritve po določenih finančnih vzpodbudah za doseganje boljših rezultatov. Razlog za takšne usmeritve je bil predvsem v oceni, da obstajajo na področju organizacije zdravstvenih dejavnosti in izvajanja zdravstvenih programov in uporabe obstoječih zmogljivosti še vedno določene notranje možnosti. Realizacija teh ciljev sicer ni bila odvisna le od ZZZS, saj v procesu partnerskih dogovarjanj sodelujejo in odločajo o teh vprašanjih tudi predstavniki izvajalcev in Ministrstva za zdravje. Ti cilji so bili oblikovani predvsem na osnovi pričakovanja, da bo mogoče strateške usmeritve po večji učinkovitosti in produktivnosti lažje doseči z bolj aktivnim vključevanjem in javnim zavzemanjem organov upravljanja ZZZS za uresničitev teh usmeritev. S tem bi bil zagotovljen večji vpliv na pogajalce, s tem pa tudi ugodnejši izid pogajanj. To je tudi ena od vlog in pristojnosti ZZZS, da se v sistemu pojavlja kot naročnik in plačnik storitev, ki zahteva ustrezno večjo aktivnost in vpliv organov upravljanja na pogajalske postopke.

V partnerskih odnosih je bil ZZZS v zadnjih letih izpostavljen tudi znatnim pritiskom s strani partnerjev, ki niso sprejemali njegove vloge kot naročnika in plačnika storitev, ampak kot »blagajno«, ki lahko ali celo mora rešiti vse njihove finančne in druge težave in pokrivati tudi primanjkljaje zdravstvenih zavodov ne glede na njihov vzrok. Pri tem se je pokazala kot pomanjkljiva ali tudi neustrezno opredeljena vloga ministrstva v pogajalskih postopkih. Ta je namreč ustanovitelj in lastnik javnih bolnišnic in kot tak težko odigrava vlogo nepristranskega partnerja v pogajanjih med plačnikom in izvajalci storitev. Zaradi tega je prihajalo v pogajanjih, še posebej pa v arbitražnih postopkih (tudi na vladni ravni), do številnih odločitev, ki so naložile ZZZS določene obveznosti, ki sploh ne sodijo v področje obveznega zdravstvenega zavarovanja.

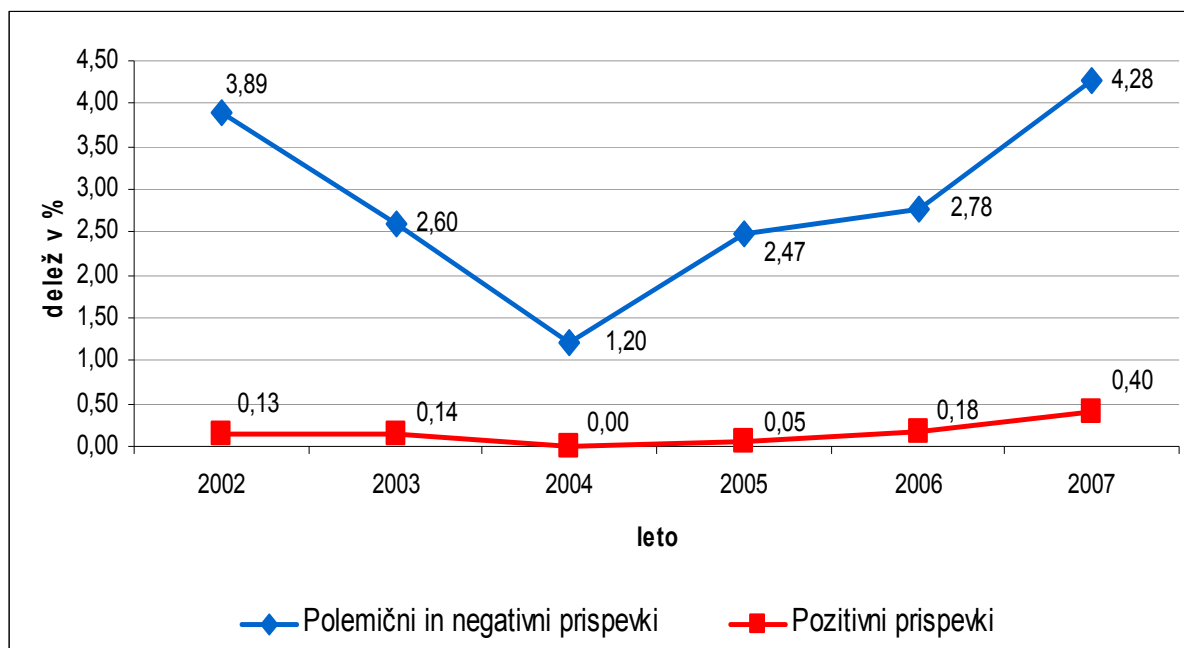
Pomemben vidik kakovostnega upravljanja in odločanja na ZZZS je tudi zamisel o **večji vlogi območnih svetov**, ki pa v obdobju 2002-2007 ni bila uresničena na način, kakor je bila opredeljena v globalnem cilju SRP. Območni sveti naj bi aktivneje posegali in vplivali na dogajanja v lokalnih okoljih izvajanja zdravstvenih storitev, zlasti z vidika uresničevanja pravic (dostop, kakovostna obravnava) in varstva pravic zavarovanih oseb. S tem naj bi uveljavili določeno decentralizacijo upravljanja v sistemu obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki bi omogočila nadaljnje približevanje odločanja o najpomembnejših vidikih izvajanja sistema zavarovanim osebam. V Sloveniji in na ZZZS tako gradimo evropsko primerljiv socialni model zdravstvenega zavarovanja, ki se financira s prispevki in s katerim samostojno upravljajo plačniki z zakonom predvidenih obveznosti. V prvi vrsti gre pri takšni samoupravi za odločanje o razporejanju zbranih sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja, torej pri urejanju (pogodbenih) odnosov z izvajalci zdravstvenih storitev, dobavitelji medicinskih pripomočkov in drugimi tovrstnimi poslovnimi partnerji, ki opravljajo dejavnost na račun javnih sredstev. Takšno vlogo organov upravljanja in strokovne službe ZZZS bi bilo potrebno v prihodnje še okrepiti, saj zagotavlja pogoje za uresničitev pristojnosti predstavnikov zavarovancev in delodajalcev, da odločajo o namenski porabi svojih sredstev, ki jih namenjajo za obvezno zdravstveno zavarovanje.

#### **2.2.4 Zadovoljstvo zavarovanih oseb s sistemom**

Med temeljnimi impulzi za potrebne dograditve in razvojna prilagajanja sistema zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja je zadovoljstvo zavarovanih oseb. V Sloveniji smo v devetdesetih letih preteklega stoletja redno spremljali zadovoljstvo javnosti z zdravstvenim varstvom in zdravstvenim zavarovanjem v okviru posebne ankete Slovensko javno mnenje, na podlagi česar je bilo mogoče sklepati na nekatere premike v stališčih in mnenjih prebivalstva o številnih vprašanih delovanja sistema. Žal je bila ta praksa opuščena, zato je mogoče oblikovati zaključke o (ne)zadovoljstvu javnosti ali prebivalstva zgolj na osnovi posrednih podatkov.

Na ZZZS med drugim s posebno pozornostjo s pomočjo vsebinske analize spremljamo zlasti različne prispevke in objave v tiskanih in elektronskih slovenskih medijih. Daljše sistematično spremljanje kaže, da ob upoštevanju znanega dejstva, da mediji sicer skrbijo za odslikavanje realnosti, vendar pa jo včasih tudi »rekonstruirajo«, hkrati pa je iz njih mogoče zaznati in prepoznati osnovna vprašanja glede izvajanja sistema zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, na katera se pozitivno ali negativno odziva javnost, s tem pa oceniti tudi stopnjo zadovoljstva zavarovanih oseb.

Vsebinska analiza objav v slovenskih medijih v obdobju 2002-2007, ki omenjajo ZZZS, njegove predstavnike, zdravstvo ali obvezno zdravstveno zavarovanje, izkazuje, da je bilo zdravstvo in obvezno zdravstveno zavarovanje deležno večje pozornosti javnosti predvsem ob določenih večjih sistemskih spremembah in pomembnejših dogodkih. Takšni dogodki v obdobju 2002-2007 so bile na primer volitve generalnega direktorja ZZZS (l. 2002 in l. 2006), javna razprava v zvezi z zdravstveno reformo (l. 2003), spremembe ZZVZZ (l. 2002 in l. 2006), spremembe posameznih pravic in postopkov njihovega uresničevanja (l. 2002 in l. 2006), delovanje in poslovanje izvajalcev zdravstvenih storitev in drugo. Ob teh ključnih dogodkih se je javno mnenje v zvezi s sistemom zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja oblikovalo na lestvici med negativnim, kritičnim, polemičnim in pozitivnim ocenjevanjem posameznih pojavov. Navedeno pomeni, da je slovenska javnost izjemno zainteresirana in občutljiva za spremembe na tem področju in da je moč spremembe uvajati le premišljeno ter pogosto z ustrežno visokim družbenim konsenzom.



**Slika 10. Delež polemičnih, negativnih in pozitivnih prispevkov v medijih, ki omenjajo ZZZS, njegove predstavnike ali obvezno zdravstveno zavarovanje v obdobju 2002 – 2007.**

Vir: ZZZS, INDOK.

Merjenje tendenc v medijih, ki povzemajo javno mnenje, v metodološkem smislu ne vključuje zgolj stopnje (ne)zadovoljstva zavarovanih oseb temveč tudi stopnje razširjenosti načrtovanih javnih polemik (medijski pritiski, negativna publiciteta...) zaradi uveljavljanja parcialnih interesov posameznih odjemalcev oz. deležnikov ZZZS. ZZZS ima namreč številne raznovrstne deležnike, med katerimi se nekateri za uveljavitev svojih interesov poslužujejo tudi medijev. To med drugim dokazuje tudi dejstvo, da je bil v obdobju 2002-2007 delež pozitivno naravnanih prispevkov praviloma premosorazmeren z deležem negativno in polemično naravnanih prispevkov večji (slika 10). V kolikor torej izločimo vpliv pojavov

načrtovanih polemik ter stopnjo zadovoljstva drugih deležnikov ZZZS, lahko načeloma zaznamo določeno stopnjo zadovoljstva zavarovanih oseb s posameznimi temami s področja poslovanja ZZZS.

Če povzamemo, so se zavarovane osebe in mediji v obdobju 2002-2007 negativno odzivali predvsem na naslednja področja oz. teme, ki se dotikajo izvajanja obveznega zdravstvenega zavarovanja oz. poslovanja ZZZS (po vrstnem redu glede na frekventnost – v oklepaju navajamo letnice izrazitega pojavljanja teh tem):

- uresničevanje nekaterih pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (odločanje imenovanih zdravnikov in zdravstvene komisije o pravici do začasne zadržanosti od dela in do zdraviliškega zdravljenja, različne pravice do medicinsko-tehničnih pripomočkov – zlasti v l. 2004, 2005 in 2006);
- delovanje javne zdravstvene službe in uresničevanje pravice do zdravstvenih storitev (kontinuirano celotno obdobje 2002-2007) ;
- status Vzajemne zdravstvene zavarovalnice kot družbe, ki jo je ustanovil ZZZS, in sistemska ureditev dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja (l. 2004, 2005 in 2006);
- veljavna kartica zdravstvenega zavarovanja kot pogoj za uresničevanje pravic v mreži javne zdravstvene službe (predhodno potrjevanje na samopostrežnih terminalih) (l. 2002, 2006 in 2007);
- upravljanje in finančno poslovanje ZZZS (l. 2002 in 2003).

Ob tem velja ugotoviti, da so zavarovane osebe in mediji, sicer v nižjem obsegu, v obdobju 2002-2007 tudi pozitivno odzivali, in sicer predvsem v zvezi z naslednjimi področji oz. temami (po vrstnem redu glede na frekventnost – v oklepaju navajamo letnice izrazitega pojavljanja teh tem):

- upravljanje in finančno poslovanje ZZZS (l. 2007);
- sistem kartice zdravstvenega zavarovanja in elektronsko poslovanje v zdravstvenem zavarovanju (l. 2002, 2003);
- uresničevanje nekaterih pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (zlasti medicinsko-tehnični pripomočki za sladkorne bolnike v l. 2004 in 2005).

Delež negativno in polemično naravnanih prispevkov je bil v obdobju 2002-2007 v mejah sprejemljivega (pod 10 %) in obvladljivega (pod 5 %), obenem pa so ti deleži v povprečju bistveno nižji kot v obdobju 1998-2001 (7,64 %), ko je ZZZS tovrstna merjenja začel izvajati. Dejstvo je, da se posamezniki za uveljavitev svojih interesov poslužujejo tudi medijev, zato dolgoročno ni moč pričakovati zelo nizkih deležev negativno in polemično naravnanih prispevkov, zlasti ker je pričakovati, da bo ZZZS v naslednjih obdobjih še intenzivneje proaktivno zastopal vlogo aktivnega kupca zdravstvenih storitev v imenu 2 milijona zavarovanih oseb, kar bo zagotovo sprožalo tudi polemične odzive.

### **2.3. Izvajanje Strateškega razvojnega programa z vidika strokovne službe ZZZS**

ZZZS je v svojih razvojnih opredelitvah za obdobje 2002-2007 opredelil skupno 20 globalnih ciljev, za katere je opredelil tudi ustrezno število globalnih strategij za njihovo uresničevanje. Globalni cilji in strategije so v skladu z metodologijo strateškega načrtovanja na ZZZS pokrivalo naslednje vidike upravljanja in vodenja ZZZS kot javne in neprofitne organizacije:

- vidik zavarovanih oseb in drugih strank
- finančni vidik izvajanja obveznega zdravstvenega zavarovanja
- vidik notranjih procesov
- vidik učenja in rasti



V letu 2005 je ZZZS zaradi določenih sprememb v sistemskem okolju, predvsem pa zaradi povsem nedvoumnih in jasnih zahtev po uravnovešenem finančnem poslovanju brez dviga prispevne stopnje v naslednjem razvojnem obdobju pristopila k dopolnitvam in spremembam SRP. Te zahteve je pred ZZZS ob vračilu dolga ob koncu leta 2004 postavila Vlada Republike Slovenije v Konvergenčnem programu za vstop Slovenije v evro območje. Dopolnitve in spremembe niso bistveno posegale na vsebino globalnih ciljev in strategij SRP 2002-2007. Zaradi prednostnih usmeritev za stabilizacijo finančnega poslovanja je ZZZS določene globalne cilje SRP le preoblikovala ali konkretizirala na način, da je določene cilje:

- združila (1. in 4. globalni cilj, ki sta postali novi 1. globalni cilj; 2. in 5. globalni cilj, ki sta postala novi 2. globalni cilj, ter 6. in 7. globalni cilj, ki sta postala novi 4. globalni cilj),
- ohranila, spremenila pa zgolj strategije (3. globalni cilj, 16. globalni cilj, ki je postal novi 12. globalni cilj),
- konkretizirala (za optimizacijo prihodkov in obvladovanje odhodkov ZZZS so bili iz starih 8., 13., 14. in 15. globalnega cilja bolj natančno opredeljeni novi 5., 6., 7., 8., 9., 10. in 11. cilj) in
- opustila (zaradi dejstva, da so bili že doseženi ali pa postali neaktualni, so bili opuščeni 9., 10., 11. in 12. globalni cilj)

### **2.3.1. Vidik zavarovanih oseb in drugih strank**

Z vidika zavarovanih oseb je ZZZS v SRP načrtoval 5 globalnih ciljev (v nadaljevanju GC):

- 1.GC: Okrepiti položaj in odgovornost zavarovanih oseb pri uveljavljanju njihovih pravic in pri upravljanju ter odločanju
- 2.GC: Povečati odzivnost ZZZS na upravičene potrebe in zahteve zavarovanih oseb do boljše dostopnosti do zdravstvenih storitev v okviru materialnih možnosti
- 3.GC: Ohraniti avtonomijo ter okrepiti vlogo in odgovornost organov upravljanja ZZZS
- 4.GC: Izboljšati učinkovitost partnerskih in pogodbenih odnosov ter jih posodobiti
- 5.GC: Sistemsko urediti področje medicinsko-tehničnih pripomočkov

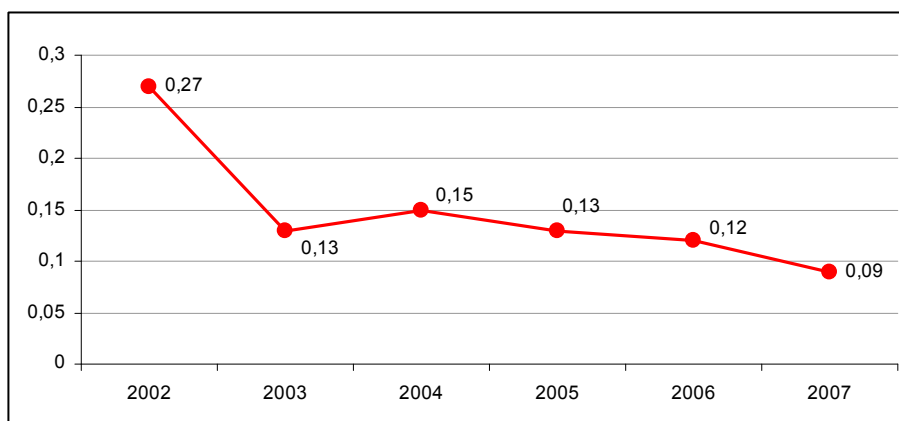
**Uresničevanje tretjega globalnega cilja** o ohranjanju avtonomije ZZZS je obravnavano že v poglavju 2.2.2. V nadaljevanju je podana ocena uresničevanja preostalih ciljev, ki se nanašajo na urejanje obveznega zdravstvenega zavarovanja za zavarovane osebe (prvi, drugi in peti globalni cilj) in na področje urejanja odnosov z izvajalci zdravstvenih storitev (drugi in četrti globalni cilj) oz. zagotavljanje pogojev za nemoteno uresničevanje pravic zavarovanih oseb do zdravstvenih storitev.

### **Urejanje obveznega zdravstvenega zavarovanja in sistem pravic**

**Za doseganje prvega globalnega cilja** so bile ključnega pomena predvsem aktivno vključevanje in urejanje zavarovanj, poenostavljanje postopkov in približevanje storitev zavarovanim osebam, izboljševanje njihove obveščenosti in nadaljnja širitev elektronskega poslovanja pri urejanju zavarovanj.

Z vidika uresničevanja temeljnega načela solidarnosti je najpomembnejši dosežek, da se je v tem obdobju znatno **izboljšala vključenost prebivalcev v obvezno zdravstveno zavarovanje**. V Sloveniji se je število oseb, ki si v več kot enem letu niso uredili zavarovanja od leta 2002 do 2007 zmanjšalo za skoraj dve tretjini: iz 5288 na 1868 oseb. V vseh

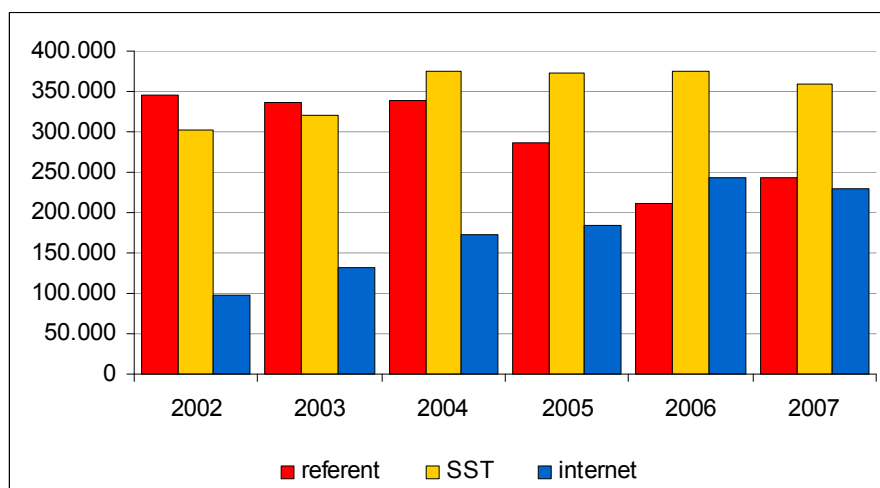
zavarovanih osebah je delež znašal v letu 2002 0,27 % v letu 2007 pa 0,09 % (slika 11). Odstotek oseb z neurejenim statusom zavarovanja je med najnižjimi v EU.



Slika 11. Gibanje deleža oseb z neurejenim zavarovanjem v daljšem časovnem obdobju (1 leto) v Sloveniji, 2002-2007

Vir: ZZZS (baza zavarovanih oseb)

Ena izmed temeljnih strategij ZZZS v tem obdobju je bilo **izvajanje enostavnih in zavarovanim osebam prijaznih postopkov** urejanja in izvajanja zavarovanj. V obdobju 2002-2006 so postopki urejanja in izvajanja zavarovanj za zavarovane osebe (povprečno okoli 800.000 prijav ali odjav v zavarovanje na letni ravni) na osnovi rednega vzdrževanja in razvoja informacijskega sistema ter sistema KZZ potekali nemoteno. Postali so bolj pregledni, enostavni in učinkoviti. ZZZS je v tem obdobju svoje storitve približeval zavarovancem predvsem s širjenjem **možnosti elektronskega zavarovanja oz. poslovanja**. V tem okviru je morda najpomembnejši dosežek ponudba enostavne informacijske rešitve elektronskega urejanja mednarodnih zavarovanj oz. naročanje konvencijskih obrazcev (in evropske kartice zdravstvenega zavarovanja) prek domače strani ZZZS na internetu ali v okviru mreže terminalov za potrjevanje KZZ. Rešitev je izdatno skrajšala obdobje čakalne vrste v referatih ZZZS in tudi razbremenila delavce ZZZS, kar je razvidno iz slike 12.



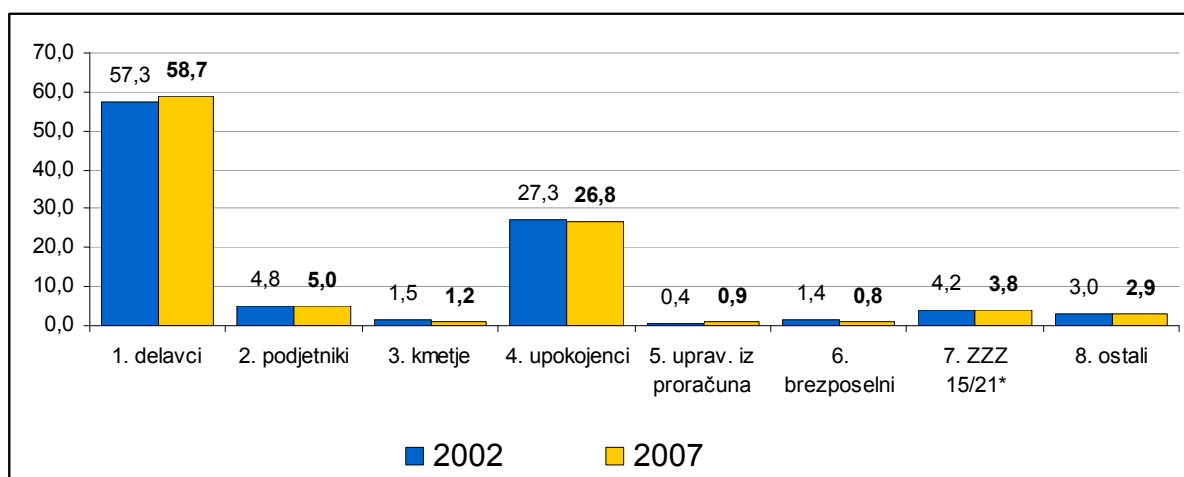
Slika 12. Število in način izdanih listin za uveljavljanje zdravstvenih storitev v tujini v obdobju 2002–2007

Vir: ZZZS (statistika delovanja sistema KZZ)

ZZZS je izvedel tudi več vsebinsko zahtevnejših projektov elektronskega poslovanja, kot so med drugim projekti e-prijave (elektronsko urejanje zavarovanj), e-poizvedbe (elektronsko

posredovanje podatkov drugim institucijam) in e-VEM. Pri teh projektih je strokovna služba ZZZS naletela na sorazmerno zapleten problem informacijske nerazvitosti v okolju oz. sorodnih institucij, zato določeni projekti, kljub dejstvu, da so načrtovane rešitve in podlage že opredeljene, še trajajo in bodo zaživel ob izpolnitvi ustreznih pogojev v okolju.

V obdobju 2002-2007 se je zaradi značilnih gospodarskih in socialnih gibanj nekoliko **spremenila struktura zavarovanj zavarovanih oseb** oz. razmerja med posameznimi kategorijami zavarovanih oseb (slika 13). Z vidika zagotavljanja finančnih virov je pomemben predvsem ugoden trend naraščanja aktivnih zavarovancev (formalno zaposleni delavci) in sicer za okoli 1,5 %. Pri podjetnikih se je ta trend izkazal šele po letu 2004. Pri tem ne gre spregledati upada ostalih samozaposlenih kategorij zavarovancev in kmetov. Upravičenci iz proračuna in kategorije, za katere prispevke plačuje država, so po daljšem obdobju rasti po letu 2005 začeli upadati, v letu 2007 pa so se ponovno nekoliko povečali (na raven iz leta 2005). Ključnega pomena pri tem so pravočasni in kakovostni podatki, za kar bo potrebno nadaljnje dograjevanje informacijskega sistema, hkrati pa tudi tesnejše sodelovanje in koordinacija z DURS ob dodelavi ustreznih sistemskih pristojnosti obeh institucij pri nadzoru in izterjavi prispevkov.



Slika 13. Trendi v strukturi zavarovanih oseb 2002-2007, Slovenija

Vir: ZZZS (baza zavarovanih oseb)

**Za doseg drugega globalnega cilja** (odzivnost na upravičene potrebe, boljši dostop do pravic, širitve usklajene s finančnimi možnostmi) je za ZZZS ključen sistemski mehanizem **rednega dopolnjevanja in spreminjanja Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja**. Pri tem je pomembna strategija, da Pravila omogočajo uveljavljanje določenih predlogov stroke po razvojnih spremembah glede posameznih pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja na način, da so spremembe usklajene s finančnimi zmožnostmi ZZZS. V obdobju 2002-2007 je ZZZS k dopolnitvam in spremembam Pravil pristopal redno, in sicer praviloma enkrat letno. Izkušnje pri izvajanju strategije »širitve pravice v okviru razpoložljivih sredstev« kažejo, da je dosledno uresničevanje načela »finančno usklajenega dograjevanja in širitve obsega pravic« možno uresničevati le s poglobljenim in izpopolnjenim strokovno-tehničnim postopkom priprave, ocenjevanja in sprejemanja predlogov. Zato bo v prihodnje nujno koordinirati in usklajevati te postopke tako po vsebinski kot tudi po metodološki plati z zdravstvenim svetom pri MZ. To pa pomeni nadaljnjo rast in pridobivanje novih znanj, ki vključuje poznavanje strokovnih analiz stroškov in koristi ter določanja prednostnih ciljev ter osvajanje novejših metod celovitega ocenjevanja vplivov novih medicinskih tehnologij na zdravje prebivalstva (»health technology assesment studies«). V nasprotnem primeru je uresničevanje načela finančno usklajene širitve obsega pravic izvedljivo le na osnovi

administrativnih restrikcij. Podrobnejše vsebine dopolnitev in spremembe Pravil skupaj z ocenami finančnih posledic uvajanja novosti in sprememb v obdobju 2002-2007 so razvidne iz tabele 8 v poglavju 2.2.2.

Poleg dograjevanja Pravil so za uresničevanje drugega cilja za ZZZS strateškega pomena tudi drugi z zakonom predvideni specifični sistemski mehanizmi. O urejanju partnerskih odnosov z izvajalci zdravstvenih storitev je govora v naslednjem podpoglavju. Na tem mestu pa naj ocenimo predvsem razvrščanje zdravil v liste, urejanje področja dobave in izposoje medicinsko tehničnih pripomočkov (v nadaljevanje MTP) ter delovanje imenovanih zdravnikov in zdravstvenih komisij, ki imajo zahtevne sistemske naloge pri presoji najzahtevnejših pravic zavarovanih oseb iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

**Komisija za razvrščanje zdravil ZZZS** oblikuje in izvaja politiko razvrščanja zdravil predpisanih na recepte, ki se krijejo v celoti ali delno s sredstvi obveznega zdravstvenega zavarovanja. Osnovni namen te politike je omogočiti oskrbo zavarovanih oseb s kakovostnimi zdravili na način, ki bo usklajen z razpoložljivimi finančnimi viri. V tem smislu ima komisija strateške naloge za zadrževanje rasti cen zdravil in hkrati tudi za izboljševanje kakovosti oskrbe z zdravili. Na osnovi številnih ocen je mogoče zaključiti, da je bil ZZZS pri tem v obdobju 2002-2007 uspešen.

V Sloveniji smo se pri razvrščanju zdravil v liste zgledovali po državah oz. mednarodnih organizacijah (Svetovna zdravstvena organizacija, v nadaljevanju SZO), ki zagovarjajo stališče, da je »optimalno« farmacevtsko oskrbo moč zagotoviti s politiko relativno majhnega števila zdravil (učinkovin), ki so razvrščena na liste. Komisija je v obdobju 2002-2007 na obe listi razvrščala letno v povprečju 500 učinkovin, največ 557 v letu 2006, najmanj pa 465 v letu 2002 (prim. s tabelo 12). SZO opredeljuje 312 esencialnih zdravil oz. učinkovin, ki so potrebna za kakovostno oskrbo prebivalstva z zdravili v državah z omejenimi viri. Med razvitimi javnimi sistemi zdravstvenega varstva šteje za vzor Norveška, ki v breme javnih sredstev oskrbuje prebivalstvo z okoli 600 učinkovinami, ki se bodisi predpisujejo na recept ali pa dajejo bolnikom pri zdravljenju v bolnišnicah. Slovenija je s povprečno 500 učinkovinami, ki so delno ali v celoti plačane s sredstvi obveznega zdravstvenega zavarovanja, brez zdravil, ki se predpisujejo v bolnišnicah, povsem primerljiva z Norveško.

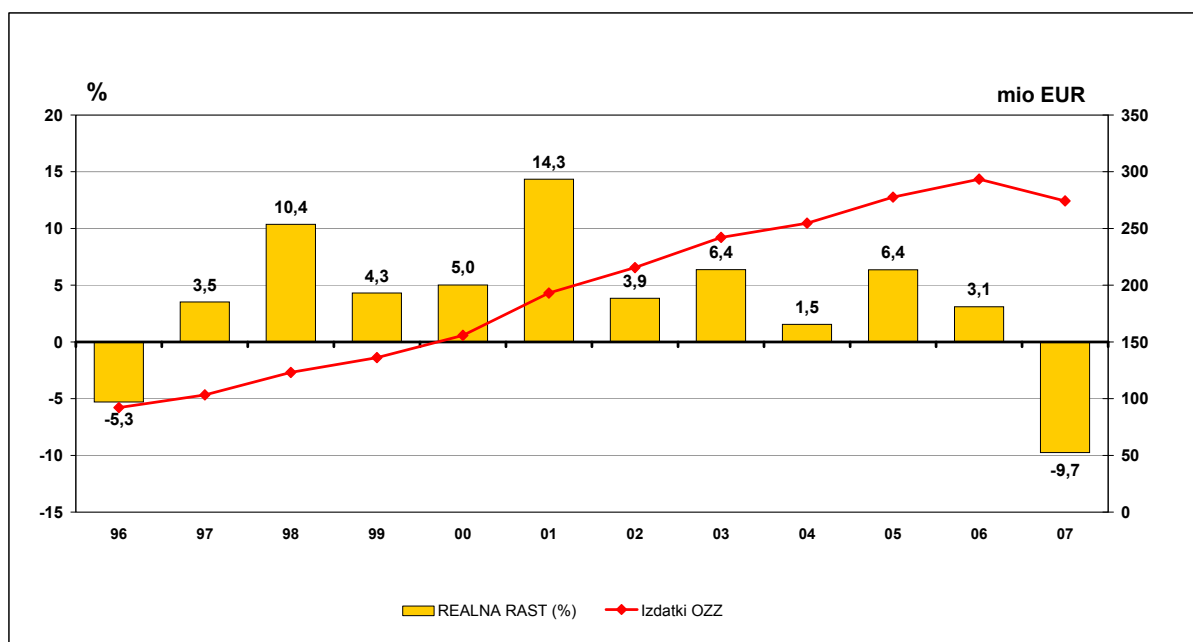
**Tabela 12. Število zdravil in učinkovin na pozitivni ali vmesni listi v Sloveniji, 2002-2007**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Število zdravil na pozitivni listi (št. učinkovin)	1.036 (356)	1.156 (363)	1.120 (382)	1.154 (383)	1.220 (404)	1.275 (403)
Število zdravil na vmesni listi (št. učinkovin)	231 (109)	277 (111)	286 (118)	304 (122)	385 (153)	413 (158)
SKUPAJ: število zdravil (št. učinkovin)	1.267 (465)	1.433 (474)	1.406 (500)	1.458 (505)	1.605 (557)	1.688 (561)

Vir: Poslovna poročila ZZZS

Ugodna je lahko tudi ocena obvladovanja izdatkov za zdravila v preteklem obdobju 2002-2007. V tem obdobju je ZZZS izvedel vrsto finančnih in tudi informativno strokovnih ukrepov, ki so prispevali k bolj umirjeni povprečni rasti izdatkov za zdravila. Če je bil še v letu 2001 kočljiv nadzor nad cenami zdravil ob hkratnem učinku uvedbe DDV-ja, saj so izdatki za zdravila takrat izdatno porasli, so bili ukrepi za obvladovanje zdravil, ki jih je po sprejetju SRP od leta 2002 dalje začel izvajati ZZZS, dokaj uspešni (glej sliko 14). V letu 2002 je ZZZS začel nadzorovati obseg predpisanih receptov in od tedaj dalje tudi podrobneje informirati zdravnike o racionalnem predpisovanju oz. odstopanju od ciljnih in poprečnih

vrednosti predpisovanja zdravnikov sorodnih strok (projekt STIRA). Od koncu leta 2003 je ZZZS z MZ oz. Agencijo za zdravila začel na podlagi seznama zamenljivih zdravil in določanja najvišjih priznanih cen zdravil uvajati slovenski model določanja referenčnih cen zdravil. Od leta 2004 do 2007 je ZZZS izvajal pomemben projekt informiranja in vzgoje prebivalstva za pravilno in varno rabo zdravil. Zmanjšanje odhodkov za zdravila v letu 2007 je predvsem posledica zamika plačilnega roka s 15 na 30 dni v tem letu in uvedba novega pravilnika o cenah zdravil. Po drugi strani pa so na realno manjše odhodke za zdravila vplivali tudi pozitivni učinki pravilnika o cenah zdravil ter izvedene aktivnosti za obvladovanje izdatkov.

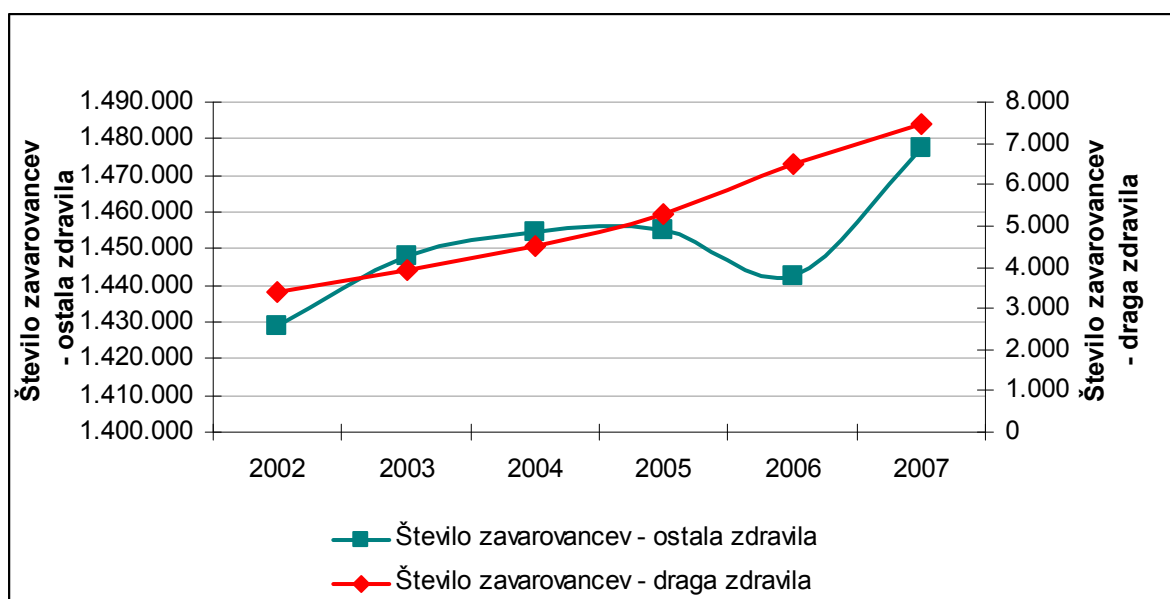


Slika 14. Realne stopnje rasti izdatkov obveznega zdravstvenega zavarovanja za zdravila, ki se predpisujejo na recept, Slovenija 1996-2007

Vir: ZZZS (podatki oddelka za zdravila)

Najpomembnejši učinek v delovanju komisije je kakovostnejša oskrba prebivalstva z zdravili, ki jo je omogočilo hitrejše uvajanje novih zdravil v teh letih. Slika 15 prikazuje, kako je »na račun« racionalne porabe klasičnih zdravil v letih od 2002-2007 naraščalo število zavarovanih oseb, ki prejemajo novejša (draga) zdravila v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja.

ZZZS je bil na osnovi usmeritev **petega globalnega cilja** v obdobju 2002-2006 aktiven tudi pri **urejanju področja MTP** ter obvladovanju izdatkov zanje. V tem okviru je načrtoval uveljavitev partnerskega modela in pogodbenih razmerij. Kljub prizadevanjem ZZZS do sklenitve dogovora in izvedbe javnega razpisa za sklenitev pogodb z dobavitelji MTP še ni prišlo. Po dolgotrajnih prizadevanjih aktivnosti sedaj mirujejo, saj po mnenju Vlade RS in MZ (2006) veljavna zakonska določila ne vsebujejo zadostnih pravnih podlag za oblikovanje partnerskega dogovora na področju dobave ali izposoje MTP. Namesto tega je ZZZS v tem času izvedel določene aktivnosti za boljše obvladovanje izdatkov za MTP, kot so vzpostavitev ustrežnejših evidenc o predpisanih, izdanih in izposojenih pripomočkih, določanje cenovnih standardov in pogajanja o cenah z dobavitelji, uvajanje bolj učinkovite kontrole in drugo. Prav tako pa se je v tem obdobju s spremembami in dopolnitvami Pravil razvojno dograjeval sistem pravic do MTP skladno s priporočili stroke.



Slika 15. Število zavarovancev, ki so prejeli vsaj eno zdravilo v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja, Slovenija, 2002-2006 (Vir: ZZZS - podatki oddelka za zdravila)

**Odločanje o pravicah zavarovanih oseb s strani imenovanih zdravnikov in zdravstvene komisije** po upravnem postopku na prvi stopnji in drugi stopnji je prav tako zahteven sistemski mehanizem ZZZS. Gre za presojo upravičenosti v tistih primerih in postopkih uresničevanja pravic, ki so zaradi zahtevnosti ali visokih stroškov potrebne posebne oz. izvedenske obravnave, kot so na primer ocena začasne zadržanosti od dela zaradi bolezni in poškodb (nad 30 delovnih dni) in zaradi nege, presoja upravičenosti do zdraviliškega zdravljenja, do zahtevnejših MTP, odobranje zoboprotetične rehabilitacije idr. Odločanje zajema tudi obravnavo zahtev za varstvo pravic, o katerih se prav tako odloča na dveh stopnjah. Strokovna služba ZZZS se že nekaj let na tem področju srečuje s situacijo, ko na eni strani narašča zahtevnost obravnav in tudi število pritožb (zlasti po spremembi zakona, ki je uveljavil roke po upravnem postopku, ki so z vidika vsebine obravnav nesprejemljivi, prim.s tabelo 13), na drugi strani pa zaradi specifičnosti in zahtevnosti dela ni mogoče zagotoviti polne kadrovske zasedenosti oz. pridobiti zadostno število usposobljenih medicinskih kadrov za opravljanje te dejavnosti.

Tabela 13. Število vseh izdanih odločb imenovanih zdravnikov in zdravstvene komisije v Sloveniji, 2002-2007

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Število izdanih odločb imenovanih zdravnikov - 1. stopnja	359.738	364.978	377.830	350.134	349.169	351.904
Število obravnavanih pritožb na zdravstveni komisiji - 2. stopnja	Ni podatka	Ni podatka	8.896	9.262	7.832	8.347
Število zahtevkov za izdajo odločb (št. izdanih odločb)	1.853 (ni podatka)	2.057 (1.937)	2.077 (ni podatka)	2.394 (2.133)	11.121 (8.642)	8.128 (7.044)

Vir: Poslovna poročila ZZZS

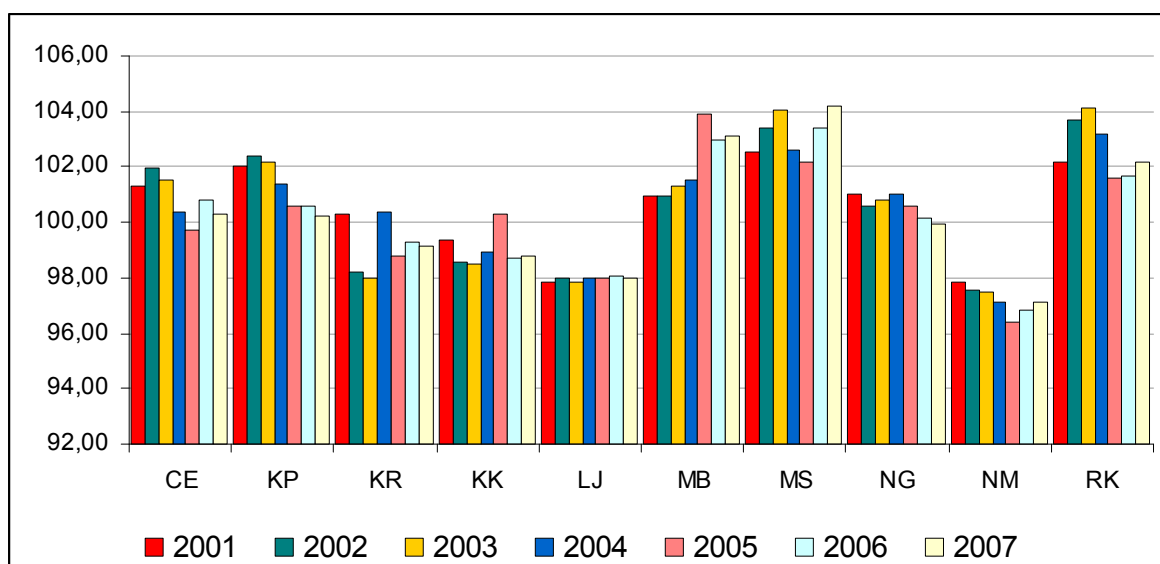
Z vidika kadrovskih in organizacijskih težav, s katerimi se sooča ZZZS pri izvajanju dejavnosti imenovanih zdravnikov in zdravstvene komisije, je moč delovanje na tem področju oceniti pozitivno. Vendar pa terjata občutljivost in zahtevnost izvedenske presoje in odločanja o pravicah v prihodnje bolj odločne korake v smislu uveljavljanja enotnih standardov presoje in večje usklajenosti med delom območnih enot ZZZS.

ZZZS je v tem obdobju opravil vrsto aktivnosti za **uskladitev z EU zakonodajo in uveljavitev novih evropskih listin** (evropska kartica zdravstvenega zavarovanja). Vse aktivnosti so bile opravljene uspešno in pravočasno. Mobilnost zavarovanih oseb v državah EU in izvajanje mednarodnih zavarovanj postaja z vidika koordinacije in krepitev potreb po natančni informiranosti vse bolj zahtevna dejavnost ZZZS.

### Urejanje odnosov z izvajalci zdravstvenih storitev

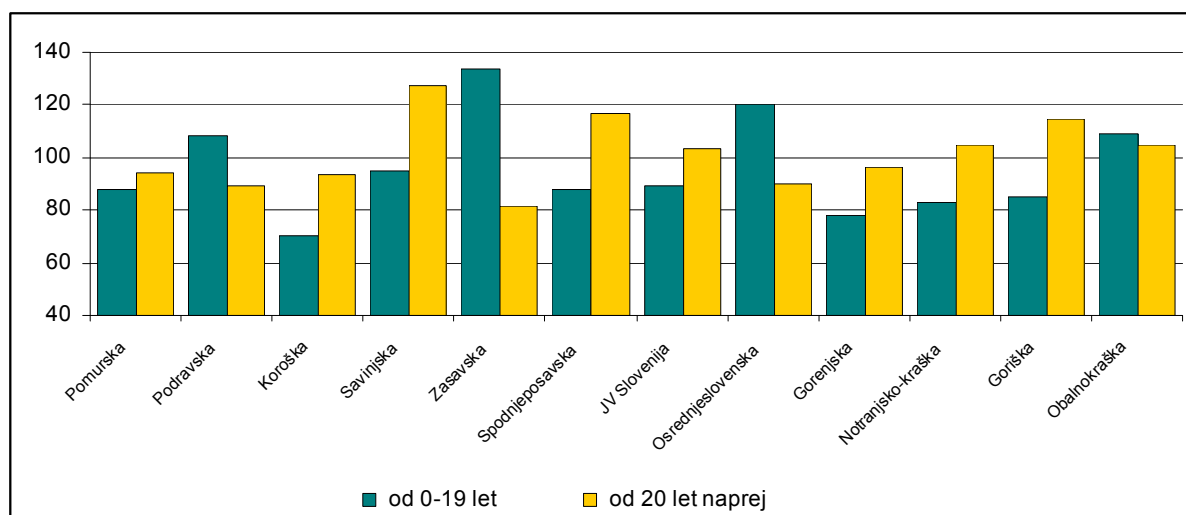
Ustrezna odzivnost na potrebe in zahteve zavarovanih oseb po primerni kakovosti in boljšem dostopu do pravic do zdravstvenih storitev (**drugi globalni cilj SRP**) je bila temeljno merilo uspešnosti delovanja ZZZS tudi na področju urejanja odnosov z izvajalci. Kljub zaostreni finančni situaciji in zadolževanju je ZZZS v pogajanjih s partnerji uspel uresničiti strategijo **preusmerjanja vseh prihrankov v prednostne programe za boljšo dostopnost (skrajšanje čakalnih vrst) in večjo kakovost obravnave**.

Za zagotavljanje enakomerne **dostopnosti zavarovanih oseb do zdravstvenih storitev**, kot enega izmed temeljnih ciljev, ZZZS pri razporejanju sredstev za programe zdravstvenih storitev uporablja določene standarde in merila. Na primarni ravni je temeljni standard t.i. preskrbljenost prebivalstva s programi izbranih osebnih zdravnikov (zdravniki splošne medicine in zdravniki otroškega ter šolskega dispanzerja). V obdobju 2002-2007 je bila z vidika zagotavljanja potrebnih sredstev preskrbljenost z izbranimi zdravniki po območnih enotah ZZZS dokaj enakomerna, saj se indeksi odstopanj od povprečne preskrbljenosti na ravni države (plačila za načrtovane zdravnike oz. t.i. »zdravnike iz ur«) gibljejo med 97 in 104 (slika 16). Če ta podatek primerjamo z dejanskim stanjem (podatki o dejanskem številu zdravnikov), ugotavljamo, da smo se na primarni ravni v praksi srečevali s pomanjkanjem določenih (predvsem splošnih) zdravnikov in tudi z neenakomerno preskrbljenostjo z zdravniki, ki je na posameznih območjih dosegala tudi prek 30 odstotna odstopanja od slovenskega povprečja (slika 17).



Slika 16. Odstopanja od povprečne preskrbljenosti (indeks = 100) z IOZ zdravniki na primarni ravni zdravstvenih dejavnosti (zdravniki iz ur, Slovenija 2002-2007)

Vir: Poslovna poročila ZZZS



**Slika 17. Odstopanje od povprečne preskrbljenosti (indeks = 100) z dejanskimi IOZ zdravniki, Slovenija 2004**

Vir: IVZ, Zdravstveno statistični letopis 2004

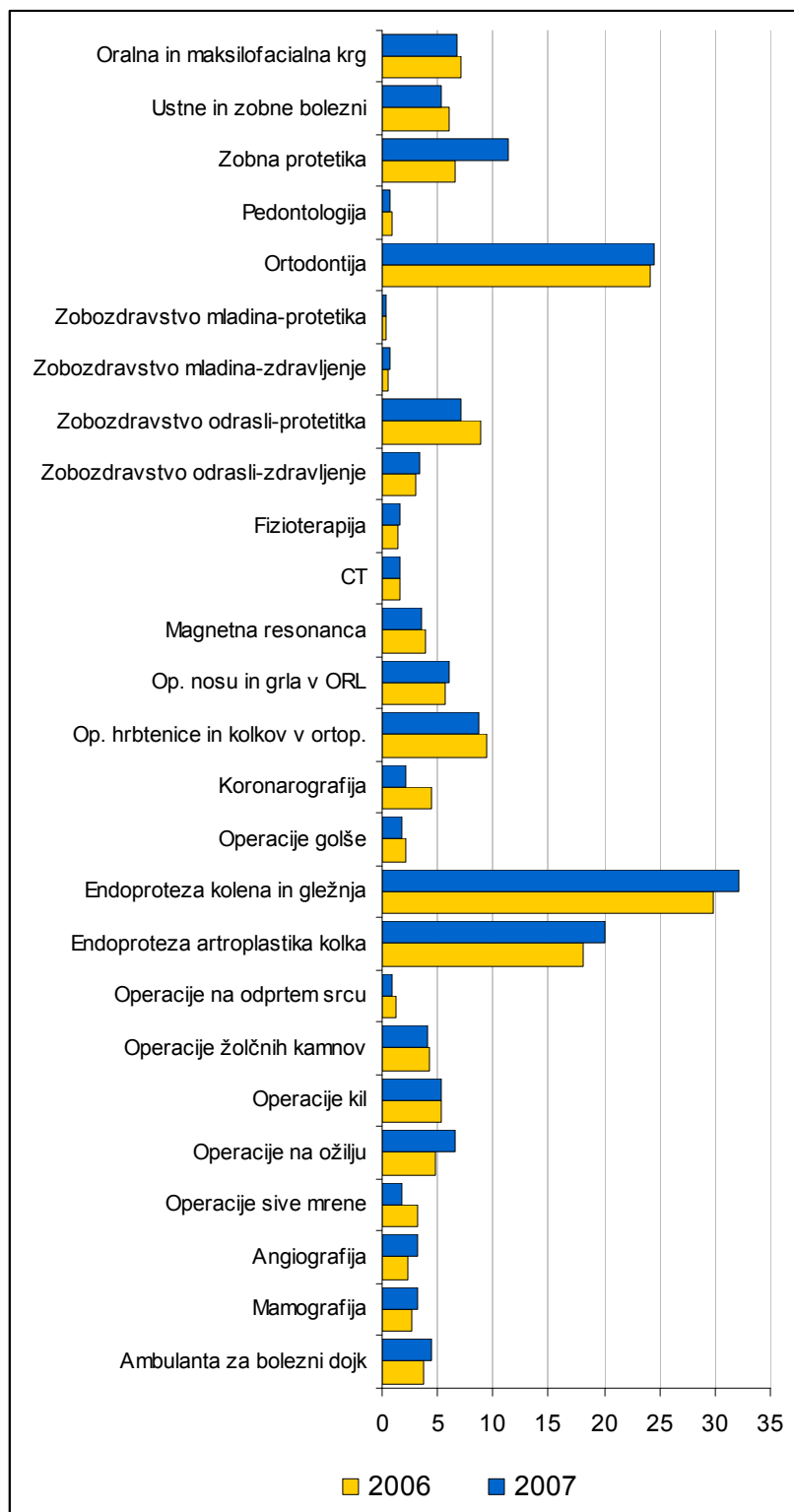
Podpovprečno je bilo število zdravnikov predvsem v osrednje slovenski, zasavski in podravske regiji, ki pa imajo v primerjavi z ostalimi območji nadpovprečno preskrbljenost z otroškimi in šolskimi zdravniki. Zaradi zaznanih težav je ZZZS s partnerji v preteklem obdobju 2002-2007 tem območjem zagotovil prednostno financiranje dodatnih timov splošnih zdravnikov (prim. s podatkom za območno enoto Ljubljana na sliki 17) in patronažnih sester. Poleg tega pa so bila določena sredstva zagotovljena tudi za izvajanje fizioterapije in zdravstvene nege v novih socialnovarstvenih zavodih ter varovanih stanovanjih.

**Dodatna finančna sredstva so se v obdobju 2002–2007 prednostno namenjala predvsem programom z dolgimi čakalnimi dobami**, ki jih je bilo zaznati predvsem pri izvajanju specialistično-ambulantne in bolnišnične dejavnosti na sekundarni in terciarni ravni. Za ukrepanje na teh področjih so zelo pomembne jasne strokovne opredelitve, predvsem pa ustrezni podatki o čakalnih dobah. V Sloveniji smo te podatke začeli natančneje opredeljevati in spremljati prav v obdobju 2002-2007. Zaradi tega je ZZZS v letih 2002 - 2007 posodobil navodilo za vodenje čakalnih knjig. Od 1. 2004 dalje pa so na spletni strani objavljene dogovorjene čakalne dobe s posameznimi izvajalci in njihovi ordinacijski časi.

Za čakalne dobe vodi ZZZS dve vrsti podatkov in sicer podatke o pogodbeno dogovorjenih čakalnih dobah in o poprečnih realiziranih čakalnih dobah. Izvajalci zdravstvenih storitev so v skladu s Splošnim dogovorom dolžni voditi čakalne knjige za vse tiste storitve, ki jih ne morejo zavarovanim osebam zagotoviti takoj. Na tej osnovi so opredeljeni podatki o pogodbeno dogovorjenih čakalnih dobah, ki jih ZZZS za zagotovitev čim boljše informiranosti zavarovanih oseb oz. njihove večje možnosti izbire objavlja že nekaj let na svoji spletni strani. Podatki so objavljeni za storitve vsakega izvajalca posebej, prav tako pa tudi za 32 storitev, po katerih zavarovane osebe v Sloveniji najpogosteje povprašujejo. Podatke o pogodbeno dogovorjenih čakalnih dobah objavljajo na svojih spletnih straneh tudi izvajalci zdravstvenih storitev.

Poleg pogodbeno dogovorjenih čakalnih dob ZZZS podrobneje spremlja tudi gibanje povprečnih realiziranih čakalnih dob za 27 programov oziroma storitev. Iz slike 18 je razvidno, da so se čakalne dobe v letu 2007 pri polovici opazovanih zdravstvenih programov skrajšale, pri ostalih pa se je čakalna doba nekoliko podaljšala. Najdaljše čakalne dobe so še vedno na področju ortopedije in ortodontije.





**Slika 18. Realizirane povprečne čakalne dobe v letih 2006 in 2007, Slovenija (v mesecih)**

Ti dosežki so rezultat izbranih ukrepov in aktivnosti za izboljšanje dostopnosti zavarovanih oseb do storitev oz. krajšanje čakalnih dob, ki so jih opredelili partnerji v okviru pogajanj za splošni in področne dogovore. Pomembni koraki so bili storjeni predvsem v pogodbenih letih 2005, 2006 in 2007, ko je ZZZS na podlagi doseženih prihrankov (zmanjšanje absentizma, obvladovanje cen zdravil in MTP) in povečanih prihodkov (rast zaposlovanja in plač, regresni zahtevki) zagotovil finančne možnosti, da se poleg rednih širitvev izvedejo tudi posebni

enkratni dodatni programi za izboljševanje dostopnosti na področjih z nesprejemljivo dolgimi čakalnimi dobami. Za izbrane izvajalce zdravstvenih storitev so bili v okviru enkratnih dodatnih programov v pogodbenih letih 2005, 2006 in 2007 zagotovljeni (enkratni) finančni viri v skupni višini nekaj manj kot 13 milijard tolarjev. Iz tabele 14 so razvidne načrtovane količine in vrednosti opravljenih enkratnih dodatnih programov v obdobju 2005-2007.

**Tabela 14. Enkratni dodatni programi za izboljšanje dostopnosti in krajšanje čakalnih vrst v Splošnih dogovorih, Slovenija 2005-2007**

Enkratni dodatni program - vrsta programa	2005		2006		2007	
	primeri/ točke	vrednost v SIT	primeri/ točke	vrednost v SIT	primeri/ točke	vrednost v SIT
Balonske diletacije koronarnih arterij	693	737.714.577	0	0	10	7.386.400
Operacija sive mreže	3.540	495.599.999	1.892	264.879.999	3.502	490.280.296
Operacija žolčnih kamnov	1.338	478.407.593	214	76.516.556	858	306.782.072
Operacija golše	232	209.999.904	0	0	0	0
Angiografija	931	454.873.457	67	12.822.257	379	72.531.695
Endoproteza artroplastika kolka	484	435.600.000	277	249.300.003	438	394.199.638
Endoproteza kolena in gležnja	246	233.700.000	157	149.150.002	504	478.800.030
Operacija hrbtenice in kolkov	37	54.416.351	15	15.528.660	294	304.361.971
Artroskopija kolena in gležnja	480	78.495.630	390	63.777.876	0	0
Operacija kil	1.791	416.991.412	206	47.962.156	1.322	307.797.340
Operacija na ožilju	873	376.747.704	387	92.843.843	948	246.990.257
Koronarografija	961	369.985.001	767	295.295.000	556	214.060.462
Operacija nosu in grla v ORL	658	134.961.486	253	51.892.575	1.294	265.409.592
Preiskave s CT	5.480	299.856.742	350	19.147.799	6.882	376.496.434
Preiskave z MR	0	0	0	0	2.400	158.852.563
Mamografija	18.560	110.604.706	1.243	7.407.038	0	0
PTA (z in brez vstavitvijo stenta)	365	297.352.401	336	174.720.000	100	100.018.331
IVF in ICSI (OBMP)	50	25.309.550	43	7.561.979	350	135.310.569
Druge specialistično ambulantne, diagnostične in bolnišnične storitve ter zdravila		1.152.480.649		1.126.714.667		33.909.060
SKUPAJ		6.363.097.161		2.655.520.410		3.893.186.710

Vir: Poslovna poročila ZZZS

Slovenija se glede področij dejavnosti, kjer se pojavljajo čakalne dobe, ne razlikuje bistveno od sorodnih držav EU. Pred desetletjem je veljalo, da so se čakalne dobe v evropskem prostoru praviloma pojavljale le v državah s proračunskim sistemom financiranja (Beveridgev model nacionalne zdravstvene službe). Podatki novejših primerjalnih študij pa kažejo, da se z izvajanjem zdravstvenih reform, ki skušajo uskladiti javne sisteme pravic z razpoložljivimi finančnimi viri, razlike med posameznimi državami s temeljnima modeloma javnih zdravstvenih sistemov manjšajo. Zato se čakalne dobe, ki so do določene mere tudi sredstvo reguliranja povpraševanja po storitvah, zaradi sorodnih težav pri zagotavljanju zadostnih finančnih virov v vse večji meri pojavljajo tudi na Nizozemskem, v Belgiji in nekaterih drugih državah z Bismarckovim modelom socialnega zavarovanja, na primer tudi v Avstriji in Nemčiji, kjer do nedavna čakalnih dob sploh niso poznali. Raziskovanje čakalnih dob in vrst v državah OECD je nakazalo zanimive in raznovrstne dejavnike čakanja v posameznih sistemih, med katerimi so najpomembnejši:

- *delež izdatkov za zdravstvo - celotnih in javnih* (v povprečju se države z višjimi izdatki za zdravstvo soočajo s krajšimi čakalnimi dobami);
- *zdravstvene zmogljivosti: število postelj in število zdravnikov* (v povprečju se države z večjim obsegom akutnih postelj in večjim številom zdravnikov soočajo s krajšimi čakalnimi dobami);
- *število odpuščenih bolnikov* (v povprečju države z večjim »obratom« oz. številom odpuščenih bolnikov izkazujejo krajše čakalne dobe);
- *produktivnost* (skupina držav, ki razpolaga z več posteljami in večjim številom zdravnikov ter vlaga več sredstev v zdravstvo, izkazuje višjo produktivnost);
- *finančne vzpodbude in načini financiranja izvajalcev* (sistemi plačevanja: države, ki plačujejo zdravnike na podlagi storitev, v povprečju izkazujejo krajše čakalne dobe);
- *vloga osebnega zdravnika* (v skupini držav s čakalnimi dobami ima osebni zdravnik vlogo vratarja v sistem, kar pa ne velja za skupino držav, ki čakalnih dob ne beležijo).

Razprave v zvezi s čakalnimi dobami trenutno potekajo v domala vseh evropskih državah. Temeljno vprašanje, ki se pri tem sproža, pa je, kako dolge čakalne dobe so z vidika varnosti in kakovosti za evropske bolnike še sprejemljive. V zadnjih letih večina držav postavlja limite v višini 3 ali 6 mesecev, četudi so možne tudi izjeme ali preseganja. Pri tem je v državah EU z daljšimi čakalnimi dobami značilna politika razvrščanja bolnikov glede na nujnost primerov, zato so čakalne dobe za manj urgentne posege (zamenjava kolka in kolena, operacija sive mreže) višje od čakalnih dob za nujnejše posege (operacija maternice, CABG, PTCA).

**Tabela 15. Sprejemljive čakalne dobe za nenujne zdravstvene storitve**

Razširjeni strokovni kolegij	Opis sprejemljive čakalne dobe za nenujne zdravstvene storitve
za pediatrijo	Do 6m za terapevtske posege, do 3m za diagnostične storitve. Za otroke ni čakalne dobe.
za ORL in CFK	Do 1 leta.
Klinika za nuklearno medicino	Do 3m, za golšo do 6m.
za psihiatrijo	Do 2m za nemotene motnje, 1 teden za obravnavo odvisnosti in 2 tedna za zdravljenje depresije.
za oftalmologijo	6-10 m
za fizikalno in rehab.medicino	Do 2 tedna za nujne obravnave po poškodbi ali bolezni, dlje za manj nujne - kronične - bolnike.
za internistiko	Do 3m.
za laboratorijsko diagnostiko	Ni čakalnih dob, razen za dihalni test za <i>Helicobacter pylori</i> - trenutna čakalna doba je 4m.
KI za med. prometa, dela in športa	Ni čakalnih dob.
za dermatovenerologijo	Čakalno dobo je zaradi velikega števila različnih diagnoz ter raznolikosti pojavnih oblik nemogoče opredeliti.
za zdravstveno nego	Ni čakalnih dob.
za onkologijo	Do 1,5 m.
za splošno / družinsko medicino	Na napotnici se navede: "nujno" za preglede v 24 urah, "hitro" a obravnavo v 3-7 dneh ali "redno" glede na možnosti v posamezni stroki.
za klinično psihologijo	4m za začetek psihoterapevtske intervencije, 14 dni za vsa stanja, ki zahtevajo nevropsihološko rehabilitacijo, 1m v primeru razvojnih motenj ter v primeru akutne in kronične bolečine.

Vir: Mnenja Razširjenih strokovnih kolegijev posameznih strok, Slovenija, 2007

Ta spoznanja narekujejo ZZZS določene aktivnosti in ukrepe. Na prvem mestu je potrebno opremiti z informacijami zavarovane osebe in sicer predvsem s podatki o različnih čakalnih dobah pri različnih izvajalcih. Poleg tega pa so pomembni predvsem strokovni kriteriji za uvrščanje zavarovanih oseb na liste čakajočih in oblikovanje nacionalnih čakalnih seznamov. V ta namen je bila pred nedavnim že imenovana posebna delovna skupina pri Ministrstvu za zdravje. Določeni so bili tudi že skrbniki čakalnih list pri posameznih bolnišnicah, kakor tudi organiziran pristop za vabljenje zavarovanih oseb na poseg ali storitev. S temu ukrepi in pa s celovitim obveščanjem zavarovanih oseb o možnostih »izbire« pri različnih izvajalcih zdravstvenih storitev v sistemu zdravstvenega varstva se bo postopno mogoče približati čakalnim dobam, ki jih medicinska stroka opredeljuje kot sprejemljive.

V zvezi s problematiko sprejemljivosti čakalnih dob gre za kompleksna strokovna vprašanja, ki zadevajo poleg varnosti in kakovosti zdravljenja bolnikov tudi specifične vidike izvajanja zdravstvenih dejavnosti v posamezni državi. Zato je ZZZS za strokovna stališča o problematiki sprejemljivih čakalnih dob v juliju 2007 zaprosil vse razširjene strokovne kolegije medicinskih strok v Sloveniji. Kakšne naj bi bile sprejemljive dobe na posameznih področjih po mnenju kolegijev, je razvidno iz tabele 15.

Na podlagi zbranih odgovorov se glede sprejemljivih čakalnih dob ponujajo naslednji sklepi in priporočila:

- za bolnike, ki so potrebni nujne in hitre obravnave, je v Sloveniji dobro poskrbljeno, saj zanje praviloma čakalne dobe ni, ker imajo bolnišnice organizirane urgentne internistične ambulante; slabša je dostopnost za specialistične preiskave in preglede za kronične in druge neurgentne bolnike;
- teoretično naj bi bile sprejemljive čakalne dobe za diagnostične storitve do 3 mesecev, za terapevtske posege pa 6 mesecev; izjema naj bi bili psihiatrični in onkološki bolniki, ki bi morali biti pregledani ali biti sistemsko zdravljeni v roku 2 mesecev in ORL bolniki, katerih čakanje do 1 leta je po mnenju stroke še sprejemljivo;
- med poglavitnimi vzroki za čakalne dobe RSK-ji opredeljujejo omejena sredstva, premajhno število strokovnega kadra, neustrezno organizacijo dela, neustrezne sisteme napotitev k specialistom, izbiro izvajalcev izven matične regije, idr. O tem pa nima nobeden izdelane ustrezne analize vzrokov.;
- za obvladovanje čakalnih dob je bistvenega pomena, da pričnejo splošni oziroma družinski zdravniki uporabljati enotno metodologijo za razvrščanje bolnikov glede na nujnost in sicer, da na napotnici uporabljajo enotne oznake: nujno (za preglede v 24 urah), hitro (za preglede v roku 1 tedna) in redno (za ostale nenujne preglede);
- za obvladovanje čakalnih dob je nujno sprejeti ustrezne strokovne smernice in priporočila za napotitve bolnikov iz primarne na ostale ravni zdravstvene dejavnosti;
- za obvladovanje čakalnih dob bi bila smiselna uvedba »case managerja« v zdravstvenih organizacijah, ki bi vodila bolnika skozi proces obravnave skladno s postavljenimi standardi (sprejemljivih) čakalnih dob, mu olajšala pot ali skrajšala čakanje na ustrezne posege v posameznih zdravstvenih organizacijah in sistemu, ali pa ga usmerila na proste zmogljivosti v drugih organizacijah;
- prioriteto pri čakanju na preglede naj bi imeli delovno aktivni zavarovanci z namenom preprečiti nepotrebna podaljševanja bolniškega staleža

**Za uresničevanje drugega globalnega cilja SRP** je pomembno uvajanje sistemov za **celovito upravljanje kakovosti** v zdravstvu. V Sloveniji imamo sorazmerno dolgo tradicijo zagotavljanja kakovosti v zdravstvu, ki je omogočila predvsem obsežno zdravstveno statistiko in druge elemente zdravstvenega informacijskega sistema, ki so predpogoj za spremljanje

kakovosti delovanja sistema. Kljub temu smo na področju kakovosti v določenem zaostanku za državami EU, saj se v preteklem obdobju nismo znali organizirati na način, ki bi omogočal hitrejše prilagajanje posameznih organizacij na spremembe v okolju (hiter razvoj medicinskih tehnologij, vse večja informiranost zavarovanih oseb, idr.). Za to pa so nujni sistemi t.i. celovitega upravljanja kakovosti v posameznih zdravstveni organizacijah, ki omogočajo konkretne učinke za večjo izbiro in zadovoljstvo zavarovancev, bolnikov in drugih uporabnikov storitev. Te sisteme je potrebno upravljati na makro (npr. akreditacija bolnišnic idr.) in mikro ravni. Predvsem pa omogočajo mehanizme za nenehno izboljševanje temeljnih dejavnikov kakovosti, s tem pa tudi razvoj v smeri odličnosti zdravstvenih storitev za vse uporabnike sistema. Za uveljavitev takih celovitih modelov bomo v Sloveniji potrebovali posebno nacionalno telo za kakovost v zdravstvu, ki bo koordiniralo in usmerjalo aktivnosti različnih nosilcev in subjektov v sistemu.

V zadnjih letih so bili narejeni pomembni koraki za uvajanje takšnih pristopov. Ministrstvo za zdravje je marca 2006 izdalo Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu. Pri pripravi le teh se je oprlo na priporočila in usmeritve Svetovne zdravstvene organizacije, Sveta Evrope, Evropske unije in Evropske komisije. Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu so bile objavljene na spletni strani MZ. Na tej podlagi so se partnerji Področnega dogovora za bolnišnice za leto 2006 dogovorili, da bodo bolnišnice spremljale in na svoji spletni strani objavile **šest kazalnikov kakovosti**. Vsak kazalnik vsebuje definicijo in načrt izboljšave (kaj, kdo, kdaj), pri čemer je za upravljanje celovitega sistema kakovosti v bolnišnicah in v drugih zdravstvenih zavodih, v skladu z nacionalnimi usmeritvami, odgovoren direktor. Bolnišnice v letu 2007 še niso objavile vseh kazalnikov kakovosti predvsem zaradi dejstva, da so prepozno vzpostavile ustrezne evidence. Vendar dogovorjena ureditev omogoča, da bomo v Sloveniji v kratkem prišli do verodostojnih javnih kazalnikov, na podlagi katerih bo mogoči spremljati in primerjati doseženo raven kakovosti posameznih bolnišnic. Z vidika zagotavljanja kakovosti v bolnišnicah pa je pomemben tudi dogovor med partnerji (Področni dogovor za leto 2006), da bo vsaka bolnišnica skladno z usmeritvami v nacionalnem projektu Razvoj upravljanja zdravstvenega varstva uvedla najmanj dve klinični poti. Skupno je bilo pri 26 izvajalcih uvedenih 64 kliničnih poti v letih 2006 in 2007.

Zelo pestre in tudi uspešne so bile v obdobju 2002-2007 **aktivnosti ZZZS za doseg četrtega globalnega cilja SRP** glede posodobitve in izboljšanja partnerskih ter pogodbenih odnosov z izvajalci zdravstvenih storitev. Za doseg tega cilja je ZZZS v okviru partnerskih pogajanj z izvajalci zdravstvenih storitev tudi v obdobju 2002-2007 vztrajal na **prospektivnih metodah načrtovanja in plačevanja programov zdravstvenih storitev**. To je omogočilo finančno realizacijo v okviru vnaprej znanih in razpoložljivih sredstev. Hkrati je ZZZS je v pogodbenih odnosih z izvajalci zdravstvenih storitev krepil vlogo kupca tako, da je v pogodbah z izvajalci opredeljeval in se načrtno dogovarjal za posamezne programe s področja osnovne (18 programov), zobozdravstvene (13 programov) in specialistično ambulantne dejavnosti (38 programov), po vrsti in količini posameznih storitev pa se je z izvajalci dogovarjal tudi za okoli 16 % programa akutne bolnišnične obravnave.

ZZZS se je v obdobju 2002-2007 s partnerji oz. predstavniki izvajalcev zdravstvenih storitev na primarni ravni in na ravni specialistično ambulantne ter bolnišnične dejavnosti dogovoril za **različne programske prilagoditve zdravstvenih zmogljivosti novim potrebam in zahtevam** zavarovanih oseb. Tako je skupaj s partnerji v *področnih dogovorih za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost* uveljavil določene spremembe in širitve obsega preventivnih storitev presajalnih testov in obravnave neakutnih bolnikov, storitev patronaže in nege na domu, storitev t.i. razvojnih ambulant idr. V *področnih dogovorih za dejavnost socialno varstvenih zavodov* in zavodov za usposabljanje so bila znatna sredstva namenjena povečanju kapacitet in širitvam programov nege. V *področnih dogovorih za bolnišnično*

*dejavnost* je bila največja pozornost posvečena problemom večje storilnosti pri izvajanju akutnih bolnišničnih obravnav, kakovosti bolnišničnega zdravljenja in boljši dostopnosti do programov z najdaljšimi čakalnimi dobami. Opisanim usmeritvam so sledili trendi pri načrtovanju programov in plačevanja **realiziranih programov storitev na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti** (tabela 16).

**Tabela 16. Realizacija storitev po dejavnostih v Sloveniji v primerjavi s planom, 2002-2006**

PROGRAMI	Enota	Plan storitev 2002	Plačana realizacija storitev 2002	Plan storitev 2006	Plačana realizacija storitev 2006	Indeks plan 2002/2006	Indeks plač. realizacija 2002/2006
		1	2	3	4	5=3/1	6=4/2
osnovna dejavnost	točke	22.481.047	22.481.047	25.845.298	25.040.455	114,96	111,38
osnovna dejavnost	kol. za stor.	36.666.697	36.666.697	38.679.569	38.492.171	105,49	104,98
zobozdravstvena dejavnost	točke	45.901.832	45.907.297	46.862.276	45.743.770	102,09	99,64
operacije na odprtem srcu <sup>2</sup>		1.008	1.000			Ni primerljivo	Ni primerljivo
nenujni reševalni prevozi	km in točke <sup>3</sup>	21.993.852	21.993.852	35.011.648	35.209.421	Ni primerljivo	Ni primerljivo
specialistično ambulantna dejavnost	točke	50.209.952	50.218.366	53.905.767	52.989.310	107,36	105,52
magnetna resonanca	točke	209.848	209.837	542.814	501.239	258,67	238,87
lekarniška dejavnost	točke	10.680.384	10.523.688	10.927.002	11.430.972	102,30	108,62
dejavnost social. zavodov	zdr. nega	5.677.243	5.588.473	6.057.144	6.151.646	106,69	110,07
stacionarno zdraviliško zdravljenje	NOD <sup>1</sup>	294.726	301.782	288.493	254.863	Ni primerljivo	Ni primerljivo
stacionarno zdraviliško zdravljenje <sup>4</sup>	točke			5.662.330	5.455.272	Ni primerljivo	Ni primerljivo
ambulantno zdraviliško zdravljenje <sup>5,6</sup>	točke			272.447	294.994	Ni primerljivo	Ni primerljivo
akutna bolnišnična obravnava <sup>7</sup>	utež			435.022	434.670	Ni primerljivo	Ni primerljivo
neakutna bolnišnična obravnava	BOD <sup>1</sup>			134.586	134.578	Ni primerljivo	Ni primerljivo
podaljšano bolnišnično zdravljenje	BOD <sup>1</sup>			27.111	26.572	Ni primerljivo	Ni primerljivo
zdravstvena nega in paliativna oskrba <sup>8</sup>	BOD <sup>1</sup>			107.475	108.006	Ni primerljivo	Ni primerljivo
psihiatrija	primer	10.152	11.485	9.550	9.531	94,07 (Ni povsem primerljivo)	82,99 (Ni povsem primerljivo)
ostalo <sup>9</sup>	primer			6.966	6.897	Ni primerljivo	Ni primerljivo
invalidna mladina	BOD <sup>1</sup>			19.926	19.693	Ni primerljivo	Ni primerljivo
transplantacije	operacija	122	152	175	213	143,44	140,13

Vir: Poslovna poročila ZZZS za leta 2002-2006

Opombe: 1 BOD - bolnišnični oskrbni dan, NOD - nemedicinski oskrbni dan; 2 Od leta 2004 so operacije na odprtem srcu vključene v akutno bolnišnično obravnavo; 3 V obdobju od leta 2002 do 30.6.2004 se kot obračunska enota uporabljajo kilometri, od 1.7.2004 dalje pa točke. Povečanje obsega v letu 2004 je posledica spremembe obračunske enote; 4 Od leta 2004 dalje je zdraviliška medicinska dejavnost razdeljena na stacionarno in ambulantno zdraviliško zdravljenje; 5 Od leta 2004 dalje je fizioterapija v zdraviliških vključena v osnovno dejavnost (točke); 6 Od leta 2004 dalje je diagnostika v zdraviliških vključena v specialistično ambulantno dejavnost; 7 V letu 2005 so partnerji kot osnovo za plačilo programov opredelili uteži in ne primere; 8 Program je bil uveden 1.7.2004; 9 Ostalo vključuje IRI, CZBO Stična, doječe matere in spremljanje.

Zaradi sprememb obračunskih metod v obdobju 2002-2007, vsi podatki o trendih na področju načrtovanja in plačevanja zdravstvenih storitev niso povsem primerljivi. Vendar so iz podatkov razvidna značilna gibanja pri realizaciji storitev, ki jih je moč povezati s povečanimi potrebami in zahtevami kot posledico demografskih in drugih razvojnih gibanj. Posledica teh sprememb so bila, poleg zahtev fiskalne politike države, tudi neskladja med razpoložljivimi zmogljivostmi in povpraševanjem po storitvah na posameznih področjih, ki so povzročala čakalne dobe.

Povečanja programov so bila zaznana tudi na področjih, kjer je bil plačan realiziran program v celoti. Porast tako beležimo na področju *nenujnih reševalnih prevozov, kjer dializni prevozi in prevozi na kemoterapijo na Onkološki inštitut v Ljubljani niso limitirani*. Program nenujnih reševalnih prevozov se je zlasti povečal v letih 2005 in 2006, ko so izvajalci prevozov po daljšem obdobju nespremenjenega programa svoje zahteve uveljavili na podlagi odločitve Vlade Republike Slovenije. Preiskave z magnetno resonanco pa postajajo v zadnjih letih vse bolj sestavni del standarda dela zdravnikov različnih specialnosti pri procesu zdravljenja oz. diagnostike, zato so potrebe in zahteve po teh preiskavah pospešeno naraščale.

Vsebinskim usmeritvam po večji produktivnosti, boljši dostopnosti in kakovosti izvajanja programov zdravstvenih storitev so sledile tudi **spremembe metod evidentiranja in obračunavanja zdravstvenih storitev**. Obračunski modeli na primarni ravni so bili v obdobju 2002 - 2007 večkrat dopolnjeni (tabela 17). Osnovne spremembe je kombinirani glavarinsko-storitveni sistem obračunavanja doživel z uvajanjem finančnih vzpodbud za doseg želenih javno zdravstvenih ciljev, kot sta boljša skrb osebnih zdravnikov za opredeljeno populacijo in racionalizacija izvajanje programov med izvajalci na primarni in sekundarni ravni. Tako so izvajalci na primarni ravni zdravstvenih dejavnosti od leta 2002 in 2003 dalje finančno stimulirani za opravljanje večjega števila preventivnih pregledov in obvladovanje napotitev na sekundarno raven. Finančne vzpodbude so se nanašale tudi na programe za uveljavljanje bolj zdravega načina življenja, preprečevanje dejavnikov tveganja in predvsem tudi za zgodnje odkrivanje določenih kroničnih bolezni in stanj.

**Tabela 17. Pregled sprememb obračunskih modelov na primarni ravni zdravstvene dejavnosti**

Dejavnost	Veljavni obračunski modeli	Spremembe v letu 2002	Spremembe v letu 2003	Spremembe v letu 2004	Spremembe v letu 2005	Spremembe v letu 2006	Spremembe v letu 2007
<b>Osnovna zdravstvena dejavnost</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– kombinirani sistem glavarine in storitev v splošnih ambulantah, otroških in šolskih dispanzerjih in dispanzerjih za ženske.</li> <li>– pavšal v dežurni službi, NMP, vzgoji, razvojni ambulanti in v centrih za odvisnike.</li> <li>– sistem storitev (točke) v fizioterapiji, negi na domu, patro-naži, v dispanzerju za mentalno zdravje in delavnicah zdravstvene vzgoje za odraslo populacijo.</li> </ul>	Sistem vzpodbud v splošnih ambulantah ter v otroških in šolskih dispanzerjih za izvajanje preventivnih pregledov in obvladovanje napotitev na sekundarno raven. Ločeno plačilo za izvajanje zdravstveno vzgojnih delavnic za odraslo populacijo.	Sistem vzpodbud v dispanzerjih za ženske za izvajanje dogovorjene števila preventivnih pregledov.	Evidenčni obračun za potrebe regresnih zahtevkov v službi za NMP in v dežurni službi.	Kalkulativni standardi za službo NMP in za centre za odvisnike		Nov seznam storitev za dejavnost logopedije
<b>Zobozdravstvena dejavnost</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– sistem storitev (točke)</li> <li>– pavšal za dežurno službo in vzgojo.</li> </ul>						

Dejav- nost	Veljavni obračunski modeli	Spremembe v letu 2002	Spre- membe v letu 2003	Spre- membe v letu 2004	Spre- membe v letu 2005	Spre- membe v letu 2006	Spre- membe v letu 2007
<b>Reše- valna služba</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– pavšal za nujne prevoze.</li> <li>– prevoženi km za nenujne reševalne prevoze (dodatno se obračuna tudi štartnina).</li> </ul>		Štartnina v višini 10% zaračunan ih km.	Štartnina v višini 10 km za mestne prevoze in 20 km za ostale prevoze. Od 1.7. 2004 dalje štartnina v višini 30 točk (km).		Ločeno obračuna- vanje pre-vozov bol-nikov na kemoterap ijo od ostalih nenujnih reševalnih prevozov.	
<b>Nega v socialnih zavodih</b>	Sistem storitev: <ul style="list-style-type: none"> <li>– dan nege za nege I,II,III, IV in v dnevnem varstvu</li> <li>– točke za medicinsko oskrbo v centrih za sluh in govor.</li> </ul>		Dan nege v dnev- nem varstvu.				
<b>Ločeno zaračun- ljivi material /storitev</b>	Cena materiala oziroma storitve.				Enoten cenik materia- lov / storitev		

Vir: Navodilo o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev

Na področju obračunskih modelov je ZZZS skupaj s partnerji v zdravstvu v obdobju 2002-2007 uspelo uresničiti najbolj zahtevno sistemsko spremembo – uveljavitev obračunskega sistema za akutno bolnišnično dejavnost. V ta namen je bil sprožen na nacionalni ravni tudi obsežen razvojni projekt RAZVOJ UPRAVLJANJA sistema zdravstvenega varstva. V letu 2004 se je ZZZS v sodelovanju z Ministrstvom za zdravje in ostalimi partnerji v sistemu zdravstvenega varstva dogovoril za poskusni, v letu 2005 pa za dokončni prehod na poročanje o realizaciji programov v akutni bolnišnični obravnavi na podlagi skupin primerljivih primerov (v nadaljevanju SPP). ZZZS je pri tem uspešno prilagodil tudi svoje računalniške aplikacije zahtevam novega obračunskega modela.

Uvedba plačevanja akutnih bolnišničnih obravnav na osnovi SPP je ugodno delovala tudi na načrtovanje in izvedbo dodatnih programov za boljšo dostopnost in skrajševanje čakalnih dob. Od leta 2005 dalje je ZZZS pričel finančno stimulirati izvajalce k izvedbi izbranih SPP s ciljem skrajšati čakalne dobe. V kolikor ti primeri, za katere so bile zaznane dolge čakalne dobe, niso bili realizirani, se je finančna obveznost ZZZS do izvajalcev ustrezno zmanjšala. Uveden je bil še program neakutne obravnave bolnikov v bolnišnicah. Spremembe na ostalih področjih specialistično ambulantne in bolnišnične dejavnosti so razvidne iz tabele 18.

V zvezi z uvedbo plačevanja bolnišnične dejavnosti po SPP je bil uresničen le del naloge, vezan je na analitično spremljanje in standardizacijo stroškov po posameznih skupinah diagnoz, ki bi dala odgovor na vprašanja o ustreznosti njihovega realnega vrednotenja in določanja cen. Gre za nalogo, ki je ni mogel opraviti ZZZS sam, ker je za to potrebno sodelovanje ministrstva in bolnišnic.

Za naslednje obdobje ostaja tudi naloga, ki se nanaša na posodobitev seznama storitev specialistično-ambulantne in zobozdravstvene dejavnosti, t.i. »Zelene knjige«. Ta je zastarela, saj so razmerja med posameznimi storitvami že neustrezna. Naloga pa je vezana na nujno sodelovanje medicinskih strokovnjakov oz. razširjenih strokovnih kolegijev, ki bi to nalogo morali opraviti prednostno.



**Tabela 18. Pregled sprememb obračunskih modelov na sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti**

Dejavnost	Veljavni obračunski modeli	Spremembe v letu 2002	Spremembe v letu 2004	Spremembe v letu 2005
<b>Specialistična ambulantna dejavnost</b>	Sistem storitev: – točke – dialize I,II,III – dan dialize IV,V.	Ločeno obračunavanje dražjih laboratorijskih preiskav. Sprememba pri dializi IV in V – uveden je bil dan dialize.		
<b>Bolnišnična dejavnost</b>	Sistem storitev: – skupine primerljivih primerov v akutni bolnišnični obravnavi – oskrbni dnevi podaljša-nega bolnišničnega zdravljenja, zdravstvene nege in paliativne oskrbe, za invalidno mladino in rehabilitacijo – nemedicinski oskrbni dan doječih mater – primeri v psihiatriji in za spremljanje – transplantacije (9 vrst).	Oskrbni dnevi (namesto primerov) za invalidno mladino, doječe matere in za rehabilitacijo.	Skupine primerljivih primerov v akutni obravnavi. Uvedba neakutne bolnišnične obravnave.	
<b>Ločeno zaračunljivi material / storitev</b>	Cena materiala oziroma storitve.			Enoten cenik materialov / storitev

Vir: Navodilo o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev

Kljub prizadevanju ZZZS, proces partnerskega dogovarjanja in sklepanja pogodb z izvajalci v obdobju 2002 – 2007 ni potekal v rokih, ki jih opredeljuje zakon, tako da ostaja pravočasno sprejemanje splošnega in področnih dogovorov, kot usmeritev 4. globalnega cilja še vedno primeren razvojni izziv. Poglavitni razlog za to so dolgotrajni postopki na Vladi R Slovenije, ki v skladu z zakonom odloča o spornih vprašanjih, o katerih partnerji Splošnega dogovora ne dosežejo soglasja (prim. s tabelo 19). ZZZS je za poenostavitev postopkov partnerskega dogovarjanja in sklepanja pogodb z izvajalci podal konkretne pobude za sistemske spremembe (dopolnitve ZZVZZ), ki pa do leta 2007 niso bile še sprejete.

**Tabela 19. Arbitraže za Splošni dogovor in datumi sprejetih sklepov Vlade RS v zvezi s spornimi vprašanji**

Leto	Arbitraža	Sklepi Vlade RS
2002	17. 1. 2002	23. 5. 2002
2003	24. 1. 2003	
2004	9. 12. 2003	4. 3. 2004
2005	14.-15. 12. 2004	15. 6. 2005
2006	7. 12. 2005	13. 4. 2006
2007	20. 11. 2006	22. 2. 2007

### 2.3.2. Vidik finančnega poslovanja

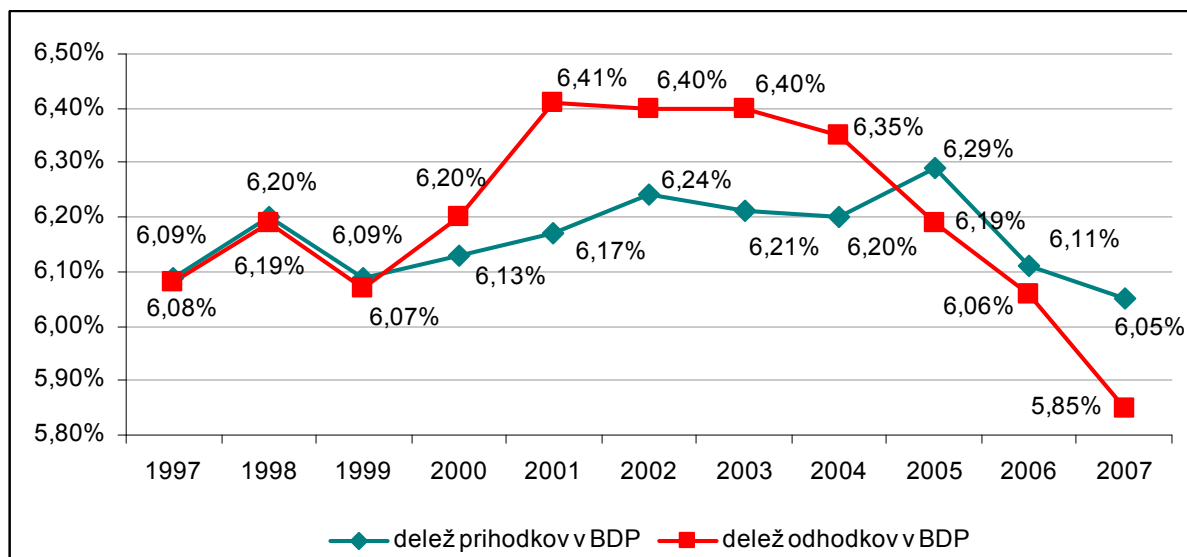
Na področju finančnega poslovanja je bilo za obdobje 2002-2007 v SRP načrtovanih 6 globalnih ciljev in sicer:

- 6.GC: Zagotoviti uravnotežen finančni rezultat in stabilnost obveznega zdravstvenega zavarovanja
- 7.GC: Doseči optimalno finančno učinkovitost pri pobiranju in izterjavi prispevkov in škodnih zahtevkov
- 8.GC: Obvladovati izdatke oziroma zagotoviti racionalno izvedbo zdravstvenih programov
- 9.GC: Obvladovati izdatke za zdravila oziroma zagotoviti racionalno in varno uporabo zdravil
- 10.GC: Obvladovati izdatke za MTP
- 11.GC: Obvladovati obseg odsotnosti z dela in nadomestil plač za časčasne zadržanosti z dela zaradi bolezni in poškodbe

Za **dosego šestega globalnega cilja** so bile predvidene strategije, med katerimi so bile ključne realno in pravočasno oblikovanje uravnoteženega finančnega načrta, financiranje programov v okviru razpoložljivih sredstev in brez dolgoročnega zadolževanja, oblikovanje določenih rezervnih sredstev, izvajanje finančno konzervativne politike upravljanja z likvidnostnimi sredstvi idr. Kot je razvidno že iz predhodnih poglavij, strateški cilj ni bil v celoti dosežen. Financiranje zdravstvenih programov in drugih pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja je bilo v celotnem obdobju 2002-2007 sicer zagotovljeno v zakonitih in pogodbenih rokih, vendar v letih 2002-2004 tudi z zadolževanjem ZZZS. Cilj tako ni bil realiziran v delu, ki se nanaša na uravnoteženo financiranje, kajti odhodki so bili vsako leto večji od prihodkov, zato se je ZZZS moral zadolževati.

**Značilna gibanja pri pokrivanju odhodkov s prihodki ZZZS** v obdobju 2002-2004 so razvidna iz slike 19. Od leta 2000 do konca leta 2004 je bil delež odhodkov ZZZS za obvezno zdravstveno zavarovanje v BDP vselej večji od deleža prihodkov. V letih 2000 in 2001 je ZZZS tekoče izgube še uspel pokrivati z rezervnimi sredstvi. V letu 2002 se je razkorak med prihodki in odhodki zmanjšal in sicer zaradi dviga zbirne prispevne stopnje. Prav tako se je razkorak manjšal tudi zaradi ukrepov ZZZS, ki so se nanašali na povečanje prihodkov (sporazum in nato zakon z zavarovalnicami o pavšalnem plačilu regresni odškodnin) in različne sistemske ukrepe za obvladovanje odhodkov (določanje najvišjih priznanih vrednosti zdravil in uvedba sistema zamenljivih zdravil, drugi ukrepi na področju zdravil, medicinskih pripomočkov in denarnih nadomestil (obvladovanje izdatkov) ter posledic spremembe zakona o davčnem postopku (enkratni učinek v letu 2005).

Zaradi potrebe po zagotovitvi zdravstvene in socialne varnosti prebivalstva s strani ZZZS, oz. da poskrbi za uravnoteženo tekoče poslovanje, je bilo zato smiselno in nujno poplačati njegov kumulativni dolg, ki je v začetku leta 2005 znašal 28,6 milijarde tolarjev. Z zakonom o prevzemu dolga je Republika Slovenija s 1.7.2005 prevzela celotni dolg ZZZS in na ta način sanirala celotni primanjkljaj. Na tej osnovi so se gibanja prihodkov in odhodkov ZZZS v letu 2005 in 2006 uravnotežila.



Slika 19. Pokrivanje odhodkov s prihodki obveznega zdravstvenega zavarovanja po finančnem načrtu ZZZS, Slovenija 1997-2007 (v deležu BDP)

Vir: ZZZS (podatki FRO)

ZZZS v obdobju 2002-2004 tako **ni mogel slediti strategiji zagotavljanja pravic v okviru razpoložljivih virov brez dolgoročnega zadolževanja**. V prvih osnutkih finančnih načrtov za poslovna leta 2002 in 2003 je sicer predlagal uravnotežen finančni načrt, vendar bi bilo potrebno za realizacijo take strategije občutno zmanjšati pravice, kar pa ni bilo izvedljivo. ZZZS je v teh letih upošteval izhodišča, ki sta jih oblikovala Ministrstvo za zdravje in Ministrstvo za finance, ki pa niso bila vedno skladna s strategijo uravnoteženega načrta. Tako je ZZZS v letih 2002-2004 poravnaval finančne obveznosti, ki so bile večje od prihodkov, ter jih pokrival z zadolževanjem, ki je bilo načrtovano in v soglasju z Vlado RS. Zato je bilo zelo zahtevno tudi **predvidevanje poslovanja z oblikovanjem finančnega načrta**, zlasti v poslovnih letih od 2002 in 2003, ko so spremembe v sistemskem okolju zahtevale rebalans finančnega načrta (tabela 20).

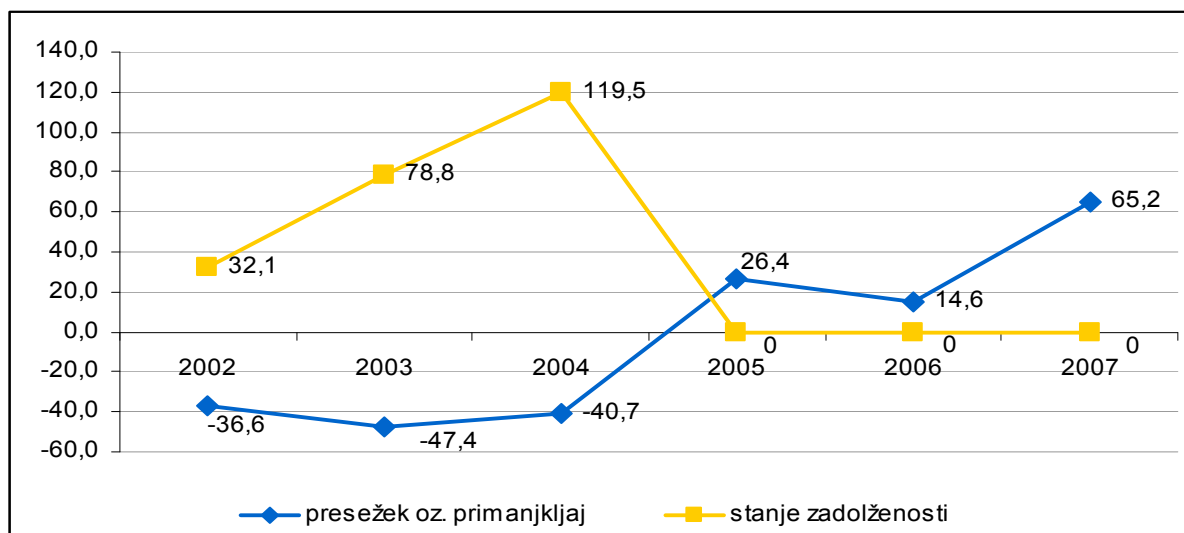
Tabela 20. Predvidevanje poslovanja s finančnim načrtom ZZZS (rebalansi FN), 2002 – 2007

	Sprememba zaradi osnove načrtovanja predhodnega leta	Sprememba makroekonomskih izhodišč	Sprememba zakonodaje	Vplivi okolja (sklepi Vlade, aneksi k Splošnemu dogovoru)
2002	x	x	x	
2003	x	x	x	
2004				
2005		x		x
2006	x		x	x
2007	x	x	x	x

Vir: ZZZS (podatki FRO)

Kumulativni dolg ZZZS je ob koncu leta 2004 znašal 0,45 % BDP. Oblikovanje kumulativnega dolga v letih 2002-2004 je razvidno iz slike 20. Razlogi za primanjkljaje po letu 2000 so bili večplastni in večinoma posledica dejavnikov, na katere ZZZS ni imel neposrednega vpliva. Predvsem so se začeli stopnjevat vplivi dolgoročnih trendov, kot so zahtevnost zavarovanih oseb, vse dražja zdravila in nova medicinska tehnologija. Poleg teh dolgoročnih gibanj je na izdatke znatno vplivala tudi hitrejša rast plač v zdravstvu v tem

obdobju, uvedba DDV na materialne stroške, še posebej pa tudi številne zahteve po dodatnih zdravstvenih programih, torej odločitve na državni ravni. Zato je bila smiselna in pričakovana poteza države, ki je na podlagi zakona, ob koncu leta 2004, dolg ZZZS v višini 28,65 milijard tolarjev v celoti pokrila. Finančna sanacija je bila ocenjena kot uspešna, saj je ostala prispevna stopnja za zdravstveno zavarovanje enaka, na enaki ravni so ostale tudi pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki so se na nekaterih področjih celo razširile, obseg programov zdravstvenih storitev zlasti z namenom skrajševanja čakalnih dob pa se je razširil. Od tedaj dalje, ZZZS v poslovnih letih 2005, 2006 in 2007 posluje uravnoteženo oz. z minimalnim presežkom prihodkov nad odhodki.



Slika 20. Primanjkljaji in presežki ter stanje zadolženosti ZZZS v letih 2002-2007

Vir: ZZZS (podatki FRO)

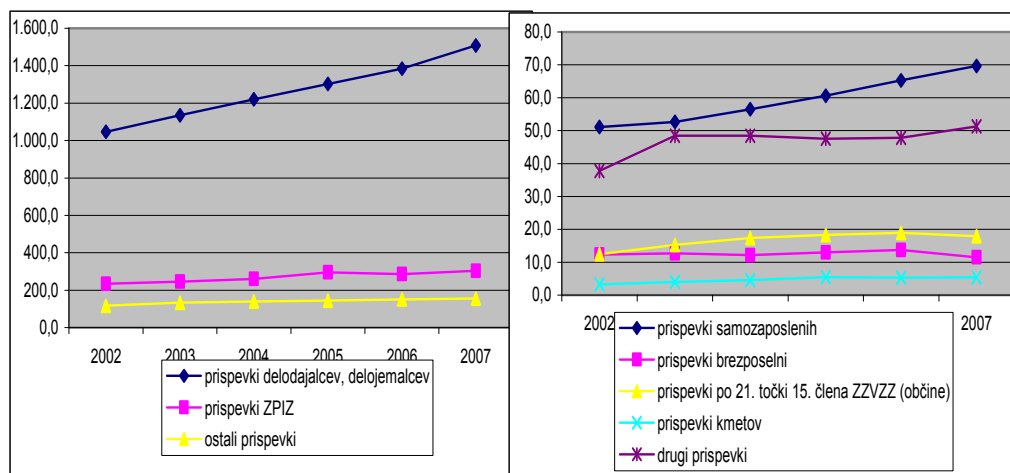
ZZZS je **delno uresničeval strategijo v zvezi z oblikovanjem rezerv**. V skladu s statutom se rezerve oblikujejo le v primeru, če se poslovno leto zaključi s presežkom. Ker je v obdobju 2002 – 2004 posloval s primanjkljajem, niso bili izpolnjeni osnovni pogoji za oblikovanje rezerv. Leta 2006 in 2007 pa je ZZZS del presežka preoblikoval v rezervna sredstva. ZZZS je v obdobju 2002-2007 **izvajal finančno konzervativno politiko upravljanja z likvidnostnimi sredstvi**. Zato je bilo tudi financiranje pravic in programov stabilno, čeprav v letih 2002-2004 s pomočjo zadolževanja.

Strokovni službi ZZZS ni uspelo doseči bistvenih premikov pri **uresničevanju sedmega globalnega cilja glede izboljšanja uspešnosti in učinkovitosti zbiranja ter izterjave prispevkov**. Verjetno je bil ta cilj zastavljen celo preveč ambiciozno, saj posega na zunanje sistemsko okolje. Načrtovani so bili določeni ukrepi, kot so izboljšanje pogodbenega odnosa z DURS in zagotavljanje večje preglednosti obveznosti zavezancev za plačevanje prispevkov. ZZZS je predlagal tudi spremembe in dopolnitve zakonodaje, ki naj bi na novo omogočile vzpostavitev lastne službe za pobiranje prispevkov, ter spremembe ZZVZZ, ki naj bi omogočile uveljavitev drugačnih razmerij v plačevanju prispevkov med posameznimi kategorijami zavezancev. ZZZS naj bi določene cilje na tem področju realiziral tudi z izvedbo posebnega razvojnega projekta z nazivom PRISPEVKI. Le-ta se je pričel izvajati kasneje, kot je bilo predvideno (2005), zato se večina aktivnosti še izvaja. Vendar pa za to področje poslovanja trenutna organiziranost ZZZS ni primerna, prav tako ni jasne opredelitve, kakšne pristojnosti naj bi ZZZS imel v odnosu do DURS na področju nadzora nad obračunom, zbiranja in izterjave prispevkov. Za suvereno izvajanje postopkov pa je potrebna tudi sprememba ustrezne zakonodaje.

ZZZS je odstopil od predvidenih pobud po spremembi zakonodaje za vzpostavitev lastne službe za obračun, zbiranje in izterjavo prispevkov. Za to bi bil namreč potreben konsenz na najvišji državni ravni, saj je zaenkrat v zakonu o davčnem postopku določeno, da je DURS edina institucija, pristojna za spremljanje terjatev in izterjavo prispevkov v Sloveniji. Za doseg ciljev po boljši učinkovitosti pri pobiranju prispevkov je izboljšal odnose z DURS in sprejel nov dogovor o medsebojnem sodelovanju (2005). Poglavitni izziv na tem področju je predvsem nadaljnja posodobitev informacijskega sistema DURS (informatizacija področja javno finančnih saldakontov), brez česar ni mogoče pričakovati napredka pri zagotavljanju primernih podatkov o stanju neplačanih prispevkov. Z aktivnimi pobudami pa je ZZZS dosegel tudi večjo javnost izkazov o plačanih obveznostih (nova določba zakona o davčnem postopku, ki zavezuje delodajalce za mesečno poročanje o plačilu prispevkov).

Za optimizacijo prihodkov je bilo v obdobju 2002-2007 ključno tudi prizadevanje ZZZS, da se okrepijo povračila za regresne zahtevke, ki jih na osnovi 86. člena ZZVZZ vlaga za povrnitev škode nastale zaradi prometnih nesreč ali poškodb ter zaradi tudi nesreč in poškodb kot posledice malomarnega ali nevestnega ravnanja. V januarju 2004 je bil tako sprejet sporazum med ZZZS in avtomobilskimi zavarovalnicami o pavšalnem kritju škod, Sporazum je aprila 2006 nadgradila novela zakona o obveznih zavarovanjih v prometu, na osnovi česar zavarovalnice nakazujejo 6,5 % od zavarovalne premije ZZZS za pavšalno pokritje škod, ki so posledica nesreč in poškodb v prometu. Spremembe zakona, ki so začele veljati sicer pozneje, kot je to načrtoval ZZZS (druga polovica leta 2006), so zagotovile načrtovane nove vire prihodkov ZZZS.

Zaradi predlogov sprememb zakonodaje (ZZVZZ) ima na tem področju čedalje večji pomen tudi prizadevanje, da se preveri izvajanje solidarnosti kot osnovnega načela obveznega zdravstvenega zavarovanja tudi pri poravnavanju obveznosti zavarovancev. Podatki kažejo (slika 21), da so določene razlike pri obveznostih posameznih kategorij zavezancev za plačevanje prispevkov prevelike. Izstopajo razlike med formalno zaposlenimi in samozaposlenimi kategorijami zavezancev (podjetniki, obrtniki, kmetje idr.).



**Slika 21. Prihodki od prispevkov OZZ v milijonih evrov, po kategorijah zavezancev, Slovenija 2002–2007**

Podatki kažejo, da je bil v obdobju 2002-2007 ZZZS relativno **uspešen pri uresničevanju globalnih ciljev 8. - 11. za boljše obvladovanje izdatkov** obveznega zdravstvenega zavarovanja. Ključ za to je bila ustrezna organizacija, predvsem pa nadaljnja informatizacija procesov zbiranja in obdelave podatkov, s pomočjo katerih je mogoče spremljati in v primeru potrebe tudi ukrepati na izbranih področjih. Leta 2004 je ZZZS uvedel novo aplikacijo za

področje financ in računovodstva, ki omogoča hiter, integralen in enostaven dostop do informacij s finančnega področja. Uvedena je bila tudi vrsta novih aplikacij za spremljanje stroškov na področju uveljavljanja pravic iz OZZ (povračilo potnih stroškov, povračilo nadomestil), ki so neposredno povezane z aplikacijami za izvajanje plačilnega prometa in evidentiranja stroškov v glavni knjigi ZZZS. ZZZS redno spremlja in nadzira tudi stroške na področju zdravil in absentizma na osnovi podatkovnih baz o absentizmu in obdelavi receptov. Za boljše obvladovanje programov storitev in vzpodbujanje racionalnega, kakovostnega in produktivnega dela izvajalcev je potrebno tudi podrobnejše spremljanje izdatkov za storitve na vseh ravneh izvajanja zdravstvenih dejavnosti. V ta namen je bil zasnovan projekt IZDATKI, ki se je v strateškem smislu izvajal že v letu 2003, vendar je bil zaradi širjenja elektronske izmenjave podatkov z izvajalci in priprave infrastrukture začasno ustavljen. V letu 2006 je bil projekt IZDATKI vzpostavljen na novo in sicer z namenom temeljite prenove informacijske podpore za spremljanje izdatkov in drugih podrobnih podatkov o opravljenih zdravstvenih storitvah v prvi fazi, v naslednjih pa tudi za ostale skupine izdatkov ZZZS.

Poleg vzpostavljanja informacijskih pogojev za zbiranje in obdelavo izbranih vrst podatkov so bili pomembni tudi sistemski in operativni ukrepi za ohranjanje izdatkov obveznega zdravstvenega zavarovanja v načrtovanih okvirih. Glede operativnih ukrepov so bili ponovno zelo pomembni tisti, ki so omogočili izboljšanje (finančnega) kontrolinga, ki na podlagi opredeljenih kazalnikov zagotavlja utečeno redno mesečno spremljanje porabe sredstev po namenih in primerjave med območnimi enotami, kar je temelj za hitro določanje prednostnih področij in samih aktivnosti za ukrepanje.

Ukrepi za obvladovanje izdatkov so izhajali iz posebnosti nastajanja posameznih vrst odhodkov ZZZS. Poglavitne skupine izdatkov so razvidne iz tabele 21, ki opisuje gibanje strukturnih deležev posameznih vrst odhodkov ZZZS v letih od 2002-2006. Odhodki za programe zdravstvenih storitev in zdravila so v letu 2006 znašali skupno že 87,7 % vseh odhodkov ZZZS. Najbolj vidna je v tem obdobju rast deleža izdatkov za zdravila, MTP ki je od 16,5 % v letu 2002 porasel na 19,0 v letu 2006. Porast je »najedel« ostale strukturne deleže odhodkov, predvsem odhodke za programe zdravstvenih storitev, saj je ta delež v letu 2002 znašal 68,8 %, v letu 2006 pa 67,7 % vseh odhodkov ZZZS. Značilna so tudi nihanja na področju izdatkov za denarne dajatve, kjer večino odhodkov predstavljajo nadomestila začasne bolniške odsotnosti. Odhodki za delo službe ZZZS (skupno z ostalimi odhodki) so v tem obdobju pokazali stagnacijo. Delež odhodkov za strokovno službo ZZZS je v primerjavi s sorodnimi izvajalci obveznih zdravstvenih zavarovanj (bolniške blagajne) v državah EU med najnižjimi, kar na eni strani lahko govori o učinkovitosti ali pa o pomanjkanju določenih (kadrovskih) zmogljivosti za bolj celovito obvladovanje področja obveznega zdravstvenega zavarovanja.

**Tabela 21. Trendi v izdatkih obveznega zdravstvenega zavarovanja, ZZZS 2002-2007**

	zdravstvene storitve	zdravila, MTP, kri, cepiva	zdravljenje v tujini in mednarodno zavarovanje	denarne dajatve	delo ZZZS	ostali odhodki	Skupaj
<b>2002</b>	68,8%	16,5%	1,0%	10,7%	2,9%	0,1%	100,0%
<b>2003</b>	67,0%	18,6%	0,8%	10,7%	2,7%	0,2%	100,0%
<b>2004</b>	67,2%	18,2%	0,9%	10,7%	2,7%	0,3%	100,0%
<b>2005</b>	67,3%	18,8%	0,9%	10,5%	2,4%	0,1%	100,0%
<b>2006</b>	67,7%	19,0%	1,0%	9,7%	2,4%	0,1%	100,0%
<b>2007</b>	68,8%	17,2%	0,9%	10,0%	2,3%	0,8%	100,0%

Vir: Poslovna poročila ZZZS

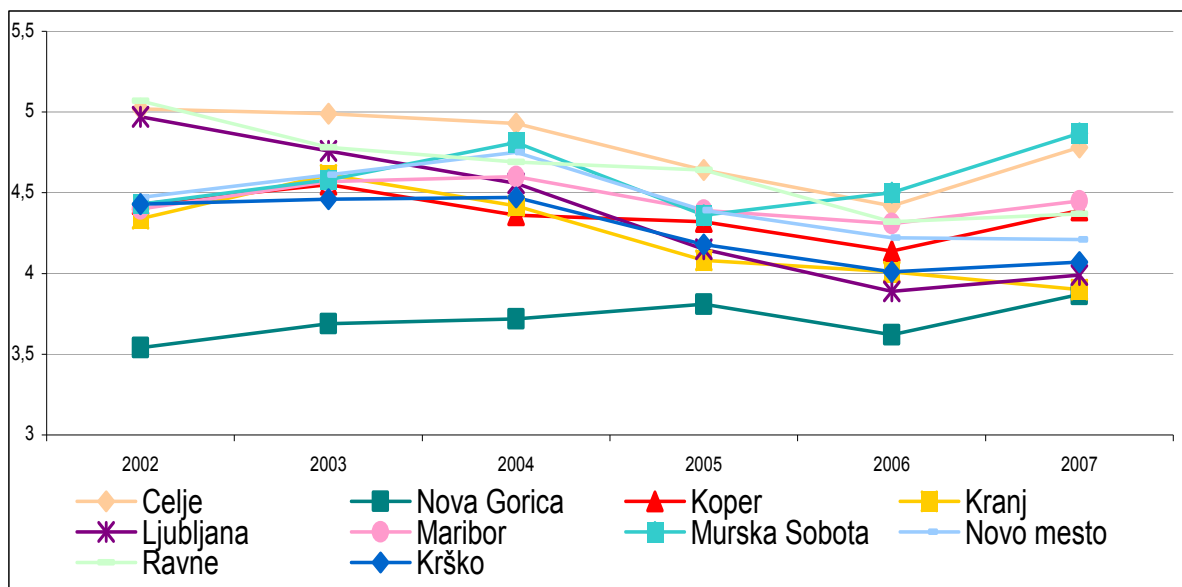
Gibanje v strukturnih deležih odhodkov obveznega zdravstvenega zavarovanja opozarja na skupine izdatkov, ki jih je potrebno obvladovati. Za **obvladovanje izdatkov za zdravstvene storitve** predstavljajo učinkovito orodje prospektivne metode načrtovanja in obračunavanja storitev, ki omogočajo realizacijo odhodkov v okviru načrtovanih sredstev. Vendar je to z vidika potreb po spodbujanju večje produktivnosti in bolj učinkovite porabe denarja na strani izvajalcev zdravstvenih storitev še premalo. Zato se je ZZZS na podlagi strateških usmeritev SRP pri pogajanjih s partnerji v zdravstvu za financiranje programov zdravstvenih storitev po letu 2005 začel zavzemati za višjo produktivnost in boljše upravljanje s stroški v bolnišnicah ter drugih javnih zdravstvenih organizacijah ter tudi pri zasebnih izvajalcih s koncesijo. Konkretno usmeritve o tem so bile oblikovane v Splošnem in področnih dogovorih za leto 2006. V ta namen je za posamezne dejavnosti predpisoval ustrezne izvedbene standarde posameznih programov, tudi pri širitvah oz. uvajanju novih programov ali metod zdravljenja.

Na **področju zdravil** so bile največje sistemske spremembe namenjene boljšemu obvladovanju izdatkov in skladno s tem omogočanjem uvajanja novih, kakovostnejših zdravil na obe listi. Ob koncu leta 2003 je bila na osnovi določanja najvišjih priznanih vrednosti in seznama medsebojno zamenljivih zdravil uveljavljena slovenska inačica določanja referenčnih cen za zdravila, ki omogoča pogajanja o cenah za (zamenljiva) zdravila. Poleg tega je ZZZS v teh letih izvajal tudi redna razvrščanja zdravil v liste, strokovni nadzor in druge aktivnosti. Novost pa so bile tudi okrepljene informativno-izobraževalne aktivnosti, ki jih je ZZZS namenil zdravnikom za racionalno predpisovanje zdravil (na osnovi podatkov STIRA) in tudi splošni javnosti. Po letu 2004 je namreč ZZZS v okviru posebnega nacionalnega projekta VARNA RABA ZDRAVIL izvedel številne promocijske aktivnosti za uveljavitev varne in pravilne rabe zdravil, ki je zajela celotno prebivalstvo (glej tudi sliko 14 iz poglavja 3.3.1.). Podlage za večjo učinkovitost teh aktivnosti so vzpostavili tudi drugi razvojni projekti kot so STIRA, BAZA zdravil, ZAPIS ZDRAVIL NA KZZ in drugi, s pomočjo katerih ZZZS vzpostavlja osnovno informacijsko infrastrukturo za učinkovito poslovanje. Kljub temu pa je potrebno opozoriti na relativnost teh dosežkov. Po vsaki večji sistemski novosti za obvladovanje izdatkov za zdravila je namreč opaziti zastoj v rasti izdatkov, ki pa je praviloma že v naslednjem letu prekinjen. Tako smo kljub rezultatom uvedbe sistema zamenljivih zdravil v letu 2004, že naslednje leto beležili stopnje pospešene rasti izdatkov za zdravila. Pri tem še poseben izziv predstavljajo nova biotehnološka zdravila zaradi izjemno visokih cen in pa nuje po določanju prednostnih seznamov bolnikov.

ZZZS je velike napore vlagal tudi v bolj celovito **obvladovanje področja predpisovanja MTP**, pri čemer pa je bil le delno uspešen. Sistemska prenova področja, ki naj bi omogočila uvedbo partnerskih pogajanj za dobavo in izposajo MTP, ni uspela, ker bo to mogoče šele ob ustreznih spremembah zakonodaje (ZZVZZ). Vendar je tudi na tem področju z dopolnitvami in spremembami Pravil OZZ in drugimi mehanizmi omogočil določena razvojna prilagajanja, predvsem pa tudi s pogajanjimi o cenah za posamezne MTP na osnovi določanja cenovnih standardov, dosegel določene prihranke.

Opazne rezultate je ZZZS v obdobju 2002-2006 beležil tudi pri **obvladovanju izdatkov za denarna nadomestila**, kjer so bili v letih 2005 in 2006 doseženi manjši odhodki za nadomestila za bolniške odsotnosti od načrtovanih. Vendar gre pri tem verjetno za pojav prehodnega značaja, saj je velika verjetnost, da se bo trend v naslednjih letih ponovno obrnil. To kažejo že povečani odhodki za nadomestila za bolniške odsotnosti v letu 2007. Dejstvo namreč je, da v Sloveniji pojava absentizma ne obvladujemo dovolj celovito. O tem pričajo podatki o gibanju absentizma v zadnjih letih. Odhodki za nadomestila plač so tesno povezani s številom in odstotkom izgubljenih dni, za katere nadomestila zagotavljajo delodajalci ali ZZZS iz sredstev obveznega zavarovanja. Zaradičasne nezmožnosti za delo iz bolezenskih razlogov smo v Sloveniji v letu 2007 izgubili skupno 10.679.136 delovnih dni, kar je okoli

639.000 dni več ali za 6,7 % več kot v letu prej. Odstotek vseh izgubljenih delovnih dni se je povečal iz 4,09 % v letu 2006 na 4,22 % v letu 2007. Odstotki izgubljenih delovnih dni po območjih so se v obdobju 2002-2006 v povprečju nižali, kar je bilo za narodnogospodarsko rast zelo pomembno in pozitivno, v letu 2007 pa so se ponovno povečali (slika 22).



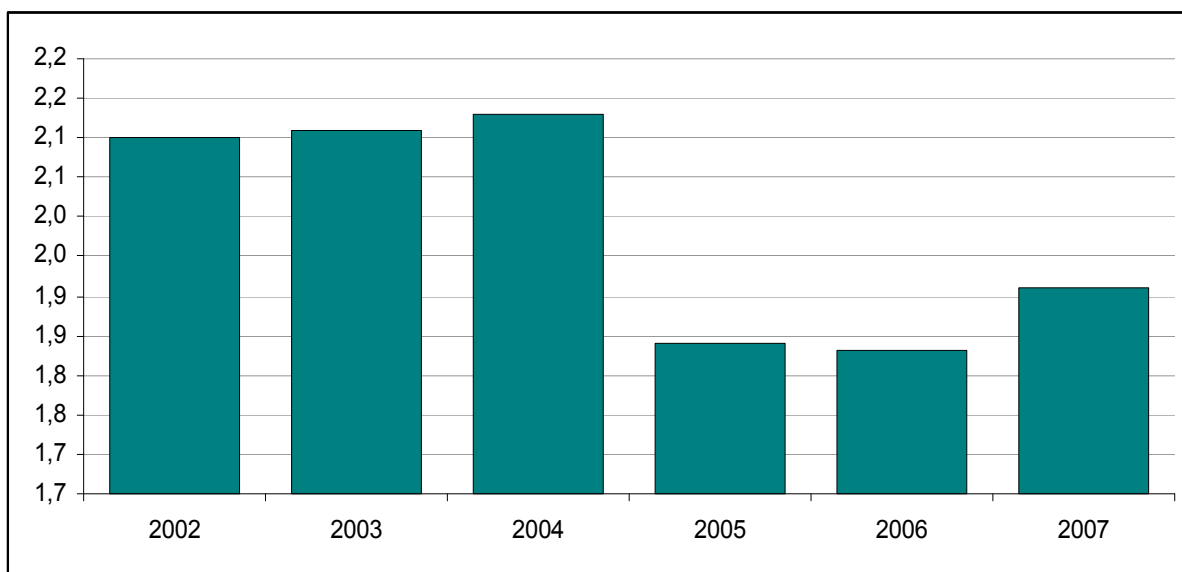
**Slika 22. Gibanje odstotkov izgubljenih delovnih dni po območjih, Slovenija 2002-2007**

Vir: ZZZS (baza podatkov o absentizmu)

V breme ZZZS je šlo v letu 2007 skupno 4.839.814 dni (cca 45 % vseh). Število izgubljenih delovnih dni, za katere je plačnik ZZZS, se je od leta 2000 do leta 2004 povečalo za 14,8 % odstotkov, kar je vplivalo na sorazmerno hitro rast odhodkov za nadomestila in na povečanje deleža nadomestil v vseh odhodkih obveznega zavarovanja. Razlog za to rast so bile predvsem določene spremembe zakonodaje, ki so naložili ZZZS dodatna bremena nadomestil, na katere ni imel vpliva (krvodajalci, brezposelni). Šele v letu 2005 se je število izgubljenih dni občutno znižalo. Gre za upad, ki je posledica številnih dejavnikov, med njimi tudi spremembe v ravnanju bolnikov in zdravnikov, med drugim pa tudi ukrepov ZZZS. Močno se je znižal v zadnjih letih (2005,2006) tudi odstotek izgubljenih delovnih dni v breme ZZZS in sicer na 1,83 % vseh delovnih dni v letu 2006 (slika 23). . Ne glede na to, so ti trendi ugodno vplivali na odhodke ZZZS za nadomestila plač v letih 2005 in 2006. V letu 2007 pa je zaznan rahel trend navzgor, saj je ZZZS bremenilo okoli 337.000 dni več (ali 7,5 %) kot leto prej. V breme ZZZS se je občutno zmanjšanje števila dni zabeležilo edino za primere poškodb po tretji osebi, medtem ko se je število dni na ostalih razlogih obravnave povečalo ali ostalo na ravni iz leta 2006.

Trajnejši vpliv na absentizem bi zagotovile predvsem spremembe v uveljavljanju boljšega zdravja na delovnem mestu ter povezane spremembe delovnih razmer v slovenskih podjetjih. Ker v teh letih ni bilo zaslediti večjih sprememb v zdravstvenem stanju delovno aktivnega prebivalstva, opisanih trendov ni mogoče označiti za trajnejše. So rezultat predvsem predhodnih učinkov kratkoročnih administrativnih ukrepov, ki so se v teh letih intenzivno izvajali.





Slika 23. Gibanje odstotkov izgubljenih delovnih dni v breme ZZZS, 2002- 2007

Vir: ZZZS (baza podatkov o absentizmu)

### 2.3.3. Vidik notranjih procesov

Za doseganje 12. globalnega cilja glede učinkovitosti in prenove notranjih procesov so imeli največji pomen razvojni projekti, ki so se odvijali v letih 2002–2007 in katerih namen je bil povečati učinkovitost ključnih in podpornih procesov na ZZZS. Projekte skladno s specifično metodologijo ZZZS izvaja na podlagi opredelitev strateškega projektnege plana v SRP. Skupno je bilo v tem obdobju sproženih 42 projektov, od katerih so bili nekateri zaradi novih potreb in zahtev sproženi po sprejetju projektnege plana, saj so jih narekovale različne notranje (npr. PRENOVA KZZ, ON-LINE ZZ, EU-KZZ, FINSAP) ali zunanje razvojne zahteve (RABA ZDRAVIL, Z-KZZ, idr.). Pregled izvajanja projektov v obdobju 2002–2007 daje tabela 22.

Ključnega pomena za **dosego strateških ciljev po bolj enostavnih in preglednejših postopkih pri izvajanju obveznega zdravstvenega zavarovanja** ter približevanju storitev zavarovanim osebam so bili projekti, ki so ustvarjali možnosti za elektronsko poslovanje oziroma izvajanje elektronskega zavarovanja. S projektom E-PRIJAVE so bile proučene možnosti za elektronsko posredovanje prijav, odjav in sprememb v OZZ ter pokojninsko in invalidsko zavarovanje. Projekt še ni zaživel zaradi potrebe po dograditvi informacijskega sistema ZPIZ, saj ni mogoče zagotoviti ločeno in neusklajeno obravnavanje evidenc obeh institucij. Vseeno je projekt podal primerne opredelitve in podlage, ki bodo omogočale takojšnje delovanje, ko bodo dozoreli pogoji v okolju socialnih zavarovanj. Projekt NADOMESTILA je v začetku leta 2006 vzpostavil informacijsko podporo obračunu, kontroli in evidentiranju denarnih nadomestil, ki so pravica iz OZZ. V okviru projekta MEDZAV se vzpostavljajo podlage za uveljavljanje celovitega informacijskega sistema, ki bo v veliko pomoč učinkoviti izmenjavi podatkov za izvajanje mednarodnih zavarovanj in t.i. čezmejnega zdravstvenega varstva v EU. Projekt POVRAČILA bo do konca leta 2007 nudil računalniško podporo procesom na področju denarnih dajatev in nadomestil. Od 1. 7. 2005 dalje ZZZS sodeluje tudi vključen v državnem projektu e-VEM, ki ima namen olajšati poslovanje samostojnih podjetnikov z državno upravo in javnimi socialnimi ter zdravstvenimi organizacijami preko elektronskih portalov.

**Tabela 22. V obdobju 2002-2007 zaključeni in še vedno aktivni razvojni projekti ZZZS**

	Projekt	Začetek	Konec		Projekt	Začetek	Konec
1.	NADZORI <sup>1</sup>	15.4.1999	1.9.2003	22.	NADOM <sup>1</sup>	1.10.2003	31.1.2006
2.	ZDRAVILA-STIRA <sup>1</sup>	10.2.2000	31.7.2005	23.	REGRESI <sup>1</sup>	1.10.2003	30.6.2006
3.	IS-VZAJE <sup>1</sup>	9.3.2000	14.7.2003	24.	Z-KZZ <sup>1</sup>	21.1.2004	31.8.2006
4.	FINPOS <sup>1</sup>	8.5.2000	31.12.2004	25.	RABA ZDRAVIL <sup>1</sup>	1.6.2004	1.7.2007
5.	BAZA ZDRAVIL <sup>1</sup>	1.10.2000	30.9.2006	26.	INCOHEALTH <sup>1</sup>	1.9.2004	28.2.2007
6.	RUSZV <sup>1</sup>	1.11.2000	30.6.2004	27.	NETC@RDS <sup>3</sup> (1. IN 2. FAZA)	1.10.2004	31.5.2010
7.	DAROVALEC <sup>1</sup>	1.12.2000	31.3.2004	28.	KADRI-KIS <sup>1</sup>	6.12.2004	31.12.2005
8.	E-CORE <sup>1</sup>	3.2.2001	29.2.2004	29.	e-POIZVEDBE <sup>1</sup>	15.4.2005	31.12.2006
9.	DOLGOTRAJNA NEGA <sup>1</sup>	26.3.2001	31.12.2004	30.	Prehod na DB2-V8 <sup>1</sup>	15.4.2005	11.7.2006
10.	KZZ-MTP <sup>1</sup>	28.3.2001	30.6.2003	31.	POVRAČILA <sup>2</sup>	18.4.2005	22.6.2007
11.	ODLIČNOST <sup>1</sup>	30.3.2001	1.2.2003	32.	PRISPEVKI <sup>3</sup>	2.5.2005	1.3.2009
12.	E-KOMUNI- CIRANJE <sup>1</sup>	9.4.2001	31.3.2003	33.	VARNOSTNA POLITIKA <sup>3</sup>	6.5.2005	27.3.2007
13.	IZDATKI ZS <sup>3</sup>	4.9.2006	31.3.2010	34.	VARNOSTNA POLITIKA – podprojekt NPBR <sup>1</sup>	20.6.2006	31.7.2007
14.	NZ-RIPS <sup>1</sup>	23.4.2001	30.4.2003	35.	PRENOVA KZZ <sup>1</sup>	7.11.2005	25.5.2006
15.	e-PRIJAVE <sup>1</sup>	18.6.2001	31.12.2002	36.	EVRO <sup>1</sup>	1.12.2005	31.5.2007
16.	JAVA-MIGR <sup>1</sup>	5.7.2001	31.12.2004	37.	ON-LINE <sup>2</sup>	6.10.2006	30.6.2009
17.	INFOPOS <sup>1</sup>	3.9.2001	31.3.2004	38.	NOVA KZZ <sup>2</sup>	19.10.2006	5.6.2009
18.	KADRI-PRENOVA <sup>1</sup>	17.6.2002	31.12.2005	39.	E-VEM <sup>2</sup>	12.3.2007	31.5.2008
19.	FINSAP <sup>1</sup>	15.1.2003	31.5.2004	40.	KRITERIJI ZZ <sup>3</sup>	1.2.2006	30.6.2007
20.	EU-KZZ <sup>1</sup>	25.11.2003	1.6.2004	41.	INTERNA ŠOLA ZZ <sup>3</sup>	30.4.2006	28.2.2007
21.	MEDZAV <sup>3</sup>	1.4.2003	26.12.2008				

Vir: ZZZS (podatki po projektnem planu)

Opombe:

- <sup>1</sup> zaključen projekt
- <sup>2</sup> aktiven projekt
- <sup>3</sup> aktiven projekt, zaključek replaniran

Med informativnimi projekti je v v obdobju 2002-2007 imel največjo odmevnost nacionalni projekt RABA ZDRAVIL. Pri tem je šlo za promocijo varne in pravilne rabe zdravil, ki je v letu 2006 in 2007 sprožil medijsko kampanjo za celovito obveščenost in ozaveščenost prebivalstva glede pravilnega ravnanja z zdravili, vključno z varnim odlaganjem. Množični kampanji so sledile številne izobraževalne delavnice za različne ciljne skupine, med katerimi je bila v ospredju starejša populacija. Pomemben za pravilno rabo zdravil je bil tudi projekt zapisa izdanih zdravil na kartico zdravstvenega zavarovanja (projekt Z-KZZ), katerega namen je bil predvsem olajšati izmenjavo podatkov o predpisanih zdravilih med zdravniki in farmacevti, kar naj bi omogočilo kvalitetnejše in varnejše predpisovanje. Uspešnost projekta je bila sicer manjša od pričakovane, saj zaradi vrste razlogov podatke o izdanih zdravilih na kartici uporablja le približno polovica zdravnikov. Vseeno je projekt omogočil nove oblike komuniciranja med zdravstvenimi delavci.

Za doseg večje učinkovitosti notranjih procesov in dograjevanja organizacije ZZZS v obdobju 2002–2007 so bili **projekti na področju financ in računovodstva**, kjer je imel

posebno teži projekt FINPOS, ki je vsebinsko in organizacijsko prenovil področje financ in računovodstva ter ga nadgradil z novim informacijskim sistemom (1.5.2004). Sistem zagotavlja centralno vodeno bazo podatkov, enotne šifrante in enotno programsko opremo za podporo postopkom financ in računovodstva. Nov informacijski sistem danes omogoča hiter, integralen in enostaven dostop do informacij. Sektor za kontroling je prenovil strateški managerski proces – še posebej podrobno je bil opredeljen proces vodenja projektov. V obravnavanem obdobju sta bili izvedeni projektni šoli, katere del je bila tudi analiza dosedanjih izkušenj na področju vodenja projektov in priprava predlogov dopolnitev in izboljšav modela. Uspešno je bil zaključen tudi projekt REGRESI, ki je omogočil vzpostavitev ustrezne informacijske podpore za evidentiranje in izterjavo regresnih zahtevkov. Zelo uspešno je ZZZS tudi pripravil in zaključil projekt EVRO, s katerim je izvedel vse potrebne aktivnosti za prehod poslovanja na uporabo nove valute. Aktivnosti so obsegale prilagoditev cenikov, potrebnih obrazcev ter listin obveznega zdravstvenega zavarovanja, popis in izvedbo prilagoditev doma razvitih in kupljenih aplikacij, dopolnitve SAP in vmesnikov med SAP in ostalimi aplikacijami ter prilagoditve računalniške izmenjave podatkov. Sam prehod na evro je potekal po posebnem operativnem planu, pri čemer so bili uspešno izvedeni vsi postopki za konverzijo podatkovnih zbirk, nastavitve parametrov ter uvedbo novih verzij aplikacij oz. računalniških rešitev. V okviru sektorja za pravne in splošne zadeve so oblikovali številne nove podlage za večjo usklajenost, preglednost in zakonitost poslovanja ZZZS na celotnem državnem teritoriju. Posebej pomembne so bili interni akti za izvajanje postopkov javnih naročil, ki so omogočali uvedbo učinkovitega informacijskega sistema za izvajanje javnih naročil, ki deluje v Lotus-Notes programskem okolju.

**Na področju odnosov z izvajalci** so se nadaljevali projekti za vzpostavitev računalniške izmenjave podatkov z izvajalci in drugimi dobavitelji. ZZZS ima vzpostavljeno računalniško izmenjavo podatkov praktično z vsemi izvajalci zdravstvenih storitev (85 %), kar pomeni uresničitev ene izmed globalnih strategij SRP. Na tej osnovi je jeseni 2006 pričel z izvajanjem projekta IZDATKI (ZS), v okviru katerega izvaja temeljito prenovo obstoječe informacijske podpore za beleženje in kontrolo opravljenih in ZZZS zaračunanih zdravstvenih storitev za potrebe spremljanja stroškov po izvajalcih, dejavnostih, zavarovanih osebah in drugih podrobnih podatkov o opravljenih zdravstvenih storitvah. Izvedba projekta bo omogočila organizacijo podatkov (iz specifikacij, ki so priložene k računom za opravljene storitve) na način skladišč podatkov, kot je to že vzpostavljeno za področje akutnih bolnišničnih obravnav (SPP) in zdravil izdanih na recepte, ter vzpostavitev pilotnih informacijskih rešitev za podporo analizam teh podatkov v akutni bolnišnični obravnavi (SPP) in za zdravila izdanih na recept (AOR). Projekt bo olajšal delo uporabnikom, zagotovil neposreden dostop do podatkov, v večjem obsegu pa bodo vzpostavljene tudi avtomatizirane kontrole prejetih dokumentov in elektronsko komuniciranje z izvajalci zdravstvenih storitev v primeru reševanja reklamacij.

Med **projekti namenjenimi izboljšanju notranjih procesov** in nadaljnji informatizaciji poslovanja ZZZS zaslužita posebno pozornost obsežna projekt ON-LINE in NOVA KZZ, ki bosta omogočila nov razvojni korak v elektronskem poslovanju in elektronskem komuniciranju strokovnih služb ZZZS z okoljem. V okviru projekta Prenova KZZ je bil v letu 2006 oblikovan širši koncept prenove informacijskega sistema, ki bo omogočil varno elektronsko izmenjavo podatkov prek mrežnih komunikacij, ki ga je potrdil tudi Svet za informatiko v zdravstvu pri MZ in ga opredelil kot nacionalni projekt, ki ima poseben pomen za uresničevanja nacionalne strategije »e-zdravje 2010«. Projekt tako predvideva hkratno uvedbo on-line sistema (projekt ON-LINE ZZ) in prenovo sistema kartice zdravstvenega zavarovanja (projekt NOVA KZZ). Projekta ON-LINE se je začel izvajati v oktobru 2006 in ima za namen vzpostaviti celovite informacijske rešitve za varen on-line dostop do podatkov,

ki se sedaj nahajajo na kartici zdravstvenega zavarovanja ter razvoj poskusne rešitve za elektronski recept. Projekt bo omogočil poenostavitve postopkov, ponudil nove možnosti za racionalizacijo ter izboljšanje kakovosti zdravstvenih storitev ter uvajanje varnega e-poslovanja z izvajalci zdravstvenih storitev. Z vidika zagotavljanja ustrezne organizacije dela in pretočnosti procesov pa so bile pomembne tudi številne druge uresničene naloge in projekti. V okviru projekta INFOPOS (Pisarniško poslovanje) je bilo na primer urejeno področje glavne pisarne in sprejemnih pisarn. Uvedena je bila tudi nova aplikacija SPIS za evidentiranje in vodenje dokumentarnega gradiva.

**Pomemben projekt z vidika učenja in rasti kadrov ZZZS**, ki je bil zasnovan na podlagi SRP v obdobju 2002-2007, je projekt INTERNA ŠOLA ZZ, ki se je začel izvajati v letu 2006. Šole so se v letu 2006 in 2007 udeležile že prve skupine zaposlenih iz ZZZS. Tako se vzpostavljajo podlage za organizacijo posebnih oblik internega izobraževanja, ki bodo prerasle v stalno obliko izobraževanja in usposabljanja zaposlenih na ZZZS. ZZZS je projekt izvedel z lastnimi kadri in znanjem. Na kadrovskem področju je bil konec leta 2005 uspešno zaključen tudi eden izmed bolj zahtevnih projektov ZZZS – prenova kadrovske funkcije. Vsebinska prenova kadrovskega procesa je vključevala prenovu sistemizacije z uvedbo modela kompetenc, prenovu letnih razgovorov in izobraževalnega procesa ter pripravo enotnih navodil za urejanje delovnih razmerij. Na področju informacijske prenove je bil uveden nov kadrovski informacijski sistem eHRM.

### **Integralni informacijski sistem ZZZS**

ZZZS je v preteklih letih načrtno informatiziral vse ključne in podporne procese zdravstvenega zavarovanja. Svoj informacijski sistem je vključil v širše okolje javnih informacijskih sistemov, pomembno pa je tudi prispeval k uveljavljanju sodobnih informacijskih rešitev v zdravstvu. Zagotovil je ključne gradnike za izvajanje zdravstvenega zavarovanja v celotnem slovenskem zdravstvu in pomembno prispeval k obvladovanju stroškov za zdravstvo. Pomemben dosežek dosedanjega razvoja so tudi izkušnje, znanja in mednarodne reference informacijske razvojne ekipe na ZZZS, ki obvladuje sodobne informacijske tehnologije in upravljanje zahtevnih razvojnih projektov ter lahko pomembno prispeva tudi pri nadaljnjem uvajanju informatike v zdravstvu.

Za urejene in pregledne notranje procese ima informacijski sistem ZZZS strateški pomen. Za **uresničevanje 13. globalnega cilja**, ki govori o **širitvi uporabe informacijsko komunikacijskih tehnologij in t.i. e-zdravstveno zavarovanje**, skrbi na ZZZS predvsem področna enota Informacijski center. Skladno z usmeritvami za uveljavitev on-line poslovanja so bile v drugem delu obdobja 2002-2007 zasnovane in uresničene številne kompleksne razvojne naloge in projekti. Med njimi je bila pomembna zlasti sprejeta krovna politika varovanja informacij. Prav tako pomembna je bila tudi odločitev o vzpostavitvi rezervne lokacije za zagotovitev nemotenega in 24-urnega delovanja informacijskega sistema, ki bo omogočilo varno in neprekinjeno poslovanje tudi v primeru naravnih in drugih nesreč ali okvar posameznih komponent strojne opreme osrednjega vozlišča. ZZZS je intenzivno gradil elektronske storitve, temelječe na sodobnih metodologijah.

Razvoj informatike ZZZS do danes lahko opredelimo z naslednjimi ključnimi razvojnimi fazami:

1. Zasnova in izgradnja integralnega informacijskega modela ter temeljnih aplikacij za delovanje obveznega zdravstvenega zavarovanja.
  - a) nacionalnih baz zavarovanih oseb in zavezancev za plačila v državi,
  - b) osnovnih šifrantov in postavitev standardov za podatke ter razvoj informacijskega sistema,

- c) osnovne aplikacije za urejanje obveznega zdravstvenega zavarovanja, spremljanje stroškov zdravljenja, obdelave izdanih receptov,
- d) podatkovno povezovanje z drugimi nosilci javnih funkcij – Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, Zavod za zaposlovanje, Urad Republike Slovenije za statistiko, Davčna uprava Republike Slovenije, policija, sodišča, občine, Jamstveni in prežिवninski sklad...
- e) zagotovitev osnovne strojne in programske opreme za izvajalce zdravstvenih storitev, s čimer je bil dan prvi zagon za začetek razvoja informatike v zdravstvu.

Vzpostavitev osnovnih gradnikov integralnega informacijskega sistema je bil začetek razvoja obsežnega informacijskega sistema, ki se še vedno dograjuje. Osnovna izgradnja je pomenila potreben pogoj za vstop v naslednje faze razvoja.

- 2. Podatkovno povezovanje z javnimi in zasebnimi izvajalci zdravstvenih storitev ter drugimi poslovnimi partnerji in racionalizacija poslovanja z uvedbo računalniške izmenjave podatkov:
  - f) postavitve standardov za elektronsko izmenjavo / pridobivanje dokumentov s strani izvajalcev zdravstvenih storitev,
  - g) opredelitev poslovnih pravil izmenjave,
  - h) operativna vzpostavitev izmenjave prvih dokumentov računi, poročila, izbrani osebni zdravnik, specifikacije, recepti itd.

ZZZS je vse od leta 1992 dalje vzpodbujal razvoj informacijskih sistemov pri izvajalcih zdravstvenih storitev, zato je postopoma vse več podatkov o obračunu zdravstvenih storitev pri izvajalcih obstajalo v elektronski obliki. Tudi ta faza se danes nadaljuje z vzpostavljanjem novih standardov za uporabo sodobnejše tehnologije ter stalno dopolnjuje z novimi dokumenti elektronske izmenjave, ki omogoča elektronski prenos obračunske dokumentacije in avtomatiziranje vhodne kontrole.

- 3. Vzpostavitev nacionalnega sistema KZZ, s čimer je ZZZS omogočil uporabo podatkov iz svojih podatkovnih baz izvajalcem zdravstvenih storitev, uvedel zanesljivo in enoznačno identifikacijo zavarovanca in zdravstvenega delavca na vseh točkah dostopa zavarovanca do zdravstvenega sistema, v prvi fazi poenostavil administrativne postopke za vse udeležence, uvedel enoten način izkazovanja in uporabe podatkov vseh ponudnikov zdravstvenih zavarovanj za paciente in zdravstvene delavce, postopoma pa širi tudi informacijsko podporo strokovno-medicinskemu delu (podpora predpisovanju in izdaji medicinsko-tehničnih pripomočkov in zdravil).
- 4. Nov tehnološki napredek je privedel do novih možnosti povezovanja, zaradi česar je danes potrebno tem možnostim prilagoditi obstoječo informacijsko infrastrukturo, ter s tem odpreti možnosti še širšemu povezovanju na tem področju, in sicer v realnem času. Novo povezovanje pa, ob upoštevanju značaja podatkov s katerimi ZZZS upravlja, terja še strožje ukrepe na področju varnosti.

V obdobju od leta 1994 do 2006 je bilo razvitih 21 kompleksnih nosilnih aplikacij, ki danes pokrivajo ključna poslovna področja ZZZS (celotno število aplikacij ZZZS presega številko 150). V gantogramu (slika 24) je prikazan seznam teh aplikacij in obdobja v katerih je razvoj le teh potekal.

ID	Aplikacija	1994				1995				1996				1997				1998				1999				2000				2001				2002				2003				2004				2005				2006			
		01	02	03	04	01	02	03	04	01	02	03	04	01	02	03	04	01	02	03	04	01	02	03	04	01	02	03	04	01	02	03	04	01	02	03	04	01	02	03	04	01	02	03	04								
1	Evidenca OZZ																																																				
2	Sklepanje PZZ																																																				
3	Saldakonti PZZ																																																				
4	Zdravniške komisije																																																				
5	Sklepanje in spremljanje pogodb z izvajalci																																																				
6	Baza podatkov o izvajalcih																																																				
7	Administracija KZZ in PK																																																				
8	Izbira osebnega zdravnika																																																				
9	Predlogi protetične rehabilitacije																																																				
10	Priprava komponent IS na delo po letu 2000																																																				
11	Medicinsko tehnični pripomočki																																																				
12	Blagajna																																																				
13	Povračilo potnih stroškov																																																				
14	Nakazila																																																				
15	Darovalci																																																				
16	Administracija EU KZZ																																																				
17	Nadomestila plač																																																				
18	Centralna baza zdravil																																																				
19	Regresi																																																				
20	Mednarodno zdravstveno zavarovanje																																																				
21	Skupine primerljivih primerov																																																				
22	Izdaja receptov za osebno rabo																																																				

Slika 24. Gantogram vključevanja novih, doma razvitih aplikacij v produkcijsko delovanje

Kot enega večjih strokovnih in vsebinskih dosežkov informatike ZZZS zadnjih let je moč šteti tudi prenovo finančno računovodskega poslovanja ZZZS v obdobju med januarjem 2003 in majem 2004. Sistem je jedro finančno-računovodskega poslovanja ZZZS in vsak trenutek omogoča nadzor in sprotne poslovne odločitve za finančno poslovanje vseh enot ZZZS. V to aplikacijo se elektronsko in avtomatizirano stekajo podatki iz vseh ostalih aplikacij in tako zagotavljajo stalen celovit pregled in kontrolo realizacije finančnih načrtov tako v relaciji realizacije zdravstvenih storitev, kot realizaciji delovanja službe. Rešitve so prilagojene poslovanju javnega zavoda in procesom, ki potekajo v ZZZS in tako v vsebinskem kot tehnološkem smislu pomenijo velik dosežek ZZZS.

Na **spletnih straneh ZZZS** nudi poleg informacij za splošno javnost in zavarovane osebe ter direktnega komuniciranja s strankami, prve varne doma razvite spletne storitve: elektronske poizvedbe za poslovne partnerje, ki imajo zakonske pravne podlage za dostopanje do baz podatkov ZZZS, naročanje evropskih kartic zdravstvenega zavarovanja ter ostalih konvencijskih potrdil. V zaključni fazi je testiranje e-VEM sistema, ki bo omogočal izvajanje elektronskih prijav, odjav in sprememb zavezancem za prispevek.

Glede **varnosti informacijskega sistema je pomembno**, da zahteve in zavedanje o pomembnosti zagotavljanja varnosti podatkov in varstvu osebnih podatkov narekuje sprotno vgrajevanje in nadgrajevanje elementov varnosti v vse segmente obsežnega informacijskega sistema. Varnost dostopa do informacijskih virov zagotavlja ZZZS z vsebinskimi, pravnimi, organizacijskim in tehnološkimi ukrepi in rešitvami. Med slednjimi je ZZZS izdelal tudi posebno aplikacijo »Pooblastila za podeljevanje dostopa do informacijskih virov ZZZS«, ki uveljavlja načelo skrbnega in varnega ravnanja s podatki. ZZZS tako s svojim informacijskim sistemom zagotavlja vsem subjektom in osebam v sistemu zdravstvenega varstva varno, zanesljivo in s sodobnimi trendi usklajeno ravnanje s podatki.

V letu 2004 je vodstvo ZZZS s podpisom dokumentov Izjava o zavezanosti vodstva varnostni politiki in Krovno politiko varovanja informacij tudi uradno še dodatno potrdilo svojo zavezanost k podpori politike varovanja informacij. Z nadaljnjim sistematičnim uvajanjem elementov varnostne politike skladno s standardom ISO/IEC 17799 želi vodstvo ZZZS zagotoviti najvišjo stopnjo varovanja osebnih in zaupnih podatkov, neprekinjeno poslovanje in vzpostaviti učinkovite mehanizme za obvladovanje tveganj.

Na področju **kartice zdravstvenega zavarovanja** (globalni cilj 18) je ZZZS v tem obdobju izdelal številne razvojne projekte, ki razširjajo nabor podatkov na kartici. Poleg podatka o

izdanih MTP se na KZZ zapisuje, ob potrditvi kartice na samopostrežnih terminalih, tudi podatek o izdanih zdravilih. Skladno z zahtevami evropskega pravnega reda je ZZZS v letu 2005 uvedel Evropsko kartico zdravstvenega zavarovanja, kot partner z Zavodom RS za presaditve organov in tkiv pa je sodeloval tudi pri uvedbi aplikacije DAROVALEC v slovenski prostor. ZZZS že več leti sodeluje v mednarodnem konzorciju Netc@rds, ki proučuje in obravnava pripravo tehnoloških podlag za uvedbo elektronske vseevropske kartice zdravstvenega zavarovanja. ZZZS sodeluje tudi v slovenski tehnološki mreži IKT, ki je sestavljena iz tehnološko najbolj razvitih organizacij, institucij in institutov v Sloveniji in katere namen je skupno nastopanje in izvajanje nacionalnih projektov.

ZZZS je v tem obdobju okrepil aktivnosti sektorja za **notranje revidiranje**. ZZZS je za poslovanje v letih od 2003 do 2006 štirikrat zapored prejel pozitivna mnenja Računskega sodišča RS na računovodske izkaze in pravilnost poslovanja. V tem obdobju so bila vsako leto v revidiranje vključena vsa tri ključna področja ZZZS ter delovanje informacijskega centra. To je omogočilo oblikovanje ocene o delovanju notranjih kontrol za ključna področja poslovanja. Revizijski pregledi so bili usmerjeni predvsem v tvegane procese. Od leta 2006 dalje temelji vzpostavljanje sistema notranjih kontrol tudi na posebnih procesih samoocenjevanja, ki jih izvajajo vsa funkcionalna področja in sektorji na ZZZS.

#### 2.3.4. Vidik učenja in rasti

ZZZS je izboljšal kadrovsko strukturo zaposlenih z zaposlovanjem kadrov z ustrežno izobrazbo in selektivnim izobraževanjem ob delu. Napredek je viden iz tabele 23. Usposobljenost zaposlenih se je izboljšala z izvajanjem internih izobraževalnih programov s področja dejavnosti ZZZS. Veliko pozornost je ZZZS namenil usposabljanju vodij za ravnanje z ljudmi pri delu, situacijsko vodenje ter vodenjem prenovljenih uvajalnih letnih razgovorov. Od leta 2005 dalje ZZZS ponovno izvaja vsakoletne cikle letnih pogovorov, ki potekajo ob ustrezni računalniški podpori in kjer se vodje in sodelavci dogovarjajo o ciljnih in nalogah ter ocenjujejo kritične kompetence.

V letih 2004 in 2005 se je vzpostavil tudi temelj za sistem razvoja kadrov z uvajanjem modela kompetenc, ki omogoča povezovanje pričakovanih rezultatov z vedenji, ki peljejo k njihovemu uresničenju in prevajanju poslovnih strategij v konkretna vedenja sodelavcev. Pomemben dosežek je tudi celovita informacijska prenova kadrovske funkcije z uvedbo novega kadrovske-informacijskega sistema (eHRM).

**Tabela 23. Izobrazbena struktura in število zaposlenih na ZZZS v obdobju 2002–2007**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
I–IV	9,2	8,5	7,5	6,8	5,9	5,4
V	45,2	44,6	45,1	43,8	41,6	41,6
VI	14,8	13,8	13,5	12,5	13,2	12,4
VII	23,9	25,2	26,1	28,9	28,5	29,9
VIII	3,9	7,9	7,8	8,0	10,9	10,7
Skupaj	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Planirano št. zaposlenih	939,0	949,5	950,5	950,5	953,5	942,0
Dejansko št. zaposlenih	922,5	918,0	934,0	933,0	929,0	922,0
Realizacija plana v odstotkih	98,2	97,0	98,2	98,2	97,4	97,9

Za uresničevanje ciljev SRP je bistvenega pomena predvsem **ustrezen dostop vseh zaposlenih ZZZS do strateških informacij** in načrtno širjenje temeljnih in uporabnih oz. specializiranih znanj s področij kot so socialna medicina, zavarovalniška oz. nadzorna medicina (sistemski nadzor, obračunski modeli, izvedenstvo idr.), zdravstvena ekonomika in farmakoeconomika (načrtovanje novih tehnologij, določanje prednostnih ciljev na področju pravic, obvladovanje izdatkov). V tem smislu je dosežek **izpopolnjen sistem internega izobraževanja**. Dejstvo, da je zaživela interna šola zdravstvenega zavarovanja, je pri tem še posebej pomembno, ker specialnih znanj kot so socialna medicina, organizacija, zdravstvena ekonomika, informatika idr. na trgu izobraževanj ni mogoče zlahka dobiti. Na področju kadrov je bilo po letu 2005 podobno kot v drugih javnih sektorjih v središču oblikovanje plana in njegova realizacija. Pri tem je bila v središču **zahteva vlade po 1 % letnem zmanjševanju kadrov**. Zahteva povzroča z vidika uresničevanj SRP številne probleme in zaplete, še zlasti ker bi uresničevanje določenih razvojnih nalog in projektov terjalo celo znatno širitev določenih služb. Pri tem se iz leta v leto ponavlja tudi **problem deficitarnosti nekaterih poklicev** na ZZZS – kot so npr. zdravniki, informatiki in nekateri drugi specializirani kadri. ZZZS si je prizadeval uveljaviti tudi ustrezno organizacijsko kulturo, ki bi omogočala ustrezno rast kakovosti in odličnosti storitev službe zavoda. ZZZS je opravil **meritve organizacijske klime** (na vzorcu 2003, 2005, 2006), kjer je bila zaznana določeno poslabšanje klime v letu 2006. Zato so bili pripravljene na kritičnih področjih oz. področjih, kjer je pri zadnji meritvi ZZZS odstopal od poprečja v Sloveniji (vodenje – voditeljstvo, notranji odnosi, razvoj kariere, nagrajevanje, idr.), določeni ukrepi.

ZZZS je hkrati s intenzivnim razvojem informacijskega sistema z načrtnim vlaganjem, usposabljanjem in izobraževanjem, vzpostavil visoko usposobljeno strokovno ekipo, ki se je sposobna spopasti s sodobnimi tehnološkimi in inženirskimi izzivi. ZZZS ima danes na voljo tudi visoko usposobljene strokovnjake za različna področja informatike, ki so sposobni zagotoviti razvoj informacijskega sistema za potrebe ZZZS, njihovo znanje pa je iskano tako pri drugih zainteresiranih pravnih osebah na področju zdravstvenega varstva in zavarovanja kot tudi na nekaterih mejnih področjih socialne varnosti ter v tujini.

## 2.4. Zaključna ocena stanja

Kljub raznim nesistemskim posegom in vdorom v sistem javnega zdravstvenega zavarovanja, je ZZZS–ju oziroma njegovim organom upravljanja v obdobju 2002-2007 uspelo zadržati ustrezno finančno in vsebinsko stabilnost sistema ter v zadnjih letih uspešno sanirati primanjkljaje. Ob tem je iz narodno gospodarskega vidika kot iz vidika interesov plačnikov prispevkov in zavarovancev pomembno, da se že več kot 10 let ni spremenila prispevna stopnja in da se niso zmanjšale pravice, ki jih zagotavlja obvezno zavarovanje, ali pa so se le te v nekaterih primerih celo razširile. K ohranitvi finančne stabilnosti obveznega zdravstvenega zavarovanja je veliko prispevala odločitev Vlade R Slovenije, po kateri je ob koncu leta 2004 prevzela ves primanjkljaj ZZZS, s čimer pa je v bistvu kompenzirala nekatere ukrepe, s katerimi je pred tem le-temu naložila nove obveznosti brez zagotovitve potrebnih virov. Tako začenja ZZZS obdobje novega strateškega razvojnega programa z uravnovešenimi prihodki oziroma odhodki.

Analiza stanja, ki je zajela izvajanje obveznega zdravstvenega zavarovanja oz. poslovanje ZZZS v konkretnem sistemskem okolju in z vidika uresničevanja ciljev SRP v letih od 2002-2007, je pokazala, da smo v tem obdobju naredili določen napredek, o čemer priča vrsta dosežkov zlasti pri uresničevanju posameznih ciljev SRP. Za prihodnje razvojno obdobje so z vidika opravljene analize stanja pomembne stalnice, vrednote in značilnosti, ki jih v prihodnje ne kaže menjati in predstavljajo dobro osnovo za nadaljnji razvoj sistema zdravstvenega



varstva in zdravstvenega zavarovanja, saj so v celoti sprejete in sprejemljive za zavarovane osebe kot osnovne uporabnike sistema. Prav ta analiza je izpostavila določene neuresničene načrte in tudi številne izzive, ki jih kaže v prihodnje uresničiti. Med temi stalnicami in izzivi so najpomembnejši:

1. Socialno zdravstveno zavarovanje kot način zagotavljanja zdravstvene varnosti prebivalstva ostaja trajnica družbenega in socialnega razvoja države. Tudi predvidene zakonske spremembe ne predvidevajo večjih sprememb tega sistema ali celo odklona od njegove ideologije.
2. Mešani javno-zasebni model financiranja zdravstvenega varstva v Sloveniji zagotavlja potrebne vire za financiranje zdravstvenega varstva, ki so primerljivi z strukturo in višino sredstev v sorodnih evropskih državah, če ga primerjamo z deležem sredstev v BDP. Vendar so potrebni določeni strukturni ukrepi, da bi bil ta model tudi v prihodnje dejavnik stabilnosti. Zasebni viri v zadostni meri dopolnjujejo javni sistem OZZ, vendar je poleg dopolnilnih zavarovanj potrebno poskrbeti tudi za razvoj ostalih oblik prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, kar bi omogočilo več izbire za zavarovance v sistemu zdravstvenega varstva, ki pa bi bila uveljavljena na osnovi načela finančne vzdržnosti.
3. Zdravje, zdravstveno varstvo in obvezno zdravstveno zavarovanje postajajo čedalje večje vrednote slovenske družbe. Solidarnost sistema, kljub pomislekom nekaterih posameznikov, je in bo tudi v naslednjih letih, ob nekaterih potrebnih nadgradnjah, še naprej ena izmed kulturnih značilnosti in načinov dojemanja ter doživljanja odnosov med ljudmi. Vse bolj je prisotno spoznanje, da vlaganje v zdravje ni le »potrošnja«, ampak dolgoročna naložba v ljudske vire. Zato bo treba še bolj razvijati medpodročno sodelovanje in aktivnosti za krepitev zdravja in preprečevanje bolezni ter poškodb in doseči čim večjo kvaliteto življenja.
4. Sedanje ekonomske okoliščine (rast BDP in zaposlovanja) omogočajo odpravo nekaterih zaznanih težav slovenskega sistema zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja. Ker pa ti pozitivni trendi niso povsem gotovi, bo potrebno v prihodnjem obdobju bolj dinamično planiranje, ki bo moralo zagotoviti določen kakovosten premik v razvoju sistema. Trend upadanja deleža javnih sredstev OZZ v BDP bi bilo potrebno zaustaviti, da bi kakovostno zagotavljali pravic na isti ravni kot doslej in hkrati izboljšali dostopnost na nekaterih področjih.
5. Velik dejavnik nestabilnosti sistema zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja je nereguliran sistem mešanega javno-zasebnega opravljanja zdravstvene službe. Sobivanje javnega in zasebnega pri izvajanju zdravstvenih storitev je zaželeno in možno, vendar je potrebna stroga ločitev uporabe javnih in zasebnih virov ter ureditev odnosov med javnim in zasebnim sektorjem znotraj javne zdravstvene službe. Nesprejemljivo je tudi sedanje stanje nereguliranosti določenih oblik vzporednih zavarovanj, ki jih v Sloveniji ne potrebujemo, saj ogrožajo temeljno vrednoto solidarnosti.
6. Staranje prebivalstva in spremembe v patologiji zahtevajo spremembe v organizaciji in reorientacijo zdravstvenih dejavnosti k promociji zdravja, preventivni, boljši obravnavi kroničnih bolnikov, večji integraciji zdravstva, dolgotrajni oskrbi idr.. Osrednjega pomena je prednostno uveljavljanje celovitih programov in projektov za promocijo zdravega načina življenja ter preprečevanja dejavnikov tveganja. ZZZS se mora pri tem še posebej zavzeti za uveljavljanje in ohranjanje zdravja zavarovancev visoko v starost.

7. Zaradi novih zdravstvenih potreb in zahtev je nujno uvajanje novih oblik socialnih zavarovanj (zavarovanje za dolgotrajno oskrbo, zavarovanje za zdravje in varnost pri delu). Takšne usmeritve bodo terjale prestrukturiranje zunaj (socialna politika) in znotraj zdravstvenega sektorja (predvsem primarna zdravstvena služba, na ostalih področjih t.i. managed care), kjer bo potrebno preoblikovanje sedanjih programov, drugačno načrtovanje kadrov in oblikovanje ustreznih normativov in standardov.
8. Usmeritve v promocijo zdravja so potrebne tudi zaradi zaznanih trendov v izdatkih, saj zgolj ukrepi ZZZS za obvladovanje izdatkov ne bodo zadostovali za umirjanje pritiskov, zato je potrebno širiti odgovornost ljudi za lastno zdravje in za spreminjanje življenjskih navad, uveljavljanje odgovornosti države in delodajalcev za izbrane programe in projekte za boljše zdravje delavcev (promocija zdravja na delovnem mestu).
9. Pri naporih za obvladovanje izdatkov je osnovni izziv oblikovanje celovite strategije za načrtno uvajanje novih tehnologij diagnostike in zdravljenja ter zdravil in medicinske opreme, brez katere bo obvladovanje strukturnih razkorakov med zdravstvenimi potrebami in možnostmi za njihovo zadovoljevanje neuspešno. Potrebno je osvojiti in uveljaviti metode za ocenjevanje vplivov uvajanja novih medicinskih tehnologij na zdravje prebivalstva in finančno vzdržnost sistema ter jih izvajati koordinirano in ob sodelovanju vseh partnerjev v zdravstvu.
10. Pri plačevanju zdravstvenih programov je potrebno od metod, ki upoštevajo zgodovinske budžete bolnišnic in drugih izvajalcev programov zdravstvenih storitev preiti na plačevanje po dejanskih rezultatih, učinkovitosti, produktivnosti in kakovosti posameznih izvajalcev.
11. Za ZZZS je glede sistemskih pobud in predlogov, ki prihajajo iz okolja, bistvenega pomena oblikovanje strategij, ki bodo zagotovile ustrezen vpliv na uresničevanje nujnih sistemskih sprememb. To je osnovni izziv za uresničevanje avtonomnega upravljanja in odločanja organov upravljanja ZZZS. V večji meri kot doslej je pri tem potrebno zagotoviti vpliv zavarovancev na odločanje o temeljnih vprašanih porabe sredstev OZZ tako na nacionalni ravni (skupščina in upravni odbor ZZZS), kot tudi na ravni območij (območni sveti). Izziv je tudi oblikovanje strategij za preprečitev takšnih zunanjih sistemskih rešitev, ki za ZZZS pomenijo nove oz. nenačrtovane finančne obveznosti.
12. Zaradi številnih razlogov je načelo samostojnosti ZZZS potrebno konkretizirati z oblikovanjem posebnih »politik« strateškega odločanja, ki bi jih vodili organi upravljanja in vodstvo ZZZS. Najpomembnejše politike v tem smislu bodo:
  - politika naročanja (nakupovanja) in plačevanja programov (zdravstvenih storitev v sistemu partnerskih pogajanj in pogodbenih odnosov)
  - politika oblikovanja in plačevanja programov
  - politika oblikovanja izhodišč za partnerska pogajanja (razporeditev finančnih sredstev)
  - politika določanja prednostnih ciljev pri oblikovanju programov
  - politika preprečevanja vdorov v sistem oz. obvladovanja tveganj (fin.)
  - politika uvajanja (širjenja) novih pravic, medicinskih tehnologij, zdravil in MTP
13. Pregled uresničevanja globalnih ciljev SRP je pokazal, da je kljub usmerjenosti v stabilizacijo poslovanja ZZZS dosegal pomembne rezultate pri uresničevanju strateških ciljev po izboljšanju dostopnosti in kakovosti pravic iz OZZ. Nesporno so bili nekateri cilji postavljeni preširoko, ali jih ni bilo mogoče uresničiti zaradi nepripravljenosti

sistemskega okolja za uveljavljanje sprememb. Vendar je ZZZS temeljne strateške usmeritve po boljši dostopnosti in kakovosti programov zdravstvenih storitev kljub ostrim pogojem poslovanja reševal prednostno in na način, da je vse prihranke namenil za dodatne in razširjene programe ter boljšo dostopnost do storitev.

14. ZZZS je v preteklem obdobju dosegel pomembne rezultate pri poenostavljanju in približevanju (elektronskih) storitev zavarovanim osebam in drugim strankam ZZZS. Pri tem je bil storjen nov korak v razvoju uporabnosti informacijsko komunikacijskih tehnologij za te cilje. V prihodnje je takšno usmeritev potrebno še pospešiti in okrepiti. Promocija zdravja, ustrežnejši dostop do preventivnih in ne le kurativnih storitev, bodo temeljna orientacija v odnosih z izvajalci, kjer bo ZZZS iskal tudi nove pristope pri financiranju, s ciljem uveljaviti večjo kakovost in uspešnost programov zdravstvenih storitev.
15. Analiza uresničevanja ciljev SRP v obdobju 2002-2007 izpostavlja kot osnovni razvojni izziv za prihodnje razvojno obdobje 2008-2013 uravnoteženo in stabilno poslovanje oz. dolgoročno finančno vzdržnost sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja. Zato bodo tudi v prihodnje osnovne strateške usmeritve in ukrepi morali zagotoviti ustrezno raven učinkovitosti in racionalnosti pri uporabi zbranih sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja.
16. V primerjavi z dosedanjimi strategijami bo ZZZS v prihodnje moral več pozornosti nameniti skrbi za ustrezno (stroškovno) učinkovitost pri izvajanju vseh programov, v kolikor bo želel obvladovati posledice osnovnih razvojnih trendov (staranje, spremembe v zdravstvenem stanju, nove metode zdravljenja, nova zdravila, nove tehnologije idr.) in določenih sistemskih problemov, ki povzročajo pritiske na hitrejšo rast izdatkov OZZ oz. ZZZS.
17. Zaradi zaznanih rastočih težav, novih potreb in zahtev po zdravstvenih storitvah s strani zavarovanih oseb bodo v prihodnjem obdobju še bolj v ospredju vprašanja dostopnosti do določenih pravic, poleg tega pa vse bolj tudi kakovost in varnost storitev in programov.
18. Strokovna služba ZZZS je kljub pomanjkanju kadrov delo v preteklem obdobju opravila kakovostno, predvsem pa tudi racionalno in učinkovito. To dokazuje tudi delež porabljenih sredstev OZZ za stroke službe, ki je v obdobju 2002-2007 znašal povprečno okoli 2,7 % vseh sredstev ZZZS. V ta sredstva so bili vključeni tudi izdatki za razvojne projekte, ki so imeli nacionalni pomen za razvoj sistema zdravstvenega varstva v sistemu ZV. Primerjava s sorodnimi organizacijami v državah EU kaže, da le-te porabijo tudi do 2,5- krat večji delež.
19. Z vidika doseganja strateških ciljev je podatek o nizkih izdatkih za strokovno službo ZZZS možno interpretirati tudi na način, da gre za sistemsko podhranjenost in da bo v prihodnje potrebno izboljšati (kadrovske) zmogljivosti strokovne službe, še zlasti zaradi številnih novih funkcij in nalog, ki jih dobiva na podlagi sistemskih sprememb v prihodnje (nova socialna zavarovanja idr.) Ključna notranja pogoja za realizacijo nadaljnjega razvoja sta visoko usposobljen in kakovosten razvojni kader, za kar bo potrebno poiskati možnosti.
20. Na področju notranjih procesov je služba ZZZS določene cilje (zlasti povezane z nadaljnjo informatizacijo poslovanja ZZZS) uspešno uresničila. Določen zastoj pa je bilo opaziti na področju uresničevanja ciljev reorganizacije in izboljševanja učinkovitosti

procesov. Osnovni izzivi glede reorganizacije so povezani s prilagajanjem notranje organizacije zahtevam in potrebam iz zunanega okolja, kjer se izkazujejo zlasti večje potrebe po zagotavljanju razvojno analitičnih informacij za boljše upravljanje s stroški izvajanja zdravstvenih programov in upravljanje kakovosti ter potrebe po bolj intenzivnem mednarodnem sodelovanju in izmenjevanju modelov dobrih praks. V ospredju bodo tudi prizadevanja za vzpostavitev takšne organizacijske klime in kulture, ki bo omogočala vzpostavitev sistema nenehnih izboljšav po poti k poslovni odličnosti strokovne službe ZZZS. Reorganizacija bo potrebna tudi zaradi zahtev posodobljenega informacijskega sistema (neprekinjeno poslovanje) oz. prehoda na on-line poslovanje.

21. V obdobju 2002-2007 je bilo zaznati pomembne premike pri vzpostavljanju pogojev za upravljanje z znanjem zaposlenih na ZZZS. Začela je tudi delovati Interna šola ZZZS. Izboljšani informacijski pogoji pa že omogočajo bolj načrtno upravljanje s kadri. Zaradi zahtev okolja (zahteva po -1 %-nem zaposlovanju) in hkratnem trendu postavljanja številnih novih obveznosti in nalog na ZZZS bo v prihodnje eden izmed osnovnih izzivov uravnovežiti razvojne in operativne cilje ZZZS s kadrovskimi zmožnostmi, kar predpostavlja zelo realno načrtovanje, pa tudi morebitno prestrukturiranje določenih kadrov. Zaradi določenih strateških novosti (načrtno ocenjevanje in uvajanje medicinskih tehnologij, benchmarking in upravljanje izbranih, idr.) bo potrebno opredeliti tudi ustrezno politiko »osvajanja« novih znanj ali »prenosa« ekspertskega znanja na ZZZS.

### **3. Razvojne potrebe in razvojne možnosti v obdobju 2008-2013**

Na nadaljnje razvojne možnosti obveznega zdravstvenega zavarovanja bodo, podobno kot doslej, močno vplivali zunanji dejavniki, kot so demografske in sociodemografske spremembe prebivalstva, zdravstveno stanje prebivalstva, materialni okviri, ki jih bo narekoval gospodarski razvoj in politične odločitve glede socialne in zdravstvene politike, razvoj medicinske in farmacevtske tehnologije, razvoj, organizacija in financiranje zdravstvene službe ter nekatere druge spremembe v okolju. Prav tako bodo močno odvisne od odločitev, kakšno zdravstveno zavarovanje in varstvo bo gradila država v prihajajočih letih oziroma o tem, kakšna naj bi bila solidarnost na tem področju v prihodnje. To so sicer vprašanja strategije razvoja sistema zdravstvenega varstva kot celote in ki jo mora določiti država, vendar jih je potrebno predvidevati in upoštevati pri načrtovanju obveznega zdravstvenega zavarovanja.

ZZZS je in želi biti pri reševanju teh vprašanj aktivni sogovornik tistim, ki bodo sprejemali odločitve, saj zastopa interese vseh zavarovanih oseb v Sloveniji. Aktivno sodelovanje ZZZS pri teh odločitvah je nujno tudi zaradi tega, ker je njegova naloga in dolžnost zagotoviti stabilnost pri zagotavljanju možnosti uresničevanja pravic zavarovanih oseb in v čim večji meri zagotoviti uresničevanje potreb in pričakovanj zavarovanih oseb glede enakomerne krajevne in časovno dostopnosti ter kvalitete storitev. Vse to pa se bo moralo dogajati v materialnih okvirih, ki jih bo zmogla naše gospodarstvo in brez primanjkljajev ali zadolževanj.

#### **3.1 Vplivi globalnih razvojnih gibanj**

Ob pripravi strateškega razvojnega programa ZZZS za naslednje razvojno obdobje 2008-2013 je nekaj neznank. Med temi je strategija države glede nadaljnega razvoja sistema zdravstvenega varstva kot celote in zdravstvene dejavnosti znotraj nje, ki bi morala biti opisana v planu zdravstvenega varstva. V pripravi je tudi nekaj zakonov, ki neposredno ali posredno zadevajo področje zdravstvenega varstva in zavarovanja (zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, zakon o zdravstveni dejavnosti, zakon o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo itd.), za katere pa še ni znano, kako bodo vplivali na prihodnje razvojne tokove. Zaradi tega ni izključeno, da bi lahko bili scenariji razvoja javne in zasebne zdravstvene dejavnosti drugačni, kot jih ocenjujemo sedaj, s tem pa so lahko različne razvojne možnosti zdravstvenega zavarovanja. Prav tako ni mogoče oceniti posledic in vplivov nadaljnje privatizacije zdravstvene službe oziroma javno – privatnega partnerstva na poslovanje in stroške javnih zdravstvenih zavodov, njihovo organizacijo, upravljanje, produktivnost in s tem tudi na stroške obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Nejasne so tudi morebitne nadaljnje aktivnosti Evropske unije glede uresničevanja načel prostega pretoka oseb in storitev na področju zdravstvenega varstva in zavarovanja, ki bi utegnile imeti precejšen vpliv na dogajanja v našem sistemu zdravstvenega varstva. Nanj bi lahko dodatno vplivali morebitni ukrepi in prizadevanja po nadaljnji harmonizaciji sistemov zdravstvenega varstva v Uniji.

Prav tako niso povsem dorečeni ukrepi za uresničitev enega od ključnih nacionalnih razvojnih ciljev iz Strategije Slovenije, ki govori o »...izboljšanju možnosti vsakega človeka za dolgo, zdravo in aktivno življenje z vlaganji v učenje, izobrazbo, zdravje, kulturo, bivalne pogoje in druge vire za uresničevanje osebnih potencialov.« To velja tudi za četrto razvojno prioriteto iz

Strategije razvoja Slovenije, ki navaja, da bo potrebno »...zmanjšati bolezenske odsotnosti z dela in delovne invalidnosti, ohraniti zaposljivost delavcev z ukrepi zaščite, varovanja zdravja delavcev in omogočati aktivno staranje.« V teh strategijah je nakazano, a nedodelano vprašanje razvoja zdravstvenega varstva, o katerem je navedeno le, da bo potrebno »...spremeniti sistem zdravstvenega varstva, temelječ na solidarnosti, dostopnosti, transparentnosti in učinkovitosti ter fiskalni vzdržnosti« pri čemer pa smer sprememb ni nakazana oziroma opredeljena.

Kljub temu, da pri nas še ni sprejeta strategija razvoja zdravstvenega varstva in drugi dokumenti strateškega pomena za nadaljnji razvoj sistema zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, pa so že znane številne podlage in dejstva, ki so pomembna za strateško usmerjanje in načrtovanje področja obveznega zdravstvenega zavarovanja, ali pa jih je že možno opredeliti na podlagi nekaterih drugih dokumentov oziroma analiz. Ta so opisana v nadaljevanju.

### **3.1.1. Pričakovana gibanja prebivalstva**

Projekcije prebivalstva v velikem delu držav Evropske unije kažejo na vrsto podobnih dogajanj v prihodnosti, le stopnje sprememb bodo v posameznih državah različne. Tudi demografski razvoj Slovenije bo zaznamovan z enakimi značilnostmi kot pretežni del evropskih držav in ki so značilne za dolgoživo družbo. Na tej osnovi je pričakovati nadaljnje podaljševanje pričakovane povprečne življenjske dobe, ki naj bi leta 2010 dosegla v Sloveniji pri moških 73,9 let (ali za 0,6 več kot leta 2004) oziroma nekaj čez 74 let leta 2013 in 81,2 pri ženskah (ali za 1 leto več kot 2004), v letu 2013 pa blizu 81,5 let. Razlike v povprečnem pričakovanem trajanju življenja med spoloma se bodo še povečale v korist žensk. Poleg tega je tudi v naslednjih letih pričakovati razlike v povprečnem pričakovanem trajanju življenja med območji Slovenije, kjer so te že zdaj (med Pomursko in Osrednjeslovensko kar 4 leta) precejšnje. Podaljševanje povprečne pričakovane življenjske dobe je povezano tudi z zniževanjem umrljivosti v starejšem življenjskem obdobju, zaradi česar se podaljšuje tudi pričakovana življenjska doba v starosti 65 let. Ta naj bi dosegla leta 2010 14,9 let pri moških in 19,1 let pri ženskah. Splošna umrljivost se bo z leti nekoliko znižala, a bo še vedno naravni prirastek izredno nizek, s tendenco prehoda v negativni prirastek. Ob podaljševanju pričakovanega trajanja življenja demografi napovedujejo, da bo Slovenija ostala med državami z najnižjo rodnostjo in bo do leta 2010 (oziroma 2013) ostala na doseženi, sedanji ravni. Tudi stopnja priseljevanja bo ostala nespremenjena. Na teh predvidevanjih temelji napoved, da se število prebivalstva Slovenije do leta 2013 ne bo spremenilo ali pa bo šlo le za njegovo minimalno povečanje (za okrog 15 tisoč oseb). Zato lahko tudi v obveznem zdravstvenem zavarovanju računamo z enakim številom zavarovanih oseb, kot jih imamo trenutno.

Ob predpostavki ohranitve približno enakega števila prebivalstva pa bo prišlo do sprememb v njegovi demografski in sociodemografski strukturi. Število prebivalstva od 0-14 let se bo do leta 2013 (in tudi po tem) zmanjšalo v absolutnem številu kot tudi relativno v skupnem številu prebivalstva države. Delež prebivalstva, starega od 15 do 64 let se bo v strukturi prav tako nekoliko znižal. Absolutno in relativno pa se bo povečal delež oseb, starih 65 let in več, ki jih bo leta 2010 že okrog 16,5 % s tendenco povečevanja tega deleža vse do leta 2050, ko naj bi se v primerjavi s sedanjim stanjem podvojil. Iz tega izhaja, da bo v obdobju 2008 do 2013 proces staranja in njegov vpliv na potrebe po zdravstvenih storitvah in na obvezno zdravstveno zavarovanje sicer že zaznaven, vendar bodo njegove posledice v celoti prišle do izraza v poznejših letih. Za obvezno zdravstveno zavarovanje je načrtovanje v obdobju 2008 – 2013 iz vidika demografskih sprememb pomembno predvsem dvoje in sicer zmanjševanje deleža prebivalstva, starega od 0 do 14 let in povečanje populacije, starejše od 65 let. Prav

tako bo potrebno posvetiti pozornost razlikam v demografski strukturi med območji, ki so pri nekaterih kazalcih precejšnje in kažejo tudi na razlike v zdravstvenem stanju prebivalstva.

V strukturi prebivalstva se bo do leta 2010 povečalo število delovno sposobnih oseb, prav tako pa demografi in ekonomisti ocenjujejo, da se bo povečalo število zaposlenih po letni stopnji okrog 0,6 % letno. Istočasno naj bi se znižalo število brezposelnih na 5,5 % delovno sposobnega prebivalstva. Večja zaposlenost naj bi šla na račun večje zaposlenosti mlajših in žensk ter oseb starih 65 let in več. Opisane spremembe v strukturi zaposlenih bodo na obvezno zdravstveno zavarovanje vplivale z nekoliko večjimi prihodki iz prispevkov, kar velja ob predpostavki enakih prispevkov in približno enake realne ravni plač zaposlenih. Ta učinek pa se bo zmanjšal ali izničil zaradi povečanja števila upokojencev in drugih upravičencev do pravic iz pokojninskega in invalidskega zavarovanja, ki naj bi se povečalo do leta 2010 za približno 14 % v primerjavi z letom 2004, za katere so prispevki za zdravstveno zavarovanje precej nižji kot za aktivno populacijo.

**Tabela 24. Povzetek pričakovanih demografskih in sociodemografskih sprememb v Sloveniji do leta 2013**

1.	število prebivalstva bo ostalo enako kot ob koncu sedanjega planskega obdobja (to je leto 2007);
2.	zmanjšalo se bo število in delež mlajših od 15 let, zaradi česar ne bo potrebno širiti programe zdravstvenih storitev za to populacijo;
3.	povečalo se bo število oseb, starih 65 let in več. Ker se bo delež te populacije povečeval tudi po letu 2013, in ker ima le ta posebne potrebe je potrebno pripraviti za njo posebne programe zdravstvenih storitev in tudi na drugih področjih s ciljem, da se izboljša oziroma ohranja njeno dobro zdravstveno stanje tudi v poznih letih;
4.	zaposlenost prebivalstva se bo neznatno povečala, kar ne bo vidnejše vplivalo na zdravstveno varstvo in zavarovanje;
5.	zmanjšala se bo brezposelnost;
6.	poraslo bo število opravičencev do pravic iz pokojninskega in invalidskega zavarovanja, kar bo zmanjšalo prispevke za obvezno zdravstveno zavarovanje;
7.	prišlo bo do povečanja indeksa staranja (razmerje med prebivalstvom starim 65 let in več ter prebivalstvom staro manj kot 15 let) in indeksa starostne odvisnosti (razmerje med prebivalstvom, starim 65 let in več ter delovno sposobnim prebivalstvom, starim med 15 in 64 let);
8.	prišlo bo do manjšega povečanja vzdrževanih zavarovanih oseb (razmerje med zaposleno populacijo, vključno s samozaposlenimi in kmeti ter populacijo od 0 do 14 let ter drugimi, ki niso zaposleni oziroma ne prejema plače oziroma niso aktivni, ker ne ustvarjajo dohodka)
9.	spremenila se bo struktura zavarovanih oseb tako, da se bo zmanjšalo število otrok, kot družinskih članov zavarovancev, zmanjšalo se bo število zavarovancev, ki so zavarovani kot brezposelni ali kmetje, povečalo pa se bo število zavarovancev – upokojencev;

### 3.1.2. Ocena pričakovanih sprememb v zdravstvenem stanju in zdravstvenih potrebah prebivalstva

Načrtovanje razvoja obveznega zdravstvenega zavarovanja ni možno brez upoštevanja zdravstvenega stanja zavarovanih oseb in pričakovanih sprememb v njihovem zdravju, potrebah in zahtevah. Hkrati je prav to najtežje napovedati, saj na zdravstveno stanje vpliva vrsta dejavnikov iz okolja, ki lahko vodijo k njegovemu izboljševanju ali slabšanju. Kazalniki zdravstvenega stanja v mnogih državah kažejo na izboljševanje zdravstvenega stanja, kar velja tudi za Slovenijo. Vendar gre pri tem za kazalnike, ki temeljijo na najneugodnejšem zaključku »zdravja«, to je na smrti. Istočasno kazalniki morbiditetne statistike kažejo na povečevanje potreb in zahtev po zdravstvenih storitvah, kar bi lahko bila posledica slabšanja zdravstvenih razmer, večje ozaveščenosti prebivalstva o zdravju in bolezni, njegove večje zahtevnosti ali tudi drugih razlogov. Med slednjimi je tudi izboljševanje ekonomskega

položaja prebivalstva, ki prav tako vpliva na povečevanje zahtev po raznih zdravstvenih storitvah. Kar se tiče komprehenzivnih kazalnikov zdravstvenega stanja, lahko pričakujemo v letih 2008 – 2013 njihovo nadaljnje izboljševanje, kar še posebej velja za pričakovano povprečno trajanje življenja, ki naj bi se podaljšalo za 0,2 – 0,3 leta letno pri moških in okrog 0,15 leta pri ženskah. Tudi splošna smrtnost ima dolgoročno tendenco zniževanja. To je možno pričakovati kljub staranju slovenskega prebivalstva.

Slovenija že vrsto let dokaj dobro obvladuje nalezljive bolezni, tako da glavne zdravstvene probleme predstavljajo kronične degenerativne bolezni in poškodbe. Glede bolezni, zaradi katerih prebivalstvo najpogosteje išče zdravstveno pomoč oziroma oskrbo, se Slovenija ne razlikuje občutneje od stanja v pretežnem delu gospodarsko razvitejših držav Evrope. Znotraj bolezenskih skupin po MKB – 10 so najpogostejši vzroki za obisk zdravnika v osnovni zdravstveni dejavnosti poleg obiskov zaradi preventivnih ukrepov, cepljenj, pregledov zdravih oseb, presejalnih testov (skupina XXI), bolezni dihal (X), poškodbe in zastrupitve (XIX), bolezni mišičnoskeletalnega sistema in veziva (XIII) ter infekcijske in parazitarne bolezni (I). V povprečju pride na 1000 prebivalcev 2622 ugotovljenih bolezni in stanj ali drugih razlogov (vzrokov) za obisk zdravnika osnovne zdravstvene dejavnosti. Če opazujemo le posamezne bolezni (brez skupine XXI po MKB-10) vidimo, da med vzroki za obisk zdravnika osnovne dejavnosti vodijo akutne infekcije zgornjih dihal, virusne infekcije, arterijska hipertenzija, bolečine v hrbtu, akutni tonsilitis itd. Po številu vzrokov za obisk zdravnika osnovne dejavnosti so tudi razlike med spoloma in med starostnimi skupinami. Pri ženskah je število evidentiranih vzrokov za obisk zdravnika osnovne dejavnosti okrog 34 % več kot pri moških, po starostnih skupinah pa je največ vzrokov za to med populacijo staro 65 let in več, ki presega povprečje za okrog 19 %. Najmanj vzrokov za obiske zdravnikov osnovne dejavnosti je v skupini oseb, starih med 20 in 49 let, največ pa pri skupini v starosti 0 do 6 let. Če upoštevamo te podatke kot kazalnike zdravstvenega stanja ali vsaj na zahteve po zdravstvenih storitvah lahko vsaj približno ocenjujemo kakšen bo vpliv staranja prebivalstva na zdravstvene zahteve. S povečevanjem deleža starejših se bo ob nespremenjenih navadah ljudi in njihovem odnosu do zdravstvene službe, vse večji obveščeni o možnostih zdravljenja in ob dosednji organizaciji zdravstvene službe, se bo zahtevnost prebivalstva povečala. Zaradi tega je potrebno računati tudi s povečanjem vzrokov za obiske pri zdravnikih v osnovni zdravstveni dejavnosti, ki bi lahko doseglo ob koncu leta 2013 zaradi staranja za okrog 0,5 – 1 %, medtem ko so vplivi drugih dejavnikov nepredvidljivi. Tudi ta ocena temelji na predpostavki, da bodo tudi leta v naslednjem obdobju, na katerega se nanaša strateški razvojni program, ostale zdravstvene razmere po starostnih skupinah približno enake sedanjim.

Število ugotovljenih bolezni in stanj, zaradi katerih iščejo ljudje zdravniško pomoč v specialistični ambulanti dejavnosti je precej manjše kot v osnovni dejavnosti (1044 na 1000 prebivalcev). Po vzrokih za obisk pri specialistih poleg dejavnikov, ki vplivajo na zdravstveno stanje (skupina XXI po MKB – 10 ) izstopajo poškodbe, zastrupitve in zunanji dejavniki, bolezni očesa, simptomi in nedefinirana stanja, bolezni obtočil, mišično – kostnega sistema itd. Tudi glede vzrokov za obiske zdravnikov specialistične ambulantne dejavnosti so ti najpogostejši pri starejši populaciji. Tako s staranjem prebivalstva lahko pričakujemo tudi več bolezni in stanj, ki bodo zahtevale zahtevnejšo specialistično obravnavo. Ob ugotovitvah o trendu povečevanja vzrokov za obisk pri specialistih in obiske same, ni na razpolago dovolj podatkov za oceno količinskega prirastka le teh v letih 2008 – 2013.

Boljšo sliko o zdravstvenem stanju prebivalstva lahko dobimo iz statistike bolnišnične dejavnosti. Stopnja hospitalizacije je dosegla ob koncu leta 2004 168,3. Število obravnav ljudi v bolnišnicah je že od leta 1995 v nenehnem porastu, ki dosega okrog 1,3 primerov na 1000 prebivalcev. Najpogostejši vzroki za hospitalizacijo so neoplazme, bolezni srca in obtočil, poškodbe in zastrupitve, bolezni prebavil, ter nosečnost in porodi ter stanja v poporodni dobi.



Pri teh stanjih je v zadnjih letih, z izjemo pri nosečnosti, porodih in poporodni dobi, je prišlo tudi največjega povečanja stopnje hospitalizacije. Stopnja hospitalizacije pri starejših občutno višja kot pri mlajših osebah in je višja od povprečja Slovenije 2,3 krat. Posebno visoka in nadpovprečna je stopnja hospitalizacije pri populaciji, stari 65 let in več pri neoplazmah ( 2,9 krat), boleznih oči (4,6 krat), boleznih obtočil ( 2,3 krat), bolezni dihal ( 2,4 krat), boleznih mišično – skeletalnega sistema (2,1 krat) kot tudi pri poškodbah. Pri moških je stopnja hospitalizacije nižja kot pri ženskah, kar pa ne velja za starostno skupino 65 let in več, kjer je evidentiranih več hospitalizacij moških. Ti podatki kažejo na to, da ob staranju prebivalstva, moramo računati tudi na večje potrebe po bolnišničnem zdravljenju in s tem na večje stroške za bolnišnične zdravstvene storitve.

**Tabela 25. Pričakovana gibanja zdravstvenega stanja in potreb po zdravstvenih storitvah v obdobju 2008-2013**

1.	izboljšanje kazalcev zdravstvenega stanja kot so povprečna pričakovana življenjska doba za moške in ženske ter splošne smrtnosti;
2.	zaradi staranja prebivalstva se bodo povečale potrebe po zdravstvenih storitvah na vseh področjih zdravstvenih dejavnosti (primarna, sekundarna, terciarna), ter porabi zdravil in pripomočkov. Ocene kažejo, da bo povečanje potreb in zahtev večje na področju primarne ravni zdravstvenih dejavnosti, pri porabi zdravil in pripomočkov;
3.	do največjega porasta potreb (in zahtev) po zdravstvenih storitvah, ki bo pogojen s staranjem prebivalstva, bo prišlo zaradi neoplazem, bolezni obtočil, mišično – kostnega sistema, oči in zaradi poškodb;
4.	povečane potrebe po zdravstvenih storitvah, kot rezultat staranja bodo stalnica razvoja, čeprav ne bodo posebej izrazite in bodo dosegle med 0,5 do 1 % rast storitev v obdobju 3 – 4 let;
5.	v porastu bo predvsem potreba po dolgotrajni oskrbi, ki doslej še ni organizacijsko in sistemsko urejena kot posebno področje socialne varnosti in občutno vpliva na potrebe v zdravstvenem varstvu in zavarovanju. Če se področje ne uredi, bodo tovrstne potrebe izrazito povečale pritisk na zdravstveno službo in obvezno zdravstveno zavarovanje in bo zanj pomenilo največje razvojno tveganje;
6.	pojav novih ali ponovni pojav nalezljivih bolezni, ki že nekaj časa pri nas niso predstavljale resnejši zdravstveni problem;
7.	pojav nekaterih potreb, ki jih bodo povzročile spremembe v okolju (klimatske spremembe);
8.	izboljšanje zdravstvenega stanja in zmanjšanje nekaterih potreb zaradi širitve programov krepitve zdravja, sprememb v življenjskih navadah ljudi in zdravju bolj naklonjene politike na različnih področjih bo še majhno in komaj zaznavno, čeprav se bo obseg teh programov občutno povečal.

### 3.1.3. Ocena drugih temeljnih vplivov

Zdravstvene razmere ne bodo vplivale le na porast ali zmanjšanje zdravstvenih potreb in zahtev, ampak posredno tudi na potrebna sredstva obveznega zdravstvenega zavarovanja, da bi le to lahko zagotavljalo uresničevanje pravic zavarovanih oseb. Zato jih mora ocenjevati za naslednje plansko obdobje tudi ZZZS.

Evropska komisija ocenjuje, da na zdravstvene potrebe in zahteve ter na potrebna finančna sredstva za njihovo kritje najbolj vplivajo:

- staranje prebivalstva
- ekonomska moč države, njena rast in razvoj;
- nova medicinska tehnologija in njeno uvajanje v prakso;
- organizacija zdravstvene službe in njeno financiranje;
- dolgotrajna oskrba in druge oblike oskrbe.

Če si ogledamo možne posledice na zdravstvene potrebe in na obvezno zdravstveno zavarovanje, pridemo do zanimivih ocen.

## Staranje prebivalstva

Strokovnjaki predvidevajo različne možne scenarije vpliva staranja na zdravstvene potrebe. Eden od teh temelji na predvidevanjih, da bo zdravstveno stanje celotne populacije, torej tudi starejše skupine, njena zahtevnost in način obravnave po posameznih starostnih letih ostalo na isti ravni, kot jo poznamo sedaj. To bi pomenilo, da bi se potrebe povečale samo za toliko, kot se bo povečal delež starejših oseb v celotni populaciji prebivalstva. **V analizi razvojnih možnosti obveznega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji, za obdobje 2008 – 2013 je upoštevana hipoteza, da se zdravstveno stanje starejše populacije ne bo spreminjalo in bo ostalo na približno isti ravni kot doslej.** Vpliv staranja na potrebe, ki ne vključujejo storitev dolgotrajne oskrbe in ki naj bi jih načrtovalo obvezno zdravstveno zavarovanje, bo zaradi tega sorazmerno majhen. Porast števila storitev (in stroškov obveznega zdravstvenega zavarovanja), bi po ocenah dosegel morda okrog 0,5 - 1,5 % rast v treh letih oziroma po letni stopnji med 0,17 do 0,5 %. **Takšna ocena pa upošteva tudi predpostavko, da se pravice zavarovanih oseb v obdobju 2008 – 2013 ne bodo spremenile, predvsem pa ne povečale.**

## Bruto domači proizvod in finančna moč posameznika

Obstojajo še nekatere druge različice ocenjevanja povečanih potreb po zdravstvenih storitvah zaradi staranja, ki se povezujejo tudi z rastjo bruto domačega proizvoda posamezne države ali z rastjo plač oziroma bruto domačega proizvoda na zaposlenega itd. Te izhajajo iz dejstva, da so potrebe starejših (kot tudi drugih) v veliki meri odvisne od ekonomske moči države in posameznika in so zaznane potrebe višje v državah z višjim bruto domačim proizvodom kot tistih, kjer je ta nižji. Tudi v Sloveniji lahko zaradi porasta bruto domačega proizvoda, ki ga (po optimističnem scenariju) napoveduje Urad za makroekonomske analize in razvoj (v nadaljevanju UMAR), in sicer okrog 4,3 % letno ter predvidene rasti plač (okrog 3,5 – 3,6 % letno) pričakovati porast potreb po zdravstvenih storitvah oziroma povečanje stroškov za njihovo kritje. Razlogov za takšna pričakovanja je več. Eden od teh je večja informiranost ljudi o zdravju in boleznih in s tem povezana večja zahtevnost po boljšem in dostopnejšem zdravstvenem varstvu. Skladno s tem se bodo povečevale zahteve po širitvi pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, po višjem standardu pravic, boljši dostopnosti vseh vrst storitev, dvigu kvalitete zdravstvenih storitev in storitev zdravstvenega zavarovanja in podobno. Delno bo to pogojeno tudi z dvigom izobrazbene strukture prebivalstva, ki jo napovedujejo vsi razvojni načrti v državi. Ker se bo izboljševal tudi njihov materialni položaj, bodo tudi pripravljene več nameniti za zdravstvene storitve.

Po drugi strani so v državah z višjim bruto domačim proizvodom višje cene zdravstvenih storitev in običajno tudi širše pravice ljudi, kot v okoljih z nizkim bruto domačim proizvodom. To je posledica višjih stroškov izvajalcev za plače zaposlenih (stroške delovne sile) in materialnih stroškov, kar je odraz splošnega stanja glede plač in cen posamezne države. Razvojna strategija Slovenije nakazuje na določeno stopnjo rasti plač v državi v obdobju 2008 – 2013, prav tako pa rast cen. Če bodo obveljale ocene o stopnjah rasti na teh področjih (okrog 3, 5 % letno), se bodo za toliko povečevale tudi cene zdravstvenih storitev. **Tako lahko pričakujemo, da se bodo povečevala potrebna sredstva za zdravstveno varstvo in zavarovanje že zaradi rasti plač in cen vsaj po enaki stopnji. Glede na gibanja zadnjih let pa bo skoraj gotovo rast izdatkov za zdravila in druga sredstva za zdravljenje višja od teh ocenjenih stopenj rasti.** Tudi napoved o pričakovani rasti sredstev za obvezno zdravstveno zavarovanje temelji na predpostavki, da ostanejo pravice zavarovanih oseb na približno isti ravni, kot je že dosežena in da bo morebitna širitev zdravstvenih programov temeljila na prestrukturiranih zdravstvenih dejavnosti in racionalizaciji pri zagotavljanju storitev, ki so sestavni del obveznega zdravstvenega zavarovanja. V nasprotnem primeru bi bilo potrebno povečati prihodke obveznega zdravstvenega zavarovanja oziroma prispevkov zanj, kar pa v razvojnih načrtih države ni predvideno.

### **Vlaganje v zdravstvene zmogljivosti, organizacija zdravstvene službe**

Na program zdravstvenih storitev in predvsem stroške za njihovo kritje imata velik vpliv razvitost zdravstvenih služb in njihovih zmogljivosti. K temu prispeva svoje tudi organizacija zdravstvene službe in njeno financiranje, ki lahko potrebna sredstva za vlaganja v zdravstveno dejavnost poveča ali zmanjša. Dejstvo je namreč, da na področju zdravstvenega varstva najbolj vpliva na zahteve (deloma tudi potrebe) ponudba zdravstvenih storitev in programov. Vse pravice, ki jih zavarovanim osebam zagotavlja zdravstveno zavarovanje, se lahko uresničijo, če obstojajo za to potrebne in ustrezno dostopne kapacitete. Iste storitve je poleg tega možno uresničevati na različne načine glede usposobljenosti, opremljenosti in tehnološke razvitosti izvajalcev, kar se pozna na ceni njihovih storitev in na stroških, ki nastanejo v zvezi z njihovim delom.

To velja tudi za novo medicinsko tehnologijo. **Slednja namreč lahko zmanjša stroške na enoto storitve (obravnave), če je bolj učinkovita in uspešna in če se z njeno uvedbo poveča dostopnost večjemu številu ljudi ali prepreči zahtevne poznejše posege ali zdravstvene potrebe in izboljša zdravstveno stanje. Lahko pa vpliva na povečanje zdravstvenih storitev in stroške v prihodnosti,** če je uporabljena pri določenih kroničnih boleznih ali stanjih z več boleznimi in ne vpliva na izboljšanje zdravstvenega stanja ali če le olajša pogoje dela izvajalcem.

Kakšen je vpliv nove tehnologije na stroške javnega zdravstvenega zavarovanja je zato močno odvisno od tega, s kakšno dinamiko in na kakšen način oziroma po kakšnih merilih se ta uvaja v vsakodnevno prakso. O vplivih nove tehnologije na izdatke ZZZS nimamo zanesljivih podatkov, zato je ta vpliv težko oceniti. Imamo pa vsaj nekaj izkušenj s širitvijo zmogljivosti izvajalcev na vseh ravneh zdravstvenih dejavnosti z različnimi dodatnimi programi, odpiranjem novih oddelkov ali dejavnosti, reorganizacijo službe urgentne medicine in z uvajanjem novih zdravil. Dosedanja gibanja na tem področju dosegajo po ocenah med 0,5 do 2,5 % sredstev OZZ letno (glej poglavje 2.). Gotovo lahko pričakujemo podoben vpliv nove tehnologije tudi v prihodnje, ali pa bo kvečjemu višji ob aktiviranju nekaterih novih bolnišničnih zmogljivosti kot so npr. Onkološki inštitut, Pediatrična klinika, Nevrološka klinika, uvedba PET CT diagnostike, Urgentni blok Kliničnega centra, nabava in uvedba novih zahtevnih diagnostičnih aparatov, širitev zmogljivosti socialnih zavodov oziroma institucionalne zdravstvene nege in nekaterih drugih novosti. Tak trend bi lahko bil še bistveno večji, če se bodo uresničile napovedi o povečanju števila zaposlenih v zdravstveni dejavnosti, kar naj bi se skladno z delovnim gradivom plana zdravstvenega varstva uresničilo tako, da bi se število zdravnikov in medicinskih sester povečalo do leta 2013 za 5 %. Že ta ukrep bi namreč pomenil letno povečanje sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja za okrog 0,9 % letno. Vprašanje je, kako bo mogoče vse navedene razvojne ambicije tudi udejaniti. Ne glede na različne možne scenarije bo v vsakem potrebno doseči boljšo organizacijo dela izvajalcev, predvsem v javni zdravstveni službi in zmanjšanje stroškov za programe, ki se že izvajajo. Poleg tega se bo potrebno lotiti ocenjevanja vseh novosti iz vidika njihovega prispevka k zdravju prebivalstva in ekonomske sprejemljivosti oziroma strokovnega ocenjevanja nove medicinske tehnologije (»Health Technology Assessment«).

### **Vpliv dolgotrajne oskrbe na potrebe v zdravstvenem varstvu in na stroške zdravstvenega zavarovanja**

Vse napovedi o zdravstvenih potrebah in stroških obveznega zdravstvenega zavarovanja v prihodnosti so močno povezane s področjem dolgotrajne oskrbe, ki se pri nas močno prepleta s področjem zdravstvene dejavnosti in zdravstvenega zavarovanja. V Evropi je že dalj časa sprejeto stališče, da gre za posebno področje socialne varnosti, ki ima svoje posebnosti, organizacijo in tudi financiranje. Pri nas to področje še ni urejeno kot samostojna dejavnost

oziroma zavarovanje, zaradi česar se določen del potreb s tega področja rešuje v sistemu zdravstvene dejavnosti in zavarovanja, ki zagotavlja zavarovanim osebam določene storitve zdravstvene nege in pod tem okriljem tudi storitve, ki sodijo v področje socialnega varstva ali v odgovornost družine. Poleg tega je sedanja ureditev naravnana skoraj izključno na institucionalno varstvo oseb, ki potrebujejo pomoč druge osebe, ki hkrati predstavlja najdražjo in najmanj humano obliko dolgotrajne oskrbe, slabo pa je razvita dolgotrajna oskrba na domu.

Tega področja država še ni pravno in sistemsko uredila, kljub usmeritvi iz Strategije razvoja Slovenije (Četrta razvojna prioriteta – Modernizacija socialne zaščite in zmanjševanje izključenosti), da naj bi že leta 2006 uvedli posebno zavarovanje za dolgotrajno oskrbo. Posledica tega je, da se pretežni del stroškov za sedanje oblike dolgotrajne oskrbe krije iz sredstev ZZZS, ki prispeva več kot 60 % vseh sredstev, ki jih uradno evidentiramo v Sloveniji za potrebe dolgotrajne oskrbe. Še bolj nesprejemljivo je to, da se v teh sredstvih skrivajo v veliki meri tudi stroški, ki bi jih moralo pokrivati socialno varstvo, občine, zavarovanci sami ali njihovi svojci, saj npr. pomoč pri osebni higieni, oblačenju in slačenju, pomoč v gospodinjstvu itd. niso zdravstvene storitve, a jih kljub temu krije obvezno zdravstveno zavarovanje. Poleg tega področja dolgotrajne oskrbe ZZZS ne obvladuje tako kot ostala področja zdravstvenih dejavnosti in izvajalcev, pri katerih s pogodbami lahko omejuje in obvladuje obseg njihovih storitev. Na področju dolgotrajne oskrbe namreč Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve zida socialne zavode ali podeljuje koncesije za institucionalno obliko dolgotrajne oskrbe brez predhodne uskladitve z ZZZS in njegovimi finančnimi sredstvi.

Področje dolgotrajne oskrbe bi moralo vzbujati skrb celotne družbe tudi zaradi objektivnih pričakovanj, da bodo na tem področju potrebe prebivalstva imele bistveno večjo rast kot pri zdravstvenih storitvah. Po ocenah strokovnjakov naj bi se število oseb, potrebnih dolgotrajne oskrbe do leta 2013 povečalo od sedanjih 22 na okrog 70 tisoč oseb, ki bodo odvisne od pomoči drugih oseb. Od tega števila naj bi jih bilo okrog 26 tisoč deležnih institucionalne dolgotrajne oskrbe oziroma skoraj okrog 60 % več kot ob koncu leta 2006. Povečanje institucionalne oblike zdravstvene nege oziroma njena razširitev na nego oziroma oskrbo na domu (za nekaj več kot 45 tisoč oseb), bi povečalo izdatke ZZZS po stopnji med 2 in 2,4 % na leto.

**Zaključna ocena vseh opisanih vplivov je podana v tabeli 26, iz katere so razvidne zelo široke možnosti razpleta glede realne rasti izdatkov v obdobju 2008-2013.**

**Tabela 26. Ocena raznih vplivov na zdravstvene potrebe in zahteve v letih 2008 – 2013**

Vpliv - področje	Predvidena letna stopnja rasti
– staranje	0,16 – 0,50
– rast BDP, ekonomske moči prebivalstva	3,5
– nova tehnologija, nove zdravstvene zmogljivosti	1,5 – 2,0
– zaposlitev 700 novih zdravnikov in 1200 med. sester do leta 2010*	0,9
– potrebe po dolgotrajni oskrbi **	2,0 – 2,4
<b>Skupaj:</b>	<b>4,56 – 9,3</b>

Opombe: \* Predlog je zapisan v Predlogu plana zdravstvenega varstva Slovenije. Po njegovih navedbah bi to pomenilo letno povečanje števila zdravnikov za 233 in števila medicinskih sester za 400.

\*\* Ocena je pripravljena na podlagi predvidevanj, da bo ZZZS plačeval še naprej »zdravstveno nego« v socialnih zavodih po dosedanjih merilih, pri čemer se bo število varovancev povečalo vsako leto za 1200.

### 3.2. Ocena finančnih vplivov

Direktorat za ekonomska in finančna vprašanja Evropske komisije ocenjuje, da bi Slovenija morala nameniti za zdravstveno varstvo za pokritje potreb po zdravstvenih storitvah, do leta 2010, iz javnih sredstev med 6,6 in 6,8 % bruto domačega proizvoda. V Sloveniji smo leta 2007 namenili za kritje zdravstvenih storitev po metodologiji OECD za pripravo nacionalnih zdravstvenih računov 1.201 € na prebivalca, od tega 870 € iz javnih sredstev. Preračunano na kupno moč (PPP) to pomeni, da smo imeli na voljo 1.659 € po osebi od tega 1.202 € javnih sredstev po prebivalcu. Če bi se ta sredstva povečevala skladno z rastjo bruto domačega proizvoda, bi se po ocenah Direktorata za finančna in ekonomska vprašanja EU povečevala po letni stopnji 3,5 – 3,6.

Podobna je ocena UMAR, ki govori o tem, da se bodo lahko v Sloveniji sredstva »..za zdravstvo in socialno varstvo« v letih 2008 – 2013 povečevala po povprečni stopnji 3,8, pri čemer naj bi bila do leta 2009 nekoliko nižja (med 2,8 in 3,5) nato pa na ravni med 4,0 in 4,5 % letno. V tej oceni ni prikazana razmejitev med sredstvi za zdravstveno zavarovanje in ostale programe socialne varnosti.

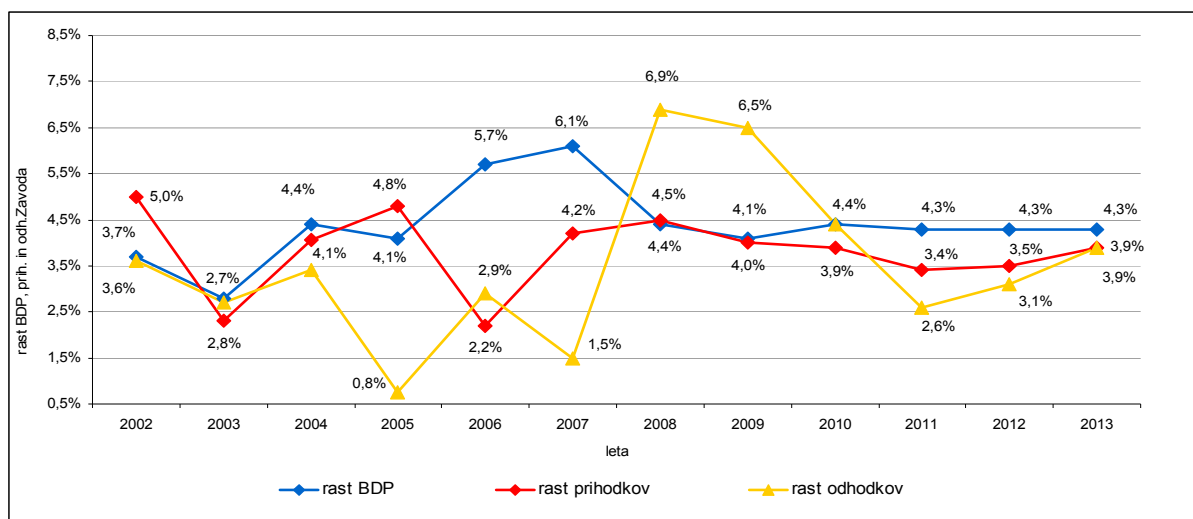
Po deležu BDP so predvidena javna sredstva za zdravstveno varstvo le nekoliko višja od tistih, ki so na voljo ob koncu sedanjega planskega obdobja. Tudi stopnje rasti teh sredstev, ki jih v svoji študiji napoveduje UMAR nakazujejo, da bo potrebno nove potrebe pokriti z notranjim prerazporejanjem, varčevanjem, racionalizacijo in z načrtnim ter preudarnim obvladovanjem stroškov in ne z dodatnimi sredstvi. Ob tem se zastavlja vprašanje, če bo vse predloge širitve zdravstvene dejavnosti in uvajanja nove tehnologije mogoče uresničiti z sredstvi obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Projekcija prihodkov in odhodkov obveznega zdravstvenega zavarovanja, v razdobju 2008 – 2013, ki temeljijo na makroekonomskih izhodiščih UMAR (z dne 1.4.2008) je pripravljena še na izhodiščih, o možnih pristopih k njihovem načrtovanju in sicer:

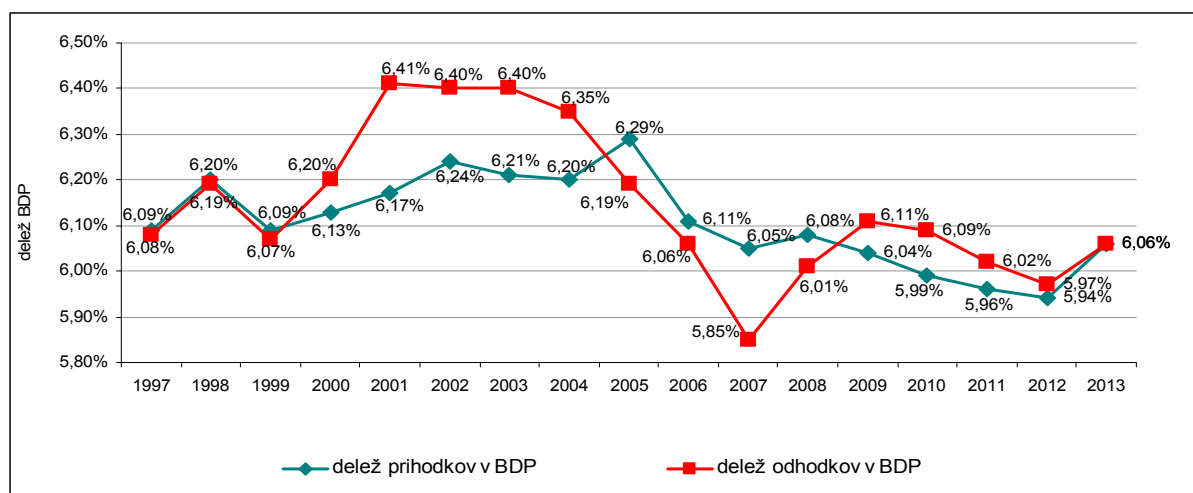
1. povprečna rast prispevnih osnov ( v glavnem plač) bo znašala 3,6 %, rast cen 3,1% in povprečna realna rast plač v javnem sektorju brez učinkov odprave nesorazmerij plač v tem sektorju za 2,1%;
2. odhodki za zdravila se bodo povečevali po povprečni letni stopnji rasti 5,2%, odhodki za medicinske pripomočke po stopnji 3,5%, odhodki za nadomestila plač med začasno zadržanostjo z dela po stopnji 3,6%, v letih 2008 in 2009 pa naj bi se povečali materialni stroški, vračunani v cene zdravstvenih storitev za 1%;
3. v letu 2008 bo predvidoma prišlo do povečanja odhodkov obveznega zdravstvenega zavarovanja zaradi širitve programov zdravstvenih storitev (dodatni programi – nova zdravila, metode zdravljenja, tehnologija) ) v višini 57,5 milijona €. V naslednjih letih postanejo ti programi sestavni del rednega programa zdravstvenih storitev;
4. zaradi uskladitev plač zaposlenih v zdravstvenih dejavnostih oziroma za odpravo nesorazmerij plač v deležu, ki se nanaša na vrednost programa obveznega zdravstvenega zavarovanja in kalkulativno predvidene zaposlene, je predvideno v obdobju 2008 – 2010 126,0 milijonov €. Od tega naj bi šlo za dvig plač zdravnikov 46,1 milijonov €, za zaposlene v zdravstveni negi 46,9 milijona € in za ostale zaposlene 33 milijonov €,
5. prispevne stopnje se ne bodo povečale, prav tako se ne bodo zmanjšale pravice zavarovanih oseb iz naslova obveznega zavarovanja. ZZZS se v tem času tudi ne bo zadolževal.

Projekcija je ocenjena *na letno finančno vzdržnost ZZZS*, to je, da ZZZS v posameznem letu sicer lahko izkazuje primanjkljaj, vendar največ v višini razpoložljivih sredstev na računih, ustvarjenih iz presežkov v preteklih letih. Ocena projekcije je razvidna tudi iz ocene realne rasti prihodkov in odhodkov ZZZS (slika 25) in ocene deleža odhodkov in prihodkov v BDP v letih 2008-2013 (slika 26).

Tudi če se bodo uresničili nekateri drugačni pristopi in usmeritve glede gibanja plač v zdravstveni dejavnosti ali glede možnosti uvajanja novih metod dela, novih zdravil ali širitve programov, ostanejo najbolj čvrste opredelitve glede prispevnih stopenj in pravic ter glede tega, da se ZZZS ne bo smel zadolževati. Po izračunih, ki upoštevajo predvsem slednje, je mogoče zagotoviti stabilno financiranje obveznega zdravstvenega zavarovanja (brez primanjkljajev in brez presežkov) le tako, da za dodatne programe namenimo le sredstva presežkov iz leta 2007 nato pa le manjše zneske (med 15 in 45 milijoni €) v letih 2012 in 2013. Po istih projekcijah bo ZZZS v prvih štirih letih naslednjega petletnega obdobja posloval celo s primanjkljajem, ki pa ga bo lahko pokrival s sredstvi nerazporejenega presežka in rezervacij iz preteklih let. Ta projekcija opozarja tudi, da v teh letih ne bo mogoče nameniti posebnih sredstev za širitve programov oz. uvajanja novih metod zdravljenja ali zdravil.



Slika 25. Gibanje realne rasti BDP, prihodkov in odhodkov ZZZS v letih 2002-2007 in ocena za obdobje 2008 – 2013



Slika 26. Gibanje deleža odhodkov in prihodkov ZZZS v BDP letih 1997-2007 in ocena za obdobje 2008 – 2013

Vsekakor pa je po projekcijah in napovedih UMAR moč računati, da bodo prihodki za obvezno zdravstveno zavarovanje rasli počasneje od rasti BDP in da bodo odhodki še vnaprej v porastu. Če pri tem upoštevamo še napovedi nekaterih domačih in mednarodnih finančnih institucij (IMF, ECB, BS) bomo ugotovili, da bodo pogoji financiranja obveznega zdravstvenega zavarovanja precej zahtevni in da ni realno računati z večjimi širitvami pravic in zdravstvenih programov ali izboljševanjem standarda na tem področju. To pa ZZZS in partnerjem narekuje pozorno spremljanje razvoja stanja, večjo fleksibilnost in odločnost ter hitrost pri sprejemanju odločitev in ukrepov za ohranitev stabilnosti sistema.

Napovedi Direktorata za ekonomska in finančna vprašanja Evropske unije je potrebno obravnavati z določenimi zadržki. Njegove ocene namreč izhajajo iz predpostavke, da bomo poleg sredstev za zdravstveno varstvo, leta 2013, izdvajali okrog 1,1% bruto domačega proizvoda za dolgotrajno oskrbo, kot posebno vejo socialne varnosti oziroma za okrog 0,3 – 0,4 % BDP več kot doslej. Del teh povečanj bo gotovo šel na račun pokojninskega in invalidskega zavarovanja, če bodo tudi pravice do dodatka za pomoč in postrežbo ostale nespremenjene. Če medtem ne bo prišlo do uvedbe dolgotrajne oskrbe kot posebne dejavnosti in zavarovanja za dolgotrajno oskrbo pri nas, bo izredno velik ali kar pretežni del bremen za kritje teh potreb padel na obvezno zdravstveno zavarovanje. Glede na ocenjeno skoraj štirikratno povečanje upravičencev do storitev dolgotrajne oskrbe (vključno naj bi bilo takrat že okrog 65.000 zavarovancev), ki ga napoveduje več študij, pomeni to tudi skoraj tolikšno povečanje sredstev. Ker se dolgotrajna oskrba odvija skoraj izključno v obliki institucionalnega varstva, v okviru katere ZZZS plačuje nego je računati tudi z njegovim štirikratnim povečanjem izdatkov za te potrebe. Sredstva za nego v socialnih zavodih so leta 2006 znašala nekaj čez 87 milijonov €, leta 2013 pa bi po teh napovedih povečalo in dosegla v celotnih stroških obveznega zdravstvenega zavarovanja nekaj več kot 8% vseh izdatkov za programe zdravstvenih storitev. Če na tem področju ne bodo sprejete nujne organizacijske in sistemske spremembe, bo to področje najbolj ogrožalo stabilnost sistema zdravstvenega varstva in obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Odnos do deleža bruto domačega proizvoda za zdravstveno varstvo bo odvisen od političnih odločitev ter makroekonomskih ukrepov države, vendar bi za ohranitev doseženi ravni pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in standarda zdravstvenih storitev potrebovali v letih 2008 – 2013 delež, ki bi bil višji od tistega v začetku tega tisočletja (okrog 6,5 in 6,6 % BDP) S takšnim deležem BDP za zdravstvo bi Slovenija bila tudi leta 2013 pod povprečjem držav Evropske unije. V teh sredstvih niso vključena javna sredstva za investicije v zdravstvene zmogljivosti.

### **3.2.1. Možni scenariji glede finančnih virov**

Zelo grobe ocene raznih vplivov na zdravstvene potrebe in sredstva za njihovo zadovoljevanje kažejo na to, da vseh teh ne bo mogoče uresničiti v okviru ocenjenih rasti sredstev za zdravstveno varstvo in zavarovanje po letni stopnji okrog 3,6 do 3,8 % letno. Ocene vseh vplivov na nove potrebe in ambicije za širitev zdravstvenih zmogljivosti, ki naj bi izboljšale dostopnost do zdravstvenih storitev in njihovo kvaliteto kažejo, da bi se finančna sredstva za to področje morala povečevati po stopnji blizu 4,15 in 5, 65 % na leto. Za premostitev tega razkoraka je vsaj teoretično mogoče predvideti več različnih razvojnih scenarijev, ki pa vsi vključujejo nujnost po preudarnem načrtovanju in ravnanju ob vseh predlogih za morebitno širjenje pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, predlogih za razne obremenitve ZZZS, ki se mu nalagajo od zunaj, kot tudi za širjenje zdravstvenih zmogljivosti in programov storitev. Zelo majhna bo verjetnost, da bi družba sprejela predlog o povečanju javnih finančnih sredstev za obvezno zdravstveno zavarovanje, čeprav je ne gre absolutno izključiti.

Zato je razmišljanje o razvojnih scenarijih glede materialnih virov za njihovo realizacijo potrebno soočiti z nekaj različnimi razvojnimi opcijami in sicer:

1. Ves razvoj področja (vključno pravice zavarovanih oseb, novi programi, nova tehnologija, nove zmogljivosti) bo usklajen z ekonomskimi okviri, ki jih napovedujejo makroekonomisti. To pomeni, da bodo javna sredstva za zdravstveno zavarovanje dosegla leta 2013 okrog 6,6 do največ 6,8 % BDP oziroma bodo imela povprečno letno stopnjo rasti med 3,0 (leta 2008) in 4,5 (leta 2011, 2012 in 2013). Temu finančnemu okviru se bodo prilagodile pravice zavarovanih oseb oziroma bodo te ostale na sedanji ravni z morebitnimi manjšimi spremembami. Širitev programov zdravstvenih storitev in zdravstvenih zmogljivosti za njihovo izvajanje bo možna le v okviru privarčevanih sredstev znotraj sistema in z racionalizacijo dela zdravstvenih dejavnosti. Določene širitve v programih bi bile možne v primeru, če bi država zmanjšala obveznosti ZZZS za razne naloge, ki ne sodijo v obvezno zdravstveno zavarovanje, a so bile naložene ZZZS v bližnji preteklosti (nadomestilo za brezposelne v času bolezni, plačevanje pripravnikov itd.). Po tem scenariju niso realna pričakovanja o višjem standardu pravic, o širitvi mreže javne zdravstvene službe, novih zaposlitvah v zdravstvenih dejavnostih, v delu ki zadovoljujejo potrebe javnega zdravstvenega zavarovanja itd. Vse to velja tudi za uvajanje nove medicinske in farmacevtske tehnologije, kar bo uresničljivo le s prestrukturiranjem in zamenjavo dosedanjih postopkov, opreme, pripomočkov in zdravil z novimi;
2. Prišlo bo do sprememb in prestrukturiranja pravic zavarovanih oseb, tako da bodo nekatere od dosedanjih izločene iz kritja iz obveznega zavarovanja in prenesene v financiranje iz zasebnih sredstev (prostovoljna zavarovanja, direktna plačila zavarovanih oseb). Iz sistema pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja bi bile izločene nekatere storitve, ki bi bile ocenjene kot neprioritetne oziroma za katere se ve, da ne vplivajo veliko na zdravstveno stanje prebivalstva. Tako bi z zmanjšanjem stroškov obveznega zavarovanja nastale določene možnosti za širitev mreže izvajalcev, za širitev programov, na področjih, kjer so dolge čakalne dobe in za določeno uvajanje nove tehnologije. Povečana zasebna vlaganja za kritje zdravstvenih storitev, ki ne bi bile pravica iz javnega zavarovanja, bi povečala vire za boljše poslovanje izvajalcev, s tem pa tudi za nove zaposlitve in aktiviranje novih zmogljivosti.
3. Interesi, pritiski in zahteve po širitvi zdravstvenih zmogljivosti, zlasti po dodatnem zaposlovanju ter po uvajanju nove tehnologije bodo prevladali nad ekonomskimi možnostmi področja. Ker bo glavnina le teh pričakovala in zahtevala, da njihove storitve financira ZZZS, bo ta zašel v finančni primanjkljaj, ki ga bo reševal z zadolževanjem, če mu bo vlada to tudi dovolila. Če ZZZS ne bo imel možnosti zadolževanja, bi lahko prišlo do resnih motenj ali celo sesutja obveznega zdravstvenega zavarovanja. Sicer pa bo takšno financiranje spremljajo neredno financiranje izvajalcev, likvidnostne težave ZZZS in izvajalcev, kar po že poznanih scenarijih doma in v tujini vodi k pojavu raznih oblik »samoplačništva«, izsiljevanja uporabnikov storitev, zahteve po vnaprejšnjem plačilu storitev, ki bi jih sicer moralo zagotoviti zavarovanje. To bi pomenilo kršenje načel enakosti in solidarnosti med zavarovanimi osebami in ustvarjanje pogojev za nelegalno privatizacijo v zdravstveni službi ter znižanje kvalitete pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja;
4. Utemeljitev po potrebnih novih zdravstvenih zmogljivostih, novi tehnologiji in novih pravicah iz obveznega zdravstvenega zavarovanja bodo privedle do odločitve o povečanju prispevnih stopenj za to zavarovanje, na raven ki bo takšen razvoj omogočil. Možno je



tudi, da za takšen razvoj država ne bo pristala na povišanje prispevnih stopenj, ampak bo namenila za nemoteno delovanje sistema določena proračunska sredstva in ponovno prevzela izvajanje nalog, ki tudi sicer sodijo v njeno pristojnost, a jih je pred nedavnim prenesla na ZZZS. Ta scenarij sicer ni v skladu s Konvergenčnim programom Vlade, ki ga je sprejela pred vključitvijo v evroobmočje, a ga ne gre v celoti izključiti.

Gledano iz zornega kota interesov zavarovanih oseb in plačevalcev prispevkov je najbolj sprejemljiv prvi od navedenih scenarijev, ostali pa gotovo ne bi bili deležni podpore med zavarovanimi osebami, sindikati, delodajalci in med javnostjo. V SRP bi ostale razvojne opcije morale predstavljati le opozorila, kam lahko vodi »razvoj« za katerega ni kritja. Odločitev za prvi scenarij pa mora vsebovati določene vsebinske in organizacijske spremembe sistema, ki bodo kljub temu dovoljevale določen razvoj in rast področja, vendar v okviru danosti slovenskega gospodarstva in njegovih obremenitev.

Vse predpostavke o višini finančnih sredstev za obvezno zdravstveno zavarovanje izhajajo iz podmene, da bodo ostala najmanj na doženi ravni tudi zasebna sredstva za zadovoljevanje potreb in zahtev prebivalstva. To pomeni ohranitev dosedanjega deleža sredstev prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj in drugih sredstev, ki jih bodo posamezniki namenjali za kritje stroškov za zdravstvene storitve iz lastnih sredstev. Celo več. Ob izboljševanju finančnega položaja prebivalstva je pričakovati, da se bo ob ohranitvi dopolnilnega zavarovanja rahlo povečal obseg zasebnih sredstev v sistemu in sicer na račun prostovoljnih dodatnih in vzporednih zavarovanj.

Povečanje obsega drugih zasebnih sredstev za kritje zdravstvenih storitev je vprašljivo in malo verjetno. Realno bi se to lahko zgodilo v primeru zmanjšanja nekaterih pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki bi si jih ljudje plačali iz lastnih sredstev. Verjetni pa so tudi v prihodnje pritiski na zavarovane osebe za samoplačniške storitve, kjer so dolge čakalne dobe za posamezne posege in preiskave. Ena od nadaljnjih možnosti večjih vlaganj zasebnih sredstev v zdravstveni sistem oziroma v zdravstvene programe so na področju preventive v zvezi z varstvom in zdravjem pri delu ter na nekaterih drugih področjih. Glede na dosežen delež zasebnih sredstev v celotnem sistemu zdravstvenih storitev so možnosti njihovega povečevanja sorazmerno majhna. Izjemo predstavljajo nekatere storitve dolgotrajne oskrbe, kjer bi morala biti lastna (finančna in naturalna) udeležba upravičencev do oskrbe ali njihovih svojcev višja kot je doslej ali pa bi le ti prevzeli izvajanje nekaterih storitev oskrbe.

### **3.2.2. Možnosti za obvladovanje izdatkov**

Na podlagi napovedi gospodarskega in socialnega razvoja Slovenije ter okvirov za delovanje sistema zdravstvenega varstva in zavarovanja ocenjujemo, da bodo v obdobju 2008 – 2013 nujni ukrepi za obvladovanje stroškov javnega zdravstvenega zavarovanja kot tudi za obvladovanje stroškov poslovanja zdravstvenih zavodov in drugih izvajalcev.

Pričakovanja ljudi glede dostopnosti do novih zdravil in sodobnejših medicinskih pripomočkov so velika. Ker so vsa pričakovanja povezana z razpoložljivimi materialnimi viri, je še bolj pomembno zagotoviti vse pogoje za racionalno izvajanje programov, vključno z obvladovanjem stroškov zdravstvenega zavarovanja. V tem smislu s terminom obvladovanje ne razumemo varčevanja, krčenja ali oženja, temveč načrtno oblikovanje in izvajanje programov na najbolj racionalen, učinkovit in uspešen način. V obveznem zdravstvenem zavarovanju to pomeni načrtovanje, delovanje in ukrepanje v okviru ekonomskih danosti in ob zagotovitvi finančne stabilnosti področja.

Možnosti za obvladovanje stroškov v obveznem zdravstvenem zavarovanju moramo iskati tako na strani ponudbe zdravstvenih storitev (pri izvajalcih) kot tudi na strani povpraševanja

(pri zavarovanih osebah). Nekateri od v nadaljevanju predlaganih ukrepov sicer niso v pristojnosti ZZZS in jih ZZZS tudi ne bo mogel uresničiti, lahko pa predstavljajo njegove predloge in stališča do posameznih razvojnih vprašanj, pomembnih za zdravstveno varnost zavarovanih oseb v Sloveniji. Zato so v analizi navedene tiste možnosti in ukrepi za obvladovanje izdatkov, ki jih bo lahko načrtoval in izvedel ZZZS sam, kot tudi tisti, za katere se bo ZZZS zavzemal oziroma jih predlagal drugim, ki so za njihov sprejem in uveljavitev pristojni.

### **Možnosti na strani povpraševanja**

Povpraševanje po zdravstvenih storitvah je v veliki meri odvisno od zavarovanih oseb, kljub znanemu dejstvu, da v zdravstvenih sistemih tudi na povpraševanje v zelo veliki ali celo prevladujoči meri vplivajo izvajalci oziroma ponudba zdravstvenih storitev. Vplivi zavarovanih oseb na stroške zdravstvenega varstva in zavarovanja, na katere vplivajo zavarovane osebe oziroma so z njimi povezani, izhajajo iz njihove starostne in spolne strukture, zdravstvenega stanja, iz pravic, ki jim jih zagotavlja sistem obveznega zavarovanja, iz celovite družbene in individualne skrbi in odgovornosti za zdravje, iz dostopnosti do zdravstvenih storitev ter navad in odnosa do zdravstvene službe in zahtevnosti do zdravstvenih storitev. Med temi je znanih niz ukrepov, s katerimi je mogoče obvladovati dejavnike, ki vplivajo na višino in na rast stroškov v zdravstvenem sistemu.

Nekateri strokovnjaki menijo, da je najučinkovitejši ukrep za obvladovanje stroškov obveznega zdravstvenega zavarovanja zmanjševanje, krčenje ali omejevanje pravic zavarovanih oseb. Tudi, če bi o takem ukrepu razmišljali, bi ugotovili, da bi bil povsem v nasprotju s prizadevanji po čim večji solidarnosti in zagotavljanju čim bolj dostopnega in kakovostnega zdravstvenega varstva in zavarovanja. Hkrati bi se ob takem predlogu morali zamisliti, kakšne bi bile njegove posledice za socialno varnost in zdravstveno stanje slovenskega prebivalstva. Sploh bi najprej morali ugotoviti, ali imamo v sistemu pravice, ki ne prispevajo k izboljšanju zdravja zavarovanih oseb in katere naj bi to bile. Ob tem pa kakršnokoli zmanjševanje pravic ne bi dalo finančnih rezultatov v smislu zmanjšanja ali obvladovanja stroškov, če bi ob tem v financiranju iz naslova javnih sredstev zadržali vse iste izvajalce in njihove programe. Zmanjševanje ali zoževanje pravic zavarovanih oseb praviloma privede do boljšega obvladovanja stroškov le na področju zdravil, medicinskih pripomočkov, nenujnih reševalnih prevozov in zdraviliškega zdravljenja, ki ni nadaljevanje bolnišnične obravnave in še na nekaterih drugih manjših področjih.

Razprave o »vzdržnosti« sedanjih solidarnostnih sistemov so prisotne tudi v drugih evropskih državah, vendar se nikjer ne nagibajo k rešitvam, ki bi šle na škodo zavarovanih oseb in njihovih pravic, pa tudi ne k tistim, ki bi privedle do povečevanja javnih izdatkov obveznega zdravstvenega zavarovanja. Namesto tega se odločajo za nove koncepte. Če si ogledamo najbolj znane in čedalje bolj uveljavljene ukrepe za obvladovanje stroškov zdravstvenega zavarovanja, so ti naslednji:

1. **Uvajanje programov za krepitev zdravja in preventiva:** Pri tem niso mišljeni le specifični medicinski preventivni programi, ampak ukrepi na različnih, tudi nezdravstvenih področjih, s katerimi je možno zmanjšati število bolezni ter poškodb ali zmanjšati njihove posledice. Možnosti, ki se na tem področju ponujajo, se nanašajo na:
  - posebne programe krepitve zdravja v vrtcih in šolah (s poudarkom na prehrani, telesni teži, gibanju, itd.), v katere bi se poleg otrok morali vključiti šolska vodstva, starši, pediatrična zdravstvena služba (vključno s specialisti šolske medicine) in lokalne skupnosti (npr. projekti, kot so zdravi vrtci, zdrave šole) ;

- programe za krepitve zdravja in rehabilitacijo aktivne populacije (zdravo in varno delovno okolje, zdrav življenjski slog, pregledi in presejalni testi za odkrivanje in preprečevanje dejavnikov tveganja, ipd.)
- programe za starejše in njihovo usposabljanje za čim bolj zdravo, aktivno in samostojno življenje v »tretji« življenjski dobi, za preprečevanje padcev in poškodb itd;
- programe za spreminjanje individualnih življenjskih navad, ki predstavljajo dejavnike tveganja za nastanek kroničnih bolezni (odvajanje od kajenja in prekomernega uživanja alkohola, spodbujanje zdravega prehranjevanja, gibanja itd).

Velik del navedenih projektov naj bi se izvajal v delovnem okolju (zaposleni ) ali bivalnem okolju (vrtci, šole, domovi za starejše in socialni zavodi, lokalne skupnosti), kjer se ljudje največ časa zadržujejo. Razlog za to je v spoznanju, da se v kolektivih ljudje raje vključujejo v takšne programe, ker jih vodi določena tekmovalnost in medsebojno vzpodbujanje za spreminjanje življenjskih, delovnih in socialnih pogojev. Poleg tega se s takšnimi programi krepi pripadnost kolektivu, kar je pomembno za doseganje rezultatov tudi na drugih področjih (produktivnost, šolski uspehi, itd.).

Novost v zdravstvenem zavarovanju naj bi bila po novem v tem, da bi ZZZS te programe s področja krepitve zdravja in preventive ne samo omogočal in vzpodbujal, ampak tudi sodeloval pri izvajanju. Pri tem bi v svojih aktih in na podlagi načrtov (verjetno tudi projektov in pilotov) predvidel možnosti stimuliranja podjetij, šol ali skupin, ki bi bili aktivno vključeni v te projekte in dosegli tudi določene rezultate pri izboljšanju zdravja svojih delavcev oziroma članov. To je povezano z določitvijo posebnih in namenskih sredstev ZZZS za te programe in uvedbo posebne metode ocenjevanja njihovih vplivov na zdravstveno stanje oseb, vključenih v programe (ocene »Health impact assessment« - HIA).

2. **Projekti za racionalno rabo zdravil in zmanjševanje odvisnosti ljudi od zdravstvene službe:** Sedanji projekt o racionalni porabi zdravil se bo predvidoma nadaljeval tudi v naslednjem planskem obdobju, pri čemer bi se lahko v posameznih obdobjih osredotočil na ciljne skupine oseb (zavarovanih oseb in zdravnikov) in na ciljno skupino zdravil, pri katerih podatki kažejo na določene neracionalnosti in strokovno neustrezna ravnanja.

Na podoben način bi ZZZS lahko izvajal projekte obveščanja in vzgoje ljudi za življenje z boleznijo in za njihovo čim manjšo odvisnost od zdravstvene službe. Ti gre predvsem za projekte za varno in pravilno upravljanje določenih (kroničnih) bolezni.

3. **Uvedba diferencirane prispevne stopnje za poškodbe na delu in poklicne bolezni:** Ta ukrep je že predviden v veljavnem zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju od leta 1992 dalje, vendar doslej ni bil uresničen. Diferencirane stopnje za poškodbe na delu in poklicne bolezni so bile ob sprejemu zakona predvidene tako, da bi delodajalci oziroma dejavnosti z nadpovprečnimi stroški za ta tveganja plačevali viške prispevke, tisti s podpovprečnimi pa nižje prispevke od povprečnih. Smisel tega ukrepa naj bi bil v ekonomski stimulaciji in motivaciji delodajalcev za dosledno izvajanje predpisov in ukrepov varnosti in zdravja pri delu in za izvajanje preventive nasploh. Ukrep ni bil uresničen iz določenih političnih razlogov oziroma pričakovanih socialnih problemov v nekaterih gospodarskih dejavnostih, zlasti če bi tako ravnalo tudi pokojninsko in invalidsko zavarovanje, kar prav tako predvideva zakon. Skoraj gotovo pa bo v obdobju 2008 – 2013 prišlo do uveljavitve zakonskih določil o diferenciranih

prispevnih stopnjah za poškodbe na delu in poklicne bolezni, saj je bilo to napovedano za začetek leta 2009.

- 4. Uvedba zavarovanja za dolgotrajno oskrbo:** Problem dolgotrajne oskrbe in zavarovanja za dolgotrajno oskrbo je opisan že v predhodnih poglavjih. Gledano iz zornega kota ima za ZZZS ureditev tega področja z uvedbo posebnega zavarovanja prav posebni pomen. V sedANJI ureditvi, ko pri zagotavljanju oskrbe osebam, ki potrebujejo pri opravljanju dnevnih življenjskih aktivnosti pomoč druge osebe, ni jasne meje med zdravstvenimi in nezdravstvenimi storitvami, se prenaša na obvezno zdravstveno zavarovanje tudi velik del finančnih obveznosti, ki bi jih morali kriti drugi. Od uvedbe takega zavarovanja je po drugi strani pričakovati zmanjšanje pritiskov na bolnišnično zdravljenje in po vrsti drugih zdravstvenih storitev, saj naj bi določen del opravil v zvezi z zagotavljanjem pomoči upravičencem iz tega zavarovanja prevzeli svojci in znanci ter razna prostovoljna in humanitarna društva in organizacije. Vsekakor pa je uvedba tega zavarovanja pomemben prispevek k socialni varnosti in kvaliteti življenja starejših in pomoči potrebnih oseb, kar je hkrati prispevek k boljšemu zdravju in s tem tudi k zmanjševanju stroškov obveznega zdravstvenega zavarovanja.

### Možnosti na strani ponudbe

Stroški obveznega zdravstvenega zavarovanja so v precejšnjem delu odvisni od zdravstvene službe, njene razvitosti, organizacije, opremljenosti, produktivnosti itd. Zdravstveni ekonomisti celo ugotavljajo, da ima zdravstvena služba največji vpliv na stroške sistema zdravstvenega varstva in zavarovanja in da so na tem področju najbolj potrebni ukrepi za usmerjanje in obvladovanje njenega razvoja ter stroškov, ki nastajajo ob njenem delovanju. Ukrepov za obvladovanje stroškov v zdravstvu je veliko. Med njimi so najbolj znani:

- 1. Obvladano in načrtno usmerjanje razvoja zdravstvenih zmogljivosti:** Zdravstvenih zmogljivosti ki opravljajo program storitev za obvezno zdravstveno zavarovanje, bi morale biti glede na potrebe in možnosti družbe »ravno dovolj«, torej ne preveč in ne premalo. Pri tem so opredelitve o zmogljivostih posamezne dežele odvisne sicer od potreb in zdravstvenega stanja prebivalstva, vendar morajo upoštevati tudi ekonomske možnosti javnih financ oziroma plačnikov (pri nas ZZZS). ***Zagotavljanje zdravstvenih zmogljivosti, ki naj bi opravljale programe zdravstvenih storitev na račun javnih sredstev, je v pristojnosti vlade oziroma ministrstva za zdravje, deloma pa tudi občin.*** Vloga ZZZS pri tem je, da opredeli razpoložljiva sredstva za financiranje izvajalcev in da v imenu zavarovanih oseb zastopa stališča, da morajo biti zdravstvene zmogljivosti zastavljene tako, da bodo lahko zadovoljile čim večji del njihovih potreb. S tem je nakazano, da se bo ZZZS potegoval za razvoj zmogljivosti, ki bo omogočal čim boljše in približno enako dostopnost zdravstvenih storitev na vseh območjih Slovenije ter da bo ob tem tudi čim »cenejši« oziroma racionalen, uspešen in učinkovit. ***Prvi in najpomembnejši ukrep v tej smeri je določitev mreže javne zdravstvene službe in plana zdravstvenega varstva Slovenije.*** Sprejem teh dokumentov je za ZZZS vitalnega pomena, saj je brez njih nemogoče zagotoviti dolgoročno finančno stabilnost obveznega zdravstvenega zavarovanja in ne stabilnosti v opredeljevanju in uresničevanju pravic zavarovanih oseb.

Posebno poglavje ukrepov za obvladovanje izvajalcev oziroma ponudbe storitev se nanaša na organizacijo dela izvajalcev, na delitev dela med dejavnostmi oziroma področji in opredelitev meril za merjenje »storilnosti« ter kvalitete storitev. Splošno prevladujoča ocena glede naše zdravstvene službe je, da je ta sicer dobro usposobljena, da pa na raven njenih dosežkov, kakor tudi stroškov močno vpliva neustrezna organizacija dela, kar velja za organizacijo zdravstvene službe kot celote in notranje organizacije v večjem številu

zdravstvenih zavodov. Med posameznimi ravni oziroma področji zdravstvenih služb ni delitve dela in se določena opravila in naloge pojavljajo tudi tam, kjer jih ne bi pričakovali ali kjer njihovo opravljanje ne strokovno in ne ekonomsko ni povsem utemeljeno. Nujna je prednostna orientacija v primarno raven zdravstvene dejavnosti. Ni jasne razmejitev med primarno in ostalimi ravni zdravstvene dejavnosti, zato je vloga izbranih zdravnikov kot »vratarjev« večkrat neuresničena. Nejasna je tudi meja med sekundarno in terciarno zdravstveno dejavnostjo, kjer se »terciar« bolj veže na posamezen zavod oziroma njegovo ime, kot na jasno definiran program najzahtevnejših zdravstvenih obravnav, povezan z najzahtevnejšo medicinsko tehnologijo in drugimi nalogami. Vse rečeno velja tudi za področje rehabilitacije, kjer prav tako ni znana meja oziroma strokovne naloge posameznih ravni zdravstvene službe.

**2. Organizacija dela v zdravstveni službi, njena storilnost in izkoriščenost zmogljivosti:**

Zelo podobno je z obvladovanjem stroškov, povezanih z izkoriščenostjo razpoložljivih kadrov in opreme. S tem se v Sloveniji na splošno premalo ukvarjamo. Določene analize kažejo na precejšnje razlike v obremenitvah zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev posameznih javnih zavodov. Podatki teh analiz kažejo nato, da bi se, vsaj pri nekaterih izvajalcih, lahko povečala dostopnost do zdravstvenih storitev in preiskav brez dodatnega zaposlovanja, saj so nekateri kadri premalo izkoriščeni. To sicer ni splošen pojav, a ga vendarle ne gre zanemariti.

Izjemno pomembno je tudi spremljanje stroškov izvajanja posameznih dejavnosti pri izvajalcih, kar bomo morali v Sloveniji dvigniti na višjo raven. Gre za medsebojno primerjanje in analiziranje izbranih podatkov o kadrovskih zmogljivostih, njihovo storilnostjo (obremenitvami) in dosežki na področju posameznega procesa ter končnih učinkov na področju spreminjanja zdravstvenega stanja. Razlike, ki nastajajo pri primerjavah cen za posamezne storitve bodo morale biti v prihodnje dokazljive in utemeljene.

Navedenim analizam nekateri odrekajo strokovnost ali sprejemljivost ter objektivnost, kar samo kaže, da je potrebno izdelati merila za ocenjevanje povprečne storilnosti zaposlenih v zdravstveni službi in po njenih dejavnostih. Takšna merila so lahko podlaga za načrtovanje in objektivnejše vrednotenje dela, načrtovanje kadra in obsega dela. Podobno velja za opremo, ki marsikje ni zadovoljivo izkoriščena, saj bi sorazmerno drage aparature morali v zdravstvenih zavodih koristiti tudi v dveh izmenah. Prva tako bi bilo nujno uvesti strokovno medicinsko in ekonomsko oceno upravičenosti nabave opreme glede na zdravstvene potrebe, možnosti njihovega zadovoljevanja, potrebna in razpoložljiva finančna sredstva in pričakovane rezultate v primeru njihove nabave glede izboljšanja zdravstvenega stanja, čakalnih dob, racionalizacije dela, obvladovanja stroškov itd.

Za tovrstne ocene se v evropskih državah v zadnjem času uveljavlja predvsem metodologija ocenjevanja zdravstvenih tehnologij (HTA – Health Technology Assessment), ki bo morala postati stalnica pri sprejemanju odločitev o uvajanju in širitvi zdravstvenih dejavnosti v Sloveniji. Urejanje vprašanj organizacije in izkoriščenosti kapacitet je sicer v pristojnosti njihovih ustanoviteljev in lastnikov, ZZZS lahko na ureditev področja vpliva le prek sistema financiranja programov, kjer bo moral zahtevati čim večjo možno in racionalno koriščenje razpoložljivih zmogljivosti.

**3. Upravljanje javnih zdravstvenih zavodov:** Nujne bi bile tudi spremembe v upravljanju javnih zdravstvenih zavodov, ki bi morali v celoti postati odgovorni za svoje poslovanje.

Spremembe bi morale jasneje opredeliti vlogo in funkcijo ustanoviteljev do javnih zdravstvenih zavodov ter njihovega managementa. Ustanovitelji bi skupaj z vodstvi javnih zavodov morali skrbeti in biti odgovorni, da bi javni zavodi predvsem skrbeli za zadovoljevanje potreb ljudi na področjih, za katera so bili ustanovljeni in da bi njihovo delovanje ter poslovanje teklo v okviru dolgoročnih in kratkoročnih načrtov in materialnih možnosti družbe. Uresničevanje takšne vloge pa se ponovno povezuje s sprejemom strategije razvoja zdravstvenega varstva in ustrezne zakonodaje, ki bi na novo uredila položaj javnih zavodov, njihovih ustanoviteljev in managementa. Slednji bi tudi moral dobiti več pooblastil za ustrezna ukrepanja znotraj svojih zavodov, za obvladovanje stroškov in poslovanje skladno s sklenjenimi pogodbami in podobno, a bi med njimi morali biti tudi večje možnost stimulacije zaposlenih za dobre rezultate. Na tem področju je vloga ZZZS le sodelovanje pri oblikovanju predpisov, ki bodo urejali to področje in predstavljanje interesov zavarovanih oseb.

4. **Vloga ZZZS pri nalogah, ki so v pristojnosti države:** Ob dejstvu, da so ustanovitelji javnih zavodov občine in republika in da je za zagotavljanje mreže javne zdravstvene službe pristojno ministrstvo za zdravje, se postavlja vprašanje, kako lahko ZZZS vpliva na področje ponudbe zdravstvenih storitev in na obvladovanje stroškov, ki so povezani z njihovim delovanjem. Ob jasni orientaciji, da sistem zdravstvenega varstva in zavarovanje obstoja izključno zaradi zavarovanih oseb in da je obvezno zdravstveno zavarovanje organizirano na načelih demokratičnega odločanja o pravicah in obveznostih zavarovancev in njihovih družinskih članov, je lahko ta vpliv posreden in možen:
- z vzpodbujanjem, podpiranjem in sodelovanjem pri medsektorskem sodelovanju in aktivnostih za ustvarjanje pogojev za izboljšanje zdravja, pri ustvarjanju zdravju naklonjene in prijazne politike na vseh, tudi nezdravstvenih področjih, kot so npr. boljša varnost in zdravje pri delu in zdravju prijaznejši delovni pogoji, varnost v cestnem prometu, na smučiščih, pri rekreaciji, v gospodinjstvu in šolah, skrb za zdravju neškodljivo naravno okolje itd.;
  - s sodelovanjem z Ministrstvom za zdravje o vprašanjih, ki se bodo nanašala na zdravstvene zmogljivosti, javno zdravstveno mrežo, širitve in uvajanje novih metod dela pri posameznih javnih zavodih in koncesionarjih;
  - z oblikovanjem strokovnih stališč o predlogih in dokumentih, ki bodo določali razvoj zdravstvenega varstva Slovenije in mrežo javne zdravstvene službe oziroma bodo imeli nanju vidnejši vpliv;
  - z dialogom in sodelovanjem s predstavniki zdravstvenih združenj, zbornic in drugih zdravstvenih organizacij, z njihovim informiranjem in z iskanjem skupnih rešitev pri določanju razvoja zdravstvenih zmogljivosti in drugih ukrepov, ki se bodo nanašali na obvladovanje stroškov zdravstvenega varstva;
  - s sodelovanjem pri usposabljanju managementa zdravstvenih zavodov za vprašanja vodenja in upravljanja zdravstvenih zavodov, njihove organizacije, financiranja in zdravstvene ekonomike;
  - s stališči in ustreznimi predlogi v postopkih pogajanj s partnerji, ki bodo podkreppljeni s sklepi in akti organov upravljanja obveznega zdravstvenega zavarovanja;
  - z načinom financiranja programov zdravstvenih storitev, ki bo sledil strateškimi ciljem glede izvajanja programov v možnih materialnih okvirih.
  - s pogajanjem o cenah zdravil in medicinskih pripomočkov z njihovimi proizvajalci in dobavitelji.

Povzetek strateških možnosti za obvladovanje izdatkov v sistemu zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja podaja tabela 27.

**Tabela 27. Strateške možnosti obvladovanja stroškov zdravstvenega varstva in obveznega zdravstvenega zavarovanja**

<b>A. Ukrepi na področju povpraševanja po zdravstvenih storitev:</b>	<b>Ukrep se nanaša na področje :</b>
1. vzpodbujanju celotne družbe, delodajalcev, šol, zavarovanih oseb k zdravemu načinu življenja, krepitevi zdravja in raznim oblikam preventive, ki naj bi dolgoročno pripeljale do boljšega zdravja in zmanjšanja potreb po zdravstvenih storitvah	povpraševanja in zahtev zavarovanih oseb
2. obveščanje in seznanjanje ljudi o njihovih pravicah in obveznostih, o njihovi aktivnejši vlogi v odločanju tudi ko gre za njihovo zdravljenje in o tem da nebi zahtevali strokovno neutemeljenih »pravic« ali bonitet	povpraševanja in zahtev zavarovanih oseb
3. Uvajanje programov za krepitev zdravja in preventivo pri delodajalcih in drugih kolektivih oziroma skupinah	povpraševanje, delodajalce, ZZZS in druge nosilce
4. Ukrepi in aktivnosti za racionalno rabo zdravil in zmanjševanje odvisnosti ljudi od zdravstvene službe	povpraševanje s strani zavarovanih oseb, ponudba industrije, navade in delovanje zdravstvene službe
5. Uvedba diferencirane prispevne stopnje za poškodbe na delu in poklicne bolezni	povpraševanje, povezano z varnostjo in zdravjem pri delu
6. Uvedba zavarovanja za dolgotrajno oskrbo	povpraševanje, povezano z novim področjem socialne varnosti

<b>B. Ukrepi na področju ponudbe po zdravstvenih storitev:</b>	<b>Ukrep se nanaša na področje :</b>
7. Obvladano in načrtno usmerjanje razvoja zdravstvenih zmogljivosti	ponudbe in pristojnosti ministrstva za zdravje
8. Organizacija dela v zdravstveni službi, njena storilnost in izkoriščenost kapacitet	ponudbe in pristojnosti ministrstva ter načina financiranja
9. Upravljanje javnih zdravstvenih zavodov	ponudbe in pristojnosti ustanoviteljev
10. Financiranje programov in zdravstvenih storitev	ponudba, povezana s partnerskimi odnosi in stališči ZZZS

Opomba: Pregled možnosti obvladovanja stroškov obveznega zavarovanja temelji na izhodišču, da se pravice zavarovanih oseb v obdobju 2008 – 2013 ne bodo spremenile oziroma bodo ostale na sedanji ravni

### 3.3. Zahteve na področju notranjega razvoja ZZZS

Pred strokovno službo ZZZS so tako v razvojnem obdobju 2008-2013 obsežne in strokovno zelo zahtevne naloge. V zadnjih 15 letih je s svojim strokovnim znanjem prispevala velik delež k vzpostavitvi in izgradnji sodobnega slovenskega modela socialnega zdravstvenega zavarovanja. V obdobju 2008 – 2013 bo morala narediti kvalitetni preskok v svojem delu in organizaciji in se prilagoditi novim izzivom, ob tem pa s pripravo strokovnih gradiv podpirati v teh prizadevanjih tudi organe upravljanja. Ob vseh nalogah, ki bodo pred njo, ji bo moral biti vseskozi v ospredju zavarovana oseba in njene pravice. Vsekakor bo njen razvoj in delovanje odvisen od zakonskih in drugih predpisov ter sprejetih odločitev o strategiji razvoja ZZZS v prihodnje.

#### 3.3.1. Razvojne možnosti glede izboljšanja notranjih procesov, uveljavljanja znanja in kadrovskih potencialov

Najpomembnejše usmeritve glede razvojnih možnosti in zahtev strokovne službe bi morale biti skladno z analizo razvojnih možnosti v obdobju 2008-2013 na področju notranjih procesov in upravljanja s kadri naslednje:

- dvig ravni znanja, strokovnosti in usposobljenosti zaposlenih za nove naloge in izzive obveznega zdravstvenega zavarovanja, pri čemer bo ob specializaciji na posamezna delovna področja potrebno pridobiti širša znanja s področja socialnih zdravstvenih zavarovanj in organizacije zdravstvene službe, vodenja in upravljanja javnih zdravstvenih zavodov in javnega zdravja. Slednje velja še prav posebej za svetovalce ter za vodilni in vodstveni kader;
- nadaljnje povečanje kvalitete storitev službe, njene boljše dostopnosti in prijaznejšega servisa za zavarovane osebe, vključevanje v ocenjevanje poslovne odličnosti, poenostavitev vseh postopkov v zvezi z uresničevanjem pravic in njihovega varstva;
- spremembe v organizaciji službe, ki bodo prilagojene novim nalogam ZZZS na področju uvajanja programov krepitve zdravja in preventive, razvoja zdravstvenega zavarovanja, ob novih potrebah v zdravstveni ekonomiki in pogajalskih odnosih, na področju informatike in podobno. Pri tem bo potrebno omogočiti večje vključevanja delavcev območnih enot in izpostav v posamezne naloge in projekte, tako da bi se čim boljše izkoristil kadrovskega potenciala ZZZS, kar bo še posebej potrebno ob zahtevah po zmanjševanju zaposlenih v javni upravi (in tudi v ZZZS);
- sodobna organizacija področja informatike z že vzpostavljenimi bistvenimi izhodišči in vzpostavljeno infrastrukturo, bi pripomogla k hitrejšemu in bolj ekonomičnemu razvoju informatike za potrebe zdravstva na nacionalni ravni. Zato je na teh področjih potrebno iskati bolj fleksibilne organizacijske rešitve;
- priprava na prehod na e – poslovanje in uresničevanje projektov, povezanih s širitvijo informatizacije v ZZZS in njegovimi pogodbenimi in drugimi partnerji;
- proučitev možnosti uvedbe »klicnega centra« ali vsaj uvedbe posebnega portala za čim boljše obveščanje zavarovanih oseb in izvajalcev ter drugih o pravicah in obveznostih ter o drugih vprašanjih, ki so zanimiva za velik del populacije. Na tem področju bo ob širjenju programov krepitve zdravja in preventive potrebno razširiti dejavnost informiranja javnosti o teh programih, njihovi vsebini, načinih vključevanja, dostopnosti itd.;
- prilagoditev organizacije in vsebine dela predvidenim oziroma sprejetim zakonskim spremembam in zahtevam, ki bodo izhajale iz SRP 2008-2013;
- proučitev pravnih in drugih podlag in možnosti za ustanovitev »inštituta« za zdravstveno ekonomiko oziroma ustanovitev enote, ki se bo z vprašanji zdravstvene ekonomike, HTA in HIA ukvarjala po znanstvenih metodah;
- nadaljevanje in širitev mednarodnega sodelovanja z drugimi nosilci socialnih zavarovanj oziroma nacionalnih zdravstvenih služb zaradi izmenjave izkušenj, priprave skupnih projektov in zaradi nudenja pomoči zainteresiranim organizacijam v tujini.

Posebne priložnosti za izboljšave ponuja razvoj informacijskih in komunikacijskih tehnologij, ki lahko olajšajo, poenostavijo in izboljšajo uresničevanje številnih zahtevnih razvojnih strategij na področju zdravstvenega zavarovanja. Pomemben korak naprej v svojem razvoju bodo predstavljale naloge Informacijskega centra ZZZS. Njegove ključne naloge bodo sicer povezane s temeljnimi poslovnimi zahtevami (globalni cilji) zdravstvenega zavarovanja za prihodnje plansko obdobje, med katerimi je na prvem mestu zagotavljanje finančne stabilnosti sistema zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja. Iz te zahteve izhajajo za razvoj informatike naslednje prednostne poslovne naloge:

- razvijanje novih informacijskih rešitev za racionalizacijo poslovnih procesov, dvig kakovosti storitev, uvajanje elektronskega poslovanja zlasti na področju ključnih



- procesov in organizacija podatkovnih sistemov (na način podatkovnih skladišč) za optimiziranje prihodkov in obvladovanje odhodkov ZZZS,
- nadaljnje uveljavljanje e-komuniciranja (internet, kartica zdravstvenega zavarovanja kot ključ za dostop do podatkov v informacijskih sistemih) in približevanje e-storitev zavarovanim osebam in drugim strankam ZZZS,
  - postopen prehod na sproten in neposreden dostop do podatkov o zdravstvenem zavarovanju za izvajalce zdravstvenih storitev,
  - vzpostavitev enotne elektronske vstopne točke za vsakega izvajalca zdravstvenih storitev,
  - izvedba projektov, ki povečujejo preglednost sistema zdravstvenega zavarovanja in spremljanje stroškov po zavarovanih osebah,
  - aktivno vključevanje v izgradnjo Centra za informatiko v zdravstvu in Sveta za informatiko ter sodelovanje v projektih, ki imajo namen zagotoviti povezljivost posameznih komponent zdravstveno informacijskega sistema,
  - aktivno vključevanje informatike ZZZS v razvoj e-storitev za državljane, sodelovanje z nosilci sorodnih dejavnosti v drugih sektorjih, zlasti na področju socialne varnosti in javne uprave (uporaba kartice zdravstvenega zavarovanja za uveljavljanje pravic iz socialnega varstva, uporaba evidenc ZZZS za podporo postopkov na področju socialne varnosti), aktivno sodelovanje informatike ZZZS pri vzpostavitvi predvidenih novih zavarovanj za dolgotrajno oskrbo.

Poleg teh bo Informacijski center ZZZS imel še posebne naloge, ki se nanašajo na usmeritve EU in Strategije e-Zdravje 2010 Ministrstva za zdravje in razvoj informatike na ZZZS. Te pa so naslednje:

- vzpostavitev elektronskega zdravstvenega kartona, pri katerem bo ZZZS nosilec razvoja v segmentu, ki zadeva podatke o finančnih parametrih zdravljenja. S tem bo vzpodbujal uvedbo elektronskega kartona, ki bo prispeval h kakovosti storitev za zavarovance, odpravil nekatera nepotrebna podvajanje preiskav in racionaliziral poslovanje izvajalcev s tem pa tudi ZZZS,
- vzpostavitev nacionalnega zdravstvenega portala za zavarovance in zdravstvene delavce,
- vzpostavitev infrastrukture javnih ključev (digitalna potrdila za identifikacijo, avtentifikacijo, enkripcijo, digitalni podpis) z nadgradnjo sistema kartice zdravstvenega zavarovanja,
- uvedba elektronskega recepta in nadaljnji razvoj nacionalne baze zdravil,
- vzpostavitev infrastrukture za varen sproten dostop do podatkov in elektronsko izmenjavo podatkov med izvajalci zdravstvenih storitev,
- sodelovanje pri vzpostavitvi nacionalnih čakalnih vrst,
- zagotavljanje združljivosti slovenskega informacijskega sistema s sistemi drugih evropskih držav in sodelovanje v razvoju evropskih smernic,
- dosledno uveljavljanje zahtev zakonodaje s področja varstva osebnih podatkov in e-poslovanja,
- povezava z informacijskima sistemoma Davčne uprave Republike Slovenije in Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije

Dosedanje poslovanje ZZZS z izvajalci zdravstvenih storitev temelji na kombinaciji off-line in on-line rešitev, glede na raven tehnologije in raven opremljenosti pri izvajalcih zdravstvenih storitev v času uvedbe rešitev za to poslovanje. Pomemben informacijski element tega poslovanja je sistem kartice zdravstvenega zavarovanja s samo kartico kot identifikatorjem zavarovanca in prenašalcem podatkov med bazami podatkov izvajalcev zdravstvenih zavarovanj in lokalnimi sistemi za obdelavo podatkov pri izvajalcih

zdravstvenih storitev, omrežjem samopostrežnih terminalov in profesionalno kartico kot identifikatorjem zdravstvenega delavca. S hitrim razvojem omrežnih tehnologij v zadnjih letih so se odprle možnosti za prehod na sproten način dostopanja in izmenjave podatkov. On-line infrastruktura bo z uporabo digitalnih potrdil na voljo ne le za poslovanje med ZZZS in izvajalci zdravstvenih storitev, ampak tudi za elektronsko poslovanje med izvajalci zdravstvenih storitev in za neposreden dostop zavarovancev/pacientov do svojih podatkov.

Za zagotovitev varnosti podatkov in poslovanja informacijskega sistema ZZZS ob vedno večji odvisnosti poslovanja celotnega ZZZS in zunanjih partnerjev od razpoložljivosti tega sistema je vzpostavitev načrtov in rešitev za neprekinjeno delovanje informacijskega sistema ZZZS nuja. ZZZS vzpostavlja redundantni sistem na rezervni lokaciji za zagotovitev neprekinjenega poslovanja v nepredvidenih ali izrednih razmerah.

Vse bolj kompleksna in različna informacijska tehnologija po drugi strani zahteva vedno več usposobljenih kadrovskih virov za integracijo, uvajanje in vzdrževanje. Za spremljanje dogajanj, trendov in pojavov na področju zdravstvenega zavarovanja se vedno bolj kaže potreba po pripravi podatkov za namene izvajanja različnih analiz, tudi tako imenovanega »rudarjenja podatkov«, ki so osnova za odločanje. Podatkovna baza, ki je namenjena za analitične in odločitvene potrebe, mora biti prilagojena tem namenom, osebni in občutljivi podatki pa anonimizirani.

### **Okviri javne uprave pri zagotavljanju visoko strokovnega kadra**

Ohranjanje dosežene ravni informatizacije in doseganje začrtanih strateških razvojnih ciljev bi lahko ogrozile zahteve države po vsakoletnem zmanjšanju števila kadrov v javni upravi in javnih zavodih ter zmanjševanje sredstev za njihovo strokovni razvoj. Ključna notranja pogoja za realizacijo načrta razvoja sta usposobljen, in številčno zadosten kakovosten razvojni kader. Za področje nadaljnjega razvoja informacijskega sistema bo potrebno razmišljati tudi o prilagojeni organizacijski obliki, ki bo omogočila fleksibilnejšo, na tržnih načelih temelječo ureditev zaposlovanja in poslovanja. Izhodišče razmišljanja predstavlja koncept reorganizacije državne in javne uprave, ki z zakonodajo nima zajetega segmenta visoko specializiranega strokovnega kadra. Sodobna in tržno organizirana oblika organizacije področja informatike z že vzpostavljenimi bistvenimi izhodišči in vzpostavljeno infrastrukturo, bi pripomogla k hitrejšemu in bolj ekonomičnemu razvoju informatike za potrebe zdravstva na nacionalni ravni. Zato je na teh področjih potrebno iskati bolj fleksibilne organizacijske rešitve.

### **3.3.2. Razvojne možnosti pri uresničevanju sistemskih ciljev in urejanju odnosov z zunanjim okoljem**

Zdravstvena služba je eden od pomembnih partnerjev ZZZS, saj le ta z opravljanjem zdravstvenih storitev zagotavlja zavarovanim osebam možnost uresničevanja njihovih pravic. Glede na dosedanje 15-letne izkušnje in novosti, ki se pri financiranju izvajalcev pojavljajo v tujini bi bile v obdobju 2008 – 2013 na področju partnerskih odnosov z izvajalci in dobavitelji medicinskih pripomočkov potrebne in možne naslednje usmeritve:

- krepitev vloge organov upravljanja (Upravnega odbora, Skupščine) pri oblikovanju smernic in izhodišč za sklepanje dogovorov in pogodb z izvajalci.
- dopolnitev nekaterih sedanjih modelov financiranja programov in zdravstvenih storitev. Prioritetna področja pri dopolnitvah in spremembah so:
  - prenova in posodobitev seznama zdravstvenih storitev (»zelene knjige«) za področja, kjer ZZZS plačuje izvajalce po količini in vrsti opravljenih storitev (nekateri specialistične ambulantne dejavnosti, zobozdravstvene storitve, itd.);

- uvedba storitvenega (prospektivnega) načina plačevanja dela zdravstvene nege v domovih za starejše ter v drugih socialnih zavodih ter razmejitev storitev zdravstvene nege, ki jih bo plačeval ZZZS od storitev socialne nege;
  - definiranje storitev oziroma nalog »terciarne« zdravstvene dejavnosti in njena razmejitev od sekundarnih dejavnosti, pri čemer bo potrebno določiti najzahtevnejše terciarne storitve in druge naloge, ki jih za celotni sistem opravljajo nosilci terciarne dejavnosti (preverjanje novih metod diagnostike in zdravljenja, priprava enotnih kliničnih smernic, doktrinarnih opredelitev, delo razširjenih strokovnih kolegijev, strokovna pomoč izvajalcem primarne in sekundarne ravni, organizacija seminarjev itd.). Ustrezno tej razmejitvi bodo dopolnjena in spremenjena tudi merila za oblikovanje programov in financiranje terciarne dejavnosti;
  - aktivnosti za realnejše evidentiranje, obračunavanje in načrtovanje dela v bolnišnični dejavnosti na podlagi SPP, pri čemer je prioriteta spremljanje in analiza stroškov po SPP in njihova standardizacija
- uvedba »štiristebrnega« modela plačevanja izbranih zdravnikov. Ti naj bi bili plačani v odvisnosti od števila ter strukture opredeljenih zavarovanih oseb, od količine opravljenih storitev, od rezultatov pri doseganju določenih ciljev (precepljenost, % opravljenih preventivnih pregledov, presejalnih testov, % napotenih k specialistom, itd.);
  - celovitejše spremljanje stroškov, ocenjevanje učinkovitosti in uspešnosti izvajanja zdravstvenih programov, ocenjevanje vplivov uvajanja medicinskih tehnologij na osnovi ekonometrijskih in drugih strokovnih metod (HIA, HTA);
  - izdelava kazalnikov kvalitete, uspešnosti ter učinkovitosti delovanja zdravstvene službe, ki jih bo moč vključiti v modele financiranja izvajalcev (stimulacija in motivacija izvajalcev) za boljše in kvalitetnejše delo in za vrednotenje programov zdravstvenih storitev.
  - omogočanje izbire zavarovanim osebam na področjih z dolgimi čakalne dobe, ki jih v Sloveniji ne bo mogoče skrajšati, z omogočanjem pogodb s tujimi izvajalci, če bo to v interesu zavarovanih oseb in če bodo tuji izvajalci za ZZZS tudi finančno sprejemljivi;
  - zavzemanje za vključitev področja porabe in predpisovanja zdravil ter medicinskih pripomočkov v partnerske in pogajalske postopke;
  - povečanje učinkovitosti nadzora nad izvajanjem pogodb z izvajalci zdravstvenih storitev, pri čemer si bo ZZZS prizadeval za ponovno uvedbo pogodbenih kazni za tiste, ki bi kršili medsebojne pogodbene obveznosti;

Da bo ZZZS lahko dovolj kakovostno in učinkovito uresničeval obsežne naloge v zvezi s partnerskimi odnosi in financiranjem izvajalcev storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, bo okrepil sodelovanje z Zdravniško, Lekarniško in drugimi zbornicami, raznimi drugimi organizacijami in društvi izvajalcev, s strokovnjaki s področja organizacije zdravstvene službe in zdravstvene ekonomike ter z Ministrstvom za zdravje. Za določene naloge bo skupaj s temi oblikoval delovne in ekspertske skupine, pripravljal študije in skupne projekte ter izvajal pilote ter druge oblike preverjanja teoretičnih rešitev posameznih vprašanj.

### **3.4. Zaključki**

Analiza razvojnih možnosti, ki je zajela oceno globalnih vplivov, oceno finančnih možnosti z vidika uresničevanja sistemskih ciljev vključno s scenariji razpoložljivih finančnih virov zahteve po notranjem razvoju strokovne službe ZZZS, je pokazala, da čakajo ZZZS v

naslednjem razvojnem obdobju 2008-2013 številne preizkušnje, predvsem pa tudi priložnosti za razvojne izboljšave. Analiza je izpostavila najpomembnejše pričakovane trende in izzive, med katerimi so najpomembnejši:

1. **Proces staranja prebivalstva se bo nadaljeval** tudi v prihodnjih letih oziroma po vseh napovedih sodeč do leta 2050. S tem se bo še naprej podaljševala povprečna pričakovana življenjska doba in sicer hitreje pri ženskah kot moških. Tudi v prihodnje ni pričakovati občutnejšega povečanja rodnosti, kar nakazuje, da se bodo nadaljevale ali prišle še bolj do izraza vse značilnosti dolgožive družbe. Ta dolgoživost pa bo imela viden vpliv na zdravstvene potrebe in še posebej na potrebe po storitvah po dolgotrajni oskrbi. Te spremembe bodo narekovale tudi določene prilagoditve v programih zdravstvenih storitev in zmogljivosti, ki se bodo morale v večji meri usmeriti na zadovoljevanje potreb stare in najstarejše populacije (nad 80 let);
2. **Število prebivalstva se do leta do 2013 ne bo spremenilo.** Povečanje števila prebivalstva bi bilo možno s povečanjem rodnosti ali večjim priseljevanjem prebivalstva iz drugih držav. Dosedanji trendi na navedenih področjih ne kažejo na večjo verjetnost, da bi se kateri od teh scenarijev lahko uresničil.
3. Zaradi sprememb v starostni strukturi prebivalstva je pričakovati tudi spremembe v njegovi sociodemografski strukturi. **Povečalo se bo število prejemnikov pokojnin**, istočasno se bo **zmanjšalo število nezaposlenih oseb**, v manjšem obsegu tudi aktivnih prebivalcev. Nadaljeval se bo že znan **proces zmanjševanja števila kmečkega prebivalstva**. Navedeni **trendi bodo vplivali na višino prispevkov** za obvezno zdravstveno zavarovanje, saj je znano da so osnove za prispevke in prispevne stopnje za prejemnike pokojnin nižje, kot pri aktivni populaciji.
4. Zaradi staranja prebivalstva je potrebno računati s **povečanimi potrebami in zahtevami zavarovanih oseb po obravnavi kroničnih, degenerativnih in rakastih bolezni**. Še bolj bodo v porastu **potrebe po storitvah dolgotrajne oskrbe**, za katero zaenkrat v državi ni sistemskih rešitev in jih v veliki meri rešuje področje zdravstvenega varstva in zavarovanja, čeprav velikokrat gre za potrebe, ki ne sodijo v zdravstveno varstvo oziroma zavarovanje;
5. Zaostrovanje ekonomskih okvirov za ohranitev obstoječega modela socialnega zdravstvenega zavarovanja bo pospešilo njegovo preusmeritev od prevelike naravnosti na bolezni k njihovemu preprečevanju, **povečevanju vloge krepitve zdravja in celovite družbene preventive**, kot novega načina obvladovanja bolezenskih tveganj (»Od patogeneze k salutogenezi«);
6. Računati je s **pritiski za povečanje vlaganj v zdravstveno službo** in za nove pravice iz zavarovanja zaradi hitrega razvoja medicinske tehnologije in uvajanja novih zdravil ter pripomočkov. K temu moramo dodati še zahteve po kritju večjih stroškov v zdravstveni službi zaradi aktiviranja nekaterih novih zmogljivosti (Onkološki inštitut, Pediatrična klinika, urgentni oddelek Kliničnega centra, nov Klinični center, posamezni oddelki bolnišnic, nova draga medicinska oprema) kot tudi zaradi zahtev po povečanju zaposlitev v zdravstveni dejavnosti. Povečale s bodo tudi zahteve in možnosti po zadovoljevanju določenih potreb po zdravstvenih storitvah v tujini, v državah Evropske unije, še zlasti na področjih, kjer so v Sloveniji predolge čakalne dobe;

7. Vključitev Slovenije v evroobmočje jo zavezuje, da obvladuje inflacijo in javni dolg v naprej določenih okvirih. Zaradi tega **se bodo izdatki za obvezno (javno) zdravstveno zavarovanje lahko gibali le v okviru sredstev, zbranih s prispevki** in ne bo več mogoče poslovati s krediti oziroma zadolževanjem. Projekcije javnih financ nakazujejo, da bo Slovenija lahko namenila za obvezno zavarovanje leta 2010 približno enak delež bruto domačega proizvoda kot sedaj (okrog 6,6 – 6,7 %), kar pomeni da bo vse povečane potrebe v prihodnjih 3 do 5 letih možno pokrivati le z ukrepi racionalizacije, varčevanja, boljšega obvladovanja vseh stroškov oziroma le v okviru rasti bruto domačega proizvoda države v naslednjih letih.
8. Napovedi gibanj na navedenih področjih nakazujejo, da se bo še naprej povečeval razkorak med potrebami, zahtevami oziroma pričakovanji in možnostmi njihovega zadovoljevanja. Zaradi tega bo potrebno posvetiti **posebno pozornost financiranju programov zdravstvenih storitev** in z raznimi **ukrepi za obvladovanje stroškov ter z motivacijo in stimulacijo izvajalcev** ter zavarovanih oseb zagotoviti čim boljšo izrabo razpoložljivih virov;
9. Povečale se bodo **zahteve po izboljšanju kvalitete dela zdravstvenih dejavnosti**, njihovih storitev kot tudi storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja. Enake trende lahko pričakujemo glede uveljavljanja pravic bolnikov kot tudi varstva pravic na področju zavarovanja. Oboje bo vplivalo na delovanje zdravstvenega zavarovanja in njegovo službo.
10. Za populacijo dveh milijonov zavarovanih oseb je za javni sistem zdravstvenega varstva en izvajalec obveznega zdravstvenega zavarovanja najbolj sprejemljiva rešitev, kar dokazujejo podatki in primerjave s sorodnimi organizacijami v Nemčiji, Avstriji in drugih državah. V Sloveniji so »režijski« stroški ZZZS na ravni okoli 2,5 %, kar je pod povprečjem tovrstne porabe »bolniških blagajn« v navedenih državah. Zato bo v Sloveniji tudi v prihodnje to najbolj racionalen način financiranja zdravstvenega varstva in zagotavljanja pravic zavarovanih oseb. Preglednost poslovanja in demokratičnost pri odločanju o javnih sredstvih omogočajo specifično **avtonomno upravljanje ZZZS** s strani plačnikov obveznih prispevkov, kar omogoča aktivno vlogo pri usmerjanju in načrtovanju razvoja zdravstvenega zavarovanja v državi. Zato tega modela, ki je v preteklih velikokrat dokazal visoko sposobnost (samo)regulacije področja, v prihodnje ne kaže menjati ali spreminjati. Glede na decentralizacijo državne uprave, pa je pričakovati določene elemente **decentralizacije v upravljanju ZZZS** in krepitev vloge območnih svetov območnih enot ZZZS.
11. Obvezno zdravstveno zavarovanje bo tudi v prihodnje temeljilo na že znanih in v svetu uveljavljenih **načelih socialnih zavarovanj**. Na prvem mestu med temi je načelo solidarnosti (v pravicah in obveznostih) vsega prebivalstva Slovenije, načelo pravne enakosti in pravičnosti ter nediskriminatornosti zavarovanih oseb v zavarovanju samem kot tudi pri obravnavi v zdravstveni službi;
12. Vse opisano govori tudi o pomenu **krepitev vloge organov upravljanja ZZZS**, ki bodo imeli v prihodnje še pomembnejšo vlogo pri sprejemanju odločitve o finančnem načrtu in materialnih okvirih obveznega zdravstvenega zavarovanja, pri razporejanju njegovih sredstev, o podrobnejših opredelitvah o pravicah zavarovanih oseb ter o sklepanju dogovorov in pogodb z izvajalci.

13. ZZZS se bo zavzemal, da se **pravice zavarovanih oseb ne bodo zmanjšale** in da bodo za ohranitev sedanjega obsega pravic bila zagotovljena zadostna finančna sredstva. Po strokovnih ocenah bi moral doseči, da bodo javna sredstva za obvezno zdravstveno zavarovanje imela vsaj tolikšno stopnjo rasti kot bruto domači proizvod. Za ohranitev stabilnosti sistema zdravstvenih dejavnosti bo podpiral ohranitev dopolnilnega zavarovanja, ki naj bi temeljilo na načelih vzajemnosti. Podpiral bo uvedbo drugih prostovoljnih zavarovanj, ki ne bodo posegala v pravice iz obveznega zavarovanja oziroma omogočala bolj ali manj vidno prelivanje javnih sredstev v privatne dohodke. Prav posebej se bo zavzemal in v okviru svojih pooblastil tudi ukrepal za odpravo in preprečitev raznih oblik nelegalnega »samoplačništva« ali neupravičenih zahtev po doplačilih za storitve, ki so pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in se uresničujejo tudi v skladu s postopki, predpisanimi za to zavarovanje.
14. Usmeritev na ohranitev pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja pomeni tudi **usmeritev po ohranitvi ali izboljšanju dostopnosti zdravstvenih storitev** na vseh ravneh, še zlasti na področjih, kjer so dolge čakalne dobe. Skupaj z Ministrstvom za zdravje in vodstvi zdravstvenih zavodov bo pripravil analizo vzrokov in upravičenosti čakalnih dob v posameznih dejavnostih in pri posameznih izvajalcih ter skupaj z njimi tudi poskušal pripraviti ustrezne ukrepe. Kljub potrebam po večjih vlaganjih v programe odkrivanja, preprečevanja in zdravljenja bolezni in poškodb bo ZZZS širil programe krepitve zdravja in preventive in temu ustrezno namenil potrebna finančna sredstva.
15. Za ZZZS je vitalnega pomena **dobro sodelovanje z Ministrstvom za zdravje**, drugimi ministrstvi in upravnimi organi, s pokrajinami in lokalnimi skupnostmi, zbornicami, organizacijami izvajalcev, organizacijami delodajalcev, sindikati, nosilci socialnih zavarovanj in varnosti ter drugimi organi ter organizacijami, ki s svojim delovanjem lahko prispevajo k izboljšanju zdravja in k racionalnejšemu uresničevanju obveznega zdravstvenega zavarovanja. To sodelovanje bo imelo cilj mobilizirati vse družbene potencialne v prizadevanjih za dvig kvalitete obveznega zdravstvenega zavarovanja, za čim večji standard pravic in za doseganje boljšega zdravja za vse;
16. ZZZS se bo zavzemal za uresničitev zakonske opredelitve **o uvedbi diferencirane prispevne stopnje za delodajalce za poškodbe na delu in poklicne bolezni**. Pri tem se bo predvsem zavzemal za stimulacijo in znižanje stopenj tistih delodajalcev, ki bodo zmanjšali stroške za poškodbe na delu in poklicne bolezni (in njihove posledice, kot je npr. nadomestilo plače!) z doslednim izvajanjem ukrepov varnosti in zdravja pri delu ter z vključevanjem v programe krepitve zdravja in preventive za svoje delavce. Prav tako bo podpiral predloge, da se pojem poklicne bolezni (podobno kot drugje v Evropi) razširi na bolezni, povezane z delom.
17. ZZZS bo aktivno sodeloval in **podpiral uvedbo posebnega socialnega zavarovanja za dolgotrajno oskrbo**.
18. Ob spremembah predpisov si bo ZZZS **prizadeval, da drugi resorji ponovno prevzamejo v financiranje naloge, ki so nesistemske bile vsiljene ZZZS** v preteklih letih in ki po svoji naravi ne sodijo med naloge obveznega zdravstvenega zavarovanja kot so zagotavljanje nadomestil brezposelnim v času njihove bolezni, zagotavljanje plač zdravnikom pripravnikom itd.
19. ZZZS bo **predlagal spremembo predpisov, ki urejajo področje »dolgih bolniških odsotnosti« z dela**. Za skrajšanje teh odsotnosti in za čim hitrejšo vrnitev delavcev na

delo bo proučil možnost, da se za zavarovance, ki so odsotni z dela daljši čas, izdelajo individualni programi rehabilitacije, če bi bila ta utemeljena in če bi privedla do hitrejše vrnitve obolelega oziroma poškodovanega na delo. Prav tako bo ob spremembah predpisov zavzemal za imenovanje skupnih izvedenskih organov za ocenjevanje zadržanosti z dela ZZZS in ZPIZ.

20. **Uvajanje »novih pravic« bo v prihodnje temeljilo na podobnem protokolu**, kot ga uporablja **za oceno novih metod zdravljenja** Zdravstveni svet oziroma na strokovnih ugotovitvah glede **ocenjevanja nove medicinske tehnologije**. S tem bo tudi ZZZS sledil usmeritvam, da vse nove pravice (tudi do pripomočkov in zdravil) temeljijo na načelih z dokazi podprte medicine oziroma farmacije. Ob tem bo morda ob uvedbi novih tehnično kvalitetnejših pripomočkov možno podaljšati trajnostno dobo nekaterih pripomočkov in doseči tudi finančne učinke.
21. Ena od pomembnih usmeritev ZZZS nadaljnje **poenostavljanje postopkov za uresničevanje pravic** zavarovanih oseb iz obveznega zavarovanja. Mišljeni so postopki prijav in odjav, reševanja raznih zahtevkov, vlog in pritožb zavarovanih oseb, postopkov pri imenovanih zdravnikih in pri zdravstveni komisiji itd. Predvsem se bo zavzemal, za ločitev izvedenskih in upravnih postopkov pri delu zdravnikov in pri nadzoru. Eden od načinov uresničitve te naloge je uvedba on line sistema poslovanja in nove kartice zdravstvenega zavarovanja kot ključa za dostop do podatkov ter ostali projekti, ki bodo izvedeni s pomočjo informatike (e-prijave, e-zdravje, e-vem) ter druge tehnične in tehnološke usmeritve na tem področju. S temi projekti bo poskušal pomagati zavarovanim osebam za lažje uresničevanje svojih pravic pri izvajalcih zdravstvenih storitev.
22. ZZZS bo tudi v bodoče temeljne poslovne cilje (urejanje zavarovanj za zavarovane osebe, zagotavljanje finančnih virov, pogodbe z izvajalci zdravstvenih storitev in uresničevanje pravic zavarovanih oseb) **strateško povezoval z izgradnjo in razvojem svojega informacijskega sistema in spodbujanjem razvoja informatike v slovenskem zdravstvu kot celoti**. S tem pomembno prispeva k enostavnosti in kakovosti finančno administrativnih ter drugih storitev za zavarovance in izvajalce zdravstvenih storitev, zagotavlja učinkovito ter pregledno upravljanje s sredstvi obveznega zdravstvenega zavarovanja in nudi pristojnim institucijam kakovostne podatkovne osnove za vodenje in razvoj zdravstvenega sistema kot celote.

## 4. Poslanstvo, vrednote in vizija

### 4.1. Izjava o poslanstvu

Poslanstvo ZZZS izhaja iz javnih pooblastil, pristojnosti in odgovornosti, ki mu jih je z zakonom opredelila država. ZZZS je bil ustanovljen 1. marca 1992 in je na osnovi zakona edini nosilec in izvajalec obveznega zdravstvenega zavarovanja v državi. V letih od 1992 do 1999 je na osnovi zakonske obveze izvajal tudi prostovoljno zdravstveno zavarovanje, ki pa ga je nato na osnovi sprememb zakona prenesel na novo ustanovljeno samostojno vzajemno družbo oz. zavarovalnico.

ZZZS izvaja obvezno zdravstveno zavarovanje v državi na način, ki izhaja iz modela socialnih zavarovanj in ki predpostavlja določeno avtonomijo pri upravljanju z zbranimi sredstvi obveznega zdravstvenega zavarovanja. To narekuje organom upravljanja in strokovni službi ZZZS odgovorno uveljavljanje z zakonom predvidenih in drugih strateških mehanizmov za učinkovito zbiranje in razporejanje finančnih virov, ki se namenjajo pokrivanju zdravstvenih in drugih tveganj zavarovanih oseb. Posebej pomembno pri tem je preverjanje in uresničevanje temeljnih načel, kot so solidarnost, socialna pravičnost, dostopnost, kakovost in učinkovitost pri zagotavljanju zdravstvene varnosti prebivalstvu. Zato sta poleg upravljanja s finančnimi viri strateškega pomena tudi področji uresničevanja pravic in urejanja odnosov z izvajalci zdravstvenih storitev. Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja so opredeljene v zakonu, o podrobnejšem obsegu pravic in postopkih, standardih in drugih vidikih izvajanja sistema pravic pa v soglasju z državo oz. na osnovi zakonskih pooblastil odločajo tudi organi upravljanja ZZZS. ZZZS zastopa interese zavarovanih oseb, delodajalcev in drugih plačnikov prispevkov v obveznem zdravstvenem zavarovanju tudi pri t.i. partnerskih pogajanjih oz. procesih sklepanja pogodb z izvajalci zdravstvenih storitev.

ZZZS upravlja Skupščina, ki jo sestavljajo demokratično izvoljeni predstavniki delodajalcev (med katerimi so tudi predstavniki Vlade Republike Slovenije) in zavarovancev. Najpomembnejše naloge Skupščine so:

- sprejemanje statuta in drugih splošnih aktov za uresničevanje obveznega zdravstvenega zavarovanja,
- določanje finančnega načrta, sprejem zaključnega računa ZZZS in odločanje o razporeditvi presežkov nad odhodki
- določanje podrobnejšega obsega pravic do zdravstvenih storitev, standardov in normativov izvajanja obveznega zdravstvenega zavarovanja,
- določanje smernic in izhodišč za pogajanja s partnerji v zdravstvu in sicer za izvajanje programov, oblikovanje cen storitev in drugih podlag za sklepanje pogodb z izvajalci zdravstvenih storitev in drugo
- druge strateško pomembne naloge

Izvršna organa skupščine sta Upravni odbor in generalni direktor ZZZS. Pomemben organ upravljanja na regionalni ravni pa so tudi območni sveti, ki so vzpostavljeni na vseh 10 območnih enotah ZZZS.

Skupščina, upravni odbor in generalni direktor v skladu z zakonom, statutom in drugimi pravnimi podlagami sprejemajo odločitve samostojno, pri drugih pa morajo pridobiti soglasje Državnega zbora, Vlade ali Ministrstva za zdravje. Tako na primer skupščina ne more sama spreminjati višine prispevne stopnje za obvezno zdravstveno zavarovanje, temveč lahko to



zgolj predlaga Državnemu zboru. Prav tako mora skupščina pridobiti soglasje Vlade za statut ZZZS in za finančni načrt ZZZS, soglasje ministra za zdravje na spremembe Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (splošni akt, s katerim se na podlagi zakona podrobneje določa obseg, standard in postopki uresničevanja pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja), kot tudi soglasje Državnega zbora k imenovanju generalnega direktorja ZZZS za mandat 4 let. Finančno poslovanje ZZZS po zakonu nadzorujejo Računsko sodišče, Proračunska inšpekcija in Komisija Državnega zbora RS za nadzor proračuna in drugih javnih financ. Poleg tega pa v okviru ZZZS deluje tudi sektor za notranje revidiranje.

Upoštevajoč vse zgoraj opisane zakonskimi in drugimi podlagami opredeljene pristojnosti in odgovornosti za izvajanje obveznega zdravstvenega zavarovanja je mogoče poslanstvo ZZZS povzeti s sledečo izjavo:

**Izjava o poslanstvu:**

**Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije izvaja obvezno zdravstveno zavarovanje v Republiki Sloveniji** po načelih solidarnosti in univerzalne dostopnosti do pravic vseh v zavarovanje vključenih oseb. Avtonomno **upravlja s sredstvi** zavezancev za plačilo prispevkov, s katerimi vsem zavarovanim osebam zagotavlja finančno pokritje zdravstvenih storitev in drugih z zakonom določenih pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

## **4.2. Vrednote in organizacijska kultura**

Organizacijska kultura je odsev samopodobe organizacije, ki vodi k njeni prepoznavnosti v ožjem in širšem okolju delovanja. Je zbir vrednot, ki temeljijo tako na morali kot na pravih strokovnega in poslovnega obnašanja, načinu internega in zunanjega komuniciranja ter medsebojnih odnosih. Zato je organizacijska kultura temeljni del namena in obstoja, torej tako poslanstva, kakor tudi vizije ZZZS.

Pri tem lahko vrednote delimo na tiste, ki izhajajo iz tradicije in zgodovine izvajanja socialnega modela zdravstvenega zavarovanja (»Bismarckov model«) pri nas in v primerljivih državah, in tiste, ki so značilne prav za zaposlene na ZZZS oz. za organizacijsko kulturo ZZZS. Za doseganje poslanstva, vizije in globalne strategije so poleg temeljnih sistemskih vrednot pomembni predvsem zaposleni - njihovo zadovoljstvo ter voljnost za doseganje strateških ciljev.

### **4.2.1. Temeljne vrednote obveznega zdravstvenega zavarovanja**

Temeljna vrednota vseh javnih sistemov zdravstvenega varstva ali zdravstvenega zavarovanja v EU je solidarnost, ki se izkazuje kot pravična porazdelitev bremen pri plačevanju obveznosti in univerzalna dostopnost do zdravstvenih storitev in z njimi povezanih pravic za vse v primeru, ko jih potrebujejo. Kljub številnim zdravstvenim reformam se države EU odločajo, da je potrebno socialne vrednote javnih sistemov zdravstvenega varstva, kot so **solidarnost, socialna pravičnost in univerzalna dostopnost do pravic**, utrditi in razvijati, ne pa jih zmanjševati ali krčiti.

Vendar doživljajo te vrednote zaradi razvojnih sprememb, ki so jim danes podvrženi vsi evropski sistemi, določene izzive in tudi spremembe. Osrednji cilji zdravstvenih reform so namreč posvečeni odpravljanju rastočih neskladnosti med rastočimi izdatki in gospodarskimi zmoglostmi posamezne države. Zato stopajo poleg socialnih v ospredje tudi (makro)ekonomski in (makro)finančni cilji sprememb zdravstvenih sistemov. Zaradi trendov

staranja prebivalstva in hitrega razvoja zdravstvenih tehnologij poslujejo namreč mnogi sistemi zdravstvenega varstva v državah EU na zgornji meji svojih (javno) finančnih zmožnostih.

Zato danes v državah EU osrednji izziv javnih sistemov zdravstvenega varstva niso samo temeljna načela in vrednote solidarnosti in univerzalne dostopnosti, temveč vse bolj tudi sposobnost zagotavljanja **kakovostne zdravstvene oskrbe v okviru zanesljivih in stabilnih finančno-ekonomskih zmožnosti konkretne države**. Gre za vprašanje uravnoteženja dveh sklopov ciljev, socialnih in ekonomskih. Ker je takšne cilje in vrednote mogoče uspešno dosegati predvsem z učinkovitim upravljanjem organizacij, se velik del sprememb, s pomočjo katerih naj bi takšne cilje dosegli, usmerja predvsem na vrednote in kulturo zaposlenih v organizacijah.

O opisanih vrednotah smo pri oblikovanju strateških razvojnih načrtih veliko razmišljali tudi na ZZZS. Tako so bile v zadnjem SRP 2002-2007 v ospredju naslednje vrednote zdravstvenega zavarovanja:

- zavzemanje za ohranitev solidarnosti in vzajemnosti v zdravstvenem zavarovanju;
- zavzemanje za zdravstveno zavarovanje, v katerem odločajo predstavniki delodajalcev in delojemalcev;
- zavzemanje za demokratično in transparentno upravljanje s sredstvi obveznega zdravstvenega zavarovanja;
- zavzemanje za središčno vlogo zavarovanca v sistemu zdravstvenega varstva in zavarovanja;
- zavzemanje za skrb in odgovornost zavarovancev za lastno zdravje in zdravje drugih;
- zavzemanje za dvig ravni zdravstvene varnosti prebivalstva;
- zavzemanje za sodelovanje z vsemi partnerji v sistemu zdravstvenega varstva;
- zavzemanje za skupno in celovito načrtovanje in uresničevanje razvoja zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja;
- vzpodbujanje zdravega in kvalitetnega načina življenja.

#### **4.2.2. Vrednote ZZZS**

Vrednote so globoko zakoreninjeni standardi, ki vplivajo na skoraj vsak vidik naših življenj - na naše moralne sodbe, na vedenje, na odnose do drugih ljudi, na izbire, ki jih sprejemamo v življenju in nenazadnje na naše najpomembnejše osebne cilje. Na enak način delujejo organizacijske vrednote na ljudi v in izven organizacije.

Vrednote, ki so integrirane v »osebnost« organizacije in organizirane v njen vrednostni sistem, igrajo v »življenju« organizacije podobno vlogo kot v življenju posameznika: usmerjajo vedenja in ravnanja, vplivajo na odnos institucije do drugih, do ljudi ter do različnih stvari in pojavov. Institucija, tako kot vsak posameznik:

- sprejema odločitve,
- ravna odgovorno,
- ima zakonske in moralne obveznosti in pravice,
- ima prepričanja, želje in namene,
- napreduje ali nazaduje na podlagi svojih ravnanj,
- navezuje odnose,
- doživlja hvalo in grajo,
- itd.

Kar se izraža iz organizacije navzven, izvira iz njene notranjosti. Pri tem vrednote zasedajo osrednje mesto v strukturi »osebnosti« organizacije in iz njenega središča določajo njena

**prepričanja, pričakovanja, stališča in naravnost.** Jasne organizacijske vrednote so dejansko standardi vedenja, ki ne delujejo zgolj na površinski ravni, temveč sežejo globlje. Za visoko kakovost, učinkovitost in uspešnost je zato hkrati pomembno, da je zagotovljena čim večja skladnost vrednot in ciljev ZZZS.

#### **4.2.2.1. Dosedanje opredeljevanje vrednot na ZZZS**

ZZZS je že v letu 2002 skušal opredeliti svoje temeljne vrednote in sicer v »Kodeksu odličnosti«, kjer so bile v ospredju naslednje vrednote:

- **Želimo doseči poslovno odličnost:** na ZZZS s bomo prizadevali za nenehno izboljševanje kakovosti poslovanja in poslovno odličnost. Verjamemo, da bo vsakoletno samoocenjevanje in nadaljnje nenehno izboljševanje našega poslovanja, posledično vodilo v uresničitev ugodnih poslovnih rezultatov ter sožitje med koristmi ZZZS in okolja.
- **Želimo biti odlični:** kakovost določajo notranje in zunanje stranke ZZZS. Nudimo storitve, ki jih stranke primerjajo s svojimi pričakovanji, zato vsi zaposleni v ZZZS sprejemamo vrednoto 'biti odličen' in jo spreminjamo v prakso. V ZZZS ustvarjamo organizacijsko kulturo, ki temelji na kvalitetnih storitvah, izjemnih poslovnih rezultatih in poslovni odličnosti.
- **Spoštujemo pripadnost ZZZS:** sposobnosti zaposlenih uveljavljamo z dodeljevanjem odgovornosti, možnostjo dostopa do informacij in možnostjo odločanja. S tem dosegamo pripadnost, ustvarjalnost in dobre poslovne rezultate ter končno zadovoljstvo zaposlenih z delom v ZZZS. Sodelavci drug drugega spodbujamo k uspehu. Naloge so delegirane, pristojnosti razdeljene in sprejete. Razširjamo krog odgovornih zaposlenih. Pri sprejemanju ciljev ukrepamo v skladu s pripadnostjo in obvezo, da bomo postavili realne cilje in ustvarili obljubljeni rezultate.
- **Upošteujemo osnovna načela celovitega upravljanja kakovosti:** nenehno sledimo poslovnim procesom, v katerih sodelujemo - vključno s procesi vodenja – ter jih ocenjujemo z vidika enostavnosti, preglednosti in učinkovitosti. Naš način vodenja je usmerjen k ciljem. Probleme rešujemo sistematično in jih nikoli ne puščamo nerešenih – prepoznamo izvor problema, ga naslovimo in poiščemo ustrezno rešitev. Ponovno preverimo in ukrepamo. Upošteujemo našo intuicijo, da lahko zaznamo zgodnja opozorila in ukrepamo na njihovi osnovi.
- **Vzpodbujamo ustvarjalnost in timsko delo:** sistematično vzpodbujamo ustvarjalne ideje in odprte dialoge ter z njimi povezane izboljšave. Krepimo medsebojno sodelovanje in timsko delo tako, da vodja naredi vse za uspeh članov tima in člani tima naredijo vse za uspeh vodje tima. Inovativno okolje vzpostavljamo tudi z aktivnim podpiranjem sistema nagrajevanja. Z izborom prednostnih nalog na ključnih področjih preprečujemo stalno preobremenjenost sodelavcev, ki vodi v naveličanost, povzroča strese in slabi odzivnost na pozitivne pobude.
- **Gradimo medsebojno razumevanje in spoštovanje:** uspešno delovanje ZZZS zahteva veliko medsebojnega spoštovanja vsakega vključenega sodelavca. Posamezne organizacijske enote delajo tako, kot je koristno za celotno našo organizacijo. Upošteujemo različno znanje, izkušnje in kulture; razlike pomenijo priložnosti, ki jih moramo izkoristiti kot prednost pri poslovanju celotnega ZZZS. Spoštujemo dogovore, časovne roke ter čas sodelavcev in naših strank. Pogovarjamo se med seboj, pri pogovorih se prilagodimo in smo dober poslušalec. Enkrat letno s sodelavci analiziramo delo v preteklem obdobju, se dogovorimo o načinu in ciljih dela v prihodnje ter predstavimo možnost nadaljnjega

individualnega razvoja. Na razgovor se pripravimo in ga opravimo korektno, sproščeno in iskreno. Spoštujemo vse naše stranke – tako notranje kot zunanje, njihove potrebe pa jemljemo skrajno resno. Cenimo tudi njihove pritožbe, saj nam velikokrat povedo, kaj moramo spremeniti na bolje.

- **Razširjamo področje odgovornosti in zaupanja:** z dajanjem pooblastil ustvarjamo organizacijsko kulturo, s katero sprejemamo odločitve na vseh nivojih tako, da so lahko naloge kvalitetno opravljene. Zaposlenim dajemo široko področje odgovornosti in verjamemo, da bodo z dodeljeno odgovornostjo in možnostjo za sprejemanje hitrih odločitev, tudi ustrezno ukrepali. Svoje naloge opravljamo vestno, v dogovorjenih časovnih rokih in praviloma brez napak. Vsak od nas sprejema polno odgovornost za svoje opravljeno delo in izdelek. Pri navajanju avtorstva spoštujemo načelo korektnosti in poštenosti.

Poleg vrednot zdravstvenega zavarovanj, ki so opisane v predhodnem podpoglavju, so bile v SRP 2002 – 2007 v ospredju naslednje organizacijske vrednote:

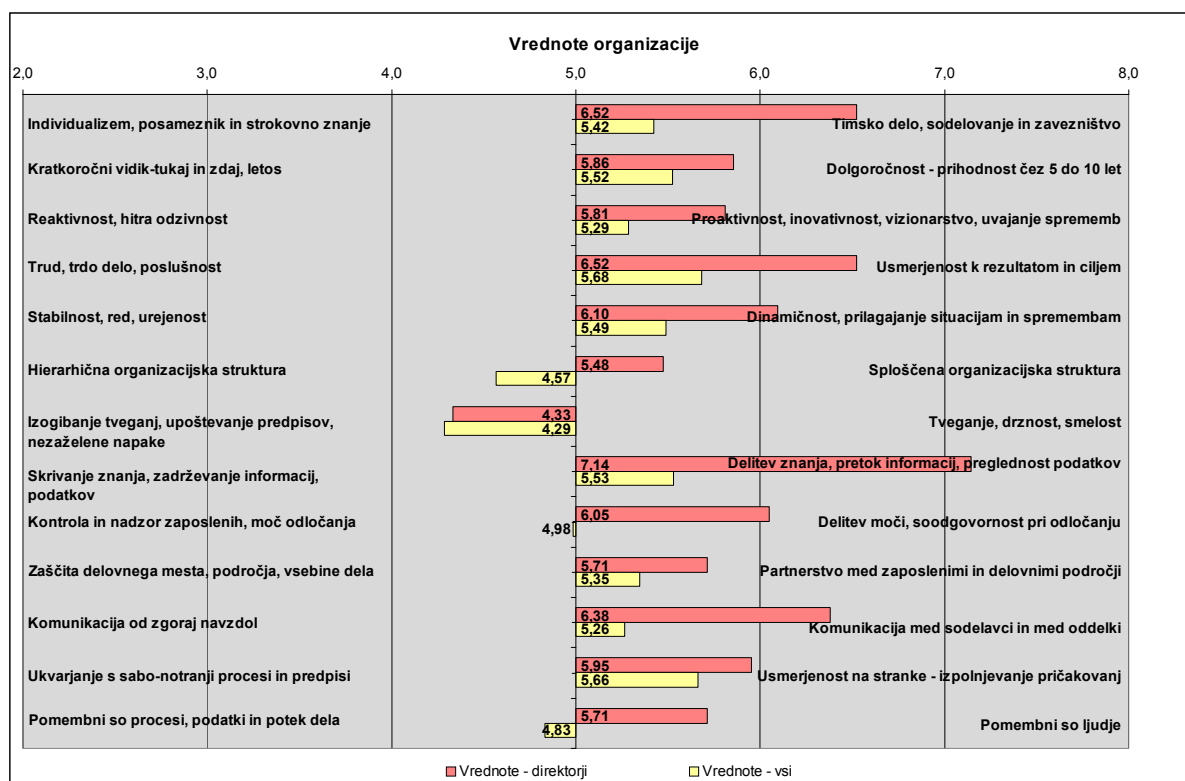
- **Odgovorni smo za kakovost našega dela** in po svoji moči prispevamo k doseganju standardov kakovosti. Prizadevamo si za izboljšanje in odličnost storitev v dobro vseh strank ZZZS in družbenega okolja.
- **Odgovorni smo za gospodarno rabo sredstev**, ki jih plačniki prispevkov namenjajo za obvezno zdravstveno zavarovanje.
- **Želimo biti korak pred drugimi.** Zavedamo se pomembnosti razvojno projektnega dela in se vanj aktivno vključujemo. Zavedamo se pomembnosti iniciativnosti in nujnosti sprememb. Predloge za izboljšave dajemo vsi. Za uveljavitev svojih pobud prevzemamo tveganje. Ponosni smo, da smo zaposleni v ZZZS. ZZZS ima v okolju velik ugled, ki ga želimo še povečati. Pri postavljanju ciljev poleg vodij sodelujemo tudi ostali zaposleni. Prizadevamo si za uresničevanje ciljev, strategij in projektov Razvojnega programa. Jasno oblikovane vrednote, vizijo in cilje v popolnosti sprejemamo za svoje. Pripravljeni smo na dodaten napor, ko delo to zahteva. Cenimo dobro opravljeno delo. Dober delovni rezultat opazimo in pohvalimo. Prevzemamo odgovornost za rezultate svojega dela. Prizadevamo si, da smo kar najbolje usposobljeni za svoje delo. Ne glede na starost, delovno dobo in položaj, se učimo.
- **Med seboj mnogo bolj sodelujemo kot pa tekmujemo.** Prizadevamo si za dobre odnose, morebitne konflikte rešujemo konstruktivno. O sodelavcih ne govorimo za njihovim hrbtom.
- **Prizadevamo si za dosledno spoštovanje pravnih norm in visokih standardov v profesionalni etiki in morali.** Z osebnimi in poslovnimi podatki ravnamo skrbno in dosledno, v skladu s sprejetimi predpisi.
- **Komuniciranje temelji na dialogu**, je sproščeno in prijateljsko. Obljubimo le tisto, kar lahko izpolnimo.
- **Vodje skrbimo za informiranost sodelavcev** in cenimo njihovo delo. Z njimi se redno pogovarjamo o rezultatih dela in o usmeritvah za nadaljnje delo. Uspešnost vrednotimo po dogovorjenih kriterijih.
- **Prizadevamo si, da sodelavci napredujejo v skladu z njihovim znanjem in sposobnostmi.** Sprejemamo utemeljene pripombe na naše delo. Odločitve sprejemamo pravočasno. Sodelavce vzpodbujamo k samoiniciativnosti in samostojnosti. Vzgajamo svoje naslednike.

#### 4.2.2.1. Nova opredelitev vrednot na ZZZS

Že iz vseh preteklih vsebin in dokumentov je videti, da je vodstvo ZZZS dalo velik poudarek prepoznavanju, oblikovanju in dograjevanju vrednot. Morda smo bili v vseh teh preteklih letih

pri definiranju vrednot celo preobsežni, morda jih nismo dovolj natančno opredelili za raven posameznika ali organizacije kot celote.

Zaradi tega je v času priprav na oblikovanje novega SRP za obdobje 2008-2013 vodstvo ZZZS nadgradilo to vsebino z nekaterimi drugačnimi pristopi. Najprej se je osredotočilo na vrednote voditeljstva, saj je ocenilo, da je potrebno področje vodenja še izboljšati. Izvedena je bila razprava z vsemi vodji o ključnih načelih voditeljstva (april-junij 2007). Temu je sledilo usposabljanje vodilnih uslužbencev<sup>1</sup> o pomenu izgradnje organizacijske kulture, ki so v zaključku (okvirno) opredelili tudi nov nabor vrednot (v septembru 2007). V nadaljevanju pa je bila izvedena anketa za vse zaposlene, kjer je bilo v obravnavo predloženo skupaj 13 krat po 2 vrednoti (z ocenjevalno lestvico od konzervativnega do sodobnega pogleda). V anketi<sup>2</sup> je sodelovalo 90 % zaposlenih. Razlike v zaznavi vrednot med vodstvenimi delavci in zaposlenimi so razvidne iz slike 27. Na interni strateški konferenci ZZZS (januar 2008), kjer so bili obravnavani cilji in ključne strategije, je bila ponovno sprožena razprava o vrednotah ter medsebojne skladnosti, hkrati pa je bilo na podlagi obsežne obravnave doseženo soglasje glede nabora temeljnih vrednot.



Slika 27. Primerjava med vrednotami vodstvenih delavcev in zaposlenih na ZZZS, 2007

S široko in poglobljeno razpravo, smo se opredelili za nov nabor vrednot, kot osrednja vodila za zaposlene, kot kažipot za vedenje in ravnanje in kot standarde za razmišljanje. Osrednja skrb, ki izhaja iz poslanstva, so ljudje: zavarovane osebe in zaposleni. To predpostavlja osnovna načela, ki obsegajo zaupanje, spoštovanje različnih mnenj in medsebojno pomoč, ki bogatijo končne odločitve in ustvarjalno klimo sodelovanja. Skladno s tem so nove organizacijske vrednote naslednje:

- **Timsko delo, sodelovanje in zavezništvo:** prednosti so predvsem v boljšem znanju, možnosti za različne načine dela, večji sprejemljivosti in boljšemu medsebojnemu razumevanju.

<sup>1</sup> Izobraževanje je izvedel O.K. Consulting d.o.o. Ljubljana

<sup>2</sup> Anketo je izvedel Biro Praksis d.o.o., Ljubljana, v decembru 2007

- **Delitev znanja, pretok informacij, preglednost podatkov:** pomemben je čim hitrejši pretok znanja (v smeri učeče organizacije) in informacij z minimalno izgubo sporočila, do vseh ljudi, ki so odgovorni nosilci nalog, od razvojnih nalog do operativne izvedbe.
- **Proaktivnost, inovativnost, vizionarstvo, uvajanje sprememb:** s timskim delom, hitrim pretokom znanja in informacij, stalnim izboljševanjem lastnega dela bomo ustvarili pogoje za ustvarjanje sprememb in (želene, vnaprej verificirane) prihodnosti.
- **Komunikacija med sodelavci in med oddelki:** komunikacija na ZZZS je odprta komunikacija, kar pomeni, da se informacije razširjajo po celem zavodu, po vseh funkcijah in hierarhičnih ravneh. S tem bomo dosegli višji nivo medsebojnega zaupanja, višji nivo kulture dialoga in pripomogli k še uspešnejšemu timskeemu delu.

Na opisanih vrednotah bo prepoznano tudi razumevanje etike in etičnih odnosov naših zaposlenih do strank in ljudi izven ZZZS. Hkrati pa se vsi zaposleni zavedamo, da vsak v okviru svojih pristojnosti in nalog, v vsakem trenutku sporočamo, kako te sprejete vrednote in načela udeležamo, saj se le-ta v končni fazi odražajo v stalnem dvigu uspešnosti in učinkovitosti ter ugledu ZZZS v okolju.

### 4.3. Izjava o razvojni viziji

Izhajajoč iz poslanstva, ki temelji na zakonskih pristojnosti in odgovornosti ZZZS na področju izvajanja obveznega zdravstvenega zavarovanja v državi, je razvojno vizijo ZZZS mogoče opredeliti na osnovi presoje zmožnosti (virov), hotenja (vrednot) in potreb ter zahtev, ki izhajajo iz opravljenih analiz stanja in razvojnih možnosti na različnih segmentih sistema zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja. Iz teh izhaja, da bi moral prihodnji razvoj ZZZS, upoštevati:

- osrednje vrednote slovenskega sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki bodo še naprej solidarnost, socialna pravičnost in univerzalna dostopnost zavarovanih oseb do pravic iz tega naslova, hkrati pa zaradi znanih razvojnih pritiskov na rast izdatkov, tudi vse bolj tudi odgovorno zavzemanje za finančno zanesljivost in vzdržnost sistema (uravnovešeno poslovanje v okviru dane prispevne stopnje);
- organizacijske vrednote ZZZS, kjer so še posebej pomembne proaktivnost, vizionarstvo in inovativnost pri uvajanju sprememb (nove informacijske in komunikacijske tehnologije) na področju zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja sprememb ter sodelovalnost in timsko delo, ki je predpogoj dobrega sodelovanja tudi z vsemi zunanjimi odjemalci, partnerji in strankami;
- številne prednosti dosedanjega modela, po katerem je ZZZS edini izvajalec obveznega zdravstvenega zavarovanja v Republiki Sloveniji, s katerim avtonomno in demokratično upravljajo plačniki prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje oziroma predstavniki zavarovancev in delodajalcev;
- zahteve, da ZZZS svojo avtonomijo na določenih področjih še bolj doreče in okrepi, kar posebej velja za oblikovanje potrebnih finančnih virov (finančni načrt) in njihovo razporejanje za kakovostno in učinkovito izvedbo programov zdravstvenih storitev in drugih pravic. Pri tem je še posebej pomembno, da ZZZS okrepi svojo vlogo naročnika in plačnika posameznih programov, ki bodo imeli največji vpliv na izboljšanje zdravja (aktivnega) prebivalstva, primerno dostopnost in kakovost oskrbe ter čim večje zadovoljstvo zavarovanih oseb;

- ocene, da za večje posege v pravice do zdravstvenih storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja v naslednjem razvojnem obdobju ni utemeljenih razlogov, zato lahko te pravice ostanejo na dosedanji ravni oz. se izboljšuje njihov standard skladno z razpoložljivimi finančnimi viri;
- ocene, da je v sistem potrebno uvesti večje možnosti izbire (omogočanje storitev v tujini na področjih z nesprejemljivo dolgimi čakalnimi dobami) in vzpodbud za boljšo skrb za zdravje (programi promocije zdravja, kakovostnega življenja z boleznijo, rehabilitacije, uvedba diferencirane prispevne stopnje za poškodbe na delu in poklicne bolezni, idr.);
- zahteve zavarovanih oseb, da se jasneje določijo meje med storitvami javnega sistema zdravstvenega varstva in zasebnimi storitvami,
- zahteve zavarovanih oseb (bolnikov), da se v zdravstvenem varstvu dosledno spoštujejo njihove temeljne pravice do obveščenosti, primernega dostopa, kakovostne oskrbe ter druge pravice vključno z možnostjo pritožbe;
- ocene, da se mora izboljšati nagrajevanja kakovostnega in učinkovitega dela zdravnikov in drugega zdravstvenega osebja v javni zdravstveni službi
- ocene, da je potrebno v pogajanjih z izvajalci uveljaviti finančne in nefinančne vzpodbude za kakovostno in učinkovito opravljene prednostne programe zdravstvenega varstva

Poseben pomen za nadaljnji razvoj ZZZS in obveznega zdravstvenega zavarovanja kot javnega storitvenega sistema ima pri tem uporaba možnosti, ki jih ponujajo sodobne informacijske in komunikacijske tehnologije. Zato sestavni del razvojne vizije predstavlja tudi že vzpostavljena vizija razvoja informacijskega sistema v smeri ON-LINE poslovanja, kar bo omogočalo spremljanje stroškov sistema in izbranih parametrov kakovosti izvajanja zdravstvenih programov na makro in mikro ravneh sistema ter s tem nov korak za izboljšanje delovanja celotnega sistema.

To je tudi podlaga za nadaljnje varno širjenje elektronskih storitev zdravstvenega zavarovanja, s čimer se bo ZZZS približal in presegel izbrane evropske standarde javnih storitvenih sistemov glede poenostavitve in debirokratizacije svojih storitev za zavarovane osebe in druge stranke. Te in drugi ukrepi bodo ZZZS omogočili prepoznavnost kot odlične in prijazne javne službe na nacionalni in mednarodni ravni.

Na osnovi vseh opisane predpostavk je mogoče razvojno vizijo ZZZS za obdobje 2008-2013 opredeliti z naslednjo izjavo:

**Izjava o razvojni viziji:**

ZZZS je vrhunsko usposobljen izvajalec obveznega zdravstvenega zavarovanja, s katerim avtonomno upravljajo predstavniki plačnikov prispevkov. Deluje v interesu zavarovanih oseb po boljšem zdravju, boljši dostopnosti, večji izbiri in kakovosti zdravstvene oskrbe, s čimer krepi zaupanje v sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja

Krajša verzija: Solidarnost, avtonomnost, izboljševanje kakovosti in večja izbira za zavarovane osebe so stalnica razvoja obveznega zdravstvenega zavarovanja. Krepimo zaupanje v obvezno zdravstveno zavarovanje!

## 5. Načrt razvoja globalnih ciljev in strategij

Globalni cilji so dolgoročni rezultati, ki jih želi ZZZS doseči v razvojnem obdobju 2008-2013. Globalne strategije so aktivnosti in ukrepi (način delovanja) na strateških področjih izvajanja obveznega zdravstvenega zavarovanja oziroma poslovanja ZZZS, na osnovi katerih se uresničujejo globalni cilji.

### 5.1. Globalni cilji in globalne strategije

#### 1. Vidik strank

Globalni cilji	Globalne strategije
<b>GC1.</b> Zagotoviti visoko raven zdravstvene varnosti vsem zavarovanim osebam in izboljšati njihovo zadovoljstvo z OZZ	1. Spremljanje zadovoljstva zavarovanih oseb, odkrivanje in odpravljanje vzrokov nezadovoljstva
	2. Ohranjanje in dograjevanje sistema pravic (Pravil OZZ) skladno z razvojem znanosti in razpoložljivimi viri
	3. Doslednejše uresničevanje načel solidarnosti z vključevanjem upravičencev v OZZ, rednim izpolnjevanjem obveznosti in zagotavljanjem pravic
	4. Spremljanje razvoja nadnacionalne (EU) zakonodaje s področja zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja ter koordinacija z nacionalnimi centri
	5. Presoja upravičenosti do posameznih pravic iz OZZ
	6. Vzpodbujanje odzivnosti na potrebe in zahteve zavarovanih oseb
<b>GC2.</b> Izboljšati ozaveščenost zavarovanih oseb o skrbi za lastno zdravje in pravicah ter dolžnostih iz OZZ	1. Krepitev aktivne vloge zavarovanih oseb, delodajalcev, lokalnih skupnosti in nosilcev politik na drugih področjih za doseganje boljšega zdravja in zdravega okolja
	2. Informiranje zavarovanih oseb o pravicah in dolžnostih iz OZZ
	3. Informiranje izvajalcev zdravstvenih storitev
<b>GC3.</b> Zagotoviti ustrezno dostopnost in primerno kakovost zdravstvenih storitev in drugih pravic iz OZZ	1. Spremljanje in izboljšanje izvedbe programov zdravstvenih storitev
	2. Spremljanje in izboljšanje izvedbe programov denarnih nadomestil in dajatev
	3. Izvajanje nadzora nad izvajanjem pogodb z izvajalci, še posebej glede spoštovanja čakalnih vrst in seznamov
	4. Sklepanje pogodb z izvajalci izven RS za izbrane programe z dolgimi čakalnimi dobami (uvajanje možnosti večje izbire)
	5. Uveljavljanje medicinskih priporočil in smernic za izvajalce



## 2. Vidik finančnega poslovanja

Globalni cilji	Globalne strategije
GC 4. Ohraniti uravnoteženo in pregledno finančno poslovanje	1. Oblikovanje uravnoteženega finančnega načrta in zagotavljanje stabilnega poslovanja brez zadolževanja
	2. Sodelovanje z DURS za učinkovito zbiranje in izterjavo prispevkov
	3. Spremljanje in izboljševanje ukrepov za obvladovanje izdatkov za programe zdravstvenih storitev, zdravila, MTP in denarna nadomestila
	4. Upravljanje in obvladovanje stroškov strokovne službe ZZZS, pri čemer je prednostni cilj dograjevanje informacijskega sistema

## 3. Vidik notranjih procesov

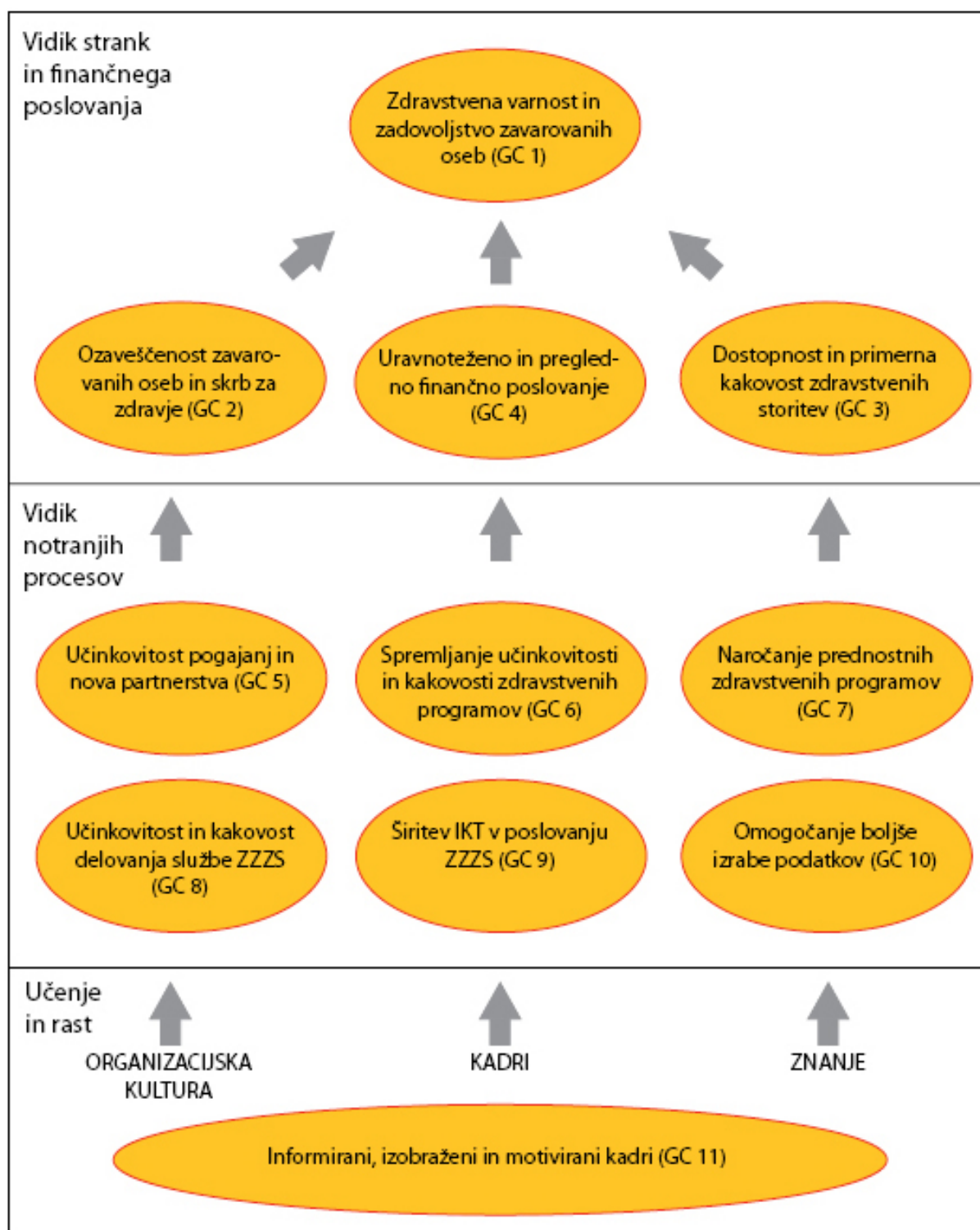
Globalni cilji	Globalne strategije
GC 5. Izboljšati učinkovitost partnerskih pogajanj in uveljaviti nova partnerstva	1. Zagotavljanje optimalne količine in kakovosti zdravstvenih storitev v pogajanjih z izvajalci zdravstvenih storitev, ki bo usklajena z razpoložljivimi sredstvi
	2. Obvladovanje tveganj nepričakovanih sprememb v okolju za pravočasen sprejem splošnega in področnih dogovorov
	3. Učinkovito izvajanje obračuna za opravljene programe zdravstvenih storitev in posodobite izbranih meril za merjenje in vrednotenje zdravstvenih storitev
	4. Uvajanje novosti, ki vzpodbujajo izvajalce k bolj racionalni izvedbi programov in boljšemu obvladovanju izdatkov in sicer predvsem na področjih: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. predpisovanja zdravil in MTP</li> <li>b. napotitev k specialistom</li> <li>c. uveljavljanje novih partnerskih procesov in pogajanj (MTP, zdravila)</li> </ol>
GC 6. Uveljaviti sistem spremljanja in ocenjevanja učinkovitosti in kakovosti izvajanja zdravstvenih programov	1. Dograjevanje obračunskih sistemov, smernic in priporočil
	2. Merjenje in vzpodbujanje izvajalcev za učinkovito in kakovostno delo
GC 7. Uveljaviti sistem naročanja in plačevanja programov zdravstvenih storitev	1. Uveljavljanje prednostnih področij v partnerskih pogajanjih in sicer za sledeče programe: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. preventivni programi in usposabljanje kroničnih bolnikov za samozdravljenje,</li> <li>b. uvedba celovite obravnave kroničnih obolenj (kronične bolezni srca in ožilja, rak, diabetes, astma in kronične pljučne bolezni, mentalne bolezni),</li> </ol>

	<p>c. rehabilitacija zavarovancev za skrajšanječasne odsotnosti od dela oz. čim hitrejšo povrnitev delovne sposobnosti in preprečitev odvisnosti pomoči od drugih oseb</p> <p>2. Izboljšanje kakovosti ocenjevanja zdravstvenih potreb in načrtovanja obsega storitev</p>
<b>GC 8.</b> Izboljšati učinkovitost in kakovost delovanja službe ZZZS	<p>1. Vzpostavitev sistema nenehnih izboljšav za dvig kakovosti storitev ZZZS</p> <p>2. Prenova poslovnih procesov in prilagajanje organizacije</p> <p>3. Usklajevanje notranjih pravnih aktov s sistemskim okoljem</p>
<b>GC 9.</b> Širiti uporabo informacijskih in komunikacijskih tehnologij ZZZS in povezovanje z zunanjim okoljem	<p>1. Uporaba sodobne informacijske in komunikacijske tehnologije za varno poslovanje</p> <p>2. Hitro zagotavljanje kakovostnih podatkov in informacij</p> <p>3. Uveljavljanje znanja in rešitev ZZZS na področju informacijskih in komunikacijskih tehnologij v širšem sistemskem okolju</p> <p>4. Uvedba on-line sistema kot infrastrukture za elektronsko poslovanje in nove KZZ kot varnega ključa za dostop do podatkov preko on-line sistema.</p> <p>5. Izraba vzpostavljene on-line infrastrukture in kartice kot ključa za varen dostop do podatkov za širitev elektronskega poslovanja znotraj zdravstvenega zavarovanja in zdravstvenega varstva.</p>
<b>GC 10.</b> Zagotoviti boljšo izrabo podatkov	<p>1. Strukturiranje in organizacija podatkov v podatkovna skladišča</p> <p>2. Rudarjenje s podatki</p>

#### 4. Vidik učenja in rasti (kadri, znanje)

<b>Globalni cilji</b>	<b>Globalne strategije</b>
<b>GC 11.</b> Zagotoviti pogoje za uspešno poslovanje in razvoj ZZZS z ustrezno informiranim, izobraženim, usposobljenim in motiviranim kadrom	1. Vodenje z vzgledom in skrb za ustrezno organizacijsko kulturo
	2. Prilagajanje strukture in števila kadrov uresničevanju SRP ter aktivno kadrovanje
	3. Omogočanje spodbudnega delovnega okolja zaposlenim
	4. Upravljanje z znanjem in spodbujanje inovacij

## 5.2. Povezanost globalnih ciljev



## 6. Uresničevanje globalnih ciljev in strategij

Globalni cilji in globalne strategije se udejanijo z določitvijo ciljev organizacijskih enot ZZZS, in sicer področij ter sektorjev. Uresničevanje ciljev bo zagotovljeno z izvajanjem rednih aktivnosti, razvojnih nalog in razvojnih projektov, ki se opredelijo v letnih poslovnih planih.

### 6.1. Izhodišča za oblikovanje poslovnih planov ZZZS v letih od 2008 do 2013

#### 1. Vidik strank

Globalni cilji	Cilji področij in sektorjev (nosilci)
GC1. Zagotoviti visoko raven zdravstvene varnosti vsem zavarovanim osebam in izboljšati njihovo zadovoljstvo z OZZ	1. Pripraviti spremembe in dopolnitve Pravil OZZ in drugih aktov, ki urejajo pravice praviloma enkrat letno skladno z razvojem znanosti in razpoložljivimi viri. (POZZ)
	2. Urediti status v obveznem zdravstvenem zavarovanju vsem osebam, ki izpolnjujejo zakonsko določene pogoje. (POZZ)
	3. Zagotoviti ažurne in pravilne podatke v evidencah. (POZZ)
	4. Biti prijazna in učinkovita strokovna služba za zavarovane osebe in zavezance. (POZZ)
	5. Zagotoviti čezmejno uveljavljanje pravic v skladu s predpisi EU in bilateralnimi sporazumi. (POZZ)
	6. V pogajanjih s partnerji in pogodbah z izvajalci uvesti nove programe zdravstvenih storitev skladno z razvojem znanosti in razpoložljivimi viri. (PZAE)
	7. Zagotavljati redne in občasne strokovno analitične podlage za potrebe strateškega načrtovanja in odločanja. (PRZZ)
	8. Okrepiti razvojno sodelovanje s sorodnimi organizacijami na mednarodni ravni in prenašanje primerov dobre prakse. (PRZZ)
GC2. Izboljšati ozaveščenost in motiviranost zavarovanih oseb o skrbi za lastno zdravje in pravicah ter dolžnostih iz OZZ	1. Okrepiti vlogo zavarovanih oseb in delodajalcev kot nosilcev politik za promocijo zdravja na nacionalni in lokalni ravni. (POZZ, PRZZ, SIOJ)
	2. Okrepiti informiranje zavarovanih oseb in drugih strateških javnosti o skrbi za lastno zdravje in pravicah ter obveznostih iz OZZ. (POZZ, PRZZ, SIOJ)
	3. Omogočiti kakovostno informiranje zavarovanih oseb prek izvajalcev zdravstvenih storitev. (SIOJ, PZAE)

GC3. Zagotoviti ustrezno dostopnost in primerno kakovost zdravstvenih storitev in drugih pravic iz OZZ	1. Zagotavljati enake možnosti in zmanjšati (neupravičene) razlike pri uresničevanju pravic in obveznosti iz OZZ. (POZZ)
	2. Zagotavljati nemoteno dobavo MTP zavarovanim osebam in sistemsko dograditi področje. (POZZ)
	3. S partnerskimi pogajanjmi zagotoviti zavarovanim osebam možnosti za uveljavljanje pravic do zdravstvenih storitev in predlagati širitve oz. povečanja programov zdravstvenih storitev na področjih, kjer zavarovane osebe pri večini izvajalcev v RS čakajo dlje, kot znašajo sprejemljive čakalne dobe. (PZAE)
	4. Najmanj dvakrat letno sprejeti in objaviti spremembe in dopolnitve liste zdravil. (PZAE)
	5. Povečati učinkovitost nadzorov pri izvajalcih zdravstvenih storitev. (PZAE)

## 2. Vidik financ

Globalni cilji	Cilji področij in sektorjev (nosilci)
GC 4. Ohraniti uravnoteženo in pregledno finančno poslovanje	1. Pripraviti finančni načrt, ki temelji na realni oceni načrtovanih prihodkov. (PFR)
	2. Zagotoviti likvidnostno sposobnost ZZZS za uresničevanje finančnega načrta. (PFR)
	3. Izboljšati pobiranje in izterjavo prispevkov za OZZ v sodelovanju z DURS. (PFR, POZZ)
	4. Obvladovati izdatke za zdravstvene storitve. (PZAE, PRZZ)
	5. Obvladovati izdatke za zdravila v okviru planiranih sredstev v finančnem načrtu ZZZS. (PZAE, PRZZ)
	6. Obvladovati izdatke za nadomestila plač v časučasne nezmožnosti za delo. (POZZ, PRZZ)
	7. Zagotoviti pregledno izvajanje javnih naročil. (SPSZ, IC)
	8. Preprečiti finančna (izguba dohodka) in nefinančna tveganja (slabši dostop ali manjšanje solidarnosti) povezana s prevarami in goljufijami v OZZ. (PRZZ)

## 3. Vidik notranjih procesov

Globalni cilji	Cilji področij in sektorjev (nosilci)
GC 5. Izboljšati učinkovitost partnerskih pogajanj in uveljaviti nova partnerstva	1. Pravočasno pripraviti predloge ZZZS za partnerska pogajanja. (PZAE)
	2. Preverjati finančno vzdržnost predlogov oz. usklajenost s FN ZZZS v procesu partnerskega pogajanja. (PZAE, PFR)
	3. V primeru zakonskih sprememb uveljaviti novosti v partner-

	skem modelu na področju zdravil in MTP. (PZAE, POZZ)
GC 6. Uveljaviti sistem spremljanja in ocenjevanja učinkovitosti/in kakovosti izvajanja zdravstvenih programov	1. Izvesti ustrezne dopolnitve obračunskih modelov. (ZZS)
	2. Vsaki dve leti izvesti ocenjevanje izvajalcev zdravstvenih storitev s poslovnega in strokovno medicinskega vidika. (PZAE, PRZZ)
GC7. Uveljaviti sistem naročanja (kupovanja) programov ZS	1. V Splošnem in področnih dogovorih ter v pogodbah z izvajalci uveljaviti sistem naročanja programov zdravstvenih storitev. (PZAE)
	3. Uveljaviti vzpodbude za uspešno realizacijo prednostnih programov. (PZAE)
GC 8. Izboljšati učinkovitost in kakovost delovanja službe ZZZS (Zagotoviti enotno organizacijo dela in učinkovito delovanje službe ZZZS)	1. Pripraviti podlage za izboljševanje odličnosti storitev ZZZS po metodologiji EFQM. (SK)
	2. Zagotoviti stalno spremljanje in razvoj notranjih procesov v skladu z zahtevami poslovnega okolja in zakonodaje. (SRK)
	3. Pridobiti pozitivno mnenje Računskega sodišča za pravilnost računovodskega evidentiranja in sestave računovodskih izkazov ZZZS. (PFR)
	4. Zmanjšati tveganja in ocenjevati delovanje notranjih kontrol. (SNR)
	5. Zagotoviti usklajenost internih aktov z veljavno zakonodajo. (SPZZ)
	6. Prilagoditi planiranje aktivnosti in projektov ter spremljanje realizacije poslovnim potrebam. (SK)
GC 9. Širiti uporabo informacijskih in komunikacijskih tehnologij v poslovanju ZZZS in njegovem povezovanju z zunanjim okoljem	1. Zagotoviti pogoje za varno in neprekinjeno elektronsko poslovanje ter nemoteno delovanje informacijskega sistema in kartičnega sistema (KZZ in PK). (IC, SKZZ)
	2. Izrabiti razvojne potencialne novih tehnologij. (IC, SKZZ)
	3. Zagotoviti interoperabilnost in povezovati se s podobnimi informacijskimi in komunikacijskimi sistemi v mednarodnem okolju. (IC, SKZZ)
GC10. Zagotoviti boljšo izrabo podatkov	1. Opredeliti prednostna področja za poglobljeno analiziranje podatkov. (PRZZ, SK)
	2. Uvesti in širiti uporabo strateških orodij za spremljanje uresničevanja razvojnih ciljev. (PRZZ, SK, IC)

#### 4. Vidik učenja in rasti (kadri, znanje)

Globalni cilji	Cilji področij in sektorjev (nosilci)
GC 11: Zagotoviti pogoje za uspešno poslovanje in razvoj ZZZS z ustrezno informiranim, izobraženim, usposobljenim in motiviranim kadrom	1. Spreminjati organizacijsko kulturo za dvig kakovosti oz. odličnost storitev, krepi pozitivne vrednote ZZZS (voditeljstvo) ter pozitivno organizacijsko klimo. (SRK, voditeljstvo)
	2. Skrbeti za izboljšanje komuniciranja in informiranja zaposlenih. (SRK, voditeljstvo)
	3. Vzpostaviti sistem inovacij ter predlogov za izboljšave s strani zaposlenih. (SRK)
	4. Zagotavljati učinkovit sistem upravljanja s kadri. (SRK)
	5. Zagotavljati učinkovit sistem upravljanja z znanjem kot funkcijo managerskega upravljanja. (SRK)

## 6.2. Razvojne naloge

Razvojne naloge so tiste naloge, katerih realizacija pomeni dodano vrednost poslovnega procesa in prenovo ter prispevek k ureditvi in izboljšanju stanja na segmentu poslovanja. Njihova realizacija pomeni za določen čas urejenost sistema, kot osnove za izvajanje rednih aktivnosti, relativno stabilno stanje in pogoj za nadaljnje spremembe oziroma nadgradnje. Nekatere razvojne naloge so v celoti odvisne od aktivnosti znotraj ZZZS, druge pa tudi od zunanjih vplivnih dejavnikov. Slednji predstavljajo večje tveganje za realizacijo v predvidenih rokih. Poleg predvidenih razvojnih nalog lahko pride tekom izvajanja SRP do izvedbe še drugih razvojnih nalog, ki so lahko spodbujene znotraj ZZZS ali iz okolja. Replaniranje razvojnih nalog se bo izvajalo skozi proces letnega planiranja, spremljanje pa skozi letno poročanje z navedbo razlogov za odstopanje od planov. Tveganja za realizacijo predvidenih razvojnih nalog predstavljajo omejitve glede kadrovskega virov ZZZS ter zunaj ZZZS spodbujene prioritete naloge, ki bodo morale imeti absolutno prednost (sprememba zakonodaje, nacionalni projekti, ki terjajo sodelovanje delavcev ZZZS).

### 6.2.1. Pregled razvojnih nalog po globalnih ciljih

#### 1. Vidik strank

Globalni cilji	Razvojne naloge
GC1. Zagotoviti visoko raven zdravstvene varnosti vsem zavarovanim osebam in izboljšati njihovo zadovoljstvo z OZZ	1. Formalna ureditev postopka sprememb in dopolnitev Pravil OZZ – protokol po vzoru dela na zdravstvenem svetu in poenostavitev Pravil OZZ
	2. Navezava na javne registre v RS
	3. Širitev e-poizvedb za vse uporabnike osebnih podatkov iz javnega sektorja in odprava ovir za njihovo uporabo v zasebnem sektorju
	4. Dograditev sistema pritožb in pohval na delo službe za vzpostavitev nenehnih izboljšav

	5. Vzpostavitev mehanizmov za obvladovanje odhodkov pri čezmejnem uveljavljanju pravic v EU
	6. Redne obdobje analize izbranih parametrov zdravstvene varnosti zavarovanih oseb oz. izvajanja OZZ
	7. Vzpostavitev »benchmarkinga« na izbranih področjih izvajanja OZZ
	8. Aktivno sodelovanje ZZZS v obstoječih in novo vzpostavljenih mednarodnih mrežah sorodnih izvajalcev OZZ
GC2. Izboljšati ozaveščenost in motiviranost zavarovanih oseb o skrbi za lastno zdravje in pravicah ter dolžnostih iz OZZ	9. Izboljšati infrastrukturo za informiranje javnosti in promocijo zdravja
	10. Določanje in izvajanje prednostnih ciljnih informativno-izobraževalnih promocijskih akcij s področij <ul style="list-style-type: none"> <li>– promocije zdravja</li> <li>– upravljanja kroničnih bolezni (KVB, rak, diabetes, astma in kronične pljučne bolezni, mentalne bolezni)</li> <li>– pravic in obveznosti iz OZZ</li> <li>– varne in pravilne rabe zdravil</li> <li>– obvladovanja zdravstvenega absentizma</li> </ul>
	11. Zasnova in izdaja novih tiskanih publikacij z opisom vseh ključnih pravic iz OZZ (za vsa slovenska gospodinjstva).
	12. Zasnova in izdaja zbirke avdio-video prispevkov na DVD mediju za obveščanje zavarovanih oseb o ključnih pravicah iz OZZ in postopki njihovega uresničevanja
	13. Izvedba strateških konferenc ter drugih promocijskih dogodkov s prednostnih poslovnih področij ZZZS z namenom vzpodbuditi širšo javno razpravo med partnerji v zdravstvu in drugo zainteresirano javnostjo.
	14. Nadgradnja centralne baze zdravil z novimi vsebinami oz. informacijami za zdravnike in farmacevte.
GC3. Zagotoviti ustrezno dostopnost in primerno kakovost zdravstvenih storitev in drugih pravic iz OZZ	15. Pridobivanje ponudb in sklepanje pogodb z izbranimi izvajalci v tujini za sprejemljivo kakovostjo in ceno za storitve, ki jih v RS ni mogoče zagotoviti v zadostnem obsegu.
	16. Sodelovanje z MZ pri pripravi pravnih podlag za oblikovanje in sklenitev dogovora o oskrbi zavarovanih oseb z medicinsko tehničnimi pripomočki.
	17. Spremljanje in ažuriranje seznama storitev, na katere zavarovane osebe čakajo dalj časa kot znašajo sprejemljive čakalne dobe
	18. Vzpostavitev sistema in naročanje farmakoekonomskih študij (HTA) za izbrana zdravila kot podlago za odločanje na komisiji za razvrščanje zdravil na liste.



## 2. Vidik financ

Globalni cilji	Razvojne naloge
GC 4. Ohraniti uravnoteženo in pregledno finančno poslovanje	19. Povezava z DURS za prenos relevantnih podatkov
	20. Zasnova in izvedba nacionalne študije stroškov za specialistično ambulantno dejavnost in program akutne bolnišnične obravnave ob sodelovanju s partnerji in izvajalci
	21. Organizacija problemskih konferenc o absentizmu
	22. Uvajanje individualne obravnave in rehabilitacije zavarovancev za hitrejšo povrnitev delovnih zmožnosti
	23. Oblikovanje in izvajanje celovite politike odkrivanja in preprečevanja različnih vrst goljufij

## 3. Vidik notranjih procesov

Globalni cilji	Razvojne naloge
GC 5. Izboljšati učinkovitost partnerskih pogajanj in uveljaviti nova partnerstva	24. Oblikovanje ustreznih organizacijskih, pravnih, informacijskih in drugih podlag za uveljavitev zakonskih novosti na področju zdravil in MTP
GC 6. Uveljaviti sistem spremljanja in ocenjevanja učinkovitosti/in kakovosti izvajanja zdravstvenih programov	25. Priprava sprememb in dopolnitev kataloga storitev za obračunavanje storitev v specialistično ambulantni dejavnosti.
	26. Zasnova standardov in meril za ocenjevanje učinkovitosti in kakovosti posameznih izvajalcev zdravstvenih storitev
GC7. Uveljaviti sistem naročanja prednostnih programov ZS	27. Priprava podrobnejšega seznama prednostnih programov za splošni in področne dogovore z opredelitvijo vrste in količine programov, usmeritev glede dostopnosti in načina plačevanja programov, ki bo izvajalce stimuliral k izvedbi teh programov
GC 8. Izboljšati učinkovitost in kakovost delovanja službe ZZZS	28. Razvijanje poslovne odličnosti
	29. Izdelava novega organizacijskega navodila »metodika letnega planiranja« in novega »poslovnika o projektnem vodenju«
GC 9. Širiti uporabo informacijskih in komunikacijskih tehnologij v poslovanju ZZZS in njegovem povezovanju z zunanjim okoljem	30. Zasnova in izvedba rešitev za sistematično nadomeščanje in zagotavljanje delovanja informacijskih rešitev na starih tehnologijah
	31. Uporaba vzpostavljenih sodobnih arhitektur sistema, ki omogočajo uveljavljanje nove generacije informacijskih (spletnih) storitev
	32. Vzpostavitev standardov in razvoj novih spletnih rešitev za partnerje ZZZS

	33. Sodelovanje pri uporabi KZZ (in PK) za druge funkcije – oblikovanje in izvedba osebne izkaznice, dolgotrajna oskrba, idr.
	34. Sodelovanje v tehnični komisiji EU, projektu net@card in drugih mednarodnih projektih za uporabo IKT v zdravstvu
GC10. Zagotoviti boljšo izrabo podatkov	35. Vzpostavitev (managerskega) informacijskega sistema / implementacija orodij za analitiko in odločanje
	36. Vzpostavitev procesov polnjenja podatkovnega skladišča po posameznih področjih in oblikovanje računalniških rešitev za samostojno »rudarjenje« s podatki za potrebe strateškega odločanja in načrtovanja

#### 4. Vidik učenja in rasti (kadri, znanje)

Globalni cilji	Razvojne naloge
GC 11: Zagotoviti pogoje za uspešno poslovanje in razvoj ZZZS z ustrezno informiranim, izobraženim, usposobljenim in motiviranim kadrom	37. Priprava in izvajanje petletnega akcijskega načrta za sistematično spreminjanje in razvijanje organizacijske kulture
	38. Izdaja in uveljavljanje kodeksa internega komuniciranja in informiranja
	39. Vzpostavitev in uveljavljanje sistema (poslovnika) o izboljšavah in inovacijah
	40. Priprava in uveljavljanje strategije upravljanja s kadri
	41. Vzpostavitev in uveljavljanje sistema upravljanja z znanjem kot funkcijo managerskega upravljanja

#### 6.2.2. Opisi večjih razvojnih nalog

##### GC 1 – RN 1

**Formalna ureditev postopka sprememb in dopolnitev Pravil OZZ – protokol po vzoru dela na zdravstvenem svetu in poenostavitev Pravil OZZ.**

##### **1. Namen naloge:**

Namen razvojne naloge za formalno ureditev postopka sprememb in dopolnitev Pravil OZZ je vzpostaviti protokol za predlagatelje sprememb in dopolnitev po zgledu Zdravstvenega sveta. Tako bodo odločitve o vključevanju in financiranju novih ali spremenjenih upravičenj do zdravstvenih storitev, zdravil oziroma medicinskih pripomočkov v prihodnje temeljile na ugotovitvah o klinični in stroškovni učinkovitosti predlagane spremembe oziroma novosti, ki jo bo dolžan pripraviti predlagatelj. Vsak predlagatelj naj se ob pripravi predloga zave tudi, da v breme OZZ ni mogoče zagotoviti vsega, kar zmoreta medicina in farmacija.

Na drugi strani Pravila OZZ postajajo preobsežna in zapletena. Z namenom približanja Pravil OZZ naslovnikom – zavarovanim osebam, bomo postavili preglednejšo strukturo splošnega akta, veljavna določila pa po potrebi zapisali bolj enostavno in razumljivo.

## **2. Kratek vsebinski opis:**

Pravila OZZ se spreminjajo praviloma enkrat letno, izjemoma tudi pogosteje. V obdobju od 2002 do vključno 2007 so se spremenila oziroma dopolnila osemkrat (Uradni list RS št. 59/2002, Uradni list RS št. 18/2003, Uradni list RS št. 78/2003, Uradni list RS št. 84/2004, Uradni list RS št. 44/2005, Uradni list RS št. 86/2006, Uradni list RS št. 64/2007 in Uradni list RS št. 33/2008).

Zaradi izjemno hitrega napredka na področju medicine in farmacije so tudi želje in pričakovanja tako strokovne kot tudi laične javnosti vse večja. Pri predlogih pogrešamo konkretno opredelitev predlagateljev v smislu ocene o klinični in stroškovni učinkovitosti predloga (po principih EBM – Evidence Based Medicine in HTA – Health Technology Assessment), zato bo v protokol – predpisani obrazec predloga za spremembo ali dopolnitev Pravil OZZ, vključena tudi ta. Ker je finančna vzdržnost sistema zdravstvenega zavarovanja izziv in cilj celotnega sistema, smo za doseganje le-tega odgovorni vsi.

Na drugi strani struktura veljavnih Pravil OZZ, ki med drugim ločuje med pravicami in postopki oziroma pogoji za njihovo uveljavitev, ne omogoča hitre in jasne informacije naslovniku. Zaradi relativno pogostih sprememb in dopolnitev so nekatera določila postala preobširna in preveč zapletena. Z novo postavitvijo strukture predpisa in potrebnimi poenostavitvami bomo zasledovali preglednost, natančnost in jedrnatost Pravil OZZ, ki bodo razumljiva tako izvajalcem kot tudi zavarovanim osebam.

## **3. Pričakovani učinki:**

Služba ZZZS bo tudi v prihodnje nudila pomoč pri pripravi vlog, z vzpostavitvijo protokola (predpisanega vzorca predloga za spremembo ali dopolnitev Pravil OZZ) pa bo zagotovljena tudi aktivnejša in odgovornejša vloga predlagatelja.

S poenostavitvijo bodo Pravila OZZ razumljivejša in krajša.

## **4. Trajanje:**

Predviden začetek naloge junij 2008, konec december 2010. Vmesni cilji: do 31.12.2008 bo vzpostavljen protokol za predlagatelje sprememb in dopolnitev Pravil OZZ na področju medicinsko tehničnih pripomočkov; do 31.12.2009 ocena učinkov uvedbe protokola; do 1.3.2010 odločitev o uvedbi protokola tudi za druga upravičenja iz Pravil OZZ; do 31.12.2010 ob pozitivni odločitvi tudi vzpostavitev protokola za predlagatelje sprememb in dopolnitev Pravil OZZ za druga upravičenja iz Pravil OZZ. Začetek aktivnosti za poenostavitev Pravil OZZ: 1.1.2010.

Poenostavljena Pravila OZZ: - predložena v sprejem upravnemu odboru: 30.6.2011,

- predložena v sprejem skupščini: 30.10.2011,
- pridobljeno soglasje ministra za zdravje: 31.12.2011,
- objava v Uradnem listu RS: 31.1.2012,
- uveljavitev: 15.2.2012.

## **5. Nosilci:**

Področje za obvezno zdravstveno zavarovanje, skupina za Pravila OZZ.

## **6. Predvideni (zunanji) stroški: /**

### **GC 1 – RN 3**

**Širitev sistema e-Poizvedbe na vse uporabnike osebnih podatkov iz javnega sektorja in odprava ovir za njihovo uporabo v zasebnem sektorju.**

#### **1. Namen naloge:**

Namen naloge je dvojen, (1.) razbremeniti službo ZZZS t.i. ročnega posredovanja osebnih podatkov uporabnikom in (2.) uporabnikom zagotoviti hiter in zanesljiv dostop do osebnih podatkov.

#### **2. Kratek vsebinski opis:**

V letu 2007 je služba ZZZS odgovorila na 507.134 zahtev za posredovanje osebnih podatkov. Število vsako leto narašča (v letu 2007 za 27,3%). Ob takšni dinamiki poizvedovanja po osebnih podatkih postaja obremenitev službe prevelika. S ciljem avtomatizacije procesa posredovanja osebnih podatkov, skrajšanja časa posredovanja podatkov in znižanja stroškov je ZZZS maja 2007 uvedel elektronsko posredovanje osebnih podatkov upravičenim uporabnikom preko sistema e-Poizvedbe. V letu 2007 e-Poizvedbe še niso v celoti zaživele, pripad zahtev po t.i. ročnem posredovanju osebnih podatkov se ni bistveno zmanjšal. Zato bodo v letu 2008 vključeni v sistem še vsi izvršitelji in preostali uporabniki iz javnega sektorja. V sodelovanju z informacijskim pooblaščenecem bodo nato poiskane rešitve za avtomatizirano posredovanje osebnih podatkov uporabnikom zasebnega sektorja (odvetnikom, bankam, zavarovalnicam...).

#### **3. Pričakovani učinki :**

- avtomatizacija procesa posredovanja osebnih podatkov,
- skrajšanja časa posredovanja podatkov,
- razbremenitev službe ZZZS t. i. ročnega posredovanja osebnih podatkov,
- znižanje stroškov (materialni stroški pisarniškega materiala in poštne).

#### **4. Trajanje:**

Začetek v maju 2007, konec december 2011. Vmesni cilji: do 31.12.2008 vključiti tudi sodne izvršitelje in občine; do 31.6.2009 preučitev možnosti za vključitev uporabnikov zasebnega sektorja (skupaj z Informacijskim pooblaščenecem); do 31.12.2011 ob pozitivnem mnenju Informacijskega pooblaščenca vključiti tudi uporabnike osebnih podatkov iz zasebnega sektorja.

#### **5. Nosilci:**

Področje za obvezno zdravstveno zavarovanje, Informacijski center.

#### **6. Predvideni (zunanji) stroški: /**

### **GC1 – RN 4**

**Dograditev sistema pohval in pritožb na delo službe za vzpostavitev nenehnih izboljšav**

#### **1. Namen naloge/projekta:**

Namen naloge je nadgraditi sistem odzivnosti službe na pričakovanja (pohvale in pritožbe) strank ZZZS ter izboljševanje storitev, kot jih vidijo stranke.

#### **2. Kratek opis (poglavitnih vsebinskih sprememb naloge/projekta):**

Naloga bo zagotovila podlage za enotno obravnavo odzivov strank, dosledno evidentiranje vseh odzivov strank ter minimalen odzivni čas službe ZZZS za odgovor stranki, interno obravnavo pohval in pritožb ter vzpostavitev sistema za sprejem

ukrepov za izboljšanje stanja, uvedba dneva odprtih vrat, javne pohvale delavcev, ki dobijo največ pohval in dodatno usposabljanje s preverjanjem za delavce, na katere se stranke pritožujejo.

**3. Pričakovani učinki (poglavitnih pridobitev, ki jih bo uveljavila naloga/projekt):**

- organizacijski predpis – ravnanje ob odzivu stranke
- bolje informirani zaposleni o pričakovanju strank
- nova informacijska podpora – evidenca po vrstah in organizacijskih enotah
- večje zadovoljstvo in izboljšana informiranost strank o storitvah ZZZS

**4. Trajanje (okvirni začetek in konec naloge/projekta):**

Začetek januar 2009, konec december 2009. Razvojna naloga bo realizirana – uveden sistem januarja 2010.

**5. Nosilci (naloge/projekta):**

sektor za kontroling, direktorji območnih enot, področja za OZZ in ZAE, PE informacijski center (v manjši meri)

**6. Predvideni (zunanji) stroški: /**

**GC1 – RN 5**

**Vzpostavitev mehanizmov za obvladovanje odhodkov pri čezmejnem uveljavljanju zdravstvenih storitev.**

**1. Namen naloge:**

Namen je podrobneje opredeliti postopke za čezmejno uveljavljanje storitev in izboljšati pregled nad odhodki za čezmejno uveljavljanje storitev. zagotavljati finančno stabilnost sistema zdravstvenega zavarovanja tudi ob čezmejnem uveljavljanju zdravstvenih storitev.

**2. Kratek opis**

Slovenija je del EU, katere zakonodaja je naklonjena mobilnosti pacientov – državljanov EU. Skupne smernice za uveljavljanje čezmejnih zdravstvenih storitev se pripravljajo v obliki Direktive, katere objava je bila napovedana že za december 2007, pa kasneje že nekajkrat prestavljena. Po zadnjih informacijah bo Direktiva objavljena konec junija 2008. Z ozirom na komentarje Evropske komisije naj bi smernice sledile praksi, ki jo je s svojimi judikati v sporih glede stroškov zdravstvenih storitev, ki jih je zavarovana oseba prejela v drugi državi članici, oblikovalo Sodišče Evropskih skupnosti.

Pozornost bomo predvsem namenili možnim izjemam pri predhodni odobritvi čezmejnega uveljavljanja zdravstvenih storitev, višini in vrsti povračil stroškov ter dinamiki uveljavljanja čezmejnih zdravstvenih storitev. Po oceni Evropske komisije zdravstvene storitve čez mejo išče cca 1% bolnikov. Takšen delež po njenem mnenju ne ogroža finančne stabilnosti zdravstvenih sistemov posameznih držav članic.

Analitično bomo spremljali število zavarovanih oseb in vrste storitev, ki bodo uveljavljene v drugi državi članici

**3. Pričakovani učinki (poglavitnih pridobitev, ki jih bo uveljavila naloga):**

Analitično bomo spremljali število zavarovanih oseb in vrste storitev, ki bodo uveljavljene v drugi državi članici. Na tej osnovi bomo, če bo to za finančno vzdržnost sistema potrebno, predlagali zmanjšanje določenih programov v RS. Izvajalce v RS bomo opozarjali na morebitne pomanjkljivosti pri obravnavi zavarovanih oseb ali

vsebini zdravstvenih storitev zaradi katerih se zavarovane osebe odločajo za čezmejno uveljavljanje zdravstvenih storitev.

#### **4. Trajanje:**

Začetek: januar 2007 (MZ posredovano stališče ZZZS do vprašanj prostega pretoka nujenja in uveljavljanja zdravstvenih storitev – v okviru odprte razprave, ki jo je vodila Evropska komisija), konec: december 2012.

Vmesni cilji: ob objavi Direktive (predvidoma konec junija 2008) skupen sestanek z MZ in opredelitev do prenosa Direktive v ZZVZZ; mesec dni po objavi Direktive opredelitev do možnih izjem pri predhodni odobritvi čezmejnega uveljavljanja zdravstvenih storitev in višine ter vrste povračil stroškov – pomoč MZ pri pripravi zakonodajnega predloga, po implementaciji v nacionalno zakonodajo spremljanje števila zavarovanih oseb in vrste storitev, ki bodo uveljavljene v drugi državi članici. Prehod v redno nalogo v enem letu od implementacije v nacionalno zakonodajo.

#### **5. Nosilci:**

Področje za obvezno zdravstveno zavarovanje, sodelujejo Področje zdravstvene analitike in ekonomike, Informacijski center.

#### **6. Predvideni (zunanji) stroški: /**

### **GC 2 – RN 11**

**Zasnova in izdaja novih tiskanih publikacij z opisom vseh ključnih pravic iz OZZ (za vsa slovenska gospodinjstva)**

#### **1. Namen naloge:**

Namen razvojne naloge je zagotoviti boljšo informiranost in ozaveščenost zavarovanih oseb o pravicah in dolžnostih iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju: OZZ) z namenom kakovostnega uresničevanja pravic ter izvajanja t.i. laičnega nadzora nad kakovostnim uresničevanjem pravic do zdravstvenih storitev v mreži javne zdravstvene službe (problematika upravičenih plačil in doplačil zavarovancev, čakalne dobe in čakalne vrste, upravičena odklonitev izbire osebnega (zobo)zdravnika ipd.).

#### **2. Kratek opis:**

Razvojna naloga bo dosegla svoj namen z bolj intenzivno (množično) izdajo oz. ponatisom izbranih tiskanih publikacij ter z izdajo novih publikacij, ki bodo ustrezno dopolnjevale že obstoječe publikacije in komunikacijsko infrastrukturo ZZZS (plakati, brošure oz. knjižice ter druga tiskana gradiva, spletne strani, avtomatski telefonski odzivnik, samopostrežni terminali...). V tem smislu razvojna naloga obsega 2 ključni aktivnosti:

1. Izdaja oz. ponatis zbirke 17 tematskih zloženkov o pravicah iz OZZ ter njihova distribucija vsem enotam ZZZS na 55 lokacijah ter distribucija izbranih tematsko primernih zloženkov vsem izvajalcem zdravstvenih storitev s ciljem, da so brezplačno dostopne zavarovanim osebam. Gre za naslednje tematske zloženke:

- vrste in obseg pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja,
- prijava, sprememba in odjava obveznega zdravstvenega zavarovanja,
- pravica do storitev osnovne zdravstvene dejavnosti,
- pravica do storitev zobozdravstvene dejavnosti,
- pojmovnik pogostih izrazov v zobozdravstvu,
- ortodontija in njene posebnosti,

- pravica do storitev specialistično-ambulantne zdravstvene dejavnosti,
- pravica do zdravil na recept,
- pravica do medicinsko-tehničnih pripomočkov,
- pravica do zdraviliškega zdravljenja,
- seznam zdravilišč v Sloveniji, ki zagotavljajo zdraviliško zdravljenje iz obveznega zdravstvenega zavarovanja,
- pravica do nadomestila plače med začasno zadržanostjo od dela,
- pravica do povračila potnih stroškov,
- pravica do pogrebnine in pravica do posmrtnine,
- varstvo pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja,
- sistem kartice zdravstvenega zavarovanja,
- pravice tujcev iz EU, EGP in Švice do zdravstvenih storitev med začasnim bivanjem v Sloveniji.

Zaradi distribucije izbranih tematsko primernih zloženek tudi vsem izvajalcem zdravstvenih storitev je potrebno zloženke izdati v skupni nakladi najmanj 500.000 izvodov, saj je le tako mogoče doseči pričakovane komunikacijske učinke in namen razvojne naloge.

2. Izdaja nove tiskane predstavitvene publikacije za slovenska gospodinjstva, v katerem se na enem mestu (v eni publikaciji) in na poljuden način predstavijo vse ključne pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, postopek njihovega uresničevanja ter njihovega pravnega varstva. Distribucija se izvede vsem enotam ZZZS na 55 lokacijah, pri čemer se publikacija praviloma vsako 2. leto izda v nakladi, ki zadostuje pokritju vsaj 10% vseh slovenskih gospodinjstev.

### **3. Pričakovani učinki:**

Osnovne pridobitve naloge bodo:

- hiter in enostaven dostop zavarovanih oseb in drugih strank ZZZS do osnovnih informacij o pravicah in dolžnostih zavarovanih oseb;
- boljša informiranost zavarovanih oseb, izvajalcev zdravstvenih storitev in drugih strank o pravicah in postopkih njihovega uresničevanja;
- večje zadovoljstvo zavarovanih oseb z uresničevanjem pravic;
- manjši obseg nesporazumov in težav zavarovanih oseb pri uresničevanju pravic;
- izboljšanje kakovosti izvajanja ter delovanja javne zdravstvene službe.

### **4. Trajanje:**

Začetek: januar 2009, konec december 2009. Vmesni cilji: aktivnost pod 1. točko se izvede predvidoma najkasneje do junija 2009, aktivnost pod 2. točko pa se izvede predvidoma najkasneje do decembra 2009. Po zaključku se obe aktivnosti izvajata obdobjno praviloma na vsaki 2-4 leti z namenom zagotoviti zadosti množično naklado tiskanih gradiv neposredno na enotah ZZZS in pri izvajalcih zdravstvenih storitev.

### **5. Nosilci:**

Nosilec razvojne naloge je sektor za informiranje in odnose z javnostmi, ki aktivnosti izvede v sodelovanju s področjem za OZZ, področjem ZAE, sektorjem za sistem KZZ ter območnimi enotami ZZZS.

### **6. Predvideni (zunanji) stroški:**

Zunanji stroški oblikovanja, tiskanja in distribucije:

- 1. aktivnost: 38.000 EUR
- 2. aktivnost: 30.000 EUR
- SKUPAJ: 68.000 EUR

## **GC 2 - RN 12**

### **Zasnova in izdaja zbirke avdio-video prispevkov na DVD mediju za obveščanje zavarovanih oseb o ključnih pravicah iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in postopkih njihovega uresničevanja**

#### **1. Namen naloge:**

Namen razvojne naloge je zagotoviti boljšo informiranost in ozaveščenost zavarovanih oseb o pravicah in dolžnostih iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju: OZZ) z namenom kakovostnega uresničevanja pravic ter izvajanja t.i. laičnega nadzora nad kakovostnim uresničevanjem pravic do zdravstvenih storitev v mreži javne zdravstvene službe (problematika upravičenih plačil in doplačil zavarovancev, čakalne dobe in čakalne vrste, upravičena odklonitev izbire osebnega (zobo)zdravnika).

#### **2. Kratek opis:**

Razvojna naloga bo dosegla svoj namen z vizualno nazornejšim opisom pravic in postopkov njihovega uresničevanja tudi na avdio-vizualen način in ne zgolj na ravni teksta (besedil), s čimer bo stopnja razumevanja zaradi poljudnega načina opisa večja in primernejša za osebe, ki so izrazite nagnjene k vizualnemu posredovanju informacij. Izdaja na DVD mediju bo ustrezno obogatila in dopolnjevala obstoječo komunikacijsko infrastrukturo ZZZS (tiskana gradiva, spletne strani, avtomatski telefonski odzivnik, samopostrežni terminali...). Izdaja na DVD mediju bo obsegala izbrane ključne pravice do zdravstvenih storitev iz OZZ, ki jih je moč na vizualen način primerno predstaviti v časovno omejenem času predvidoma 15 minut za posamezno pravico. Distribucija DVD medijev se izvede zlasti preko vseh enot ZZZS na 55 lokacijah s ciljem, da so brezplačno dostopni zavarovanim osebam. Predvajanje DVD medijev se izvede tudi preko prezentacijskih ekranov, ki so nameščeni v nekaterih enotah ZZZS, za potrebe strokovnih dogodkov, seminarjih, kongresih, simpozijih, tiskovnih konferenc in drugih medijsko primernih dogodkov. DVD mediji se lahko brezplačno predvajajo tudi na televiziji, v prostorih izvajalcev zdravstvenih storitev ipd. Gre zlasti za naslednje ključne opise pravic:

- pravica do storitev osnovne zdravstvene dejavnosti,
- pravica do storitev zobozdravstvene dejavnosti,
- pravica do storitev specialistično-ambulantne zdravstvene dejavnosti,
- pravica do zdravil na recept,
- pravica do medicinsko-tehničnih pripomočkov,

#### **3. Pričakovani učinki:**

Osnovne pridobitve naloge bodo:

- enostaven in razumljiv opis ključnih pravic in dolžnosti zavarovanih oseb v OZZ v javni zdravstveni službi;
- boljša informiranost zavarovanih oseb, izvajalcev zdravstvenih storitev in drugih strank o pravicah iz OZZ in postopkih njihovega uresničevanja;
- večje zadovoljstvo zavarovanih oseb z uresničevanjem pravic iz OZZ;
- manjši obseg nesporazumov in težav zavarovanih oseb pri uresničevanju pravic do zdravstvenih storitev iz OZZ;
- izboljšanje kakovosti izvajanja OZZ ter delovanja javne zdravstvene službe.

#### **4. Trajanje:**

Aktivnost se začne izvajati predvidoma najkasneje januarja 2010 in se zaključi predvidoma najkasneje decembra 2012.



### **5. Nosilci:**

Nosilec razvojne naloge je sektor za informiranje in odnose z javnostmi, ki aktivnosti izvede v sodelovanju s področjem za OZZ, področjem ZAE ter območnimi enotami ZZZS.

### **6. Predvideni (zunanji) stroški:**

Zunanji stroški avdio-vizualne izdelave, tiskanja in distribucije: 40.000 EUR.

## **GC 2 – RN 14**

### **Nadgradnja centralne baze zdravil z novimi vsebinami oziroma informacijami za zdravnike in farmacevte.**

#### **1. Namen naloge:**

Nadgradnja centralne baze zdravil (v nadaljevanju CBZ) z vključitvijo veljavnega povzetka najpomembnejših značilnosti posameznih zdravil (v nadaljevanju SmPC) v CBZ.

#### **2. Kratek opis:**

Vzpostaviti e-povezavo z Javno agencijo za zdravila in medicinske pripomočke (v nadaljevanju JAZMP), ki je skrbnik vseh uradnih podatkov o zdravilih, ki imajo dovoljenje za promet, delnih podatkov o zdravilih na seznamu nujnih zdravil, uvoženih/vnesenih zdravil, paralelno uvoženih zdravil...in »uvoz« SmPC-jev v centralno bazo zdravil po v naprej dogovorjeni strukturi podatkov:

- ime zdravila,
- količinska in kakovostna sestava zdravila,
- farmacevtska oblika,
- klinični podatki (indikacije, odmerjanje, kontraindikacije, posebna opozorila in previdnostni ukrepi, interakcije, nosečnost in dojenje, vpliv na vožnjo in upravljanje s stroji, neželeni učinki, preveliko odmerjanje...),
- farmakološke lastnosti: farmakokinetične, farmakodinamične, predklinični podatki o varnosti,
- farmacevtski podatki: pomožne snovi, inkompatibilnost, rok uporabe, vrsta ovojnine, posebni varnostni ukrepi za odstranjevanje in ravnanje z zdravilom,
- imetnik dovoljenja za promet,
- številka dovoljenja za promet,
- datum podaljšanja dovoljenja za promet,
- zadnji datum revizije besedila.

#### **3. Pričakovani učinki:**

- večja informacijska vrednost CBZ,
- osnova za nadgradnjo CBZ, ki bo v bodoče omogočala specifična iskanja podatkov (po zdravilih, skupini zdravil, terapevtski indikaciji, kontraindikacijah, interakcijah...),
- možnost razvoja CBZ v nacionalno bazo,
- lažji dostop do podatkov s strani izvajalcev (vsi podatki na enem mestu),
- povečanje kakovosti in zadovoljstva pri delu izvajalcev.

#### **4. Trajanje:**

Začetek: junij 2009, konec decembra 2013. Zavod načrtuje vzpostavitev e-povezave z JAZMP do konca leta 2009 in postopno »polnjenje« CBZ z SmPC do 2013.

**5. Nosilci:**

Področje za zdravstveno analitiko in ekonomiko – oddelek za zdravila, v sodelovanju z IC.

**6. Predvideni zunanji stroški: /**

**GC 3 – RN 16**

**Sodelovanje z MZ pri pripravi pravnih podlag za oblikovanje in sklenitev dogovora o oskrbi zavarovanih oseb z medicinsko tehničnimi pripomočki.**

**1. Namen naloge:**

V okviru naloge bo oblikovan predlog določil zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanja (v nadaljevanju ZZZVZZ), ki bo omogočal pogajanja in sklenitev dogovora o oskrbi zavarovanih oseb z medicinsko tehničnimi pripomočki.

**2. Kratek opis:**

Že več let trajajoča prizadevanja za sklenitev dogovora o oskrbi zavarovanih oseb z medicinsko tehničnimi pripomočki (MTP) do sedaj še niso dala rezultata, ker je Vlada odločila, da v veljavnem ZZZVZZ ni zadostne podlage za uveljavitev novih partnerstev in je s sklenitvijo dogovora o MTP potrebno počakati na novelo ZZZVZZ. Z določili novele ZZZVZZ pričakujemo torej vzpostavitev nespornih pravnih podlag ta dogovor o preskrbi zavarovanih oseb z MTP.

Sam dogovor za dobavo MTP pa bo temeljil na naslednjih izhodiščih:

- zavarovane osebe imajo pravico prosto izbrati lekarno ali specializirano prodajalno, kjer bodo uveljavile pravico do MTP,
- izdaja MTP se izvaja najmanj v obsegu dogovorjenega izdajnega časa in na izdajnih mestih,
- cenovni standardi omogočajo zavarovani osebi izbiro med več pripomočki v okviru iste vrste MTP,
- zaračunavanje doplačil s strani dobaviteljev je dopustno le za t.i. nadstandardne MTP.

**3. Pričakovani učinki:**

- spremenjen in dopolnjen ZZZVZZ – zagotovljene pregledne in nesporne pravne podlage za sklenitev Dogovora.
- sklenjen Dogovor o preskrbi zavarovanih oseb z MTP (vzpostavljena nova partnerstva). Objavljen javni razpis za sklenitev pogodb z dobavitelji MTP (lekarne, specializirane prodajalne) – zagotovljena možnost dostopa do javnih sredstev tudi za nove dobavitelje.

**4. Trajanje:**

Začetek 6 mesecev po sprejemu novele ZZZVZZ. Vmesni cilji: prvi osnutek dogovora o MTP partnerjem posredovan že v maju 2005; sklenitev dogovora v šestih mesecih po uveljavitvi novele ZZZVZZ; objava javnega razpisa v treh mesecih po sklenitvi dogovora o MTP; prehod naloge v redno izvajanje 15 mesecev po uveljavitvi novele ZZZVZZ.

**5. Nosilci (naloge):**

Področje za obvezno zdravstveno zavarovanje, sodeluje: Sektor za pravne in splošne zadeve.

## **6. Zunanji sodelavci:**

Pri vzpostavitvi seznama MTP sodelujejo tudi predstavniki dobaviteljev in strokovnjaki s posameznih medicinskih področij. Za njihovo sodelovanje bodo zagotovljena sredstva za povračilo potnih stroškov.

## **GC 3 – RN 17**

**Spremljanje in ažuriranje seznama storitev na katere zavarovane osebe čakajo dalj časa kot znašajo sprejemljive čakalne dobe.**

### **1. Namen naloge/projekta:**

Vzpostaviti sistem za sprotno ugotavljanje storitev, na katere zavarovane osebe pri večini izvajalcev čakajo dalj časa kot znašajo sprejemljive čakalne dobe in uveljavljanje »strateškega kupovanja« storitev v procesu partnerskega dogovarjanja.

### **2. Kratek opis:**

V procesu partnerskega dogovarjanja bo ZZZS krepil vlogo kupca zdravstvenih storitev v interesu zavarovanih oseb, in sicer tako, da bo aktivno in sistematično ugotavljal potrebe zavarovanih oseb za posamezne storitve in sicer na podlagi:

- podatkov o čakalnih dobah za posamezne storitve, ki jih prejmejo imenovani zdravniki ob obravnavi vlog za odobritev bolniškega staleža nad 30 dni,
- spremljanja planiranih in realiziranih čakalnih dob pri izvajalcih,
- spremljanja in analiziranja pritožb zavarovanih oseb,
- analiziranja realizacije programov in izvajanja rednih sestankov s ključnimi izvajalci zdravstvenih storitev s ciljem iskanja priložnosti in uveljavitev izboljšav pri zagotavljanju zdravstvenih storitev,
- aktivnejšega sodelovanja s civilno družbo in predstavniki zavarovanih oseb v območnih svetih ZZZS.

### **3. Pričakovani učinki:**

- večja prilagojenost programa zdravstvenih storitev potrebam zavarovanih oseb,
- povečanje zadovoljstva in krepitev zaupanja zavarovanih oseb v obvezno zdravstveno zavarovanje,
- uveljavljanje strateškega kupovanja storitev in izboljšanje dostopnosti zavarovanih oseb do zdravstvenih storitev.

### **4. Trajanje:**

Začetek september 2008, konec december 2009, nato se bo naloga izvajala kot redna aktivnost.

### **5. Nosilci:**

Področje za zdravstveno analitiko in ekonomiko – oddelek za plan in analize.

### **6. Predvideni zunanji stroški: /**

### **GC 3 – RN 18**

**Vzpostavitev sistema in naročanje farmakoekonomskih študij (HTA) za izbrana zdravila kot podlago za odločanje na komisiji za razvrščanje zdravil na liste.**

#### **1. Namen naloge/projekta:**

Uvesti farmakoekonomske študije kot eno od meril za razvrščanje nekaterih zdravil na liste s ciljem doseganja optimalne alokacije finančnih virov v zdravstvu (primerjava stroškov različnih terapij z zdravili v povezavi s kliničnimi izidi).

#### **2. Kratek opis:**

Komisija za razvrščanje zdravil v postopku razvrščanja zdravil na liste upošteva različne farmakoekonomske kriterije in sicer v odvisnosti od vrste zdravila, ki se razvršča na liste. V obdobju 2008 -2013 načrtujemo uvedbo farmakoekonomskih študij kot enega od meril za razvrščanje oz. prerazvrščanje posameznih zdravil na liste ali umik zdravil z liste. Naročnik/plačnik študije bo lahko ZZZS, proizvajalec/predlagatelj ali druga zainteresirana oseba.

ZZZS kot naročnik/plačnik študije bo lahko naročil:

- študijo za novo zdravilo,
- študijo za že razvrščeno zdravilo ali skupino zdravil - retrospektivna ocena stanja,
- prenos že obstoječe študije v EU prostoru,
- evaluacijo študije, ki jo je vložil proizvajalec/predlagatelj,
- znanstveno-raziskovalno delo na osnovi podatkov o porabi zdravil.

Izvajalci študij, ki jih bo naročil ZZZS, bodo izbrani na podlagi javnega naročila.

#### **3. Pričakovani učinki:**

Optimalna alokacija finančnih virov, ki jih ZZZS namenja za zdravila in posredno vplivanje na klinično prakso pri razvoju doktrin in smernic optimalnega zdravljenja.

#### **4. Trajanje:**

Začetek november 2008, konec junij 2010, nato se bo naloga izvajala kot redna aktivnost.

#### **5. Nosilci (naloge/projekta):**

Področje za zdravstveno analitiko in ekonomiko – oddelek za zdravila.

#### **6. Predvideni zunanji stroški: /**

Zelo težko jih je oceniti, ker so cene študij zelo različne oz. so odvisne od obsega farmakoekonomskih študij, od zdravila ali skupine zdravil, ki je predmet študije itd. Predvidevamo pa, da v prvem letu naročanja študij, ti ne bodo presegli 200.000 evrov.

### **GC 4 – RN 20**

**Zasnova in izvedba nacionalne študije stroškov za specialistično ambulantno dejavnost in program akutne bolnišnične obravnave ob sodelovanju s partnerji in izvajalci.**

#### **1. Namen naloge/projekta:**

Vzpostaviti sistem in redno letno izvajati stroškovne študije za programe specialistično ambulantne dejavnosti in akutne bolnišnične obravnave ter na tej podlagi popraviti standarde oz. uteži (navzgor ali navzdol) za financiranje posameznih programov.

## **2. Kratek opis:**

V izvedbo nacionalne stroškovne študije bodo povabljeni vsi izvajalci specialistično ambulantne dejavnosti in akutne bolnišnične obravnave. Za izvedbo študije bodo morali izvajalci posredovati podatke o vrsti in količini opravljenih storitev in o stroških zanje. Podatki o stroških za posamezne programe specialistično ambulantne dejavnosti in storitve akutne bolnišnične obravnave bodo strukturirani po vrsti stroškov, pri čemer bo vsak izvajalec posredoval svoje podatke o direktnih stroških, za indirektno stroške pa bodo uporabljeni enotni ključi.

## **3. Pričakovani učinki:**

- opredelitev novih uteži za posamezne SPP skupine,
- preveritev in na podatkih temelječe spremembe standardov za specialistično ambulantno dejavnost,
- izvajanje primerjav stroškov med izvajalci in oblikovanje predlogov izboljšav za obvladovanje stroškov,
- pridobivanje znanja in usposabljanje sodelavcev ZZZS in izvajalcev za redno letno izvajanje stroškovnih študij.

## **4. Trajanje:**

Začetek september 2008, konec junij 2010, nato se bo naloga izvajala kot redna aktivnost.

## **5. Nosilci:**

Področje za zdravstveno analitiko in ekonomiko – oddelek za plan in analize v sodelovanju z izvajalci, Združenjem zdravstvenih zavodov Slovenije in Ministrstvom za zdravje.

## **6. Predvideni zunanji stroški: /**

Za usposobitev sodelavcev pri izvajalcih in na ZZZS načrtujemo angažiranje zunanjih izvajalcev, ki imajo izkušnje in reference na področju izvajanja stroškovnih študij v zdravstvu. Ocenjujemo, da bodo stroški zanje znašali okoli 120.000 evrov.

## **GC 4 – RN 22**

**Uvajanje individualne obravnave in rehabilitacije zavarovancev za hitrejšo povrnitev delovnih zmožnosti.**

### **1. Namen naloge:**

Zagotoviti zadosten obseg zdravstvenih programov, na katere največ čakajo zavarovanci, ki so začasno nezmožni za delo in zagotoviti rehabilitacijo, ki bo omogočala zavarovancem čim hitrejšo vrnitev na delo.

### **2. Kratek opis:**

Čakanje na specialistični pregled, preiskavo ali poseg ne sme povzročati nepotrebnega podaljševanjačasne zadržanosti od dela. Zato je potrebno zagotoviti zadosten obseg programov, za katere se ob analizi podatkov o vzrokih za začasno nezmožnost za delo pokaže, da so nezadostni. Po ugotovitvi o zgostitvičasne zadržanosti za delo kot posledici čakanja na določen pregled, preiskavo ali poseg, bomo predlagali širitev programa na tem področju. Za ta namen bo dograjena aplikacija »Odločanje IZ in ZK« z beleženjem »dodatnega« razloga za začasno zadržanost od dela kot npr.: »čaka na MR«, »čaka na CT«, »čaka na FTH« ipd.

Poleg tega bomo sodelovali s specialisti fizikalno rehabilitacijske medicine pri pripravi kataloga nabora standardnih storitev FTH na primarni ravni, prav tako bomo

z njimi dogovorili tudi pripravo individualnih programov, ki bodo zagotovili hitrejšo povrnitev delazmožnosti.

**3. Pričakovani učinki:**

- Povečanje »kritičnih« programov z namenom hitrejše obravnave zavarovancev,
- priprava kataloga standardnih storitev FTH (kot minimalnega obsega storitev, ki jih mora nuditi izvajalec FTH po pogodbi z ZZZS),
- priprava individualnih programov rehabilitacije s strani izvajalcev.

**4. Trajanje:**

Začetek junij 2009, konec december 2012. Vmesni cilji: dopolnitev aplikacije »odločanje IZ in ZK« do 31. 12. 2009; spremljanje »kritičnih« storitev in predlaganje širitev programov preide v redno nalogo 1. 7. 2010; priprava kataloga standardnih storitev FTH; začetek: 1. 6. 2009, zaključek: 31. 12. 2010; priprava individualnih programov rehabilitacije s strani izvajalcev; začetek: 1. 6. 2011, zaključek: 31. 12. 2012.

**5. Nosilci:**

Področje za obvezno zdravstveno zavarovanje (imenovani zdravniki, zdravstvena komisija), področje zdravstvene analitike in ekonomike, Informacijski center.

**6. Zunanji sodelavci:**

Katalog standardnih storitev FTH bo pripravljen v sodelovanju z zunanjimi strokovnjaki enako tudi individualni programi rehabilitacije. Za sodelovanje pri pripravi kataloga načrtujemo honoriranje zunanjih sodelavcev največ v višini urne postavke Zdravniške zbornice.

**GC 3 – RN 24**

**Oblikovanje ustreznih organizacijskih, pravnih, informacijskih in drugih podlag za uveljavitev zakonskih novosti na področju zdravil in medicinsko tehničnih pripomočkov**

**1. Namen naloge:**

Na osnovi sprememb ZZVZZ bodo pripravljene vse potrebne podlage za izvajanje in uveljavitev pogajanj in sklepanj pogodb z dobavitelji zdravil in MTP.

**2. Kratek opis (poglavitnih vsebinskih sprememb naloge):**

Načrtujemo izgradnjo informacijske podpore za sklepanje pogodb z dobavitelji zdravil in MTP.

Za področje MTP bo po sklenitvi Dogovora potrebno vzpostaviti seznam MTP, ki se zagotavljajo v breme OZZ z določitvijo minimalnih kvalitativnih standardov. Tudi zanj bo izgrajena informacijska podpora. Zavarovanim osebam želimo prek spletne strani ZZZS zagotoviti pravilno in ažurno informacijo o dobavi MTP. S tem želimo preprečiti nekontrolirano zaračunavanje t.i. nadstandardnih MTP, predvsem pa zavarovanim osebam omogočiti, da dobijo informacijo o tem, kje in katere MTP lahko prevzamejo brez doplačil.

**3. Pričakovani učinki:**

- Vzpostavljena informacijska podpora sklepanja pogodb z dobavitelji – lažje in hitrejšo sklepanje pogodb in njihovih sprememb, poenoteno besedilo pogodb,
- vzpostavljen seznam MTP, ki se zagotavljajo v breme OZZ – s tem določeni tudi minimalni kvalitativni standardi za MTP, ki se izdajajo v breme OZZ,

- vzpostavljena informacijska podpora seznamu – omogočeno pregledno in hitro ažuriranje seznama,
- s spletnim dostopom do seznama pripomočkov, cenovnih standardov in izdajnih mest bo zavarovanim osebam dana možnost vnaprejšnjega informiranja o tem, kje lahko prejmejo MTP, ki ga želijo, brez doplačil.

**4. Trajanje:**

Začetek: 6. mesecev po sprejemu novele ZZVZZ. Informacijska podpora sklepanja pogodb z dobavitelji vzpostavljena do objave javnega razpisa. Vzpostavljena informacijska podpora seznamu MTP do objave javnega razpisa.

Vzpostavljen seznam MTP, ki se zagotavljajo v breme OZZ v šestih mesecih po objavi razpisa za sklenitev pogodb z dobavitelji.

Na spletni strani ZZZS dostopna celovita informacija za zavarovane osebe – v šestih mesecih po vzpostavitvi seznama MTP.

**5. Nosilci (naloge):**

Področje za obvezno zdravstveno zavarovanje, področje za zdravstveno ekonomiko in analitiko, Informacijski center.

**6. Zunanji sodelavci:**

Pri vzpostavitvi seznama MTP sodelujejo tudi predstavniki dobaviteljev in strokovnjaki s posameznih medicinskih področij. Za njihovo sodelovanje bodo zagotovljena sredstva za povračilo potnih stroškov.

**GC 6 - RN 25**

**Priprava sprememb in dopolnitev kataloga storitev za obračunavanje storitev v specialistično ambulantni dejavnosti.**

**1. Namen naloge/projekta:**

Pripraviti posodobljen in z razvojem medicinske stroke usklajen katalog storitev za obračunavanje storitev specialistično ambulantne dejavnosti ZZZS.

**2. Kratek opis:**

Z realizacijo naloge bo za področje specialistično ambulantne dejavnosti izbran:

- obračunski model, ki bo vzpodbujal celovitost obravnave bolnikov v ambulantni dejavnosti,
- po dogovorjeni metodologiji bo oblikovan katalog obračunskih enot oz. storitev in določene njihove relativne vrednosti.

**3. Pričakovani učinki:**

- z razvojem medicinske stroke usklajen in posodobljen obračunski model za specialistično ambulantno dejavnost,
- lažje in bolj učinkovito načrtovanje in spremljanje realizacije programa.

**4. Trajanje:**

Začetek junij 2008, konec december 2013. Katalog storitev bomo posodabljali postopoma za posamezne stroke, zato bomo nalogo izvajali kontinuirano od junija 2008 do decembra 2013.

**5. Nosilci:**

Izbrani medicinski strokovni tim ob sodelovanju predstavnikov posameznih strok.

**6. Predvideni zunanji stroški:**

100.000 evrov

## **GC 7 – RN 26**

### **Zasnova standardov in meril za ocenjevanje učinkovitosti in kakovosti bolnišnic ter drugih izvajalcev zdravstvenih storitev**

#### **1. Namen projekta:**

Osnovni namen je opredeliti pristop oz. model za ocenjevanje učinkovitosti in kakovosti, ki bo v pomoč bolnišnicam pri opredeljevanju ciljev in strategij za odpravo zaznanih pomanjkljivosti ter uveljavljanju najboljših praks pri izvajanju programov zdravstvenih storitev v bolnišnicah in pri drugih izvajalcih zdravstvenih storitev.

#### **2. Kratek opis:**

Večina bolnišnic in drugih izvajalcev zdravstvenih storitev že sedaj na različne vrednoti svoje delovanje. Z zasnovo oz. opredelitvijo modela (ustreznih standardov in meril) za ocenjevanje učinkovitosti in kakovosti rezultatov oz. izidov bodo izvajalci dobili ustrezno metodološko podlago, ki bo omogočala vzpostavitev ustreznih mehanizmov za (samo)ocenjevanje lastnih aktivnosti za večjo učinkovitost in kakovost. Z vzpodbujanjem kolegijalne podpore in redno izmenjavo informacij s strokovnjaki sorodnih strok prek mreže pa bo poskrbljeno za vzpostavitev sistema nenehnih izboljšav. Model bo upošteval tako dejavnike (odzivno voditeljstvo, uspešno strateško načrtovanje, upravljanje s kadri, upravljanje z viri, klinična učinkovitost idr.), kot tudi k rezultatom in izidom zdravljenja naravnano poslovanje. Na podlagi (samo)ocene bodo bolnišnice pridobile podatek o referenčnem okviru točk, ki jih dosegajo na posameznem strokovnem področju in kot celotna ustanova. Za opisana merila bo izdelan sistem kazalnikov za ocenjevanje učinkovitosti in kakovosti poslovanja. Da bi zagotovili učinkovito pomoč bolnišnicam in drugim izvajalcem, bo naloga izdelala tudi podrobnejše opise posameznih indikatorjev in navodila za njihovo spremljanje.

#### **3. Pričakovani učinki:**

Bolnišnice in drugi izvajalci zdravstvenih storitev bodo na podlagi modela pridobile predvsem:

- orodja za izboljšavo kakovosti (sistem kazalnikov, referenčni zbir točk, idr.), ki temeljijo na aktualni strokovni literaturi in strokovnih priporočilih ekspertov
- mehanizme za širjenje dobrih praks in vzpodbujanje posameznikov in timov znotraj izvajalcev
- možnost primerjave oz. benchmarkinga s sorodnimi bolnišnicami

Zavarovane osebe bodo z modelom pridobile kvalificirane podatke o referenčnem okviru kakovosti posameznih organizacijskih enot posamezne bolnišnice ali bolnišnic kot celote.

#### **4. Trajanje:**

Začetek projekta predvidoma junij 2009, konec projekta junij 2011. Pristop bo posredovan partnerjem v obravnavo za sklenitev splošnega dogovora.

#### **5. Nosilci (projekta):**

Področje za razvoj zdravstvenega zavarovanja, izbrani strokovnjaki za celovito upravljanje kakovosti v zdravstvu ob sodelovanju predstavnikov posameznih strok.

#### **6. Predvideni zunanji stroški:**

30.000 evrov



## **GC 7 – RN 27**

**Priprava podrobnejšega seznama prednostnih programov za splošni in področne dogovore z opredelitvijo vrste in količine programov, usmeritev glede dostopnosti in načina plačevanja programov, ki bo izvajalce stimuliral k izvedbi teh programov.**

### **1. Namen naloge/projekta:**

Oblikovati predlog za program zdravstvenih storitev za vsakoletni splošni in področne dogovore tako, da bodo ob upoštevanju ekonomskih možnosti opredeljeni prioritetni programi glede na zdravstveno stanje populacije, čakalne dobe in razvoj oz. uvajanje novih metod zdravljenja, del sredstev pa bo potrebno nameniti tudi za boljše vrednotenje obstoječih programov.

### **2. Kratek opis:**

Na podlagi analiz in podatkov Inštituta za varovanje zdravja bomo opredelili prednostna področja, kjer so potrebe ljudi glede na zdravstveno stanje populacije največje, zbrali in ovrednotili bomo predloge izvajalcev glede opuščanja nekaterih zastarelih programov, uvajanja širitev programov na opredeljenih prednostnih področjih kakor tudi uvajali financiranje novih metod zdravljenja v sistem rednega financiranja preko splošnega in področnih dogovorov. Za slednje bo ZZZS sodeloval tudi Zdravstvenim svetom, od izvajalcev pa bo za nove metode zdravljenja dosledno zahteval predložitve indikacij pred sklenitvijo pogodb zanje. Med predloge ZZZS bom vključili tudi ugotovitve in rezultate iz razvojne naloge »Spremljanje in ažuriranje seznama storitev na katere zavarovane osebe čakajo dalj časa kot znašajo sprejemljive čakalne dobe.« Na podlagi sklenjenih dogovorov med sindikati in Vlado glede plač v javnem sektorju pa že sedaj lahko ugotovimo, da bo potrebno del sredstev nameniti tudi za boljše vrednotenje programov zdravstvenih storitev.

### **3. Pričakovani učinki:**

- celovitost predlogov ZZZS za pogajanja s partnerji,
- usklajenost programa storitev z razpoložljivimi sredstvi opredeljenimi v Finančnem načrtu ZZZS,
- večja stopnja prilagojenosti programa zdravstvenih storitev potrebam zavarovanih oseb.

### **4. Trajanje:**

Začetek januar 2009, konec junij 2010. Zasnova metodologije in vzpostavitev rednega sodelovanja z ostalimi inštitucijami (IVZ, Zdravstveni svet) v obdobju januar 2009 – junij 2010, nato se bo naloga izvajala v okviru rednih aktivnosti.

### **5. Nosilci:**

Področje za zdravstveno analitiko in ekonomiko ,področje za razvoj.

### **6. Predvideni zunanji stroški: /**

## **GC 8 – RN 28**

### **Razvijanje poslovne odličnosti**

#### **1. Namen naloge/projekta:**

Namen naloge je razvoj poslovne odličnosti oziroma nadgradnja z rednimi zunanjimi presojami. Pomemben del naloge predstavlja vzpostavitev pogojev za stalno spremljanje in prilagajanje poslovnih procesov organizacije ter organizacijskih oblik v

smeri izboljševanja učinkovitosti in kakovosti delovanja službe ZZZS, vključno z boljšim obvladovanjem tveganj.

## **2. Kratek opis:**

Naloga bo okrepila proces vodenja v celoti, prenovila proces strateškega planiranja in zagotovila pogoje za stalno izboljševanje poslovnih procesov. Z izbranim zunanjim sodelavcem bomo popisali izbrane poslovne procese na podlagi določitve prioritet, analizirali kritične elemente, pripravili predloge izboljšav, postavili cilje optimizacije izbranih procesov ter v končni fazi izdelali optimizirani model posameznega poslovnega procesa.

## **3. Pričakovani učinki:**

- prenovljen sistem spremljanja poslovne odličnosti po modelu EFQM z izboljševanjem rezultatov / ocen, doseženih ob prijavi na razpis za nagrado poslovne odličnosti vsake 2 leti s ciljem doseči nad 450 točk
- povečanje števila notranjih presojevalcev
- stalno izboljševanje storitev ZZZS za odjemalce in povečanje zadovoljstva
- učinkovito poslovanje službe ZZZS ob omejitvah zaposlovanja in vladni zahtevi po letnem eno-odstotnem zmanjšanju plana kadrov, kljub temu pa zagotoviti: učinkovito spremljanje stroškovne učinkovitosti in kakovosti izvajanja zdravstvenih programov, učinkovit razvoj novih obračunskih modelov, učinkovito uveljavljanje promocije zdravja, preventivnih programov in rehabilitacije, učinkovit razvoj in nadzor informacijskega sistema, učinkovito prilagajanje spremembam v zakonodajnem okolju, učinkovito prilagajanje planiranih aktivnosti in projektov poslovnim potrebam
- boljše obvladovanje tveganj pri izvajanju notranjih poslovnih procesov

## **4. Trajanje:**

Začetek september 2008, konec december 2009. Razvojna naloga bo trajala ves čas izvajanja strateškega razvojnega programa in bo prešla v redno aktivnost. Zasnova bo potekala od sprejema SRP dalje in bo trajala 1 leto, nato bo prešla v redno aktivnost, ki bo zagotavljala izboljševanje na osnovi priporočil, ki bodo izšla iz notranjega in zunanjega okolja. ZZZS bo popis procesov kot osnovo za stalno izboljševanje začel konec leta 2008 ali v začetku leta 2009, končal pa do leta 2009 oz. 2010. Posnetek procesov bo enkratna naloga, njihovo stalno izboljševanje pa bo postala stalna naloga pristojnega sektorja.

## **5. Nosilci:**

Sektor za kontroling, sektor za razvoj kadrov in organizacije, vsi vodilni in vodstveni delavci, vključeni vsi sodelavci ZZZS.

## **6. Predvideni (zunANJI) stroški:**

200.000 €

## **GC 9 – RN 31**

**Uporaba vzpostavljenih sodobnih arhitektur sistema, ki omogočajo uveljavljanje nove generacije informacijskih (spletnih) storitev**

### **1. Namen naloge:**

Na vzpostavljeni webspHERE arhitekturi za varno elektronsko povezovanje v zdravstvu zagotoviti izvajanje novih vsebin za zavezanca za prispevek in zavarovance.

## **2. Kratek opis:**

Ključne naloge so:

- Nadgradnja vzpostavljenih rešitev za elektronsko prijavo / odjavo / spremembo v obvezno zdravstveno zavarovanje, pokojninsko zavarovanje in zavarovanje za primer brezposelnosti, pri čemer se uporaba razširi in poenoti za komuniciranje z velikimi sistemi ter za s.p.
- Nadgradnja vzpostavljenih rešitev e-Poizvedbe.
- Prenova RIP postopkov, kjer je to smiselno in procesi dopuščajo direktno poseganje / vpisovanje v baze podatkov zavarovalnic.

## **3. Pričakovani učinki:**

Za ZZZS:

- povečano število elektronskih postopkov in razbremenitev dela na okencih ZZZS.

Za zavezance za prispevek:

- enostavnejše in zanesljivejše sporočanje sprememb obveznega zdravstvenega zavarovanja,
- neposredno ažuriranje podatkov s strani delodajalcev oz. zavezancev za prispevek,
- točnejši osebni podatki in podatki o zdravstvenem zavarovanju – lažja komunikacija z zavarovano osebo.

## **4. Trajanje:**

Začetek junij 2008, konec december 2010, ostalo pa skladno s terminsko dinamiko projekta e-VEM.

## **5. Nosilci:**

Nosilci projekta so področna enota Informacijski center in področje za obvezno zdravstveno zavarovanje.

## **6. Predvideni (zunanji) stroški:**

Stroški 300.000 € za potrebe zunanjih izvajalcev / programerjev.

## **GC 9 – RN 32**

### **Vzpostavitev standardov in razvoj novih spletnih rešitev za partnerje ZZZS**

#### **1. Namen naloge:**

Na vzpostavljeni on-line arhitekturi za varno elektronsko povezovanje v zdravstvu se zagotovi dopolnitev tehničnih standardov informatike. Vzpostavljeni tehnični standardi so podlaga in pogoj za nadaljnji razvoj novih spletnih rešitev za zavarovance in zavezance za prispevek, katerim bo v naslednjem strateškem obdobju namenjena pozornost z vidika razvoja informacijskih rešitev, ki bodo poenostavile postopke dela.

#### **2. Kratek opis:**

- 24-urna dostopnost storitev ZZZS;
- Sprostitev prezasedenih referentov za druge naloge.

#### **3. Pričakovani učinki:**

- Povečano število elektronskih postopkov in razbremenitev dela na okencih ZZZS.
- Večje zadovoljstvo s storitvami ZZZS.

#### **4. Trajanje:**

Začetek junij 2010, konec december 2013. Začetek razvoja nalog po uvedbi on-line poslovanja pri izvajalcih ZS.

**5. Nosilci (naloge/projekta):**

Nosilci projekta so področna enota Informacijski center in področje za obvezno zdravstveno zavarovanje.

**6. Predvideni (zunanj) stroški: /**

**GC 9 – RN 33**

**Sodelovanje pri uporabi KZZ (in PK) za druge funkcije – nova osebna izkaznica.**

**1. Namen razvojne naloge**

Namen naloge je sodelovanje pri razvoju in uvedbi nove osebne izkaznice s funkcionalnostjo KZZ. Konec leta 2007 je začelo Ministrstvo za notranje zadeve po dogovoru z MZ in MJU projekt uvedbe nove osebne izkaznice. Le-ta naj bi se začela izdajati oktobra 2008. Razlog za tako kratek rok je zamenjava večjega števila osebnih izkaznic v obdobju od junija 2008 dalje, ko bo potekla veljavnost osebnim izkaznicam, izdanim v letu 1998.

**2. Kratek opis:**

Osebno izkaznico izdaja Ministrstvo za notranje zadeve. Državljan zahteva novo osebno izkaznico z vložitvijo vloge na upravni enoti. Pri tem se lahko po novem prostovoljno odloči za eno od štirih različnih vrst osebne izkaznice. Ena izmed njih bo imela tudi vse funkcije kartice zdravstvenega zavarovanja, in bo nadomeščala KZZ v on-line sistemu zdravstvenega zavarovanja – na osebni izkaznici ne bodo zapisani podatki o zavarovanju. Za pridobitev podatka ali državljan izpolnjuje pogoje iz zdravstvenega zavarovanja za pridobitev take osebne izkaznice in za izmenjavo ključnih informacij za upravljanje življenjskega ciklusa obeh dokumentov bodo v okviru razvojne naloge vzpostavljeni ustrezni postopki in informacijske povezave med evidencami ZZZS in MNZ. ZZZS bo predvidoma na podlagi pogodbe s proizvajalcem KZZ zagotavljal čipe za osebno izkaznico ter na zagotavljal električno personalizacijo »zdravstvenega« dela osebne izkaznice.

**3. Pričakovani učinki :**

Pričakujejo se naslednje pridobitve:

- poenostavitev postopkov za zavarovance z uporabo večnamenske osebne izkaznice. Zavarovane osebe bodo lahko le-to uporabljali tudi za uveljavljanje pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja,
- posledično postopno zmanjšano število izdanih KZZ ter s tem finančni prihranki,
- finančni prihranki zaradi souporabe infrastrukture z drugimi ponudniki e-storitev za državljane (medprogramje, digitalni certifikati) .

**4. Trajanje**

Razvojna naloga se je pričela z imenovanjem medresorske delovne skupine v januarju 2008, rok za izdajo nove e-osebne izkaznice je oktober 2008. Zapleti z javnim naročilom za izdelovalca osebne izkaznice nakazujejo zamik prvotno načrtovanih terminov. ZZZS se bo v okviru svojih realnih možnosti prilagodil dinamiki, ki jo definira MNZ.

**5. Nosilci razvojne naloge:**

Nosilec razvojne naloge povezovanja KZZ z novo osebno izkaznico v ZZZS je Sektor za sistem KZZ. V projekt razvoja in uvedbe nove osebne izkaznice so vključeni 4 partnerji:

- Ministrstvo za notranje zadeve (MNZ): nosilec projekta, izdajatelj osebne izkaznice;
- Ministrstvo za javno upravo (MJU): zagotavlja rešitve in izvedbo nalaganja in upravljanja certifikatov za e-upravo; skrbi za upravljanje »MJU« dela osebne izkaznice;
- Ministrstvo za zdravje (MZ): pristojno ministrstvo za ZZZS;
- ZZZS: naj bi zagotavljal čipe in pripravo čipov za osebno izkaznico, personalizacijo »zdravstvenega certifikata«, skrbel za upravljanje »zdravstvenega« dela osebne izkaznice.

**6. Predvideni (zunanji) stroški:**

Še niso znani.

**GC 10 – RN 35**

**Vzpostavitev managerskega informacijskega sistema**

**1. Namen naloge:**

Namen naloge je različnim nivojem vodenja zagotoviti informacije, ki jih potrebujejo za odločanje in doseganje poslovnih ciljev na način, da omogoča lastno uporabo analitičnih podatkov za prilagojene, posebne analize.

**2. Kratek opis:**

Naloga bo zagotovila ažurno razpolaganje z informacijami, ki jih potrebujejo vodje v določenih situacijah in redno za spremljanje poslovanja oz. doseganja kratkoročnih in dolgoročnih ciljev.

**3. Pričakovani učinki:**

- prenova sistema poročil za strateški nivo vodenja
- dinamični podatki za uporabnike (prioritetno: predpisovanje zdravil, absentizem, akutna in neakutna bolnišnična obravnava, podatki o zdravstveni dejavnosti na primarni ravni in drugo)
- nova informacijska podpora

**4. Trajanje:**

Razvojna naloga bo trajala daljši čas, v odvisnosti od informacijskih virov, ki bodo zagotavljali informacijsko podporo, ki je potrebna – začetek 2009 in konec 2011.

**5. Nosilci:**

sektor za kontroling, področje za razvoj zdravstvenega zavarovanja, PE Informacijski center vodilni in vodstveni delavci

**6. Predvideni (zunanji) stroški:**

Stroški bodo v okviru stroškov posodabljanja informacijskih rešitev (PE IC)

## **GC 11- RN 37**

### **Priprava in izvajanje petletnega akcijskega načrta za sistematično spreminjanje in razvijanje organizacijske kulture**

#### **1. Namen naloge/projekta:**

Namen razvojne naloge je zagotoviti možnosti za sistematično razvijanje organizacijske kulture za dvig kakovosti in odličnosti storitev. Zagotoviti želimo krepitev pozitivnih vrednot ZZZS ter pozitivno organizacijsko klimo za doseganje zadovoljstva naših strank in zaposlenih v zavodu.

#### **2. Kratek opis:**

Vodstvo ZZZS je že v preteklih letih dalo velik poudarek prepoznavanju, oblikovanju in dograjevanju vrednot. S tem smo skušali celostno in široko zajeti čim več vrednot in pri tem zajeli raven organizacije kot celote. V času priprav na oblikovanje novega SRP za obdobje 2008–2013 se je vodstvo ZZZS osredotočilo na vrednote voditeljstva. Osrednja skrb, ki izhaja iz poslanstva, so ljudje: zavarovane osebe in zaposleni. To predpostavlja osnovna načela, ki obsegajo zaupanje, spoštovanje različnih mnenj in medsebojno pomoč, ki bogatijo končne odločitve in ustvarjalno klimo sodelovanja. Skladno s tem smo se osredotočili na uveljavljanje štirih temeljnih organizacijskih vrednot:

- Timsko delo, sodelovanje in zavezništvo
- Delitev znanja, pretok informacij, preglednost podatkov
- Proaktivnost, inovativnost, vizionarstvo, uvajanje sprememb
- Komunikacija med sodelavci in med oddelki

Temeljni cilji razvojne naloge so:

- Vzpostavitev letnega merjenja organizacijske klime in kulture
- Priprava, izvajanje in nadzor korektivnih ukrepov za izboljševanje organizacijske klime in spremembo kulture
- Priprava večletnega sistematičnega akcijskega načrta veččin vodenja, kulture komuniciranja in timskega dela ter vključitev v letne plane izobraževanja

#### **3. Pričakovani učinki:**

Organizacijska kultura, ki obsega zaupanje, spoštovanje različnih mnenj in medsebojno pomoč in s tem omogoča kakovostne in odlične storitve za zavarovance.

#### **4. Trajanje:**

RN se je pričela v začetku leta 2008 in se bo permanentno izvajala do 2013.

#### **5. Nosilci (naloge/projekta):**

Koordinacijski nosilec je sektor za razvoj kadrov in organizacije, glavni nosilci naloge pa so vodstvo in vodje ZZZS.

#### **6. Predvideni (zunanji) stroški:**

so vključeni v redni letni finančni načrt ZZZS.

### **GC 11- RN 38**

#### **Izdaja in uveljavljanje kodeksa internega komuniciranja in informiranja v ZZZS**

##### **1. Namen naloge/projekta:**

Namen razvojne naloge je zagotoviti izboljšanje internega komuniciranja in informiranja zaposlenih in s tem omogočanje kakovostnih in odličnih storitev za zavarovance.

##### **2. Kratek opis:**

Razvojna naloga zajema dograjevanje in razvijanje kulture spoštovanja različnih mnenj in medsebojne pomoči in uveljavljanje preglednih sistemov notranjih informacij ter podatkov.

Zajemala bo naslednje aktivnosti:

- vzpostavitev, koordinacija in vodenje skupine za pripravo standardov komuniciranja in informiranja v ZZZS. V projektno skupino bodo vključeni predstavniki zaposlenih iz vsake območne enote, področne enote in direkcije. Skupina bo skozi moderacijsko delavnico prišla do predloga kodeksa. Predlog bomo evalvirali v vseh območnih enotah in področni enoti in ga posredovali v potrditev vodstvu ZZZS.
- izdaja kodeksa internega komuniciranja in informiranja v ZZZS. Kodeks bomo distribuirali vsem zaposlenim in ga skomunicirali preko predstavnikov projektne skupine.
- predlog vsebin in organizacija izobraževanj in treningov s področja kulture in načinov komuniciranja: vključevanje v redni plan izobraževanja. Vsebine kataloga internih izobraževalnih programov bomo permanentno dopolnjevali z vsebinami, ki jih bo priporočal kodeks internega komuniciranja.

##### **3. Pričakovani učinki:**

Uveljavitev kodeksa komuniciranja v ZZZS bo podpora izgradnji organizacijske kulture, ki obsega zaupanje, spoštovanje različnih mnenj in medsebojno pomoč in s tem omogoča kakovostne in odlične storitve za zavarovance.

##### **4. Trajanje:**

RN se bo pričela leta 2010 se zaključila 2011. Uveljavljanje bo potekalo do 2013.

##### **5. Nosilci:**

Nosilec RN je sektor za razvoj kadrov in organizacije z sodelovanjem vodstva, vodij in zaposlenih ZZZS.

##### **6. Predvideni (zunanji) stroški:**

12.000,00 EUR

### **GC 11- RN 39**

#### **Vzpostavitev in uveljavljanje sistema (poslovnika) o izboljšavah in inovacijah v ZZZS**

##### **1. Namen naloge/projekta:**

Namen razvojne naloge je uveljaviti sistem predlogov izboljšav in inovacij, sistem zaščite intelektualne lastnine ZZZS in avtorskih pravic ter s tem zagotoviti čim višjo kakovost in odličnost storitev za zavarovance.

## **2. Kratek opis:**

V okviru realizacije razvojne naloge bomo formalno omogočili uveljavljanje sistema izboljšav in inovacij. Namen je poiskati pravne podlage za zaščito intelektualnega dela inovativnih informacijskih in drugih poslovnih rešitev.

Razvojna naloga bo zajemala naslednje aktivnosti:

- vzpostavitev in koordinacija strokovne projektne skupine za pripravo sistema inovacij v ZZZS,
- pregled pravnih podlag za uveljavljanje poslovnika,
- pregled pravnih podlag o možnostih nagrajevanja za predloge izboljšav in inovacije,
- priprava predloga poslovnika o izboljšavah in inovacijah v skladu z zakonodajo,
- sprejetje in uveljavljanje poslovnika.

## **3. Pričakovani učinki:**

Uveljavitev poslovnika v ZZZS bo omogočala uveljavljanje kreativnosti in proaktivnosti zaposlenih v ZZZS in s tem uveljavljanje sprememb in novosti iz zunanjega in notranjega okolja.

## **4. Trajanje:**

RN se bo pričela leta 2011 se zaključila 2013.

## **5. Nosilci:**

Nosilca sta sektor za razvoj kadrov in organizacije ter sektor za informiranje in odnose z javnostmi v sodelovanju z vodstvom, vodji in zaposlenimi ZZZS.

## **6. Predvideni (zunanj) stroški:**

so vključeni v redni letni finančni načrt ZZZS.

## **GC 11- RN 40**

### **Priprava in uveljavljanje strategije upravljanja s kadri**

#### **1. Namen naloge/projekta:**

Namen razvojne naloge je zagotoviti in uveljaviti takšen sistem upravljanja s kadri, ki nam bo omogočal ob nenehnih zahtevah vlade po zmanjšanju števila zaposlenih bolje izkoristiti kadrovski potencial zaposlenih v ZZZS. Namen je zadržanje in motiviranje ključnih kadrov z višjimi strokovni standardi pridobivanja kadrov, fleksibilnejšimi oblikami in načini pridobivanja in vodenja zaposlenih.

#### **2. Kratek opis (poglavitnih vsebinskih sprememb naloge/projekta):**

Razvojna naloga bo zajemala pripravo strategije upravljanja s kadri, ki bo vsebovala naslednje aktivnosti:

- Priprava politike pridobivanja in zadržanja kadrov (določitev posebnih načinov pridobivanja deficitarnih kadrov, zadržanje ključnih kadrov)
- Karierna politika: vzgajanje naslednikov ključnih vodij in ekspertov
- Priprava in uveljavljanje novih standardov selekcijskega postopka pridobivanja in uvajanja novih ključnih kadrov
- Oblikovanje fleksibilnega sistema za uresničevanje poklicnih karier zaposlenih in povezava z obstoječimi sistemi letnih pogovorov
- Pregled možnosti in priprava predlogov motiviranja (ključnih) kadrov



### **3. Pričakovani učinki:**

Uveljavitev strategije upravljanja s kadri v ZZZS bo omogočala naslednje:

- prilagajanje strukture kadrov uresničevanju strategije z aktivnim kadrovanjem,
- zagotovitev zadostnega števila motiviranih strokovnjakov za uresničevanje razvojnih ciljev ZZZS

### **4. Trajanje:**

RN se bo pričela leta 2008 zaključila decembra 2009.

### **5. Nosilci:**

Nosilec RN je sektor za razvoj kadrov in organizacije z sodelovanjem vodstva in vodij ZZZS.

### **6. Predvideni (zunanji) stroški:**

so vključeni v redni letni finančni načrt ZZZS.

## **GC 11- RN 41**

### **Vzpostavitev in uveljavljanje sistema upravljanja z znanjem kot funkcijo managerskega upravljanja**

#### **1. Namen naloge/projekta:**

Namen projekta je uveljaviti sistem upravljanja z znanjem, kot funkcijo managerskega upravljanja, ki obsega naslednje aktivnosti:

- analiziranje obstoječih in določitev potrebnih znanj,
- planiranje pridobivanja potrebnih znanj,
- pridobivanje, uporabljanje in prenos znanj,
- kontroliranje pridobivanja, uporabe in prenosa znanj.

#### **2. Kratek opis (poglavitnih vsebinskih sprememb naloge/projekta):**

Projekt bo zajemal naslednje aktivnosti:

- opredelitev temeljnih izhodišč iz SRP 2008 – 2013,
- priprava metodologije za opredelitev znanj
- vzpostavitev in koordiniranje projektne skupine za opredelitev standardnih in ključnih znanj ZZZS glede na strateške cilje, področja in zaposlene ter določitev skrbnikov znanj
- priprava kataloga znanj
- določitev načinov in standardov pridobivanja ključnih znanj in priprava dolgoročnega plana pridobivanja ključnih znanj
- določanje prioritet za uveljavitev ključnih in specialnih znanj:
  - ključna znanja s področja socialnih zavarovanj, organizacije in upravljanja zdravstvenih zavodov,
  - specialna znanja za ocenjevanje vplivov razvojnih ukrepov na zdravje in zdravstveno varnost prebivalstva (npr. metodologija HTA (Health Technology Assessment), HIA (Health Impact Assessment), ekonometrijske metode (cost-benefit, cost-effectiveness, cost-efficiency, idr.)
  - specialna znanja s področja zdravstvene informatike,
  - specialna znanja s področja sodobnih informacijskih tehnologij (spletni servisi) in »mainframe« tehnologij
- zagotovitev izvedbe ciljnih izobraževanj po letnih načrtih za (ključna) prednostna in specialna znanja

- vzpostavitev sistema prenosa specialnih znanj
- dograditev informacijskih sistemov za dokumentiranje in prenos znanj – eHRM in INDOK sistem

### **3. Pričakovani učinki:**

Uveljavitev sistema upravljanja znanja nam bo omogočilo razvoj in pridobivanje znanj za uresničevanje strategije ZZZS z:

- zagotavljanjem in upravljanjem ključnih znanj s področja socialnih zavarovanj, organizacije in upravljanja zdravstvenih zavodov
- zagotavljanjem in upravljanjem specialnih znanj (za ocenjevanje potreb po zdravstvenih storitvah, za ocenjevanje vplivov razvojnih ukrepov na zdravje in zdravstveno varnost prebivalstva, ekonometrijske metode, specialna znanja s področja zdravstvene informatike in sodobnih informacijskih tehnologij ipd.)

### **4. Trajanje:**

RN se bo pričela leta 2009 se zaključila 2011.

### **5. Nosilci:**

Nosilec RN je sektor za razvoj kadrov in organizacije z sodelovanjem vodstva in ključnih ekspertov ZZZS.

### **6. Predvideni (zunanji) stroški:**

200.000,00 EUR.

## **6.3. Razvojni projekti**

Razvojni projekti so večje naloge ZZZS, ki se izvajajo na projektni način dela, uveljavljen v ZZZS. Kriteriji, ki narekujejo oblikovanje projekta so: da gre za nalogo, katere izdelki oziroma rezultati so strateškega pomena za ZZZS, so poslovno-razvojno upravičeni ali poslovno nujni; ali, da je naloga kompleksna, interdisciplinarna in zahteva večji obseg sodelovanja zaposlenih z različnimi znanji iz različnih organizacijskih enot ZZZS; ali pa, da gre za enkratno strokovno nalogo, ki uvaja nove vsebine v poslovanje ZZZS. Konkretizacija izvedbe posameznega razvojnega projekta se plansko umešča v Poslovni plan ZZZS za posamezno koledarsko leto. Zagotavlja se redno spremljanje napredovanja dela na projektu in letno poročanje o realizaciji projektnega plana ZZZS. Replaniranje razvojnih projektov se izvaja skozi proces letnega planiranja. Realizacija razvojnih projektov v predvidenih rokih predstavlja za ZZZS večje tveganje zaradi obsežnosti nalog, vhodov, ki jih posamezni projekt potrebuje iz zunanjega okolja oziroma ima uvedba vpliv na okolje ZZZS. Posebno izpostavljeno tveganje za realizacijo predvidenih razvojnih projektov je zadostno število in izobrazbena struktura kadrov, saj je občuten deficit informatikov, zdravnikov in nekaterih drugih s specialnimi znanji.

### 6.3.1. Pregled razvojnih projektov po globalnih ciljih

#### 1. Vidik strank

Globalni cilji	Razvojni projekti
GC1. Zagotoviti visoko raven zdravstvene varnosti vsem zavarovanim osebam in izboljšati njihovo zadovoljstvo z OZZ	1. Uvedba elektronskih prijav/odjav/sprememb v obvezna socialna zavarovanja z uporabo sistema e-VEM
GC2. Izboljšati ozaveščenost in motiviranost zavarovanih oseb o skrbi za lastno zdravje in pravicah ter dolžnostih iz OZZ	2. Zasnova projekta KREPITEV ZDRAVJA: omogočanje in zagovarjanje izbranih programov in aktivnosti za promocijo zdravja na nacionalni ali na lokalnih ravneh ter v delovnem okolju; izvajanje politike promocije zdravja ZZZS v naslednjih prednostnih okoljih: <ul style="list-style-type: none"> <li>– delovna okolja oz. organizacije,</li> <li>– šole,</li> <li>– vrtci</li> </ul>

#### 2. Vidik financ

GC 4. Ohraniti uravnoteženo in pregledno finančno poslovanje	3. Dokončanje projekta PRISPEVKI in njegova uvedba
	4. Projekt Oblikovanje prispevnih stopenj za nesreče pri delu in poklicne bolezni - po panogah glede na povprečne stroške na zavarovanca v primerjavi s slovenskim poprečjem

#### 3. Vidik notranjih procesov

GC 9. Širiti uporabo informacijskih in komunikacijskih tehnologij v poslovanju ZZZS in njegovem povezovanju z zunanjim okoljem	5. Projekt On-line zdravstveno zavarovanje z novo KZZ in PK ter razvoj rešitev na tej infrastrukturi (elektronske listine, sprotno komuniciranje, idr.)
GC10. Zagotoviti boljšo izrabo podatkov	6. Projekt Izdatki zdravstvenih storitev za prenovo in organizacijo podatkov o izdatkih za akutno bolnišnično obravnavo in zdravila

## 6.3.2. Opisi razvojnih projektov

### GC 1 – RP 1

#### **Uvedba elektronskih prijav/odjav/ sprememb v obvezna socialna zavarovanja z uporabo sistema e-VEM**

##### **1. Namen projekta:**

Popolna integracija elektronskih prijav v procese in informacijski sistem Zavoda in racionalizacija poslovanja.

##### **2. Kratek opis:**

Sistem Ministrstva za javno upravo, e-VEM, je informacijska podpora, namenjena prvenstveno olajšanju ustanavljanja gospodarskih subjektov. Sistem podpira tudi vložitev elektronske prijave v obvezna socialna zavarovanja, žal pa to možnost zaenkrat uporabljajo le redki samostojni podjetniki in gospodarske družbe. Razlog je v nedodelanosti in še vedno relativni zapletenosti posameznih segmentov sistema (npr. sistem pooblaščenja in pridobivanja kvalificiranih digitalnih potrdil). V sodelovanju z Ministrstvom za javno upravo, ki je idejni in dejanski nosilec projekta in sistema e-VEM, načrtujemo v nadaljevanju dograjevanje storitve »prijava o obvezna socialna zavarovanja«, tako da bo vložitev elektronske prijave na enostaven način omogočena vsem zavezancem; tudi ZPIZ, ZRSZ in občinam.

V dogovoru z MJU bo prva faza projekta vsebovala:

- izdelavo vmesnika, ki bi vlagateljem omogočil prenos podatkov iz njihovega kadrovske informacijskega sistema v elektronske obrazce M portala e-VEM;
- pripravo analize nove sheme pooblaščenja;
- preveritev možnosti pisnega pooblaščenja na točkah VEM;
- nadgradnjo e-VEM za s.p.

V dogovoru z MJU bo druga faza projekta vsebovala:

- možnost vlaganja prijav/sprememb/odjav ZPIZ-u in ZRSZ-ju, ki sta med največjimi zavezanci za vlaganje prijav;
- postopno dograjevanje sistema e-VEM za ostale zavezance (občine, državno upravo...).

##### **3. Pričakovani učinki:**

Poenostavitev vlaganja prijav/odjav/sprememb v obvezna socialna zavarovanja za zavezance. Za zavezance bo to pomenilo de facto odpravo krajevne pristojnosti za vlaganje prijav.

Racionalizacija dela prijavno/odjavne službe (po e-VEM poti ZZZS prejme popolno vlogo, zato je postopek z vgrajenimi avtomatičnimi kontrolami hitrejši, odzivnost delavcev, pa večja; dokumentacija se hrani v centralnem elektronskem arhivu in je ni potrebno več hraniti v papirni obliki; zmanjša se možnost napak pri ročnem vnosu podatkov s tem je zagotovljena večja točnost podatkov v evidencah ZZZS).

##### **4. Trajanje:**

MJU je s projektom začel v jeseni 2004, julija 2005 je že bila dana v produkcijo rešitev za s.p. (ustanovitev, prijava v obvezna socialna zavarovanja za s.p.). Projekt se je nadaljeval z nadgradnjo za ustanavljanje gospodarskih družb (produkcija v februarju 2008), in se še naprej nadgrajuje in dopolnjuje tako glede prvotnega namena - olajšanja ustanavljanja gospodarskih subjektov, kot tudi za podsisteme. Eden od podsistemov je vključitev v obvezna socialna zavarovanja, ki ga informacijsko in

organizacijsko pokriva Zavod. V rokih smo odvisni od Ministrstva za javno upravo. V aprilu 2008 so bili dogovorjeni naslednji roki za nove naloge:

- prva faza: začetek – 1.6.2008, konec - 1.3.2009;
- druga faza: začetek 15.12.2009.

#### **5. Nosilci:**

Področje za obvezno zdravstveno zavarovanje, Informacijski center.

E- VEM je sistem Ministrstva za javno upravo, zato je njegova vloga ključna. Še naprej se nadajamo dobrega sodelovanja.

#### **6. Predvideni (zunanji) stroški:**

100.000 EUR

### **GC 2 – RP 2**

**Krepitev zdravja: omogočanje in zagovarjanje izbranih programov in aktivnosti za promocijo zdravja na nacionalni ali na lokalnih ravneh ter v delovnem okolju.**

#### **1. Namen projekta:**

Promocija zdravja, kot strategija, ki jo že vrsto let podpira in uveljavlja zlasti Svetovna zdravstvena organizacija, je že dolga leta navdih za različne aktivnosti vladnih in nevladnih organizacij ter tudi posameznikov v skrbi za lastno zdravje. Ko je govora o strategiji, gre pri tem predvsem za opredelitev in izvedbo načrtovanih medsektorskih aktivnosti, katerih namen je uveljaviti zdravju naklonjeno politiko na vseh ravneh življenja v skupnostih – od lokalnih do nacionalne. ZZZS se temu gibanju pridružuje z opredeljenimi aktivnostmi, na podlagi katerih bo ZZZS »posredoval« za izboljšanje možnosti v konkretnem (fizičnem, naravnem, delovnem, socialnem) okolju za bolj zdrav življenjski izbor posameznikov in bolj smiselno porazdelitvijo odgovornosti za zdravje.

#### **2. Kratek opis:**

V vsebinskem smislu pomeni promocija zdravja uveljavljanje pozitivnih vrednot in sprememb v skrbi za zdravje prebivalstva. Prvo področje sprememb je uveljavljanje zdravega stila življenja. Najbolj množične sodobne medicinske probleme prebivalstva je mogoče pomembno zmanjšati, če ljudem omogočimo spremeniti stil življenja tako, da se izognejo dejavnikom tveganja. Za to so potrebne določene »politike« (zakonske, finančne, davčne in druge) z uveljavljanje sprememb na nacionalni in lokalnih ravneh, ki bodo ljudem ponujale večjo možnost izbire zdravega načina življenja. Poseben pomen ima na tem področje tudi celovita skrb za zdravje in varnost pri delu oz. na delovnem mestu. Poleg opredelitve "zdrave javne politike" pa je pomembna plat delovanja tudi informiranje in vzgoja za zdravje, katerih cilj je ozaveščanje ljudi o možnosti izbire med zdravim in nezdravim.

Drugo področje sprememb v sistemu so ukrepi in aktivnosti za bolj zdravo okolje. Ključ za doseg in uresničitev ciljev pri zagotavljanju bolj zdravega okolja je v rokah nemedicinskih sektorjev družbe. Vitalna področja za zdravje so načrtovanje ustreznih tehnologij, pridelava in predelava hrane, kontrola onesnaževanja voda, zraka in zemlje, skrb za varstvo pred ionizirajočimi sevanji in onesnaževanje s hrupom.

Zadnje področje sprememb pa zadeva spreminjanje sistema zdravstvenega varstva. Gre za spremembe, ki naj bi povečale skrb za zdravje prebivalstva in preprečevanje

bolezni. Osnova za doseganje takšnih sprememb je nadaljnje uveljavljanje primarnega zdravstvenega varstva.

**3. Pričakovani učinki:**

Na osnovi izbranih aktivnosti in ukrepov, kot so npr.:

- zasnova večjih zdravju naklonjenih informativno promocijskih kampanj
  - opredelitev zdravih javnih politik za lokalno prebivalstvo na ravni območnih enot ZZZS
  - opredelitev standardov in razširjanje modelov dobrih praks za celovito skrb za zdravje na delovnem mestu
  - sofinanciranje izbranih projektov za promocijo zdravja
- naj bi ZZZS v naslednjem razvojnem obdobju uveljavljal in promoviral večjo odgovornost in skrb za zdravje v lokalnih okoljih in v okolju delovnih organizacij

**4. Trajanje:**

Začetek junij 2009, konec junij 2011.

**5. Nosilci:**

Področje za razvoj zdravstvenega zavarovanja, področje za obvezno zdravstveno zavarovanje, sektor za informiranje in odnose z javnostmi.

**6. Predvideni zunanji stroški:**

150.000 EUR

**GC 4 – RP 3**

**Prispevki**

**1. Namen naloge/projekta:**

Namen projekta je urediti področje evidence in izterjave prispevkov za določene kategorije zavezancev, katerih proces dela še teče na ZZZS.

**2. Kratek opis:**

Projekt je v zaključni fazi in bo zagotovil enoten proces dela v vseh območnih enotah ZZZS, postopen prenos nekaterih opravil na DURS, ureditev informacijske podpore za evidenco in izterjavo.

**3. Pričakovani učinki:**

Projekt bo prispeval k poenotenju in optimizaciji procesov po območnih enotah na področju obračunavanja, evidentiranja in izterjave prispevkov za OZZ ter sodelovanje z DURS. Izdelan bo celovit nov organizacijski predpis.

**4. Trajanje:**

Razvojni projekt je že v teku in bo realiziran najkasneje do februarja 2009.

**5. Nosilci:**

Področje za finance in računovodstvo, PE Informacijski center

**6. Predvideni (zunanji) stroški:**

Stroški so vključeni v plan PE IC

## **GC 4 – RP 4**

### **Oblikovanje prispevnih stopenj za nesreče pri delu in poklicne bolezni**

#### **1. Namen projekta:**

Osnovni namen je uveljaviti možnost znižanja prispevnih stopenj za delodajalce za poškodbe na delu in poklicne bolezni kot finančno oz. ekonomsko vzpodbudo z aktivnejšo skrb delodajalcev za zdravje in varnost pri delu v slovenskih podjetjih.

#### **2. Kratek opis:**

Uvedba diferenciranih prispevnih stopenj za poškodbe pri delu in poklicne bolezni je bila predvidena že v veljavnem zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju od leta 1992 dalje, vendar doslej še ni bila uresničena. Vsebinsko pomeni uvedba diferencirane stopnje razlikovanje v plačevanju obveznosti med posameznimi delodajalci in sicer na način, da bi delodajalci oziroma dejavnosti z nadpovprečnimi stroški za ta tveganja plačevali viške prispevke, tisti s podpovprečnimi pa nižje prispevke od povprečnih. Ukrep do sedaj ni bil uresničen zaradi vsebinskih oz. političnih zadržkov, saj bi lahko povzročil večje obremenitve prav podjetjem v delovno intenzivnih panogah, s tem pa tudi možne socialne posledice zaradi dodatnih obremenitev in posledične nekonkurenčnosti. V obdobju 2008 – 2013 bo prišlo do uveljavitve teh določil, zato bo ZZZS skupaj s ZPIZ pripravil zasnovo in izvedel projekt za uresničitev opisanih ciljev, ki bodo podlaga za spremembo ustrezne zakonodaje.

#### **3. Pričakovani učinki:**

- opredelitev vsebinskih, pravnih in organizacijskih vprašanj povezanih s spremljanjem poškodb pri delu in poklicnih bolezni ter opredelitvijo diferenciranih prispevnih stopenj
- zasnova oz. prenova informacijskega sistema za spremljanje poškodb pri delu in poklicnih bolezni
- opredelitev pravilnika za določanje diferenciranih prispevnih stopenj
- vzpostavitev organizacijske strukture in prehod v redno aktivnost

#### **4. Trajanje:**

Začetek projekta predvidoma junij 2009, konec projekta junij 2012.

#### **5. Nosilci:**

Področje financ in računovodstvo, področje za obvezno zdravstveno zavarovanje, informacijski center

#### **6. Predvideni zunanji stroški:**

Sredstva v okviru rednih finančnih načrtov ZZZS.

## **GC 9 – RP 5**

### **On-line zdravstveno zavarovanje z novo KZZ in PK**

#### **1. Namen projekta:**

Namen dveh nacionalnih projektov On-line zdravstveno zavarovanje in Nova KZZ je izgradnja infrastrukture in uporabniških rešitev, ki bodo omogočale da se bodo podatki, ki se danes preko KZZ kot nosilec podatkov izvajalcem zdravstvenih storitev zagotavljali z direktnim dostopom v baze podatkov ZZZS in prostovoljnih zdravstvenih zavarovalnic. Vzpostavljena infrastruktura bo podlaga za razvoj nadaljnjih e-storitev zdravstvenega zavarovanja (npr. recept, napotnica,...) ter za

nadaljnjo informatizacijo celotnega zdravstvenega sistema v okviru nacionalne strategije eZdravje ( npr. čakalne vrste, naročanje, zdravstveni portal, ...).

## 2. Kratek opis:

Ključne naloge projektov so:

- Vzpostavitev varnostne in komunikacijske infrastrukture za neposredno elektronsko (on-line) poslovanje med ZZZS, prostovoljnimi zdravstvenimi zavarovalnicami in izvajalci ZS.
- Koncipirati rešitve, pri katerih bo KZZ namesto nosilca podatkov predstavljala predvsem element identifikacije zavarovane osebe in bo ključ za dostop do zdravstvenih in zdravstveno zavarovalniških podatkov.
- Vzpostavitev procesov za neposredno pridobivanje vseh tistih podatkov iz izvornih podatkovnih baz, ki se sedaj zapisujejo na KZZ.
- Vzpostavitev on-line aplikacij za neposredno pridobivanje vseh tistih podatkov iz izvornih podatkovnih baz, ki se sedaj zapisujejo na KZZ.
- Ukinitev samopostrežnih terminalov po uspešni uvedbi neposrednega, on-line komuniciranja.
- Zagotoviti nove profesionalne kartice, ki vsebujejo digitalna potrdila za varno in učinkovito identifikacijo, avtentikacijo in avtorizacijo zdravstvenega delavca ter elektronsko podpisovanje dokumentov v zdravstvu.
- Vzpostavitev on-line poslovanja pomembno posega v vsakodnevne postopke izvajanja in financiranja zdravstvenih storitev, zato je vsako spremembo potrebno celovito analizirati ter pripraviti premišljene in za končne uporabnike sprejemljive rešitve.

## 3. Pričakovani učinki:

Za zavarovane osebe:

- Odprava osveževanja podatkov KZZ na SST-jih.
- Bolj točni in ažurni podatki pri izvajalcu – lažje koriščenje storitev.
- Ukinitev papirnih potrdil, postopna poenostavitev postopkov (npr. elektronsko pridobivanje soglasij ZZZS za določene zdravstvene storitve).
- Nova KZZ bo tehnološko sodobna kartica z odprtimi razvojnimi možnostmi in je možen nosilec drugih potrdil
- Orodja za varovan dostop do lastnih podatkov preko omrežja.
- Varen, zanesljiv, zaupanja vreden sistem.

Za ZZZS, zavarovalnice za PZZ:

- Odprava rizikov za neupravičeno koriščenje zdravstvenih storitev brez urejenega zavarovanja.
- Znižanje stroškov (ukinitvev samopostrežnih terminalov).
- Poenostavitve postopkov kontrole obračuna zdravstvenih storitev.

Za izvajalce zdravstvenih storitev:

- Točnejši in ažurnejši osebni podatki in podatki o zdravstvenem zavarovanju – lažja komunikacija z zavarovano osebo.
- Širši nabor podatkov o IOZ za lažjo komunikacijo med izvajalci zdravstvenih storitev.
- Podrobnejši podatki za obračun zmanjšujejo napake pri fakturiranju ZZZS, zavarovalnicam in zavarovanim osebam.
- Poenostavitev algoritmov v zdravstvenih aplikacijah, ker bodo pravila vgrajena v on-line sistem.



- Ukinitvev papirnega posredovanja podatkov (nosečnosti, RIP IOZ pri izvajalcih ki niso na RIP), ukinitvev RIP IOZ.
- Sodobna infrastruktura za sprotno in varno izmenjevanje podatkov med informacijskimi sistemi subjektov v zdravstvu.
- Ob nadgradnji tehnologije nemoteno delovanje kartičnega sistema brez radikalnih pretresov za partnerje in uporabnike
- Nova PK z digitalnim potrdilom je temeljni varnostni element e-poslovanja v zdravstvu in zdravstvenem zavarovanju z možnostjo novih aplikacij

#### **4. Trajanje:**

ZZZS projekta prenove On-line ZZ in Nova KZZ izvaja od jeseni 2006. Na osnovi reprogramiranja bo projekt zaključen predvidoma v januarju 2010.

#### **5. Nosilci projekta:**

Nosilci projekta so področna enota Informacijski center, sektor za KZZ, področje za zdravstveno ekonomiko in analitiko, področje za obvezno zdravstveno zavarovanje, sodelujejo pa tudi sektor za pravne in splošne zadeve, sektor za odnose z javnostmi ter vse območne enote ZZZS.

Rešitve projekta posegajo v okolje izvajalcev zdravstvenih storitev, zato so le-ti kot partnerji vključeni v načrtovanje, izvajanje in nadzor projekta.

#### **6. Predvideni (zunanji) stroški:**

Predvideni stroški projektov do zaključka nacionalne uvedbe so 3,985 mio €, od tega 2,3 mio € za projekt On-line ZZ in 1,685 mio € za Nova KZZ.

### **GC 10 – RP 6**

**Izdatki zdravstvenih storitev za prenovo in organizacijo podatkov o izdatkih za akutno bolnišnično obravnavo in zdravila.**

#### **1. Namen naloge/projekta:**

Namen projekta Izdatki je izgradnja nove informacijske podpore za sprejem, kontrolo in evidentiranje prejetih finančno računovodskih in neračunovodskih dokumentov izvajalcev zdravstvenih storitev, pridobitev podrobnih podatkov o opravljenih zdravstvenih storitvah in izdanih materialih (po osebi), organizacija podatkov na način zbirk podatkov ter vzpostavitev pilotnih informacijskih rešitev za podporo analizam podatkov v akutni bolnišnični obravnavi (SPP) in za zdravila na recept (AOR).

#### **2. Kratek opis (poglavitnih vsebinskih sprememb naloge/projekta):**

Projekt bo prenovil procese in informacijsko podporo za računovodstvo in analitično upravljanje z dokumenti in podatki obračuna zdravstvenih storitev. Izvedba projekta obsega razvoj nove aplikacije za celovito evidentiranje in kontrolo vseh dokumentov obračuna zdravstvenih storitev (aplikacija »Izdatki«), prilagoditve računalniškega izmenjevanja podatkov in vzpostavitev rešitev za celovito spremljanje in analiziranje podatkov o stroških zdravstvenih storitev po zavarovani osebi. V dosedanjem izvajanju projekta so bile že pripravljene vsebinske rešitve za nov model procesov, izhodišča za izdelavo programske rešitve »Izdatki« in preverjeno orodje MicroStrategy za potrebe analiziranja podatkov, ki bo ob uvedbi omogočilo neposreden dostop do podatkov o predpisanih zdravilih in njihovo analiziranje vsem zainteresiranim uporabnikom.

#### **3. Pričakovani učinki (poglavitnih pridobitev, ki jih bo uveljavila naloga/projekt):**

Osnovne pridobitve projekta bodo:

- posodobitev informacijske podpore vodenju analitične evidence zdravstvenih storitev z možnostjo nadaljnega uvajanja RIP specifikacij in odprtostjo prilagajanja drugim spremembam,
- lažja dostopnost in učinkovitejša izraba podatkov za pripravo analiz in predlogov izboljšav,
- nadgradnja avtomatiziranih kontrol vhodnih podatkov in elektronskega komuniciranja z izvajalci zdravstvenih storitev,
- izboljšanje prijaznosti in funkcionalnosti informacijske podpore za uporabnike.

#### 4. Trajanje (okvirni začetek in konec naloge/projekta):

Na osnovi replana v letu 2008 bo projekt zaključen predvidoma v juniju 2010.

#### 5. Nosilci (naloge/projekta):

Področje za zdravstveno analitiko in ekonomiko, področje za razvoj in področje za finance in računovodstvo, sodelujejo tudi strokovni delavci IC.

#### 6. Predvideni (zunanji) stroški:

85.000 evrov

### 6.4. Plan razvojnih nalog in projektov

Tabela 28. Plan nekaterih večjih razvojnih nalog

Št. Naloge	Predviden začetek	Predviden konec	Predvidena sredstva	2007				2008				2009				2010				2011				2012				2013			
				1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Jun. 2008	Dec. 2010																													
3	Maj 2007	Dec. 2011																													
4	Jan. 2009	Dec. 2009																													
5	Jan. 2007	Dec. 2010																													
11	Jun. 2009	Dec. 2009	68.000																												
12	Jan. 2010	Dec 2012	40.000																												
14	Jun. 2009	Dec 2013																													
16	Odkvisno od sprememb ZZZS																														
17	Sep. 2008	Dec 2009																													
18	Nov. 2008	Jun 2010	200.000																												
20	Sep. 2008	Jun. 2010	120.000																												
22	Jun. 2009	Dec. 2012																													
24	Odkvisno od sprememb ZZZS																														
25	Jun. 2008	Dec. 2013	100.000																												
26	Jun. 2009	Jun. 2011	30.000																												
27	Jan. 2009	Jun. 2010																													
28	Sep. 2008	Dec. 2009	200.000																												
31	Jan. 2008	Dec. 2010	300.000																												
32	Jan. 2010	Dec. 2013																													
33	Jan. 2008	Dec. 2008																													
35	Jan. 2009	Dec. 2011																													
37	Jan. 2008	Dec. 2011																													
38	Jan. 2010	Dec. 2011	12.000																												
39	Jan. 2011	Dec. 2013																													
40	Jul. 2008	Dec. 2009																													
41	Jan. 2009	Dec. 2011	200.000																												
<b>SKUPAJ</b>			<b>1.278.000</b>																												

**Tabela 29. Plan razvojnih projektov**

Št. projekta	Predviden začetek	Predviden konec	Predvidena sredstva	2007			2008			2009			2010			2011			2012			2013		
				1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
1	Jul. 2005	Dec. 2009	100.000																					
2	Jun. 2009	Jun. 2011	150.000																					
3	Jan. 2006	Sep. 2009																						
4	Jun. 2009	Jun. 2012																						
5	Sep. 2006	Jan. 2010	4.000.000																					
6	Jan. 2006	Jun. 2010	85.000																					
			<b>4.335.000</b>																					

## 6.5. Finančno poslovanje v obdobju 2008-2013

Na razvojne možnosti zdravstvenega varstva v obdobju 2008 – 2013 bodo vplivale finančne možnosti in pogoji poslovanja. Projekcija finančnega poslovanja v obdobju 2008 – 2013 temelji na realnem scenariju razvoja za obdobje 2008-2013, ki je opisana v poglavju 3 in ki izhaja iz dveh temeljnih finančnih izhodišč:

- da se v skladu s Programom stabilnosti ZZZS ne sme zadolževati, prispevne stopnje morajo ostati nespremenjene,
- da se pravice in sedanji nivo obsega programov iz obveznega zdravstvenega zavarovanja ne sme zmanjšati, kar je tudi usmeritev organov upravljanja ZZZS

Projekcije prihodkov in odhodkov so ocenjene na podlagi naslednjih predpostavk:

- upoštevani so globalni makroekonomski okvirji razvoja Slovenije (UMAR z dne 1.4.2008):
  - o 3,8% povprečna realna rast prispevne osnove,
  - o 3,1% povprečna rast cen in
  - o 2,1% povprečna realna rast plač v javnem sektorju brez učinkov v zvezi z odpravo nesorazmerij plač v javnem sektorju,
- odhodki za zdravila se bodo povečevali po povprečni realni letni stopnji rasti 5,2%, odhodki za medicinsko tehnične pripomočke po stopnji 3,5%, odhodki za nadomestila plač med začasno zadržanostjo z dela po stopnji 1,5% (glede na povprečno rast plač v Republiki Sloveniji),
- v letu 2008 se predvideva povečanje odhodkov zaradi širitve programov zdravstvenih storitev (dodatni programi – nova zdravila, metode zdravljenja, tehnologija) v višini 57,7 milijonov evrov; ki bodo v naslednjih letih postali sestavina rednih programov zdravstvenih storitev,
- potrebno je zagotoviti sredstva za dodatne odhodke za postopno odpravo nesorazmerij plač v zdravstvu po zakonu o sistemu plač v javnem sektorju do konca leta 2010, v skupnem znesku 126 milijonov evrov (po izhodiščni vrednosti plače za javni sektor ki velja v prvem polletju 2008), od tega 80 milijonov evrov za zaposlene v zdravstveni negi in ostale zdravstvene sodelavce ter 46 milijonov evrov za zdravnike in zobozdravnike. Izračun temelji na kalkulativnem številu in strukturi zaposlenih, upoštevanih v kalkulativnih elementih cene oz. vrednosti programov, dogovorjenem dvigu plač za zaposlene v zdravstveni negi in za ostale zdravstvene sodelavce (22 %) ter za zdravnike in zobozdravnike (15,6 %) ter ocenjenem deležu vrednosti programov zdravstvenih storitev, ki se financira iz sredstev OZZ (87 %).

Na podlagi navedenih izhodišč in predpostavk je ocenjena projekcija prihodkov in odhodkov ZZZS za obdobje 2008 do 2013 prikazana v tabeli 30.

**Tabela 30: Projekcija finančnega poslovanja ZZZS v obdobju 2008 – 2013**

V mio evrov

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Prihodki	2.207,58	2.369,92	2.533,62	2.691,22	2.854,31	3.031,66
Odhodki	2.183,17	2.398,90	2.578,27	2.717,34	2.870,53	3.031,66
– od tega za nove programe	57,69	0,00	0,00	0,00	23,00	30,00
– od tega potrebno znižanje programov	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Tekoči presežek/primanjkljaj</b>	<b>24,41</b>	<b>-28,98</b>	<b>-44,65</b>	<b>-26,12</b>	<b>-16,22</b>	<b>0,00</b>
<b>Sredstva na računih Zavoda</b>	<b>115,97</b>	<b>86,99</b>	<b>42,34</b>	<b>16,22</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>

Razdelitev odhodkov po projekciji po glavnih namenih porabe je prikazana v tabeli 31.

**Tabela 31: Projekcija odhodkov po namenih porabe v obdobju 2008 – 2013**

v mio €

	Projekcija 2008			Projekcija 2009			Projekcija 2010			Projekcija 2011			Projekcija 2012			Projekcija 2013		
	Str.	Realna rast		Str.	Realna rast		Str.	Realna rast		Str.	Realna rast		Str.	Realna rast		Str.	Realna rast	
Zdravstvene storitve	1.512	69,3	7,6	1.671	69,7	7,1	1.800	69,8	4,7	1.882	69,3	1,8	1.982	69,0	2,7	2.089	68,9	3,2
Odhodki za zdravila, MTP, trans. krvi in cepiva	377	17,3	7,1	409	17,1	5,3	442	17,1	4,9	477	17,6	5,1	513	17,9	5,0	549	18,1	4,7
Denarne dajatve	218	10,0	6,6	239	10,0	6,3	254	9,9	3,3	272	10,0	3,9	286	10,0	2,7	301	9,9	2,9
Ostali odhodki	76	3,5	-6,6	79	3,3	0,6	81	3,2	0,3	86	3,2	2,8	90	3,1	2,7	93	3,1	0,5
<b>Skupaj odhodki</b>	<b>2.183</b>	<b>100,0</b>	<b>6,9</b>	<b>2.399</b>	<b>100,0</b>	<b>6,5</b>	<b>2.578</b>	<b>100,0</b>	<b>4,4</b>	<b>2.717</b>	<b>100,0</b>	<b>2,6</b>	<b>2.871</b>	<b>100,0</b>	<b>3,1</b>	<b>3.032</b>	<b>100,0</b>	<b>3,3</b>

Projekcija prihodkov in odhodkov za obdobje 2008 – 2013 kaže na finančne zmožnosti poslovanja ZZZS v tem obdobju, ob izpolnitvi temeljnih finančnih izhodišč, ki še zagotavlja finančno vzdržnost. Finančna vzdržnost pomeni, da ZZZS v posameznem letu sicer lahko izkazuje primanjkljaj, vendar največ v višini razpoložljivih sredstev na računih, ustvarjenih iz presežkov v preteklih letih, torej iz preteklosti zagotovljenih lastnih virov, ne pa z zadolževanjem. Ob izpolnitvi predpostavk, na katerih je izdelana projekcija bodo finančne možnosti in finančni pogoji poslovanja naslednji:

- v razdobju 2009 – 2012 bo ZZZS posloval s tekočimi (letnimi) primanjkljaji, ki jih bo pokrival s sredstvi na računih ZZZS, oblikovanimi s prostimi presežki<sup>1</sup> po zaključnih računih ZZZS v obdobju 2005–2008, ki so 115,97 milijonov evrov,
- do konca leta 2012 bo ZZZS porabil celotni prosti kumulirani presežek iz preteklih let,
- v obdobju 2009 – 2011 ne bo na razpolago dodatnih denarnih sredstev za morebitne širitve, uvajanje novih programov ali zdravil ali boljše vrednotenje programov. Takšne zahteve bo mogoče realizirati le s prestrukturiranjem programov in namenov porabe znotraj načrtovanih odhodkov po finančnem načrtu,
- v obdobju 2008–2013 bi prihodki realno rasli s počasnejšo stopnjo rasti od realne rasti BDP (s slika 25),
- do leta 2010 bodo odhodki realno rasli hitreje kot BDP, po tem letu pa počasneje (povprečna realna rast odhodkov bo 4,5%); v prvih štirih letih (2008–2011) bo realna rast predvsem zaradi povečanja odhodkov zaradi dviga plač v zdravstvu, v letu 2012 in 2013 pa že tudi zaradi možne širitve ter uvedbe novih metod zdravljenja in programov in novih zdravil,
- delež odhodkov za obvezno zdravstveno zavarovanje v BDP bo v razponu od 5,97% do 6,11% (slika 26).

<sup>1</sup> S prostim presežkom razumemo računovodsko izkazani presežek prihodkov nad odhodki zmanjšanim za sredstva za oblikovanje rezervnega sklada ZZZS (ta naj bi po stanju 31.12.2008 znašala 31,6 milijonov evrov), katerega oblikovanje in namen porabe določa statut ZZZS.

Iz te projekcije izhaja, da bo ZZZS v srednjeročnem obdobju, za katerega sprejema strateški razvojni program, zagotovil finančno vzdržnost in stabilnost le s skrajno preudarnim poslovanjem. Potrebno bo tekoče spremljati finančne pogoje poslovanja ter zagotoviti večjo gibljivost in pravočasno ukrepanje v primerih, če bi se izhodiščne predpostavke, na katerih temelji projekcija, bistveno spremenile.

Finančni cilji ZZZS za obdobje 2008 – 2013 (ohraniti uravnoteženo in pregledno finančno poslovanje) so usklajeni tudi s cilji na področju financiranja zdravstvenega varstva po predlogu resolucije o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008 – 2013 »Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev«, ki si je za cilj zadala dolgoročno finančno vzdržnost sistema. Resolucija predvideva povprečno realno rast odhodkov za obvezno zdravstveno zavarovanje po stopnji 4% letno in delež javnih izdatkov za zdravstveno varstvo v BDP na ravni 6,3%. Projekcije ZZZS kažejo na 4,5% povprečno letno realno rast odhodkov in predvideva 6,4% delež javnih izdatkov za zdravstveno varstvo v BDP.

## 7. Spremljanje in nadzor nad uresničevanjem programa

Vodstvo ZZZS bo zagotovilo spremljanje in nadzor nad uresničevanjem SRP skladno z metodologijo strateškega načrtovanja, ki temelji na sistemu kazalnikov za preverjanje uspešnosti uresničevanja ciljev in metodiki letnega planiranja. Globalni strateški cilji, opredeljeni v SRP pokrivajo ključne vidike poslovanja in omogočajo razgradnjo ciljev na nižje ravni poslovanja. Redne aktivnosti, razvojne naloge in razvojni projekti se podrobno načrtujejo v letnem poslovnem planu, ki ga sprejme vodstvo ZZZS.

Realizacijo globalnih ciljev bo ZZZS spremljal in nadziral s pomočjo postavljenih meril, ki omogočajo izdelavo kazalnikov uspešnosti. Vodstvo ZZZS bo s kazalniki uspešnosti preverjalo realizacijo SRP enkrat letno in o tem poročalo v letnih poslovnih poročilih. V primeru, da bo v času izvajanja SRP v letih 2008-2013 prišlo do večjih odstopanj, ki jih bo narekovalo okolje (zakonodaja, spremembe makroekonomskih pogojev poslovanja, ipd.) bo organom upravljanja predlagalo revizijo programa.

### 1. Vidik strank

Globalni cilji	Merilo	Enota	Ciljna vrednost
GC1. Zagotoviti visoko raven zdravstvene varnosti vsem zavarovanim osebam in izboljšati njihovo zadovoljstvo z OZZ	1. Osebe z neurejenim zavarovanjem več kot 2 meseca	%	< 0,7 %
	2. Zadovoljstvo ljudi z OZZ	%	> 50 % anketiranih
	3. Pokritost s storitvami vrhunske medicine	Sistem. ocena	Opisno
	4. Napotitve v tujino na osnovi mnenja klinik	Število	250 – 300 letno
GC2. Izboljšati ozaveščenost zavarovanih oseb o skrbi za lastno zdravje in pravicah ter dolžnostih iz OZZ	1. Osebe, ki aktivno skrbijo za svoje zdravje	%	> 50 % anketiranih
	2. Izdana gradiva za promocijo zdravja	Število	naraščanje po letih
	3. Izdana gradiva o pravicah in dolžnostih zavarovanih oseb	%	> 75% vsebinska pokritost s ključnimi temami
GC3. Zagotoviti ustrezno dostopnost in primerno kakovost zdravstvenih storitev in drugih pravic iz OZZ	1. Preskrbljenost prebivalstva z zdravstvenimi programi po območnih enotah	Indeks doseganja povprečja	95 – 105 s težnjo proti 100
	2. Čakalna doba na določene zdravstvene posege in obravnave	Število (mesece)	zmanjševanje po letih

	3. Napotene osebe v tujino zaradi predolgih čakalnih dob	Število	gibanje po letih
	4. Finančno-medicinski nadzori nad izvajanjem zdravstvenih programov	% ugotovljenih napak	zmanjševanje po letih
	5. Spremembe odločb imenovanih zdravnikov na zdravstveni komisiji	%	< 20 %

## 2. Vidik finančnega poslovanja

Globalni cilji	Merilo	Enota	Ciljna vrednost
GC 4. Zagotoviti pregledno in uravnoteženo finančno poslovanje	1. Izvedba finančnega načrta (prihodki – odhodki)	Indeks	100%
	2. Izvajanje revizij nad plačevanjem prispevkov	Število	> 750 letno
	3. Izvajanje programa akutnih bolnišničnih obravnav	Indeks uteži SPP	Doseganje planskih vrednosti
	4. Realna rast odhodkov za zdravila	%	3,5 – 5,0 %
	5. Izgubljeni delovni dnevi v breme ZZS	%	< 2,10 %

## 3. Vidik notranjih procesov

Globalni cilji	Merilo	Enota	Ciljna vrednost
GC 5. Izboljšati učinkovitost partnerskih pogajanj in uveljaviti nova partnerstva	1. Posredovanje predloga splošnega dogovora partnerjem	Datum	November L - 1
GC 6. Uveljaviti sistem spremljanja in ocenjevanja učinkovitosti in kakovosti izvajanja zdravstvenih programov	1. Spremembe obračunskih modelov	Sistem. ocena	Opisna
	2. Ocenjevanje izvajalcev	Sistem. ocena	Opisna kategorizacija/akreditacija
GC 7. Uveljaviti sistem naročanja (kupovanja) prednostnih programov ZS	1. Prospektivni bolnišnični primeri	%	naraščanje po letih do najmanj 30% vseh primerov

	2. Finančne vzpodbude za realizacijo prednostnih programov	Sistem. ocena	opisna/realizacija prednostnih programov
GC 8. Izboljšati učinkovitost in kakovost delovanja službe ZZZS	1. Odhodki za delo službe ZZZS	%	< 2,5 %
	2. Zadovoljstvo strank s storitvami ZZZS	%	> 75 %
	3. (Samo)ocena delovanja sistema notranjih kontrol v ZZZS	Sistem. ocena	Opisno
	4. Mnenje Računskega sodišča za računovodske izkaze	Sistem. ocena	Pozitivno
GC 9. Širiti uporabo informacijskih in komunikacijskih tehnologij	1. Nov računalniške rešitve, od tega spletne oz. elektronske	Število	naraščanje po letih
	2. Pogodbeni partnerji - izvajalci, ki poslujejo z ZZZS na podlagi on-line arhitekture	%	naraščanje po letih
GC 10. Zagotoviti boljšo izrabo zbranih podatkov na način podatkovnih skladišč in rudarjenja s podatki	1. Uporaba licenc za strateška orodja med zaposlenimi ZZZS	Število	naraščanje po letih
	2. Uvedba strateških orodij za načrtovana vsebinska področja	Sistem. ocena	Opisno

#### 4 Vidik učenja in rasti (kadri, znanje)

Globalni cilji	Merilo	Enota	Ciljna vrednost
GC 11. Zagotoviti pogoje za uspešno poslovanje in razvoj ZZZS z ustrezno informiranim, izobraženim, usposobljenim in motiviranim kadrom	1. Organizacijska klima	Sistem. ocena	> 3,0
	2. Zadovoljstvo zaposlenih	Sistem. ocena	> 3,0
	3. Poslovna odličnost ZZZS	Sistem. ocena	> 450 točk



## Viri

1. Cerda E, Pablos L, Rodriguez MV. Waiting lists for surgery. V: Hall RW (ur.). Patient flow: reducing delay in healthcare delivery. Los Angeles: University of Southern California, 2006.
2. Česen M. Reforma zdravstva v Sloveniji. Ljubljana: ZZZS, 2006.
3. Česen M. Upravljanje sistema zdravstvenega varstva. Ljubljana: IVZ, 2003.
4. Docteur E, Oxley H. Health Care Systems: Lessons from the reform experience- OECD working papers No. 374. Paris, OECD, 2003.
5. European Commission, Directoriat-Generale for Economic and Financial Affairs: European Economy, The impact of ageing on public expenditure: projection for the EU-25 Member States on pensions, healthcare, long-term care, education and unemployment transfers (2004 – 2050), Special Report No 1/2006,
6. European Network For Workplace Health Promotion: Become a »Move Europe Company« – Join us now! Move Europe with us! (<http://www.enwhp.org>., updated 21.8.2007)
7. European Network For Workplace Health Promotion: Move Europe- A Campaign for the Improvement of Lifestyle-Related Workplace Health Promotion in Europe (<http://www.enwhp.org>., updated 21.8.2007)
8. Finančno poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leto 2007. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 200.
9. Gesundheit und Gesellschaft: Gesunde Kinder- gesunde Zukunft, Ziele, Konzepte, Hintergründe, Das AOK Forum für Politik, Praxis und Wissenschaft, Spezial 6/2007
10. <http://www.euro.who.int/hfad> <23. 4. 2008>
11. [http://www.stat.si/novice\\_poglej.asp?ID=601](http://www.stat.si/novice_poglej.asp?ID=601) <23. 4. 2008>
12. IBM Global Social Segment: Social Security: Quo Vadis?, Interviews with social security administration CEOs in 15 Western European Countries (Delovno gradivo, 2007).
13. Initiative Gesundheit&Arbeit: Gesundheit und Soziale Sicherheit im Lebenszyklus- Die Rille von Prävention und Gesundheitsförderung in Europa (delovno gradivo, 2007).
14. Kreis, J, Bödeker, W.: Health- related and economic benefits of workplace health promotion and Prevention, Initiative Gesundheit & Arbeit, BKK und HVBG, Essen. 2007
15. Ministrstvo za zdravje: Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008-2013. Ljubljana, 2008.
16. Ministrstvo za zdravje: Strateški cilj za plan zdravstvenega varstva Slovenije, Ljubljana, 2007
17. Mossialos E, Mrazek M, Walley T (eds). Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality. Berkshire: Open University Press (WHO and European Observatory on Health Systems and Policies Series), 2004
18. OECD Health Data 2007. Paris: IRDES, 2007.

19. Pogodba o Evropski uniji. Maastricht, 1992 (11992M). Amsterdam, 1997 (11997D). Nica, 2001 (12001C).
20. Poslovna poročila Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leta 1994–2007. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 1995–2008.
21. Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja. Uradni listi Republike Slovenije, št. 79/1994, 73/1995, 39/1996, 70/1996, 47/1997, 3/1998, 51/1998 Odl. US: U-I-125/97, 109/1999 Odl. US: U-I-50/97, 11/2003 Skl. US: U-I-279/00-42, 84/2004, 44/2005, 86/06 in 64/07 in 33./08
22. Robida A (ur.). Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2006.
23. Saltman BR, Busse R, Figueras J. Social Health Insurance Systems in Western Europe. Berkshire: Open University Press (WHO and European Observatory on Health Systems and Policies Series), 2004
24. Sekhri N, Savedoff W. Private Health Insurance: Implications for developing countries. Bulletin of the World Health Organisation 2005; 83 (2): 127-134
25. Siciliani L, Hurst J. Explaining waiting times variations for elective surgery across OECD countries. OECD Health Working Paper No. 6 and 7, Directorate for employment, labour and social affair, 2003
26. Sklepi Sveta o skupnih vrednotah in načelih v zdravstvenih sistemih EU. 2733. zasedanje Sveta o zaposlovanju, socialni politiki, zdravju in zadevah potrošnikov. Luksemburg, 2006.
27. Smith PC. Health Care Reforms in Europe. The Japanese Journal of Social Security Policy 2004; 3 (2): 80-95.
28. Sporočilo Evropske komisije. Posvetovanje glede ukrepov Skupnosti na področju zdravstvenih storitev. SEC(2006) 1195/4 z dne 26.09.2006.
29. Statistični letopis Slovenije 2007. Ljubljana: Statistični urad RS, 2007.
30. Tavčar, B. Zakotnik, I. Strmšnik, I. Kraigher. T. Scenariji gospodarskega razvoja Slovenije do leta 2030, : Urad za makroekonomske analize in razvoj, Delovni zvezek števil.8/2007, let.XVI, Ljubljana, 2007
31. Vlada Republike Slovenije, Urad za makroekonomske raziskave in razvoj: Strategija razvoja Slovenije, Ljubljana, 2005
32. Vlada Republike Slovenije: Okviri gospodarskih in socialnih reform v Sloveniji, Ljubljana, 2005
33. WHO EU. Approaching health financing policy in the WHO European region. Copenhagen: WHO, 2008.
34. Zakon o davku na dodano vrednost. Ur. list RS 117/06 in 52/07.
35. Zakon o delovnih razmerjih. Ur. list RS 42/02, 79/06, 46/07 in 103/07.
36. Zakon o javnih financah. Ur. list RS 79/99, 124/00, 79/01, 30/02, 56/02, 110/02, 127/06 in 14/07.
37. Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju. Ur. list RS 106/99, 72/00, 81/00, 124/00, 52/01, 109/01, 11/02, 104/05, 109/06, 112/06, 114/06. 17/07, 5/08 in 10/08.

38. Zakon o prispevkih za socialno varnost. Ur. list RS 5/96, 18/96, 34/96, 87/97, 3/98, 7/98, 106/99, 81/00, 97/01.
39. Zakon o računovodstvu. Ur. list RS 23/99, 30/02 in 114/06.
40. Zakon o zaposlovanju in zavarovanju za primer brezposelnosti. Ur.list RS 107/06, 114/06, 5/07, 59/07 in 5/08.
41. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Ur.list RS 76/05, 100/05  
Odl. US: U-I-69/03-17, 72/06, 114/06 in 91/07.
42. Zdravstveni statistični letopis Slovenija 2005. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2007. (CD-ROM)

## Seznam kratic

AOR	avtomatska obdelava receptov
BDP	bruto domači proizvod
DDV	davek na dodano vrednost
DURS	Davčna uprava Republike Slovenije
EDS	enotna davčna stopnja
EFQM	European Foundation for Quality Management
EU	Evropska unija
FN	finančni načrt
GC	globalni cilj
GS	globalna strategija
IC	Informacijski center
IKT	informacijske komunikacijske tehnologije
KZZ	kartica zdravstvenega zavarovanja
MTP	medicinsko-tehnični pripomočki
OE	območna enota Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije
OZZ	obvezno zdravstveno zavarovanje
PE	področna enota Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije
PFR	področje za finance in računovodstvo (organizacijska enota ZZZS)
POZZ	področje za izvajanje obveznega zdravstvenega zavarovanja (organizacijska enota ZZZS)
PRZZ	področje za razvoj zdravstvenega zavarovanja (organizacijska enota ZZZS)
PZAE	področje za zdravstveno analitiko in ekonomiko (organizacijska enota ZZZS)
PZZ	prostovoljno zdravstveno zavarovanje
RIP	računalniška izmenjava podatkov
SIOJ	sektor za informiranje in odnose z javnostmi (organizacijska enota ZZZS)
SK	sektor za kontroling (organizacijska enota ZZZS)
SKZZ	sektor za kartico zdravstvenega zavarovanja (organizacijska enota ZZZS)
SNR	sektor za notranjo revizijo (organizacijska enota ZZZS)
SPP	skupine primerljivih primerov
SPZZ	sektor za pravne in splošne zadeve (organizacijska enota ZZZS)
SRK	sektor za razvoj kadrov in organizacijo (organizacijska enota ZZZS)
SRP	Strateški razvojni program Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije
UJP	uprava za javne prihodke
UL	Uradni list Republike Slovenije
ZDR	Zakon o delovnih razmerjih
ZZ	Zakon o zaposlovanju in zavarovanju za primer brezposelnosti
ZZVZZ	Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju
ZZZS	Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

## **Priloga k Strateškemu razvojnemu programu ZZZS za obdobje od 2008 do 2013:**

### **Stališča**

#### **Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije do razvojnih vprašanj zdravstvenega varstva v Sloveniji**

Zaradi zaskrbljenosti nad nekaterimi aktualnimi dogodki ter zaradi odsotnosti vizije in strategije razvoja na področju zdravstvenega varstva v Sloveniji na državni ravni je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju ZZZS) sprejel naslednja stališča ZZZS do razvojnih vprašanj zdravstvenega varstva v Sloveniji. ZZZS je stališče izdelal sočasno s pripravo lastnega Strateškega razvojnega programa za obdobje 2008-2013, ki je že četrti tovrstni program ZZZS.

Strateški razvojni program ZZZS se nanaša le na dolgoročno načrtovanje in usmeritve glede nalog in pristojnosti, ki jih ima na podlagi zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (v nadaljnjem: ZZVZZ) in drugih predpisov, zato so temu ustrezno določeni tudi poslanstvo, vizija ter strateški cilji ZZZS. Ob tem ni mogoče prezreti, da je tudi vrsta teh opredelitev v veliki meri odvisna in povezana z dogajanjem v družbenem okolju Slovenije in Evropske unije. Ta odvisnost in povezanost ni le enostranska. ZZZS je namreč organizacija, ki (sicer obvezno) na področju obveznega zdravstvenega zavarovanja združuje in povezuje vseh 2 milijona zavarovanih oseb v Sloveniji, ki skozi organe upravljanja izražajo in usklajujejo svoje interese na tem področju. Tako ZZZS ni le njegova strokovna služba, temveč predstavlja ob doslednem uresničevanju svoje z zakonom določene vloge predstavnika, zastopnika in zagovornika vseh zavarovanih oseb v republiki. V tej vlogi pa lahko s pobudami, predlogi, stališči in akti iz svoje pristojnosti opazno vpliva tudi na svoje okolje. To še posebno velja za področje zdravstvenega varstva in zavarovanja ter za širše področje socialne varnosti ter druga mejna področja. Upošteva takšno vlogo ima ZZZS pravico in moralno dolžnost predlagati ali posredovati svoja stališča o vprašanih, ki se nanašajo ali dotikajo razvoja obveznega zdravstvenega zavarovanja ter pravic in obveznosti, ki iz tega izhajajo, tudi če so za njihovo sprejemanje pristojni drugi organi oziroma organizacije. To še posebej, ker v sistemu predstavljajo v njem združeni delodajalci in zavarovanci segment celotnega sistema zdravstvenega varstva, ki je zadolžen zagotavljati finančne podlage in osnove za delovanje sistema nasploh. Že zaradi tega imajo organi upravljanja ZZZS vso moralno pravico oblikovati in izražati mnenja in stališča o tem, kakšen sistem zdravstvenega varstva si želijo oziroma premorejo.

Sprejem Strateškega razvojnega programa ZZZS (v nadaljnjem besedilu: SRP) prihaja v času, ko država razvojnega dokumenta za področje zdravstvenega varstva še nima. Zato so lahko nekatere opredelitve iz SRP vprašljive glede njihove uresničljivosti ter izvedljivosti, ker niso določene in znane politične in družbene usmeritve glede tega, kakšno zdravstveno varstvo bo gradila država v prihodnje. Kljub temu ni mogoče mimo dejstva, da opredelitve SRP temeljijo na določenih predpostavkah ali stališčih ZZZS glede razvojnih vprašanj področja zdravstvenega varstva. Ta morda niso neposredno zajeta v viziji, poslanstvu, strategijah in ciljih, a so pri pripravi in sprejemanju dokumenta vsekakor prisotna. Najpomembnejša stališča ZZZS o teh vprašanih zajemajo naslednja področja:

- 1. Potrebna je ohranitev in dograditev obstoječega modela socialnega (javnega) zdravstvenega zavarovanja**, z vsemi njegovimi zgodovinsko uveljavljenimi značilnostmi pri nas in v tujini. Med temi je na prvem mestu ohranitev solidarnosti kot načina

medsebojne pomoči vseh zavarovanih v primeru potrebe po kritju stroškov zdravstvenih storitev zaradi bolezni ali poškodb. Tesno je povezana z načeli enakosti oziroma preprečitve neenakosti med zavarovanimi osebami zaradi razlik v starosti, spolu, narodnosti, kraju bivanja, veri, zdravstvenem stanju ali v kakšnem drugem razlogu. Kljub rastočim potrebam po zdravstvenih storitvah in stroških za njihovo kritje mora ostati medgeneracijska in medčloveška solidarnost, kot karakteristika socialnega zdravstvenega zavarovanja stalnica razvoja slovenskega sistema zdravstvenega varstva in kulturna vrednota ter način razmišljanja in obnašanja slovenskega prebivalstva. ZZZS zastopa stališče, da je v nasprotju z nekaterimi tendencami, potrebno solidarnost še bolj krepiti in širiti, a jo tudi vezati na uresničevanje obveznosti, ki iz nje izhajajo.

- 2. S področjem obveznega zdravstvenega zavarovanja morajo tudi v prihodnje upravljati tisti, ki zanj plačujejo prispevke, to pa so delodajalci in zavarovanci.** Že s tem, ko prispevajo določen delež svojih dohodkov za svoje zdravstveno varstvo in varstvo svojih družinskih članov opravljajo pomembno družbeno funkcijo zagotavljanja ustrezne oziroma čim višje zdravstvene varnosti celotnega prebivalstva Slovenije na solidarnostni osnovi. S tem prispevajo pomemben delež tudi h gospodarskemu in socialnemu razvoju celotne države, svojih podjetij in družin. Z usklajevanjem svojih potreb in zahtev z ekonomskimi možnostmi opravljajo vidno makroekonomsko funkcijo usklajevanja razvoja zdravstvenega varstva in zavarovanja z ekonomskimi danostmi družbe. Za uspešno uresničevanje teh nalog mora imeti področje obveznega zdravstvenega zavarovanja določeno avtonomijo pri določanju materialnih okvirov, razpolaganju in razporejanju sredstev za zdravstveno zavarovanje. Ni dvoma, da je ta avtonomija možna le znotraj zakonskih pooblastil in makroekonomskih okvirov ter usmeritev države. ZZZS se zavzema za čim širšo avtonomijo, ker je to po eni strani odraz razvitosti demokratičnih odnosov v državi, sledi pa tudi usmeritvam Svetovne zdravstvene organizacije, ki nakazujejo, da je sistem tem uspešnejši in učinkovitejši, če je v njegovo odločanje vključeno čim večje število ljudi in organizacij. Prav gotovo je avtonomija področja tudi garancija, da bodo upravljavci v ZZZS najbolj skrbeli za svojo visoko zdravstveno varnost, smotrno porabo sredstev in finančno stabilnost zavarovanja, saj brez slednjega ni prvega. To trditev dokazujejo med drugim izkušnje ZZZS v zadnjih letih, ko je posloval s primanjkljajem, ko so mu bile možnosti samostojnega odločanja zožene in ko so drugi posegali v sistem.
- 3. Ohranitev in poglobitev avtonomije ZZZS je ena od razvojnih stalnic in temelj stabilnosti in demokratičnosti odnosov na področju zdravstvene varnosti slovenskega prebivalstva.** Obstoječi model Bismarckovega socialnega zdravstvenega zavarovanja, ki temelji na navedenih načelih, ima v Sloveniji že skoraj 120 letno tradicijo in je v tem času veliko prispeval k razvoju celotnega razvoja slovenske družbe. Sedanje zavzemanje za avtonomijo kaže na željo in pripravljenost ZZZS za izboljšanje in nadgradnjo obstoječega sistema zdravstvenega varstva v dobro zavarovanih oseb, ki jih predstavlja. Zaradi tega zahtev po avtonomiji ni treba razumeti kot prizadevanja ali težnje po prevzemu funkcij in nalog, ki jih v zvezi z zdravstvenim varstvom ima država (republika, pokrajine, občine). Ta ima na tem področju vrsto pomembnih in odgovornih nalog. Od njihovega uresničevanja je v veliki meri odvisno tudi izvajanje obveznega (in prostovoljnih) zdravstvenih zavarovanj ter doseganje njegovih strateških ciljev. Zato je še kako v interesu zavarovanih oseb, da država čim učinkoviteje opravlja vse svoje dolžnosti. ZZZS je pripravljen tvorno sodelovati pri pripravi, sprejemanju in izvajanju dokumentov, ki so na področju zdravstvenega varstva in zavarovanja v dobro ljudi in njihovega boljšega zdravja. Ob tem pa njegovi organi nasprotujejo raznim poskusom nepotrebnega podržavljenja področja obveznega zdravstvenega zavarovanja in omejevanja njegovih

pooblastil ter avtonomije, ki so se v bližnji preteklosti kazali z različnimi nesistemskimi ukrepi oblasti, s finančnimi in drugimi »vdori« v sistem, z vsiljevanji raznih rešitev v pogajalskih postopkih itd. Prepričani smo, da ni nobene potrebe, po krepitvi vloge države v organih upravljanja ZZZS, saj ima država že doslej v obliki raznih soglasij ali odločitev (ministrstev, Vlade, Državnega zbora) o predlogih aktov obveznega zdravstvenega zavarovanja na voljo vrsto vzvodov in nadzornih mehanizmov nad njegovim delovanjem.

- 4. Stališče, da je potrebno v Sloveniji ohraniti in nadgraditi socialno zdravstveno zavarovanja, kot način zagotavljanja ustreznega javnega zdravstvenega varstva, ne pomeni, da v sistemu niso potrebne spremembe in posodobitve.** Na nekatere od teh, katerih uresničitve je v pristojnosti ZZZS, so predvidene v njegovem SRP. Poleg teh se ZZZS zavzema za sistemske spremembe, ki bi jasneje razmejile pristojnosti in naloge obveznega zdravstvenega zavarovanja in nekaterih drugih nosilcev socialne varnosti v državi (invalidsko – pokojninsko zavarovanje, zavarovanje za brezposelnost, socialno varstvo, zavarovanje za poškodbe na delu in poklicne bolezni, področje dolgotrajne oskrbe) ob tem pa vzpostavile večjo usklajenost in koordinacijo njihovih nosilcev. Zamegljene ali slabo opredeljene naloge posameznih nosilcev socialne varnosti so v minulih letih po pravilu šle v škodo obveznega zdravstvenega zavarovanja in s tem zmanjševale možnosti zavarovanih oseb glede zadovoljevanja njihovih potreb. Dober primer za to so prekrivanja in prelivanja sredstev med ZZZS in Zavodom za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, med ZZZS in zavarovanjem za brezposelnost, med obveznim zdravstvenim zavarovanjem in državo (zaporniki, pripravniki) itd. ZZZS meni, da bi morala država z zakoni ter drugimi predpisi in ukrepi jasneje določiti način zagotavljanja socialne in zdravstvene varnosti, s tem da zagotovi vse potrebne materialne pogoje, vključno z investicijami v zdravstvene objekte in v kadre, plačevanjem prispevkov za socialno ogrožene oziroma osebe brez dohodkov itd. Obveznosti plačila prispevkov bi morala država prevzeti tudi za tiste, ki zaradi elementarnih nesreč ali iz drugih opravičljivih razlogov (bolezen, stečaj ) ostanejo brez dohodkov. Praksa kaže, da tudi dosedanja razmejitev teh nalog med republiko in občinami ni ustrezna in gre v škodo zavarovanih oseb na raznih področjih. Prav posebej se ZZZS zavzema za čim prejšnjo uvedbo zavarovanja za dolgotrajno oskrbo in posebnega zavarovanja za poškodbe na delu in poklicne bolezni. Zaradi nujnosti po čim racionalnejšem gospodarjenju z javnimi sredstvi (prispevki) bi kazalo proučiti možnosti združitve nekaterih služb sedanjih nosilcev socialne varnosti na posameznih ravneh.
- 5. V vsebini zdravstvenega varstva so nujne korenite spremembe in preusmeritve. Od dosedanje izrazite usmeritve k boleznim, njihovem odkrivanju, zdravljenju in rehabilitaciji (k »patogenezi«) se bo v mnogo večji meri potrebno preusmeriti k aktivnostim za doseganje boljšega zdravja ( k »salutogenezi«).** To je najboljši način za izboljšanje zdravja in kakovosti življenja prebivalstva, po drugi strani pa eden od ukrepov za zmanjševanje stopenj rasti stroškov za zdravstveno varstvo. Na tem področju Slovenija zaostaja za mnogimi evropskimi državami, čeprav ima veliko možnosti za uveljavitev programov krepitve zdravja in preventive. Določene naloge in cilje si je na tem področju zadal ZZZS, kar pa ne bo dovolj. Nujno bodo potrebne aktivnosti Ministrstva za zdravje in nekaterih drugih ministrstev, lokalnih skupnosti, združenj delodajalcev in podjetij, sindikatov ter celotne zdravstvene službe. Stališče in predlog ZZZS je, da programi za krepitev zdravja in preventivo postanejo sestavni del programov zdravstvenih storitev, o katerih se dogovarjajo partnerji in da se za te namene vsako leto določi konkreten znesek sredstev. Takšni programi bi morali zaživeti v vsakem podjetju, vrtcu, šoli in lokalni skupnosti. ZZZS pri tem pa pričakuje, da bo tudi ministrstvo (oziroma Vlada) posvečalo vprašanju boljšega zdravja prebivalstva več pozornosti kot doslej in da bo vzpostavljeno

ustreznejše medresorsko sodelovanje in usklajevanje vseh predpisov, aktivnosti in planov tudi iz vidika njihovih posledic na zdravje. Skupna naloga Ministrstva za zdravje, ZZZS, izvajalcev in drugih bi morala biti ta, da zdrav način življenja in lastna skrb za zdravje postaneta dobrina in sestavina življenja večine prebivalcev države. To pa pomeni ustvarjanje zdravju naklonjene družbene klime, ki jo morajo podpreti razni ukrepi države (tudi cenovni, fiskalni, ekološki, itd.), obveznega in prostovoljnih zavarovanj, delodajalci itd. Uveljavitev takšne koncepcije pomeni tudi sledenje razvojnim trendom v zdravstvenem varstvu v drugih razvitejših državah sveta.

- 6. Nujne in neodložljive so vsebinske in organizacijske sistemske preusmeritve, ki jih narekuje staranje prebivalstva in nadaljnji porast kroničnih bolezni.** Ker bo kmalu vsak peti Slovenec starejši od 65 let, se spreminjajo tudi njihove zdravstvene in socialne potrebe, ki jim morajo slediti ustrezni programi na teh področjih. Po napovedih strokovnjakov bodo najhitreje poraščale potrebe po storitvah pomoči osebam, ki potrebujejo pomoč drugih za opravljanje dnevnih življenjskih aktivnosti (storitve dolgotrajne oskrbe), za njimi pa storitve v zvezi z obravnavo nekaterih kroničnih bolezni in raka. Ta hip smo na te izzive preslabo pripravljeni. ZZZS sam predlaga nekatere preusmeritve v svojem SRP, a se hkrati zavzema za čim prejšnjo vzpostavitev in organizacijo dejavnosti dolgotrajne oskrbe v praksi in za uvedbo posebnega socialnega zavarovanja za to oskrbo, ki bi se s tem izločilo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. V tem vidi nadaljnjo humanizacijo skrbi do oseb, ki same ne morejo poskrbeti zase, a tudi ukrep racionalizacije te skrbi. Glede na prednostno usmeritev organizacije te oskrbe na dom posameznega zavarovanca, se bodo s tem zmanjšala potrebna investicijska sredstva v socialne zavode, z večjim vključevanjem svojcev, znancev, prostovoljnih organizacij in lokalnih skupnosti v izvajanje oskrbe pa tudi stroški za to dejavnost. Slednje pomeni tudi določeno »privatizacijo« področja. Z vzpostavitvijo dejavnosti dolgotrajne oskrbe in zavarovanja za njo bi Slovenija uresničila tudi že sprejeto stališče Evropske unije, po kateri je skrb za osebe, ki ne morejo več poskrbeti zase potrebno obravnavati kot socialno tveganje podobno boleznim poškodbam, invalidnosti ali smrti.
- 7. Znotraj zdravstvenega varstva je glede na povečane potrebe na področju kroničnih bolezni in raka potrebno pripraviti nacionalne programe za njihovo celovito obravnavo in obvladovanje.** V nasprotju z dosedanjo prakso pa morajo biti ti programi konkretizirani glede vsebine ukrepov, izvajalcev, rokov, potrebnih materialnih podlag in finančnih sredstev in vključeni v Plan zdravstvenega varstva Slovenije.
- 8. Kljub temu, da ni pričakovati porasta števila prebivalstva, bodo potrebe po zdravstvenih storitvah v Sloveniji še nadalje v porastu,** kar je pogojeno z že omenjenim porastom kroničnih bolezni, z napredkom znanosti, novo medicinsko in farmacevtsko tehnologijo, z večjo informiranostjo in zahtevnostjo ljudi, verjetno pa tudi z ekološkimi in klimatskimi spremembami, ki se napovedujejo. Tudi na ta izziv mora biti družba pripravljena. Tem potrebam, še zlasti pa zahtevam, ne bo mogoče slediti le s povečevanjem zdravstvenih zmogljivosti in dejavnosti na dosedanji in utečen način. Na tem področju bodo:
  - potrebne spremembe v obnašanju in naravnosti ljudi v odnosu do zahtev po zdravstvenih storitvah. Ljudi bo potrebno naučiti in vzgojiti živeti z boleznijo ter obvladovati bolezen s pomočjo drugih in iskati zdravstveno pomoč, ko si sami ne morejo več pomagati. Še posebej pomembna bo naloga spreminjanja odnosov, v katerih zavarovane osebe, kot bolniki, ne bi bili več le »pasivni pacienti«, ampak v mejah svoje usposobljenosti aktivni udeleženci v postopkih obvladovanja bolezni in to do določene mere tudi brez pomoči zdravnikov. To so zahtevne naloge Ministrstva za zdravje, ZZZS, zdravstvene službe in civilne družbe in drugih, ki lahko pomembno



vplivajo na zmanjševanje zahtev po zdravstvenih storitvah in s tem povezanimi stroški;

- potrebni celoviti posebni zdravstveni programi za obvladovanje kroničnih degenerativnih bolezni, ki morajo vključevati vse možne, strokovno ter ekonomsko utemeljene in sprejemljive ukrepe njihovega preprečevanja, zgodnjega odkrivanja in zdravljenja. Ti programi morajo postati sestavni del plana zdravstvenega varstva Slovenije, ki naj bi ga sprejel Državni zbor in ki bodo vsebovali konkretne ukrepe in naloge, njihove izvajalce, potrebne zmogljivosti in finančna sredstva.

**9. Ob predpostavkah, da bo prišlo do prestrukturiranja v programih zdravstvenega varstva in do racionalizacije v delovanju zdravstvene službe je mogoče ohraniti dosedanje raven in standard zdravstvenih storitev in slediti tudi nekaterim nujno potrebnim novostim.** ZZZS zastopa stališče, da je to pravi odgovor na prihajajoče razvojne izzive in na mnenja nekaterih ekonomistov in teoretikov, ki napovedujejo zlom socialnih zdravstvenih zavarovanj v naslednjih letih. S tem tudi zastopa stališča, da na splošno, zavarovane osebe v Sloveniji nimajo prevelikih ali večjih pravic kot zavarovanci v drugih primerljivih državah. Zato jih glede na gospodarsko razvitost Slovenije tudi ni potrebno zmanjševati. Mogoče so potrebne določene spremembe na posameznih ožjih področjih, ki pa bi morale biti domišljene in usklajene znotraj ZZZS oziroma med socialnimi partnerji. To posebej velja za področje, kjer se slovenska ureditev opazno razlikuje od ureditev v primerljivih državah s socialnim zdravstvenim zavarovanjem in ko za takšne razlike ni posebne utemeljitve. Sicer bi se morali v celotni družbi zavzemati za dvig standarda in kakovosti pravic v okviru materialnih možnosti slovenske družbe.

**10. Analiza razvojnih možnosti, ki je bila pripravljena ob pripravi SRP, nakazuje da so zasebna sredstva (iz prostovoljnih zavarovanj in zasebnih sredstev občanov) pomemben vir za delovanje sistema zdravstvenega varstva.** Brez teh bi imeli občutno slabše možnosti zagotavljanja pravic iz obveznega zavarovanja oziroma bi bile čakalne dobe še daljše. Prav tako bi bili slabši pogoji poslovanja zdravstvenih zavodov in zmogljivosti, za katere že zdaj ugotavljamo, da so komaj zadostne glede na potrebe in zahteve. Zaradi tega je v sistemu zdravstvenega varstva potrebno tudi v bodoče računati s temi sredstvi in s približno takšnim deležem, kot je že dosežen.

**11. ZZZS se nikakor ne strinja s trenutnim stanjem in prakso ponudb raznih prostovoljnih zavarovanj (npr. za preskok čakalne dobe in drugi poskusi uvajanja zavarovanj, ki posegajo na področje storitev iz obveznega zavarovanja), delovanjem samoplačniških ambulant v javni službi in med delovnim časom, namenjenem izvajanju programa storitev iz javnega zavarovanja ter drugimi pojavi, ko izvajalci zahtevajo od zavarovanih oseb plačila ali doplačila k ceni storitev, ki sicer niso predpisana.** V mnogih od navedenih primerov gre za pojave, ki zakonsko niso ustrezno urejeni ali so celo v nasprotju z zakoni in drugimi predpisi. Neredko gre pri tem za nedovoljeno mešanje in prepletanje javne in zasebne dejavnosti, delovnih in finančnih sredstev in interesov, pa tudi za goljufije in kršenje pravic zavarovanih oseb. Nekateri od navedenih pojavov rušijo osnovna načela socialnega zavarovanja, to je solidarnosti in vnašajo med ljudi negotovost in nezaupanje v javni sistem zdravstvenega zavarovanja in zdravstvene službe. Vsi ti pojavi, ki imajo različna imena in nosilce, zahtevajo odločno ukrepanje Ministrstva za zdravje, drugih (predvsem inšpekcijskih) organov, zbornic, ZZZS, ustanoviteljev zdravstvenih zavodov in drugih, ki morajo ukrepati za odpravo teh nezakonitih pojavov. V nasprotnem primeru lahko pride do razpada sistema v škodo zavarovancev, na kar ZZZS posebej opozarja. Njegova stališča glede teh pojavov so naslednja:

- Prostovoljna zdravstvena zavarovanja je potrebno ohraniti in razvijati kot dopnilo in nadgradnjo obveznega zdravstvenega zavarovanja, saj dajejo posameznikom možnost dostopnosti do storitev, ki jim jih javno zavarovanje zaradi omejenih sredstev ne more zagotoviti. Pri tem je nujno področje in pravice prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj pravno podrobneje opredeliti in načrtovati jasno mejo med njimi in obveznim zavarovanjem. Zakonsko je urejeno le področje dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj, med tem ko za ostala (dodatna, vzporedna, nadomestna) zavarovanja ni jasnih zakonskih določil, zaradi česar se pojavljajo poskusi mešanja teh zavarovanj z obveznim. Zakon bi moral jasno razmejiti pravice (storitve, ponudbe) posameznih vrst prostovoljnih zavarovanj od obveznega zavarovanja, njihove nosilce, pogoje za izvajanje teh zavarovanj, možne izvajalce storitev iz prostovoljnih zavarovanj in pri določenih zavarovanjih tudi javni interes države. Skladno s slednjim bi moral zakon tudi opredeliti, katera od teh zavarovanj bi lahko bila profitno ali neprofitno naravnana.
- Če bi se v Sloveniji odločili za vzporedna zdravstvena zavarovanja (za preskok čakalne dobe ali uresničevanje pravic iz obveznega zavarovanja v privatnem zavarovanju) bi ta morala biti z zakonom opredeljena kot področje javnega interesa in pod posebnim nadzorom države, ki bi jih tudi morala obravnavati podobno kot dopolnilno zavarovanje.

V zvezi s pojavom nekaterih dejavnosti, ki so zelo podobna dejavnosti prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja je Vrhovno sodišče že odločilo v primeru Agencija za zavarovalni nadzor (AZN, sicer v sodnem postopku tožena stranka) proti Prva zdravstvena asistencija, d.o.o., Ljubljana (v nadaljevanju PZA). AZN je izdala več odredb oziroma odločb, s katerimi je ugotovila, da tožeča stranka z zavarovanci sklepa Pogodbo o zagotavljanju dodatnih storitev zdravstvenega varstva (v nadaljevanju Pogodba), ter da s tem opravlja zavarovalne posle, ne da bi za to imela potrebno dovoljenje Agencije v skladu z Zakonom o zavarovalništvu (v nadaljevanju ZZavar). Vrhovno sodišče RS je s sodbo in sklepom št. G 1/2007-1 z dne 11. 9. 2007 po vsebini rabsodilo, da se tožbi tožeče stranke ugodi, odločbi tožene stranke se odpravita in zadeva vrne v ponoven postopek. Z obvestilom je AZN sporočila ZZZS, da bo postopek zoper tožečo stranko zaključila.

S Pogodbo (katere sestavni del so splošni pogoji) PZA ponuja plačilo zdravstvenih storitev kot so nasveti po telefonu, obiski zdravnika na domu, specialistični ambulantni pregledi ter zdravljenje naštetih področjih, diagnostični postopki, preventivna dejavnost za preprečevanje in zgodnje odkrivanje raka ter reševalni prevozi. Kljub temu, da več dejstev kaže na to, da je dejavnost vsebuje nekatere značilnosti zavarovalniških poslov, je Vrhovno sodišče je odločilo, da v navedenem primeru ne gre za opravljanje zavarovalnih poslov po ZZavar, temveč za sklepanje in izvrševanje pogodb za izvajanje (tržnih zdravstvenih storitev), do katerih je uporabnik upravičen proti plačilu pavšalnega zneska (pogodbene cene), in za izvajanje katerih ima PZA vsa potrebna dovoljenja. Odločilo je, da ne gre za (možne) zavarovalne primere, temveč za dovoljeno zdravstveno dejavnost na strani PZA. PZA naj bi namreč ponujala in opravljala zdravstvene storitve, ne krije pa stroškov teh (in z njimi povezanih) storitev niti naj ne bi zagotavljala izplačila denarnih nadomestil. Po mnenju Vrhovnega sodišča predmet spornih pogodb ni zavarovanje pred riziki (boleznimi, poškodbami ali posebnimi zdravstvenimi stanji), temveč izvajanje zdravstvenih storitev proti plačilu pavšalne cene. Vrhovno sodišče v svoji argumentaciji navaja, da pri plačilu skupno dogovorjene pogodbene cene ne gre za udeležbo uporabnikov po načelih vzajemnosti in solidarnosti, da bi imeli v primeru nastopa dogodka pravico do storitev, povezanih s preprečevanjem bolezni, poškodb ali posebnih zdravstvenih stanj, pač pa gre za pavšalno plačilo zdravstvenih storitev, ki jih ponuja in

opravlja PZA, in za izvajanje katerih ima tudi vsa dovoljenja. Svojo odločitev sodišče argumentira tudi z navedbo, da naj bi bil pri sporni pogodbi interes zavarovanca v tem, da PZA po njegovem naročilu opravi enega ali več poslov, ki so predmet zdravstvenih storitev medtem ko je kavza sklenitve zavarovalne pogodbe v tem, da ima zavarovanec interes, da zavarovalni primer ne nastane, ker bo sicer utrpel materialno škodo ali ker bo doživel dogodek (doživetje oziroma smrt). Tako naj bi pri spornih pogodbah ne šlo za prenos rizikov na zavarovalnico, temveč za (ponudbo) in izvedbo zdravstvenih storitev, ko ena stranka plačuje drugi pogodbeni stranki znesek ne glede na to, ali bo rabila ponujene zdravstvene storitve.

Vrhovno sodišče je v svoji argumentaciji zavzelo stališče, da morebitne pomanjkljivosti v veljavni zdravstveni zakonodaji in ponudbi prostovoljnih zavarovalnic, ki bi lahko ponudile vzporedna oziroma nadstandardna zavarovanja za določene storitve ni mogoče tolmačiti v škodo PZA in omejiti njene gospodarske pobude. V postopku pa ni bilo uveljavljeno, da bi PZA ponujene zdravstvene storitve izvajala v nasprotju z javnim interesom, ker ta v zakonih tudi ni opredeljen na tem področju dejavnosti. Prav na to pa ZZZS opozarja. Hkrati meni, da je takšna dejavnost lahko iz moralnega in etičnega vidika, saj daje premožnejšim boljše možnosti uveljavljanja pravic iz obveznega zavarovanja kot drugim, socialno šibkejšim osebam.

ZZZS meni, da brez sprejema ustrezne zakonske ureditve navedenih vprašanj grozi v Sloveniji javnemu zdravstvenemu zavarovanju in javni zdravstveni službi resna grožnja, da bo prebivalstvo izgubilo zaupanje v celotni solidarnostni sistem zdravstvene in socialne varnosti. Temu pa ZZZS izrecno nasprotuje.

**12. Naraščajoče potrebe po zdravstvenih storitvah in omejenih sredstvih za njihovo zadovoljevanje nakazujejo na nujnost ukrepov za obvladovanje področja s ciljem doseganja čim boljšega možnega zdravstvenega stanja in usklajenosti programov s tega področja z ekonomskimi možnostmi države in obveznega zdravstvenega zavarovanja. To je možno le z določitvijo strategije razvoja področja in sprejemom plana zdravstvenega varstva države ter mreže javne zdravstvene službe.** Gre za pomembne razvojne dokumente, ki jih Slovenija nima in zaradi česar so mnogi »nacionalni« programi obvladovanja posameznih bolezni neuspešni in neučinkoviti, po drugi strani pa dovoljujejo stihijski razvoj zdravstvenih zmogljivosti brez ustrezne predhodne ocene njihove ekonomske opravičljivosti v odnosu na potrebe posameznega območja ali področja. Nenačrtnost na tem področju vodi v določene neracionalnosti v izvajanju programov zdravstvenih storitev, v slabo izkoriščenost zmogljivosti in nizko storilnost v posameznih javnih zavodih ob preobremenitvah na drugih področjih, v neenakomerni razvoj zdravstvenih dejavnosti mimo prioritet ali potreb prebivalstva, s tem pa tudi višjih oziroma nerealnih stroškov v obveznem zdravstvenem zavarovanju in potencialno tudi do nižje kakovosti storitev. Oboje je v navskrižju z interesi zavarovanih oseb in njihovimi pričakovanji, da za svoj denar dobijo čim cenejšo in čim kakovostnejšo oskrbo, hkrati pa nakazuje, da so v sistemu še določene rezerve. Ob tem je še najmanj razumljivo in sprejemljivo dejstvo, da teh planskih dokumentov Slovenija ni uspela sprejeti že vse od leta 1992. Stališče ZZZS glede planskih dokumentov s področja zdravstvenega varstva je:

- Čimprej je potrebno sprejeti strategijo in plan zdravstvenega varstva Slovenije (kot eden ali dva ločena dokumenta), ki bosta vsebinsko zaobjela vizijo razvoja področja in vseh njegovih segmentov v daljšem časovnem obdobju. To je eden izmed nujnih upravljaljskih ukrepov na makroravni, brez katerega ni mogoče pričakovati dobrega in uspešnega nadaljnjega razvoja sistema, V nasprotnem primeru lahko pride do razsula in razpada sistema javne zdravstvene službe in obveznega zavarovanja.

- Strategija oziroma plan zdravstvenega varstva Slovenije morata vsebovati vse tiste sestavine, ki jih določa veljavni zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (strategija, prednostna področja, naloge in cilje, načrt razvoja posameznih dejavnosti ter področij, razvoj zdravstvenih zavarovanj, specifične potrebe posamezni skupin, nosilce nalog in merila za določitev mreže javne zdravstvene službe itd.);
- Pogoji in merila za določitev mreže javne zdravstvene službe so eden od osrednjih dokumentov za opredelitev kapacitet, ki bi lahko opravljale dejavnost na račun javnih sredstev in ki bi bila podlaga za ravnanje Ministrstva za zdravje in občin (pokrajin?) pri odločanju o vrstah dejavnosti, njihovih zmogljivostih in prostorski razporeditvi, razmerjih med posameznimi dejavnostmi v odnosu na populacijo, ki ji zagotavljajo svoje storitve itd. Mreža javne zdravstvene službe naj bi bila tudi podlaga za določanje kapacitet, katerih storitve bi bile financirane iz javnih sredstev in med temi tudi za podeljevanje koncesij za zasebno delo. Zato je samo po sebi razumljivo, da bo morala mreža javne zdravstvene službe biti usklajena z višino javnih sredstev oziroma sredstvi obveznega zdravstvenega zavarovanja. ZZZS pričakuje, da bo imel možnost sooblikovati takšen dokument predvsem iz vidika njegove materialne uresničljivosti, da ne bi prišlo do napake, da bi bila mreža le seznam želja izvajalcev brez ustreznega materialnega kritja.
- Nujno potrebne so spremembe v zakonodaji, ki ureja področje zdravstvene dejavnosti in njene organizacije, ki je zastarela in ne sledi izzivom in spremembam, ki so se dogajale v zadnjih letih. Te morajo slediti opredelitvam iz strategije in plana zdravstvenega varstva države ter voditi v postopno prilagoditev obstoječih zmogljivosti tistim, ki jih bodo določila merila za določitev javne zdravstvene službe. V tem okviru je potrebno posebej izpostaviti vprašanje nadaljnega obstoja zdravstvenih domov kot osrednjih nosilcev zdravstvene dejavnosti na primarni ravni. ZZZS meni, da vrnitev na nekdanje stanje ni več možno, a poudarja, da je ohranitev njihove vsebine in funkcije nujno potrebna. Zaradi tega se bo zavzemal za organizacijske oblike, ki bodo še naprej ali še bolj tovrstne storitve primarne zdravstvene dejavnosti približale ljudem in ohranile funkcije zdravstvenih domov (po zakonu o zdravstveni dejavnosti) na določenih območjih. To je mogoče doseči z organizacijsko obliko zdravstvenih domov, drugje kjer teh pogojev ni več pa z povezovanjem preostalih »jeder« zdravstvenih domov z zasebniki na določenem območju (z določenim številom prebivalstva) v nove organizacijske in funkcionalne povezave. Slednje bi moralo spet biti pravno (zakonsko) določeno v zakonu o zdravstveni dejavnosti in razvojnih planih zdravstvenega varstva,
- ZZZS se bo posebej zavzemal, za organizacijske spremembe v zdravstvenih dejavnostih, ki bodo temeljile na delitvi dela med posameznimi ravnmi in ožjimi področji zdravstvenih dejavnosti ter na kategorizaciji bolnišnic oziroma zmogljivosti na sekundarni ter terciarni ravni, ki bo zagotavljala večjo racionalnost v izvajanju programov zdravstvenih storitev. Izvajanje programov zdravstvenih storitev mora v veliko večji meri kot doslej temeljiti na kliničnih smernicah in drugih na podatkih temelječih pristopih. Izdelava slednjih bi morala postati ena od prednostnih nalog razširjenih strokovnih kolegijev in drugih strokovnih organizacij, društev in združenj.

**13. Razvoj zdravstvenih dejavnosti bo tudi v prihodnje v Sloveniji temeljil na mešanem javno – zasebnem sistemu zdravstvenih dejavnosti, pri katerem naj bi bo, po mnenju ZZZS, še vedno prevladoval javni sektor.** Kako naj bi deloval tak model in še posebej javno – zasebno partnerstvo bo še potrebno opredeliti v ustreznih zakonih in drugih predpisih, saj se velikokrat mešajo zasebna oziroma javna dejavnost, služba, lastnina, sredstva, vlaganja itd. Nekateri v okviru javno – zasebnega modela vidijo možnosti raznih oblike nenadzorovane privatizacije ter poskusov komercializacije področja zdravstvenega

varstva in to tudi, ko gre za javni interes. Prav zaradi teh pojavov in nedorečenosti v odnosih javno – zasebnega izvajanja zdravstvenih dejavnosti so nujne jasne zakonske opredelitve, kako naj bi ta model izgledal v Sloveniji oziroma kakšen model bi bil za naše razmere sprejemljiv. ZZZS stoji na stališču, da:

- je zasebna dejavnost lahko dopolnilo javni zdravstveni službi in je možna v dveh oblikah. Ena je na že poznan način, po katerem si mora zdravnik ali drugi zdravstveni delavec pridobiti koncesijo za opravljanje dejavnosti na račun javnih sredstev. Za te oblike zasebne dejavnosti je nujno pripraviti zakonska merila, pogoje in postopke za pridobitev koncesije in kandidate izbirati na podlagi javnega razpisa v okviru mreže javne zdravstvene službe. ZZZS zastopa stališče, da s podeljevanjem koncesij ne bi smeli koncedenti ogroziti dejavnosti in nadaljnjega obstoja javnih zdravstvenih zavodov in njihovih nalog ter funkcij, ki jih imajo po zakonu.
- je mešani javno – zasebni model izvajanja zdravstvene dejavnosti sprejemljiv oziroma koristen, pod pogojem da takšna ureditev ne omogoča neupravičenega prelivanja javnih sredstev (obveznega zavarovanja) v privatne zasluge in dobičke posameznikov in da so glede na javni interes zdravstvenega varstva strogo ločena javna in zasebna sredstva, dejavnost, in lastnina. Z drugimi besedami to pomeni zahtevo, da v takšnem partnerstvu zasebni izvajalci opravljajo svojo dejavnost v vseh pogledih pod enakimi pogoji in obveznostmi kot javni zavodi in da so tudi financirani na enak način in po enakih merilih;
- da so zasebna vlaganja ali soudeležba zasebnih sredstev ali zasebnih oblik dela v javni zdravstveni službi sprejemljiva in možna, če zasebni partnerji s svojim sodelovanjem v partnerskih odnosih in udeležbo ne zasledujejo pričakovani dobiček, temveč predvsem možnost angažiranja svojih prostih zmogljivosti, zaposlitve določenega števila svojih delavcev, izposojajo (leasing) aparatur itd. in da so pogoji tega sodelovanja z javno službo vsaj takšni, kot če bi jih ta organizirala in izvajala sama. Podobno kot v drugih državah so to zlasti področja vzdrževanja in čiščenja prostorov javnih zavodov, preskrbe, priprave in razdeljevanja hrane, pranja perila, notranjega transporta, zdravstvene informatike, leasinga najdražje tehnologije, vodenje finančnih in knjigovodskih opravil, in le v redih primerih tudi izvajanja nekaterih zdravstvenih storitev (npr. laboratorijskih, diagnostičnih itd.). V smislu javno – zasebnega partnerstva bi bila sprejemljiva tudi določena zasebna vlaganja v javno zdravstveno službo, po kateri bi zasebni vlagatelj na podlagi pogodbe z javnim zavodom bil upravičen na povračila investicijskih sredstev v višini amortizacije ali drugih stroškov na enak način, kot bi jih javnemu zavodu priznal in poravnal plačnik storitev;

**14. Potrebno proučiti ustreznost opredelitve statusa zdravnika (zobozdravnika, farmacevta) kot javnega uslužbenca, še posebej, kadar se ta status povezuje s pravico do plače.** V predpisih s tega področja bi moralo biti urejeno, da ima uslužbenec/zdravnik pravico do plače v višini kolektivne pogodbe za normalno/normirano opravljeno delo oziroma da se plača spremeni (poveča ali zniža) če odstopa od teh svojih delovnih obveznosti. Brez teh sprememb vsi naporji po spremembah v sistemu ne bodo dali pravih rezultatov, ker je v upravljanju javnega zavoda nemočen tudi management pa tudi ZZZS kot plačnik storitev. Drugače povedano ZZZS se zavzema, da se tudi pri tistih zdravnikih (morda tudi zdravstvenih delavcih) ki bodo ostali v javnih zavodih javni uslužbenci uvede stimulativen način določanja plač oziroma nagrajevanja. Na ta način bi se dosegla večja storilnost v zdravstvu, motivacija zaposlenih za več in boljše delo ter za doseganje boljših rezultatov, hkrati pa bi management imel na razpolago vzvode za ukrepanje v prizadevanjih po uresničitvi planskih nalog in ciljev ter za doseganje drugih ciljev zdravstvene politike ( kakovost, skrajševanje čakalnih dob, večja storilnost, zmanjševanje

stroškov itd.). V ta namen je potrebno izdelati določene normative in standarde kakovosti in količine storitev, klinične smernice in doktrinarne usmeritve, ki bodo zagotovile čim višjo kakovost storitev ter ustrezno storilnost zaposlenih v javnih zavodih. Poleg tega ZZZS meni, da:

- bi uvedba instituta »svobodnega zdravnika« bi bila za naše razmere ena od najbolj primernih oblik javno – zasebnega partnerstva, ki bi prispevala k odpravi nekaterih drugih težav in problemov v zdravstvenem varstvu. Po tej koncepciji bi imeli poleg koncesionarjev, zdravnike, ki bi bili zaposleni v javnih zavodih s statusom javnega uslužbenca. Zdravniki, ki s takim statusom ne bi bili zadovoljni, bi se lahko odločili za status svobodnega zdravnika. Slednji ne bi bili več zaposleni v javnih zavodih in tako tudi ne bi več imeli statusa javnega uslužbenca, prav tako ne bi bili koncesionarji. Svoje delo bi opravljali na podlagi pogodb z javnimi zavodi ali koncesionarji, predvsem z (eno ali več) bolnišnicami, pri čemer bi se lahko povezovali v določene organizacije (npr. zadruga ali podobno) ter se med seboj nadomeščali in dopolnjevali ter imeli precejšnjo strokovno in finančno avtonomijo v okviru sklenjenih pogodb z javnimi zavodi ali koncesionarji. Javni zavodi bi jim morali zagotoviti pogoje za delo kot so prostori, oprema, sredstva za zdravljenje, ostalo zdravstveno osebje itd. Ustrezno temu bi bili tudi razmejeni stroški med javnim zavodom in svobodnimi zdravniki. Zdravniki bi bil plačani po storitvah in bi njihov dohodek/zaslužek bil odvisen od obsega opravljenega dela, skladno s posebno tarifo, in drugimi pogoji, ki bi jih dogovorili z vodstvi javnih zavodov. Svobodni zdravniki ne bi rabili koncesije, delali bi lahko več kot le redni delovni čas in ustrezno temu imeli tudi zaslužek. Celotno koncepcijo je potrebno pravno (zakonsko) urediti, kar še posebej velja za način urejanja odnosov med svobodnimi zdravniki in javnimi zavodi in pri tem preprečiti, da bi se stroški javnega zdravstvenega zavarovanja zaradi svobodnih zdravnikov povečali. Pogodbeni odnos med svobodnim zdravnikom in javnimi zavodi bi morali vsebovati tudi določila o škodni odgovornosti oziroma posledicah morebitnega neizpolnjevanja pogodbenih obveznosti svobodnega zdravnika. Je pa tak pristop ena izmed rešitev »pomanjkanja« zdravnikov in tudi za resne spremembe v organizaciji zdravstvene službe. Uvedba instituta svobodnega zdravnika bi bila odgovor na nezadovoljstvo zdravnikov v javni službi in bi vsakemu od njih nudila možnost izbire med statusom javnega uslužbenca ali zasebnega svobodnega zdravnika.
- kazalo proučiti možnost, po kateri bi omejeno število priznanih strokovnjakov (profesorji, docenti, primariji, svetniki, vodje oddelkov itd.), zaposleni v javnih zavodih smelo imeti in obravnavati določeno število privatnih pacientov v lastnem zavodu in na račun zasebnih sredstev (samoplačnikov ali prostovoljnih zavarovanj). To bi se lahko nanašalo tudi na bolnišnično zdravljenje. Pogoj za to bi bil, da opravijo svoje delovne obveznosti do javnega programa zdravstvenega varstva ali tudi delovne obveze, ki jih imajo v okviru javnega zavoda (npr. pedagoške, mentorske, znanstveno-raziskovalne naloge). Dohodek iz te zasebne dejavnosti bi bil njihov, bi pa morali javnemu zavodu poravnati stroške za uporabo prostorov, opreme, sredstev opravljanje dejavnosti, za delo ostalih zdravstvenih delavcev, ki bi sodelovali pri njegovi zasebni dejavnosti itd. O tem bi morali skleniti z javnim zavodom posebno pogodbo. Tudi v tem primeru bi morala biti meja med javno in zasebno dejavnostjo povsem jasna.

**15. Ustanovitelji in management javnih zavodov ne upravljajo z njimi dovolj učinkovito in zadovoljivo.** Očitno je, da je za uspešno in učinkovito upravljanje z javnimi zavodi nimamo v Sloveniji ustrezne zakonskih opredelitev, izkušenj in znanja. Večina ustanoviteljev se ne zaveda dovolj svojih pristojnosti, po katerih ob skrbi za zmogljivosti in poslovanje javne zavode zagotavljajo prebivalstvu pogoje za dostopnost do

zdravstvenih storitev in s tem tudi za uresničevanje njihovih pravic s področja zdravstvenega varstva ter do zdravstvene in socialne varnosti. Stanje je celo paradoksalno, saj neredko ustanovitelji javnih zavodov, z nenačrtnim in premalo premišljenim podeljevanjem koncesij rušijo lastne javne zavode (posebno zdravstvene domove), slabijo njihovo vlogo in strokovnost ter jim povzročajo poslovne težave. Sveti javnih zavodov odločajo najpogosteje brez jasnih usmeritev ustanoviteljev, ki bi predvsem morali skrbeti za izvajanje programov zdravstvenih storitev skladno z javnim interesom področja. Velik del vodstev javnih zavodov nima dovolj izkušenj in znanja s področja upravljanja, vodenja, zdravstvene ekonomike in drugih področij, da bi bil uspešen in deloval v okvirih ekonomskih možnosti ter nalog, ki jih imajo ti zavodi. ZZZS meni, da so v zvezi z upravljanjem javnih zavodov potrebne naslednje spremembe:

- Zakon(i) morajo jasneje opredeliti pooblastila, dolžnosti in odgovornosti ustanoviteljev javnih zavodov, pri čemer mora biti v ospredju njihove naloge pri zagotavljanju njihovih prostorskih, kadrovskih in zmogljivosti, pri investiranju in vzdrževanju objektov ter opreme skladno s planom zdravstvenega varstva Slovenije in mrežo javne zdravstvene službe. V tem pogledu je še posebej pomembno, da bi vsak ustanovitelj na podlagi meril za določitev mreže javne zdravstvene službe sprejel plan razvoja zdravstvenih zavodov svojega območja oziroma področja za katerega je pristojen, ki bi bil podlaga za razvoj javnih zavodov, obseg dejavnosti in vsebino njihovega dela itd. ter tudi za podeljevanje koncesij zasebnikom;
- Ustanovitelji morajo biti imeti oziroma pridobiti določena pooblastila pri spremljanju in nadzoru dela ter poslovanja javnih zavodov ter pri uresničevanju njihove funkcije izvajanja programa storitev javnega zdravstvenega zavarovanja. Poleg nadzorne funkcije morajo dobiti tudi pooblastila posredovanja in ukrepanja, če bi v javnem zavodu prišlo do resnih motenj v izvajanju programa in pri uresničevanju javnega interesa in v finančnem poslovanju. Prav posebej morajo poskrbeti in zagotoviti, da bodo javni zavodi, ki so jih ustanovili, poslovali v skladu s planskimi dokumenti, nalogami in cilji ustanovitve in v okviru materialnih možnosti, še zlasti pa v skladu s pogodbenimi obveznostmi do nosilca javnega zdravstvenega zavarovanja, kot glavnega plačnika storitev in brez primanjkljaja. Prav posebej morajo skrbeti za nadzor nad izvajanjem javnega programa zdravstvenega varstva in preprečiti neopravičeno prelivanje javnih sredstev v zasebne zasluge. V zvezi s tem morajo dobiti (in tudi uresničevati) veliko širša pooblastila, kot jih imajo doslej, pri čemer bi med slednja morala šteti tudi možnosti zamenjave vodstva javnega zavoda, spremembe notranje organizacije itd.
- Vodstva javnih zavodov morajo dobiti večja pooblastila, a tudi prevzeti večjo odgovornost za njihovo poslovanje. V tem pogledu bi morali imeti večja pooblastila in možnosti ukrepanja za izvajanje oziroma uresničevanje plana dela, pogodbenih obveznosti do plačnikov, izvajanja kadrovske politike ter do drugih organizacijskih in poslovnih odločitev, ki jim jih nalagajo planski dokumenti in opredelitve ustanovitelja. V tem pogledu bi morali imeti približno enaka pooblastila kot managerji v gospodarstvu, le da njihov cilj ne bi bil ustvarjanje dobička. Za svoje delo bi morali biti tudi materialno odgovorni.
- Nad celotnim upravljanjem in vodenjem javnih zavodov ter delovanjem njihovih ustanoviteljev ter vodstev bi moralo imeti večji in učinkovitejši nadzor Ministrstvo za zdravje ali drug ustrezen nadzorni organ na ravni republike.

**16. Nujno je regulirati zasebno delo v javni zdravstveni službi, ki je velikokrat za določeno nezadovoljstvo med ljudmi.** Stališča ZZZS v zvezi s temi vprašanji so naslednja:

- Zakonsko je potrebno urediti vse oblike samoplačništva in sicer kdaj (za katere storitve, višji standard ali drugo) se sme pacientu kaj zaračunati, kdaj in pod kakšnimi pogoji lahko zaračunavajo storitve javni zavodi in zasebniki ter koncesionarji in kdo določa cene samoplačniških storitev javnih zavodov ali koncesionarjev. ZZZS meni, da bi lahko bile samoplačniške le storitve, ki niso pravica iz obveznega zavarovanja, ali so opravljene v višjem standardu ali drugačnem postopku, kot ga določajo predpisi ZZZS. Nujno pa bi morale biti predhodno soglasje ali zahteva pacienta po takšni storitvi in to potem, ko je bil s strani izvajalca seznanjen z vsemi pravicami in možnostmi njihovega uveljavljanja v javnem zavarovanju. ZZZS prav tako pričakuje ureditev, po kateri bo opravljanje in zaračunavanje samoplačniških storitev dovoljeno le izven delovnega časa, ki je pogodbeno dogovorjen z ZZZS in če se s tem ustvarjeni dohodek evidentira kot dohodek javnega zavoda in ne posameznega zdravstvenega delavca. Zaradi tega bi morale Ministrstvo za zdravje in občine (za zdravstvene domove in koncesionarje) uvesti izdajanje dovoljenj za opravljanje samoplačniške zdravstvene dejavnosti, podobno kot za zasebno dejavnost, njeno registracijo, preverjanje izpolnjevanja pogojev, vodenje zdravstvene dokumentacije in finančnih evidenc itd. Uvesti bi bilo potrebno dajanje soglasij k cenam samoplačniških storitev in obračunavanje davščin po določenih ustrezne davčne zakonodaje. V javnih zavodih bi morale biti tudi povsem jasno razmejeno to delo (časovno, prostorsko, kadrovsko, glede uporabe zdravil, sredstev za zdravljenje itd.) od opravljanja programa za javno zavarovanje. ZZZS še posebej pričakuje, da bodo cene zdravstvenih storitev v samoplačniških ambulantah v javnih zavodih določili njihovi ustanovitelji in s tem tudi delež, ki bi bil namenjen njihovim izvajalcem;
- Vsako nezakonito zaračunavanje plačil ali doplačil s strani izvajalcev je potrebno zakonsko sankcionirati.

**17. Na novo je potrebno urediti področje financiranja zdravstvenih storitev ter s tem povezanega plačevanja dela zdravstvenih delavcev.** Modeli financiranja (glavarina, SPP, itd.), ki veljajo v odnosih med ZZZS in posameznimi izvajalci ne stimulirajo izvajalcev k boljšemu delu in k večji racionalnosti ter storilnosti. ZZZS pričakuje podporo pri predlogih, da se v modele financiranja izvajalcev uvedejo poleg količine storitev tudi dodatni kriteriji, kot velikost populacije, ki jo bo obravnaval posamezni izvajalec, kakovost storitev, doseganje zdravstvenih ciljev pri izboljševanju zdravstvenega stanja in racionalnost poslovanja. Meni tudi, da bi plača posameznika morala biti odvisna od opravljenega dela in kakovosti, kar pomeni odmik od dosedanje prakse »uravnilovke.«

**18. Nujna je prenova področja nadzora izvajanja zdravstvenega varstva.** Izvajanje strokovnega, upravnega nadzora in nadzora uresničevanja predpisov je potrebno prenesti na posebno inšpekcijsko službo pod okriljem Ministrstva za zdravje ali drugega upravnega organa. ZZZS se tudi zavzema za večja pooblastila pri izvajanju nadzora, ki ga ima tudi sam po določenih zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju glede izvajanja zavarovanja samega in glede izvajanja pogodb z izvajalci zdravstvenih storitev.