

UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA

ZAKLJUČNA STROKOVNA NALOGA VISOKE POSLOVNE ŠOLE
EKONOMIKA SLOVENSKEGA PRIMARNEGA ZDRAVSTVA

Ljubljana, maj 2021

AMELI RANDELJ

IZJAVA O AVTORSTVU

Podpisana Ameli Randelj, študentka Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, avtorica predloženega dela z naslovom Ekonomika slovenskega primarnega zdravstva, pripravljene v sodelovanju s svetovalcem red. prof. dr. Markom Hočevanjem

IZJAVLJAM

1. da sem predloženo delo pripravila samostojno;
2. da je tiskana oblika predloženega dela istovetna njegovi elektronski obliki;
3. da je besedilo predloženega dela jezikovno korektno in tehnično pripravljeno v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, kar pomeni, da sem poskrbela, da so dela in mnenja drugih avtorjev oziroma avtoric, ki jih uporabljam oziroma navajam v besedilu, citirana oziroma povzeta v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani;
4. da se zavedam, da je plagiatstvo – predstavljanje tujih del (v pisni ali grafični obliki) kot mojih lastnih – kaznivo po Kazenskem zakoniku Republike Slovenije;
5. da se zavedam posledic, ki bi jih na osnovi predloženega dela dokazano plagiatstvo lahko predstavljalo za moj status na Ekonomski fakulteti Univerze v Ljubljani v skladu z relevantnim pravilnikom;
6. da sem pridobila vsa potrebna dovoljenja za uporabo podatkov in avtorskih del v predloženem delu in jih v njem jasno označila;
7. da sem pri pripravi predloženega dela ravnala v skladu z etičnimi načeli in, kjer je to potrebno, za raziskavo pridobila soglasje etične komisije;
8. da soglašam, da se elektronska oblika predloženega dela uporabi za preverjanje podobnosti vsebine z drugimi deli s programsko opremo za preverjanje podobnosti vsebine, ki je povezana s študijskim informacijskim sistemom članice;
9. da na Univerzo v Ljubljani neodplačno, neizključno, prostorsko in časovno neomejeno prenašam pravico shranitve predloženega dela v elektronski obliki, pravico reproduciranja ter pravico dajanja predloženega dela na voljo javnosti na svetovnem spletu preko Repozitorija Univerze v Ljubljani;
10. da hkrati z objavo predloženega dela dovoljujem objavo svojih osebnih podatkov, ki so navedeni v njem in v tej izjavi.

V Ljubljani, dne _____

Podpis študentke: _____

KAZALO

UVOD	1
1 KAKO NAŠE ZDRAVSTVO DELUJE?	3
1.1 Glavne ravni zdravstva	3
1.2 Dva prevladujoča finančna modela zdravstva	3
1.3 Vrtarstvo	5
1.4 Oblikovanje ponudbe	5
1.5 Čakalne dobe	6
1.6 Spodbuda na strani ponudbe	6
1.7 Plačilo po sistemu glavarine	7
1.8 Plačilo po storitvi in plačilo po primeru	8
1.9 Plačevanje stroškov delovanje izvajalcev	9
2 ANALITIČNI KAZALNIKI SLOVENSKEGA PRIMARNEGA ZDRAVSTVA	9
2.1 Zasedenost družinskih zdravnikov v Sloveniji	9
2.2 Primerjava po občinah in zdravstvenih domovih	10
2.3 Vpliv Aneksa 1 na zdravnike družinske medicine	12
2.4 Koncesionarji vzeti v vzorec	15
2.5 Analiza koncesionarjev	16
3 EKONOMIJA OBSEGA IN POTENCIALNE REŠITVE	17
3.1. Problemi, ki jih ekonomija obsega ne rešuje	18
3.2. Rešitve, ki jih vidimo v tujini	18
3.3. Možnosti, ki bi jih lahko vpeljali v prihodnosti	19
SKLEP	19
LITERATURA IN VIRI	22

KAZALO TABEL

Tabela 1: Število količnikov glede na starost opredeljene zavarovane osebe	10
--	----

KAZALO SLIK

Slika 1: Število opredeljenih pacientov v zdravstvenih domovih	11
Slika 2: Glavarinski količnik na zdravnika družinske medicine	13
Slika 3: Prihodki na pacienta v zdravstvenih domovih	14
Slika 4: Dobiček ali izguba v zdravstvenih domovih	14
Slika 5: Stroški na pacienta pri koncesionarjih	16

SEZNAM KRATIC

AJPES - Agencija Republike Slovenije za javnopravne evidence in storitve

SURS - Statistični urad Republike Slovenije

ZZZS - Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

UVOD

Slovensko zdravstvo je bilo ponovno v središču pozornosti, vendar je prav, da ne govorimo zgolj o dolgih čakalnih dobah, (pre)visokih plačah zdravnikov ali izgubah slovenskih bolnišnic. Pogled moramo upreti v za življenje in srečo ljudi veliko pomembnejši izziv temeljnega dela zdravstva - družinsko medicino. Slovensko prebivalstvo se stara in sooča s kroničnimi obolenji, ki zahtevajo medicinsko spremljanje in terapijo ter prilagoditve življenjskega sloga. Specialistični ambulantni in hospitalni posegi so seveda pomembni, vendar je za dolgo ter aktivno življenje daleč najbolj pomembna dolgoročna zdravstvena oskrba osebnega zdravnika, ki svoje paciente pozna, spremlja skozi življenje in jim pomaga dolgoročno ohranjati zdravje ter premagovati ali vsaj obvladovati bolezni.

Družinska medicina je izjemno pomembna, a v Sloveniji, podobno kot v Veliki Britaniji, zelo zanemarjena. V letu 2019 je že dolgo tleče nezadovoljstvo izbruhnulo na dan, ko so zdravniki družinske medicine Zdravstvenega doma Kranj napisali javno pismo, opozorili na preobremenitve v ambulantah družinske medicine in zahtevali takojšnje spremembe. Sledili so jim kolegi iz Celja, Maribora, Nazarja, Brežic in drugih krajev po Sloveniji (Kovačevič, 2018).

Zdravniki so zahtevali takojšnjo ureditev razmer, da bi imeli čas za paciente in se ne bi več kot tretjino časa ukvarjali z administracijo. Pri trenutnem načinu dela po principu tekočega traku ni več mogoče zagotoviti dobre kakovosti obravnave pacientov, kar kvari odnos med zdravniki in pacienti, ki imajo upravičeno pogosto občutek, da se jim zdravniki ne posvetijo dovolj. Zaradi izjemnega časovnega pritiska pri delu se objektivno povečuje verjetnost nastanka strokovnih napak, opozarjajo (Kovačevič, 2018).

Podpisniki javnega pisma so zahteve utemeljili še z njegovim citatom o delu zdravnikov družinske medicine na dveh deloviščih: »Skladno z ustavno določenimi temeljnimi pravicami ter določbami veljavne zakonodaje o zdravstvenem varstvu, zdravstvenem zavarovanju in pacientovih pravicah namreč vsakomur pripadajo varne, kakovostne ter dostopne zdravstvene storitve. Prekoračitev normativov in zahteve za delo na več delovnih mestih sočasno zato niso samo delovnopravno vprašanje, temveč tudi vprašanje dostopnosti kakovostnega ter varnega zdravstva. Zdravnik družinske medicine, ki je na razpolago prevelikemu številu pacientov, ne more zares nuditi strokovno pričakovane in pravno predpisane oskrbe nobenemu od svojih pacientov. Hkrati tak sistem zdravnika sili v tvegan ali celo nedovoljen položaj ...« (Kovačevič, 2018).

Nacionalne institucije predvidljivo niso takoj reagirale in zdravniki so naredili nekaj, kar se še ni zgodilo v javnem sektorju. Kar 24 zdravnikov Zdravstvenega doma Kranj je dalo kolektivno odpoved. Več kot 40.000 pacientov, prebivalcev Kranja in okolice, bi posledično lahko ostalo brez zdravnika ter s tem brez osnovne zdravstvene oskrbe. Zdaj so razumeli vsi: najvišji politiki, številni novinarji in celotna slovenska javnost so se začeli ukvarjati s številom opredeljenih pacientov, glavarinskimi količniki ter načinom financiranja družinske

medicine in drugih vej t. i. primarnega zdravstva. Ko so se razmere malce umirile, so žal na izziv spet vsi pozabili. A velikanski izziv ostaja. Zdravstveni politiki je uspelo za nekaj let prepričati vsaj večino obstoječih zdravnikov, da ne odidejo. Slabšalni odnos politike, kolegov zdravnikov na drugih ravneh in tudi samih pacientov pa ni ostal neopažen za mlade zdravnike, ki že nekaj let zavračajo odločitev za to specialistično pot (Kovačevič, 2018). Na razpisanih 100 do 150 mest za specializacijo družinske medicine letno se je v letih 2018 in 2019 prijavilo le med 20 in 30 kandidatov (Zdravniška zbornica Slovenije, 2019).

Kot ekonomistki so se mi ob teh javnih razpravah porodila različna vprašanja:

1. Obremenitve zdravnikov: kakšne so v resnici obremenitve zdravnikov, so po vsej naši državi primerljive?
2. Ali je obstoječi način finančnega spremljanja in poročanja zadostna podlaga za odločanje? Ali so klasični poslovni izkazi zadostni? Kaj pravijo poslovni izkazi javnih zavodov in zasebnikov? Ali so poročila Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju ZZVS) zadostna? Kaj lahko izvemo iz analitičnih številk? Kaj kažejo trenutno dostopni podatki?
3. Je rešitev, kot trdijo nekateri politiki, v ekonomiji obsega in čim večjih javnih zavodih? Kaj lahko izvemo iz analitičnih številk, na katera vprašanja lahko odgovori računovodska stroka? Ali obstajajo še drugi kazalniki, ki bi bolj natančno odgovorili na vprašanje obremenjenosti družinskih zdravnikov?

V tem diplomskem delu se zato najprej hitro osredotočim na ključne pojme organizacije javnega zdravstva, torej prevladujoče modele organizacije in financiranja. Nadalje se osredotočam izvajalskim organizacijam v zdravstvu in njihovim finančnim podatkom. Skozi finančno analizo poizkusim poiskati odgovore na zgornja vprašanja in v širši javnosti, zdravstveni stroki ter političnem odločanju uveljavljene teze in se soočim s svojimi računovodskimi analitičnimi ugotovitvami.

Preden se posvetimo strokovnim vprašanjem, moram bralki ali bralcu razkriti še eno, dodatno motivacijo za vsebino tega diplomskega dela. Ob koncu študija sem se odločila za zahtevne službene izzive in si zaposlitev poiskala v uveljavljenem svetovalnem podjetju. Malce prej od zdravnikov citirani pravni svetovalec je danes moj neposredno nadrejeni, moje delo pa med drugim tudi del mozaika delovanja našega zdravstva, zato so mi v nadaljevanju predstavljena vprašanja še dodatno blizu in pomembna.

1 KAKO NAŠE ZDRAVSTVO DELUJE?

1.1 Glavne ravni zdravstva

V večini držav je sodobno zdravstvo organizirano kot tristopenjski sistem, pri čemer izvajalci zdravstvenih storitev spadajo v eno od treh kategorij: primarno, sekundarno in terciarno zdravstveno varstvo.

Primarno zdravstveno varstvo - Pri večini bolnikov bo zdravnik primarne zdravstvene oskrbe njihova prva kontaktna točka v zdravstvenem sistemu. Med zdravstveno osebje, ki izvaja primarno oskrbo, sodijo zdravniki, zobozdravniki, medicinske sestre, zdravstveni delavci in farmacevti. Ta raven oskrbe se lahko zagotovi v družinski oziroma splošni praksi, v skupnostnem zdravstvenem centru (npr. naš zdravstveni dom kot javna ustanova ali Skupinske prakse kot zasebne ustanove). Vključuje lahko tudi promocijo zdravja, zdravstveno izobraževanje ali preprečevanje odvisnosti (kajenje, droge, debelost in podobno). Odvisno od zdravstvenega stanja se osebe lahko napotijo naprej v sekundarno ali terciarno oskrbo (Tajnikar in drugi, 2016).

Sekundarno zdravstveno varstvo - Zdravstvene storitve, ki jih nudijo zdravniki in drugi zdravstveni delavci, ki nimajo prvega stika z bolniki. Sekundarna oskrba se običajno (vendar ne vedno) opravi v bolnišnici, kliniki ali ambulanti, pri čemer je začetno napotilo opravil primarni zdravnik. Sekundarna zdravstvena oskrba se lahko nanaša tudi na tekoče storitve, ki niso nujno v bolnišnici, kot so klinični psihologi, fizioterapevti in delovni terapevti (Tajnikar in drugi, 2016).

Terciarno zdravstveno varstvo - Visoko specializirano zdravstveno varstvo, ki pogosto vključuje posebej zapletene medicinske ali kirurške posege. V to stopnjo zdravstva sodi tudi raziskovalna in izobraževalna dejavnost ter skrb za zdravje celotne ali določenih delov populacije (Tajnikar in drugi, 2016).

1.2 Dva prevladujoča finančna modela zdravstva

Za Evropo sta značilna dva temeljna modela financiranja zdravstvenih sistemov. Beveridgeov, imenovan tudi liberalni, sistem nacionalnega zdravstvenega varstva ter Bismarckov, imenovan tudi korporativistični, ki ga je prevzela tudi naša država (Tajnikar in drugi, 2016).

Prvi je poimenovan po Williamu Beveridgeu, drznem socialnem reformatorju, ki je oblikoval britansko nacionalno zdravstveno službo. Sistem je naravnani v smer, da država prevzame vlogo vodenja in upravljanja. V tem sistemu zdravstveno varstvo zagotavlja in financira vlada z davčnimi plačili. Večina, vendar ne vse, bolnišnic in klinik je v državni lasti. Nekateri zdravniki so državni uslužbenci, vendar obstajajo tudi zasebni zdravniki, ki so plačani od države. Države, ki uporabljajo Beveridgeov načrt ali njegove različice so

rojstni kraj modela - Velika Britanija in Španija, večina Skandinavije ter Nova Zelandija. Prednost teh sistemov naj bi bili nizki stroški, ker vlada kot edini plačnik nadzira storitve zdravnikov in obseg zaračunavanja, vendar britanska praksa kaže, da temu ni nujno tako tudi v praksi (Tajnikar in drugi, 2016).

Nedvomno pa je glavna značilnost, ki ga loči od drugih sistemov, financiranje iz davkov zbranih v državnem proračunu. Nekateri avtorji poudarjajo tudi, da je primarno načelo tega sistema zagotoviti vsem prebivalcem dostopnost do zdravstvenih storitev na primarni ravni z ustrezno mrežo zdravstvenih zmogljivosti. Temelj zdravstvene dejavnosti tako predstavlja osebni zdravnik. Plačan je po glavarini (število opredeljenih pacientov) in delno glede na količino opravljenih storitev (Korošec, 2003). Tovrstne značilnosti najdemo tudi v drugih modelih, nenazadnje tudi v slovenskem.

Drugemu (korporativističnemu) modelu je ime dal pruski kancler Otto von Bismarcka, ki ga v zgodovinski literaturi štejejo za začetnika države blaginje ali celo socialne države, katere temeljne ideje so bile del njegovih političnih reform ob združitvi Nemčije v 19. stoletju. Temeljna ideja tega najstarejšega sistema zdravstvenega zavarovanja je zasnovana na zavarovalniškem sistemu z zdravstvenimi zavarovalnicami ali skladi, ki jih običajno skupaj financirajo delodajalci in zaposleni z odbitkom plač (Korošec, 2003).

Kot poudarjajo nekateri avtorji je bistvena značilnost sistema zakonodaja države, ki določa za vse državljanke oziroma prebivalce obvezno zdravstveno zavarovanje. Pravice s področja zdravstvenega zavarovanja so tako zagotovljene skoraj vsem. Vloga države naj bi bila majhna. Delodajalci in delojemalci plačujejo prispevke zdravstvenim blagajnam, ki imajo vrsto pooblastil. Druga zasebna zavarovanja in zasebna sredstva v celotnem sistemu predstavljajo majhen delež (Korošec, 2003).

Bismarckov model je v uporabi v Nemčiji in vrsti drugih evropskih držav (Francija, Belgija, Nizozemska, Švica, Bosna, Hrvaška, Srbija) ter tudi na Japonskem in v določeni meri v Latinski Ameriki. Kljub svoji evropski dediščini je ta sistem v povsem zasebni obliki znan tudi Američanom v nekaterih zveznih državah (Korošec, 2003).

Model uporablja tudi Slovenija, vendar v bistveno bolj državni obliki. Če so v nekaterih državah Bismarckovega modela značilnost tega sistema predvsem zasebne ambulante in bolnišnice (npr. Japonska ima celo več zasebnih bolnišnic kot Združene države Amerike), je v Sloveniji zdravstveno zavarovanje v rokah državne institucije - Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije in prav tako tudi med izvajalci prevladujejo državni in občinski javni zavodi, le manjši del zdravstvenega varstva zagotavljajo zasebniki s koncesijo.

Pri preučevanju slovenskega javnega zdravstvenega zavarovanja in varstva moram opozoriti še na eno značilnost, ki jo lahko zasledimo v strokovni literaturi. Sistem se nikoli ni zares posodobil in (z izjemo koncesionarjev) še danes deluje na povsem enak način kot v prejšnjem socialističnem sistemu. »Obvezno zdravstveno zavarovanje sicer od 1. marca 1992 namesto prejšnje Samoupravne interesne skupnosti za zdravstvo izvaja Zavod za

zdravstveno zavarovanje Slovenije. Vendar gre le za preimenovanje. Vse samoupravne oziroma družbeno dogovorne značilnosti sistema so namreč ostale iste. Vse dogovarjanje je prepuščeno dogovoru na nacionalni ravni, ki se danes imenuje splošni dogovor, vendar ima vse značilnosti nekdanjih družbenih dogovorov. Vpliv demokratično izvoljene centralne državne oblasti (parlament, vlada) na upravljanje je majhen, glavno vlogo imata skupščina in upravni odbor ZZZS, v kateri imajo, enako kot v socializmu, glavno vlogo interesne skupine (sindikati, upokojenci, delodajalci) in ne demokratično izvoljena oblast (parlament in vlada)« (Kovačevič, 2018).

1.3 Vrtarstvo

Za finančne spodbude na strani povpraševanja štejemo doplačila in odbitke. Poznamo tudi nefinančne oblike spodbud na strani povpraševanja, med njih se uvršča tudi vrtarstvo. Vrtarstvo v zdravstvu pomeni, da je bolnik vstopil v zdravstveni sistem. To funkcijo izvajata tisti izvajalec zdravstvenega varstva, ki je prvi vzpostavil stik z bolnikom. V največ primerih je to osebni zdravnik. Ta se prvi sooči z vsemi težavami, ki jih bolnik ima in je tisti, ki se odloči za vsa nadaljnja zdravljenja. Nekatera lahko izvaja kar sam, za potrebe specialistov pa ga z napotnico napoti na nadaljnja zdravljenja (Tajnikar in drugi, 2016).

Vsa nadaljnja odločanja v povezavi z zdravljenjem sedaj prevzame zdravnik, ki na podlagi zdravstvene tehnologije in ne na podlagi osebnih preferenc bolniku določi vsa nadaljnja zdravljenja (Tajnikar in drugi, 2016).

1.4 Oblikovanje ponudbe

Na trenutno mrežo izvajalcev vpliva nefinančna vzpodbuda na strani povpraševanja, ki opredeljuje dostopnost do storitev zdravstvenega varstva. Za uporabo zdravstvenih storitev pri prebivalstvu vpliva vidik mreže izvajalcev (Tajnikar in drugi, 2016).

Če bi mreža nastala po ekonomskih kriterijih in bi zdravstveni sistem temeljil na tržni koordinaciji gospodarskih dejavnosti, se kot prvič upoštevala geografska razporeditev prebivalstva in drugič velikost izvajalca zdravstvenega varstva. Tako bi na mrežo začel vplivati velik motiv profita, kar bi lahko za seboj potegnilo veliko slabih posledic. Ena izmed njih bi bila, da določene regije po Sloveniji zaradi slabe razporejenosti mreže ostale brez izvajalca osnovne dejavnosti. Zato je tu ključna vloga države, da oblikuje mrežo izvajalcev zdravstvenih storitev (Tajnikar in drugi, 2016).

Ne smemo zanemariti dejstva, da so ljudje omejeni tako zaradi geografske razporeditve kot transporta in posledično oddaljenosti od najbližjega izvajalca zdravstvenega varstva (Tajnikar in drugi, 2016).

Ko gre za javno zdravstvo, je tu najbolj smiselno omogočiti največjo stopnjo dostopnosti v primarnem zdravstvu, saj v primeru sekundarnega zdravstvenega varstva predvsem pri

bolnišnicah od njih zahtevajo večjo kapitalsko zmožnost in intenzivno tehnologijo, oba pogoja sta tako povezana z velikostjo izvajalca. Lahko se zgodi, da je dostopnost do določenih izvajalcev zdravstvenega varstva omejena in je za njihovo učinkovitost boljše, to pa na drugi strani za bolnika pomeni sledeče. Njegove odločitve glede zdravljenja in izbire izvajalcev morajo biti bolj racionalne in premišljene, saj se mu lahko povečajo stroški uporabe teh storitev. Pri načrtovanju mreže izvajalcev zdravstvenega varstva moramo sprejeti dva kompromisa, ki sta velikost izvajalca in geografska dostopnost ter splošna dostopnost, s katero je povezana učinkovitost velikega izvajalca (Tajnikar in drugi, 2016).

1.5 Čakalne dobe

Še ena od oblik nefinančnih spodbud je racionalno povpraševanje v zdravstvu po čakalnih listah in vrstah. Pri zdravstvenih storitvah, pri katerih sta ločena uporabnik in plačnik, lahko nastane velika razlika med povpraševanjem in ponudbo, saj en ali drug ne dosežata obsega zahtev. Tak odraz se kaže v primeru čakalnih dob, saj je vidno, da je povpraševanje po zdravstvenih storitvah večje od obsega ponudbe oziroma zmogljivosti, ki bi pokrivalo tako povpraševanje. Ker zdravstvo ni popoln trg, ne moramo vplivati na vse spremenljivke in zato bodo kot posledice nastale čakalne dobe. Le teh ne moramo opravičiti povečanja, saj to pomeni, da ne upoštevamo vseh elementov, ki so nam na voljo, da uravnavamo in uskladimo ponudbo ter povpraševanje po zdravstvenih storitvah. Po drugi strani pa lahko načrtno dopuščamo čakalne dobe in s tem uravnavamo povpraševanje ter ponudbo. Moramo pa se zavedati, da s takimi ukrepi tvegamo dvoje posledic. Najprej nastane tveganje na strani bolnikov, nato pa s tako odločitvijo izzovemo, da se lahko na trgu pojavi konkurent z enako storitvijo. Kot primer zadnjega primera se zaradi dolgih čakalnih dob v javnem zdravstvu na trgu pojavijo zasebniki, ki ponujajo enake storitve (Tajnikar in drugi, 2016).

1.6 Spodbuda na strani ponudbe

Zdravstvo ni panoga, v kateri bi se spodbujala konkurenčnost med izvajalci po njihovi stroškovni učinkovitosti. Da pa se izvajalci vse eno obnašajo konkurenčno en do drugega, pa so sprejeti določeni pristopi, kot so uveljavljanje konkurence na vstopu, ko se izvajalec vključuje v zdravstveni sistem (razpisi in izbira ponudnikov). Ker v zdravstvu obstaja veliko pomanjkljivosti predvsem v pogodbenih razmerjih, je potrebno na strani ponudbe uveljavljati dodatne spodbude. To je poseben sistem, ki se imenuje delitev stroškov med izvajalcem in plačnikom zdravstvenega varstva oziroma plačilo storitev izvajanja zdravstvenega varstva. Delimo jih na plačilo po storitvi, plačilo po primeru, plačilo v obliki glavarine in plačilo stroškov dela. Vse oblike so podrobneje prikazane v nadaljevanju (Tajnikar in drugi, 2016).

1.7 Plačilo po sistemu glavarine

Zdravnik je plačan glede na število opredeljenih pacientov kar imenujemo glavarina. Zdravnik mora opredeliti določeno število potencialnih bolnikov, če želi vsak meseci dobiti določeno vsoto akontacije za svoje opredeljene paciente (Tajnikar in drugi, 2016).

Zdravnik dobi za vsakega pacienta določeno osnovo ne glede na to ali je pacient prišel ali ne, temu rečemo čisti glavarinski sistem. Plačilo se v tem primeru ne razlikuje glede na stroške, ki nastanejo z obiski takih bolnikov in z zdravstvenimi storitvami, ki jih izvajalec izvede v procesu zdravljenja bolnikov. Ker so prihodki fiksni in se z večjem številom opredeljenih pacientom ne povečujejo, je za izvajalca v določeni poziciji nesmiselno ponujati več storitev, kot predvideno (Tajnikar in drugi, 2016).

V primeru prilagojenega glavarinskega sistema so izvajalci v osnovi plačani po glavarini, podobno kot pri čistem glavarinskem sistemu, a določene stroške plačnik izvajalcu povrne v dejanski višini.

V prilagojenem glavarinskem sistemu je za izvajalca nekoliko bolj varna pozicija saj tvega veliko manj. Ena od prednosti je da se, glavarina za posameznega potencialnega bolnika razlikuje glede na starost in spol ter druge razlike. Te razlike vplivajo na pridobljene prihodke skozi leto (Tajnikar in drugi, 2016).

Izvajalec lahko svoje tveganje razprši tako da opredeli večje število bolnikov saj uporablja glavarinski sistem. Zato se ta sistem uporablja v primarnem zdravstvu in s tem varuje izvajalca na samem začetku ko začne opredeljevati paciente (Tajnikar in drugi, 2016).

Pozitivne strani takega financiranja so, da lahko izvajalec zmanjša stroške, ker ima manj izvedenih storitev pri posameznem pacientu. Prav tako sistem vzpodbuja manjšo ponudbo dražjih zdravstvenih storitev. Če izvajalec pretežno opredeljuje mlajšo populacijo pomeni, da te pacienti redko kdaj pridejo on pa še vedno za njih dobi glavarino (Tajnikar in drugi, 2016).

Ker s takim načinom opredeljevanja spodbujamo slabo stran spodbude k stroškovni učinkovitosti. Izvajalci (zlasti, če imajo vlogo vratarja) v takih primerih bolnike večinoma pošiljajo na nadaljnja zdravljenja. Zato je odločanje v vprašanju, katere storitve mora izvajalec pokriti iz glavarine, ključno le z vidika pacienta in njegovega tveganja, ampak tudi iz vidika stroškov zdravstvenega varstva (Tajnikar in drugi, 2016).

Slabe strani takega financiranja so, da spodbuja slabe strani zmanjševanja stroškov. To preprečimo tako, da uvedemo sistem "denar sledi bolniku", ali pa tako, da povečujemo možnost izbire izvajalcev s strani uporabnikov. Ker je včasih težko aplicirati sistem "denar sledi bolniku" je zelo pomembna svoboda izbira izvajalca. Ker izvajalcem ni v interesu, da imajo veliko fluktuacijo med pacienti se izogibajo zmanjševanju stroškov saj s tem odbijajo paciente (Tajnikar in drugi, 2016).

1.8 Plačilo po storitvi in plačilo po primeru

Primer plačevanja po storitvi v Sloveniji je uporaba točk za specialistično ambulantno dejavnost. Posamezna zdravstvena storitev je opredeljena z določenim številom točk, cene točk pa dajejo ceno zdravstvene storitve. Večji obseg opravljenih storitev pomeni višji prihodek izvajalca. Podoben primer je tudi plačilo glede na število oskrbnih dni (Tajnikar in drugi, 2016).

Pozitivni učinki takega načina plačevanja so v tem, da izvajalce zdravstvenega varstva spodbuja k čim večjemu številu opravljenih zdravstvenih storitev. Če v zdravstvenem sistemu obstaja konkurenca po načelu "denar sledi bolniku", je plačevanje izvajalcev po storitvi primeren način, saj spodbuja konkurenčno borbo za pridobivanje potencialnih bolnikov, vendar lahko plačevanju po storitvi pripišemo tudi izrazite slabosti. Pri takem plačevanju so izvajalci le šibko spodbujeni k stroškovno učinkovitejšem poslovanju. Glede na to, da je cena zdravstvena storitev dogovorjena s plačnikom, je za izvajalce sicer smiselno, da opravijo zdravstveno storitev s čim nižjimi stroški, toda po drugi strani lahko širijo obseg opravljenih zdravstvenih storitev oziroma ne skrbijo za učinkovitost zdravljenja. Če za izvajalce niso opredeljene omejitve glede števila opredeljenih zdravstvenih storitev, tudi ne tvegajo, da bi morali stroške izvajanja zdravstvenih storitev pokrivati sami. Tak sistem ustvarja tudi močne spodbude za nastajanje tako imenovanega s strani ponudbe spodbujanje povpraševanja, ki ga izzovejo izvajalci zdravstvenega varstva pri bolnikih, da bi povečali obseg svoje dejavnosti. V tujini so zaznali tudi precej primerov čisto običajne poslovne goljufije in opravljanja nepotrebnih storitev ali pa celo lažnega zaračunavanja neopravljenih storitev. Vsaka storitev se namreč plača po posameznem primeru, tako plačnik storitev plačuje za točno določenega bolnika (Tajnikar in drugi, 2016).

Seveda, ker gre za primer plačevanja po storitvah, si vsak izvajalec zdravstvenih storitev želi imeti čim več različnih bolnikov. Takšen način plačevanja storitev spodbuja konkurenco med izvajalci predvsem, če ti upoštevajo načelo "denar sledi bolniku". Vendar plačevalci storitev spodbujajo stroškovno učinkovitost veliko bolj intenzivno, saj je to v njihovem interesu (Tajnikar in drugi, 2016).

»Plačnikom storitev je lažje načrtovati izdatke incidence in prevalence bolezni kot pa načrtovati višino posameznih zdravstvenih storitev. Da se plačnik lažje znajde med posameznimi primeri je uvedel klasifikacijo primerov. Tako je danes najbolj pogosta oblika plačila v bolnišnicah ravno akutna obravnava po skupinah primerljivih primerov. Ker pa je plačnik še vedno usmerjen v stroškovno učinkovitost in na podlagi današnjih sprememb v medicinski tehnologiji je redno korigirano plačilo po skupini primerljivih primerov. Da pa lahko, korigira po skupini mora predvsem voditi natančno evidenco po posameznih primerih« (Tajnikar in drugi, 2016, str. 101).

1.9 Plačevanje stroškov delovanje izvajalcev

Ena izmed vzpodbud, ki jo sistem uporablja temelji na plačevanju plač zaposlenih pri izvajalcu. Plačnik določi število zaposlenih tako zdravstvenega kadra kot ne zdravstvenega, izvajalcu nameni določeno vsoto, ki jo ta razporedi med svoje zaposlene. Da bi bilo delovanje izvajalcev v takem sistemu možno, mora plačnik pokrivati tudi materialne stroške, stroške storitev, amortizacijo in druge stroške (Tajnikar in drugi, 2016).

Tak sistem plačevanja je značilen za državno koordinirane sisteme. Drugi sistemi spodbujajo plačevanje s strani ponudbe. Tako so plače izvajalcev zdravstvenega varstva odvisne od stroškovne učinkovitosti izvajalca, pri plačevanju plač pa so plače neodvisne od nastajanja drugih stroškov pri izvajalcu. V tem primeru rata sistem plač nezdržljiv z drugimi sistemi plačevanja (Tajnikar in drugi, 2016).

V tem sistemu je izvajalec plačan le po opravljenih storitvah, ki jih je izvedel za paciente. Tu pride do zaslužka šele ko je izvajalec motiviran za izvajanje večjega števila posegov in je za storitve porabil manj kot pa je plačnik pripravljen plačati. Tak sistem spodbuja k večji produktivnosti in tudi k večji intenzivnosti dela. Nagrajen je tisti zaposleni, ki opravi več zdravstvenih storitev v časovni enoti, kar lahko opredelimo kot produktivnost dela (Tajnikar in drugi, 2016).

2 ANALITIČNI KAZALNIKI SLOVENSKEGA PRIMARNEGA ZDRAVSTVA

V prvem delu svojega diplomskega dela sem govorila o splošnem financiranju zdravstva, v drugem delu pa sem analizirala podatke in si skušala odgovoriti na sledeča zastavljena vprašanja. Ali je obremenitev zdravnikov po državi primerljiva? Ali obstaja boljši način financiranja zdravstva? Kaj sem ugotovila pri analizi poslovnih izkazov in kako lahko le-ti pomagajo? Kakšen vpliv ima ekonomija obsega? Ali obstaja še kakšno poročilo, ki bi bolj natančno odražalo stanje na tem področju?

2.1 Zasedenost družinskih zdravnikov v Sloveniji

Zelo pomemben del diplomskega dela je, da dokažem ali ovržem dejstvo, da so zdravniki družinske medicine resnično preobremenjeni. V ta namen sem analizirala podatke vseh družinskih zdravnikov, ki so po podatkih ZZZS na dan 07.06.2019 v njihovi evidenci in pa na isti dan vsi pacienti od 19 leta do smrti opredeljeni pri enem od teh zdravnikov.

Podatki so sledeči. Na ta dan imamo 1.052 zdravnikov in 1.525.398 prebivalcev, ki so opredeljeni pri njih, kar pomeni, da vsak zdravnik v povprečju opredeli 1.450 pacientov. V prvem delu diplomske naloge sem splošno razložila kako se obračunava in izplačuje

glavarina, v tem delu pa bom poskušala izračunati iz povprečja pacientov glavarinski količnik (ZZZS, 2019a).

V tabeli 1 bom prikazala število količnikov glede na starost opredeljene zavarovane osebe. Glavarinski količnik se v Sloveniji preračuna po metodi iz Splošnega dogovora (ZZZS, 2019b).

Tabela 1: Število količnikov glede na starost opredeljene zavarovane osebe

Starost	Število količnikov
0 let	3,00 K
1 - 6 let	1,90 K
7 - 18 let	0,88 K
19 - 49 let	0,84 K
50 - 64 let	1,40 K
65 - 74 let	2,20 K
75 let in več	3,00 K

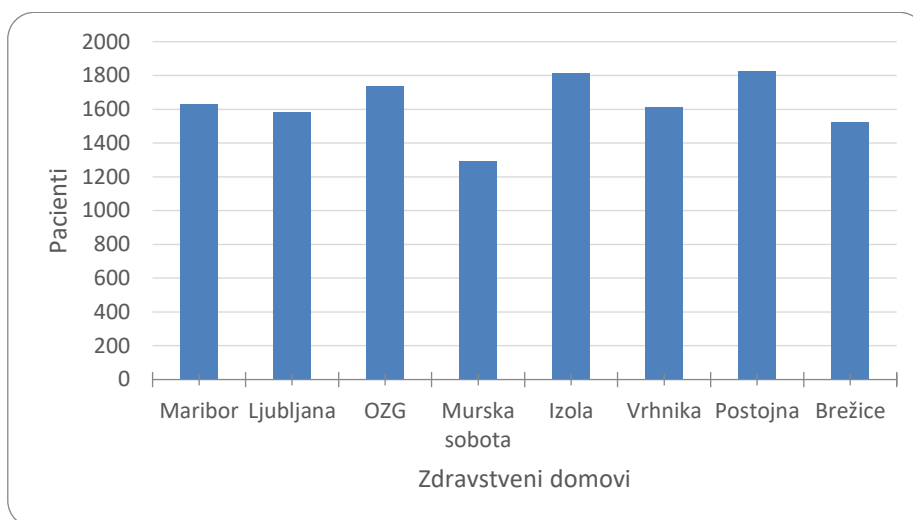
Vir: ZZZS (2019b).

Iz tabele 1 je razvidno kateri količnik pripada kateri osebi v nekem starostnem obdobju. Ker je delež opredeljenih oseb, ki so opredeljene pri zdravniku družinske medicine med 0 in 18 let zelo majhen, sem te osebe iz vzorca izvzela. V vzorec sem vzela le osebe med 19 in 75 let in več. Tako bomo 1.450 pacientov sorazmerno razdelili v te štiri kategorije in izračunala bom povprečni glavarinski delež. Tako vsaki od štirih populacij pripade 362,5 pacienta. V prvi kategoriji od 19 – 49 let je to 304,5 glavarinskih količnikov. V drugi kategoriji od 50 – 64 let je to 507,5 glavarinskih količnikov. V tretji kategoriji od 65 – 74 let je to 797,5 glavarinskih količnikov in v četrti kategoriji od 75 let in več je 1.087,5 glavarinskih količnikov. Tako bi npr. zdravnik družinske medicine, ki opredeljuje 1.450 pacientov imel 2.697 glavarinskih količnikov. S tem izračunom dokažemo, da so zdravniki družinske medicine v povprečju preobremenjeni, saj je priporočljivo število glavarinskih količnikov 1.895.

2.2 Primerjava po občinah in zdravstvenih domovih

S sliko 1 sem želela doseči boljši vpogled v zasedenost zdravnikov, zato sem v vzorec vzela sledeče zdravstvene domove: Zdravstveni dom Maribor, Ljubljana, Murska Sobota, Izola, Vrhnika, Postojna, Brežice in Osnovno zdravstvo Gorenjska. Med seboj sem primerjala občine po približno enakem obsegu prebivalcev in pa zdravnikov družinske medicine, ki skrbijo za njih. Se pa zavedam, da se zdravstveni domovi med seboj razlikujejo tako po številu opredeljenih pacientov kot po številu družinskih zdravnikov, ki so zaposleni v njihovi mreži.

Slika 1: Število opredeljenih pacientov v zdravstvenih domovih



Prirejeno po ZZZS (2019a); SURS (2016).

V občini Izola je 15.920 prebivalcev, od tega 7.840 moških in 8.080 žensk (SURs, 2019). Zdravstveni dom Izola ima 4 družinske zdravnike. Iz slike 1 lahko razberemo, da je v povprečju en zdravnik v Zdravstvenem domu Izola opredelil 1.815 ljudi na ordinacijo (ZZZS, 2019a).

V občini Murska Sobota imajo 18.920 prebivalcev in med njimi je 8.990 moških in 9.930 žensk (SURs, 2016). V tej občini je 11 družinskih zdravnikov (ZZZS, 2019a), ki delajo v sklopu zdravstvenega doma. Kot lahko vidimo na siki 1 je povprečje opredeljenih pacientov na zdravnika 1.294, kar je precej manjše v primerjavi z Izolo.

Občina Vrhnika ima 16.800 prebivalcev, od tega 8.320 moških in 8.480 žensk (SURs, 2019) in imajo v sklopu zdravstvenega doma 7 družinskih zdravnikov, ki imajo v povprečju opredeljenih 1.615 pacientov na zdravnika (ZZZS, 2019a). To pomeni bistveno višje število glede na Zdravstveni dom Murska Sobota, a še vedno manj od obremenitev v Izoli.

V občini Postojna imajo 16.120 prebivalcev, od tega 8.120 moških in 8.000 žensk (SURs, 2019). V tej občini imajo 4,11 zdravnikov v sklopu zdravstvenega doma in ti opredeljujejo v povprečju 1.825 pacientov (ZZZS, 2019a). Iz Slike 1 lahko opazimo, da so družinski zdravniki v Postojni in Izoli veliko bolj obremenjeni kot pa v Murski Soboti in Vrhniki.

Občina Brežice ima 24.220 prebivalcev od tega 11.950 moških in 12.260 žensk (SURs, 2019). V svoji občini imajo 4,9 družinskih zdravnikov, ki delajo v sklopu zdravstvenega doma in opredeljujejo približno 1.521 pacientov (ZZZS, 2019a).

Občina Maribor je ena večjih občin v Sloveniji, ki ima 110.540 prebivalcev od tega 54.090 moških in 56.460 žensk (SURs, 2016). Ta občina se po številu pacientov lahko primerja le

z Ljubljano. Družinski zdravniki, ki delajo v sklopu zdravstvenega doma opredeljujejo približno 1.631 pacientov (ZZZS, 2019a).

Občina Ljubljana je največja po številu prebivalcev, saj jih ima 288.180 od tega 138.860 moških in 149.320 žensk (SURS, 2019), kar je skoraj trikrat več kot v občini Maribor. Vsi družinski zdravniki, ki delajo v sklopu zdravstvenega doma Ljubljana v povprečju opredeljujejo 1.584 pacientov (ZZZS, 2019a).

Osnovno zdravstvo Gorenjska pa je edino v Sloveniji, ki je glede ureditve po osamosvojitvi naše države ostalo enako. Ustanovile so ga naslednje občine: Občina Bled, Občina Bohinj, Občina Gorje, Občina Radovljica, Občina Jesenice, Občina Cerklje na Gorenjskem, Občina Naklo, Občina Šenčur, Občina Tržič, Mestna občina Kranj, Občina Škofja Loka, Občina Kranjska Gora, Občina Žirovnica, Občina Železniki, Občina Žiri, Občina Gorenja vas – Poljane, Občina Preddvor in Občina Jezersko. Pri tej ureditvi ne moramo gledati tako ozko, saj pokriva več občin in je število prebivalstva lahko razporejeno subjektivno, a kljub temu sem izvedla raziskavo tudi v tem zdravstvenem domu in imajo v svoji organizaciji 62,87 družinskih zdravnikov, ki v povprečju opredeljujejo 1.738 pacientov (ZZZS, 2019a).

Če pogledamo pridobljene podatke iz slike 1, lahko vidimo, da je samo Zdravstveni dom Murska sobota tisti, ki v povprečju opredeljuje manj kot 1.300 pacientov. Za tem je lahko več pojasnil. Eden izmed njih je lahko, da je v teh občinah veliko več koncesionarjev, ki opredeljujejo preostanek pacientov. Lahko pa je v tej občini veliko prebivalcev, ki se zaradi oddaljene službe raje opredelijo bližje le-te. In seveda na drugi strani je zdravstveni dom Izola, ki ima velik presežek. Pri zdravnikih družinske medicine v Izoli imamo zagotovo tudi nekaj odstopanj zaradi Slovencev, ki delajo v Italiji, zdravnika imajo pa v Sloveniji. Na tej točki je še težko zagotovo določiti vzrok tako različne opredelitve pacientov in posledične zasedenosti zdravnikov.

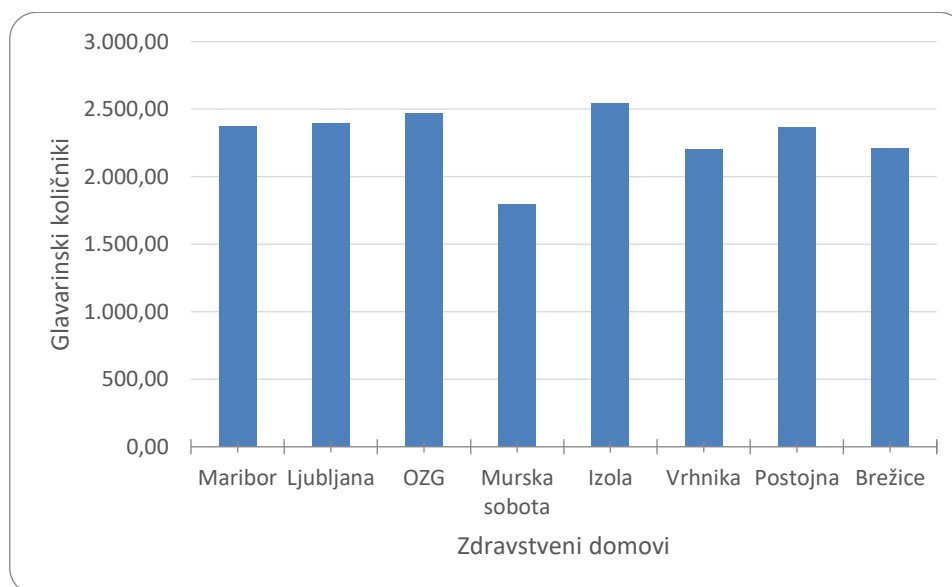
2.3 Vpliv Aneksa 1 na zdravnike družinske medicine

V tem poglavju bom analizirala vpliv Aneksa 1 k Splošnemu dogovoru za leto 2019. Kakšne prednosti in slabosti bo prinesel zdravnikom, ki jih jaz obravnavam v svojem vzorcu. Želim ugotoviti zasedenost zdravnikov in posledično ugotoviti razliko zasedenosti med zdravniki, ki opravljajo ambulantno znotraj zdravstvenih domov ter pa koncesionarji.

V skladu z določili Aneksa 1 k Splošnemu dogovoru za leto 2019, je bilo sprejeto, da zdravniki družinske medicine in pediatrije na primarni ravni zdravstvene dejavnosti, lahko odklonijo opredeljevanje novih zavarovanih oseb, ko dosežejo obremenitev 1.895 glavarinskih količnikov (ZZZS, 2019b)

V sliki 2 sem prikazala glavarinske količnike po zdravstvenih domovih na zdravnika družinske medicine.

Slika 2: Glavarinski količnik na zdravnika družinske medicine



Prirejeno po ZZS (2019b).

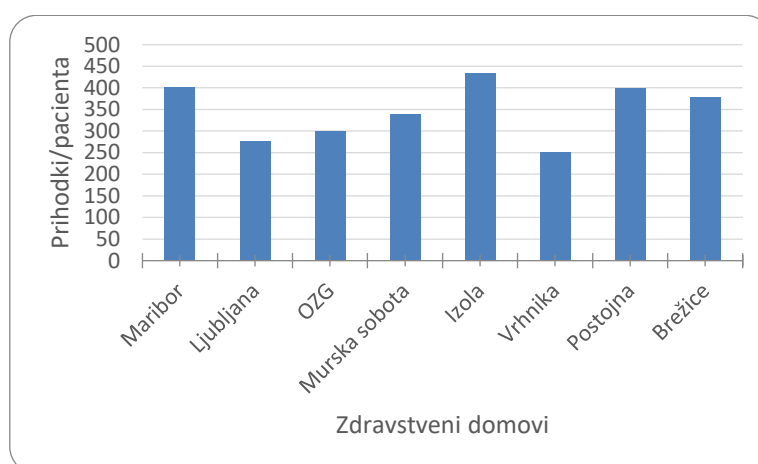
Iz slike 2 je razvidno, da je večina zdravnikov, ki delajo v sklopu zdravstvenih domov, dosegla pogoj 1.895 glavarinskih količnikov. Ker sem v vzorec vzela povprečje vseh zdravnikov, seveda ni mogoče trditi npr., da noben zdravnik družinske medicine v Murski Soboti ne doseže 1.895 glavarinskih količnikov.

Da so lahko podatki, kar se da natančni, sem upoštevala, da ni nujno, da imajo vsi zdravniki družinske medicine polni (100%) program družinske medicine (npr. zaradi manj od polne zaposlitve in podobno). Le tako sem lahko prišla do bolj natančnih podatkov, saj vsak takšen zdravnik posledično zaradi manjšega obsega dejavnosti opredeljuje tudi manjše število pacientov.

Ker se moje diplomsko delo veže na zdravstveno področje in s tem na vprašanja, kjer finančni kazalniki nimajo prednosti pred skrbjo za paciente, še vedno ne pomeni, da lahko finančno analizo zanemarimo. V ta namen sem v sliki 3 pripravila analizo podatkov iz izkazov poslovnih izidov zdravstvenih domov za leto 2018, in sicer kot prikaz doseženih prihodkov glede na število pacientov.

Opozoriti je potrebno, da gre za zelo okvirno analizo, saj v te prihodke sodijo tudi druge dejavnosti, ki jih opravljajo zdravstveni dom, a na žalost dokaj nepregleden sistem financiranja slovenskega javnega zdravstva ter relativno omejeno računovodsko poročanje javnih zavodom ne zagotavljata javno dostopnih podrobnejših podatkov. Kljub tem metodološkim omejitvam lahko s tovrstnim pristopom približno ocenimo, koliko zdravstveni dom v povprečju na leto nameni za celovito oskrbo pacientov (vključno z zdravstveno vzgojo, patronažno službo, nujno medicinsko pomočjo in drugimi dejavnostmi).

Slika 3: Prihodki na pacienta v zdravstvenih domovih



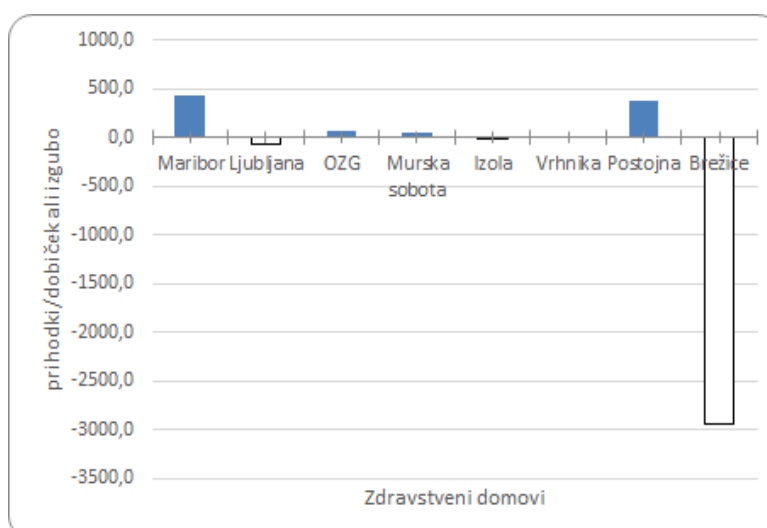
Prirjeno po ZZS (2019b); AJPES (2019).

Iz slike 3 so razvidne velike razlike med posameznimi zdravstvenimi domovi. V zdravstvenem domu Vrhnika namenijo za pacienta približno 250€ medtem, ko v Izoli 434€.

Ne smemo pozabiti tudi na končni presežek (dobiček) v zdravstvenih domovih, nekateri ga imajo in spet drugi ne. Na tej točki se vprašam ali se zdravstveni domovi zavedajo svojega poslanstva. Ta pravi, da je njihova skrb za pacienta ena in edina skrb, saj je zdravstveni dom javni zavod in ne gospodarska družba, ki ji je prvotni cilj dobiček.

S sliko 4 sem prikazala dobiček oz. izgubo v zdravstvenih domovih.

Slika 4: Dobiček ali izguba v zdravstvenih domovih



Prirjeno po ZZS (2019b); AJPES (2019).

Iz slike 4 je razvidno, da ima največjo izgubo zdravstveni dom Brežice, kar je zelo težko pojasniti, kajti, če te podatke primerjamo z Mariborom, ki ustvarja dobiček, ne moramo priti

do pravega razloga za izgubo. Res je, da ima Maribor večje število prebivalcev, ter večje število zdravnikov. Prav tako je dejstvo, da je vsak zdravstveni dom enako plačan za določeno populacijo pacientov. Prav tako je vsaka koncesija deležna enakega zneska za glavarino, zato si pri takih podatkih zastavim vprašanje, kaj direktorji zdravstvenih domov s sredstvi, ki so namenjeni za bolnike naredijo, predvsem tisti, ki imajo dobiček. Saj to lahko kaže le na dve stvari eno, da imajo še nekatere dejavnosti, ki so visoko dobičkonosne ali pa, da vseh sredstev, ki so namenjeni bolnikom, ne porabijo za njih. Ker imamo v Sloveniji ureditev, da ves presežek, ki ga ustvari zdravstveni dom, se le-ta vrne ustanoviteljici občini lahko to privede do enega samega zaključka, da si želi direktor zdravstvenega doma pridobiti naklonjenost župana. Zato se lahko vsak posameznik vpraša, kam je v resnici odšel ta denar in za kake namene je bil porabljen. Zato lahko le upamo, da vse občine, ki dobijo te presežke iz zdravstvenih domov, potem ta sredstva tudi na nek način vrnejo nazaj v zdravstvo npr. z nakupom nove opreme, adaptacijo prostorov... A kljub temu, da verjetno nekatera sredstva namenijo nazaj v zdravstvo se vprašam, ali zdravstveni domovi poznajo in razumejo svoje poslanstvo in dejstvo, da so neprofitna organizacija. Prav tako ne smemo zanemariti dejstva, da pa zopet drugi zdravstveni domovi ustvarjajo enormne izgube. Prav tako se pri ustvarjenih dobičkih ali izgubah zdravstvenih zavodov zastavi vprašanje, kje je razlog in kolikšen vpliv imajo posloводства teh zdravstvenih zavodov in posloводство ZZS. Bolj natančen odgovor na to vprašanje se nahaja v poglavju 3.

2.4 Koncesionarji vzeti v vzorec

V svoj vzorec raziskave sem vzela tudi 4 koncesionarje. Ti se razlikujejo od prve skupine zavzete v vzorec zato, ker imajo svoje podjetje, ampak še vedno opravljajo javno službo. Zato menim, da zdravnike, ki se odločijo za koncesijo, vodi več motivov. Kot so lahko npr. biti sam svoj šef, želja po zaslužku, večja odgovornost, večja možnost za prepoznavnost in uspeh na svojem področju. Še dodatna prednost nastane pri zmanjševanju možnosti korupcije, saj ni enako kot pri zdravstvenih domovih, ko direktorji v zameno za določene usluge pričakujejo povratek le-teh. Zato se ne strinjam z nekaterimi, ki pravijo, da bi bilo bolje, da ukinemo koncesije.

Koncesionarje, ki sem jih izbrala, prihajajo iz različnih delov Slovenije. V vzorcu sem primerjala zasedenost z pacienti in pa sredstva, ki jih namenijo za paciente.

Zdravnik, ki je zaposlen v ordinaciji družinske medicine v Murski Soboti ima opredeljenih 1.934 pacientov in ima 2.743 glavarinskih količnikov (ZZS, 2019a). Ta podatek nam jasno pove, da je to en tistih zdravnikov, ki je presegel predpisane obremenitve 1.895 glavarinskih količnikov.

Zdravnica, ki je zaposlena v ordinaciji družinske medicine na Igu z 1,2 programa, opredeljuje 1.869 pacientov in ima 3.121,12 glavarinskih količnikov (ZZS, 2019a), kar pomeni, da kljub večjemu programu še vedno presega predpisane obremenitve.

Zdravnik, ki je zaposlen v ordinaciji družinske medicine na Vrhniki ima opredeljenih 1.729 pacientov in ima 2.528,52 glavarinskih količnikov (ZZZS, 2019a). Enako kot pri zdravniku iz Murske Sobote tudi on presega obremenitve, ki so predpisane.

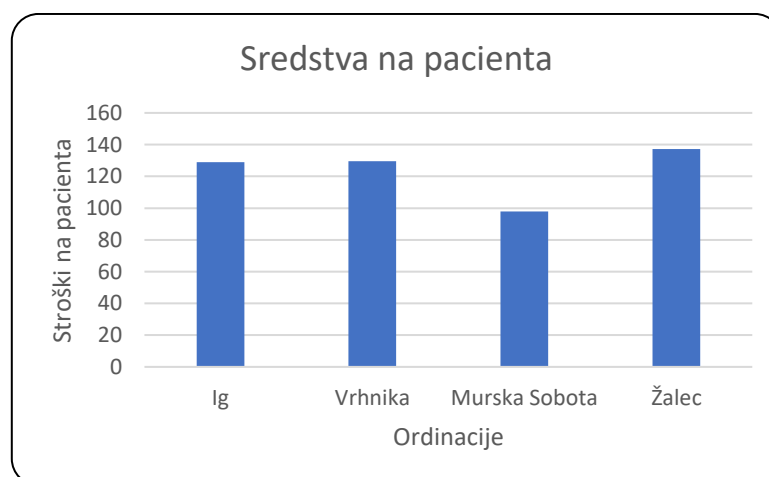
Samostojni zdravnik iz Žalca ima ordinacijo družinske medicine z 1,1 programa in opredeljuje 2.099 pacientov in ima 2.867,12 glavarinskih količnikov (ZZZS, 2019a). Zopet vidimo enak vzorec, tudi ta zdravnik presega predpisane obremenitve.

2.5 Analiza koncesionarjev

Po analizi podanih podatkov o številu opredeljenih pacientov in glavarinskih količnikov lahko zaključimo, da koncesionarji družinske medicine v tem vzorcu napram družinskim zdravnikom v zdravstvenih domovih opredeljujejo veliko več pacientov.

V finančni analizi izkaza poslovnega izida pri koncesionarjih, kjer imamo bolj natančne podatke katere storitve sestavljajo prihodki, lahko vidimo povprečje sredstev, ki jih namenijo na pacienta. To sem prikazala na sliki 5.

Slika 5: Stroški na pacienta pri koncesionarjih



Vir: *AJPES* (2019).

Iz slike 5 je razvidno, da v povprečju na pacienta namenijo 123 evrov. Kot smo ugotovili pri zdravstvenih domovih, da je to analizo veliko težje izpeljati saj ne vemo točnih podatkov koliko sredstev prinesejo družinski zdravniki v taki organizaciji. Zato tudi ne moramo primerjati koncesionarjev z družinskimi zdravniki, v zdravstvenih domovih po finančnem učinku. Lahko jih primerjamo samo po opredeljenih pacientih in glavarinskih količnikih.

Kljub bolj natančnim podatkom še vedno niso pridobljeni rezultati najbolj primerljivi. Saj nekateri izmed teh koncesionarjev poleg družinske medicine opravljajo še nekatere druge samoplačniške storitve. Zato tu zopet pride do odstopanj.

Na tej točki raziskave in analize podatkov sem se vprašala ali obstaja boljše poročilo oz. zbirka podatkov, ki bi odražala zgolj delo v družinski ambulanti. Zaradi tesnega sodelovanja z koncesionarji, iz te analize sem prišla do polj natančnih informacij kaj bi lahko to bilo.

Edini bolj natančni vpogled v porabljen sredstva je obdobjni obračun, ki ga ZZZS pripravi trikrat na leto. Gre za javno nedostopne dokumente. Prvi obračun je za prvo trimesečje drugi je za drugo trimesečje in zadnji je za zadnje polletje. Le iz obračuna je možno razbrati točne podatke koliko sredstev je zdravnik družinske medicine porabil za svoje paciente in na katerem področju. Saj je obračun natančno razdeljen po storitvah. Tako zdravnik točno ve koliko posegov je opravil v tem obdobju, koliko sredstev je porabil za laboratorij, koliko pacientov je pogledal več kot pa je bil plačan po glavarini. Zato menim, da je to edini dokument, ki vsebuje bolj natančne podatke za primerjavo zasedenosti družinskih zdravnikov.

3 EKONOMIJA OBSEGA IN POTENCIALNE REŠITVE

Nekateri ekonomisti trdijo, da je rešitev v ekonomiji obsega. Po velikosti najbolj primerljiva med seboj bi bila zdravstveni dom Maribor in OZG, saj imata približno enako število prebivalcev. Ekonomija obsega za taka zdravstvena doma bi pomenila, da si lahko zdravniki lažje pomagajo, saj imajo boljši dostop do različne opreme. Slednje pomeni, da bi bili veliko bolj učinkoviti in s tem bi se tudi stroški opreme zmanjšali, saj si tako lahko med sabo delijo vso večjo opremo, medtem ko pa jo mora koncesionar kupiti sam.

Zelo zanimiv članek so objavili v časopisu DELO, ki govori o opremi v zdravstvu. Če samo povzamem njihove ugotovitve, je oprema, ki jo uporabljajo zdravniki družinske medicine v zdravstvenih domovih že 63,3 % vrednosti le-te odpisana. Kar pomeni, da v zadnjih nekaj letih ni nobeden v zdravstvenih domovih naredil načrta, kako bodo vso to opremo s časom posodobili oz. nadomestili. V današnjih časih z vso napredno tehnologijo brez takega načrta ne moraš delati učinkovito. Zato bi lahko na tej točki ovrгла svojo predpostavko, da je delitev opreme lahko vzvod za večjo učinkovitost in potencialnim varčevalnim ukrepom. Ker, če imajo zdravniki slabšo opremo, so lahko rezultati njihovega dela slabši. Se zavedam, da na popolnem trgu, bi moja predpostavka verjetno bila zelo učinkovita, a v tem trenutku in času na žalost to ne velja (Ferlič Žgajnar, 2019).

Pozitivna stran, ki jo vidim je tudi večje število osebja. Tako v času bolniških staležev in dopustov lažje zagotovijo nadomeščanja. Prednosti se skrivajo tudi v minimizaciji fiksnih stroškov, saj se tako stroški delijo na več ordinacij in so posledično zaradi take delitve lahko sredstva, ki jih prejmejo razporejena na druga področja, medtem ko na drugi strani koncesionar nosi celotne stroške ordinacije sam.

3.1. Problemi, ki jih ekonomija obsega ne rešuje

Če upoštevamo vse navedene prednosti ekonomije obsega, bi lahko zaključili, da so prisotne samo pozitivne lastnosti, a vsi vemo, da to ni res, saj kar nekaj predpostavk ne drži v celoti. Po predpostavkah ekonomije obsega bi lahko rekli, da v primeru zdravstvenega doma Maribor deluje, medtem ko v Ljubljani ne. Na žalost ne znam pojasniti tega pojava zakaj v enem primeru deluje in zopet v drugem ne. V luči novih podatkov bi lahko ovrгла tudi dejstvo, da izposoja večje opreme ne pomaga veliko, saj je le-ta zastarela. Druga predpostavka je predvsem špekulativna, saj na žalost nikoli nisem pridobila natančnih podatkov o fleksibilnosti osebja. Zato zelo težko trdim, da tu ekonomija obsega ni učinkovita. In pa še zadnja predpostavka glede minimizaciji stroškov. Tu bi si lahko vsak posameznik interpretiral po svoje finančne analize letnih poročil. Kot lahko razberemo iz le-teh, nekateri zdravstveni domovi v svojih poročilih izkazujejo izgubo in zopet drugi dobiček. Ker samo iz letnih poročil ni moč razbrati vseh uporabljenih metod, ki jih zdravstveni dom upošteva za prikaz finančnega stanja, so tu verjetno še nekatere odprte možnosti za izboljšavo. A kljub temu menim, da je to dobra metoda za minimiziranje stroškov. Iz pridobljenih podatkov je razvidno, da se nekateri direktorji ne strinjajo z uvedbo boljših mehanizmov in metod za bolj uspešno vodenje zdravstvenih domov.

3.2. Rešitve, ki jih vidimo v tujini

Na področju učinkovitosti zdravnikov poznamo tri potencialne modele, ki so namenjeni izboljšanju dela in učinkovitosti zdravnikov na svojih področjih. Predlagani modeli omogočajo zmanjšanje stroškov, skrajšanje čakalnih dob in izboljšanje dela zdravnikov.

Prvi model je oblikovan kot institucija, ki ponuja točno določene storitve, kot so odkrivanje diagnoz in ponujanje rešitev na podlagi le-teh. Pri nas nimamo takšnih institucij, zato tudi slovenskega izraza ni, v angleščini pa je to poznano kot "solution shop". Cilj teh podjetij je, da na enem mestu zberejo več strokovnjakov za določeno področje in tako tržijo njihovo znanje, kar je veliko ceneje kot pa, če bi vse te strokovnjake npr. zaposlil zdravstveni dom. Na tak način optimiziramo stroške, ne varčujemo pa na končnem rezultatu (Christensen, Grossman & Hwang, 2009).

Drugi model je dodana vrednost (ang. added value). Cilj tega modela je, da iz vnesenih virov kot so človeški kapital, material, oprema, energija, informacije in kapital ustvarimo izhodni produkt z visoko vrednostjo. Namen tega modela je, da določene procese opravljamo vedno enako in na isti način, s tem dosežemo boljše učinkovitost in posledično se izognemo večjim napakam. Tako na primer pri operaciji srčnega obvoda vedno vemo, kakšen je postopek in se lahko zanesemo nanj. Tako zmanjšamo stroške, saj že vnaprej vemo koliko bo poseg ali delo vredno oz. kakšen bo končni strošek, če poznamo postopek (Christensen, Grossman & Hwang, 2009).

Tretji model se osredotoča na paciente s kroničnimi boleznimi. To so pacienti, ki že imajo diagnozo, ampak še vedno potrebujejo kontrole in pa nekoga, ki jih bo usmerjal, kako s temi diagnozami živeti. Tu je uporabljena ideja "nekdo, ki je podoben meni" kar pomeni, da se ustvari skupnost, kjer se na enem mestu zberejo npr. vsi pacienti, ki imajo srčne bolezni in si med sabo izmenjajo izkušnje in s tem pomagajo en drugemu (Christensen, Grossman & Hwang, 2009).

Vsi trije modeli predstavljajo širšo možnost za spremembe. Ker je Slovenija zelo majhna, se pri nas še ni pojavilo podjetje, ki bi implementiralo prvi model. Zelo težko je soditi, da zdravstveni domovi, ki sem jih analizirala in pa koncesionarji niso že na katerem področju implementirali dodane vrednosti, saj je iz analiziranih podatkov to težko dokazati je pa velika priložnost za izboljšanje rutinskih nalog. Tretji model pa že lahko vidimo v praksi, saj je veliko društev za kronične bolezni, ki nudi oporo le-tim. Tako pacienti manj zahajajo k svojim osebnim zdravnikom po osnovana navodila, saj jih lahko dobijo v takih društvih (Christensen, Grossman & Hwang, 2009).

3.3. Možnosti, ki bi jih lahko vpeljali v prihodnosti

Rešitev obstaja še na enem področju in to je umetna inteligenca. V zadnjih 5 letih se je to področje razvilo tudi v zdravstvu. Predvsem v Ameriki so začeli z različnimi poskusi tudi v zdravstvu. Tako so ugotovili, da lahko skozi sliko mrežnice ugotovijo sledeče; spol, starost, življenjski slog, možnost sladkorne, možnost srčne obolelosti. Da pa proces ni omejen na zdravnika, ki mora vsako sliko posebej pogledat so uporabili poseben algoritem, ki to opravi namesto njega. Rezultat je sledeč, če algoritem ugotovi odstopanja in se 100% ne ujema s parametri, ki jih ima, tak primer izloči in ga preveri zdravnik. S takim načinom uvedbe umetne inteligence so zagotovili visoko natančnost (Poplin in drugi, 2018).

Seveda pa to ni edino področje v katerem se je začela pojavljat umetna inteligenca. Ker se nam je skozi leta digitalizacije nabralo veliko podatkov, je sedaj pravi čas, da se ti s pomočjo umetne inteligence uporabijo. S pomočjo le-te bi lahko zdravnikom spremenili rutinske preglede in samo delo. Na tem področju je še veliko prostora za razvoj in samo uvajanje in uporabo novih orodji za bolj kakovostno in učinkovito delo v zdravstvu.

SKLEP

Ko povzamemo celotno sliko stanja v zdravstvu in predvsem v družinski medicini, je čas, da si spet zastavimo vprašanj iz uvoda. Kakšne so v resnici obremenitve slovenskih družinskih zdravnikov, so po vsej naši državi primerljive? Na to vprašanje najlažje odgovori analiza obremenitev, kot jo kaže t.i. glavarina (število opredeljenih pacientov). Kot je pojasnjeno v poglavju 2.1., se glavarina izračunava na podlagi t.i. glavarinskih količnikov (količnik za vsakega pacienta, dodatni količniki za otroke in starejše paciente ter tiste z invalidnostjo). Iz prikaza obremenitev zdravnikov po različnih krajih v Sloveniji (v poglavju

2.2) se vidi, da večina zdravnikov je nadpovprečno obremenjenih, a da so med regijami pomembne razlike. Že ta prva ugotovitev torej kaže, da alokacija virov ni dejansko učinkovita ter formalno sicer enotni sistem ne zagotavlja dejansko enotnih standardov ne zdravnikom ne pacientom. Še dodatna razlika se pokaže ob primerjavi med zdravniki, zaposlenimi v zdravstvenih domovih, in (večinoma samostojnih) zdravnikih koncesionarjih. Kljub popolnoma enakemu načinu in obsegu financiranja so razlike precejšnje ter zdravniki v sklopu zdravstvenih domov opredeljujejo precej manj pacientov kot pa koncesionarji.

Javni in zasebni izvajalci so torej v sistemu dokaj neprimerljivi in država za isto ceno pri koncesionarjih dobi več oziroma so ti praviloma pripravljene za ista sredstva opredeliti in pregledati več pacientov. A sistem iz zgodovinskih in političnih razlogov daje prednost javnim izvajalcem (zdravstvenim domovom). Kaj torej lahko izvemo iz poslovnih izkazov javnih zavodov? Kaj so razlogi zakaj lahko nekateri prikažejo dobiček in spet drugi izgubo.

Ugotovitve analize v poglavju 2.3. jasno pokažejo da nekateri zdravstveni domovi dejansko izkazujejo izgubo in drugi dobiček. Ker so izkazi precej okrnjena oblika podatkov, je težko dokazati zakaj in točno iz katerega razloga pride do takih rezultatov. Vendar ob dejstvu, da ZZZS kontrolira 65% vseh porabljenih sredstev, ki jih nameni za dodeljeni ambulantni program, in prostovoljno zavarovanje sledi cenovnim modelom ZZZS (še dodatnih 20%), imajo direktorji javnih zavodov precej omejen manevrski prostor. Sredstva so plansko dodeljena za določen obseg in strukturo kadrov, za laboratorijske stroške, za materialne in obratovalne stroške, za informatizacijo in tako dalje. Zato so direktorji javnih zavodov bolj tisti, ki poizkušajo z različnimi prijemi pridobiti čim več sredstev (npr. nekoliko več programa kot imajo v resnici zdravnikov), najti čim ugodnejše razmerje med plačilom in porabo (ker npr. ZZZS plačuje poprečno plačo, se bolj splačajo mlajši kot starejši zdravniki) in podobne načine »uspešnega« poslovanja. Ker sistem ne nagraduje niti količine niti kakovosti, temveč deluje v celoti plansko, »uspešni« direktorji javnih zavodov niso tisti, ki so ekonomsko uspešni, temveč očitno tisti, ki znajo ustrezno manipulirati podedovani sistem planskega gospodarjenja.

Sistem torej na ravni posameznih organizacijskih enot ne deluje učinkovito in tudi ne motivira organizacijskih enot, da bi delovale učinkovito ali da bi se pretirano ukvarjale s količino ali kakovostjo svojega dela. Kaj pa nacionalna raven? Zavedati se moramo, da zdravnikov primanjkuje, obremenitve so neenotno porazdeljene, poslovodstvo ima le malo odločevalskega vpliva. Kakšni so modeli za financiranje (javnega) zdravstva in ali smo izbrali pravega? Slovenija je na papirju uradno izbrala Bismarckov model. V resni pa sistem ne deluje v celoti po tem modelu (zgolj glede zbiranja prispevkov zdravstvenega zavarovanja in ločenosti zdravstvene blagajne od državnega proračuna), pri porabi pa je skoraj bolj podoben Beveridgevemu modelu. A te teoretične primerjave in določene podrobnosti z modeli uspešnih zahodnih držav v resnici sploh ne pokažejo prave slike. V resnici se naša država namreč še ni premaknila iz prejšnjega socialističnega sistema. V poglavju 1.2. sama analiza obeh sistemov jasno pokaže, da sledimo neke vrste hibridnemu planskemu sistemu iz zgodovine. Sistem se sicer navzven pretvarja, da je sodoben, da je storitveno usmerjen in

podobno, a vsaj v družinski medicini je to daleč od resnice. Sistem namreč predvsem podpira obstoječe delovanje javnih zavodov, njihovo obstoječe število, geografsko porazdeljenost in število. Planski sistem ne spodbuja ne povezovanja, ne mreženja in tudi ne organizacijskih sprememb javnih zavodov. Hkrati so tudi koncesionarji le izjeme, ki naj bi pokrivali bele lise, ki jih javni zavodi ne pokrijejo. Nimajo realne možnosti in spodbude za rast. Organizacijsko je sistem torej povsem tog. Tudi t.i. storitveni del financiranja se hitro izkaže za zgolj črko na papirju, saj je obseg storitev navzgor limitiran, ta limit pa postavljen tako nizko, da ga dosežejo in presežejo praktično vsi izvajalci. Ti se zato bolj ukvarjajo kako omejiti pritok pacientov in število storitev, kar se vse bolj kaže v pomanjkljivi primarni oskrbi pacientov. Že res, da se skoraj vse države EU srečujejo z enakim problemom primanjkljaja zdravnikov družinske medicine, a naš sistem planskega financiranja še dodatno spodbuja tisto malo izvajalcev, ki so v sistemu, k čim manjšemu obsegu dela in čim manjši učinkovitosti.

Je morda rešitev, kot trdijo nekateri politiki, v ekonomiji obsega in čim večjih javnih zavodih? Kot je razvidno iz podatkov v poglavju 3, je možna analiza kar nekaj rešitev od ekonomije obsega do različnih modelov preoblikovanja sedanjih praks. Dejanski primeri v zdravstvu jasno kažejo, da ekonomija obsega tu v resnici ne deluje. To lahko vidimo v primeru opreme, zaposlovanja, čakalnih vrst, kjer bi se morala ekonomija obsega izkazati za rešitev, a se zaradi narave zdravstvene dejavnosti in organizacije zdravstvenega sistema ne. Kot vidimo imamo zastarano opremo, premalo primerne kadra in predolge čakalne vrste. Predlaganih je bilo še nekaj drugih rešitev drugačne organizacije oziroma storitev z dodano vrednostjo (kot npr. t.i. »solution shops«, »facilitated networks« in podobno). Gre za modele rešitev, ki jih drugod v zdravstvu že uporabljajo in so se izkazali za dobre rešitve. Vendar naš planski in tog sistem vpliva tudi na kadrovsko strukturo odločevalcev ter zato ni pričakovati, da bi v sistemu obstajalo zadostno število ljudi, ki bi se takih inovativnih podvigov upali lotiti. Zato lahko žal s precejšnjo gotovostjo napovemo, da bodo takšni predlogi ostali le na papirju.

Kaj torej preostane slovenskemu zdravstvu? Glede na predstavljene podatke in trende v slovenskem zdravstvenem sistemu lahko rešitve iščemo v treh smereh.

Prvič, po vzoru šolstva država izbere model povečanega financiranja in namesto kombiniranega modela, model prevlade javnih zavodov in poizkusov omejevanje zdravniškega dela v vedno bolj toge uslužbenske modele. Videti je, da država trenutno daje prednost prav tej rešitvi. A javno šolstvo ima povečano financiranje in realno stagnacijo stroškov ob hkratnem zniževanju števila udeležencev izobraževanja. Zdravstvo ima nasprotni problem povečevanja števila pacientov zaradi staranja populacije ter naraščanje stroškov zaradi novih tehnologij in zdravil za zdravljenje težkih in dolgoletno obvladovanje kroničnih bolezni. Tudi delovnopравни pritiski na zdravništvo se ne obnesejo, saj sposobnejši odidejo v čisto zasebnost in jih javno zdravstvo hitro izgubi.

Drugič, po vzoru starejših držav članic Evropske unije bi se lahko odločili za večjo privatizacijo in s tem hibridni model izvajanja javnega zdravstva (obvezno javno zavarovanje, mešani izvajalci) ali celo hibridni model celotnega sistema (konkurenca ne samo pri izvajalcih, temveč tudi pri zavarovalnicah). Ker podatki kažejo, da so koncesionarji pripravljene nositi večje breme kot zaposleni v javnih zavodih, bi sistem dokaj hitro omogočil večjo dostopnost. A preveliko število deležnikov, ki jim trenutni sistem financiranja ustreza, vedno znova prepreči realne spremembe.

Tretjič, do določene mere bi metoda manjših korakov v pravo smer in uporaba različnih inovativnih praks lahko zmanjšala administrativne obremenitve in potrebo po fizičnih obiskih ter tako z obstoječimi viri zagotovila večji učinek. A javni sistemi so notorično počasni ter niso naklonjeni inovativnosti ne v naši, ne v drugih državah. Zato bi bili učinki te rešitve brez sestavin prej opisane rešitve (vsaj delne privatizacije) neznatni (kot npr. dokazuje informatizacija in projekt eZdravje, reforma nujne medicinske pomoči in še nekaj megalomanskih projektov, ki so v praksi prinesli majhne učinke).

Zaradi vsega navedenega in globoko zakoreninjenih odporov do sprememb ter hkrati jasnih analitičnih pokazateljev, da trenutni sistem že kratkoročno, kaj šele dolgoročno, ni več vzdržan, lahko zaključimo z napovedjo, da bo sistem izbral četrto smer. Smer povečevanja zasebne ponudbe, ki ne bo javno financirana, in uporabe čezmejnih zdravstvenih storitev (v zobozdravstvu se takšna smer nakazuje že vsaj zadnje desetletje). Smer bo sicer zaradi konkurence in povečane moči odločanja pacientov prinesla učinkovitejšo alokacijo virov in vsaj začasno pokrila povečane potrebe, a hkrati tudi zmanjšala solidarnost zdravstvenega sistema in dostopnost za ljudi z nižjimi prihodki. Si ob zelo glasnem zavzemanju za javno zdravstvo res želimo takšen izid?

LITERATURA IN VIRI

1. AJPES (2019). *Izkaz poslovnega izida*. Pridobljeno iz https://www.ajpes.si/Letna_porocila
2. Christensen, C. M., Grossman, J. & Hwang, J. (2009, 26. september). *The Innovator's Prescription: A Disruptive Solution for Health Care*. New York: McGraw-Hill.
3. Ferlič Žgajnar, B. (2019, 26. september) *Žalostna 3D-slika našega zdravstva*. Pridobljeno iz <https://www.delo.si/mnenja/komentarji/zalostna-3d-slika-nasega-zdravstva-231676.html>
4. Korošec, (2003). *Izzivi obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji* (magistrsko delo). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
5. Kovačević, P. S. (2018, 18. september). *Zdravniki delajo v izrednih razmerah*. Pridobljeno iz http://www.gorenjski.glas.si/apps/pbcs.dll/article?AID=/20181218/C/181219787/Januar_y&template=printart

6. Poplin R., Varadarajan A. V., Blumer K., Liu Y., McConnell M. V., Corrado G.S., Peng L. & Webster D. R. (2018). Prediction of cardiovascular risk factors from retinal fundus photographs via deep learning. *Nature Biomedical Engineering*, 2, 158-164.
7. SURS (2019). *Prebivalstvo po starosti in spolu, občine, Slovenija, polletno*. Pridobljeno iz <https://pxweb.stat.si/SiStatData/pxweb/sl/Data/-/05C4002S.px>
8. Tajnikar, M., Dosenović Bonča, P., Čok, M., Domadenik, P., Korže, B., Sambt, J. & Skela Savič, B. (2016). *Prenova gospodarskih vidikov slovenskega zdravstva* (1. izd.). Ljubljana: Ekonomska fakulteta
9. Zdravniška zbornica Slovenije (2019, 11. april). *PRVI JAVNI RAZPIS SPECIALIZACIJ ZDRAVNIKOV 2019 za posamezne izvajalce in za območje celotne države*. Pridobljeno iz <https://www.zdravniskazbornica.si/karierni-razvoj/specializacije/razpisi-specializacij/arhiv-razpisov-specializacij-za-zdravnike>
10. ZZZS (2019a, 7. junij). *Seznam aktivnih zdravnikov v splošnih ambulantah, otroških in šolskih dispanzerjih*. Pridobljeno iz https://partner.zzzs.si/wps/portal/portali/aizv/zdravstvene_storitve/izbira_osebnega_zdravnika/seznam_zdr_v_spl_amb_otr_in_sol_dispan!/ut/p/z0/04_Sj9CPykssy0xPLMnMz0vMAfIjo8ziTQxdPd2N_Q08_f1MTAwcHcOAtGWAsUGgqX5BtqMiAGXwWAY!/
11. ZZZS (2019b, 15. april). *Splošni dogovor za pogodbeno leto 2019*. Pridobljeno iz <https://www.zzzs.si/egradivap/37D1B2F27B0EC343C12583B7002DAF04>