

DOLGOROČNA REFORMA ZDRAVSTVA V SLOVENIJI

Napotek za razpravo (September 2020)

Dr. Marjan Česen

A. OSNOVNE INFORMACIJE

Sektor država: državna uprava in »javni sektor«

Tehnologija spreminjanja javnih sistemov socialne varnosti (pokojnine, zdravstvo, socialno varstvo): strokovnost, postopnost, strpnost, nadzor.

- Javne in skupne dobrine (med slednjimi so tudi dobrine OZZ): teoretične lastnosti javnih dobrin (neizrablјivost dobrin in neizključljivost uporabnikov), možnosti »tragedije skupnega« - izrablјivost dobrin in posledično izključljivost uporabnikov (nedopustno dolge čakalne vrste bolnikov na pravočasno zdravstveno obravnavo), ukrepanje (trša državna regulacija z omejitvijo javne porabe ali privatizacija skupnih dobrin), nova tipologija zdravstvenih sistemov (Health policy, 2013) - pravno urejanje, financiranje, izvajanje (državno, javno, zasebno); smer izpeljave reforme zdravstva - a) iz zdravstvenih potreb, ki so navzgor neomejene (od spodaj navzgor- induktivno), b) iz objektivno dopustnih javnih virov glede na stopnjo ekonomske razvitosti konkretne družbe (od zgoraj navzdol- deduktivno).

Spreminjanja javnega sistema zdravstvenega varstva – javni SZV (v nadaljevanju: zdravstvo)

- Strateško vodenje sprememb (proces): a) kakovostna analiza (razčlenitev in ugotavljanje stanja, KAJ in ZAKAJ spremeniti), b) ustvarjalna sinteza (družbeno usklajeni globalni cilji in prioritete, KAKO spremeniti), c) izvedba (parcialni cilji, delovne zmogljivosti, programi, projekti, KDO in KDAJ bo spremenil), d) gospodarna poraba razpoložljivih finančnih virov (PO ČEM bodo spremembe).

B. NARAVNO IN DRUŽBENA OKOLJA Z VIDIKOV ZDRAVJA IN ZDRAVSTVA

Naravno okolje (podnebne spremembe, kakovost vode in zraka, prehranska varnost in uporaba strupenih pesticidov v pridelavi hrane,...).

- Ekosistemska problematika okoljsko-podnebnе krize (Odrast, Pariz 2008) s konkretnimi predlogi reševanja krize naravnega okolja in pospeševanja sprememb; konflikt med hitrim industrijskim razvojem in rastjo »človekove blaginje« ter občutljivim naravnim okoljem (ekologijo), z naravo sodelovati ali ji ukazovati?.

Družbena okolja

a) Politično okolje: kriza državnštva (mnogi nosilci politične oblasti s skromno izobrazbo in skromno razumnostjo), krčenje demokracije, zanemarjeno podeželje (razkol med urbanim in ruralnim), ponovno oblikovanje pokrajin ter policentrično upravljanje in razvoj države. več javnega denarja nameniti podeželju (Slovenija samo 13 %, države OECD povprečno 30 %), prizadevanja za večjo zdravo prehransko samopreskrbo (zlasti rastlinsko) v Sloveniji, možnosti demokratične odločitve za politično in obrambno nevtralnost države (javna sredstev za nerazumno oboroževanje uporabiti za hitrejši gospodarski in socialni družbeni razvoj?), možnosti racioniranja državne uprave (kvaliteta vedno pred kvantiteto).

b) Ekonomsko okolje: Slovenija se mora odločiti za razvojni preboj ter postopoma zmanjševati razvojno zaostalost (in finančno zadolženost) za povprečjem evropskih držav, potrebne so ključne strateške naložbe (čim bolj enakomerno porazdeljene po državi), večja (in zanesljiva) zaposlenost (mladi hitreje v delovno razmerje, omejiti »beg možganov«, strožji nadzor nad odsotnostjo z dela in predčasnimi upokojitvami), višja produktivnost dela in večja dodana vrednost (zlasti

visokotehnoloških proizvodov in storitev, čim več industrije končnih izdelkov), kar naj bi omogočalo tudi večjo javno porabo in dolgoročno javnofinančno zdržnost javnih sistemov socialne varnosti.

c) Demografsko okolje: nizka rodnotost (skromna ponudba dela v prihodnosti), izjemno hitro staranje prebivalstva (sedmi na svetu), struktura prebivalstva (30 % do 19 let, 30 % nad 65 let), hitro rastoči javni socialni izdatki za »zdravo in bolno starost«.

d) Socialno okolje: sodobni tekmovalni kapitalizem (vse bolj bogati zmagovalci in vse bolj revni poraženci, ali postaja denar vreden več kot človek?). odlaganje oblikovanja »evropske socialne države« (raven socialne varnosti vseh državljanov je sedaj naloga posamezne države), ali je na socialnih področjih državne solidarnosti možen postopen in razumen delni premik od trdoživega »zastojkarstva« k družbeno sprejemljivi zasebni finančni participaciji? (Slovenci nismo več revna družba, letno zavržemo 140.000 ton hrane, 70 kg/preb.), reševanje socialne problematike z UTD (nekaj poskusov uvedbe, različna mnenja po državah), zelo natančno opredeliti pojma »absolutne (ne relativne!) revščine« in »spodobnega življenja« v Sloveniji (odločanje o resnični potrebi posameznikov in skupin po javni socialni pomoči).

- Predlog učinkovite celostne in dolgotrajne socialne varnosti starejših v Sloveniji: prednosti skupnega (integriranega) upravljanja in vodenja javnih sistemov socialne varnosti (pokojnine, zdravstvo, socialno varstvo) z enega mesta prek urada (ministrstva?) za demografijo, upravljajo naj ga sposobni in pošteni menedžerji, ki bodo znali gospodariti z (bogatim) demografskim skladom.

C. CILJI DOGRAJEVANJA IN SPREMINJANJA ZDRAVSTVA

1. Ohraniti uspešen nepridobitni javni sistem zdravstvenega varstva kot skupno dobro (zavreči idejo o zdravstvu kot »gospodarski dejavnosti na osnovi liberalizma in konkurenčnega trga zdravstvenih storitev«).

2. Doseči dolgoročno javnofinančno zdržnost izvajanja zdravstvenih in drugih pravic iz OZZ (v okviru stabilnega odnosa med uspešnostjo gospodarstva in ravni družbene solidarnosti na socialnih področjih).

3. Preprečiti (aktualne) poskuse spontane in nenadzorovane komercializacije in privatizacije zdravstvenih dobrin iz OZZ.

D. KLJUČNA PODROČJA DOGRAJEVANJA IN SPREMINJANJA ZDRAVSTVA

1. Zdravje posameznika in skupnosti (zdravstvena preventiva)

- Pravica do zdravja (Splošna deklaracija o človekovih pravicah, OZN 1948), gre za statusno enakost ljudi, ne za distributivno materialno enakost, dejavniki zdravja (zdrav življenjski slog, dedni in biološki dejavniki, zdravo naravno in družbeno okolje, kakovostna javna zdravstvena služba).

- Tudi dolžnosti in odgovornosti do zdravja (ne le pravice): spodbujati ljudi za zavestno izbiro zdravega življenjskega sloga (poglavitna dejavnika sta - zdravo prehranjevanje in ustrezna fizična aktivnost), obvezna preventivna cepljenja, zdravstvena (in športna) vzgoja ter osnove strokovno dopustnega samozdravljenja naj bodo v učnih programih vseh osnovnih in srednjih šol, ali bomo v prihodnosti na prenaseljenem planetu živeli po objektivnih človekovih potrebah ali po (dragih) željah, med katerimi so mnoge tudi škodljive za naravo in človekovo zdravje, čim bolj zdravo bodo ljudje živeli, manj bo obiskov pri zdravniku (dragocen prispevek k dolgoročni javnofinančni zdržnosti OZZ), zavestna izbira zdravega ali nezdravega življenjskega sloga posameznika naj postane tudi del odgovornosti za lastno življenjsko usodo.

2. Obseg in vsebina pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (OZZ)

- Kritični pregled in ocena obsega in vsebine skupnih zdravstvenih dobrin: sedanja »košarica« OZZ

z vidikov sodobnih civiliziranih družb ter pričakovane prihodnosti, pravice iz OZZ določa država po načelu partikularnosti države (pravilno opredeljen javni interes na določenem področju mora vedno imeti prednost pred zasebnimi interesi), iskanje družbenega kompromisa med aktualno dopustno ravniavo javnega zdravstvenega interesa ter zdravstvenimi in finančnimi tveganji bolnikov (tudi nove pravice, sedanje pa ohraniti, omejiti javno financiranje ali izločiti).

- Pregled po skupinah pravic iz OZZ: a) zdravstvene storitve (večino ohraniti ali celo dodati nove), b) zdravila (letno zavržemo več kot 40 ton zdravil) ter medicinski pripomočki (možnosti racioniranja ali racionalizacije?), c) nezdravstvene storitve (zasebno plačevanje ali doplačevanje), d) denarne dajatve (socialne dajatve za čas odsotnosti od dela, zelo pogostne in dolge odsotnosti – prvih nekaj dni brez nadomestila?), vsiljevanje socialnih storitev v zdravstvo; (dolgotrajna in paliativna oskrba, predlog financiranja 70% javno, 30% zasebno)

- Možna prihodnost zdravstva z dvema javnima košaricama: a) »košarica A« (pretežno ohranja sedanjo košarico, dobrine v celoti zagotavlja OZZ, optimalna kakovost, brezpogojna javno finančna zdržnost v poslovnem obdobju, brez čakalnih vrst); b) »košarica B« (storitve s področja osnovne zdravstvene dejavnosti), s časom lahko preide v zasebno plačevanje (PZZ z nadzorovano maksimalno premijo).

3. Mreža javne zdravstvene službe

- Natančna geografska porazdelitev materialnih in kadrovskih (zdravstvenih in administrativnih) zmogljivosti javne zdravstvene dejavnosti: namen (optimalna fizična dostopnost in nediskriminatorska dostopnost do ustrezne in pravočasne zdravstvene obravnave), ravni zdravstvene dejavnosti v mreži (mrežo na vseh treh ravneh naj določa država!!) - a) primarna raven (osnovna zdravstvena in lekarniška dejavnost), sedaj določajo občine, je razvojno podcenjena in kadrovske močno deficitarna (slabi odzivi na razpise za specializacijo družinskega zdravnika, ki kot IOZ mora organizirati in nadzorovati celostno zdravstveno obravnavo svojega bolnika), osnovno zdravstvo mora imeti razvojno prioriteto, saj je »temelj zdravstva« (Ljubljanska listina, 1996), vse več ambulant v majhnih občinah je praznih, b) sekundarna raven (specialistična ambulantna in specialistična bolnišnična dejavnost), določa država, c) terciarna raven (dejavnost klinik in inštitutov), določa država.

- Zelo natančni podatki o zdravstvenih zmogljivostih, obsegu in načinu dela: za vsako zdravstveno organizacijo v mreži, ki izvaja zdravstvene programe po pogodbi z javnim plačnikom (število zaposlenih), pri zdravstvenih delavcih pa še nekaj podatkov o njihovem poklicnem delu (kdo dela, kaj, kje in koliko), ti podatki so dragoceni za usklajevanje vrednosti ponudbe (supply - S) zdravstvenih programov izvajalcev v mreži z vrednostjo dopustnega povpraševanja (demand - D) javnega plačnika v poslovnih obdobjih, primera kakovosti organiziranosti in vodenja izvajalcev (dobra – holding OZG, 17 zdravstvenih domov skupaj, slaba – UKCLJ, zlepljenost sekundarne in terciarne ravni zdravstvene dejavnosti).

4. Zdravstvena dejavnost

- Zdravstvena dejavnost je delovno (ne kapitalsko!) intenzivna dejavnost ustrezno usposobljenih zdravstvenih delavcev in sodelavcev: najvažnejša je optimizacija organiziranosti človeških in materialnih zmogljivosti v različnih zdravstvenih področjih ter kakovost strokovnih in poslovnih procesov izvajalcev javnih programov.

1. Obolevnost v razvitih družbah: srce in ožilje, rak, sladkorna bolezen, gibala in sklepi, demenca, v prihodnosti je možno povečevanje zastrupitev z industrijsko pridelano in predelano hrano.

2. Šolanje in usposabljanje zdravstvenih delavcev: sprejemni izpiti (ne le »število točk« iz srednje šole, tudi značajske lastnosti in raven empatije bodočega zdravstvenega delavca), novi učni predmeti (geriatrija, osnove ekonomike zdravstva,...?), novi poklici v zdravniškem timu in naloge (farmacevt

svetovalec, diplomirana medicinska sestra,...), možnosti skrajšanja in intenziviranja (čim prej v ambulanto, »medicina je praksa«), pogodba o specializaciji (po pridobitvi licence obvezna zaposlitev v javnem zdravstvu v Sloveniji za določeno obdobje ali vrnitev stroškov šolanja, preprečiti »beg možganov«)

3. Zaposlovanje: natančna sistemizacija delovnih mest izvajalcev v mreži in dejanska stopnja zasedenosti, prednostno na deficitarnih strokovnih področjih (npr. družinska medicina) in v bolj zahtevnih geografskih območjih (pomoč zaposlenim pri urejanje bivalnih razmer in normalnega življenja)

4. Delovne obremenitve: a) delovni čas (dnevni, tedenski, letni): dnevni (delo z bolniki v ambulanti 6,5 ure/dan), tedenski (poklicna večopravnost – redna ambulanta, dežurstvo ponoči in v dela prostih dneh, zdravljenje na domu), letni (predolge načrtovane ali nenačrtovane odsotnosti od dela), b) delovna aktivnost: motivacije za delo (notranje, zunanje); normirano delo (učinkovitost, intenzivnost, uspešnost), koristnost izrabe človeških in materialnih zmogljivosti izvajalcev v mreži, preveč »nepotrebnih ali manj potrebnih« obiskov pri zdravniku (v urgenci do 70 %, »inducirano povpraševanje po zdravstvenih storitvah«, »defenzivna medicina«), pravna urejenost zasebnega dela zunaj rednega delovnega časa (samoplačniška ambulanta v režiji delodajalca pri »domačem« delodajalcu, delo pri »tujem delodajalcu« - soglasje ali konkurenčna prepoved), celovita kakovost zdravstvene obravnave (spoštovanje poklicnih standardov, zadovoljstvo bolnika, gospodarna poraba človeških in materialnih virov), možnost sodelovanja s t.i. alternativno medicino (tudi sodobna medicina je še vedno izkustvena praksa)

5. Nagrajevanje in družbeni vidiki plač v javnem sektorju: a) stroškovni (vpliv na bilanco organizacije), socialni (življenjski standard zaposlenih), motivacijski (notranje in zunanje motivacije), b) stimulatívno nagrajevanje (nagrajevanje za rezultate dela nad normiranimi znotraj enotnega plačnega sistema javnega sektorja), razumne variable (zahtevno primerjanje specifičnosti delovnih obremenitev in odgovornosti za rezultate opravljenega dela zdravstvenih delavcev z delavci na drugih področjih javnega sektorja), c) motnje v nagrajevanju (nagrajevanje »števila opravljenih delovnih ur«, »števila narejenih točk« - vrednotenje zdravstvenih programov), primerjave denarnih prejemkov zdravstvenih delavcev v Sloveniji s prejemki v mnogo bolj razvitih državah so neproduktivne, zelo visoki prejemki lahko vodijo zaposlene v »padajočo krivuljo ponudbe dela«, d) nagrajevanje dokazljive vrhunske strokovnosti (»paradni konji« slovenske medicine, vključevanje v mednarodno delitev dela)

6. Čakalne vrste: možni vzroki podaljševanja (vse večje zdravstvene potrebe, premalo zdravstvenih zmogljivosti, nizka produktivnost javne zdravstvene dejavnosti, pomanjkanje javnega denarja,...), širjenje pridobitne zasebne zdravstvene dejavnosti in zanemarjanje javne, model obvladovanja čakalnih vrst (Zwitter, 2016 -

a) razumen obseg pravic iz OZZ, b) finančna udeležba bolnikov, največ do 10% cene, letni limit 3% dohodnine preteklega leta, c) čim več narediti v osnovni zdravstveni dejavnosti, čakanje na diagnozo in načrt zdravljenja je nedopustno, d) specializacija bolnišnic, vsi ne morejo delati vsega, e) stimulatívno nagrajevanje zdravstvenih delavcev, f) sposoben zdravstveni menedžment.

7. Zasebna zdravstvena dejavnost v mreži javne zdravstvene službe: različni cilji (javni - blaginja skupnosti, zasebni - dobiček); koncesija zasebnim zdravstvenim delavcem za opravljanje javnih zdravstvenih programov je privilegij in ne pravica; zasebna zdravstvena dejavnost naj bi bila bolj učinkovita kot javna?, možnosti izkoriščanja koncesije (stiske bolnikov zaradi izjemno dolgih čakalnih vrst za zdravstveno obravnavo na javni račun); ločiti in nadzorovati javno in zasebno delo koncesionarjev.

8. Zbornice in poklicna združenja: obvezne ali prostovoljne, skrb za kakovost in varnost

zdravstvenih obravnav (škodljiv medijski senzacionalizem pri obravnavi nekrivdnih strokovnih napak), določanje cen zasebnih zdravstvenih storitev (minimalne ali maksimalne?), množenje E-medicine v zdravstvu ne povečuje uspešnosti zdravstvene dejavnosti (zdravniki ne sme postati birokrati, neposredni stik med bolnikom in zdravnikom je še vedno nenadomestljiv, omejena zdravstvena pismenost starejših bolnikov).

5. Profesionalizacija zdravstvenega menedžmenta (analogija s podjetniškim menedžmentom)

- Naloge menedžmenta (upravljanja): načrtovanje, organiziranje, vodenje (usmerjanje oz. usklajevanje delovnih procesov) in kontroliranje; dober menedžer potrebuje ustrezno poslovno avtonomijo in dopustno diskrecijsko pravico, poklicno strokovno delo in menedžment: a) poklicno delo (poklicna izobrazba, potrebno strokovno (specialistično) usposabljanje, učinkovito in kakovostno poklicno delo), b) b) menedžment (različna izobrazba, celostno poznavanje delovnega področja in dejavnosti konkretne organizacije, njene organiziranosti, tekočih in razvojnih ciljev, intelektualno širino, pogum, odgovornost); informacijska podpora (racionalen, enoten, logičen informacijski sistem; izogibati se informacijski zasičenosti), »zakonodajna sredina« (v delovno intenzivni zdravstveni dejavnosti se moramo v dvomu med prenormiranostjo ali podnormiranostjo vedno odločiti za prvo), dobro poznavanje sekundarnega pravnega reda EU (zlasti namena direktiv), spreminjanje zdravstvene zakonodaje šele po nespornem družbenem soglasju o potrebnosti spreminjanja in vsebini sprememb.

6. Javnofinančna zdržnost OZZ

- Obliki OZZ ter financiranje naložbene in tekoče dejavnosti: a) državno OZZ (Beveridge) - oboje plačuje državni proračun, b) javno OZZ (Bismarck) v Sloveniji – naložbeno (kapitalsko) dejavnost plačuje državni proračun, tekočo (konzumno) dejavnost pa OZZ (zavezanci za prispevek prek ZZZS).

- Dopustna javnofinančna poraba za zdravstvo: dve uskladitvi (koordinaciji) dejanske ponudbe (supply S) izvajalcev zdravstvenih storitev v mreži ter dopustnega povpraševanja (demand D) javnega plačnika (Tajnikar, 2016); a) prva uskladitev: določitev večletnega (?) dopustnega deleža javne porabe za zdravstvo v državi glede na »košarico pravic OZZ« ter povprečnim dolgoletnim povpraševanjem po njih, po krajših obdobjih so možna 1 do 4% poviševanja dopustnega deleža, delež javne porabe za zdravstvo ne sme siromašiti javno porabo v drugih javnih sektorjih; b) druga uskladitev: za vsako poslovno leto s splošnim dogovorom med partnerji najprej uskladiti vrednost celotne (agregatne) ponudb (S) javnih zdravstvenih programov izvajalcev v mreži javne zdravstvene službe s celotnim (agregatnim) dopustnim povpraševanjem (D) javnega plačnika (ZZZS)

- Plačevanje izvajalcev zdravstvenih programov: kalkulacija cen javnih zdravstvenih dobrin iz OZZ po realnih stroških (stroški so vrednost proizvodnih tvorcev – dela, delovnih priprav, materiala – v delovanju!, v mirovanju so to le nepotrebni izdatki), Slovenija potrebuje le enega izvajalca OZZ, čim bolj poenotiti višino prispevkov zavezancev za prispevek OZZ (delavci, delodajalci, samostojni podjetniki, kmetje, upokojenci,...), ki morajo biti brezpogojno plačani (to je pogoj za status zavarovane osebe), previdnost pri vrednotenju javnih naročil (načrt, izvedba, možne zlorabe), dogovore med partnerji in sklepanje pogodb za konkretno poslovno obdobje opraviti čim prej (mogoče že konec tekočega poslovnega obdobja) in brez arbitraž, oblike plačevanja - prospektivne (pavšal, glavarina, proračun,..) in - retrospektivne (opravljene storitve, primer ali skupina primerljivih primerov, dnevna oskrba,..), ponovno uvesti neposredno udeležbo bolnikov pri stroških opravljenih javnih zdravstvenih storitev (participacijo), zasebno plačevanje zdravstvenih dobrin, ki jih ni v OZZ - neposredno ali prek pravih tržnih PZZ, kjer premije določa aktuar.