

Predlog za javno razpravo

**RESOLUCIJA O NACIONALNEM PLANU
ZDRAVSTVENEGA VARSTVA 2015 - 2025
SKUPAJ ZA DRUŽBO ZDRAVJA
(ResNPZV 2015 - 2025)**

Ministrstvo za zdravje

junij 2015

KAZALO

SEZNAM KRATIC	4	
1	Uvod	5
1.1	Razlogi za nov nacionalni plan zdravstvenega varstva	5
1.2.	Namen Resolucije nacionalnega plana zdravstvenega varstva 2015 - 2025	6
1.3	Pristop do priprave predloga ResNPZV 2015 - 2025	7
2	Dolgoročni izzivi na področju zdravja in zdravstvenega varstva	8
2.1	Naraščanje kroničnih bolezni in stanj ter odvisnih od tuje pomoči	13
2.2	Neenakosti v zdravju	13
2.3	Grožnje zdravju	14
2.4	Ekonomske krize in povečevanje izdatkov zaradi naglega razvoja novih medicinskih tehnologij in večjih pričakovanj in potreb pacientov	14
2.5	Mobilnost pacientov	18
3	Pomembnejši kratkoročni izzivi	19
4	Poslanstvo in vrednote	23
5	Razvojna vizija	24
6	Prednostna področja razvoja	25
7	Krovni cilji in specifični cilji po področjih	26
8	Primeri razvoja in reforme zdravstvenih sistemov v drugih državah	28
9	Opis stanja in predlogi ukrepov po področjih	28
9.1	Krepitev in varovanje zdravja ter preprečevanje bolezni	28
9.2	Optimizacija zdravstvene oskrbe	33
9.2.1	Primarno zdravstveno varstvo	34
9.2.2	Nujna medicinska pomoč	36
9.2.3	Geriatrija	36
9.2.4	Duševno zdravje	36
9.2.5	Demenca	37
9.2.6	Dolgotrajna oskrba	37
9.2.7	Paliativna oskrba	38
9.2.8	Preskrba z zdravili in lekarniška dejavnost	39
9.2.9	Zdravilstvo	40
9.2.10	Čezmejno varstveno zdravstvo	40
9.3	Povečanje uspešnosti zdravstvenega sistema - Vodenje in upravljanje zdravstvenega varstva	45
9.3.1	Mreža javne zdravstvene službe	45
9.3.2	Upravljanje kadrovskih virov v zdravstvu	46
9.3.3	Upravljanje mešanega javno-zasebnega modela izvajanja zdravstvene dejavnosti	46
9.3.4	Upravljanje celovite kakovosti	47
9.3.5	Upravljanje in vrednotenje (zahtevnejših) zdravstvenih tehnologij	49
9.3.6	Upravljanje in vodenje zdravstvenih zavodov	49

9.3.7	Nagrajevanje po uspešnosti50
9.3.8	Čakalne dobe50
9.3.9	Razvoj IKT v zdravstvu50
9.4	Pravično, solidarno in vzdržno financiranje zdravstvenega varstva	54
10	Izvajanje nacionalnega plana zdravstvenega varstva58
11	Krovni cilji in specifični cilji po področjih59
	Priloga 1: Cilji in kazalniki Zdravje 202060

SEZNAM KRATIC

BDP – Bruto domači proizvod
BMI – Body mass index – Indeks telesne mase
CSD – Center za socialno delo
ČD – Čakalne dobe
DPOR – Državni program za obvladovanje raka
DRG - SPP – Diagnosis-related group – Skupine primerljivih primerov
EHCI – The Euro Health Consumer Index
EHIF – Estonski sklad za zdravstveno zavarovanje
EU – Evropska unija
EUNetHTA – European Network for Health Technology Assessment – Evropska mreža za vrednotenje zdravstvenih tehnologij
EUR – Evro
GINI – Ginijev koeficient
HIA – Ocena vplivov na zdravje (Health impact assesment)
HIAP – Zdravje v vseh politikah (Health in all policies)
HSPA – Ocenjevanje uspešnosti zdravstvenih sistemov (Health system performance analysis)
HTA – VZT – Vrednotenje / ocenjevanje zdravstvenih tehnologij (Health technology assesment)
IT – Informacijska tehnologija
KOPB – Kronična obstruktivna pljučna bolezen
KPK – Komisija za preprečevanje korupcije
MDDSZ – Ministrstvo za delo, družine, socialne zadeve in enake možnosti
MZ – Ministrstvo za zdravje RS
NIJZ – Nacionalni inštitut za javno zdravje
NLZOH – Nacionalni laboratorij za zdravje, okolje in hrano
NMP – Nujna medicinska pomoč
OB Valdoltra – Ortopedska bolnišnica Valdoltra
OECD – Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj
OZN – Organizacija združenih narodov
PPP – Pariteta kupne moči
PZV – Primarno zdravstveno varstvo
RADM – Referenčne ambulate družinske medicine
ResNPZV – Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva
SURS – Statistični urad Republike Slovenije
SZO – Svetovna zdravstvena organizacija
SŽB – Srčno-žilne bolezni
UMAR – Urad RS za makroekonomske analize in razvoj
UNEP – Okoljski program Združenih narodov
ZDRZZ – Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije
ZPacP – Zakon o pacientovih pravicah
ZS – Zdravstveni svet
ZZBN – Združenje zdravstvene in babiške nege *(toimensko združenje v Republiki Sloveniji ni registrirano in ne obstaja. Na področju zdravstvene in babiške nege v naši državi delujeta Strokovno združenje izvajalcev zdravstvene in babiške nege Slovenije ter Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (t.i. Zbornica-Zveza). Ker ne eno ne drugo združenje v dokumentu ResNPZV 2015 - 2025 nista nikjer navedena predlagamo brisanje te kratic iz nabora oz. v kolikor mora ta navedba v ResNPZV 2015 - 2025 obstajati navedbo kratic obeh strokovnih združenj)*
ZZS – Zdravniška zbornica Slovenije
ZZVZZ – Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju
ZZZS – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

1 Uvod

V Sloveniji smo leta 1992 z domišljeno in takrat sodobno zakonodajo postavili trdne temelje zdravstvenega sistema na evropskih vrednotah solidarnosti, enakosti in pravičnosti. Ta je državljanom Slovenije zagotavljala dostopno in kakovostno zdravstveno varstvo. V mednarodnih primerjavah se Slovenija lahko pohvali z dobrimi rezultati, ki kljub bremenom tranzicije v marsičem presegajo rezultate bolj razvitih držav. Načelo Sveta Evrope, da zavarovanim osebam zagotavljamo preventivno in/ali kurativno zdravstveno varstvo¹, smo v Sloveniji še nadgradili z zagotavljanjem nujnega zdravljenja tudi osebam brez zdravstvenega zavarovanja.

Na posameznih področjih zdravstvenega varstva smo se s strateškimi in zakonskimi rešitvami uspešno prilagajali novim potrebam prebivalstva ter sledili zahtevam Evropske unije (EU) in naprednim procesom razvoja v evropskem prostoru.

Ob več poskusih strateškega načrtovanja, smo dvakrat tudi sprejeli celovit obdobjni strateški načrt za razvoj zdravstvenega varstva:

- Nacionalni plan zdravstvenega varstva – Zdravje za vse do leta 2004,
- Resolucijo o nacionalnem planu zdravstvenega varstva »Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev« za obdobje 2008 do 2013.

Slednji dokument je povzemal smernice zdravstvene strategije EU "Skupaj za zdravje: strateški pristop EU za obdobje 2008-2013" in priporočila strategije Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) "Zdravje v 21. tisočletju" ter osrednje mesto v sistemu zdravstvenega varstva namenili uporabniku.

1.1 Razlogi za nov nacionalni plan zdravstvenega varstva

Spremenjene zdravstvene potrebe prebivalstva zaradi dolgožive družbe, povečevanje neenakosti v zdravju, drage zdravstvene tehnologije (*področju dragih zdravstvenih tehnologij je vsekakor potrebno posvetiti posebno skrb, saj se bi dalo z racionalnejšo nabavo/javnimi razpisi pridobiti cenejše medicinske aparature in s tem poceniti preiskave. Tako bi ostalo več javnega zdravstvenega denarja, ki bi se ga dalo drugje bolj koristneje uporabiti*), grožnje zdravju in mobilnost bolnikov, so pomembnejši izzivi, s katerimi se soočajo v večini evropskih držav. Zagotavljanje finančne vzdržnosti od leta 2009, ko se je začela gospodarska kriza, je finančna vzdržnost zdravstvenih sistemov tudi v tem delu sveta postala večji izziv kot prej.

V zadnjih letih je v Sloveniji potekala vrsta razprav in polemik v strokovnih in političnih okoljih, kako naprej. Zaključki teh razprav predstavljajo dobro izhodišče za oblikovanje predloga sprememb, s katerimi bomo lahko tudi v prihodnje zagotavljali stabilen javen zdravstveni sistem in omogočili čim večjo dostopnost do sodobne, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe za vse prebivalce Slovenije.

Pomemben okvir za spremembe predstavljajo tudi nova strateška izhodišča Evropske unije (EU) in SZO, predvsem strategija Evropa 2020, ki jo je EU sprejela za pametno, vzdržno in vključujočo rast; EU zdravstvena strategija Vlaganje v zdravje in zdravstvena strategija evropske regije SZO Zdravje 2020: Evropska strategija za zdravje in blagostanje, ki je bila sprejeta na 62. zasedanju Regionalnega odbora SZO za Evropo leta 2012.

¹ Evropski kodeks o socialni varnosti. Uradni list RS, MP 29/2003, 18.12.2003 (stran 2149)

V EU je zdravje prepoznano kot vrednota, pravica do socialne varnosti in varovanja zdravja pa sodi med temeljne pravice posameznika^{2,3}. Univerzalnost, dostop do kakovostnega zdravstvenega varstva, enakost in solidarnost ostajajo pglavitne vrednote zdravstvenih sistemov⁴. Zdravje ni blago, ne glede na stroške in ceno zdravstvenih storitev, in ne sme biti odvisno od kupne moči državljana. Vlaganja v zdravje ne smemo razumeti kot strošek, ampak kot naložbo v prihodnost, saj boljše zdravje posameznika prispeva h gospodarski blaginji in socialni koheziji v smislu večje produktivnosti, ponudbe delovne sile in javne porabe⁵.

SZO v svoji strategiji Zdravje 2020 opozarja, da se zdravje Evropejcev sicer izboljšuje, vendar ne povsod in ne za vse enako. K razlikam v zdravju pomembno prispevajo razlike v dostopnosti do zdravstvene oskrbe in tudi neenakosti v izobrazbi, socialno-ekonomski status, delovno in bivalno okolje in druge determinante zdravja. Zavezanost k zdravju mora zato postati odgovornost vseh resorjev, saj zdravstvo zgolj v enem delu prispeva k pogojem za zdravo in aktivno življenje v vseh življenjskih obdobjih. K boljšemu doseganju ciljev zdravja prispevajo tudi partnerstva z nevladnimi organizacijami in lokalnimi skupnostmi ter, na nekaterih področjih, z industrijo in zasebnim sektorjem. Tak vse-vladni in vse-družbeni pristop imenujemo "zdravje v vseh politikah".

1.2 Namen Resolucije nacionalnega plana zdravstvenega varstva 2015 - 2025

Resolucija nacionalnega plana zdravstvenega varstva 2015 do 2025 (ResNPZV) je dokument, s katerim naslavljamo ključne probleme zdravja in zdravstvenega sistema v Sloveniji in postavljamo temelje za zdravje v vseh politikah. ResNPZV predstavlja podlago za razvoj zdravstva v Sloveniji v naslednjih desetih letih in ohranja vizijo kakovostnega in vsem dostopnega javnega zdravstva. V središče postavlja uporabnika in izvajalca ter si v predvidenih ukrepih prizadeva za:

- **boljše zdravje in blagostanje za vse;**
- **zmanjšanje neenakosti v zdravju;**
- **optimizacijo zdravstvene oskrbe v smislu dostopnosti do enako kakovostne in varne oskrbe;**
- **uspešnost zdravstvenega sistema ob večji pravičnosti ter ohranjanju solidarnosti;**
- **finančno vzdržnost zdravstvenega sistema** *ob ustreznih varčevalnih ukrepih na področju javnih naročil medicinskega materiala in zdravil - poenotenju za celotno državo je vsekakor iskati prihranke in s tem vzdržnost zdravstvenega sistema.*

Z vlaganji v zdravje in zdravstvo naj bi v prihodnje tudi bolj učinkovito prispevali k trajnostnemu razvoju Slovenije.

² Listina Evropske Unije o temeljnih pravicah (2010/C 83/02), Uradni list Evropske unije, C 83/389

³ Evropska socialna listina, Uradni list RS, št. 24/1999, z dne 10. 4. 1999

⁴ Sklepi Sveta o skupnih vrednotah in načelih zdravstvenih sistemov EU, UL C 146/01, 22.6.2006.

⁵ SPOROČILO KOMISIJE o učinkovitih, dostopnih in prožnih zdravstvenih sistemih, COM(2014) 215: http://ec.europa.eu/health/healthcare/docs/com2014_215_final_sl.pdf

1.3 Pristop do priprave predloga ResNPZV 2015 - 2025

Pravne podlage za pripravo in sprejem ResNPZV:

- 6. člen Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/06 - uradno prečiščeno besedilo, 114/06 - ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 - ZUPJS, 87/11, 40/12 - ZUJF, 21/13 - ZUTD-A, 91/13, 99/13 - ZUPJS-C, 99/13 - ZSVarPre-C in 111/13 - ZMEPIZ-1, v nadaljnjem besedilu: ZZVZZ)
- Ustava Republike Slovenije (Uradni list RS, št. 33/91-I, 42/97 - UZS68, 66/00 - UZ80, 24/03 - UZ3a, 47, 68, 69/04 - UZ14, 69/04 - UZ43, 69/04 - UZ50, 68/06 - UZ121,140,143, 47/13 - UZ148 in 47/13 - UZ90,97,99), ki v svojem 51. členu neposredno omenja pravico do zdravstvenega varstva, v členih 2, 50 in 72 pa se vsaj posredno dotika področja zdravja in socialne varnosti;
- Področna zakonodaja na nacionalni ravni (poleg ZZVZZ še: Zakon o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 23/05- uradno prečiščeno besedilo, 15/08 - ZPacP, 23/08, 58/08-ZZdrS-e, 77/08 – ZDZdr, 40/12 – ZUJF in 14/13), Zakon o lekarniški dejavnosti (Uradni list RS, št. 36/04 – uradno prečiščeno besedilo), Zakon o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 15/08), Zakon o zdravilih (Uradni list RS, št. 17/14), Zakon o nalezljivih boleznih (Uradni list RS, št. 33/06 – uradno prečiščeno besedilo), Zakon o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZpacP, 58/08, 107/10 – ZPPKZ in 40/12 – ZUJF), Zakon o duševnem zdravju (Uradni list RS, št. 77/08); Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (Uradni list RS, št. 65/00); Zakon o medicinskih pripomočkih (Uradni list RS, št. 98/09); Zakon o zdravilstvu (Uradni list RS, št. 94/07 in 87/11).
- Pravni red Evropske unije;
- Zavezujoči akti in priporočila mednarodnih organizacij za področje zdravja in socialne varnosti, katerih članica je Republika Slovenija (OZN-SZO, OZN-UNEP, Svet Evrope, OECD idr.).

Predlog ResNPZV je nastal v delovni skupini Ministrstva za zdravje (MZ) na podlagi vrste izhodišč, ki so jih različne vlade in posamezni deležniki pripravili v preteklosti. V delovni skupini so sodelovali predstavniki MZ in organov v sestavi, predstavniki Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ) in Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS). Temelji na evropskih vrednotah zdravstvenega varstva in priporočilih mednarodne skupnosti glede razvoja zdravstvenih sistemov. Hkrati upošteva v javnih razpravah izražene potrebe različnih deležnikov po spremembah. Kot izhodišče za opredelitev specifičnih izzivov v Sloveniji smo uporabili zaključke posveta: Strokovna izhodišča za reformo zdravstvenega sistema. Posveta, ki je bil 16. junija 2014 v Ljubljani se je udeležilo 177 predstavnikov ključnih deležnikov in je potekal pod častnim pokroviteljstvom predsednika Republike Slovenije, Boruta Pahorja. Upoštevali smo tudi zaključke številnih drugih posvetov in razprav, ki so potekale v zadnjem letu na temo zdravstvenih sistemov in rezultate sodelovanja s SZO in Evropskim observatorijem za spremljanje zdravstvenih sistemov in politik na tem področju v zadnjih letih. Še posebej dragocena so bila mnenja uporabnikov zdravstvenega sistema, ki so jih med drugim predstavili na posvetu Slovensko zdravstvo na razpotju 26. februarja letos, v organizacije Zdravniške zbornice Slovenije (ZZS). Predlog ResNPZV je bil pred vložitvijo v javno razpravo predstavljen stroki, politiki in predstavnikom civilne družbe 13. junija 2015 na Brdu pri Kranju.

2 Dolgoročni izzivi na področju zdravja in zdravstvenega varstva

V Sloveniji se, podobno kot v drugih državah članicah EU in Organizacije za gospodarsko sodelovanje in razvoj (OECD), že danes soočamo z dolgoročnimi izzivi, ki bodo pomembno vplivali na vzdržnost zdravstvenega sistema in odločitve zdravstvene politike v prihodnosti.

Dolgoročni izzivi:

- naraščanje bremena kroničnih bolezni in stanj ter tistih, ki so odvisni od tuje pomoči;
- povečevanje neenakosti v zdravju;
- grožnje zdravju, ki jih predstavljajo nove nalezljive bolezni, odpornost mikrobov na zdravila in agensi iz okolja;
- finančno vzdržnost zdravstvenih sistemov;
- mobilnost pacientov.

Demografske spremembe, razvoj novih tehnologij in čezmejno zdravstveno varstvo so po drugi strani lahko tudi priložnost za inovacije, ustvarjanje novih delovnih mest in spodbujanje gospodarske rasti.

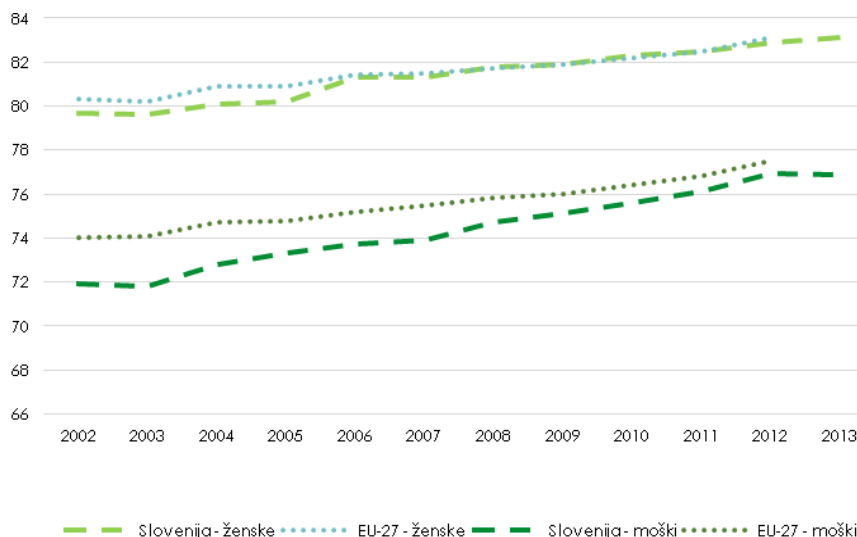
Po ocenah SZO in OECD je sistem zdravstvenega varstva v Sloveniji med boljše delujočimi v Evropi in dosegamo visoko raven zdravja. Ta ocena temelji na kazalnikih, s katerimi ti organizaciji spremljata zdravstvene sisteme.

Ključni kazalniki, po katerih se primerjajo države glede zdravja in uspešnosti delovanja zdravstvenega varstva, so:

- pričakovano trajanje življenja ob rojstvu,
- pričakovana zdrava leta življenja,
- umrljivost novorojenčkov,
- maternalna umrljivost,
- precepljenost,
- razlike v zdravju po regijah.

Pričakovano trajanje življenja je v Sloveniji preseglo 80 let ter je eno leto nad povprečjem EU-28 ob tem, da visoko izobraženi prebivalci živijo dlje in v boljšem zdravstvenem stanju kot prebivalci z najnižjo stopnjo izobrazbe.

Pričakovana leta življenja (SI, EU), Vir: NIJZ, 2015



Umrljivost novorojenčkov, kazalnik, ki govori o dostopnosti in kakovosti zdravstvene oskrbe nasploh, je v Sloveniji med najnižjimi v državah OECD, in sicer znaša 1,6 smrti novorojenčkov na tisoč živorojenih otrok.

Tudi glede maternalne umrljivosti v obdobju od 2009 do 2011 se Slovenija uvršča med bolj uspešne države (triletna povprečna stopnja znaša 1,5 smrti mater na 100.000 živorojenih otrok).

Precepljenost populacije zaradi otroških bolezni, kazalnik, ki govori o vključenosti populacije v preventivne programe, je v Sloveniji enaka povprečju EU in sicer je za davico, tetanus in oslovski kašelj cepljenih 96 odstotkov populacije (enako kot v EU), za ošpice pa 95 odstotkov (v EU 94 odstotkov).

Kazalniki, ki kažejo na **razlike v zdravju po regijah**, ob drugih determinantah zdravja, govorijo tudi o dostopnosti do preventivnih programov in programov zdravljenja. Po podatkih OECD ima Slovenija izmed vseh držav EU najnižji delež oseb, ki si niso mogle privoščiti zdravstvene oskrbe zaradi finančnih ali drugih razlogov. Sodimo med 17 evropskih držav, ki vsem svojim prebivalcem zagotavljajo zdravstveno oskrbo. Zaradi krize in posledične brezposelnosti pa so se neenakosti v zdravju med posameznimi skupinami prebivalstva in med regijami začele poglobljati tudi v Sloveniji. Vsaj deloma te razlike lahko pripišemo zmanjšani dostopnosti do zdravstvenega varstva.

Po podatkih OECD (Health at Glance 2014) smo imeli v letu 2012 v Sloveniji 2,5 zdravnika na tisoč prebivalcev, povprečje EU-28 pa znaša 3,4 zdravnika na tisoč prebivalcev. V istem letu je bilo število sester na 1000 prebivalcev 8,2, medtem ko je bilo povprečje EU-28 8,0. Upoštevane so tako medicinske sestre z visoko izobrazbo kot tiste z višjo in srednjo izobrazbo (medicinski tehniki). *Postavlja se vprašanje, ali potem dejansko obstajajo potrebe po novih medicinskih sestrah - predvsem tistih z visoko izobrazbo 8ki so za zdravstveni sistem dražje), če pa smo v naši državi nad povprečjem EU-28. Morda bi bili iz finančnega vidika potrebno nivo strokovnega izobraževanja na srednješolskem nivoju ponovno vrniti na tisto stopnjo, kot smo jo v naši državi že imeli v letih 1980 - 1984.*

Po podatkih OECD Slovenci zdravnika obiščemo enako pogosto kot Nizozemci. S spremembami v financiranju zdravstvenih storitev smo uspešno zmanjšali tudi število bolniških postelj na prebivalca in smo skoraj na povprečju OECD po tem kazalniku. Povprečna ležalna doba pri nas je krajša od povprečja EU. Tudi glede porabe zdravil imamo razmeroma ugodne rezultate. Porabimo nekaj več zdravil za nižanje krvnega tlaka, za zniževanje ravni holesterola ter za sladkorno bolezen kot v povprečju v EU državah. Poraba antidepressivov je rahlo pod povprečjem EU. Poraba antibiotikov je skoraj za tretjino manjša kot v EU-28.

Čeprav so podatki za Slovenijo glede ključnih zdravstvenih kazalnikov relativno ugodni oz. ne predstavljajo večjega odstopanja od evropskega povprečja, obstaja še precej področij, kjer bo potrebno aktivnosti na nacionalni ravni okrepiti ali jih na novo vzpostaviti. Na pomanjkljivosti v organizaciji in financiranju zdravstvenega varstva nas med drugim opozarjajo tudi čakalne vrste in nezadovoljstvo zdravstvenih delavcev z razmerami v zdravstvu. *(nezadovoljstvo zdravstvenih delavcev z razmerami v zdravstvu so velikokrat posledica pomanjklive organizacije in financiranja zdravstvenega varstva. Prepogosteje se v vrhe organizacijske strukture zdravstvenega sistema „vriva“ kadre zgolj po lojalnosti ali politični pripadnosti, ne pa na podlagi dejanskih strokovnih referenc in sposobnosti vodenja. Prevelik je tudi finančni razkorak med zdravniki in ostalim zdravstvenim kadrom, ki bi ga bilo potrebno ustrezno urediti. Tako bi se dalo tudi doprinesti k finančni vzdržnosti sistema zdravstvenega varstva).*

K bolj sistematični ureditvi nadzora nad kakovostjo in varnostjo zdravstvene oskrbe ter napredku na področju e-Zdravja nas zavezuje tudi Direktiva o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu⁶.

2.1 Naraščanje kroničnih bolezni in stanj ter odvisnih od tuje pomoči

Tako kot drugje v razvitem svetu v Sloveniji umiramo največ zaradi srčno-žilnih bolezni in raka. V letu 2013 smo lahko pripisali raku in srčno-žilnim boleznim 70 odstotkov vseh smrti.

Program zgodnjega odkrivanja in obvladovanja dejavnikov tveganja za srčno-žilne bolezni je pomembno prispeval k zmanjšanju umrljivosti zaradi srčno-žilnih bolezni. Pred 30 leti smo povprečje presegali za 30-40 odstotkov. Izjema je možganska kap, pri kateri v Sloveniji beležimo slabše rezultate v primerjavi z državami OECD. Obvladovanje visokega krvnega tlaka in obravnava prizadetih po možganski kapi še vedno predstavljata velik izziv.

Rak je postal eden glavnih vzrokov umrljivosti v Sloveniji. Pojavnost raka se je v obdobju od leta 2000 do leta 2009 povečala za 35 odstotkov pri moških in za 26 odstotkov pri ženskah. Povečano število obolelih za rakom je posledica staranja prebivalstva, ne pa povsem, saj v Sloveniji, na primer, še vedno kadi skoraj četrtina odrasli prebivalcev, visoko nad povprečjem EU pa je tudi poraba čistega alkohola na prebivalca. Velik napredek je bil v zadnjih letih narejen predvsem z uvedbo populacijskih presejalnih programov zgodnjega odkrivanja raka na materničnega vratu - ZORA, raka dojke - DORA in raka debelega črevesa in danke - SVIT, ki so pomemben del Državnega programa obvladovanja raka. Še vedno pa odstopamo od povprečja EU po stopnji preživetja obolelih za rakom, kar lahko pripišemo predvsem poznemu odkrivanju, deloma pa slabši dostopnosti do zdravstvene oskrbe.

Povečevanju debelosti in prekomerne telesne teže lahko pripišemo tudi porast števila bolnikov s sladkorno boleznijo. Naraščata prekomerna teža in debelost tako pri odraslih kot otrocih. V Sloveniji uživa zelenjavo enkrat na dan manj kot 50 odstotkov odraslih, pri uživanju sadja obstajajo velike razlike med spoloma. Visoko nad povprečjem EU smo po zaužitih sladkih pijačah,

⁶ Direktiva 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 9. marca 2011o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu, UL L 88, 4.4.2011

predvsem pri otrocih. V Sloveniji je odraslih s prekomerno telesno težo za 1,6 odstotka več kot v Evropi (18,3 odstotka prebivalcev starejših od 18 let), vsako leto pa beležimo približno 4000 novih primerov sladkorne bolezni. Primerjave med tridesetimi evropskimi državami na področju preprečevanja, zgodnjega odkrivanja in zdravljenja sladkorne bolezni (Euro Diabetes indeks 2014) uvrščajo Slovenijo na 6. mesto, kar je boljši rezultat kot v letu 2008, ko smo bili na 18. mestu. Uspeh lahko vsaj deloma pripišemo celostnemu pristopu k obvladovanju sladkorne bolezni, s katerim v okviru izvajanja Nacionalnega programa za obvladovanje sladkorne bolezni povezujemo vse ključne partnerje, izvajalce in uporabnike.

Glede alkoholne politike nas je SZO v svojem poročilu o alkoholu in alkoholni politiki v Evropi opozorila, da še nismo uspeli dovolj zvišati cen alkoholnih pijač, prepovedati oglaševanja in zmanjšati dostopnosti do alkohola z učinkovitimi ukrepi, kot je uvedba specializiranih trgovin ali licenc na prodajo alkohola. Temu in drugačnim vzorcem pitja alkoholnih pijač v Sloveniji lahko pripišemo, da v primerjavi z državami, na primer Francijo, kjer imajo podobno registrirano porabo alkohola na prebivalca kot pri nas, umiramo več zaradi z alkoholom povezanih bolezni.

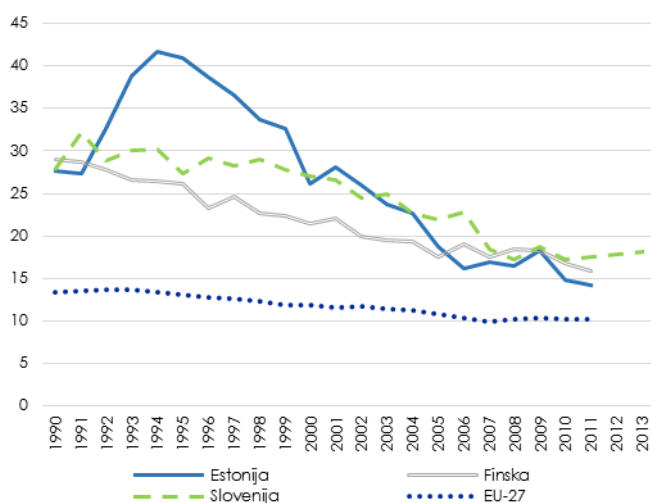
V Sloveniji še vedno kadi četrtina prebivalstva in vsak dan zaradi bolezni, ki jih pripisujemo kajenju tobaka, umre 10 oseb. Registrirana poraba alkohola se je v Sloveniji med letom 2000 in 2010 gibala med 10,3 do 13,5 litra čistega alkohola na leto na prebivalca, kar nas uvršča visoko nad EU povprečje. Za nas značilno je tudi bolj tvegano pivsko vedenje v vseh starostnih skupinah. V zadnjih 15 letih je samo zaradi zastrupitve z alkoholom umrlo 48 ljudi, mlajših od 29 let.

Pri obvladovanju kroničnih boleznih smo torej v Sloveniji v preteklih letih dosegli napredek. Kljub temu imamo še veliko rezerv, predvsem v javnozdravstvenih ukrepih, kot so zvišanje cen za zdravju škodljive izdelke, zmanjšanje njihove dostopnosti in prepoved oglaševanja. *(že skrajni čas je za sprejetje te poteza, predvsem glede reklamiranja alkoholnih izdelkov in cigaret, katero je v naši državi še vedno preveč liberalizirano)* Kljub visoki podpori javnosti predvsem na področju tobaka in alkohola, ti ukrepi do sedaj še niso dobili ustrezne politične podpore.

Duševne bolezni pomenijo veliko izgubo in obremenitev za gospodarstvo, socialo, izobraževanje ter kazenski in pravosodni sistem. V državah EU v povprečju za obravnavo bolnikov z duševnimi boleznimi namenimo od 3 do 4 odstotke bruto domačega proizvoda (BDP). Vplivajo na zmanjšanje produktivnosti zaradi odsotnosti z dela, nezmožnosti za delo in zgodnjega upokojevanja. Kar 65 odstotkov stroškov zaradi duševnih boleznih nastane zunaj zdravstva.

Pomemben kazalnik duševnega zdravja je umrljivost zaradi samomora. V Sloveniji smo še vedno v samem vrhu EU-27. Stopnja umrljivosti od leta 1990 do 2011 je v Sloveniji upadla skoraj za polovico, vendar je v času krize začela spet naraščati.

Umrljivost zaradi samomora (SI, EU, Finska, Estonija, 1990 – 2013), starostno standardizirane stopnje na 100.000 prebivalcev, Vir: NIJZ.



V negativnem smislu odstopamo tudi po umrljivosti zaradi prometnih nezgod pri moških.

Podatki o zdravstvenem stanju delavcev v Sloveniji kažejo, da so poškodbe pomemben zdravstveni problem zaposlenih. Poškodbe pri delu so bistveno bolj pogoste pri moških kot pri ženskah – deloma je to posledica dela na bolj nevarnih delovnih mestih. Poseben problem predstavljajo mladi delavci do 19 leta starosti, ki se v naši državi poškodujejo 2,5-krat bolj pogosto kot druge starostne skupine delavcev.

Dodatno k povečevanju bremena kroničnih boleznih in stanj ob dejavnikih tveganja za te bolezni prispeva tudi staranje prebivalstva. V EU-27 je bilo leta 2010 že okoli 26 odstotkov prebivalcev starejših od 65 let, leta 2020 pa naj bi bilo starejših že več kot 30 odstotkov. Čeprav študije kažejo, da se poleg življenjske dobe podaljšuje tudi čas zdravega življenja, starejši od 65 let zagotovo vseh preostalih let življenja ne bodo preživeli v polnem zdravju. Tveganje za razvoj kroničnih bolezenskih stanj, akutnih bolezenskih zapletov in multimorbidnosti (bolnik ima več kroničnih boleznih hkrati) se s staranjem večja, stopnja hospitalizacij po 65 letu pa pomembno

naraste. Hkrati s starostjo se povečuje tudi število ljudi s funkcionalnim upadom oz. nezmožnostjo ali onemoglostjo. Pri osnovnih dnevni aktivnostih, kot sta na primer oblačenje in priprava obrokov, bi v Sloveniji pomoč potrebovalo 20 odstotkov starejših od 70 let in 28 odstotkov starejših od 85 let. Zato lahko naraščajoči delež starih ljudi predstavlja izziv za sistem zdravstvenega in socialnega varstva.

Žal se v tem poglavju ne omenja preventivna dejavnost in odgovornost v vseh politikah, da nudijo optimalne razmere in omogočijo zdravje tudi tistim z najnižjo stopnjo izobrazbe. Ljudje z minimalnimi dohodki nimajo dostopa do zdrave hrane. Rešitev bi bila, da se vsakemu človeku omogoči kos obdelovalne zemlje, da ima npr. možnost pridelati naravno vzgojeno zelenjavo.

Evropski delovni čas prisili ljudi, da se prehranjujejo zunaj svojega doma. Nikjer ni podatka, kakšno hrano oz. surovine (konvencionalno pridelano, ki je najcenejša?) kupujejo gostinski lokali, podjetja za prehrano delavcev... V vseh javnih ustanovah bi morali uporabljati najkvalitetnejšo hrano iz ekološke pridelave. Hitro hrano bi morali ukiniti v vrtcih in v šolah. Otrokom bi morali ponuditi svežo zelenjavo, sadje in oreščke.

V bolnišnicah bi morala hrana podpirati bolnike k zdravju. V skrbi za varčevanje, to ni mogoče. V domovih za ostarele tudi ni vsakdanja praksa uživanja zelenjave in sadja, saj to predstavlja problem hranjenja z vseh možnih vidikov. Starostniki, ki so odvisni od tuje pomoči, so velikokrat lačni in dehidrirani ob polni mizi, ker je premalo osebja za pomoč.

PROBLEM KRONIČNIH BOLEZNI NI ZARADI STARANJA PREBIVALSTVA PAČ PA ZARADI NAČINA ŽIVLJENJA, KI GA DOLOČA ŽIVLJENJSKO OKOLJE IN VSE NEODGOVORNE POLITIKE.

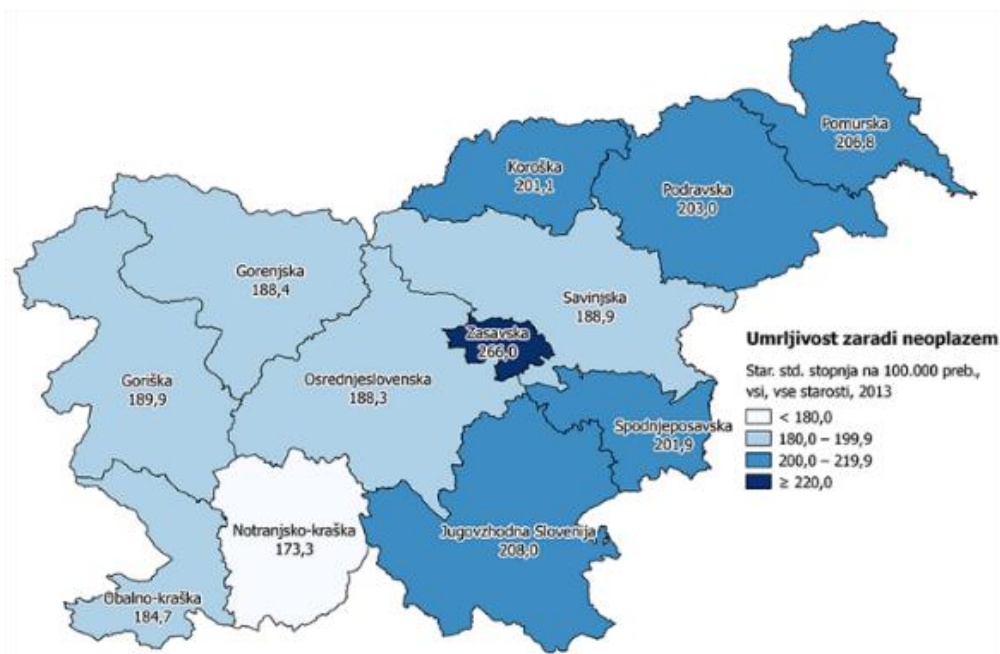
Dokaz za omenjeno trditev je tudi ugotovitev, da visoko izobraženi prebivalci živijo dlje in v boljšem zdravstvenem stanju kot prebivalci z najnižjo stopnjo izobrazbe. Izobrazba pomeni tudi boljše ekonomsko stanje prebivalcev, manj fizičnega izčrpavanja, mnogo bolj ugodni delovni pogoji, več časa za aktivni počitek, ni jim potrebno prenašati izkoriščanja in poniževanja delodajalcev zaradi golega preživetja...

Delovna doba bi morala biti edino merilo za upokojitev, saj prebivalci, ki so na trg dela vstopili zgodaj, so običajno ranljiva skupina z najnižjo izobrazbo in brez perspektive, ki jih trg dela brez milosti izkorišča za boljši profit (visoke norme, sankcije, grožnje o odpustu...). Za omenjeno skupino bi morala biti nižja delovna doba kot za visoko izobražen kader.

2.2 Neenakosti v zdravju

Izhajajoč iz podatkov, objavljenih v publikaciji "Zdravje na kratko: Evropa 2014", ki jo izdaja OECD skupaj z Evropsko komisijo⁷, sta več let trajajoči ekonomska in finančna kriza poglobili neenakosti v zdravju, tako na meddržavni ravni kot znotraj posameznih držav. OECD in EU sta državam priporočila sprejem ustreznih javnozdravstvenih strategij za zmanjševanje neenakosti v zdravju.

Tudi v Sloveniji ugotavljamo, da obstaja pri standardizirani umrljivosti pomembna razlika med prebivalci iz skupin občin z najvišjo in najnižjo osnovo za dohodnino na prebivalca. Umrljivost dojenčkov pri materah z največ osnovnošolsko izobrazbo je 2,6-krat večja kot pri materah z najmanj višješolsko izobrazbo. Zaradi raka in bolezni obtočil je umrljivost večja v severovzhodni Sloveniji.



Vir: NIJZ, 2015

Delež kadilcev, prekomerno hranjenih in debelih odraslih je večji med prebivalci z nizkim socialno-ekonomskim položajem. Navedene razlike med različnimi skupinami prebivalcev vplivajo tudi na pričakovano trajanje življenja oz. na umrljivost. 30-letni moški z visoko izobrazbo lahko pričakuje 7,3 leta daljše življenje kot moški z nizko izobrazbo in 4,3 leta krajše življenje kot 30-letna ženska z visoko izobrazbo; pa tudi 1,8 leta krajše življenje kot ženska z nizko izobrazbo.

Ugotovljene razlike so primerljive z neenakostmi v zdravju v drugih državah EU. Pomemben napredek v zdravstvenih izidih populacije lahko dosežemo, če ob dostopnosti do kakovostne zdravstvene oskrbe izboljšamo širše socialno, ekonomsko in fizično okolje, v katerem prebivalci živijo, če izboljšamo izobrazbeno strukturo prebivalstva, zmanjšamo nezaposlenost, zagotovimo dostop do varne in zdrave hrane in omogočimo zdrav način življenja za vse prebivalce. V Sloveniji moramo zato ohraniti izvajanje univerzalnih politik (npr. na področju socialnega varstva, šolstva, zdravstva, davčne politike), ki predstavljajo ključno osnovo za zmanjševanje neenakosti.

⁷ Health at a Glance: Europe 2014: <http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm>

2.3 Grožnje zdravju

Med grožnje zdravju uvrščamo izbruhe nalezljivih bolezni ali okoljska tveganja, do katerih pride spontano, zaradi nesreč, onesnaženja okolja, bioterorizma ali drugih okoliščin, kot so ekstremni vremenski pogoji. Z vsem tem se v zadnjem desetletju države soočamo predvsem v kontekstu globalizacije.

SZO je zato prenovila Mednarodni zdravstveni pravilnik, EU pa sprejela zakonodajni okvir, ki zagotavlja učinkovit odgovor držav na grožnje zdravju. Le-ta vključuje ustrezne načrte pripravljenosti, sistem zbiranja podatkov, poročanja in obveščanja. Spremljanje in pripravljenost za obvladovanje groženj zdravju in drugih tveganj zahteva celovit in organiziran pristop, ki ga lahko zagotovimo le z usklajenim delovanjem različnih deležnikov oziroma sektorjev, ki sodelujejo pri upravljanju groženj zdravju tako znotraj države kot tudi v okviru EU in v širšem mednarodnem okolju.

Tudi dejavniki iz okolja lahko pomenijo nenadno grožnjo zdravju in zahtevajo javnozdravstveno ukrepanje. Nekateri dejavniki okolja predstavljajo tveganje za zdravje tudi v primeru, ko smo jim izpostavljeni daljši čas.

NIJZ in Nacionalni laboratorij (NLZOH) imata ključno vlogo pri pravočasnem zaznavanju groženj zdravju, oceni tveganja in pripravi strokovnih podlag za sistemske ukrepe, aktivnosti in programe na tem področju v Sloveniji. Ker pa je področje okolja in zdravja kompleksno in ga posamezne institucije oziroma resor ne morejo celovito pokrivati, bodo na tem področju potrebna nadaljnja prizadevanja za vse-vladni odziv ter dogovorjeno povezovanje strokovnjakov in institucij na različnih področjih.

2.4 Finančna vzdržnost zdravstvenih sistemov

Ekonomska kriza v Evropi ni prizadela vseh držav enako. Posledice so se kazale v večjem ali manjšem upadu BDP in povečevanju nezaposlenosti. Slovenija sodi med države, kjer smo beležili velik upad BDP v obdobju 2008 do 2012 (WHO, 2014); v primerjavi z nekaterimi drugimi državami se delež nezaposlenih ni toliko povečal. Soočili smo se z enim največjih padcev gospodarske aktivnosti med državami EU in tudi z enim največjih poslabšanj razmer v javnih financah Raven BDP na prebivalca se od leta 2010 v Sloveniji giblje na ravni 84 odstotkov povprečja EU, kar ustreza relativni razvitosti naše države v letu 2003. Kljub premikom v zadnjih dveh letih ostaja na ključnih področjih razvoja zaostanek za predkriznim obdobjem visok. V kratkem obdobju od začetka krize se je Slovenija premaknila iz skupine nizko zadolženih držav EU v skupino srednje zadolženih. Zaradi počasnega gospodarskega okrevanja in majhnega manevrskega prostora za dvig davkov in prispevkov se fiskalna politika sooča z nujnostjo nadaljevanja konsolidacije z omejevanjem izdatkov in njihovim prilagajanjem zmoglostim gospodarstva, kar pomembno vpliva tudi na vzdržnost zdravstvenega sistema. Omejitve rasti izdatkov za zdravstvo je v kriznih letih potekala večinoma z varčevalnimi ukrepi, kot so umiritev rasti plač, cen zdravil, močno znižanje cen storitev in odlaganje investicij, ki z vidika dolgoročne vzdržnosti ne morejo biti uspešni.⁸

Razmeroma dolgo obdobje krize je vplivalo tudi na blaginjo prebivalstva. Temeljni vzrok poslabšanja materialne blaginje je bil upad zaposlenosti in povečanje brezposelnosti. Realno so se znižale tudi plače, pokojnine in socialni transferji. Ob poslabševanju kupne moči se je zniževala zasebna potrošnja.

⁸ Poročilo o razvoju 2014, UMAR. http://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/publikacije/pr/2014/POR_2014.pdf

Čeprav je Slovenija še vedno med evropskimi državami, v katerih je stopnja tveganja revščine nizka, se je število prebivalcev v tej skupini od začetka krize povečalo za 22 odstotkov, kar je več kot povprečje EU. Dostopnost javnih storitev, merjena z vključenostjo v izvajanje posameznih storitev, se je po začetku krize še izboljševala in je bila v primerjavi z državami EU razmeroma visoka. Od leta 2012 pa pri večini javnih storitev ni bilo nadaljnega izboljšanja. Zastoj je posledica ukrepov za konsolidacijo javnih financ in hkrati poslabšanega socialnega položaja prebivalstva, saj je nekatere javne storitve treba plačati ali doplačati iz zasebnih virov. V zdravstvu so se v zadnjih letih krize podaljšale čakalne dobe. *(podaljšanje čakalnih dob gre iskati tudi in predvsem v znižanju delovne storilnosti zdravstvenih timov oz. prepogostem mešanju javnega in zasebnega v okviru dovoljenj za delo - primeri pri zdravnikih.* Zaradi znižanja plač, brezposelnosti in manj razpoložljivega dohodka gospodinjstev, mnogi zavarovanci komaj še ali celo ne zmorejo več plačevati premije prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Po podatkih Ankete o potrošnji gospodinjstev pa so revnejša gospodinjstva tudi močno znižala neposredne izdatke iz žepa za zdravje, premožnejša gospodinjstva pa so jih celo nekoliko povečala. S tem so se v obdobju krize še povečale neenakosti v zdravju glede na socialno-ekonomski položaj gospodinjstev.⁹ *(potrebno je navesti iz katere literature je ta podatek povzet)*

Z upadom zaposlenosti in plač so se znižali prihodki od prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje.



Vir: ZZZS

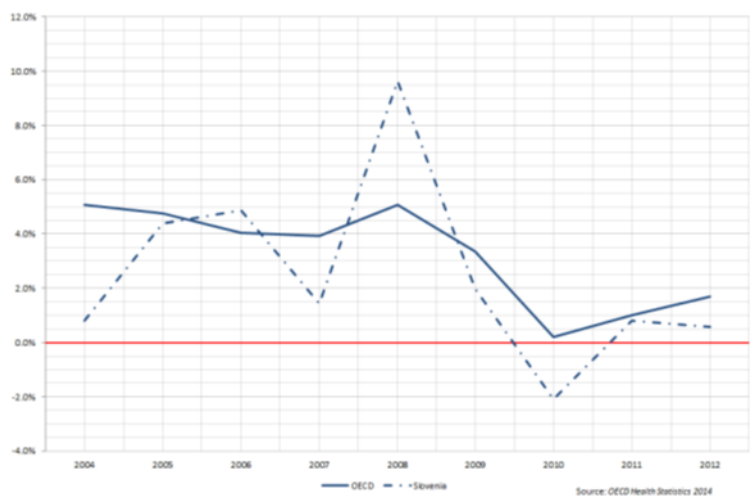
Ob zasledovanju cilja programa stabilnosti, da se financiranje zdravstva izvaja brez zadolževanja, dviga prispevne stopnje ali prilivov iz proračuna, so javni izdatki za zdravstvo od leta 2010 do leta 2013 upadali.

V Sloveniji je bila že v desetletju pred krizo rast javnih izdatkov za zdravstvo v primerjavi z državami EU v povprečju nižja, kar lahko pomeni, da smo bili učinkoviti pri obvladovanju rasti javnih izdatkov za zdravstvo. V letih 2003 do 2007 se je zmanjševal delež sredstev za obvezno zdravstveno zavarovanje v BDP, s čimer se je dejansko zniževal sorazmerni obseg javnih sredstev za zdravstveno varstvo. Prav tako je bila v tem obdobju rast celotnih izdatkov za zdravstvo pod povprečjem OECD.

Krčenje javnih izdatkov za zdravstvo v času krize je bilo zaznati v vseh državah EU, vendar je bilo znižanje v Sloveniji znatno nad povprečjem. V državah OECD je bila v letih 2010 – 2011 realna letna rast še vedno pozitivna, na ravni 0,2 odstotkov letno, v Sloveniji pa se je v tem obdobju v povprečju vsako leto znižala za 1,2 odstotka.

Negativni učinki omejevanja javnih izdatkov za zdravstvo so bili prepočasno uvajanje novih tehnologij in zaostajanje v opremljenosti ter razvoju zdravstvenih zmogljivosti. Poleg tega je nizko rast javnih izdatkov v Sloveniji deloma omogočala tudi možnost prenosa rastočih zdravstvenih potreb prebivalstva na dopolnilno zdravstveno zavarovanje.

Realna rast izdatkov za zdravstvo od leta 2004 dalje (Slovenija in povprečje OECD)



Vir: Health statistics OECD 2014

V letih 2009-2013 je bila uveljavljena vrsta ukrepov za uravnoteženo poslovanje ZZZS, ki pa večinoma niso bili strukturne narave. Glavnina ukrepov je bila usmerjenih v zniževanje cen zdravstvenih storitev, prenos dela plačil za zdravstvene storitve na dopolnilno zdravstveno zavarovanje, zniževanje izdatkov za zdravila, medicinske pripomočke, bolniškega nadomestila ter obveznosti po mednarodnih sporazumih. Ukrepi so pri izvajalcih zdravstvenih storitev znižali prihodke, kar je vplivalo na povečanje izgub izvajalcev, zlasti bolnišnic. Po štirih letih upadanja so se javni izdatki za zdravstvo v letu 2014 povečali. K višjim prihodkom so največ prispevale spremembe v prispevnih stopnjah in osnovah ter višja rast zaposlenosti in plač. Na razpoložljiva sredstva ZZZS so pozitivno vplivali še prenos pravice do pogrebnine in posmrtnine med socialno varstvene prejemke ter prihranki na področju zdravil. ZZZS je lahko dodatna sredstva namenil za širitev nekaterih prioritarnih programov in skrajševanje čakalnih dob.

V Sloveniji smo v letu 2014 po prvi mednarodno primerljivi oceni za zdravstvo namenili okoli 3,1 milijarde evrov (9,0 odstotka BDP). Realno so se celotni izdatki v letu 2014 sicer povečali, kot delež BDP pa so upadli. Prve ocene kažejo, da so v letu 2013 znašali 9,1 odstotka BDP in v letu 2014 9,0 odstotkov BDP. Zadnji uradni statistični podatki kažejo, da smo leta 2012 namenili 2.003 evre po pariteti kupne moči (PPP) na prebivalca (EU povprečje je bilo 2.193 evrov). Celotni izdatki so se v obdobju 2009 - 2012 znižali enako kot v povprečju EU (letno realno 0,5 odstotka). V enakem obdobju se je BDP znižal bolj kot povprečno v EU, zato se je delež izdatkov za zdravstvo v BDP nadpovprečno povečal. Realna rast izdatkov za zdravstvo v obdobju 2000 - 2009 je v državah OECD v povprečju letno znašala 4,1, v Sloveniji 3,8 odstotka. V letih 2009 - 2011 je v OECD v povprečju upadla za 0,2 odstotka, v Sloveniji pa se je v tem obdobju v povprečju vsako leto znižala za 1,2 odstotka.

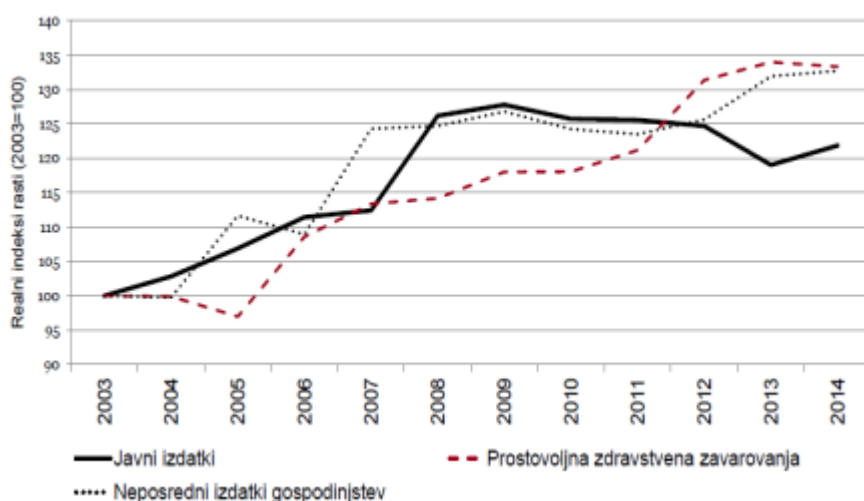
V obdobju 2010 - 2013 so se javni izdatki za zdravstvo realno znižali za 8,6 odstotka in še vedno upadajo. Med tem, ko so še leta 2012 znašali 6,7 odstotka BDP so sedaj na ravni 6,4 odstotka BDP (enako povprečju EU). V času krize se je močno spremenilo tudi razmerje med javnimi in zasebnimi izdatki za zdravstvo. Javni izdatki v skupnih izdatkih za zdravstvo so leta 2009 znašali 73,15 odstotka, leta 2014 pa so po prvi oceni¹⁰ upadli na 71,6 odstotka (povprečje EU 2012: 73 odstotka). Mednarodno primerljivi podatki kažejo, da je delež zasebnih izdatkov za zdravstvo (prostovoljno zavarovanje, neposredna plačila za storitve iz žepa), ki zadnja tri leta raste, v letu 2014 znašal 28,4 odstotka in je nad povprečjem držav EU (26,5 odstotka leta 2012), vendar je v tem bistveno nižji delež neposrednih izdatkov gospodinjstev (12,7 odstotka v letu 2014; v EU v povprečju 21 odstotkov). V primerjavi z državami, ki imajo podoben način financiranja zdravstva, je v Sloveniji delež sredstev iz državnega in občinskih proračunov v skupnih sredstvih

namenjenih za zdravstvo, eden izmed najnižjih (v letu 2014 je po prvi oceni izključno z investicijami predstavljal 6,3 odstotka, v tekočih izdatkih pa le 3,2 odstotka).

Pri teh primerjavah izdatkov za zdravstvo in BDP glede na povprečje EU je potrebno spomniti, da je bil padec BDP v Sloveniji med vsemi državami največji.

Na finančno dostopnost do zdravstvenih storitev najbolj vplivajo neposredni izdatki iz žepa za zdravje, saj lahko predstavljajo revnejšim gospodinjstvom veliko finančno breme, ker so nepredvidljivi, neomejeno visoki, poleg tega najbolj obremenjujejo kronične bolnike in starejše. V Sloveniji so ti izdatki še relativno nizki (v letu 2012 SI: 11,9 odstotka; EU: 21,5 odstotka; ocena za Slovenijo za leto 2013 je 12,9 odstotka oziroma 12,7 odstotka za leto 2014), ker se večina zdravstvenih storitev, zdravil in medicinskih pripomočkov pokriva iz obveznega in dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj. Tudi v obdobju krize neposredni izdatki niso porasli, ker je dopolnilno zdravstveno zavarovanje nadomestilo del izpada javnih sredstev, breme dodatnih zasebnih virov pa se je enakomerno porazdelilo na vse zavarovance in starostne skupine (neposredni izdatki bi obremenili le bolne in starejše). Povečal pa se je delež izdatkov iz dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj (od 13,2 na 13,9 odstotka).¹¹

Slika: Realna rast izdatkov za zdravstvo po virih financiranja in rast BDP v Sloveniji, 2000-2013



Vir: SURS, julij 2014 (serija 2003-2012); Poslovno poročilo ZZZS za leto 2014 (prva ocena za leti 2013 in 2014): preračuni UMAR. Opomba: Deflacirano z deflatorjem BDP.

¹⁰ Poslovno poročilo ZZZS za leto 2014 (prva ocena po mednarodni metodologiji sistema zdravstvenih računov).

¹¹ Poročilo o razvoju 2015, UMAR, april 2015

Vsa sredstva iz dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja so namenskega tipa. Ta denar, če je neporabljen za zdravstvene storitve, se mora obvezno v celoti vračati v sistem zdravstvenega varstva, ne pa, da si zavarovalnice (nadzorniki) iz tega denarja delijo dobičke.

Primer in razmislek:

V reviji Moje finance, novinar dokazuje bralcem, da v svoji povprečno dolgi življenjski dobi vsak zavarovanec povprečno vplača za zdravstveno zavarovanje približno 250000 evrov, kjer je upoštevan tudi obrestno obrestni račun. Bralcem svetuje : NE SE PUSTITI PRETENTATI .

Sedaj zavarovalnice pripravljajo predlog za zavarovanje dolgotrajne oskrbe...in bo prebivalec z minimalno plačo krepko plačeval vsa zavarovanja...,ko bo oskrbo potreboval , bo dobil navodila za zdrav način življenja.

Za zmanjšanje ranljivosti zdravstvenih sistemov v času gospodarske krize je Svet EU sprejel Sklepe o gospodarski krizi in zdravstvenem varstvu¹², s katerimi države članice poziva, da "pri oblikovanju politik bolje uporabljajo ocenjevanje uspešnosti zdravstvenih sistemov (angl. health

system performance analysis, HSPA) ter izboljšajo preglednost in odgovornost na nacionalni ravni". Prav tako za doseganje večje učinkovitosti kot pomembno orodje priporočajo metodologijo za ocenjevanje zdravstvenih tehnologij (angl. health technology assessment, HTA).

2.5 Mobilnost pacientov

V skladu z nacionalno zakonodajo, evropskim pravnim redom in dvostranskimi sporazumi imajo zavarovane osebe pravico do uveljavljanja čezmejnih zdravstvenih storitev. Gre za primere, ko se osebe začasno ali stalno nahajajo na ozemlju druge države in na podlagi teh predpisov uveljavljajo zdravstvene storitve v določenem obsegu.

Po obstoječem Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju imajo zavarovane osebe pravico do zdravljenja v tujini, pravice iz tega naslova pa so podrobno opisane v Pravilih obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Za zavarovane osebe veljajo tudi (dvostranski) sporazumi o socialnem zavarovanju med Republiko Slovenijo in Republiko Makedonijo, Bosno in Hercegovino, Republiko Srbijo in Črno goro ter Sporazum o zagotavljanju zdravstvenega varstva med Vlado Republike Slovenije in Vlado Avstralije.

Od 1. maja 2010 se v državah članicah EU, na Islandiji, Norveškem, v Lihtenštajnu in Švici v zvezi s potovanjem in bivanjem uporabljata uredbi o posodobljeni koordinaciji (Uredba 883/2004 in Uredba 987/2009), po katerih so socialne pravice državljanov EU zaščitene povsod v Evropi. Sladno s temi uredbami je, med drugim, zavarovanim osebam omogočeno uveljavljanje zdravstvenih storitev potrebnega zdravljenja med začasnim bivanjem v drugi državi članici EU in napotitev na zdravljenje v drugo državo članico EU.

Države članice so 9. marca 2011 sprejele Direktivo 2011/24/EU Evropskega Parlamenta in Sveta o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu (v nadaljevanju direktiva), ki je bila prenesena v slovenski pravni red z novelo Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ-M), ki je začela veljati 6. novembra 2013. Na podlagi te je minister za zdravje izdal še Odredbo o seznamu zdravstvenih storitev, za katere se zahteva predhodna odobritev (Uradni list RS, št. 6/14), ZZZS pa je sprejel spremembe in dopolnitve Pravil. Od 6. novembra 2013 dalje pri ZZZS deluje tudi Nacionalna kontaktna točka z namenom, da pacientom pomaga pridobiti informacije glede povračila stroškov, kdaj je potrebna predhodna odobritev in kakšna je raven povračila stroškov.

Cilj direktive je olajšati pacientom dostop do varnega in visokokakovostnega čezmejnega zdravstvenega varstva na podlagi informacij, ki jih mora pacientom zagotoviti država o standardih varnosti, kakovosti ter cenah zdravstvenih storitev. Direktiva postavlja temelje tudi za evropsko

¹² Sklepi Sveta o gospodarski krizi in zdravstvenem varstvu, UL C 217/02, 10.7.2014

sodelovanje med zdravstvenimi sistemi na področju evropskih referenčnih mrež, obravnave redkih bolezni, v okviru prostovoljnih mrež pa pri vrednotenju zdravstvenih sistemov in eZdravju ter priznavanju receptov izdanih v drugi državi članici.

Po podatkih Poslovnega poročila ZZZS za leto 2014 je skupni delež stroškov iz naslova mednarodnega zavarovanja (zdravljenje v tujini za leto 2014) v vseh stroških znašal 2,69 odstotka. V letu 2014 bilo ZZZS javljenih 82.200 primerov slovenskih zavarovanih oseb, ki so v

tujini uveljavljale zdravstvene storitve med začasnim in stalnim bivanjem v tujini, oziroma so bile napotene na zdravljenje v tujino, kar predstavlja 94,7 odstotka več primerov kot v letu 2013. Velik pritisk na vzdržnost financiranja bi lahko predstavljalo povpraševanje po nekaterih visoko zahtevnih preiskavah, za katere je v Sloveniji dolga čakalna doba.

3 Pomembnejši kratkoročni in srednjeročni izzivi

Za uspešno soočenje z dolgoročnimi izzivi bomo morali v Sloveniji temeljito analizirati vse komponente zdravstvenega sistema: izvajanje zdravstvene dejavnosti vključno z dejavnostjo javnega zdravja, organizacijo zdravstvenega varstva, financiranje, vodenje in upravljanje. Na podlagi ugotovitev analiz bomo lahko bolje načrtovali spremembe na posameznih področjih do leta 2025. Zdravstveni sistem je izjemno kompleksen, če ga primerjamo z drugimi javnimi sistemi, zato lahko vsaka slabo načrtovana sprememba povzroči vrsto neželenih učinkov, kot so nepotrebna povečanja stroškov ali slabša dostopnost in kakovost oskrbe. V načrtovanje sprememb morajo biti zato vključeni vsi ključni deležniki v zdravstvu, tudi uporabniki, uvajanje sprememb pa mora biti postopno. Takšno vključujoče, postopno in na dokazih utemeljeno načrtovanje sprememb v zdravstvu je zagotovo eden pomembnejših kratkoročnih izzivov.

V strokovnih razpravah v Sloveniji smo skupaj prepoznali še vrsto drugih srednjeročnih in kratkoročnih izzivov v vseh komponentah zdravstvenega sistema, ki jih bo potrebno ustrezno nasloviti v naslednjih desetih letih.

Kratkoročni in srednjeročni izzivi:

- V Sloveniji zdravje še vedno ni prepoznano kot ena najpomembnejših vrednot naše družbe, ki jo je treba upoštevati pri načrtovanju politik na vseh ravneh in v vseh resorjih. Zdravje v vseh politikah je koncept, ki ga bo potrebno v Sloveniji šele uveljaviti. S tem namenom bo potrebno zagotoviti oceno vplivov posameznih ukrepov na zdravje že pri njihovem načrtovanju. Premalo se zavedamo ekonomskega bremena z življenjskim slogom povezanih kroničnih bolezni. Stroški zdravljenja pogosto presegajo finančne koristi, ki jih ima družba od prodaje zdravju škodljivih izdelkov. Zato tudi ne sprejemamo dokazano učinkovitih ukrepov, ki jih priporoča mednarodna strokovna skupnost.
- Soočamo se s pomanjkanjem kapacitet javnega zdravja in kapacitet civilne družbe, ki delujejo na področju javnega zdravja in lahko prispevajo k povečevanju zdravstvene pismenosti, še posebej v ranljivih skupinah. Šele opolnomočen posameznik je lahko dejansko odgovoren za svoje zdravje.
- Čakalne vrste so za nekatere zdravstvene storitve in obravnave predolge, mestoma tudi iz sprevrženih razlogov (preskoki čakalnih vrst zaradi sistemske korupcije, Poročila KPK 2013 in 2014). Poleg tega pacientu nista povsod zagotovljena enaka kakovost in obseg tako preventivne kot kurativne obravnave, kar vse generira neenakosti v zdravju.
- Pri prenosu bolnišničnih obravnav na dnevne in specialistične ambulantne obravnave še ne dosegamo rezultatov najrazvitejših v EU.
- Socialna in zdravstvena obravnava sta pri zagotavljanju dostopne, usklajene in kakovostne dolgotrajne oskrbe še vedno nepovezana, ne glede na to, kje se ta obravnava izvaja (na domu, v domu starejših občanov, v bolnišnici za dolgotrajno oskrbo ali kje drugje).

Povezava ni mogoča, ker se prepletata, kar je nedopustno.

Rešitev bi bila, da:

- delo, ki posega v osebni prostor človeka (osebna higiena, hranjenje, prevezi ran), opravlja medicinska sestra,*
 - socialna obravnava pa poskrbi za stik človeka z okolico, organizira pospravljanje, pomoč pri dostavi hrane, komunikacijo ...*
-
- Nepovezana, različno dostopna in nedorečena je tudi zdravstvena obravnava tistih, ki imajo hkrati več zdravstvenih problemov, socialne in druge probleme, potrebujejo geriatrično obravnavo, rehabilitacijo, paliativno oskrbo in oskrbo na domu po zaključenem zdravljenju ali pomoč pri skrbi za svojo kronično bolezen in pri dnevnih aktivnostih.
 - Poseben izziv predstavlja dostopnost do kakovostnih programov zdravljenja duševnih motenj, rehabilitacije in socialne integracije oseb s težavami v duševnem zdravju. To še zlasti velja za ranljive skupine, kamor uvrščamo otroke in mladostnike, starejše, revne, invalide, Rome in nekatere druge skupine prebivalstva. Tudi na tem področju manjka celovita obravnava bolnikov in ni ustrezne povezanosti med zdravstvom in socialnim varstvom, šolstvom in nevladnimi organizacijami.
 - Spremenjeni, pogosto tudi zaostreni pogoji dela zahtevajo spremembe pri zagotavljanju zdravja in varnosti pri delu.
 - Premajhno je povezovanje izvajalcev zdravstvene dejavnosti z namenom večje specializacije, *večje specializacije* racionalizacije pri obravnavah pacientov in *zmanjševanja administrativnih obremenitev (predvsem za negovalni kader, saj imamo v sistemu ustrezno strokovno in finančno vzdržan kader - zdravstveni administratorji)*. Koncentracija znanja v visoko specializiranih centrih, mrežno sodelovanje specialistov, doseganje visokih standardov glede količine in zahtevnosti obravnavanih primerov so pogoj za izboljševanje rezultatov in zagotavljanje enake dostopnosti za vse do kakovostne in varne obravnave.
 - Načrtovanje kadrovskih virov v državi ne poteka kot usklajen proces med vsemi ključnimi deležniki in ne temelji na ocenah potreb prebivalstva. Nenačrtovano povečevanje števila visokih zdravstvenih šol, na primer, lahko pripelje do neravnovesja na trgu delovne sile, lahko pa predstavlja tudi priložnost v primeru nadaljnjega prenosa kompetenc med zdravstvenimi profili (na primer referenčne ambulante) ali uvajanja novih aktivnosti v zdravstvu (na primer dolgotrajna oskrba, skupnostna obravnava bolnikov z duševnimi motnjami, ...). *Potrebno je čimprej uvesti specializacije tudi na področju medicinskih sester (tako tistih s srednješolsko, kot tudi visokošolsko izobrazbo. Sistem izobraževanja in plačila specializacij mora temeljiti na enakem principu, kot pri zdravnikih - v breme ZZZS.*
 - V Sloveniji še vedno nimamo sistema celovitega upravljanja s kakovostjo in varnostjo v zdravstvu, ki ga med drugim zahteva EU direktiva o čezmejnem zdravstvu. Pregledne objave izidov zdravljenja oz. podatkov o kakovosti in varnosti zdravljenja so tudi nujna osnova za uveljavitev tako imenovanih centrov odličnosti za "evropske paciente" oziroma "izvoza" zdravstvenih storitev na posameznih področjih, na katerih se strokovno že uveljavljamo v mednarodnem prostoru.
 - Nimamo še celovite informacijske in komunikacijske podpore v zdravstvu (e-recept, e-karton, e-napotnice...), ki bi omogočala učinkovito spremljanje v zdravstvenem sistemu, zdravstvene delavce razbremenila nepotrebne administracije in informirano odločanje.
 - Za oceno potreb populacije in uspešnosti delovanja zdravstvenega sistema (HSPA – Health system performance assesment) in za argumentirano načrtovanje ter odločanje o prioritetah v zdravstvu v Sloveniji niso zagotovljeni potrebni strukturni in drugi pogoji, manjka pa nam tudi

transparenten nacionalni sistem uvajanja novih in opuščanja zastarelih tehnologij v zdravstvu (HTA - health technology assesment).

- Ob dejstvu da 60-80 odstotkov kroničnih bolnikov išče pomoč tudi pri komplementarni oz. alternativni medicini, je ta na področju zagotavljanja ustrezne kakovosti in varnosti pomanjkljivo urejena. *Kakovost in varnost in več zaupanja bolnikov bo le v primeru, da prične uradna medicina sodelovati z izvajalci alternativne medicine, ki so za svoje delo strokovno usposobljeni.*
- Ne-transparentna prepletanja javnega in zasebnega v zdravstvu predstavljajo izziv predvsem v smislu zagotavljanja enake dostopnosti do primerne in kakovostne obravnave. *Za transparentno delovanje in v izogib finančnim mahinacijam je potrebno postaviti ostro mejo med zasebnim in javnim.*
- Vodenje v javnih zdravstvenih zavodih ni ustrezno urejeno, management nima dovolj pooblastil in ne prevzema odgovornosti, neustrezno je tudi nagrajevanje vodstvenih delavcev. *Na tem področju je potrebno čimprej vzpostaviti mehanizme nadzora, managementa brez lojalnostnih in političnih kadrovanj predvsem pa mehanizme za izkoreninjenje klientelizma med posameznimi sloji zdravstvenega sistema. (npr. le ob prevzemanju osebne odgovornosti, se tistemu, ki bo vodil zdravstveni zavod zaupa vsa pooblastila za vodenje javnih zavodov.)*
- Nedorečen in razpršen je tudi nadzor nad izvajalci v zdravstvu (poslovni nadzor – sveti upravni nadzor – MZ, strokovni nadzor ZZS, finančni nadzor ZZZS) in ne vključuje ustrezno uporabnikov. Za boljšo odzivnost sistema na zahteve uporabnikov je ključna boljša vključenost uporabnikov v procese odločanja. *Nadzor mora biti vzpostavljen in pod izključnim okriljem Ministrstva za zdravje, brez prenosa javnih pooblastil na (glede na pretekle izkušnje) neusposobljena in nekompetentna združenja (primer zdravstvene in babiške nege v letih 2006 do 2012).*
- Združenja bolnikov in mediji izpostavljajo slabo komunikacijo kot enega ključnih problemov v zdravstvu, tako med zdravstveni delavci kot med zdravstvenimi delavci in bolniki ter široko javnostjo, kar bo tudi izziv za vodenje in upravljanje zdravstvenih zavodov v prihodnje. Za vzdržnost zdravstvenega sistema bo čim prej potrebno zagotoviti boljši nadzor nad porabo finančnih virov, vključno s transparentnim sistemom javnih naročil. Obračunski sistemi so nedodelani, manjka pa tudi spodbud za izvajalce zdravstvenih storitev za kakovostno in racionalno izvajanje storitev.
- Finančna kriza je pokazala, da v Sloveniji nimamo ustreznega mehanizma, ki bi zagotavljal stabilnost zdravstvenega sistema ob finančnih nihanjih. Izstopamo tudi po zelo nizkem deležu proračunskih sredstev za zdravstvo (4 odstotki), tudi v primerjavi z državami s podobnimi sistemi. Povečanje financiranja iz davčnih virov lahko pomembno prispeva k zagotavljanju stabilnosti zdravstvenega sistema, še posebej v času finančnih kriz.
- Z vidika solidarnosti in pravičnosti financiranja bo treba odpraviti anomalije, ki se kažejo v: neupravičenih razlikah v bremenih plačevanja prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje, ki se izkazujejo med posameznimi kategorijami zavezancev za plačevanje; neobremenjevanju nekaterih dohodkov s prispevki za zdravstvo; in z neporavnavanjem obveznosti oziroma neučinkovito izterjavo prispevkov.
- Dopolnilno zavarovanje po eni strani ni progresivno in s tem pravično, saj vsi plačujejo enako premijo, in predstavlja tudi velik administrativni strošek v sistemu; po drugi strani pa je tveganje doplačil, ki jih dopolnilno zavarovanje pokriva, tako veliko in razširjeno, da v resnici ne gre več za prostovoljno zavarovanje, ampak je za večino zavarovancev dejansko obvezno.
- Za razvoj slovenskega zdravstva bo kratkoročno odločujoče tudi, ali bomo uspešno zagotovili nove javnofinančne vire in njihovo transparentno razdeljevanje za preventivno dejavnost,

uvajanje novih tehnologij, raziskovanje, izobraževanje in razvoj v zdravstvu, skratka za terciarno dejavnost. *To je sicer mogoče z obdavčenjem vseh izdelkov, ki vsebujejo zdravju škodljive snovi, kar pomeni neomejeni kapital, ki bi zdravstveno blagajno napolnjeval brez rizikov. Odločitev je v rokah odločevalcev, vendar obstaja velika možnost, da se tega ne bo uveljavilo predvsem ob dejstvu, kako se bodo odločali ob pritisku interesnih skupin.*

- *V sistem zdravstvenega varstva vrniti ustrezno strokovno usposabljanje srednješolskega poklicnega usposabljanja medicinskih sester*
- Kompleksni sistem, kakršno je zdravstvo, zahteva učinkovito uporabo informacijskih in komunikacijskih tehnologij. S tem v zvezi bo potrebno modernizacijo procesov in njihovo informacijsko podporo pospešiti, saj projekt e- zdravje za enkrat še ni dal ustreznih rezultatov.

AKTIVNOST 1:

- *načrtovanje kadrovskih virov v zdravstvu glede na potrebe prebivalstva - nenačrtovano povečanje števila visokih zdravstvenih šol v Sloveniji je zadnjih letih pripeljalo do neravnovesja na trgu delovne sile, število medicinskih sester (upoštevane medicinske sestre z visoko, višjo in srednjo izobrazbo) na 1000 prebivalcev je 8,2, medtem ko je bilo povprečje EU-28 v letu 2012 po podatkih OECD 8,0.*

UKREP:

- *priprava zahtev strokovnega znanja in kliničnih izkušenj za določena področja (ne delitev pristojnosti na srednjo in visoko izobrazbo, ker so izobraževalni programi različni in ni dovolj samo uspešno končan študij, temveč sta izredno pomembna znanje in praktične izkušnje v delovnem okolju)*

AKTIVNOST 2:

- *uvedba obveznega pripravništva za diplomirane medicinske sestre/diplomirane zdravstvenike/diplomirane babice/diplomirani babičarji - ukinitve pripravništva za omenjene zdravstvene delavce se je v praksi izkazala za napačno odločitev, ker lahko ti zdravstveni delavci takoj po končanem študiju smejo samostojno opravljati delo v zdravstveni dejavnosti, kljub temu, da nimajo kliničnih izkušenj za zdravstveno nego bolnikov delovnem okolju.*

UKREP:

- *sprememba določb (64. člen ZZDej-UPB2) zakona, ki bo določa, da zdravstveni delavci, vključno z diplomiranimi medicinskimi sestrami/diplomiranimi zdravstveniki/diplomiranimi babicami/diplomiranimi babičarji smejo samostojno opravljati delo v zdravstveni dejavnosti po končani pripravniški dobi in opravljenem strokovnem izpitu.*

AKTIVNOST 3:

- *zagotovitev transparentnega obračunskega sistema - trenutni obračun iz leta 1982 je zastarel in ne zagotavlja plačevanja opravljenih zdravstvenih storitev po pacientu, kar ne omogoča temeljite obravnave pacienta (pacient bo sam izbiral kvalitetnega izvajalca - konkurenca izvajalcev)*

UKREP:

- *obračun ambulantnih storitev po SPP-jih (standardizirati specialistične preglede - vsebinsko določiti obseg zdravstvenih storitev ambulantnega pregleda za posamezno diagnozo) kot velja za bolnišnične storitve*

4 Poslanstvo in vrednote

V Republiki Sloveniji z ResNPZV izpolnjujemo ustavne¹³ in zakonske¹⁴ obveze pri zagotavljanju dostopa do primerne, kakovostne in varne javnega zdravstvenega varstva vsem prebivalcem¹⁵. S širšim povezovanjem na državni ravni in ukrepi na področju davčne, gospodarske, izobraževalne, socialne, okoljske in drugih politik ustvarjamo zdravju naklonjene življenjske razmere in pogoje za bolj zdrav način življenja prebivalcev¹⁶. Z ukrepi na področju upravljanja, organizacije in financiranja znotraj zdravstvenega sistema vzpostavljamo pogoje za učinkovito, kakovostno in finančno vzdržno zdravstveno oskrbo prebivalstva. Z ukrepi na

področjih raziskovanja, načrtovanja in razvoja kadrovskih virov, informacijskega sistema in drugih zdravstvenih zmogljivosti omogočamo trajnosten razvoj in zagotavljamo pogoje za nenehno izboljševanje zdravstvene oskrbe skladno z možnostmi, ki jih ponuja razvoj zdravstvenih tehnologij¹⁷. Dva ključna cilja zdravstvenih sistemov EU sta zmanjšanje neenakosti na področju zdravja in zagotavljanje storitev, ki so odraz potreb posameznika.¹⁸ ResNPZV s predlaganimi ukrepi uresničuje tudi te zaveze EU in Strategijo Zdravje 2020, ki jo je kot država članica potrdila septembra 2012 na 62. zasedanju Regionalnega odbora SZO za Evropo za obdobje do 2020.

Univerzalnost, solidarnost, enakost, pravičnost financiranja, dostopnost, kakovost in varnost zdravstvene oskrbe ostajajo pglavitne vrednote zdravstvenega sistema tako pri nas kot v drugih državah EU:

- **univerzalnost** pomeni, da vsi lahko dostopajo do zdravstvenega varstva;
- **solidarnost** je tesno povezana s finančno ureditvijo nacionalnih zdravstvenih sistemov ter potrebo po zagotovitvi dostopnosti za vse;
- **enakost** je povezana z enakim dostopom glede na potrebe, ne glede na etnično pripadnost, spol, starost, socialni status ali sposobnost plačila;
- **pravičnost financiranja** pomeni, da denar za zdravstvo zbiramo skladno s svojimi zmožnostmi, na primer progresivno v odvisnosti od dohodka;
- **dostopnost, kakovost in varnost** se nanašajo na zdravstveno oskrbo. V javnih razpravah se kot vrednota poudarja tudi odgovornost vseh deležnikov v javnem zdravstvu, vključno z nosilci zdravstvene politike, izvajalci, plačniki zdravstvenih storitev in uporabniki.

¹³ Ustava RS: Vsakdo ima pravico do zdravstvenega varstva pod pogoji, ki jih določa zakon. Zakon določa pravice do zdravstvenega varstva iz javnih sredstev (1. in 2. odstavek 51. člena).

¹⁴ Republika Slovenija ... načrtuje zdravstveno varstvo in določa strategijo razvoja zdravstvenega varstva, ... zagotavlja zakonodajno politiko za uresničevanje ciljev zdravstvenega varstva, .. predpise in ukrepe za krepitev zdravja ter pogoje za zdravstveno osveščanje ljudi, .. zagotavlja enotnost razvoja zdravstvenega informacijskega sistema, ..- zagotavlja finančna sredstva za naloge iz svoje pristojnosti, idr. (4. člen ZZVZZ)

¹⁵ Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP): Pacient ima pravico do primerne, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe v skladu z medicinsko doktrino. Primerna zdravstvena oskrba je tista, ki je skladna s pacientovimi potrebami ter zmožnostmi zdravstvenega sistema v Republiki Sloveniji in temelji na enostavnih, preglednih in prijaznih administrativnih postopkih ter vzpostavlja s pacientom odnos sodelovanja in zaupanja. Kakovostna zdravstvena oskrba je tista, ki dosledno dosega izide zdravljenja, ki so primerljivi s standardi ali najboljšimi praksami, ob upoštevanju temeljnih načel kakovosti, kot so uspešnost, varnost, pravočasnost, kontinuiteta, učinkovitost, enakopravnost in osredotočenje na pacienta. Varna zdravstvena oskrba je tista, ki preprečuje škodo za pacienta v zvezi s samim zdravljenjem in v zvezi z okoliščinami fizične varnosti bivanja ali zadrževanja pri izvajalcu zdravstvenih storitev. (11. člen ZPacP)

¹⁶ ZZVZZ: 4., in 5. člen.

¹⁷ ZZVZZ: 7. člen

¹⁸ Sklepi Sveta o skupnih vrednotah in načelih zdravstvenih sistemov EU, UL C 146/01, 22.6.2006.

5 Razvojna vizija

Do leta 2025 bomo za izboljšanje zdravja in blagostanja prebivalstva ter zmanjševanje neenakosti v zdravju na ravni države ustvarili zdravju naklonjene življenjske razmere in pogoje za bolj zdrav način življenja ter udejanjanje osebne odgovornosti za zdravje v vseh življenjskih obdobjih. *(neenakosti so izrazite na področju zdravstvene in babiške nege, ko medicinske sestre in babice različnih stopenj izobrazbe opravljajo enako delo za precej različno plačilo, vezano na stopnjo izobrazbe, ne pa na dejansko opravljanje del in nalog)* Spremljali bomo vplive na zdravje vseh ukrepov države, zdravje v vseh politikah pa bo postala ključna zaveza nosilcev izvršilne oblasti. Za boljše obvladovanje dejavnikov tveganja za bolezen in preprečevanje bolezni v vseh življenjskih obdobjih bomo

nadgradili preventivno dejavnost v zdravstvu, še posebej v primarnem zdravstvenem varstvu. Okrepili bomo sposobnost odziva Slovenije na morebitna zdravstvena tveganja in grožnje zdravju zaradi novih nalezljivih bolezni in drugih groženj zdravju in zagotovili najvišjo stopnjo varovanja zdravja.

S krepitvijo primarne zdravstvene dejavnosti bomo zagotovili večjo dostopnost do celovite in kakovostne zdravstvene obravnave pacientov, vzpostavili pogoje za njihovo opolnomočenje in upoštevanje njihovih pričakovanj. Z vertikalnim in horizontalnim povezovanjem, s prenosom med ravnmi in med različnimi zdravstvenimi profili bomo dosegli boljšo izrabo finančnih in kadrovskih virov. Zdravstveni sistem bomo glede na potrebe starajoče populacije nadgradili s sistemom dolgotrajne oskrbe, omogočili ponovni razvoj geriatrije in zagotovili dostopnost do kakovostne paliativne oskrbe.

S spremembami na področju upravljanja in organizacije v zdravstvenem sistemu ter s pomočjo pospešene informatizacije se bo zdravstveni sistem v Sloveniji hitreje odzival na potrebe in pričakovanja pacientov, hkrati pa bodo zagotovljeni boljši pogoji dela za vse zdravstvene delavce. Z načrtovanjem kadrovskih virov glede na potrebe prebivalstva bomo zagotovili boljšo dostopnost do zdravstvene oskrbe in hkrati preprečili nezaposlenost med zdravstvenimi delavci. *Predvsem na področju zdravstvene in babilške nege je potrebno zaustaviti mehanizem hiperprodukcije visokoizobraženega kadra, ki je kasneje nazaposljiv, vsekakor pa finančno dražji od ustrezno strokovno usposobljenih kolegic s srednješolsko izobrazbo.* Z vzpostavitvijo celovitega sistema spremljanja in nenehnega izboljševanja kakovosti in varnosti v zdravstvu bomo zagotovili vsem državljanom enak dostop do kakovostnih in varnih storitev. Z načrtovanjem razvojnih virov pa bomo v zdravstvu omogočali neodvisno raziskovalno dejavnost in strokovni razvoj. Zagotovili bomo pogoje za boljšo komunikacijo v zdravstvu in komunikacijo zdravstva z drugimi deležniki.

Zagotovili bomo finančno vzdržnost javnega zdravstvenega sistema, čim večji obseg financiranja znotraj obveznega zdravstvenega zavarovanja ob bolj solidarni prispevni obremenitvi zavarovancev in čim večji ohranitvi obstoječih pravic ter hkrati vzpostavili mehanizme za zagotavljanje vzdržnosti sistema v primeru finančnih nihanj. Prvenstveno bomo okrepili javno zdravstvo in hkrati vzpostavili transparenten sistem podeljevanja koncesij. Vzpostavili bomo pregleden in enoten sistem javnega naročanja v zdravstvu, zagotovili transparentnost in ustrezno nadgradnjo obračunskih sistemov za nagrajevanje po učinkovitosti in uspešnosti, zmanjšali administrativna bremena ter sistemsko uredili vrednotenje novih tehnologij v zdravstvu (HTA) ter oceno vplivov različnih politik in ukrepov na zdravje.

6 Prednostna področja razvoja

Za doseganje opisane razvojne vizije bomo do leta 2025 v Sloveniji izvajali aktivnosti in ukrepe na naslednjih štirih prednostnih področjih razvoja:

1. Krepitev in varovanje zdravja ter preprečevanje bolezni – Javno zdravje

Sprejeli in izvajali bomo ukrepe države za krepitev, varovanje zdravja in preprečevanje bolezni ter za spodbujanje lastne skrbi za zdravje; nadgradili kapacitete sistema javnega zdravja; uveljavili koncept zdravja v vseh politikah ter zagotovili vrednotenje vpliva politik in ukrepov vseh resorjev na zdravje prebivalcev.

2. Optimizacija zdravstvene oskrbe - Zdravstvena dejavnost

Izboljšali bomo dostopnost zdravstvene oskrbe za vse prebivalce Slovenije in zmogljivosti zdravstvene dejavnosti s poudarkom na primarnem zdravstvu, preventivi, integrirani - celoviti

obravnavi, ob upoštevanju spreminjajočih se potreb starajoče populacije ter vključevanju in opolnomočenju uporabnikov.

3. Povečanje uspešnosti zdravstvenega sistema - Vodenje in upravljanje v zdravstvu

Človeške in materialne vire v zdravstvu bomo načrtovali glede na potrebe prebivalstva; izboljšali bomo uspešnost vodenja ter nadzora nad javnimi zdravstvenimi zavodi; v procese odločanja bolje vključili uporabnike; poenostavili administrativne postopke in zagotovili informatizacijo ključnih procesov v zdravstvu; vzpostavili sistem kakovosti; ter izboljšali komunikacijo v zdravstvu.

4. Pravično, solidarno in vzdržno financiranje zdravstvenega varstva - Financiranje zdravstva

Okrepili bomo javno zdravstvo; zagotovili finančno vzdržnost obveznega zdravstvenega zavarovanja ob bolj solidarni prispevni obremenitvi zavarovancev in čim večji ohranitvi obstoječih pravic; uveljavili pregleden in enoten sistem javnega naročanja v zdravstvu; zagotovili transparentne obračunske sisteme; uvedli pozitivne spodbude ter nagrajevanje po uspešnosti; v sistem umestili vrednotenje novih tehnologij v zdravstvu.

KROVNI CILJI

- ***Boljše zdravje in blagostanje ter manj neenakosti v zdravju prebivalcev Slovenije***
- ***Uspešen, kakovosten in stabilen zdravstveni sistem, ki se učinkovito prilagaja potrebam prebivalstva in je dostopen za vse prebivalce Slovenije***
- ***Zadovoljni uporabniki in izvajalci, najpomembnejši gradniki zdravstvenega sistema***
- ***Večji prispevek zdravstva h gospodarskemu razvoju Slovenije***

Prva dva cilja povzemata krovne cilje strategije Zdravje 2020, ki jo je 53 evropskih držav članic SZO sprejelo leta 2012 na 62. zasedanju Regionalnega odbora SZO za Evropo. Cilji strategije Zdravje 2020 so: zmanjšati prezgodnjo umrljivost v Evropi do leta 2020; povečati pričakovano življenjsko dobo v Evropi; zmanjšati neenakosti v Evropi; povečati blagostanje prebivalcev Evrope; zagotoviti univerzalno pokritost z zdravstvenim varstvom in uresničevanje "pravice do zdravja"; vzpostaviti spremljanje doseganja nacionalnih ciljev v posameznih državah.

K drugemu in tretjemu cilju so usmerjena vsa prizadevanja, da se bo zdravstveni sistem bolje prilagajal potrebam pacientov in tudi njihovim pričakovanjem glede zdravljenja in obravnave. V cilju je izpostavljeno kot ključno tudi zadovoljstvo izvajalcev, ki so najpomembnejši gradnik zdravstvenega sistema.

Četrty cilj temelji na dejstvu, da zdravstvo ne predstavlja zgolj stroška za državo, ampak je pomemben dejavnik trajnostnega razvoja ter s svojo dejavnostjo in inovacijami na področju zdravja in zdravstva pomembno prispeva k produktivnosti in ekonomski rasti. Z vlaganji v krepitev zdravja in preprečevanje bolezni v celotnem življenjskem obdobju po drugi strani ohranjamo tudi funkcionalne sposobnosti zaposlenih, da lahko delajo dlje ter se aktivno in zdravo starajo.

SPECIFIČNI CILJI PO PREDNOSTNIH PODROČJIH RAZVOJA

Krepitev in varovanje zdravja ter preprečevanje bolezni:

- uveljavitev zdravja v vseh nacionalnih, regionalnih in lokalnih politikah kot vrednote in cilja

- vzpostavitev vrednotenja učinkov politik in ukrepov države na zdravje
- večja ozaveščenost odločevalcev in prebivalstva za večjo odgovornost družbe in posameznika za zdravje
- premik od bolezni k zdravju in od kurativne dejavnosti k preventivni s posebnim poudarkom na ranljivih skupinah

Optimizacija zdravstvene oskrbe:

- enaka dostopnost za vse do kakovostnih in varnih zdravstvenih storitev, vključno z učinkovitim nadzorom nad čakalnimi vrstami
- integrirana in celovita obravnava
- upoštevanje spreminjajočih se zdravstvenih potreb starajoče populacije
- usmerjenost v uporabnika in njegovo opolnomočenje

Povečanje uspešnosti zdravstvenega sistema:

- integrirane mreže izvajalcev zdravstvene dejavnosti, ki omogočajo celovito obravnavo pacientov
- povezani izvajalci zdravstvene dejavnosti za doseganje sinergij s strokovnega in organizacijskega vidika
- jasna razmejitev med javnim in zasebnim
- večja odgovornost in učinkovitost upravljanja v zdravstvu
- učinkovito načrtovanje in upravljanje človeških virov v zdravstvu, vključno z modelom zagotavljanja kadrov na deficitarnih področjih zdravstvenega varstva in v depriviranih okoljih
- delujoč sistem celovite kakovosti v zdravstvu
- enotna in učinkovita informacijska podpora spremljanju in upravljanju v zdravstvu in dostopni podatki za obravnavo pacientov in poslovanje
- dvig komunikacijske kulture v zdravstvu
- zagotovitev virov za raziskovalno dejavnost, razvoj kadrov v zdravstvu in nagrajevanje in širjenje dobrih praks

Pravično, solidarno in vzdržno financiranje zdravstvenega varstva:

- enakomerna in pravična obremenitev zavarovancev s prispevki
- s pravicami čim bolj polno obvezno zdravstveno zavarovanje, ki je očiščeno vsebin, ki vanj ne sodijo (specializacije zdravnikov, pripravništvo, terciar)
- uvajanje oziroma opuščanje pravic na osnovi preglednega sistema, ki upošteva finančno vzdržnost zdravstvenega sistema in dokazano učinkovitost medicinskih tehnologij in načinov obravnave
- standardi in normativi za delo zdravstvenih delavcev kot izhodišče za plačevanje in nagrajevanje
- pregleden sistem javnega naročanja v zdravstvu, ki upošteva cenovno učinkovitost zdravstvenih tehnologij
- enostaven, pregleden in učinkovit način partnerskega dogovarjanja
- dosledno upoštevanje sprejetih obračunskih modelov pri financiranju izvajalcev zdravstvene dejavnosti
- nagrajevanje po uspešnosti
- večja pestrost virov za financiranje zdravstvenega varstva za zmanjšanje ranljivosti zdravstvenega sistema, na primer, v času ekonomske krize

8 Primeri razvoja in reforme zdravstvenih sistemov v drugih državah

Zdravstveni sistemi v večini evropskih držav so bili v času finančne krize postavljeni pred velike preizkušnje. Ne glede na to, ali je bil v osnovi zdravstveni sistem zasnovan na financiranju pretežno iz prispevkov za zdravstvo ali iz proračuna, se je izkazalo, da so jo v krizi bolje odnesli

tisti zdravstveni sistemi, ki so se financirali iz različnih virov oziroma so načrtovali rezerve za hude čase, kot na primer Estonija. Zmanjšanje virov za zdravstvo je prej prekrile napake v sistemu naredilo očitne, zato smo v zadnjih letih pričča številnim poskusom sprememb in prilagajanj novim možnostim in potrebam prebivalstva. Večina držav v svojih reformah načrtuje spremembe predvsem na področju financiranja zdravstvenega varstva, boljšega načrtovanja kadrovskih virov glede na potrebe prebivalstva in razvoj primarnega zdravstva, dolgotrajne oskrbe in drugih oblik dejavnosti, s katerimi želijo odgovoriti na potrebe starajoče se populacije. Vlade se vedno bolj pogosto odločajo tudi za umestitev javno-zdravstvenih politik na svoj seznam prednostnih področij razvoja v zdravstvu.

9 Opis stanja in predlogi ukrepov po področjih

V nadaljevanju je opisano trenutno stanje na posameznih področjih zdravstvenega varstva v Sloveniji in, kjer je to potrebno za razumevanje, tudi širši evropski kontekst. Na vseh štirih področjih ResNPZV načrtuje aktivnosti, ki so ključne za razvoj v naslednjih desetih letih. Za izvajanje aktivnosti so predvideni konkretni ukrepi, s katerimi bomo lahko v procesu usklajevanja in doseganja konsenza z vsemi ključnimi deležniki zagotovili potrebne spremembe za boljše odzivanje zdravstvenega sistema na potrebe prebivalstva. Kot ukrep štejejo spremembe zakonodaje, sprejem strategij in nacionalnih politik na posameznih področjih, finančna vlaganja v razvoj posameznih področij, vzpostavitev novih modelov upravljanja in organizacije zdravstvenega varstva, nove institucionalne rešitve in podobno. Desetletno obdobje je dovolj širok časovni okvir, da bomo lahko zagotovili proces, v katerem ne bo ogrožena stabilnost sistema in bo omogočal skrbno načrtovanje sprememb in preverjanje njihovih učinkov pred uvajanjem v sistem.

9.1 Krepitev in varovanje zdravja ter preprečevanje bolezni- javno zdravje

Da bi uresničili končni cilj - boljše zdravje in podaljšanje pričakovanih zdravih let življenja - je potrebno poglobljeno razumevanje kompleksnosti in prepletenosti vplivov širših socialno-ekonomskih, okoljskih, kulturnih in drugih dejavnikov ter individualnih danosti na zdravje posameznika in populacije. Ti dejavniki pomembno vplivajo na življenjski slog, na dejavnike tveganja, na koriščenje zdravstvenih in drugih storitev ter v končni fazi na obolevnost, umrljivost in pričakovano trajanje življenja. V Sloveniji se preko medresorskega usklajevanja in javne razprave zdravstveni resor sicer vključuje v pripravo za zdravje pomembnih politik in ukrepov, pogosto pa ti postopki potekajo prehitro. Zato na ministrstvu oziroma v drugih relevantnih inštitucijah zaradi pomanjkanja kapacitet vedno ne uspejo pripraviti ustrezne presoje vpliva na zdravje in tako omogočiti uresničevanje pristopa zdravje v vseh politikah.

Eden ključnih izzivov javnega zdravja je, kako ozavestiti in opolnomočiti posameznika in vse ključne inštitucije, ki lahko s svojim ukrepanjem in aktivnostmi prispevajo k izboljšanju zdravja prebivalstva in zmanjševanju neenakosti v zdravju. Samo informiran in opolnomočen posameznik lahko prevzame odgovornost za svoje lastno zdravje; delodajalec zagotovi varne in zdrave delovne pogoje; lokalna skupnost ustvari pogoje kakovostno življenje; nevladna organizacija v svoji vlogi izvajalca in zagovornika zdravja in pravic bolnikov prispeva k pogojem za bolj zdrav način življenja in bolj odziven zdravstveni sistem; država s svojimi politikami in zakonodajo na področju zagotavljanja socialne varnosti, zaposlovanja, okolja, stanovanjske politike, vzgoje in izobraževanja, prometa, kmetijstva, davkov ter nenazadnje z zagotavljanjem dostopnega, varnega, učinkovitega in kakovostnega zdravstvenega varstva prispeva, k boljšemu zdravju prebivalstva.

Danes poznamo dokazano učinkovite, tudi cenovno, politike, ukrepe in programe za obvladovanje dejavnikov tveganja ter zgodnje odkrivanje bolezni, ki ob zagotavljanju boljšega zdravja in večje kakovosti življenja pomenijo tudi prihranek za zdravstveni sistem in družbo kot celoto. Škodljive razvade, pomanjkanje gibanja, neustrezna prehrana in izpostavljenost stresu so pogosti razlogi za prezgodnjo obolevnost in umrljivost zaradi kroničnih bolezni, kot so srčno-žilne bolezni, sladkorna bolezen, bolezen dihal, rak in duševne bolezni. Večino bolezni, povezanih z življenjskim slogom lahko preprečimo, če pravočasno prepoznamo dejavnike tveganja zanje in ukrepamo. Pri tistih, ki so že zboleli, je ključno, da bolezen čim prej odkrijemo in preprečimo njene zaplete z ustrezno zdravstveno obravnavo. Kot primer dobre prakse izpostavljam izvajanje nacionalnih populacijskih presejalnih programov za zgodnje odkrivanje raka in predrakavih sprememb na materničnem vratu (ZORA), dojki (DORA), debelem črevesu in danki (SVIT). Poseben izziv pri preprečevanju in obvladovanju bolezni, povezanih z življenjskim slogom predstavljajo ranljive skupine prebivalstva.

Da vseh učinkovitih politik in ukrepov še nismo sprejeli, lahko pripišemo pomanjkanju strokovnjakov na področju javnega zdravja, slabi informiranosti odločevalcev in pritisku interesnih skupin, pa tudi neustreznemu financiranju nevladnih organizacij in pomanjkanju sredstev za medijske kampanje, ki bi informirale in mobilizirale široko javnost. Velik izziv zato predstavlja izgradnja kapacitet na področju dejavnosti javnega zdravja in usposabljanja na tem področju, zagotovitev sredstev za informiranje in osveščanje ter okrepitev nevladnih organizacij v smislu večje profesionalizacije njihovega dela. Z združitvijo inštitucij javnega zdravja v dve krovni inštituciji, NIJZ in NLZOH, je dejavnost javnega zdravja dobila pomembnejše mesto v zdravstvenem sistemu ter širše in bolj stabilno financiranje, ki pa se je v času gospodarske krize žal pomembno zmanjšalo. V prihodnje bo potrebno bolje opredeliti vlogo sistema javnega zdravja pri podpori drugim delom zdravstvenega sistema in povezovanju z nevladnimi organizacijami ter z drugimi resorji za udejanjanje zdravja v vseh politikah.

V Sloveniji se, tako kot v večini drugih držav, za preventivno dejavnost v zdravstvu namenja le manjši del zdravstvenega denarja, čeprav prav vlaganja v preventivne dejavnosti lahko pomembno prispevajo k zagotavljanju vzdržnosti zdravstvenega sistema, kot tudi k preprečevanju neenakosti v zdravju. Priporočila o povečanju vlaganj v preventivo in njihovi predvsem dolgoročni stroškovni učinkovitosti izhajajo tudi iz študij OECD.

Še vedno ni vzpostavljeno ustrezno povezovanje sistema javnega zdravja s primarno ravno zdravstvenega varstva in drugimi deli zdravstva za podporo izvajalcem zdravstvene dejavnosti pri vključevanju preventive v njihovo delo. Doseči moramo komplementarnost in sinergistične učinke med sistemom javnega zdravja in primarnim zdravstvenim varstvom. Javno zdravje mora prevzeti svojo vlogo pri načrtovanju, spremljanju, izobraževanju in vrednotenju preventivnih programov, v sodelovanju s primarnim zdravstvenim varstvom. Izvajanje zdravstveno vzgojne in preventivne dejavnosti pa mora postati pomembna naloga zdravstvenega doma v lokalnem okolju, ki v ospredje postavlja potrebe prebivalcev in skupnostni pristop. Aktivnosti v lokalnih okoljih morajo biti usmerjene v čim širši krog prebivalcev in hkrati zadovoljiti potrebe ranljivih skupin in tistih, ki so socialno ekonomsko ogroženi in pri katerih prihaja do kopičenja in prepletanja težav tako z vidika zdravja kot tudi socialne varnosti in blaginje.

Kljub temu, da je v Sloveniji že dolgo časa prisotno zavedanje o pomenu skladnega razvoja celotne države, vseeno vztrajajo razlike v zdravju prebivalstva po regijah in tudi med različnimi socialnimi skupinami. Nič od tega ni izvirno slovenski problem, vseeno pa mora biti deležen pozornosti in tudi načrtovanja ukrepov za preseganje tovrstnih razlik še posebej v okviru zdravstvenega varstva. Pomembno je krepiti kapacitete tako primarnega zdravstvenega varstva kot javnega zdravja za odkrivanje potreb in delo z ranljivimi skupinami.

Kot je pokazal primer ebole, so nalezljive bolezni stalna in težko odstranljiva grožnja prebivalcem, v celoti pa predstavljajo globalno grožnjo zdravju. Zaradi svojega obsega ter globalnih razsežnosti

širjenja pa lahko privedejo tudi do pomembnejših motenj v gospodarskih tokovih, mednarodni trgovini ter migracijah. Zato je v Sloveniji potrebno slediti vsem domačim in mednarodno sprejetim obveznostim v sklopu celovitega obvladovanja groženj zdravju.

Na podlagi Konvencij 155 in 161 Mednarodne organizacije za delo in direktive EU 391/89 je nastala slovenska zakonodaja s področja varnosti in zdravja pri delu, ki določa obveznosti delodajalcev v zvezi z varnim in zdravim delom ter naloge specialistov medicine dela. Na podlagi celovite analize izvajanja dejavnosti medicine dela ter novih potreb in razmer na trgu dela, bo potrebno proučiti to področje in ga ustrezneje urediti.

NAČRT RAZVOJA Z AKTIVNOSTMI IN UKREPI

Aktivnost 1: Sprejem in izvajanje učinkovitih, medresorsko usklajenih ukrepov, politik in programov za krepitev zdravja in zmanjševanje neenakosti v zdravju ter obvladovanje dejavnikov tveganja za najpogostejše kronične bolezni in stanja - zdravje v vseh politikah

V sodelovanju z vladnimi resorji, stroko, civilno družbo in gospodarstvom (kjer je to primerno) bomo oblikovali celovite strategije za podporo zdravemu načinu življenja, pripravili izvedbene načrte in zagotovili njihovo koordinacijo in spremljanje na področjih prehrane in gibanja, tobaka, alkohola in prepovedanih drog. Posebna pozornost v vseh ukrepih bo namenjena ranljivim skupinam.

Ukrep 1 Nacionalni program o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje za obdobje do leta 2025, vključno z Akcijskim načrtom, s ciljem zaustavitve trenda naraščanja debelosti, sladkorne bolezni in drugih kroničnih bolezni.

Ukrep 2 Celovita nacionalna alkoholna politika s priporočili za učinkovito ukrepanje in izvedbenimi načrti ter spremembe področne zakonodaje, ki bodo omogočile takšne ukrepe.

Ukrep 3 Spremembe zakonodaje, ki ureja področje nadzora nad tobakom, in razvoj modela učinkovite obravnave kajenja v zdravstvu.

Ukrep 4 Prenova programov pomoči uživalcem prepovedanih drog v zdravstvu in nadzora nad njihovim izvajanjem.

Aktivnost 2: Krepitev dejavnosti javnega zdravja

Dejavnost javnega zdravja potrebuje jasen strateški razvojni načrt, v katerem bodo opredeljene ključne javnozdravstvene funkcije, ki jih mora zagotavljati država, in ki so v javnem interesu ter se izvajajo v okviru javne službe, predvsem na NIJZ in NLZOH.

Ukrep 1 Sprejem in izvajanje Strategije razvoja dejavnosti javnega zdravja do leta 2025.

Aktivnost 3: Preusmeritev zdravstvene službe v preprečevanje in zgodnje odkrivanje dejavnikov tveganja ter zmanjševanja neenakosti v zdravju

Za odločnejši premik od kurative k preventivi v zdravstveni dejavnosti je ključno, da predvsem primarna raven zdravstvenega varstva, še posebej zdravstveni dom kot organizacijska enota,

prevzame vlogo preventivnega centra v lokalnem okolju in se aktivno vključi v prizadevanja za vzpostavljanje pogojev za zdrav način življenja in izboljševanje zdravstvene pismenosti. S širitvijo referenčnih ambulant in uvajanjem preventivnih pristopov v vseh ambulantah na primarni ravni zdravstvenega varstva bo zagotovljena enaka dostopnost za vse do preventivnih programov. Ti bodo nadgrajeni in posodobljeni v okviru projektov, ki trenutno potekajo in so financirani iz Norveškega finančnega mehanizma, ki jih izvaja NIJZ in drugi izvajalci. Rezultat bodo priporočila in strokovne usmeritve za nadgradnjo preventivnih programov ter njihova prilagoditev potrebam ranljivih skupin prebivalstva.

Ukrep 1 Sprememba obstoječih predpisov (pravilnika), ki določajo vsebino preventivnih programov na primarni ravni zdravstvenega varstva s ciljem okrepiti preventivno dejavnost in vplivati na zmanjševanje neenakosti v zdravju.

Aktivnost 4: Obvladovanje nalezljivih bolezni in drugih nevarnosti za zdravje vključno z agenci iz okolja

Zagotovili bomo usklajeno delovanje na področju spremljanja in odziva v primeru čezmejnih groženj zaradi izbruhov nalezljivih bolezni, kemičnih agensov in nevarnosti neznanega izvora. K temu nas zavezuje tudi mednarodni zdravstveni pravilnik SZO in pravni red EU.

Ukrep 1 Dopolnitev sistema spremljanja, pripravljenosti in odziva za bolj usklajen odziv države v primeru izbruhov nalezljivih bolezni (npr. gripa, ebola) ter drugih groženj zdravju.

Ukrep 2 Priprava in sprejem nove strategije obvladovanja okužbe s HIV/AIDS do leta 2025.

Aktivnost 5: Ohranjanje zdravja delovno aktivne populacije

Ovrednotili bomo sedanjo prakso izvajanja te dejavnosti, njenega financiranja ter umeščenosti v zdravstveni sistem ter na njeni podlagi sprejeli ustrezne prilagoditve.

Ukrep 1 Celovita analiza izvajanja dejavnosti medicine dela, vključno z njenim financiranjem in s predlogi za spremembe.

Aktivnost 6: Celovito obvladovanje kroničnih bolezni in boljše sodelovanje med ravnmi zdravstvenega varstva

Za obvladovanje najpogostejših kroničnih bolezni, kot sta sladkorna bolezen in rak, bomo zagotovili celovit pristop, ki bo vključeval ukrepe primarne preventive, zgodnjega odkrivanja bolezni in presejanja, diagnostike in zdravljenja, rehabilitacije in paliativne oskrbe. Zagotovili bomo dobro sodelovanje med ravnmi zdravstvenega varstva in med vsemi deležniki, vključno bolniki. Za področji obvladovanja sladkorne bolezni in raka imamo že sprejeta celovita programa, ki sledita najboljšim praksam doma in v tujini na tem področju. Na osnovi vrednotenja izvajanja teh dveh programov v prvih petih letih, bomo oba programa dopolnili in pripravili periodične načrte za njuno nadaljnje izvajanje. Za ostala področja kroničnih bolezni velikega obsega bomo pripravili ustrezne strateške pristope.

Ukrep 1 Priprava in izvedba periodičnih akcijskih načrtov za Izvajanje Nacionalnega programa za obvladovanje sladkorne bolezni - Strategija razvoja 2010-2020 ter redno spremljali izvajanje aktivnosti in ukrepov.

Ukrep 2 Priprava poročila o izvajanju Državnega programa za obvladovanje raka od 2010 do 2015 ter sprejem in izvajanje novega programa za obdobje od 2015 do 2020 z izvedbenimi načrti.

Aktivnost 7: Podpora izvajanju krepitev zdravja v različnih okoljih (v vzgojno-izobraževalnih ustanovah, na delovnem mestu, v lokalnih okoljih)

Za uresničevanje nacionalnih strateških usmeritev s ciljem izboljšanja zdravja in kakovosti življenja je ključno izvajanje aktivnosti v okoljih, kjer ljudje živijo, delajo in preživljajo prosti čas. Zato bomo v naslednjih desetih letih zagotovili strokovno podporo za različna okolja in odgovorne strukture pri zagotavljanju pogojev za zdrav način življenja. Okrepiti bo potrebno tiste, ki programe krepitev zdravja izvajajo v teh okoljih, še posebej nevladne organizacije; tako z vidika kakovosti programov, ki jih izvajajo, kot z vidika vzdržnega financiranja njihove dejavnosti. Posebna pozornost bo namenjena krepitevi kapacitet za delo z ranljivimi skupinami ter krepitev partnerstev z lokalnimi skupnostmi.

Ukrep 1 Izdelava orodij za ozaveščanje in obveščanje prebivalstva o pomenu zdravja in zdravem načinu življenja, vključno z izvedbo nacionalnih kampanj in pripravo gradiv, primernih orodij ter smernic za pomoč pri izvajanju programov krepitev zdravja v vseh okoljih.

Ukrep 2 Zagotovitev finančnih virov za delovanje neprofitnih in nevladnih organizacij, ki delujejo na področju krepitev zdravja in preprečevanja bolezni.

Ukrep 3 Vzpostavitev sistema vrednotenja programov neprofitnih zavodov in nevladnih organizacij ter društev, ki se financirajo iz javnih virov.

9.2 Optimizacija zdravstvene oskrbe - zdravstvena dejavnost

Pri zagotavljanju zdravstvene oskrbe se zdravstveni sistem srečuje z mnogimi izzivi. Ob finančnih omejitvah, naraščanju kronično bolnih in novih grožnjah zdravju, se spreminja tudi delovna sila in tehnologija, ki je na voljo zdravstvu. Tudi v Sloveniji raste tako število novih primerov kronično bolnih, kot celokupno število vseh bolnikov, kar povečuje breme za zdravstveni sistem ter slabša delovni in razvojni potencial družbe, v smislu absentizma, slabše produktivnosti, prezgodnjega upokojevanja in skrajševanja zdravih let življenja. Na področju zdravstvenega varstva se povečujejo stroški za diagnostiko, zdravljenje in rehabilitacijo kronično bolnih.

Kot enega ključnih odgovorov na spremenjene zdravstvene potrebe in razmere mednarodna strokovna skupnost predlaga krepitev primarnega zdravstva, ki lahko zagotovi večjo odzivnost zdravstvenega sistema na spremenjene potrebe; bolj celovito obravnavo pacientov; in poveča uspešnost zdravstvenega sistema nasploh (D.S. Kringoes e tal, Building primary care in changing Europe, Evropski observatorij za spremljanje zdravstvenih sistemov in politik, 2015). Dokazano je, da so zdravstveni sistemi v evropskih državah z močnim primarnim zdravstvom bolj uspešni: boljše je zdravje prebivalstva, manjše so razlike v zdravju in manj je nepotrebnih hospitalizacij.

Mnogi bolniki imajo več kroničnih bolezni hkrati (multimorbidnost), narašča pa tudi število tistih, ki so odvisni od tuje pomoči in potrebujejo dolgotrajno oskrbo. Preplet simptomov, krhkost, kompleksnejše zdravljenje in psihosocialne potrebe bolnikov z več kroničnimi boleznimi imajo za posledico:

- a. večje število stikov z zdravstveno službo, zahtevnejšo in daljšo zdravstveno obravnavo,
- b. potrebo po uvedbi stalne funkcije koordinatorja obravnave (case manager), ki bo bolnika usmerjal

- in mu svetoval,
- c. potrebo po bolj celovitih znanjih, povezanih s kompleksnejšo obravnavo, vključno z ureditvijo dolgotrajne oskrbe,
 - d. večje stroške zdravljenja in tudi večje stroške psihosocialne obravnave,
 - e. potrebo po sodelovanju s socialno službo zaradi urejanja socialnih potreb in
 - f. večjo rabo raznolikih zdravil v istem času pri isti osebi (polifarmacija) in potrebo po obvladovanju interakcij med zdravili.

Za celovit pristop k obvladovanju problema staranja populacije je ob razvoju dolgotrajne oskrbe nujna tudi krepitev patronažne službe, umestitev geriatrične obravnave v dejavnost primarne in sekundarne ravni zdravstvenega varstva, vzpostavitev centrov za demenco, razvoj skupnostne skrbi za duševno zdravje in podobno. Skladno s tem bo treba več pozornosti nameniti izobraževanju zdravstvenega osebja (*ni pa potrebno, da je to izobraževanje visokošolsko*) za obravnavo starejših oseb in prilagajanju kapacitet za kakovostno oskrbo starejših, nujno pa bo tudi vključevanje lokalne skupnosti in nevladnih organizacij.

Na nekaterih področjih se v Sloveniji srečujemo s problemom čakalnih dob. Ta problem se je razvijal postopoma, predvsem zaradi nepregledne in neenotne organiziranosti in porazdeljenosti zdravstvenih programov, zato bolniki niso deležni enake oskrbe za isti zdravstveni problem in prihaja do razlik v dostopnosti do kakovostne in varne obravnave.

Na večini področij manjkajo ključna orodja za poenotenje zdravstvene obravnave, kot so strokovne smernice in klinične poti, pomanjkljiv pa je tudi nadzor. Zagotoviti bo treba tudi ustrezne oblike usposabljanja za vse profile zdravstvenih delavcev.

9.2.1 Primarno zdravstveno varstvo

Kakovostno organizirano primarno zdravstveno varstvo mora zagotavljati hiter in enostaven dostop do najširšega možnega nabora storitev in omogočati celovito in kontinuirano obravnavo pacienta čim bližje domu. K uspešnosti zdravstvenega sistema najbolje prispeva takrat, ko deluje kot koordinator oskrbe in se dobro povezuje z drugimi izvajalci zdravstvene oskrbe, socialnim skrbstvom in javnim zdravjem.

Primarno zdravstveno varstvo je v Sloveniji organizirano v okviru zdravstvenih domov in koncesionarjev. Z 0,6 zdravnikov družinske medicine na 1000 prebivalcev imamo v primerjavi z drugimi državami OECD najnižjo preskrbljenost z zdravniki, vendar pa v primerjavi z nekaterimi državami EU v Sloveniji zdravnik družinske medicine le izjemoma obravnava otroke. Ob timih družinskih zdravnikov na primarni ravni s svojimi timi delujejo zobozdravniki, pediatri in ginekologi, brez napotitve pa so dostopni tudi psihiatri. Za krepitev primarne ravni vključno s patronažno službo potrebujemo predvsem oceno potreb po kadrovskih in finančnih virih, skladno s sodobnimi izzivi pa bo treba prenoviti tudi preventivne in druge programe ter zagotoviti boljše povezovanje z drugimi izvajalci zdravstvene oskrbe, s socialnimi službami in javnim zdravjem.

Leta 2011 smo na področju družinske medicine začeli z uvajanjem tako imenovanih Referenčnih ambulant (RADM), ki predstavljajo organizacijsko in vsebinsko nadgradnjo dela v ambulanti osebnega zdravnika, saj se je timu pridružila diplomirana medicinska sestra. Ta prispeva k celoviti obravnavi urejenih kroničnih bolnikov vključno z izobraževanjem bolnikov in zagotavlja aktiven pristop k preventivni dejavnosti (preventivni pregledi). Na področju obravnave kroničnih bolnikov se že vzpostavljajo protokoli obravnave kroničnih bolezni, ki so dogovorna pot obravnave bolnikov med primarno in sekundarno ravni. Trenutno deluje 480 tovrstnih ambulant in pomenijo

pomemben napredek v timski obravnavi pacientov v ambulanti družinske medicine. Kazalniki kakovosti za spremljanje dela v RADM so dogovorjeni in predstavljajo dobro osnovo za spremljanje uspešnosti projekta.

Obstoječa organiziranost primarne ravni zagotavlja dobro dostopnost do zdravstvenih storitev in visoko strokovnost obravnave različnih skupin prebivalstva (ženske, otroci), kar se kaže tudi v dobrih rezultatih v primerjavi z EU (umrljivost dojenčkov, maternalna umrljivost). Organiziranost primarne ravni zdravstvenega varstva, ki vključuje več specialnosti na primarni ravni, daje v primerjavi z drugimi evropskimi državami nadpovprečne dobre rezultate na primer na področju umrljivosti otrok zaradi respiratornih infektov in umrljivosti dojenčkov.

Za izboljšanje dostopnosti in zadovoljevanje specifičnih potreb prebivalcev v ruralnem okolju bo v okviru zdravstvene dejavnosti na primarni ravni potrebno zagotoviti dovolj kapacitet in vzpostaviti pozitivne spodbude za delo v teh okoljih. Opredeliti se bo treba tudi do razvoja pediatrije in ginekologije na primarni ravni. Za zagotavljanje dostopnosti do kakovostne obravnave za ranljive skupine prebivalstva in zmanjševanje neenakosti v zdravju bo ključen razvoj na področju patronaže.

Patronažno varstvo je bilo do neke mere kot prednostno področje umeščeno že v Resolucijo o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008 - 2013 "Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev" (Uradni list RS, 77/2008). Že takrat je bilo ugotovljeno, da pomemben del dejavnosti preventive, zdravljenja na domu in paliativne oskrbe opravljajo patronažne medicinske sestre, ki so samostojne nosilke dejavnosti. Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo zato predvideva povečevanje mreže patronažne službe v skladu s potrebami, ob sočasnem uvajanju razširjenih timov za zdravstveno nego in oskrbo na domu.

Zobozdravstvena dejavnost na primarni ravni v Sloveniji je kljub temu, da so zobozdravstvene storitve pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in so formalno dostopne, pomanjkljivo urejena. Ni dovolj transparentno financirana, kar je dediščina sprememb izpred 20tih let. Zaradi pomanjkanja epidemioloških podatkov ni podlag za načrtovanje in pripravo strategije zobozdravstvene dejavnosti na vseh področjih. Bolezni ustne votline so pomemben javno zdravstveni problem, saj slabo ustno zdravje pomembno vpliva na splošno zdravje prebivalstva. Nekatere bolezni ustne votline so povezane s kroničnimi boleznimi (npr. sladkorno boleznijo). Bolečina, motnje pri žvečenju, hranjenju, komunikaciji, ki so lahko posledica slabega ustnega zdravja, vplivajo tudi na kakovost življenja. Ustne bolezni ob tem omejujejo aktivnosti v procesu šolanja, pri delu in povzročajo pomembno število izgubljenih šolskih ter delovno aktivnih ur. Preventivni zobozdravstveni ukrepi vodijo do pomembnega izboljšanja ustnega zdravja prebivalstva. Uskladiti moramo potrebe prebivalstva, pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, pravice iz košarice pravic in razpoložljiva sredstva za zobozdravstveno dejavnost. Prizadevati si moramo za posodobitev in poenotenje preventivne dejavnosti na področju zobozdravstva za otroke in mladostnike in uvedbo preventivne dejavnosti na področju odraslega zobozdravstva ter omogočiti bolnikom z zmanjšanimi zmožnostmi enakopravno obravnavo. Zagotoviti je potrebno kakovostno zobozdravstveno dejavnost na vseh ravneh, spremljano s kazalniki kakovosti.

Na področju zobozdravstva za otroke in mladostnike je potrebno omogočiti enakomerno dostopnost do zobozdravnikov za otroke in mladostnike ter posodobiti in poenotiti preventivno dejavnost. Vzpostaviti bo potrebno koordinacijo zobozdravstvene preventivne dejavnosti z mrežo izvajalcev v posamezni regiji.

V Sloveniji je trenutno število zobozdravnikov nad povprečjem EU, zato bo na področju splošnega zobozdravstva poleg enakomerne dostopnosti do zobozdravnika s sprejemljivimi čakalnimi dobami, potrebno načrtovati tudi število zobozdravnikov in programov za izvajanje zobozdravstvene

dejavnosti v skladu s potrebami prebivalstva in zmožnostmi financiranja. Prenovili bomo model financiranja zobozdravstvenih storitev. Prednostno bomo obravnavali kronične bolnike, npr. s sladkorno boleznijo, KOPB, z rakom glave in obraza, nosečnice in krhke starostnike). Posebno skrb je potrebno nameniti bolnikom s posebnimi potrebami in zmanjšanimi zmožnostmi, tako na področju preventivne dejavnosti, kot zdravljenja in zagotavljanja funkcionalnega zobovja, ki omogoča uživanje prilagojene hrane (redni kontrolni pregledi, sedacija, povečan obseg zobozdravstvene dejavnosti v splošni anesteziji, itd.).

9.2.2 Nujna medicinska pomoč

Obseg in kakovost izvajanja nujne medicinske pomoči zdravstvene dejavnosti v Sloveniji ne omogočata optimalne hitrosti in uspešnosti obravnave življenje ogrožajočih akutnih stanj. Nadgradnja zdravstvenega sistema za hitro in učinkovito obravnavo nujnih primerov je zahtevala organizacijo urgentnih centrov za nujno medicinsko pomoč, le-ta omogoča posodobitev obstoječe mreže nujne medicinske pomoči (NMP). Ta trenutno ne nudi vsem prebivalcem države enake možnosti dostopa.

Urgentni centri kot samostojne enote v bolnišnicah in dispečerska služba predstavljajo optimalno organizacijo urgentne službe, hitro oskrbo pacienta ter učinkovito razpolaganje s kadrovskimi viri ter opremo. Mreža urgentnih centrov ob okrepljeni dežurni službi pomeni odpravo razlik med regijami v infrastrukturi za nujno medicinsko pomoč in v uspešnosti zdravljenja akutnih obolenj, ki zahtevajo hitro obravnavo. Predvsem pa v ospredje postavljajo potrebe pacienta.

9.2.3 Geriatrija

V Sloveniji nimamo vzpostavljenega sistema, ki bi zagotavljal sistematično prepoznavanje (geriatrična ocena) in najbolj optimalno oskrbo pacientov, ki so krhki, multimorbidni in izpostavljeni tveganju za razvoj nezmožnosti ali izgubo avtonomije. Ti pacienti potrebujejo celovit pristop, ki ga zagotavlja interdisciplinarni tim s ciljem izboljšanja posameznikove funkcije in kakovosti bivanja. Pomen usklajenosti oskrbe je pri vodenju geriatričnega bolnika še bistveno večji, kot pri vodenju bolnika s kronično boleznijo.

Med letoma 1966 in 1988 je v Ljubljani že deloval Inštitut za gerontologijo in geriatrijo, drugod po Sloveniji pa gerontološki dispanzerji. Danes oskrbo doma živčih in institucionaliziranih starih oseb vodijo specialisti družinske medicine. Na sekundarni ravni so stari ljudje obravnavani pri specialistih za posamezne organske sisteme. Poleg Centra za geriatrično medicino v Univerzitetnem kliničnem centru (UKC) Ljubljana na področju geriatrične medicine usmerjeno delujejo gerontopsihiatrični oddelki v psihiatričnih bolnišnicah. Izobraževanje je na dodiplomski ravni v obliki samostojnega predmeta na Medicinski fakulteti (MF) Maribor in v obliki integralnega poučevanja na MF Ljubljana. Podiplomskega izobraževanja z možnostjo pridobitve dodatne usposobljenosti ali specializacije v Sloveniji ni.

Leta 2013 je Zdravstveni svet (ZS) sprejel predlog razvoja geriatrične medicine v Sloveniji, ki v prvi fazi predvideva ustanovitev in financiranje ustreznih enot v UKC Ljubljana in UKC Maribor, v nadaljevanju pa tudi v drugih bolnišnicah, kjer bo izkazan interes in izpolnjeni ustrezni prostorski in kadrovski pogoji.

9.2.4 Duševno zdravje

Na področju duševnega zdravja je potrebno izboljšati dostopnost do kakovostnih programov zdravljenja, rehabilitacije in socialne integracije oseb s težavami v duševnem zdravju. Potrebno je

Zagotoviti prestrukturiranje in razvoj novih programov ter bolj učinkovito povezati zdravstvene službe s službami socialnega varstva, vzgoje in izobraževanja in nevladnimi organizacijami.

Posebni poudarek je potrebno nameniti promociji duševnega zdravja in preprečevanju duševnih motenj, zlasti na primarni zdravstveni ravni, z vzpostavitvijo programov za ciljne populacijske skupine ter ranljive skupine prebivalstva.

Z razvojem skupnostne skrbi za duševno bolne čim bližje domu uporabnika se mora zagotoviti nepretrgana in učinkovita obravnava oseb z duševnimi motnjami. Večinoma v Sloveniji še nimamo vpeljane ocene potreb po zdravljenju in obravnavi, na podlagi katere bi se lahko različne službe povezale in zagotovile celovito zdravstveno in socialno obravnavo, delovno usposabljanje, zaposlovanje in druge rehabilitacijske storitve.

9.2.5 Demenca

Študije so pokazale, da so demence iz finančnega vidika tretja najdražja skupina bolezni, takoj za boleznimi srca in rakom (Kirschstein, 2002; Wimo et al., 2007). Neposredni stroški so vezani na diagnostično obravnavo, zdravljenje, domsko oskrbo, in 24-urno nadzorovano oskrbo. Demenca je bolezen, ki izjemno poseže v funkcionalno delovanje družine, saj zahteva neprestano vključenost ter sodelovanje svojcev. Zgodnja diagnostika, izobraževanje svojcev prizadetih in zdravljenje bolnikov z blagim upadom umskih sposobnosti oziroma demenco pomembno upočasnjuje napredovanje bolezni, izboljša pa tudi kakovost življenja bolnikov in svojcev ter zmanjša število bolnišničnih sprejemov in premestitev bolnih v domsko oskrbo. Ocenjujemo, da imamo danes v Republiki Sloveniji približno 30 tisoč bolnikov z blagim upadom umskih sposobnosti ali demenco, od tega boleha najmanj 5 odstotkov bolnikov zaradi družinske oblike bolezni, ki vodijo v demenco. Podoben delež bolnikov boleha zaradi demence povzročene s strani ozdravljivih bolezni.

Področje demence v Sloveniji pokrivata MZ in Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (MDDSZ). Vsako na svojem področju pripravljata projekte in dokumente, ki pa se v določenem trenutku medresorsko usklajujejo. V prihodnosti so med pomembnejšimi nalogami krepitev storitev v domačem okolju (pomoč na domu) in ustanovitev centrov za demenco (kjer osebe z demenco in njihovi svojci dobijo pomoč na enem mestu s pomočjo zdravstvenega in socialnega tima).

9.2.6 Dolgotrajna oskrba

S staranjem prebivalstva se povečujejo potrebe po zagotavljanju dolgotrajne oskrbe, ki je v pristojnosti tako MZ kot MDDSZ. V prihodnje bo potrebno zagotoviti celovit sistem storitev socialne in zdravstvene pomoči za osebe, ki so dolgotrajno odvisne od pomoči drugih. Na podlagi predvidenih sprememb zakonodaje, bo sistem dolgotrajne oskrbe vključeval enoten način dostopa do storitev, integralno izvajanje dejavnosti v različnih oblikah ter enoten način financiranja. Zakonske rešitve bodo spodbujale aktivno in zdravo staranje, krepitev skupnostnih oblik pomoči ter vzpostavile namenski solidarnostni vir financiranja dolgotrajne oskrbe, v katerega bodo vključeni obstoječi viri iz zdravstvenega in pokojninskega zavarovanja ter drugi obstoječi namenski viri. Proučiti bo potrebno tudi možnosti dodatnih virov. Za odločanje o pravicah iz naslova dolgotrajne oskrbe bo vzpostavljeno posebno izvedeniško telo s strokovnjaki s socialnih in zdravstvenih področij.

Zagotoviti bo potrebno pregleden dostop do vseh vrst storitev in oblik pomoči ter spodbuditi preventivne in skupnostne oblike pomoči, s katerimi bomo lahko spodbujali načela aktivnega in zdravega staranja in zagotovili dostopnost informacij o storitvah in pomoči iz nevladnega, javnega in zasebnega sektorja na enem mestu.

Ključni izziv v prihodnje bo vzpostavitev celovitega sistema dolgotrajne oskrbe za obvladovanje specifičnih potreb staranja populacije. Poudarek bo na skupnostnih oblikah pomoči ter na de-institucionalizaciji in razvoju skupnostnih oblik bivanja in varstva. Potrebno bo zagotoviti ustrezno kadrovsko strukturo, financiranje za dolgotrajno oskrbo na primarni ravni in v domovih za starostnike ter v drugih socialnih zavodih, kakor tudi v domačem okolju.

9.2.7 Paliativna oskrba

Paliativna oskrba je sestavni del zdravstvenega varstva in mora biti dostopna vsem, ki jo potrebujejo. Izvaja se v skladu z državnim programom za paliativo. Je aktivna celostna pomoč bolnikom vseh starosti z napredovalo kronično neozdravljivo boleznijo ter njihovim bližnjim. Slednjim tako v času bolezni kot v procesu žalovanja. Paliativna oskrba ni opredeljena z določenim obolenjem, temveč temelji na oceni stanja bolnika s katerokoli napredovalo kronično boleznijo, oceni verjetne napovedi njegove bolezni ter oceni specifičnih potreb bolnika in njegovih bližnjih. Oskrba se lahko začne že zgodaj po diagnozi napredovale kronične neozdravljive bolezni in se nadaljuje v procesu umiranja, smrti in žalovanja.

Namen paliativne oskrbe je izboljšati kakovost življenja bolnikom in njihovim bližnjim s preventivnimi ukrepi in lajšanjem trpljenja tako, da ga zgodaj prepoznamo, ustrezno ocenimo in obravnavamo. Paliativno oskrbo izvajajo paliativni tim, v katerem so vsaj zdravnik, medicinska sestra, patronažna medicinska sestra, socialni delavec, po potrebi pa še klinični psiholog ali psiholog, delovni terapevt, fizioterapevt, farmacevt, dietetik, koordinator duhovne oskrbe in prostovoljci oziroma nepoklicni izvajalci.

Paliativna oskrba se v Sloveniji izvaja na primarni ravni na bolnikovem domu, v institucionalnem varstvu in dnevnem varstvu. Timi osnovne oskrbe se oblikujejo na ravni sodelujočih zdravstvenih domov, socialnovarstvenih ustanov, centrov za socialno delo in hospicev. V obravnavo bolnika na primarni ali sekundarni ravni se lahko vključijo tudi mobilni timi.

Na sekundarni bolnišnični ravni je bolnik napoten v stacionarno enoto ali oddelek specialistične paliativne oskrbe takrat, ko zaradi zahtevnosti bolezni le te ni več mogoče obvladovati na bolniški enoti ali v okolju, kjer bolnik živi. Obravnava bolnika je vodena po dogovorjenem protokolu - klinični poti, ki vključuje tudi obravnavo bolnika v zadnjem obdobju življenja.

Integrirano in kontinuirano izvajanje paliativne oskrbe izboljša kakovost obravnave bolnikov s kronično napredovalo neozdravljivo boleznijo in omogoči bolnikom aktivno vključitev v obravnavo in izvajanje oskrbe doma ter tudi umiranje med svojimi bližnjimi. Izvajalci paliativne oskrbe so zdravstvene ustanove terciarne, sekundarne in primarne ravni, socialnovarstvene ustanove, socialne ustanove ter nevladne organizacije in društva.

Najpogostejše ovire na primarni ravni zdravstvenega varstva so povezane z nezadostno pripravo bolnika na odpust iz bolnišnice, slabo oceno bolnikovih potreb in ciljev, neustrezno in prepozno obravnavo simptomov, nezadostno informiranostjo bolnika (seznanitev s prognozo bolezni), pomanjkanjem informacij o bolniku, pomanjkljivo koordinacijo med službami in izvajalci,

nepokritostjo izvajanja paliativne oskrbe tekom celega dneva, premajhno svetovalno podporo ter premajhno psihosocialno in duhovno podporo bolniku in njegovim bližnjim.

9.2.8 Preskrba z zdravili in medicinskimi pripomočki ter lekarniška dejavnost

Preskrbo z zdravili na splošno lahko ocenjujemo kot dobro. Podatki kažejo, da se poraba zdravil nenehno povečuje, delež zasebnih odhodkov namenjenih zdravilom pa bistveno presega tistega, ki ga prebivalci tudi sicer namenjajo za zdravstvene storitve.

Razvrščanje novih zdravil poteka redno. Dostopnost do zdravil pogojuje dobro sodelovanje med državami članicami EU, izmenjavo informacij glede cen in dostopnosti do inovativnih ter cenovno dostopnih zdravil, kot tudi preprečevanje vstopa na trg ponarejenim zdravilom. Glede prihoda novih zdravil in njihovega vključevanja v zdravstveni sistem smo primerljivi z drugimi članicami EU.

Pri izvajanju ukrepov za obvladovanje stroškov za zdravila bo potrebno vzpostaviti mehanizme dolgoročnega ocenjevanja njihovega vpliva na zagotavljanje preskrbe z zdravili v Republiki Sloveniji ter okrepiti ukrepe za preprečevanje neloyalne konkurence, ki lahko dolgoročno povzročijo erozijo trga zdravil v Republiki Sloveniji. Potrebna je vzpostavitev skupnega javnega naročanja za zdravila in medicinske pripomočke na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti.

Potrebno je vgraditi spodbude za integrirano oskrbo bolnikov ter med-nivojsko in med-poklicno sodelovanje izvajalcev zdravstvene dejavnosti s ciljem zagotavljanja t.i. brezšivne (neprekinjene) skrbi za bolnike. Bolniki prejemajo med zdravljenjem v bolnišnici določena zdravila, s katerimi morajo nadaljevati zdravljenje po odpustu iz bolnišnice doma, ali pa morajo po operativnem posegu uporabljati določen medicinski pripomoček, ki ga še ne poznajo (npr. stoma, kateter). Za izvajanje tako imenovane brezšivne skrbi in oskrbe bolnikov, bi bilo potrebno sedanjo lekarniško dejavnost v bolnišnicah dopolniti z informacijsko tehnologijo (IT), kar bi pomenilo velik napredek v smislu varnejšega in učinkovitejšega zdravljenja bolnikov.

S krajšanjem ležalne dobe in čedalje zahtevnejšim zdravljenjem se povečuje tveganje za zgodnje re-hospitalizacije zaradi težav, povezanih z zdravili kot tudi ekonomsko škodo, zato je potrebno okrepiti dejavnost klinične farmacije in vključiti klinične farmacevte v procese uporabe zdravil na vseh nivojih zdravstvene obravnave (primarni, sekundarni in terciarni).

Zagotavljanje pravilne in varne uporabe zdravil zahteva uvedbo farmacevtske obravnave na primarni, sekundarni in terciarni ravni. Sočasno jemanje več zdravil (polifarmacija) pomeni jemanje več kot 5 različnih zdravil hkrati. Običajna je pri osebah, ki imajo več bolezni hkrati. Polifarmacija je v Sloveniji v porastu predvsem pri starejših bolnikih. Eno od pomembnih vodil pri zdravljenju z zdravili mora biti, da se z zdravili zdravi le tiste bolezni in simptome, pri katerih ima pacient nedvoumno korist, le-ta pa mora biti večja od morebitnega tveganja za razvoj neželenih učinkov posameznih zdravil ali interakcij med njimi. Sočasno zdravljenje z več različnimi zdravili v mnogih primerih zelo zmanjša varnost zdravljenja pacienta in poveča možnost razvoja resnih zdravstvenih zapletov, ki zmanjšajo kvaliteto pacientovega življenja, poslabša zdravstveno stanje pacienta, posledično poveča število hospitalizacij ali celo ogroža preživetje. Slednje pa ima za posledico tako zdravstveno kot tudi ekonomsko škodo. Ta škoda na letni ravni je ocenjena na 25 milijonov evrov in predstavlja 3-4 odstotke vseh hospitalizacij.

Lekarniška dejavnosti je v Republike Slovenije glede na ostale države članice srednje regulirana. Z nekaterimi korekcijami te regulacije je treba preprečiti odliv sredstev iz lekarniške dejavnosti, z omejitvijo vertikalnih in horizontalnih povezav bi preprečili ustvarjanje oligopolnih struktur in

izkrivljanje konkurence, s korekcijo statusno-pravnih oblik za opravljanje lekarniške dejavnosti pa bi okrepili osebno profesionalno odgovornost farmacevta za pravilno in varno uporabo zdravil.

9.2.9 Zdravilstvo

S sprejemom Zakona o zdravilstvu v letu 2007 se je v Republiki Sloveniji zdravilstvo tudi uradno priznalo, določili so se pogoji za izvajanje zdravilstva, metode in sistemi ter tudi nadzor na izvajanjem zakona. Zakon o zdravilstvu je pomenil velik korak k ureditvi tega področja, saj se po najnovejših raziskavah 40-60 odstotkov prebivalstva poslužuje alternativnih metod zdravljenja. Zakon v praksi ni nikoli povsem zaživel. V Sloveniji zdravniki, ki izvajajo zdravniško službo, za enkrat ne morejo opravljati zdravilske dejavnosti.

Iz poročila EU projekta Cambrella (vključuje podatke 39 držav članic EU), je razvidno, da v večini držav članic komplementarno medicino in alternativno medicino izvajajo le osebe, ki imajo primarno pridobljeno zdravstveno ali celo medicinsko izobrazbo. Nekatere metode, kot so akupunktura, homeopatija, kiropraktika, osteopatija in tradicionalna kitajska medicina, pa lahko izvajajo zgolj zdravniki. Zakon o zdravilstvu trenutno omogoča opravljanje večino metod zdravilcem, ki opravijo le izpit iz zdravstvenih vsebin. Potrebno ga je posodobiti in ga tako približati ureditvi alternativnega zdravljenja v drugih državah članicah EU.

9.2.10 Čezmejno varstveno zdravstvo

Ob upoštevanju nacionalne zakonodaje in evropskega pravnega reda, ki omogoča dostop pacientom do varnega in kakovostnega čezmejnega zdravstvenega varstva, je ključno, da v Sloveniji čim bolje izkoristimo priložnosti za naše čezmejno varstvo. To velja predvsem za sodelovanje med zdravstvenimi sistemi na področju evropskih referenčnih mrež, obravnave redkih bolezni, pri vrednotenju zdravstvenih sistemov in e-zdravju ter priznavanju receptov izdanih v drugi državi članici EU. Čezmejno sodelovanje je treba razumeti kot poslovno priložnost, za slovenske izvajalce zdravstvene dejavnosti.

NAČRT RAZVOJA Z AKTIVNOSTMI IN UKREPI

Slovenski zdravstveni sistem na področju zdravstvene dejavnosti temelji na mreži teritorialno umeščenih zdravstvenih domov in bolnišnic ter zasebnih izvajalcev s koncesijo. Mreža zdravstvene dejavnosti na vseh ravneh mora zagotoviti enak dostop do kakovostnih in varnih zdravstvenih storitev vsem prebivalcem v Sloveniji, biti mora prilagodljiva in odzivna glede na finančne zmožnosti države, potrebe prebivalcev, demografske spremembe in uvajanje novih tehnologij.

Aktivnost 1: *Krepitev primarnega zdravstvenega varstva*

S krepitvijo mreže primarne ravni bomo izboljšali dostopnost do zdravstvenih storitev čim bližje prebivalcem in omogočili celostno obravnavo ter usmerjenost v preventivno zdravstveno varstvo. Zagotovili bomo tudi boljšo povezanost primarnega zdravstvenega varstva z drugimi izvajalci zdravstvene dejavnosti, s socialnim skrbstvom in javnim zdravjem.

Ukrep 1 Sprejem celovite strategije razvoja zdravstvene dejavnosti na primarni ravni.

Ukrep 2 Izdelava predloga nadgradnje modela referenčnih ambulant v družinski medicini in širitev modela na področju primarnega zdravstvenega varstva.

Ukrep 3 Prenova izvajanja preventivnih programov v primarni zdravstveni dejavnosti, vključno s preventivo v zobozdravstvu, za vse starostne skupine.

Ukrep 4 Oblikovanje in sprejem protokolov sodelovanja med zdravstvenim varstvom na primarni ravni in socialnim skrbstvom ter vzgojo in izobraževanjem.

Ukrep 5 Opredelitev vloge patronažnega varstva v prenovljen model zdravstvene dejavnosti na primarni ravni in ~~delgotrajen~~ *delgotrajne* oskrbe.

Ukrep 6 Sprejem celovite strategije razvoja zobozdravstva v Sloveniji, z določitvijo mreže zobozdravstvene dejavnosti, opredelitvijo programa in financiranja.

Aktivnost 2: Okrepitev urgentne zdravstvene dejavnosti ter izboljšanje dostopnosti do nujne medicinske pomoči (NMP)

Z umestitvijo urgentnih centrov v mrežo izvajalcev zdravstvene dejavnosti in vzpostavitvijo dispečerske dejavnosti bomo omogočili optimalno hitrost in uspešnost obravnave življenje ogrožajočih akutnih stanj.

Ukrep 1 Vzpostavitev delovanja mreže urgentnih centrov.

Ukrep 2 Uvedba dispečerskih centrov za zagotavljanje zmogljive in hitre podatkovne in transportne povezave med omenjenimi centri.

Ukrep 3 Protokoli za povezovanje mreže urgentnih centrov z neprekinjenim zdravstvenim varstvom.

Aktivnost 3: Razvoj skupnostne skrbi za duševno bolne in osebe s težavami v razvoju

Z razvojem skupnostne skrbi za duševno bolne bomo povezali programe zdravstvene in socialne obravnave ter nevladnih organizacij in jih zagotovili čim bližje domu uporabnika.

Ukrep 1 Sprejem resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja, kot to opredeljuje 7. člen Zakona o duševnem zdravju (Uradni list RS, št.77/08).

Ukrep 2 Spremembe Zakona o duševnem zdravju.

Ukrep 3 Določitev kriterijev mreže izvajalcev na področju duševnega zdravja.

Ukrep 4 Protokol sodelovanja z izvajalci na področju socialnega varstva in izobraževanja.

Ukrep 5 Opredelitev in zagotavljanje programov in storitev, ki jih bodo z namenom preprečevanja nepotrebne institucionalizacije v lokalnem okolju izvajale nevladne organizacije, prostovoljci, svojci in drugi.

Aktivnost 4: Ureditev področja obravnave bolnikov z demenco

Kakovostna obravnava demence zahteva celovit pristop, usklajeno delovanje različnih zdravstvenih profilov, sodelovanje različnih ravni zdravstvenega varstva in povezovanje s socialnim varstvom.

Ukrep 1 Sprejem nacionalnega programa za obravnavo bolnikov z demenco.

Ukrep 2 Protokol sodelovanja s socialnim skrbstvom vključno z izobraževanjem za delo na tem področju.

Aktivnost 5: Zagotavljanje dostopnosti do paliativne oskrbe

Poenotili in uredili bomo področje paliativne oskrbe, ki bo dostopna vsem, ki jo potrebujejo.

Temeljni cilji so izboljšati kakovost obravnave in omogočiti celosten pristop vsem bolnikom s kronično napredujajočo neozdravljivo boleznijo in njihovim bližnjim; zagotoviti bolnikom enako dostopnost do storitev paliativne oskrbe; ter omogočiti pravočasno obravnavo bolnikov v okolju, kjer živijo. Vrednotenje in izvajanje paliativne oskrbe na vseh ravneh bo potrebno umestiti v redni program storitev zdravstvenega varstva.

Ukrep 1 Evaluacija državnega programa za paliativo.

Ukrep 2 Določitev kriterijev za vključitev bolnikov v določene programe paliativne obravnave.

Ukrep 3 Zagotovitev financiranja dejavnosti paliativne oskrbe.

Ukrep 4 Oblikovanje timov na ravni sodelujočih zdravstvenih domov, socialnovarstvenih ustanov, CSD in nevladnih organizacij v lokalni skupnosti.

Aktivnost 6: Zagotavljanje celovite geriatrične obravnave krhkih in multimorbidnih bolnikov

Geriatrsko obravnavo bomo umestili v zdravstveno dejavnost na vseh ravneh zdravstvenega varstva in zagotovili povezovanje s socialnim skrbstvom za boljše prepoznavanje potreb po tovrstni obravnavi.

Ukrep 1 Vzpostavitev geriatričnih oddelkov in drugih oblik geriatrične obravnave na sekundarni ravni zdravstvenega varstva (npr. ambulate za obravnavo padcev).

Ukrep 2 Vzpostavitev sistematičnega presejanja glede na krhkost, predkrhkost oziroma ogroženost za razvoj nezmožnosti in izgube avtonomije ter obravnave teh pacientov v primarnem zdravstvenem varstvu za zagotovitev pravočasne in ustrezne obravnave.

Ukrep 3 Zagotovitev ustreznih kapacitet in programa za specifično geriatrično rehabilitacijo.

Ukrep 4 Protokoli povezovanje zdravstva (patronaža) in socialnega varstva z namenom čim daljšega bivanja teh pacientov v domačem okolju.

Aktivnost 7: Zagotovitev pravilne in varne uporabe zdravil ter boljše dostopnosti ob hkratni stroškovni učinkovitosti na področju porabe zdravil

Z različnimi ukrepi bomo zagotovili racionalno rabo zdravil in boljšo dostopnost do kakovostne farmacevtske oskrbe. Več pozornosti bomo namenili problemom, ki izhajajo iz specifik majhnega trga, sub-optimalne izkoriščenosti resursov in neuravnotežene regulacije. Vzpostavili bomo sistem preskrbe z redkimi zdravili, ne glede na to, ali gre za nova zdravila s centraliziranim dovoljenjem za promet ali za stara, uveljavljena zdravila, ki so zaradi majhnega obsega prometa v RS nedosegljiva.

Ukrep 1 Vzpostavitev sistema skupnega javnega naročanja za zdravila, in medicinske pripomočke *in ostali medicinski material* na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti (primarna, sekundarna, terciarna).

Ukrep 2 Zagotovitev izvajanja neprekinjene -brezšivne skrbi in oskrbe bolnikov z zdravili, vključno z informacijsko podporo.

Ukrep 3 Nadgradnja farmacevtske obravnave s sodelovanjem kliničnih farmacevtov na primarni, sekundarni in terciarni ravni.

Ukrep 4 Sprememba zakona o lekarniški dejavnosti z določitvijo lekarniške mreže.

Ukrep 5 Zagotovitev informacijske podpore pri predpisovanju, spremljanju, učinkovitosti, varnosti porabe ter stroškov dragih inovativnih zdravil.

Aktivnost 8: Zagotovitev sistema dolgotrajne oskrbe

Za zagotovitev ustreznega odgovora države na izzive staranja bomo vzpostavili pogoje za razvoj različnih oblik dolgotrajne oskrbe in podpore samostojnemu bivanju v domačem okolju. Zagotovili bomo povezovanje resorja zdravstva in socialnega varstva na tem področju in vključevanje lokalne skupnosti in nevladnih organizacij. Hkrati si bomo z namenom čim daljšega bivanja v domačem okolju prizadevali tudi za zagotovitev pogojev za zdrav način življenja in socialno vključenost v vseh življenjskih obdobjih, tudi v starosti. Zagotovili bomo dostopnost do informacij o storitvah in pomoči iz nevladnega, javnega in zasebnega sektorja na enem mestu.

Ukrep 1 Priprava in sprejem Zakona o dolgotrajni oskrbi in osebni asistenci (MDDSZ).

Ukrep 2 Priprava akcijskega načrta na področju dolgotrajne oskrbe, ki bo podlaga za usklajen odziv zdravstvenega resorja in resorja socialnega varstva in za vključevanje lokalnih skupnosti in nevladnih organizacij.

Aktivnost 9: Ureditev zdravilstva

V načrtovanem obdobju bomo na podlagi analize praks v EU pripravili nov zakon o zdravilstvu.

Ukrep 1 Sprememba Zakona o zdravilstvu

Aktivnost 10: Krepitev čezmejnega zdravstva

V čezmejnem sodelovanju bomo prepoznali poslovne priložnosti za slovenske izvajalce zdravstvene dejavnosti in podprli vzpostavitev referenčnih centrov v Sloveniji.

Ukrep 1 Analiza poslovnih priložnosti za izvajanje čezmejnih zdravstvenih storitev.

Aktivnost 11: Ureditev področja zdravstvene in babiške nege

V načrtovanem obdobju bomo na podlagi analize praks v EU in ob vključitvi vseh deležnikov na tem področju (brez omogočanja monopola in klientelizma točno določenemu združenju) pripravili nov Zakon o zdravstveni negi in oskrbi z vključitvijo.

Ukrep 1 Sprejem Zakona o zdravstveni negi in oskrbi

9.3 Povečanje uspešnosti zdravstvenega sistema – Vodenje in upravljanje zdravstvenega varstva

Področje načrtovanja in upravljanja zdravstvenega sistema v zadnjem desetletju ni optimalno. Zdravstvena zakonodaja ne nudi dovolj podpore za učinkovito uveljavitev upravljanja in vodenja na nacionalni ravni. Učinkoviti sistemi nadzora niso vzpostavljeni oziroma so razpršeni po različnih inštitucijah, ki se v praksi ne povezujejo.

Brez ustreznega sistema načrtovanja, organiziranja, nadziranja, vodenja in upravljanja na nacionalni ravni zdravstveni sistem ni dovolj prožen oz. se ne zmore uspešno prilagajati razvojnim potrebam in možnostim.

9.3.1 Mreža javne zdravstvene službe

Resolucija 2008 - 2013 je podala nekatera splošna merila za upravljanje mreže javne zdravstvene službe. Konkretnih nosilcev in rokov za določitev mreže ter drugih jasnih planskih opredelitev glede razvoja potrebnih zmogljivosti (ob kadrih še prostori, oprema idr.) za izvajanje zdravstvene dejavnosti na primarni, sekundarni in terciarni ravni, ki bi sledile zdravstvenim potrebam prebivalstva in finančno-ekonomskim možnostim, ni vsebovala. Zato v državi tudi v preteklem razvojnem obdobju nismo prišli do dogovorjene mreže javne zdravstvene službe. Sprejem ali opuščanje zdravstvenih programov kot tudi modifikacije zdravstvenih nosilcev so se izvajali na neargumentiran način, prepuščeni presoji posameznih izvajalcev in plačnika, brez systemskega nadzora, predvsem pa brez predhodne analize dejanskih potreb po posameznih zdravstvenih programih in storitvah. Utemeljenost fizične oziroma geografske razporeditve izvajalcev zdravstvene dejavnosti pravzaprav ni bila nikdar resno preverjena, pač pa prepuščena posameznim predlagateljem. Glavni motiv in gonilo razprav o 'mreži' je bilo tekmovanje različno močnih izvajalcev za posamezne programe, ki pa največkrat niso imeli zagotovljenih ustreznih kadrovskih in prostorskih virov, kot tudi ne medicinske opreme.

Pri sprejemanju vsakoletnega Dogovora so pogajalci, v odsotnosti celovitega načrtovanja, nase vzeli pravico upravljanja z mrežo, ki jo zakonodaja nalaga le nosilcu zdravstvene politike, MZ. Čeprav so se partnerji glede določenih razvojnih vprašanj (npr. uvajanje t.i. »referenčnih ambulant« na primarni ravni, korekcije in širitve preventivnih programov idr.) odločali s konsenzom, se je zaradi pritiskov posameznih interesnih skupin velik delež razvojnih vprašanj reševal s pomočjo arbitraže.

9.3.2 Upravljanje kadrovskih virov v zdravstvu

Načrtovanje in usmerjanje razvoja vključno z izobraževanjem kadrov je eden izmed temeljnih dejavnikov kakovosti javnega zdravstvenega sistema. Nacionalni načrt za razvoj in upravljanje kadrov v javnem zdravstvenem sistemu je podlaga za načrtovanje mreže javne zdravstvene službe in mora izhajati iz obstoječega stanja ter opredelitve razvojnih potreb. Načrtovanje kadrovskih virov naj sledi cilju enake dostopnosti do kakovostnih zdravstvenih storitev, ki jo pogojuje razpoložljivost in visoka usposobljenosti zdravstvenega osebja.

Primerjave z državami EU kažejo, da imamo v Sloveniji manj zdravnikov kot v povprečju v državah EU. V preteklem obdobju smo stanje urejali s povečevanjem vpisa na obe MF in poenostavljanjem postopka priznavanja kvalifikacij oz. olajševanjem pogojev za pridobitev licence tujim zdravnikom.

V luči zagotavljanja dostopnosti do kakovostne zdravstvene oskrbe za vse prebivalce Slovenije je še posebej aktualno, glede na primerjave z državami EU in večje potrebe zaradi porasta kroničnih bolezni, ugotovljeno pomanjkanje zdravnikov na primarni ravni zdravstvenega varstva. In to ne glede na to, da v Sloveniji poleg zdravnikov splošne/družinske medicine za prebivalstvo skrbijo še pediatri in ginekologi. Na zagotavljanje ustrezne oskrbe je pozitivno vplivala uvedba t.i. referenčnih ambulant za oskrbo kroničnih bolnikov (480 delujočih ambulant), ki predstavlja pomembno kadrovske popolnitev na primarni ravni – ~~z visoko izobraženimi medicinskimi sestrami~~. *Stopnja izobrazbe še ne pomeni tudi ustreznega praktičnega znanja.*

Po razpoložljivih kadrovskih virih smo v Sloveniji blizu povprečja držav EU na področju zobozdravnikov, farmacevtov in medicinskih sester oz. tehnikov. Zaradi številnih novih visokih zdravstvenih šol narašča število diplomiranih medicinskih sester, kar lahko povzroča določena neravnovesja na trgu delovne sile. *Točno tako, in ravno zaradi tega je potrebno to število najmanj zaježiti, še boljše (iz organizacijskega in finančnega vidika) pa zmanjšati na maksimalno 3 v državi*

Dosedanje načrtovanje kadrovskih virov v zdravstvu ne izhaja iz potreb prebivalstva po zdravstveni oskrbi. *Zaradi tega je potrebno tudi ponovno vrniti razmerje SMS:DMS na ravem 70:30.* Preseganje sedanjega stanja zato predstavlja pomemben strateški izziv. Kadrovske politiko v zdravstvu bo potrebno na novo urediti, vključno s sistemom specializacij. V ta namen bo potrebno zagotoviti ustrežnejše zakonske podlage in ustrežnejše opredeliti pristojnosti MZ in drugih institucij na nacionalni ravni. Glede na to, da izobraževanje za pridobitev poklicev v zdravstvu večinoma financiramo iz javnih sredstev, tako kot tudi specializacije in drugih oblike usposabljanja, bo potrebno vzpostaviti boljši nadzor na tem področju.

9.3.3 Upravljanje mešanega javno-zasebnega modela izvajanja zdravstvene dejavnosti

Tako kot v vseh državah EU je zasebna dejavnost v Sloveniji opredeljena kot možno dopolnilo javni zdravstveni službi, predvsem takrat, ko javni sistem ne pokrije vseh zdravstvenih potreb prebivalstva. Vrsto let že potekajo prizadevanja, da bi sistem podeljevanja koncesij v zdravstvu potekal bolj pregledno in namensko, v skladu z Zakonom o javno-zasebnem partnerstvu. Po mnenju uporabnikov zdravstvenega varstva so nejasne meje med javnim in zasebnim, slaba regulacija ter različna, s tem povezana korupcijska tveganja ena od največjih slabosti sedanjega zdravstvenega sistema. Zato so pričakovanja glede sistemskih sprememb za boljše upravljanje javno-zasebnega modela izvajanja zdravstvene dejavnosti zelo velika, med njimi predvsem naslednja:

- podeljevanje koncesij ne sme ogroziti dejavnosti in nadaljnega obstoja javnih zdravstvenih zavodov in njihovih nalog ter funkcij, ki jih imajo po zakonu;
- storitve, ki se opravljajo v javni zdravstveni mreži, morajo biti jasno razmejene od tržne dejavnosti;

V Resoluciji 2008-2013 so bile opredeljene nekatere pomembne usmeritve za podeljevanje koncesij za zasebno opravljanje zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe. MZ je najavilo ureditev, ki naj bi odpravila dosedanje pomanjkljivosti, določila pogoje podeljevanja ter odvzema koncesij ter uredila razmerja med koncedenti, koncesionarji, MZ in ZZZS. Namen oziroma razlog podeljevanja koncesij je postavilo v kontekst izboljšanja dostopnosti do storitev javne zdravstvene službe in razvoja javno-zasebnega partnerstva, v okviru katerega bi z vlaganjem zasebnikov lahko izboljšali infrastrukturo javne zdravstvene službe. Eden izmed pomembnih pogojev za oblikovanje politike podeljevanja koncesij, ki bo temeljila na strokovnih ter objektivnih merilih ter argumentih in dokazih, naj bi bila tudi določitev mreže javne zdravstvene službe.

Kljub najavam, do pričakovanih sistemskih rešitev ni prišlo. Komisija za preprečevanje korupcije Republike Slovenije (KPK) je s tremi odmevnimi poročili (o preskokih čakalnih vrst v OB Valdoltra in o izvajanju otroške kirurgije brez ustrezne licence v letu 2013 ter o popoldanskem delu zdravnikov brez ustreznih dovoljenj v letu 2014) opozorila na pojave sistemske korupcije v zdravstvu, ki izhajajo iz nejasnih mej med javnim in zasebnim v zdravstvu ter slabe regulacije tega področja.

Sistemski ukrepi morajo preprečevati:

- nepregleden sistem podeljevanja koncesij,
- šibko regulacijo zaščite javnega interesa,
- pomanjkljiv nadzor nad delovanjem javno-zasebnega modela izvajanja zdravstvene dejavnosti,
- korupcijska tveganja,
- nedelovanje koncesionarjev v skladu s pogoji koncedenta in
- neurejenost možnosti odvzema koncesije.

9.3.4. Upravljanje celovite kakovosti

V Sloveniji je bilo v preteklem obdobju sprejetih in uveljavljenih veliko sistemskih pobud in ukrepov na področju zagotavljanja kakovosti in varnosti, ki pa se navkljub visoko zastavljenim ciljem v praksi niso udeležile. MZ je v letu 2010 sprejelo nacionalno strategijo kakovosti, na osnovi katere je bil sprejet tudi ustrezen sistem nacionalnih kazalcev kakovosti. Za bolnišnice je bil dogovorjen sistem akreditacije (Dogovor med partnerji 2011), na podlagi katerega so se v proces pridobivanja mednarodno priznane akreditacije v letih od 2012 do 2014 vključile vse slovenske bolnišnice. Akreditacijo je v tem času od skupno 25 pridobilo 14 bolnišnic.

Upravljanje kakovosti v zdravstvu v Sloveniji pa kljub številnim pobudam in strategiji še vedno ni ustrezno regulirano in vzpostavljeno. Predvsem niso jasno opredeljeni nosilci upravljanja kakovosti na nacionalni ravni in na ravni posameznih organizacij (bolnišnic in drugih zdravstvenih zavodov) niti ni zagotovljeno financiranje ključnih aktivnosti sistema celovite kakovosti. Obstoječi kadrovske viri in druge zmogljivosti za upravljanje, spremljanje in analizo kakovosti so nezadostni tako na nacionalni ravni, kot tudi na ravni bolnišnic in drugih zdravstvenih organizacij.

Tudi postopki spremljanja in vrednotenja procesov v zdravstvu z vidika kakovosti in varnosti v zdravstvenih organizacijah še niso ustrezno dokumentirani in razširjeni. Kultura kakovosti še ni vzpostavljena, o čemer pričajo tudi zadrege ob varnostnih zapletih.

Poseben razvojni problem predstavlja oblikovanje strokovnih smernic, standardov kakovosti, kliničnih poti oz. doktrine zdravljenja na posameznem področju oz. specialnosti. Priprava strokovnih smernic ne poteka enotno in usklajeno z vidika racionalne (učinkovite in kakovostne) izvedbe programov zdravstvenih storitev, optimalne delitve dela med primarno in ostalimi ravni zdravstvenega varstva, kategorizacije bolnišnic oziroma zmogljivosti na sekundarni ter terciarni ravni.

Glede na izjemen pomen kontinuiranega opredeljevanja in dograjevanja kliničnih smernic za upravljanje kakovosti in varnosti, bi bilo potrebno natančneje opredeliti institucionalni okvir oziroma pristojnosti in odgovornosti poglavitnih nosilcev te aktivnosti: MZ, ZS, Razširjenih strokovnih kolegijs za posamezne stroke, nosilcev terciarne dejavnosti za posamezne stroke, strokovnih zbornic *oz. strokovnih združenj*, NIJZ ter ZZZS.

Pomemben pokazatelj zagotavljanja celovite kakovosti v zdravstvu je tudi obvladovanje protimikrobne odpornosti. V Sloveniji na ravni MZ deluje od leta 2005 večdisciplinarna Komisija za smotrno rabo protimikrobnih zdravil. Komisija za smotrno rabo protimikrobnih zdravil v skladu s pravilnikom o obveznem poročanju o porabi protimikrobnih zdravil v bolnišnicah izvaja nadzor nad predpisovanjem protimikrobnih zdravil v bolnišnicah. Komisija tudi organizira posvete in ocenjuje porabo protimikrobnih zdravil. Vsaka bolnišnica ima skladno s pravilnikom uvedene ukrepe za smotrno rabo protimikrobnih zdravil, najpogosteje gre za omejitve predpisovanja nekaterih antibiotikov, v uporabi pa so tudi druge intervencije. ZZZS na podlagi strokovnih priporočil regulira predpisovanje antibiotikov na recept z omejitvami na nekatere indikacije. Vzporedno potekajo aktivnosti preprečevanja in obvladovanja z zdravstvom povezanih okužb. Podatki o občutljivosti bakterij se v Sloveniji zbirajo v bolnišnicah in na NIJZ, posebna skupina zbira in analizira podatke o občutljivosti za antibiotike pri bakterijah, ki so bile osamljene v slovenskih mikrobioloških laboratorijih iz vseh kužnin. Slovenija je po porabi antibiotikov, ki so zaradi selekcijskega pritiska pomembni dejavnik v razvoju odpornosti proti antibiotikom, po porabi zunaj bolnišnic med 6 državami po najnižji porabi in v spodnji tretjini držav po porabi antibiotikov v bolnišnicah v Evropi.

V Sloveniji smo že vzpostavili sistem spremljanja kazalnikov kakovosti, predvsem v bolnišnicah, vendar zbrani kazalniki niso prepoznani kot orodje za nenehno izboljševanje. V procese upravljanja kakovosti bo v prihodnje potrebno vključiti vse ključne akterje sistema, tudi uporabnike.

Pomembno vlogo pri zagotavljanju celovite kakovosti imajo tudi strokovne zbornice *oz. strokovna združenja* z izvajanjem strokovnih nadzorov in skrbjo za višjo raven znanja zdravstvenih delavcev. *Še vedno pa vstrajamo, da bi instrument strokovnih nadzorov moral ostati izključno v domeni Ministrstva za zdravje, brez prenosa preko javnih pooblastil neusposobljeni strokovni zbornici oz. strokovnem združenju.*

Boljše upravljanje kakovosti in varnosti na nacionalni ravni je eden izmed temeljnih razvojnih izzivov tudi zaradi izvajanja direktive EU o čezmejnem zdravstvu. Direktiva zahteva zagotavljanje podatkov o kakovosti za paciente, kar v prihodnje narekuje vzpostavitev javno dostopnih podatkov o delovanju, kakovosti in varnosti slovenskih izvajalcev storitev.

9.3.5 Upravljanje in vrednotenje (zahtevnejših) zdravstvenih tehnologij

V Sloveniji se s potrebo po boljšem upravljanju in vrednotenju (zahtevnejših) zdravstvenih tehnologij soočamo že vrsto let. Zaradi skokovitega razvoja medicinske in drugih znanosti, tehnologije zdravljenja na področju zdravstvene oskrbe ter oskrbe z zdravili in medicinskimi pripomočki hitro zastarajo. Pojavljajo se nove tehnologije s težnjo po takojšnji širitvi uporabe. V strokovni literaturi se novim tehnologijam zdravljenja pripisuje prevladujoč vpliv na rast izdatkov za zdravstvo, zato skušajo vse razvite države z ustreznimi politikami in institucionalnimi ureditvami obvladovati takšne pritiske na rast izdatkov. V javnih zdravstvenih sistemih držav EU se v ta namen uporabljajo pregledni sistemi vrednotenja zdravstvenih tehnologij (VZT), ki se izvajajo na ravni EU (mreža EUNetHTA), nacionalni ravni, na ravni izvajalcev in plačnikov in na ravni oddelkov v bolnišnicah.

Na področju zdravstvene oskrbe smo bolj protokoliran proces za presojo metod in postopkov zdravljenja na državni ravni vzpostavili šele pred leti, ko je MZ sprejelo poseben pravilnik, ki ga uporablja ZS kot strokovni posvetovalni organ MZ za ocenjevanje vlog za uvajanje novih metod in postopkov zdravljenja. Kljub napredku v vsebini (vprašalnik) in postopku ocenjevanja tehnologij, sedanja ureditev še ne zagotavlja uporabe VZT na celotnem področju načrtovanja in spremljanja novih tehnologij. Proces tudi ni dovolj pregleden, še zlasti pa je nejasna vloga VZT pri sprejemanju odločitev glede rabe zdravstvenih tehnologij. Prav tako se VZT uporablja pretežno za uvajanje novih tehnologij zdravljenja, ne pa tudi za vrednotenje oziroma sprejemanje odločitev o opuščanju zastarelih tehnologij zdravljenja. Ob tem se mešata strokovna vloga in odločevalska vloga, v kateri se člani znajdejo, ko pride do odločanja o posameznih vrednotenjih in o prioritetenem seznamu.

Potrebno je zagotoviti strukturno podporo in vzpostaviti pregleden sistem VZT, v katerem bi jasno ločili strokovne in odločevalske procese ter se s tem izognili nepotrebnim konfliktu interesov ali celo koruptivnim tveganjem. V strokovne procese bi morali vključiti strokovnjake s področja VZT, razširjene strokovne kolegije posameznih strok, terciarne ustanove idr. ZS bi ohranil ključno odločevalsko vlogo ob koncu procesa VZT, to je ob pregledu in kritični presoji prioritetenega seznama predlaganih novih tehnologij.

9.3.6 Upravljanje in vodenje zdravstvenih zavodov

V javnih zavodih bi morali na poslovodne funkcije imenovati strokovno usposobljene direktorje z ustreznimi ekonomskimi znanji in izkušnjami. Za pridobitev ustreznih poslovnih strokovnjakov bi bilo nujno potrebno spremeniti sistem nagrajevanja vodstva javnih zdravstvenih zavodov.

Sveti zavodov imajo po Zakonu o zavodih upravljalno in nadzorno funkcijo. Problem upravljanja javnih zdravstvenih zavodov se kaže tudi v neprimerni sestavi svetov zavodov. Zato pogosto s svojimi kompetencami posegajo v poslovanje ali pa po drugi strani niso strokovno dorasli nalogam upravljanja in nadzora. Ustanovitelji (MZ in lokalne skupnosti) bi morali sprejeti jasne strokovne kriterije, kdo je lahko član sveta zavoda. Člani svetov bi morali imeti ustrezne kompetence in znanja.

9.3.7 Nagrajevanje po uspešnosti

Sedanji plačni sistem teži k uravnilovki in premalo nagrajuje uspešnost. Dodatno nagrajevanje je vezano na delovno dobo in stalnost v javnem sektorju. Za uveljavitev večje učinkovitosti in kakovosti zdravnikov ter drugega zdravstvenega osebja je potrebno izvesti ustrezne spremembe plačnega sistema, ki bodo omogočale nagrajevanje po uspešnosti opravljenega dela. Za posamezne poklicne skupine in delovna mesta je potrebno opredeliti kriterije za uspešnost.

Nagrajevanje mora vključevati stalen in variabilen del plače. Variabilen del plače je odvisen od uspešnosti dela posameznika, tima in celotnega zavoda. *Potrebno je izdelati objektivno lestvico (kriterije za ocenjevanje), saj bi trenutni (predstavljeni) sistem ocenjevanja znal zelo hitro nagrajevati „lojalne“ posameznike, ne pa tiste, ki so dejansko uspešni.*

9.3.8 Čakalne dobe

Področje čakalnih dob ureja Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov. Mesečne podatke o številu čakajočih pacientov za 47 izbranih zdravstvenih storitev in 13 specialističnih ambulant spremlja NIJZ. Podatki niso zanesljivi, saj primerne nadzora nad kakovostjo vnesenih podatkov ni. Pomanjkljive so tudi zakonske podlage v Zakonu o pacientovih pravicah glede uvrščanje na čakalni seznam, oziroma v čakalne vrste. Inšpekcijske službe in Računsko sodišče Republike Slovenije ugotavljajo številne kršitve zakona glede vodenja čakalnih seznamov.

Nujno bo zagotoviti spremembe v organizaciji ter uskladiti finančne in kadrovske vire za zagotavljanje zdravstvenih storitev v še dopustnih čakalnih dobah. Če so v Republiki Sloveniji izčrpane vse možnosti zdravljenja, se dostopnost do zdravstvenih storitev, kjer je dolga čakalna doba, lahko rešuje z implementacijo Direktive 2011/24/EU o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu in z uveljavljanjem možnosti zdravljenja v drugi državi članici EU na podlagi Uredbe (ES) št. 883/2004 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 29. aprila 2004 o koordinaciji sistemov socialne varnosti.

9.3.9 Razvoj IKT v zdravstvu

Kljub naporom v preteklosti v Sloveniji še vedno nismo vzpostavili enotnega informacijskega sistema v zdravstvu. To ovira učinkovito povezovanje med ključnimi deležniki. Čeprav napredna medicinska tehnologija uporabnikom omogoča elektronsko povezovanje in prenos podatkov, kar lahko pomembno prispeva h kakovosti obravnave, v Sloveniji še vedno nimamo poenotenega sistema izmenjave podatkov in informacij.

Veljavna zakonodaja o zbiranju podatkov v zdravstvenem varstvu ne upošteva sodobnih pogledov na upravljanje podatkov in informacij v zdravstvu. Obstoječe zbirke podatkov so pomanjkljive in nepovezane, zato ne omogočajo ustreznega načrtovanja zdravstvenega varstva glede na potrebe.

NAČRT RAZVOJA Z AKTIVNOSTMI IN UKREPI

Aktivnost 1: Načrtovanje zdravstvenih zmogljivosti

Mrežo javne zdravstvene službe, zdravstvene programe in storitve bomo načrtovali skladno s potrebami prebivalstva in zmogljivostjo obstoječega zdravstvenega sistema. Načrtovanje mreže izvajalcev bo temeljilo za primarno zdravstveno raven na principu povečevanja dostopnosti do kakovostne oskrbe, za specialistično pa na principu zagotavljanja visoke kakovosti bolnišnične in ambulantne specialistične dejavnosti.

Ukrep 1 Določitev in uveljavitev meril upravljanja z mrežo zdravstvenih izvajalcev, zdravstvenih programov in storitev, ki se financirajo iz javnih sredstev

Aktivnost 2: Načrtovanje kadrovskih virov v zdravstvu glede na potrebe prebivalstva

S predvideno reformo zdravstvenega sistema in izhodiščnimi ukrepi, kot je Nacionalni načrt razvoja in upravljanja kadrovskih virov, bomo v prihodnjih petih letih zagotovili ustrezen način načrtovanja kadrovskih virov v zdravstvu, ki bo temeljil na potrebah prebivalstva in upošteval spreminjajočo se demografsko strukturo.

Posebna pozornost bo namenjena uravnoveženju zdravstvenega kadra, tudi s prenosom določenih kompetenc med poklicnimi skupinami in uvajanjem novih vsebin v skladu z razvojem medicine. *Pri tem je treba dati posebno pozornost strokovnim vsebinam in morebitnim ostalim birokratskim zadevam, katere so pogosto edino merilo prenosa kompetenc.*

Potrebe javne zdravstvene mreže bodo pomembno merilo za izobraževanje in usposabljanje zdravstvenih delavcev. Za boljšo preglednost potreb in kapacitet bomo vzpostavili nacionalni register vseh zdravstvenih delavcev. Poleg formalnega izobraževanja je treba zagotoviti sistematično sprotno usposabljanje na delovnem mestu, ki bo sledilo spremenjenim potrebam v okolju.

Ukrep 1 Vzpostavitev sistema spremljanja kadrovskih potreb v zdravstvu in nacionalnega registra zdravstvenih delavcev.

Ukrep 2 Sprejem Nacionalnega načrta razvoja in upravljanja kadrovskih virov v zdravstvu.

Ukrep 3 Sprejem Zakona o zdravstvenih delavcih *ob preklicu Zakona o zdravniški sužbi (v sistemu zdravstvenega varstva ne smemo imeti dva zakona, ki različno opredeljujejo posamezne poklicne skupine. Potrebno je sprejeti enoten zakon, v katerem bodo opredeljena merila za vse enako).*

Ukrep 4 Uvedba spodbud za delo v območjih, ki so za zaposlitev manj privlačna.

Ukrep 5 Sprememba načrtovanja, organiziranja, izvajanja in nadzora specializacij.

Aktivnost 3: Ureditev podeljevanja koncesij in razmejitev javnega in zasebnega

V prihodnje bomo koncesije podeljevati v skladu s potrebami javne zdravstvene službe tako, da bo mogoče izbrati najboljšega izvajalca za program. Koncesije bodo podeljene glede na potrebe prebivalcev, predvsem pa tam, kjer javni zdravstveni zavod nima zadostnih kadrovskih in prostorskih zmožnosti.

Ukrep 1 Sprejem kriterijev za podeljevanje in odvzem koncesij oziroma ureditev koncesijskih razmerij.

Ukrep 2 Ocena obstoječih pravil za izvajanje tržne dejavnosti v javnih zdravstvenih zavodih in posodobitev.

Aktivnost 4: Zagotavljanje kakovosti in varnosti zdravstvene oskrbe

Zagotovili bomo sistem celovite kakovosti v zdravstvu s kazalniki in poročili, ki bodo dostopni široki skupini uporabnikov, tako izvajalcem zdravstvene dejavnosti, pacientom in plačniku. Omogočili bomo spremljanje kakovosti posameznih izvajalcev zdravstvene dejavnosti in zagotovili dostopnost do ključnih kazalnikov kakovosti posameznih izvajalcev uporabnikom. Hkrati bomo spremljali tudi zadovoljstvo uporabnikov.

Ukrep 1 Določitev pogojev in pristojnosti za izvajanje celovite kakovosti na nacionalni ravni in v zdravstvenih inštitucijah ter ureditev pristojnosti posameznih inštitucij v zdravstvu za nadzor nad kakovostjo.

Ukrep 2 Posodobitev nabora kazalnikov kakovosti, ki se jih spremlja na nacionalni ravni vključno s kazalniki zadovoljstva uporabnikov.

Ukrep 3 Ureditev poročanja o kazalnikih kakovosti posameznih izvajalcev zdravstvene dejavnosti v zakonodaji.

Ukrep 4 Posodobitev spremljanja izvajanja ukrepov za opozorilne nevarne dogodke.

Ukrep 5 Ocena učinka akreditacije bolnišnic na kakovost.

Ukrep 6 Sprejem Nacionalne strategije smotrne rabe protimikrobnih zdravil in obvladovanja protimikrobne odpornosti v humani in veterinarski medicini.

Aktivnost 5: Vrednotenje zdravstvenih tehnologij

Vpeljali bomo pregleden sistem na celotnem področju uvajanja novih zdravstvenih tehnologij in opuščanja starih ter zagotovili optimalno izrabo.

Ukrep 1 Določitev postopka in nosilcev za izvajanje vrednotenja zdravstvenih tehnologij v Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju.

Aktivnost 6: Strukturne spremembe v vodenju in upravljanju v zdravstvu

Izboljšali bomo strokovnost in uspešnost posloводства v zdravstvenih zavodih s povečanjem pooblastil vodstvu, boljšim nadzorom, spremenjenim načinom nagrajevanja za uspešnost vodstva in zaostrenimi pogoji glede strokovnosti in izkušenj vodstvenih kadrov ter njihove odgovornosti. Na novo bomo opredelili tudi upravljanje in nadzor nad ZZZS.

Ukrep 1 Ureditev posloводства, upravljanja in nadzora nad javnimi zdravstvenimi zavodi s spremembo sistemske zakonodaje.

Ukrep 2 Prenova in modernizacija upravljanja in nadzora nad ZZZS ter zagotovitev večjega vpliva MZ nad izvajanjem obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Aktivnost 7: Nagrajevanje po uspešnosti

Za uveljavitev večje učinkovitosti in kakovosti dela zdravnikov ter drugih zdravstvenih delavcev bomo spremenili plačni sistem tako, da bo omogočal nagrajevanje po uspešnosti opravljenega dela.

Ukrep 1 Izdelava modela nagrajevanja po uspešnosti za posamezne zdravstvene profile in specialnosti, testiranje modela.

Ukrep 2 Sprejetje kriterijev za nagrajevanje delavcev v zdravstvu po uspešnosti.

Ukrep 3 Spremembe zakonodaje v podporo nagrajevanju po uspešnosti v zdravstvu.

Aktivnost 8: *Krajšanje čakalnih dob (ČD)*

Zagotovili bomo učinkovito spremljanje čakalnih dob in transparentno umeščanje na čakalne seznime ter zagotovili dodatno financiranje v primeru upravičenega povečanja potreb in nadgradili sistem za obvladovanje neupravičenega napotovanja in uvrščanja v čakalne seznime.

Ukrep 1 Izdelava nabora ukrepov, vključno z zagotovitvijo informacijske podpore, za obvladovanje čakalnih dob.

Ukrep 2 Prenova Zakona o pacientovih pravicah in Pravilnika o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov.

Aktivnost 9: *Izboljšanje dostopnosti do kakovostnih podatkov v zdravstvu ob sočasnem razvoju sodobne informacijske podpore*

Izboljšali bomo dostopnost do kakovostnih podatkov in informacij v zdravstvu. Za optimizacijo sistema zdravstvenega varstva bomo zagotovili naprednejšo uporabo informacijske tehnologije v zdravstvu. Z ustrežno zdravstveno informacijsko infrastrukturo bomo omogočili vzpostavitev elektronskih povezav med zdravstvenimi izvajalci ter izmenjavo zdravstvenih dokumentov na nacionalni ravni, s tem pa učinkovitejšo organizacijo dela zdravstvenih izvajalcev.

Ukrep 1 Prenova Zakona o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva.

Ukrep 2 Uvedba elektronskega zdravstvenega kartona.

9.4 Pravično, solidarno in vzdržno financiranje zdravstvenega varstva

Nizka rast javnofinančnih izdatkov za zdravstvo v Sloveniji v letih pred krizo v primerjavi s sorodnimi državami EU lahko pomeni, da smo bili učinkoviti pri obvladovanju javnih izdatkov za zdravstvo. Skladno z zahtevo po doslednem uravnoteženem poslovanju brez zadolžitev ZZZS na področju obveznega zdravstvenega zavarovanja, so se v zadnjih letih izvajale stroge proračunske omejitve, zniževanje cen zdravstvenih storitev, kontrola rasti cen zdravil, nizka rast zaposlenosti in drugi ukrepi. Na padec javnih izdatkov v Sloveniji je deloma vplival tudi prenos dela izdatkov za zdravstvene storitve na dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Po drugi strani pa so ti ukrepi povzročili znižanje dostopnosti do pravic, prepočasno uvajanje novih tehnologij, zaostajanje v opremljenosti in razvoju zdravstvenih zmogljivosti. Hkrati je naraščala zadolženost javnih zdravstvenih zavodov in se je slabšala njihova likvidnost.

Javni izdatki (večinoma sredstva ZZZS oz. obveznega zdravstvenega zavarovanja, manjši delež proračunska sredstva) so se zaradi manjših prihodkov ZZZS in prenosa določenih obveznosti na

prostovoljno zavarovanje znižali iz 2,4 milijarde evrov v letu 2009 (6,6 odstotka BDP) na 2,1 milijarde evrov v letu 2013 (6,3 odstotka BDP).

Projekcije nakazujejo, da bodo v Sloveniji, če ne bomo ukrepali, stroški naraščali znatno hitreje od rasti BDP. Sedanja ekonomska kriza te težave pri zagotavljanju zadostnih javnih virov še zaostreje.

Izziv predstavlja obstoječa ureditev zdravstvenega zavarovanja, kjer je potrebno ponovno preučiti trenutno strukturo in institucionalno ureditev javnega ter zasebnega financiranja zdravstvenega varstva. Sistem zdravstvenega zavarovanja kot celota potrebuje izboljšave na področjih pravičnosti financiranja in solidarnosti.

Pri financiranju iz javnih virov je problematična trenutna prevelika odvisnost od prihodkov iz naslova prispevne stopnje zaposlenih, kar povzroča precejšnje finančne pretrese pri makroekonomskih nihanjih v obdobjih gospodarskih kriz in negativni vpliv ob povečani nezaposlenosti na zmanjšane prihodke ZZZS.

Prispevno osnovo za obvezno zdravstveno zavarovanje bi lahko razširili na ostale oblike dela (vse vrste prejemkov posameznika, tudi pasivne, kot so najemnine, dividende, rente itd.) in hkrati tudi zmanjšali razlike v prispevni stopnji. Trenutno imamo izjemno asimetrično obremenitev različnih kategorij zavarovancev. Medtem ko zaposlena populacija za obvezno zdravstveno zavarovanje v povprečju plačuje 203 evrov na mesec, za isti obseg pravic druge kategorije plačujejo bistveno manj. Izračuni ZZZS kažejo, da bi se ob izenačitvi prispevne stopnje obremenitev za zaposlene lahko celo znižala. Več sredstev za razvoj v zdravstvu (terciar, raziskovalna dejavnost, izpopolnjevanje) bo potrebno v prihodnje zagotoviti iz proračuna.

Financiranje dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, kot je zasnovano sedaj, ne temelji na principu pravičnosti, saj so premije regresivne in predstavljajo nesorazmerno večje breme za socialno ranljivo prebivalstvo, kot za srednji oziroma višji razred. Premije za dopolnilno zdravstveno zavarovanje so previsoke glede na izplačane škode (zdravstvene storitve), saj zavarovalnice ustvarjajo dobiček tudi zaradi varčevanja v zdravstvu - nižanje cen zdravstvenih storitev. Poleg tega je v dopolnilno zdravstveno zavarovanje zaradi obsega storitev, ki jih pokriva in visokega tveganja za posameznika, vključenih več kot 95 odstotkov zavezancev za doplačila.

Pri preoblikovanju dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja bomo morali upoštevati:

- da je zaradi globine in obsega sedanjega sistema doplačil k zdravstvenim storitvam (vključno z zdravili in medicinskimi pripomočki) prehod na nov sistem potrebno izvesti postopno oziroma zmanjšati finančna tveganja na najmanjšo možno mero;
- da se mora z uvedbo nadomestnega vira zagotoviti dovolj široka populacija zavezancev za plačilo;
- da bo pri iskanju novega načina financiranja zdravstva, ki bo nadomestilo sistem doplačil oziroma dopolnilno zdravstveno zavarovanje, potrebno zagotoviti njegovo fleksibilnost.

Čeprav zakonodaja (Zakon o porabi alkohola, Zakon o uporabi tobačnih izdelkov) mestoma že omogoča namensko porabo dela sredstev od pobranih trošarin za tobačne izdelke in alkoholne pijače, doslej ta možnost ni bila uveljavljena. V bodoče bo treba bodisi del obstoječih trošarin opredeliti kot namenske prihodke za financiranje točno določenih programov za krepitev zdravja.

Glede na naraščajoče potrebe prebivalstva je nujno prilagajati obstoječo košarico pravic. Za zagotovitev čim večjega obsega pravic, je ključno, da te neprestano vrednotimo, preverjamo in posodabljammo skladno z razvojem zdravstvenih tehnologij.

Trenutni sistem plačil zdravstvenih izdatkov ni dovolj pregleden. Izvajalcem zdravstvene dejavnosti pogosto financiramo predvsem kapacitete, ne glede na njihovo izkoriščenost ali drugače povedano, denar ne sledi bolniku. Obračunske sisteme bo potrebno nadgraditi in zagotoviti, da bosta upoštevani tudi učinkovitost in kakovost.

Sistem partnerskega dogovarjanja in sprejemanja Splošnega dogovora je zastarel, saj temelji na normativih iz osemdesetih let, ko so se uporabljale precej drugačne medicinske tehnologije. Pri tem mehanizmu sploh ne gre več za dogovarjanje, saj se partnerji skladno s pravili dogovorijo o relativno majhnem deležu programa. Večina predlogov je posredovana v odločanje na Vlado Republike Slovenije.

NAČRT RAZVOJA Z AKTIVNOSTMI IN UKREPI

Za razvoj košarice pravic, stabilizacijo in bolj dolgoročno finančno vzdržnost sistema, se bodo izvajale naslednje aktivnosti z ukrepi:

Aktivnost 1: Izenačevanje bremen in zaostritev odgovornosti pri plačevanju prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje

Okrepili bomo solidarnost pri plačevanju prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje. S prispevki za zdravstveno zavarovanje morajo biti obremenjeni vsi prihodki fizičnih oseb. Ob tem bomo zagotovili, da bodo vse kategorije zavezancev čim bolj enakomerno obremenjene s plačili prispevkov. Zaostrili bomo tudi odgovornost za redno poravnavanje obveznosti in zagotovili bolj učinkovito izterjavo prispevkov.

Ukrep 1 Spremembe zakonodaje za zmanjšanje nekaterih neupravičenih razlik pri plačevanju prispevkov med posameznimi kategorijami zavezancev.

Ukrep 2 Uvedba prispevka za zdravstveno varstvo tudi za pasivne prihodke.

Ukrep 3 Sistemska ureditev vključitve oseb brez urejenega zdravstvenega zavarovanja v obvezno zdravstveno zavarovanje.

Aktivnost 2: Uvedba novih javnofinančnih virov

Zagotovili bomo dodatno financiranje preventivnih programov in programov spodbujanja zdravega načina življenja iz proračunskih virov

Ukrep 1 Namenitev dela trošarin od alkohola, tobaka in zdravju škodljivih izdelkov za preventivne programe in spodbujanje zdravega načina življenja.

Ukrep 2 Prenos nezdravstvenih izdatkov iz zdravstvene blagajne v državni proračun (terciarna dejavnost, raziskovalna dejavnost in usposabljanja).

Aktivnost 3: Ohranitev košarice pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in njeno razvojno prilagajanje

Ohranili bomo košarico pravic in jo prilagajali glede na nove potrebe prebivalstva in dokaze o učinkovitosti, kakovosti in varnosti posameznih zdravstvenih tehnologij.

Ukrep 1 Sprememba postopkov načrtovanja, spremljanja in vrednotenja pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja v Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju.

Aktivnost 4: Preoblikovanje sistema doplačil oz. dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja

Preoblikovali bomo dopolnilno zdravstveno zavarovanje.

Ukrep 1 Izdelava modela nadomestitve dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja.

Aktivnost 5: Boljši nadzor nad porabo v zdravstvenem sistemu

Za dolgoročno stabilizacijo sistema bomo s strukturnimi spremembami zagotovili večjo učinkovitost zdravstvene oskrbe, vključno z boljším obvladovanjem stroškov v zdravstvu. V ta namen bomo uvedli redne analize porabe na posameznih področjih, nadgradili veljavne obračunske modele, uveljavili spodbude za bolj učinkovito in kakovostno izvedbo zdravstvenih programov ter okrepiли sistem spremljanja in nadzora nad obračunom.

Ukrep 1 Celovita analiza porabe.

Ukrep 2 Prenova sistema javnega naročanja na področju gradbenih storitev, medicinske in druge opreme, zdravil in medicinskih pripomočkov v zdravstvu.

Ukrep 3 Prenova obračunskih modelov.

Ukrep 4 Postopna uvedba plačevanja izvajalcev zdravstvene dejavnosti po uspešnosti in po izbranih kazalnikih kakovosti.

10 Izvajanje nacionalnega plana zdravstvenega varstva

Izvajanje ResNPZV temelji na **sodelovanju med partnerji** v zdravstvu in zunaj zdravstva. Eden od ključnih partnerjev so združenja bolnikov, ki ob drugih nalogah skrbijo tudi zato, da skrbnike in izvajalce ResNPZV neprestano informirajo o svojih potrebah in opozarjajo na morebitne zastoje v izvajanju. Prav bolniki so tisti, ki morajo imeti in seveda imajo največji interes, da zastavljene cilje tudi dosežemo.

Za zagotavljanje koordinacije in sodelovanja vseh partnerjev pri izvajanju ResNPZV in za spremljanje napredka bo pri izvajanju nacionalnega programa bo pri MZ imenovana **koordinacijska delovna skupina**, ki bo pripravila obdobjne **usklajene izvedbene načrte** za izvajanje ResNPZV in **poročila** o uspešnosti izvajanja nacionalnega programa, ki bodo predstavljena Vladi Republiki Sloveniji, strokovni in splošni javnosti in bodo podlaga za načrtovanje prihodnjih izvedbenih načrtov.

Kot izhodišče za spremljanje napredka na področju zdravja in blagostanja smo uporabili **nabor kazalnikov za spremljanje uresničevanja šestih ciljev strategije Zdravje 2020 SZO**. Kazalniki

so rezultat procesa konzultacije v evropskem delu SZO v letu 2012. Septembra 2013 jih je potrdilo 53 držav članic Evropske regije, aprila 2014 pa so bili na zahtevo držav članic dodani še kazalniki za spremljanje blagostanja prebivalstva. V publikaciji Cilji in kazalniki za Zdravje 2020, Verzija 2, je tako predstavljenih 19 ključnih kazalnikov in 18 dodatnih, po katerih bo SZO spremljala napredek v regiji (Targets and indicators for Health 2020, Version 2, SZO 2012). Vse ključne in dodatne kazalnike v Sloveniji že spremljamo oziroma jih bo mogoče spremljati na podlagi obstoječih zbirk podatkov in informacij.

V globalnem akcijskem načrtu SZO za preprečevanje in nadzor nad kroničnimi boleznimi so določeni tudi konkretni cilji, ki jih želi doseči SZO do leta 2020 (Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. WHO, Geneva, 2013). Med njimi na primer najmanj 10 odstotno relativno zmanjšanje škodljive rabe alkohola, 10 odstotno relativno zmanjšanje nezadostne telesne dejavnosti, 30 odstotno relativno zmanjšanje povprečne zaužite količine soli v populaciji, 30 odstotno relativno zmanjšanje pojavnosti rabe tobaka pri osebah nad 15 let starosti, 25 odstotno relativno zmanjšanje pojavnosti visokega krvnega tlaka, zaustavitev porasta sladkorne bolezni in debelosti, najmanj 50 odstotkov pacientov s tveganjem za srčni infarkt ali možgansko kap se zdravi z zdravili in se jim svetuje, 80 odstotna dostopnost do osnovne medicinske tehnologije vključno z generičnimi zdravili, ki so nujna za zdravljenje ključnih kroničnih bolezni. Nekatere države, kot na primer Finska in Irska so si zastavile tudi bolj ambiciozne cilje, kot je na primer družba brez tobaka v naslednjih 20 oziroma tridesetih letih.

Zadovoljstvo uporabnikov že od leta 2006 spremlja v 36 evropskih državah inštitucija Health Consumer Powerhouse Ltd. (HCP), ki svojo raziskavo (opravljenih je bilo že osem) usmerja predvsem v ključne vrednote v zdravstvu in v središče vrednotenja umešča pacienta in uporabnika (Evropski indeks odnosa potrošnikov do zdravja in zdravstva - The Euro Health Consumer Index (EHCI)). Ker je eden od ciljev ResNPZV tudi zadovoljstvo uporabnikov zdravstvenega sistema in zaposlenih v zdravstvu, so v naboru kazalnikov za spremljanje izvajanja ResNPZV dodani tudi kazalniki za spremljanje zadovoljstva.

Na koncu bo dodanih še nekaj kazalnikov, s spremljanjem katerih bomo lažje vrednotili prispevek zdravja in zdravstva k razvoju, vključno z gospodarskim razvojem, Slovenije. Kazalniki po posameznih ciljeh so predstavljeni v Prilogi 1.

11 Krovni cilji in specifični cilji po področjih

Prva dva cilja povzemata krovne cilje strategije Zdravje 2020, ki jo je 53 evropskih držav članic SZO sprejelo leta 2012 na 62. zasedanju Regionalnega odbora SZO za Evropo. Cilji strategije Zdravje 2020 so: zmanjšati prezgodnjo umrljivost v Evropi do leta 2020; povečati pričakovano življenjsko dobo v Evropi; zmanjšati neenakosti v Evropi; povečati blagostanje prebivalcev Evrope; zagotoviti univerzalno pokritost z zdravstvenim varstvom in uresničevanje "pravice do zdravja"; vzpostaviti spremljanje doseganja nacionalnih ciljev v posameznih državah.

K drugemu in tretjemu cilju so usmerjena vsa prizadevanja, da se bo zdravstveni sistem bolje prilagajal potrebam pacientov in tudi njihovim pričakovanjem glede zdravljenja in obravnave. V cilju je izpostavljeno kot ključno tudi zadovoljstvo izvajalcev, ki so najpomembnejši gradnik zdravstvenega sistema.

Četrti cilj temelji na dejstvu, da zdravstvo ne predstavlja zgolj stroška za državo, ampak je pomemben dejavnik trajnostnega razvoja ter s svojo dejavnostjo in inovacijami na področju zdravja in zdravstva pomembno prispeva k produktivnosti in ekonomski rasti. Z vlaganji v krepitev

zdravja in preprečevanje bolezni v celotnem življenjskem obdobju po drugi strani ohranjamo tudi funkcionalne sposobnosti zaposlenih, da lahko delajo dlje ter se aktivno in zdravo starajo.

PRILOGA 1

Cilji in kazalniki Zdravje 2020

OSNOVNI IN DODATNI KAZALNIKI ZA SPREMLJANJE CILJEV ZDRAVJA 2020

Področje	Cilj	Osnovni indikatorji	Dodatni indikatorji
Zmanjšati prezgodnjo umrljivost do leta 2020	1.1 1,5% relativno letno zmanjšanje celokupne (združeni štirje vzroki) prezgodnje umrljivosti zaradi srčnožilnih bolezni, raka, sladkorne bolezni in kroničnih bolezni dihal do leta 2020.	(1) Starostno standardizirana stopnja celokupne prezgodnje umrljivosti (v starosti 30 do 70 let) za štiri velike nenalezljive bolezni (SŽB, rak, SB in kronične bolezni dihal), ločeno po spolu; posebej tudi za bolezni prebavil.	(1) Standardizirana stopnja umrljivosti, ločeno po starostnih skupinah, spolu in vzroku smrti.
		(2) Starostno standardizirana prevalenca trenutnih (rednih in priložnostnih) kadilcev pri osebah	(2) Prevalenca tedenske rabe tobaka med mladostniki

	18 let in več	
	(3) Celotna (registrirana in neregistrirana) poraba čistega alkohola na prebivalca nad 15 let v koledarskem letu (v litrih čistega alkohola), poročano posebej za registrirano in neregistrirano porabo	(3) Občasno čezmerno pitje alkohola (60g čistega alkohola ali okoli 6 standardnih alkoholnih pijač vsaj 1x tedensko) med mladostniki
	(4) Starostno standardizirana prevalenca prekomerne telesne teže in debelosti pri osebah 18 let in več (opredeljena kot BMI $\geq 25\text{kg/m}^2$ za prekomerno telesno težo in $\geq 30\text{kg/m}^2$ za debelost), ločeno po spolu in starosti	(4) Prevalenca prekomerne telesne teže in debelosti med najstniki (kot ITM glede na starost)
1.2 Doseženo in vzdrževano izkoreninjenje izbranih bolezni, ki jih je mogoče preprečiti s cepljenjem (otročka paraliza, ošpice in rdečke) in preprečevanje prirojenih rdečk.	(5) Odstotek otrok cepljenih proti ošpicam (1 odmerek do 2. leta starosti), polio (3 odmerki do 2. leta) in rdečkam (1 odmerek do 2. leta)	
Zmanjšanje umrljivosti zaradi zunanjih vzrokov	(6) Starostno standardizirana stopnja umrljivosti iz vseh zunanjih vzrokov in poškodb, ločeno po spolu	(5) Starostno standardizirana stopnja umrljivosti zaradi prometnih nesreč z motornimi vozili (6) Starostno standardizirana stopnja umrljivosti zaradi nenamernih zastrupitev (7) Starostno standardizirana stopnja umrljivosti zaradi zastrupitev z alkoholom (8) Starostno standardizirana stopnja umrljivosti zaradi samomora (9) Starostno standardizirana stopnja umrljivosti zaradi

					nenamernih padcev (10) Starostno standardizirana stopnja umrljivosti zaradi umorov in napadov
Podaljšanje pričakovane življenjske dobe v Evropi	2.1. Nadaljnje podaljševanje pričakovane življenjske dobe po trenutni stopnji (letna stopnja med 2006 in 2010), z zmanjševanjem razlik v Evropski regiji	(7) Pričakovana življenjska doba ob rojstvu, ločeno po spolu			(11) Pričakovana življenjska doba v starosti 1, 15, 45 in 65 let, ločeno po spolu (12) Zdrava leta življenja v starosti 65 let, ločeno po spolu
Zmanjšanje neenakosti v Evropi (socialne determinante)	3.1 Zmanjšanje vrzeli v zdravstvenem stanju povezanem s socialnimi determinantami	(8) Umrljivost dojenčkov na 1000 živorojenih otrok, ločeno po spolu (7) Pričakovana življenjska doba ob rojstvu, ločeno po spolu (9) Delež otrok osnovnošolske starosti, ki niso vpisani v šolo, ločeno po spolu			

		(10) Stopnja brezposelnosti, ločeno po starosti in spolu	
		(11) Vzpostavljene in dokumentirane nacionalne in lokalne politike za zmanjševanje neenakosti v zdravju	
		(12) GINI koeficient (distribucija dohodka)	
Izboljšanje blaginje (wellbeing) prebivalcev Evrope	Bo določen z izhodiščnimi vrednostmi temeljnih indikatorjev blaginje, z namenom zmanjševanja medregijskih razlik	(13) Zadovoljstvo z življenjem, ločeno po starosti in spolu	(13) Odstotek oseb 65let in več, ki živijo sami
		(14) Razpoložljivost socialne podpore	(14) Končna potrošnja gospodinjstva – izdatki na prebivalca
		(15) Odstotek prebivalstva z izboljšanimi sanitarnimi pogoji	(15) Raven dosežene izobrazbe oseb starih 25 let in več, z doseženo vsaj srednješolsko izobrazbo
		(12) GINI količnik (neenakomerna porazdelitev dohodka)	
		(10) Stopnja brezposelnosti, ločeno po starosti in spolu	
		(9) Delež mladih osipnikov	
Univerzalna pokritost in 'pravica do zdravja'	Premik k univerzalni pokritosti (po definiciji SZO) do leta 2020	(16) Neposredni izdatki gospodinjstev kot delež skupnih izdatkov za zdravstvo	(16) Maternalne smrti na 100.000 živorojenih
		(5) Odstotek otrok cepljenih proti ošpicam (1 odmerek do 2. leta starosti), polio (3 odmerki do 2. leta) in rdečkam (1 odmerek do 2. leta)	(17) Odstotek uspešno zdravljenih oseb med laboratorijsko potrjenimi primeri pljučne tuberkuloze, ki so opravili celotno zdravljenje
		(17) Celotni izdatki za zdravstvo kot delež BDP	(18) Javni izdatki za zdravstvo kot delež BDP

Določeni nacionalni cilji držav članic	Vzpostavitev postopkov določitev nacionalnih ciljev (če še niso določeni)	za	(19) Dokumentirani dokazi: (a) vzpostavitev nacionalnih politik usklajenih z Zdravje 2020; (b) izvedbeni načrt; (c) mehanizem za zagotavljanje odgovornosti (način "dokumentacije" določijo posamezne države članice)
--	---	----	---

V Sloveniji bi bilo verjetno smiselno spremljati tudi delež oseb, ki si ne morejo privoščiti obiska zdravnika. Glede na cilje pa se bo z anketami spremljalo tudi zadovoljstvo uporabnikov in izvajalcev zdravstvenih storitev ter kazalnike, s katerimi bo mogoče meriti prispevek zdravstva k večji produktivnosti (bolniške odsotnosti z dela, delež oseb med 15-64 let, ki so v zadnjih 6 mesecih ovirane ali močno ovirane pri dnevnih aktivnostih zaradi zdravstvenega stanja, izgubljena leta življenja zaradi prezgodnje umrljivosti, zmanjšanje delazmožnosti, breme bolezni za izbrane bolezni ali dejavnike tveganja).