



OSNUTEK

# IZHODIŠČ

ZA PRENOVO

ZDRAVSTVENEGA SISTEMA



Strateški svet za prenovo  
zdravstvenega sistema

LJUBLJANA, JANUAR 2023

Pripravili:

- Tjaša Sobočan, Ministrstvo za digitalno preobrazbo, vodja,
- dr. Erik Breclj, Onkološki inštitut, član,
- mag. Dorijan Marušič, Zdravstveni zavod Celjenje, član,
- dr. Grega Strban, Pravna fakulteta Univerze v Ljubljani, član,
- Azra Herceg, državna sekretarka na Ministrstvu za zdravje, članica,
- mag. Dolores Kores, MIS Dolores Kores, s.p., poslovno svetovanje, članica,
- dr. Boris Zgrablić, Ministrstvo za zdravje, član,
- Lucija Tacer, poslanka v Državnem zboru Republike Slovenije, članica,
- dr. Valentina Prevolnik Rupel, Inštitut za ekonomska raziskovanja, članica

## **Namesto uvoda**

Strateški svet za prenovu zdravstvenega sistema (v nadaljnjem besedilu: strateški svet) je ustanovil minister za zdravje 1. oktobra 2022. Naloga je bila pripraviti izhodišča za sistemske spremembe zdravstvenega sistema za obdobje naslednjih 20 let. Predlagane spremembe je strateški svet opredelil na štirih področjih: financiranje zdravstvenega sistema, upravljanje/izvajanje, kakovost zdravstvenega sistema ter digitalizacija zdravstva. Strateški svet je bil pozvan k oblikovanju izhodišč za prenovu zdravstvenega sistema v dveh delih: prvi del je vključeval oblikovanje osnutka izhodišč do konca decembra 2022 ter predstavitev ministru za zdravje in javna objava dokumenta do konca januarja 2023 z namenom javne razprave. V drugem delu bi do konca marca 2023 strateški svet oblikoval izdelana izhodišča na navedenih vsebinskih področjih. Glede na izvedeno preoblikovanje strateškega sveta, ki je začel delovati v novi, razširjeni sestavi kot posvetovalno telo pri predsedniku vlade, je vsebinsko delo prejšnjega strateškega sveta v predvideni obliki in s predvidenim časovnim načrtom prekinjeno in se nadaljuje v okviru preoblikovanega strateškega sveta.

Delo strateškega sveta je potekalo na sejah članic in članov ter vzporedno v manjših skupinah po ločenih vsebinskih področjih. Pri vsakem področju so bili analizirani trije sklopi: izhodiščno stanje, izzivi na obravnavanem področju in predlagane rešitve. Ta dokument je vsebinski osnutek izbranih tem. Vsa področja je treba še natančneje razdelati s strokovnimi vsebinami, analizami pravnih posledic in dodatnimi izračuni.

Na področju financiranja smo tako ločeno obravnavali zbiranje sredstev, upravljanje sredstev in razdelitev zbranih sredstev.

Področje upravljanja zdravstvenega varstva in izvajanja zdravstvene dejavnosti zajema predlog sprememb na ravni upravljanja celotnega zdravstvenega sistema in na ravni izvajanja zdravstvene dejavnosti pri izvajalcih v javni mreži. Predvideli smo različne ustanovitelje na vseh ravneh zdravstvenega varstva, postopni prehod k večji vlogi in odgovornosti regij. Postavili smo nekaj nujnih pogojev za vodenje in nadzor posameznih izvajalskih enot za učinkovito izvajanje zdravstvenih storitev.

Zagotavljanje in izboljševanje kakovosti zdravstvenega varstva sta temelj trajnostnega razvoja zdravstvenega sistema. Vse usmeritve spreminjanja zdravstvenih sistemov morajo temeljiti na vrednotah kakovosti, od uspešnosti, varnosti, pravočasnosti, neprekinjenosti, učinkovitosti, enakopravnosti do osredotočenosti na pacienta. Na podlagi opisa sedanjega stanja smo v dokumentu navedli časovne sklope potrebnih ukrepov na podlagi državne strategije kakovosti in zakonodajnih sprememb za kakovostnejši zdravstveni sistem v Sloveniji.

Področje digitalizacije v zdravstvu razumemo kot izhodišče za reformo zdravstvenega sistema. Je prečno področje, ki vzpostavi podlago za rešitve izzivov vseh prej navedenih področij. Opredelili smo tudi podpodročja (zakonodaja, infrastruktura, podatki, financiranje/investicije, digitalna kultura, ozaveščanje in komuniciranje), za katera ocenjujemo, da so podlaga za temeljne spremembe za izboljšanje zdravstvenega sistema kot celote.

## **Vizija**

Vsakomur mora biti omogočen pravočasni dostop do visokokakovostnih univerzalnih zdravstvenih storitev v finančno stabilnem in trajnostnem zdravstvenem sistemu.

## **Strateški cilji**

Strateški cilj 1: Na pacienta usmerjena in dostopna zdravstvena obravnava.

Strateški cilj 2: Učinkovito in transparentno upravljani zdravstveni sistem.

Strateški cilj 3: Zavzeti in motivirani zdravstveni timi.

Strateški cilj 4: Vzdržno in trajnostno financiranje.

Strateški cilj 5: Zeleni digitalni pristop k zdravstveni obravnavi.

## Področja:

### 1. Financiranje

#### Stanje na področju financiranja zdravstvenega sistema

##### A. Zbiranje sredstev

1. Financiranje obveznega zdravstvenega zavarovanja izhaja iz Bismarckovega sistema. Večina sredstev je zbrana s prispevki, ki se plačujejo od prispevne osnove (prihodki od dela), država in lokalne skupnosti iz svojih proračunov financirajo predvsem infrastrukturo javnih zavodov, ki so jih ustanovile. V zdravstveni sistem so bili v zadnjih treh letih dodani še dodatni viri neposredno iz proračuna. Medtem ko med vsemi dohodki javne zdravstvene blagajne prevladujejo prispevki za socialno varnost (77,2 odstotka v letu 2021), te skoraj izključno sestavljajo prispevki zaposlenih, delodajalcev in samozaposlenih (98 odstotkov v letu 2021) (Preglednica 1).

**Preglednica 1: Prihodki ZZS v letu 2021, v deležih od celotnih prihodkov in v 000 EUR**

| Vir                                                  | 000 EUR          | Delež        |
|------------------------------------------------------|------------------|--------------|
| <b>Prispevki za socialno varnost</b>                 | <b>2.809.162</b> | <b>77,2</b>  |
| • Prispevki zaposlenih                               | 1.223.250        | 33,6         |
| • Prispevki delodajalcev                             | 1.371.264        | 37,7         |
| • Prispevki samozaposlenih                           | 143.406          | 3,9          |
| • Drugi prispevki                                    | 72.279           | 2,0          |
| <b>Nedavčni prihodki</b>                             | <b>111.514</b>   | <b>3,1</b>   |
| <b>Kapitalski prihodki</b>                           | <b>496</b>       | <b>0,0</b>   |
| <b>Transforni prihodki</b>                           | <b>717.349</b>   | <b>19,7</b>  |
| • Prejeta sredstva iz državnega proračuna            | 251.582          | 6,9          |
| • Prejeta sredstva iz lokalnih skupnosti             | 2.008            | 0,1          |
| • Prejeta sredstva iz skladov socialnega zavarovanja | 463.758          | 12,7         |
| <b>Sredstva iz EU</b>                                | <b>17</b>        | <b>0,0</b>   |
| <b>SKUPAJ</b>                                        | <b>3.638.539</b> | <b>100,0</b> |

Vir: Letno poročilo ZZS za leto 2021

2. Zasebni viri za zdravstvo obsegajo zasebna zdravstvena zavarovanja in plačila iz žepa. Zasebna zdravstvena zavarovanja obsegajo dopolnilno zdravstveno zavarovanje ter dodatna<sup>1</sup> in vzporedna<sup>2</sup> zdravstvena zavarovanja. Dopolnilno zdravstveno zavarovanje je *de iure* prostovoljno zavarovanje (vključenih je 95

<sup>1</sup> Dodatno zdravstveno zavarovanje krije stroške zdravstvenih in z njimi povezanih storitev ter oskrbe z zdravili in medicinskimi pripomočki in izplačila denarnih prejemkov, ki niso sestavni del pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

<sup>2</sup> Vzporedno zdravstveno zavarovanje krije stroške zdravstvenih in z njimi povezanih storitev ter oskrbe z zdravili in medicinskimi pripomočki, ki so sicer pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, a jih zavarovanci uveljavljajo po drugačnih postopkih in pod drugimi pogoji, kot jih predpisuje obvezno zdravstveno zavarovanje.

odstotkov zavezancev za doplačila), je bolj regulirano kot druga zasebna zavarovanja, veljata načeli prostega vstopa in enotne premije. Je posebnost slovenske ureditve in krije razliko do polne vrednosti zdravstvene storitve (od 0 do 90 odstotkov).

3. Zdravstveni del dolgotrajne oskrbe je financiran iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, socialni del dolgotrajne oskrbe pa je financiran iz proračuna, občin, ZPIZa in lastnih plačil. Zakon o dolgotrajni oskrbi predvidoma v letu 2025 vpeljuje zavarovanje za dolgotrajno oskrbo (Preglednica 2).

**Preglednica 2: Izdatki financiranja za dolgotrajno oskrbo (DO) po načinih izvajanja za leto 2019, v 1000 EUR**

|                             | Sektor država  | Zasebni sektor | Skupaj         |
|-----------------------------|----------------|----------------|----------------|
| <b>DO – zdravstveni del</b> | <b>393.116</b> | <b>27.942</b>  | <b>421.058</b> |
| DO v institucijah           | 266.364        | 20.039         | 286.403        |
| DO dnevna oskrba            | 1.672          | 10             | 1.682          |
| DO na domu                  | 125.080        | 7.892          | 132.972        |
| <b>DO – socialni del</b>    | <b>61.265</b>  | <b>134.177</b> | <b>195.442</b> |
| <b>DO SKUPAJ</b>            | <b>454.381</b> | <b>162.119</b> | <b>616.500</b> |

Vir: SURS

4. Medtem ko je Slovenija glede na delež javnih virov nekje v sredini držav EU, ki poročajo o podatkih, je delež izdatkov iz žepa zaradi pomembne vloge dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja (ki je najvišje v Evropi) med najnižjimi v Evropi (Preglednica 3).

**Preglednica 3: Viri financiranja zdravstvenega varstva, leto 2019, v % BDP**

| Država           | Skupaj      | Sektor država | Socialni skladi | Javni viri  | Prostovoljna zavarovanja | Izdatki iz žepa | Zasebni viri |
|------------------|-------------|---------------|-----------------|-------------|--------------------------|-----------------|--------------|
| Belgija          | 10,66       | 2,30          | 5,80            | 8,10        | 0,53                     | 2,02            | 2,55         |
| Češka republika  | 7,60        | 0,98          | 5,48            | 6,46        | 0,07                     | 1,07            | 1,14         |
| Danska           | 10,12       | 8,47          | :               |             | 0,25                     | 1,40            | 1,65         |
| Nemčija          | 11,70       | 0,76          | 9,07            | 9,83        | 0,31                     | 1,56            | 1,87         |
| Estonija         | 6,82        | 0,55          | 4,53            | 5,08        | 0,11                     | 1,63            | 1,74         |
| Irska            | 6,67        | 4,94          | 0,04            | 4,98        | 0,90                     | 0,79            | 1,69         |
| Španija          | 9,14        | 6,09          | 0,37            | 6,46        | 0,70                     | 1,99            | 2,69         |
| Hrvaška          | 6,81        | 0,36          | 5,22            | 5,58        | 0,45                     | 0,78            | 1,23         |
| Ciper            | 6,95        | 2,88          | 0,98            | 3,86        | 0,86                     | 2,23            | 3,09         |
| Latvija          | 6,62        | 3,98          | :               | :           | 0,32                     | 2,32            | 2,64         |
| Litva            | 7,00        | 0,57          | 4,07            | 4,64        | 0,09                     | 2,26            | 2,35         |
| Luksemburg       | 5,44        | 0,25          | 4,37            | 4,62        | 0,22                     | 0,52            | 0,74         |
| Madžarska        | 6,30        | 0,55          | 3,78            | 4,33        | 0,22                     | 1,75            | 1,97         |
| Malta            | 9,24        | 5,78          | :               | :           | 0,31                     | 3,15            | 3,46         |
| Nizozemska       | 10,14       | 0,66          | 7,72            | 8,38        | 0,69                     | 1,07            | 1,76         |
| Poljska          | 6,45        | 0,64          | 3,99            | 4,63        | 0,52                     | 1,30            | 1,82         |
| <b>Slovenija</b> | <b>8,52</b> | <b>0,36</b>   | <b>5,85</b>     | <b>6,21</b> | <b>1,33</b>              | <b>0,99</b>     | <b>2,32</b>  |
| Finska           | 9,17        | 5,87          | 1,28            | 7,15        | 0,43                     | 1,60            | 2,03         |
| Švedska          | 10,83       | 9,22          | :               | :           | 0,13                     | 1,49            | 1,62         |
| Islandija        | 8,53        | 7,06          | 0,00            | 7,06        | 0,14                     | 1,33            | 1,47         |
| Norveška         | 10,52       | 9,03          | 0,00            | 9,03        | 0,03                     | 1,46            | 1,49         |

|                     |       |      |      |      |      |      |      |
|---------------------|-------|------|------|------|------|------|------|
| Švica               | 11,29 | 2,54 | 5,00 | 7,54 | 0,90 | 2,85 | 3,75 |
| Združeno kraljestvo | 10,15 | 7,97 | 0,00 | 7,97 | 0,57 | 1,61 | 2,18 |

Vir: Eurostat, SHA (prihodki po finančnih shemah)

## **B. Upravljanje sredstev**

1. Sredstva obveznega zdravstvenega zavarovanja upravljajo tisti, ki jih prispevajo. ZZZS ima dva dvodelna samoupravna organa (skupščino s 45 članicami in člani, od tega 25 predstavnikov zavarovancev in 20 delodajalcev, ter upravni odbor s 15 članicami in člani). Poseben organ je generalna direktorica ali generalni direktor, k imenovanju katerega daje soglasje državni zbor.
2. ZZZS vodi prijavno službo za vsa socialna zavarovanja in evidenco zavarovanih oseb, prav tako sprejema avtonomne pravne akte. Pristojen je za sodelovanje v pogajanjih z izvajalci zdravstvene dejavnosti in državo. ZZZS upravlja tudi zavarovanje za dolgotrajno oskrbo.
3. Sredstva zasebnih zdravstvenih zavarovanj upravljajo zavarovalnice po ZZavar-1, ki so lahko delniške družbe, evropske delniške družbe in družbe za vzajemno zavarovanje.

## **C. Razdelitev zbranih sredstev**

1. Zbrana sredstva obveznega zdravstvenega zavarovanja se razdelijo na podlagi partnerskih pogajanj med ZZZS, MZ in združenji izvajalcev zdravstvene dejavnosti. Splošni dogovor vsebuje sporazum o obsegu, ceni in kakovosti zdravstvenih storitev. O spornih vprašanjih odloča arbitražna oziroma vlada, če do dogovora ne pride. Obvezno zdravstveno zavarovanje zagotavlja plačilo na podlagi dogovorjenega letnega načrta storitev ali dejansko opravljenih storitev (izvedba).
2. Osnovne plačilne metode so pavšali (glavarina, skupine primerljivih primerov – SPP z utežmi, bolnišnično-oskrbni dan – BOD, dodatek za terciar I, II in III) in plačilo po storitvi.
3. Dopolnilno zdravstveno zavarovanje pokriva izvedbo zdravstvenih storitev. Razdelitev sredstev pri dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju je samodejna in je vezana na obvezno zdravstveno zavarovanje. Razdelitev sredstev v okviru dodatnega in vzporednega zavarovanja lahko poteka neposredno med zavarovalnico in izvajalcem ali med zavarovalnico in zavarovancem.

## **Izzivi na področju financiranja zdravstvenega sistema**

### **A. Zbiranje sredstev**

1. Agregatno financiranje zdravstvenega varstva, ki temelji večinoma na prispevkih, je izrazito prociklično, odvisno od gospodarskih ciklov. Prihodke obveznega zdravstvenega zavarovanja večinoma sestavljajo prispevki. Obvezno zdravstveno zavarovanje večine zdravstvenih storitev ne krije v celoti.
2. Sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja pravočasno ne pokrije vseh zdravstvenih potreb prebivalstva in na način, kot je urejen, ni dolgoročno vzdržen.
3. Zbiranje sredstev za dopolnilno zdravstveno zavarovanje ni solidarno. Težavo dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja povzroča financiranje (deljeno plačilo) iste storitve iz javnega in zasebnega vira. Zavarovalnice, ki izvajajo dopolnilno zdravstveno zavarovanje, ne morejo prosto oblikovati tega zavarovalnega produkta, ker so vezane na obvezno zdravstveno zavarovanje, nimajo nadzora nad porabo



sredstev in lahko ustvarjajo dobiček s sredstvi, ki so namenjena za (do)plačilo storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja.

4. Dodatna zdravstvena zavarovanja niso dovolj razvita. V večjem obsegu se lahko razvijejo le, če so dovolj natančno določene univerzalne zdravstvene storitve v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja. Težave pri časovni dostopnosti do storitev v okviru javne zdravstvene službe povzročajo povečevanje števila vzporednih zdravstvenih zavarovanj in samoplačniških storitev.
5. Samoplačniške storitve so prepuščene nereguliranemu trgu glede strokovnega in finančnega nadzora ter cene.
6. Sistem zavarovanja dolgotrajne oskrbe nima jasne in vzdržne finančne zgradbe.

## **B. Upravljanje sredstev**

1. V obveznem zdravstvenem zavarovanju obstaja več samoupravnih organov in veliko število članov in članic v njih.
2. Podzakonsko urejanje zakonske snovi.
3. Struktura organov ZZZS ne ustreza vključitvi zavarovanja za dolgotrajno oskrbo.

## **C. Razdelitev zbranih sredstev**

1. Neustrezna vloga MZ pri partnerskem dogovarjanju med ZZZS in združenji izvajalcev. MZ soodloča pri določitvi osnovnega okvira finančnih izhodišč ter hkrati opravlja vlogo pogajalca, arbitra in soodloča o spornih vprašanjih na ravni vlade.
2. Osnovne plačilne metode v OZZ so večinoma retrospektivne in nepravočasno posodobljene ter zato ne odražajo dejanskih stroškov in razlik v težavnosti posameznih zdravstvenih obravnav in razvoja stroke.
3. ZZZS ne uresničuje strateškega nakupovanja zdravstvenih storitev glede na zdravstvene potrebe prebivalcev, ampak sledi koristi izvajalcev. Razdelitev sredstev ne temelji na izidih zdravljenja in ni povezana s kakovostjo zdravstvene obravnave.

## **Predlagane rešitve na področju financiranja zdravstvenega sistema**

### **A. Zbiranje sredstev**

1. Določitev nabora univerzalnih zdravstvenih storitev. Javna sredstva zagotavljajo plačilo potrebnih zdravstvenih storitev izključno v njihovi celotni vrednosti (univerzalne storitve). Druge zdravstvene storitve niso krite iz javnih sredstev.
2. Zagotavljanje sredstev za nekatere univerzalne zdravstvene storitve (na primer preventiva) ali za določene skupine prebivalstva (na primer otroci) v breme proračuna države, ki sredstva vplačuje v zdravstveno blagajno.
3. Prenos financiranja določenih storitev na druga pristojna ministrstva (na primer terciar na ministrstvo, pristojno za izobraževanje in ministrstvo, pristojno za znanost)
4. Določitev novih javnofinančnih virov v primeru potrebe (na primer poenotenje prispevnih stopenj in osnov, trošarine).
5. Vzpostavitev nabora storitev dolgotrajne oskrbe, ocena potrebnih sredstev za njihovo kritje in določitev virov za njihovo kritje.
6. Vpeljava regulacije samoplačniških storitev (standardi, kakovost, cena).

## **B. Upravljanje sredstev**

1. Sprememba iz dvostranskega v tristransko upravljanje ZZZS (če se OZZ financira tudi neposredno iz proračuna), ureditev enega samoupravnega predstavniškega organa z manj člani, na primer 27 kot pri ZPIZ. Od tega bi bilo lahko 14 predstavnikov zavarovancev, sedem predstavnikov delodajalcev in šest predstavnikov države kot oblasti. Razmisliti bi bilo treba o možnosti volitev v predstavniški odbor.
2. Podzakonski predpis ne sme urejati zakonske snovi. Prenesti bi bilo treba opise in omejitve pravic iz pravil OZZ v zakon.
3. Struktura organov ZZZS. Upravni odbor treh poklicnih direktorjev (generalni direktor, direktor, pristojen za zavarovanje za dolgotrajno oskrbo, in direktor, pristojen za obvezno zdravstveno zavarovanje). Omejiti je treba ponovitve mandata.
4. Razmisliti je treba o možnosti vključitve predstavnikov lokalnih skupnosti v posvetovalno telo ZZZS oziroma njegovih območnih služb.
5. Medicinska služba ZZZS, ki bo nadzirala kakovost in potrebnost izvajanja zdravstvenih storitev.

## **C. Razdelitev zbranih sredstev**

1. Ministrstvo za zdravje pripravi strateške usmeritve in izhodišča za strateško nakupovanje storitev s strani ZZZS na podlagi makroekonomskih izhodišč in dejanskih potreb prebivalstva.
2. ZZZS uresničuje strateško nakupovanje zdravstvenih storitev glede na zdravstvene potrebe prebivalstva.
3. MZ poda soglasje na vse pomembnejše dokumente ZZZS.
4. Socialno sodišče prevzame vlogo reševanja kolektivnih socialnih sporov.
5. Razdelitev sredstev naj bo povezana s kakovostjo (strukture, obravnave in izida) zdravstvene obravnave.
6. Plačilne metode morajo biti redno posodobljene na podlagi sodobnih trendov, merjenja stroškov po pacientu in povezane z izidi zdravstvene obravnave. Plačilne metode morajo podpirati integrirano zdravstveno obravnavo, osredotočeno na pacienta.

## 2. Upravljanje/izvajanje

### Stanje upravljanja zdravstvenega varstva in izvajanja zdravstvene dejavnosti v Sloveniji

1. Vlada Republike Slovenije vodi upravljanje sistema zdravstvenega varstva (MZ) in sodeluje pri upravljanju nekaterih socialnih storitev (MDDSZEM).
2. V Sloveniji imamo javne in zasebne izvajalce zdravstvene dejavnosti s koncesijo v javni zdravstveni službi.
3. Primanjkuje zdravstvenega osebja.
4. Kompetence vodij na različnih ravneh niso jasno določene.
5. Delovanje javnih zavodov je organizirano na podlagi Zakona o zavodih.
6. NIJZ ima mrežo (območne enote – pokrajine v prihodnosti), premalo infrastrukture in ustreznih kadrov.
7. Pristojnosti upravljanja sistema dolgotrajne oskrbe so razpršene.

### Izzivi na področju upravljanja in izvajanja zdravstvene dejavnosti v Sloveniji

1. Upravljanje zdravstvenega sistema ni transparenten, ne zadovoljuje potreb prebivalstva in ne omogoča pravočasnega dostopa do kakovostnih storitev.
2. Za zasebne in javne izvajalce v mreži javne zdravstvene službe ne veljajo enaki standardi kakovosti in pravila zagotavljanja vseh storitev glede na potrebe prebivalstva.
3. Vodenje, izobraževanje in usposabljanje kadrov, vključno z uveljavljanjem timskega dela, so pomanjkljivi in ne zagotavljajo učinkovitega in kakovostnega dela.
4. Merila za vodenje zdravstvenih zavodov niso opredeljena tako, da bi zagotavljala izbiro ustreznih vodilnih kadrov.
5. Merila za nagrajevanje uspešnega in učinkovitega upravljanja (delovanja) niso določena.
6. V svetih zavodov ni ustrezno usposobljenih članov, nadzor nad delovanjem zdravstvenih zavodov je pomanjkljiv.
7. V zdravstvenih zavodih so v celotnem procesu vodenja organizacije načrtovanje, organiziranost, smiselno delovanje, preverjanje izvedenega in primerno ukrepanje za odpravo napak pomanjkljivi.
8. Javni zavod ni nujno najprimernejša pravna oblika organizacije za izvajalce zdravstvene dejavnosti in dolgotrajne oskrbe.
9. NIJZ nima ustrezno prilagojenega sistema na področju zdravstvenega varstva in dolgotrajne oskrbe za konkretne rezultate pri spremljanju dejanskega stanja potreb prebivalstva.
10. Sistem upravljanja in izvajalcev na področju dolgotrajne oskrbe ni urejen.

## **Predlagane rešitve na področju upravljanja zdravstvenega varstva in izvajanja zdravstvene dejavnosti v Sloveniji**

Upravljanje in izvajanje je razdeljeno v dva dela:

1. Upravljanje celotnega sistema
2. Upravljanje na ravni posamezne enote

### **AD 1 Upravljanje celotnega sistema**

Vlada Republike Slovenije naj vodi upravljanje sistema zdravstvenega varstva in socialnih storitev. Predlagamo dve možni organiziranosti na ravni Vlade Republike Slovenije.

**Možnost A:** Ministrstvo za zdravje v sodelovanju z drugimi pristojnimi ministrstvi

**Možnost B:** Ministrstvo za zdravje in socialne storitve (prekrivanja/podvajanja pristojnosti na področjih t. i. socialnih programov: duševno zdravje, odvisniki, dolgotrajno bolni, dolgotrajna oskrba).

Ministrstvo, pristojno za zdravje, naj poleg zdravstvenega varstva v celoti pokriva dolgotrajno oskrbo in zaradi prekrivanja/podvajanja pristojnosti na področjih t. i. socialnih programov: duševno zdravje, odvisniki, dolgotrajno bolni tudi socialne programe, ki so zdaj v pristojnosti ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, in so povezani z zdravjem.

Naloge ministrstva za zdravje so predvsem: vodenje zdravstvene politike in socialnih storitev, ki so povezane z zdravjem, zagotavljanje delovanja sistema financiranja zdravstvenih in socialnih storitev, predlaganje sprememb zakonodaje (vključno s katalogom pravic), priprava strateških načrtov, nadzorovanje sistema, zagotavljanje kakovosti in digitalizacije zdravstvenih storitev.

### **Nacionalni inštitut za javno zdravje**

Nacionalni inštitut za javno zdravje se okrepi tako, da se vloga območnih enot poudari, po potrebi se tudi spremeni njihova vloga. NIJZ mora spremljati obseg dela izvajalcev zdravstvenih storitev na področju svoje območne enote, spremljati čakalne dobe, zdravstveno stanje prebivalcev, potrebe po izobraževanju vseh kadrov in podobno. Na podlagi analiz podatkov, ki jih NIJZ praviloma že zbira, ministrstvu pošlje predloge za oblikovanje zdravstvenih politik na državni ravni in ravni območne enote. Prav tako vpliva na vzpostavitev mreže javne zdravstvene službe v območni enoti. Spremlja mrežo v realnem času in najmanj enkrat letno predlaga spremembe. Na podlagi tega bi NIJZ in ministrstvo sprejela ukrepe. Kjer je to potrebno, se vzpostavlja medobmočno sodelovanje. Predlagamo premislek o velikosti različnih območnih enot in uskladitev z enotami ZZZS in pozneje s pokrajinami.

## **RAVNI UPRAVLJANJA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI**

Predlagamo možnosti upravljanja zdravstvene dejavnosti na posamezni zdravstveni ravni.

### **Primarna raven:**

A: država,

B: lokalna skupnost,

C: pokrajina,\*

D: zasebna pravna ali fizična oseba, vključena v izvajanje mreže javne zdravstvene službe.

Smiselno je povezovanje manjših zdravstvenih ustanov na ravni upravljanja (primer osnovno zdravstvo Gorenjske).

### **Sekundarna raven:**

A: država,

B: pokrajina,

C: zasebna pravna ali fizična oseba, vključena v izvajanje mreže javne zdravstvene službe.

### **Terciarna raven:**

A: država

Dolgoročno predlagamo jasno razmejitev sekundarne in terciarne zdravstvene dejavnosti, kar pomeni tudi novo infrastrukturo na terciarni ravni za povečanje dostopnosti terciarne ravni za vse prebivalce.

Pogoji, pravice in obveznosti pri izvajanju storitev za vse izvajalce v javni mreži morajo biti izenačeni.

### **Dolgotrajna oskrba:**

A: lokalna skupnost,

B: pokrajina,

C: zasebna pravna ali fizična oseba, vključena v izvajanje mreže javne zdravstvene službe.

V drugem delu razvoja predlagamo, da so pokrajine v celoti odgovorne za izvajanje primarne in sekundarne ravni zdravstvene dejavnosti, hkrati pa tudi za dolgotrajno oskrbo.

## **AD 2 Upravljanje na ravni posamezne enote**

Zdravstveni domovi, bolnišnice in socialni zavodi so organizirani v obliki:

A: javnih zavodov,

B: javnih zdravstvenih zavodov – posebna ureditev,

C: javnih podjetij (javni holdingi),\*

D: zasebne pravne ali fizične osebe, vključene v izvajanje mreže javne zdravstvene službe.

- Treba preveriti, ali je pravnoformalna oblika dovoljena.

Nadzorni in upravni organi ter posamezniki, ki v njih delujejo, so zavezani k etičnemu delovanju.

**Nadzorni organ** je sestavljen iz sedmih članov. Za imenovanje posameznega člana naj se za vsako skupino sodelujočih določijo jasna pravila za izbiro člana.

#### **PRIMARNA RAVEN:**

- predstavniki ustanovitelja: do štirje člani
- predstavnik zaposlenih, ki naj bo temeljni odgovorni nosilec opravljanja zdravstvene dejavnosti (zdravnik)
- predstavnik pokrajine (dokler ni pokrajin, izbira kandidatov med pripadajočimi občinami glede na velikost in število prebivalcev občin)
- predstavnik zainteresirane javnosti (predstavnik pacientov)

#### **SEKUNDARNA RAVEN:**

- predstavnik ustanovitelja (štirje člani – če je ustanovitelj država, so trije predstavniki ministrstva za zdravje in en predstavnik ministrstva za finance)
- predstavnik zaposlenih, ki naj bo temeljni odgovorni nosilec opravljanja zdravstvene dejavnosti (zdravnik)
- predstavnik pokrajine (dokler ni pokrajin, izbira kandidatov med pripadajočimi občinami glede na velikost in število prebivalcev občin)
- predstavnik zainteresirane javnosti (predstavnik pacientov)

#### **TERCIARNA RAVEN:**

- predstavnik ustanovitelja (trije člani, in sicer en predstavnik ministrstva za zdravje, en predstavnik ministrstva za finance, en predstavnik ministrstva za znanost)
- predstavnik pokrajine (dokler ni pokrajin, izbira kandidatov med pripadajočimi občinami glede na velikost in število prebivalcev občin)
- predstavnik zaposlenih (en zdravnik, en predstavnik zdravstvene nege)
- predstavnik zainteresirane javnosti (predstavnik pacientov)

#### **Ključne naloge nadzornih organov/nadzornikov:**

- Oblikuje se sistem vrednotenja delovanja nadzornih organov, ki ga vodi ministrstvo.
- Določijo se ključne kompetence nadzornikov in drugi pogoji za nadzornike, na primer omejitve števila mandatov po ustanovah in ponovitev.
- Za zasebne izvajalce storitev, ki pridobijo dovoljenje za delovanje v javni mreži, morajo veljati enaka pravila vodenja, upravljanja in nadzora kot za javne institucije.
- Člani nadzornih organov so odgovorni za strokovnost in skrbnost odločitev.
- Ustanovitelj zagotovi vnaprej določene ukrepe v povezavi z nedoseganjem zastavljenih ciljev.

## Vodenje ustanove

### PRIMARNA RAVEN\*

- Upravni organ: poslovni direktor.
- Imenuje se tudi strokovni direktor.
- Druge naloge opravljanja službe (pravna, finančna in podobno).

\*Smiselno povezovanje manjših zdravstvenih ustanov na ravni upravljanja (primer osnovno zdravstvo Gorenjske).

### SEKUNDARNA IN TERCIARNA RAVEN

- Upravni organ: poslovni direktor.
- Člani uprave so: finančni direktor, strokovni direktor, operativni direktor (odgovoren tudi za razvoj kadrov), direktor za zdravstveno nego, raziskovalni direktor (terciarna raven).

### Ključne naloge:

- Ministrstvo pripravlja usmeritve za kakovostno vodenje.
  - Ministrstvo z vnaprej določenimi ukrepi v povezavi z doseganjem zastavljenih ciljev vzpostavi in spremlja sistem vrednotenja delovanja vodstvenega kadra. Odstopanja od postavljenih standardov morajo biti ustrezno sankcionirana, na primer financiranje glede na kakovost. Če se stanje ne izboljša, mora biti jasno določena menjava vodstva na vseh ravneh.
- Hierarhično vodenje ustanove, poslovni direktor je nadrejen vsem drugim in prevzema odgovornost.
- Vodenje zajema načrtovanje, organiziranost, smiselno delovanje, preverjanje izvedenega in primerno ukrepanje za odpravo napak (sklenjeni krog delovanja pri vodenju).
- Vodstveni kader ustanove (direktor) mora imeti vsaj pet let izkušenj z vodenjem organizacije s kompetencami na področju finančnega poslovanja, poslovnih in delovnih procesov, prepoznavanja tveganj, kulture organizacije, kadrovskega upravljanja in zagotavljanja kakovosti.
- Vodja oddelka ali klinike je imenovan na podlagi javnega razpisa.
- Protokol imenovanja vodje oddelka ali klinike mora vključevati tudi posvet z zaposlenimi, oceno vodstvenih kompetenc in psihološko testiranje.
- Vodjo zdravstvene nege imenuje direktor za zdravstveno nego s soglasjem predstojnika oddelka.
- Vodilni kadri imajo ustrezno izobrazbo s področja vodenja, če je nimajo, se za vodje na vseh ravneh zagotovi ustrezno izobraževanje na terciarni ravni.
- Odgovornost vodstvenega kadra je zagotavljanje etičnega in odgovornega delovanja v vseh segmentih poslovanja, da se zagotovi najvišja kakovost izvajanja storitev in privlačno delovno okolje za vse zaposlene.
- Vodenje se spremlja tudi z zagotavljanjem standardov in kakovosti na področju upravljanja. Predlagamo umestitev standardov, s katerimi se zagotovita kakovost vodenja in obvladovanje tveganj. Kakovost se zagotavlja tudi s spremljanjem zadovoljstva zaposlenih in pacientov. V rednih časovnih presledkih morajo biti načrtovani strukturirani, namenski notranji nadzori organizacije, timskega dela in kakovosti.

- Organizacija procesov mora biti urejena tako, da se zdravstveno osebje razbremeni upravnih obveznosti, hkrati pa zagotavljata prijazen in učinkovit sprejem ter obravnava pacienta. To se doseže z uvedbo digitalizacije v zdravstvu in zdravstvenih procesih ter s krepitvijo administrativnega kadra, kjer je to potrebno.
- Vodstvo mora zagotavljati spremljanje učinkovitosti in produktivnosti. Takšno spremljanje mora biti digitalizirano. Znani morajo biti popravni ukrepi ob odstopanjih in njihovo redno preverjanje.
- Pomemben del sta izvajanje celovitega sistema upravljanja kakovosti ter kadrovske upravljanje izobraževanja in usposabljanja na vseh ravneh.
- Spremeniti je treba vlogo kadrovske službe, ki se preoblikuje tako, da zagotavlja kulturo organizacije in razvoj kadrov (na primer zagotavljanje sodelovanja med zdravniki in medicinskimi sestrami).
- Presežek prihodkov nad odhodki sme izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe uporabiti le za opravljanje in razvoj zdravstvene dejavnosti.

### 3. Kakovost<sup>3</sup>

#### Stanje kakovosti in varnosti v zdravstvenem sistemu Slovenije

- V Sloveniji je področje kakovosti in varnosti v zdravstvu opredeljeno v Zakonu o pacientovih pravicah, pri čemer opredelitev časovno in vsebinsko ni zadostna.
- Zadnja veljavna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvenem sistemu se je iztekla leta 2015. Sprejeta resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja« (ReNPZV16–25) področje kakovosti in varnosti opisuje kot vrednote in ciljne usmeritve zdravstvenega sistema.
- Sistem upravljanja kakovosti in varnosti je razdrobljen z izstopajočimi posamezniki in skupinami v nekaterih timih, oddelkih, dejavnostih, specialnostih, društvih in zbornicah.
- Sistem razdeljevanja sredstev temelji na vložkih in je le delno povezan z vsebino zdravstvene obravnave.
- Obstoječa IKT-infrastruktura v okviru platforme e-Zdravje nezadostno podpira področje kakovosti in varnosti.
- Podatki, ki jih zbiramo v podatkovnih zbirkah (ZZZS, NIJZ), so obsežni, vendar medsebojno nezdružljivi.
- Na področju kakovosti in varnosti je sodelovanje ključnih deležnikov, predvsem predstavnikov pacientov, pomanjkljivo.
- Finančni nadzor izvaja ZZZS izključno na mikroekonomski ravni (ambulanta/oddelek).
- Strokovni nadzor izvaja Zdravniška zbornica Slovenije na individualni ravni (posamezni zdravnik).

---

<sup>3</sup> Poglavlje je povzeto iz ugotovitev projekta SRSS »Support for improving quality of healthcare and patient safety in Slovenia«.



## **Izzivi na področju kakovosti in varnosti v zdravstvenem sistemu Slovenije**

1. Kakovost in varnost ni zadostno opredeljena.
2. Opravljena analiza doseganja zastavljenih ciljev v strateških dokumentih ni nadgrajena v sistemsko in strateško delovanje za višjo kakovost in varnost zdravstvene obravnave v celotnem zdravstvenem sistemu.
3. Neodvisni državni organ za kakovost in varnost ni vzpostavljen.
4. Standardi na vseh področjih zdravstvenega sistema so pomanjkljivi.
5. Zdravstveni sistem ustrezno ne spodbuja integrirane obravnave, vzpostavitve procesov ali spremljanja izidov.
6. Sistem zbiranja podatkov, usmerjenih na integrirano obravnavo pacientov, s spremljanjem procesov in rezultatov obravnave ni vzpostavljen.
7. Podatki so nezdružljivi in se ne uporabljajo za analize s ciljem preverjanja in proučevanja kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave za paciente.
8. Podatki se zbirajo razdrobljeno in analizirajo na ravni posameznega deležnika z različnimi lastnimi razlagami brez enotne sinteze in analize, kar onemogoča celotno sliko in sistemske predloge popravnih ukrepov.
9. Predlagane in uvedene ukrepe le redko evalvira (načrtuj, naredi, preveri, ukrepaj) neodvisni ocenjevalec.
10. Na področju sistema kakovosti in varnosti ne poteka dovolj raziskav in projektov, ni neodvisnih preiskav napak.
11. Diplomsko in podiplomsko izobraževanje s področja kakovosti in varnosti nista sistemsko urejena.
12. Sistem razdeljevanja sredstev je le delno povezan z vsebino zdravstvene obravnave.
13. Skladnost s priporočili Evropske komisije o zagotavljanju kakovosti in varnosti je nezadostna.
14. Finančni nadzor je nezadosten in ne poteka na naključnem vzorcu.
15. Strokovni nadzor ni sistemski ter zaradi pomanjkanja splošno sprejetih kliničnih smernic in posledično pomanjkanja standardov v večini specialnosti tudi ni ustrezno strukturiran. Zaradi pomanjkanja kadra, ki bi nadzor izvajal, je nadzorov vsekakor premalo.
16. Nadzora kakovosti upravljanja ali kakovosti zdravljenja na ravni ustanove/klinike/oddelka nimamo.

## **Predlagane rešitve na področju kakovosti in varnosti v celotnem zdravstvenem sistemu Slovenije (javno, zasebno)**

### **MOŽNOST A: Takojšnji ukrepi**

1. Javna razprava in sprejetje strategije na področju kakovosti in varnosti z akcijskim načrtom
2. Polno delujoči urad za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu
3. Prilagoditev in sprememba zakonodaje na področju kakovosti in varnosti (Zakon o pacientovih pravicah, ZZDej, ZZVZZ, Zakon o zdravilih in medicinskih pripomočkih, Zakon o zdravniški službi)
4. Sprejetje standardov na področju infrastrukture in medicinske opreme
5. Vzpostavitev podatkovne zbirke za pomoč pri nakupih in investicijah (cena, kakovost)
6. Vzpostavitev enotne oziroma medsebojno povezljive informacijske platforme za zbiranje podatkov s področja poslovnega in strokovnega upravljanja (struktura, procesi, rezultati) pri vseh deležnikih v zdravstvu (CROMi)

7. Analiza podatkov pri vseh deležnikih v zdravstvenem sistemu in priprava razumnega obsega za zbiranje novih podatkov
8. Avtomatizacija spremljanja zadovoljstva pacientov in svojcev z obravnavo (PREMi) na avtomatiziranem obrazcu na zVEM
9. Priprava učnih načrtov na državni ravni s področja kakovosti in varnosti
10. Zagotovitev finančnih sredstev za kakovost in varnost
11. Vzpostavitev smernic kakovosti in varnosti (standardi obravnave) - finančne spodbude za ustanove za pripravo kliničnih poti in sledenje smernicam (iz točke A7)
12. Vzpostavitev informacijskega portala za paciente z informacijami, ki jih potrdijo pisci smernic in ustrezna združenja pacientov
13. Vzpostavitev celostnega nadzora, prilagojenega na vseh ravneh, od oddelka do celotnega sistema

#### **MOŽNOST B: Srednje obdobje (tri leta)**

1. Javna razprava in sprejetje strategije na področju kakovosti in varnosti z akcijskim načrtom
2. Polno delujoči urad za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu
3. Sprejetje zakona o kakovosti in varnosti
4. Vzpostavitev standardov v vseh vložkih v zdravstveni sistem
5. Pomoč izvajalcem v zdravstvenem sistemu pri pripravi javnih razpisov
6. Analiza in poglobljeno preverjanje pridobljenih podatkov z morebitno uskladitvijo metodologije in prilagoditvijo procesov zbiranja. Zagotovitev medsebojne primerljivosti kazalnikov (kontrolne spremenljivke: starost, težko klinično stanje, druge oteževalne okoliščine)
7. Avtomatizacija spremljanja izidov zdravljenja, ki jih sporočajo pacienti (PROMi)
8. Vključitev učnih načrtov v dodiplomske in podiplomske programe izobraževanja
9. Razdelitev finančnih sredstev upošteva kakovost in varnost ter rezultate zdravstvene obravnave na podlagi kazalnikov (sredstva se delijo na podlagi javne ocene kakovosti iz točke B 4)
10. Nadzore je treba kakovostno izboljšati in količinsko povečati: treba je določiti strukturo nadzora na podlagi kazalnikov ter vzpostaviti standardizirane popravne ukrepe in naknadno kontrolo njihovega izvajanja

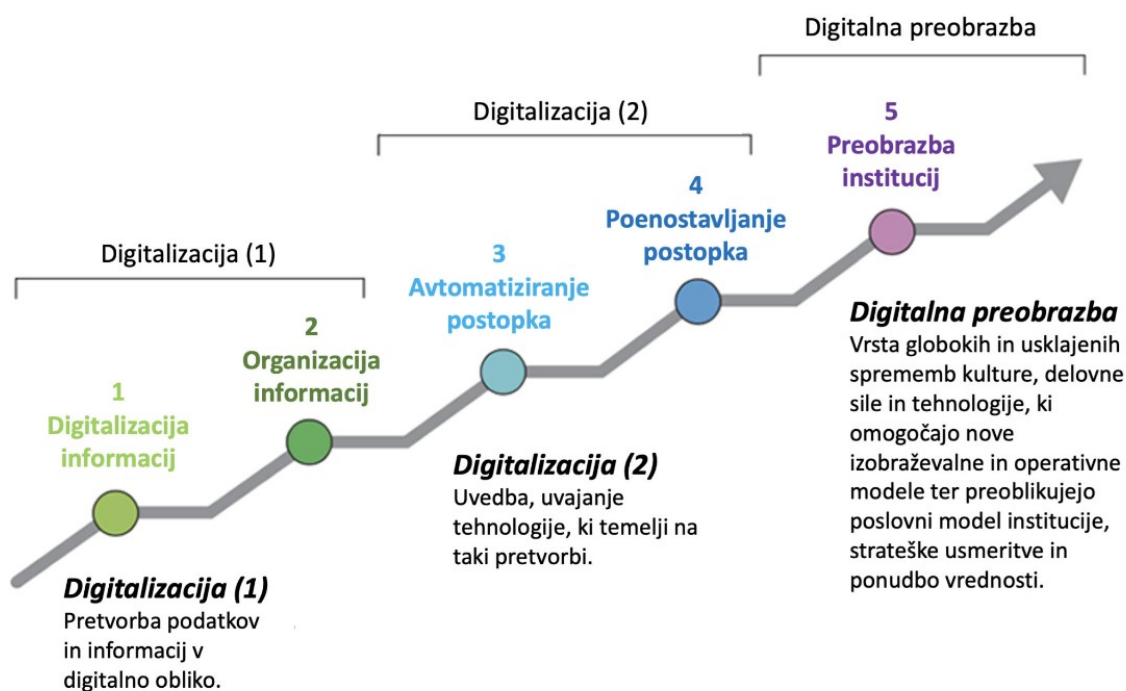
#### **MOŽNOST C: Dolgo obdobje (od štiri do deset let)**

1. Javna razprava in sprejetje strategije na področju kakovosti in varnosti z akcijskim načrtom
2. Polno delujoči urad za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu
3. Spremljanje in nadzor dosežene ravni standardizacije
4. Primerjava cen in kakovosti, doseženih v okviru javnih razpisov, v okviru urada za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu
5. Sprejetje zakona o kakovosti in varnosti
6. Sprejetje zakona o nekrivdni odgovornosti (dekriminalizacija človeških napak)
7. Celostna analiza podatkov in javna objava kazalnikov kakovosti ustanov, predlogi popravnih ukrepov ter njihova evalvacija
8. Vzpostavitev specializacije s področja zdravstvenega menedžmenta in nadzora kakovosti
9. Dokončna vključitev celovitega sistema zagotavljanja kakovosti in varnosti v sistem zdravstvenega zavarovanja na ravni posameznega tima (sredstva se delijo na podlagi javne ocene kakovosti iz točke C 5)

## 4. Digitalizacija zdravstva

Stopnje digitalnega razvoja:

Digitalizacija (1) → [Digitalizacija \(2\)](#) → Digitalna preobrazba



Vir: [Gradiva – 4PDIH](#)

Stopnja digitalizacije zdravstvenega sistema v Sloveniji je v zadnjem desetletju pokazala večplastno ranljivost, ki jo je treba obravnavati sistemsko in z dolgoročnimi rešitvami. Poleg IKT-opreme, infrastrukture, razvoja (delnih) digitalnih rešitev in dostopa do širokopasovne povezave je treba upoštevati enotni sistemski pristop, digitalno pismenost in kompetence (uporabnikov zdravstvenih storitev, zaposlenih v JZZ in celotne družbe), predvsem pa pripravljenost na nove poslovne modele, ki jih digitalizacija prinaša za transparentno in učinkovito delovanje (na primer optimizacija procesov, uvajanje sprememb ter reorganizacija dela za razbremenitev zdravstvenega kadra in kakovostnejšo oskrbo pacientov). Spremembe morajo izhajati iz konkretnih ukrepov z jasnim ciljem, tj. **uporabiti digitalizacijo kot orodje** sprememb pri zdravstveni preventivi ter zagotavljanju kakovostne zdravstvene oskrbe in uporabniške izkušnje (tako zaposlenih v zdravstvu kakor tudi zavarovanih oseb). Ta izhodišča veljajo za zdajšnje stanje in nakazujejo rešitve za naslednjih od pet do deset let. Ob nadaljnji razčlenitvi in dopolnitvi dokumenta je mogoče vsebinsko razširiti in določiti dolgoročno vizijo.

### Stanje

#### Sistemsko upravljanje/zakonodaja

- Zakonska podlaga za izvajanje eZdravja:

Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (ZZPPZ), sprejet leta 2000, od leta 2015 ureja tudi področje eZdravja. V 14. členu opredeljuje eZdravje kot na nacionalni ravni usklajeni zdravstveni informacijski sistem, ki z delovanjem na enotni informacijsko-komunikacijski infrastrukturi omogoča:

- obdelavo zdravstvenih in drugih podatkov, podrobneje določenih v 14.b členu tega zakona in prilogi 2;
- izvajanje storitev eZdravja, ki z elektronskimi sredstvi omogočajo obdelavo podatkov iz prejšnje alineje za namene, določene pri posamezni zbirki eZdravja.

ZZPPZ je tudi temeljna pravna podlaga za rešitve eZdravja. Zakon določa obdelavo in zbirke podatkov s področja zdravstvenega varstva in eZdravja, njihove upravljavce ter upravičence do podatkov. Poleg tega zakona sta za delovanje eZdravja pomembna tudi Zakon o varstvu osebnih podatkov (ZVOP-2) in splošna uredba EU o varstvu osebnih podatkov (GDPR).

- Projekt eZdravje se je začel izvajati leta 2008 pod okriljem MZ (sofinanciranje EU in 15 odstotkov slovensko financiranje). Leta 2015 je bil predan v izvajanje NIJZ, financiranje delovanja eZdravja krije proračun Republike Slovenije.
- Informacijski sistem je razdrobljen in ne sledi potrebam izvajalcev in pričakovani uporabnikov.
- Sprejeta in objavljena je **Strategija za digitalizacijo zdravstva Slovenije 2022–2027 (eHealth for a Healthier Society TSI project)**, ki celostno opredeljuje področja, ki jih je treba urediti, ter je podlaga za konkretni akcijski načrt, tj. aktivnosti, ukrepe in nadaljnja finančna vlaganja v področje.
- V decembru 2022 je bila sprejeta tudi Strategija digitalnih javnih storitev 2030 (MJU), ki zdravstvo določa kot ključno digitalno javno storitev.
- Trenutno je še v veljavi Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja« (6.3.8 Razvoj IKT v zdravstvu), ki konkretno opredeljuje šest najnujnejših ukrepov na področju IKT.

|                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ukrep 1 Prenova Zakona o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva                          |
| Ukrep 2 Nadgradnja elektronskega zdravstvenega kartona                                              |
| Ukrep 3 Poenotenje informacijske podpore pri zdravstvenih izvajalcih                                |
| Ukrep 4 Nadgradnja sistema eZdravje                                                                 |
| Ukrep 5 Povezljivost IKT eZdravja, ZZZS, drugih nacionalnih IKT, socialne in drugih relevantnih IKT |
| Ukrep 6 Uvedba enotnih standardov elektronske izmenjave podatkov v zdravstvu                        |

Vir: [Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja« \(ReNPZV16–25\) \(pisrs.si\)](#).

## IT-infrastruktura, podatki in digitalne rešitve

- ZZPPZ je podlaga za vzpostavitev informacijskega sistema, ki združuje tako infrastrukturo kakor tudi podlago za razvoj digitalnih rešitev. Tehnična interoperabilnost tako med drugim ponuja: zNET-mrežo za varno izmenjavo podatkov, zVEM centralni portal eZdravja in elektronski zdravstveni karton (EHR).

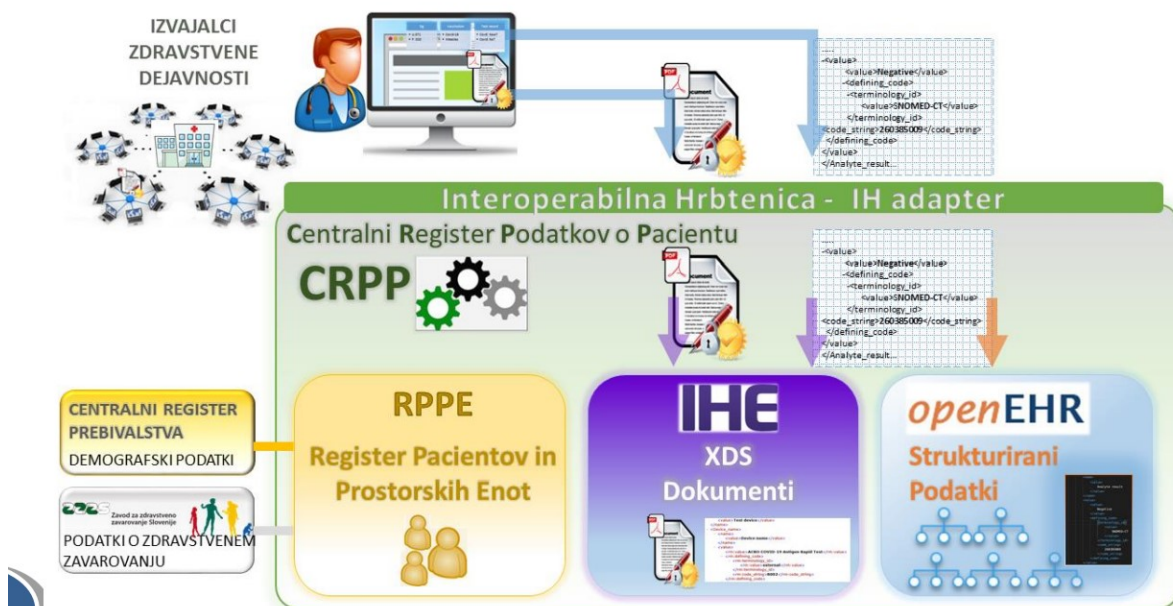


Vir: [Digitalizacija zdravstva in eZdravje \(nijz.si\)](https://www.nijz.si/)

- Vzpostavljena je e-povezava med izvajalci zdravstvenih storitev in ZZZS ter med ZZZS in NIJZ, ki izvaja eZdravje.
- Portal eZVEM, ki ga upravlja NIJZ, ponuja na primer ogled e-Napotnic, e-Receptov ter omogoča dostopnost določenih dokumentov (izvidi specialističnih pregledov, digitalno potrdilo EU o covidu).
- Javni zdravstveni zavodi imajo lokalne informacijske sisteme, ki so jih vzpostavili zunanji (komercialni) ponudniki.
- ZZZS ima interno razvit analitski sistem, kjer zbira in obdeluje zbirke velikih podatkov ([AB – predstavitev analitskega sistema Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije \(devz.si\)](#)).
- Prepoznavamo pa tudi primere dobre prakse, med njimi:
  - Elektronsko pisanje receptov je po podatkih NIJZ v letu 2022 uporabljalo 94 odstotkov zdravnikov splošne medicine (smo v vrhu EU).
  - Splošna bolnišnica Izola s ciljem celovitega upravljanja bolnišnice uporablja informacijski sistem SAP, ki optimizira in digitalizira poslovne procese ([SB Izola, 2019](#)).
  - Ponekod je mogoče e-naročanje bolnikov, ne pa povsod (ni na voljo za vse storitve).
  - [ZZZS – naročilo kartice zdravstvenega zavarovanja.](#)
  - [Naročilo evropske kartice zdravstvenega zavarovanja \(evropska kartica\) – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije \(zzzs.si\).](#)

- eOI<sup>4</sup> (eID) – združitev osebne izkaznice z ZZZS-kartico. eOI omogoča uporabo digitalnega certifikata za dostop do e-javnih storitev. Marca 2023 bo mogoča uporaba eOI v namene, za katere zdaj uporabljamo ZZZS-kartico.
- Obstoječe digitalne rešitve: eZdravje – informacije o rešitvah eZdravja.
- Podatki v centralnem registru podatkov pacientov (CRPP) se zbirajo (obvezno), vendar so večinoma v neustrezni obliki za nadaljnjo obdelavo (nestrukturirani podatki; pdf). Prav tako so zbirke podatkov nepregledne.
- Registri za zbiranje podatkov (centralni, klinični) obstajajo, nekateri delujejo dobro, drugi delno. Dobre prakse: Onkološki inštitut Ljubljana – Register raka Republike Slovenije in drugi registri (onko-i.si).
- Pri informacijski povezavi med JZZ je zaznano pomanjkanje interoperabilnosti in izmenjave podatkov lokalnih informacijskih sistemov s centralnim (izjema: PAX).
- JZZ zbirajo in pošiljajo podatke NIJZ in ZZZS.

## Posredovanje podatkov in dokumentov v CRPP



Vir: [Digitalizacija zdravstva in eZdravje \(nijz.si\)](https://www.nijz.si/)

- NIJZ podatke zbira ter jih obdeluje in analizira. Primeri dobre prakse so:
  - Pregled zdravja v Sloveniji | Zdravje v občini | NIJZ – vizualizacija podatkov za končnega uporabnika.
  - NIJZ objavlja nekatere sekundarne podatke na portal Odprti podatki Slovenije (OPSI).
  - Podatkovni portal NIJZ (na voljo so statistični podatki v preglednicah).

<sup>4</sup> Elektronska osebna izkaznica.

## **Financiranje/investicije**

- Kot investicijo štejemo tudi investicije v digitalizacijo. Vzdrževanje programa eZdravje se financira iz proračuna Republike Slovenije. Ni systemskega financiranja nadaljnega razvoja.
- Investicije v informacijske sisteme lokalnih JZZ: lokalne informacijske sisteme JZZ financirajo sami; za zbirke/registre deloma tudi MZ; za licence JZZ sami in deloma na podlagi letnega načrta.

## **Delovna sila in digitalne kompetence uporabnikov<sup>5</sup>**

- Ni zaznati poudarka na usposabljanju za povečanje digitalnih kompetenc zaposlenih v JZZ.
- Ni zaznati ocene digitalne zrelosti posameznega JZZ kot izhodišča za vzpostavitev digitaliziranih poslovnih procesov in kliničnih poti.
- Ostaja vprašanje motiviranosti zaposlenih v JZZ za uporabo IKT pri delu.
- Imamo primere dobre prakse prodornosti pri posameznih oddelkih ali JZZ na sekundarni ravni, ki pa ne zagotavljajo preboja celote (na primer Splošna bolnišnica Izola, Pediatrična klinika v Ljubljani).
- Spoprijemamo se s kritičnim pomanjkanjem IT-kadra v zdravstvu.

## **Izzivi**

### **Sistemsko upravljanje/zakonodaja**

- Manjka posodobljena zakonska podlaga za izvajanje digitalizacije zdravstva.
- Ni celostnega pristopa glede zakonodaje, upravljanja in izvajanja eZdravja, zdravstvenega zavarovanja in zdravstvenih storitev.
- Področje (strateškega) razvoja digitalizacije in digitalne preobrazbe zdravstva se ne izvajata, kot je predvideno v državnih načrtih in drugih dokumentih.
- V Sloveniji nismo imeli veljavne strategije digitalizacije v zdravstvu od leta 2005 (Microsoft Word - eZdravje116slo.doc (europa.eu)) za obdobje do leta 2010. Nova strategija je bila objavljena 13. januarja 2023 za obdobje 2022–2027.

### **IT-infrastruktura, podatki in digitalne rešitve**

- Kot je razvidno iz sistema ERAR, se uporabljajo različni (lokalni) informacijski sistemi, kjer nista mogoča izmenjava podatkov in dostop do njih med različnimi izvajalci zdravstvene dejavnosti (na primer v nekaterih bolnišnicah uporabljajo več informacijskih sistemov, ki med seboj niso povezani).
- Šifranti obračunskih storitev, vrste zdravstvene dejavnosti in vrste zdravstvenih storitev niso poenoteni.
- Ni avtomatiziranega pošiljanja podatkov s strani izvajalcev zdravstvene dejavnosti v CRPP.
- Informacijski sistemi v JZZ večinoma ne omogočajo:
  - spremljanja izkoriščenosti prostorov, aparaturne in obremenitve zaposlenih,
  - tekočega spremljanja porabe materiala in zdravil ter
  - tekočega spremljanja zaloga.
- Sistem spremljanja posameznikov, ki so doma na dolgotrajni oskrbi, še ni razvit.
- Nestandardizirano zbiranje podatkov v CRPP.

---

<sup>5</sup> Sem štejemo uporabnike zdravstvenih storitev (pacienti, zavarovane osebe) in zaposlene v JZZ.



- Večinoma neurejene zbirke podatkov ovirajo tudi sekundarno zbiranje podatkov za krepitev raziskovalno-razvojnega sektorja.
- Vsi izvajalci zdravstvenih storitev ne pošiljajo zapisov in izvidov v CRPP, kjer zaradi pomanjkanja nadzora tudi ni mehanizma ukrepanja (sankcij).
- Zaznano je pomanjkanje kontrole nad zbiranjem podatkov, ki ga izvajajo izvajalci zdravstvene dejavnosti.
- Standardiziranih zapisov izvidov je zelo malo (patološki izvidi, radiološki izvidi, odpusti in podobno).
- Zaznano je premalo kliničnih registrov za spremljanje uspehov in zapletov zdravljenja najpogostejših bolezni (glede na prebivalstvo).
- Različni izvajalci zdravstvenih storitev nimajo enotnih šifrantov za naročanje storitev/materialov.
- Obstoječa IKT-infrastruktura v okviru platforme e-Zdravje nima vzpostavljenega sistema zbiranja podatkov, usmerjenih v integralno obravnavo pacientov ter spremljanje procesov in rezultatov obravnave.

### **Financiranje/investicije**

- Sprejeta konkurenca med ponudniki rešitev zvišuje stroške izvajalcev, ne spodbuja inovacij in ne zagotavlja povezanosti.
- Potrebni sta nadaljnja analiza stroškov v zdravstvu na področju IKT in vlaganja v razvoj digitalizacije ter opredelitev dolgoročnih virov financiranja.
- Zaznano je pomanjkanje vsebine pri razvoju digitalnih kompetenc zaposlenih v zdravstvu ter prav tako pri pacientih oziroma zavarovanih osebah (na primer za uporabo rešitev eZvem).

### **Predlagane rešitve**

#### **Sistemsko upravljanje/zakonodaja**

- Sprememba zakonodaje na področju eZdravja (na primer prenova ZZPPZ ali nov zakon o digitalizaciji zdravstva) opredelitvijo ključnih področij (na primer podatki, interoperabilnost, infrastruktura, celostno upravljanje področja IT v zdravstvu in podobno), odgovornosti vključenih deležnikov (MZ, NIJZ, ZZS) in spremljanje kakovosti ter nadzor (z mehanizmi sankcij).
- Upoštevati je treba prihajajoča določila Uredbe EHDS ([evropski zdravstveni podatkovni prostor \(europa.eu\)](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A32017R0679)) ter ob sprejetju z njimi uskladiti domačo zakonodajo in smernice.
- Na podlagi nove strategije o digitalizaciji zdravstva je treba pripraviti in izvesti preiščeni akcijski načrt za uveljavitev sprememb na področju digitalizacije zdravstva.
- Pri pripravi sprememb zakonodaje/strategije se doda področje človeških virov (IT-kader, dvig digitalnih kompetenc).

#### **IT-infrastruktura, podatki in digitalne rešitve**

- Uporaba gradnikov HKOM, DRO in obstoječih informacijskih mrež v državni upravi (dober primer prakse: Pladenj, Skrinja).
- Okrepiti IT-kader v zdravstvu z novo IT-enoto za digitalizacijo v zdravstvu izven upravljanja MZ (z upoštevanjem možnosti vzpostavitve osrednje (centralne) državne enote za informatiko).



- Informacijski sistemi – lokalni povezani s centralnim sistemom (interoperabilnost), zagotovitev komunikacijske poti med sistemi.
- Poenoteni vpis uporabnika (ena identiteta – eID) za različne digitalne javne storitve (eNaročanje, eZvem, eDavki in podobno)
- Vzpostavitev enotnega poslovnega informacijskega sistema (ERP) za vse JZZ (lahko fazno/postopno).
- Upoštevati načelo 'en podatek – enkratni vnos'.
- Zeleno in brezpapirno poslovanje in procesi (vse v e-obliki, spremenjeni poslovni (digitalni) model; optimizacija, avtomatizacija, reorganizacija).
- Redna posodobitev IKT-opreme za zaposlene v zdravstvu (prenosniki, tablice, pametni telefoni).
- Enotna aplikacija za vse digitalne javne storitve (en uporabniški vmesnik, več različnih digitalnih javnih storitev v njegovem okviru).
- Razširitev eZVEM rešitev: portal za zdravnike in zdravstvene delavce, portal za paciente in svojce z dostopom do zdravnika, poteka zdravljenja in podobno.
- Primere dobrih praks posameznih oddelkov/bolnišnic razširiti na sistemsko (državno) in mednarodno raven.
- Standardizacija pridobivanja in zbiranja podatkov.
- Prehod iz CRPP v eKarton in celostna nadgradnja elektronskega zdravstvenega zapisa.
  - Ureditev pristojnosti nad podatki in dostopa do njih z uporabo Pladnja ter sledljivost vpogleda v podatke.
  - Odprti podatki za sekundarno rabo.
- Registri podatkov za zdravljenje in preventivo:
  - Klinični registri – vzpostaviti za nekaj najpogostejših diagnoz po področjih).
  - Centralni (CRPP in register raka).
  - Upoštevanje primerov dobrih praks,
  - Sankcije za zdravstvene zavode, če ne pošiljajo podatkov in zaporedje odločanja – kdo je za to odgovoren v JZZ.
- Uporaba OpenEHR – specifikacije odprtega standarda na področju zdravstvene informatike.
- Promocija registrov za pet prednostnih področij bolezni z največjim družbenim bremenom po zgledu registra raka.

### **Financiranje/investicije**

- Opredeliti sistematično krovno financiranje digitalizacije JZZ in zdravstvenega sistema.
- Nadgradnja platforme e-Zdravje z vzpostavitvijo novih modulov, ki omogočajo vzpostavitev in uporabo standardiziranih orodij in metod podpore integralni obravnavi.
- Dvig digitalnih kompetenc zaposlenih v zdravstvu in zavarovanih oseb za hitrejše vključevanje v digitalizacijo zdravstva.
- Namensko podpreti raziskovalno-razvojni sektor pri uvedbi novih tehnologij: na primer aplikativna raba umetne inteligence iz raziskovalnega okolja v prakso JZZ (primer uporabe Nacionalnega akta o umetni inteligenci).
- Priprava in izvedba ocene digitalne zrelosti posameznega JZZ; na podlagi tega se določijo stopnja digitalizacije JZZ ter ukrepi za hitrejše napredovanje pri uvedbi digitalnih procesov in rešitev.

### **Delovna sila in digitalne kompetence uporabnikov**

- V sodelovanju z drugimi organi je treba opredeliti načrt povečevanja digitalnih kompetenc zaposlenih v zdravstvu.
- Kot izhodišče za oceno stanja predlagamo razmislek o oceni digitalne zrelosti JZZ (pregled in uporaba obstoječih orodij) ter ciljano usmeriti razvoj digitalizacije JZZ.
- Dodati vseživljenjsko učenje za stalno nadgradnjo digitalnih kompetenc zaposlenih v JZZ in uporabnikov zdravstvenih storitev.

### **Ozaveščanje in komuniciranje**

- Vključevanje pacientov v t. i. telemonitoring (sodelovanje pacienta z uporabo senzorjev in merilnih naprav, na primer merjenje srčnega utripa, krvnega tlaka, sladkorja in podobno ter pošiljanje rezultatov v svoj portal za paciente).
- Spremljanje poteka bolezni in zdravljenja za pacienta in njegove pooblaščen osebe prek portala za paciente.
- Vzpostavitev podatkovnega portala za zdravstveno edukacijo – preventivo – vzor [Domov | Na sodišču \(nasodiscu.si\)](http://Domov | Na sodišču (nasodiscu.si)) za obrazložitev poteka bolezni in zdravljenja.
- Intenzivna komunikacijska kampanja za paciente glede dostopa in uporabe digitalnih javnih rešitev na področju zdravstva (kaj je eKarton, eZVEM, uporaba eID pri obisku zdravnika in podobno).