

DOMET ZDRAVSTVENEGA SISTEMA - KJE JE SLOVENIJA?

Velimir Bole

1.Uvod

6

Zakonska ureditev zdravstvenega sistema je že zelo dolgo praktično nespremenjena. Zato postaja z vsakim dnem politično vse težje spraviti večji obseg zakonskih sprememb skozi parlament. V dolgem razdobju je namreč prišlo do velikega števila raznoraznih sprememb v delovanju sistema (seveda znotraj nespremenjenega zakonskega okvira), kakor tudi do velikega števila problemov, ki so le napol ali sploh niso rešeni. Za vsako od takšnih sprememb ali problemov je lobistična skupina, ki skuša neposredno ali preko medijev (običajnega obveščanja in afer, izmišljenih ali dejanskih) vplivati na pripravo zakonskih sprememb oziroma na poslance, ki jih bodo sprejemali. To pa ne povečuje le informacijskega šuma in nejasnosti presoje o tem, kaj naj bi obsegale zakonske spremembe, temveč predvsem politični potencial za blokiranje sprememb in za pripravo novih volitev. Še zlasti, ker postajajo poslanci in drugi politiki z bližanjem volitev vse bolj dojemljivi za »prepričevanje« množice lobističnih skupin.

Situacija je zelo podobna dogajanju na začetku leta 2011, ko se je pripravljala sprememba pokojninske zakonodaje. Vlada je pripravila tehnično dober zakon, a politično prerivanje in trgovanje v sami koaliciji ter bore malo alternativnih idej in medla podpora same vlade so pripeljali do referendumskega blokiranja zakona in padca vlade ter sprejetja praktično nespremenjenega zakona nekaj mesecev kasneje, seveda v novi parlamentarni zasedbi. Če zanemarimo ogromne narodnogospodarske škode, ki jih je sprožilo blokiranje zakona¹, je za pripravo nove zdravstvene zakonodaje zelo poučno predvsem sporočilo, da je koalicijska kakofonija mnenj o ključnih ciljnih zakonskih sprememb in spremljajoča medla podpora same vlade zelo slaba popotnica zakonu, ki se sprejema po tako dolgem času in že s krepko iztrošeno koalicijo.

Če sodimo o ključnih ciljnih zakonskih sprememb zdravstvenega sistema, se seveda predpostavlja, da najbolj pomembne zatečene značilnosti zdravstvenega sistema niso sporne, oziroma, da so največje systemske pomanjkljivosti njegovega delovanja jasne. Postavlja se vprašanje, ali je takšna predpostavka ustrezna?

¹ Blokada je namreč dokončno »potrdila«, da država ni opravilno sposobna in jo tako potisnila med države, ki naj bi potrebovale trojko in nato tudi v ustrezne več milijardne izdatke.

Večje systemske pomanjkljivosti v delovanju lahko nazorno razkrijejo primerjave z zdravstvenimi sistemi, ki delujejo v podobnih gospodarskih okoljih, kjer imajo prebivalci podoben življenjski stil in vrednote. Zaradi tega se zdi smiselno odgovoriti na gornje vprašanje s primerjavo zdravstvenega sistema v Sloveniji z zdravstvenimi sistemi razvitih držav v Evropi. Še posebno, ker to omogoča enotna baza podatkov pa tudi precejšnje število že objavljenih analiz, ki se ukvarjajo s takšnimi primerjavami.

V nadaljevanju so tako dokumentirane osnovne značilnosti zdravstvenih sistemov v EU in, na osnovi primerjave, tudi največja odstopanja zdravstvenega sistema v Sloveniji od zdravstvenih sistemov (najboljše prakse) v EU. S pomočjo takšne primerjave so nato tudi identificirane ključne systemske značilnosti, ki so verjetno v ozadju dokumentiranih odstopanj – relativnih slabosti zdravstvenega sistema v Sloveniji, torej značilnosti, ki bi morale biti v fokusu zakonskih sprememb.

7

Naslednja točka se ukvarja z empirično ilustracijo osnovnih faz delovanja zdravstvenega sistema, medtem ko je v točki za njo, torej v tretji točki, podan pregled nekaterih novejših študij, ki se ukvarjajo z učinkovitostjo zdravstvenih sistemov in vsebujejo tudi ocene za Slovenijo. V zaključku je nanizano nekaj izstopajočih značilnosti zdravstvenega sistema v Sloveniji, ki jih potrjujejo tako prikazani podatki kot pregledane študije.

2. Osnovne značilnosti zdravstvenega sistema

Kaj primerjati. Osnovno-grobo oceno delovanja posameznih segmentov širše države je najlažje dobiti s primerjavo z dobro prakso ustreznih sistemov v razvitih državah. Tako je tudi z ocenjevanjem zdravstvenega sistema. Takšnih študij je veliko, praviloma se ukvarjajo z enostavno primerjavo rezultatov (zdravstvenih dosežkov) ob predpostavljenih virih (fizičnih ali finančnih) zdravstvenih sistemov držav, ki predstavljajo dobro prakso delovanja zdravstva. Za Slovenijo se zdi najbolj smiselna primerjava z razvitimi državami (OECD), še zlasti z državami EU, saj ima Slovenija s temi državami podobne tudi ostale (neposredno ne analizirane) pogoje (na primer, življenjski stil - navade prebivalstva, dostopnost do zdravstvenega sistema), ki določajo rezultate zdravstvenega sistema.

Pri primerjavi z državami najboljše prakse je seveda osnovno vprašanje, kaj naj se sploh primerja; ali le vložena sredstva in končne rezultate (zdravstvene dosežke) ali tudi posamezne faze procesa zdravstvenega sistema. Najbolj pogosto so primerjave zdravstvenih sistemov omejene na primerjavo izdatkov za zdravstvo z najbolj osnovnimi indikatorji dosežene ravni zdravja. Pa še te ocene so lahko zelo približne, če se ne upoštevajo ostali (od zdravstvenega sistema neodvisni) faktorji, ki prav tako vplivajo na raven zdravja v državi. Na osnovi takšnih primerjav lahko sodimo le o tem, kakšna je celovita učinkovitost zdravstvenega sistema v Sloveniji glede na države najboljše prakse. Za vodenje politike je torej uporabna le glede ocenjevanja nujnosti potencialnih zakonskih sprememb sistema.

V kolikor se s primerjavo z dobro prakso razvitih držav želi identificirati tudi najbolj pomembne systemske razlike-pomanjkljivosti, je potrebno preiti z enostavne primerjave finančnih virov in končnih učinkov-rezultatov zdravstvenega sistema - na primerjavo vsaj osnovnih faz delovanja zdravstvenega sistema. Takšna primerjava je lahko za nosilce zdravstvene in ekonomske politike toliko bolj pomembna, če se po daljšem času ukvarjajo z obsežnejšim spreminjanjem zakonodaje, ko je že zaradi obsega predvidenih sprememb v delovanju sistema, identifikacija ključnih usmeritev bistvena. To je še zlasti nujno, če se zakonodaja spreminja po dolgem zakonskem zatišju, ko je prišlo do večjih sprememb v delovanju sistema, ki institucionalno »visijo v zraku« in zato generirajo intenzivno lobistično napihovanje zelo raznovrstnih problemov in »problemov«, kar ne polni le medijskega prostora, temveč predstavlja tudi zelo plodna tla za politična razvrščanja, pritiske in izsiljevanja.

Pri več faznem primerjanju zdravstvenih sistemov je seveda vprašanje, katere faze je smiselno ločeno primerjati z najboljšo prakso razvitih držav? Za vodenje politike so ključne štiri osnovne faze delovanja vseh segmentov širše države, namreč faza oblikovanja finančnih virov in financiranja, faza oblikovanja fizičnih resursov, faza proizvodnje storitev oziroma proizvodov ter končno faza vrednotenja učinkov – povratna zveza med učinki in odločitvami. Prva je pomembna zaradi obsega in dinamike fiskalnih virov, druga zaradi ustreznosti vzpodbud in mehanizmov dolgoročnega investiranja, tretja zaradi ustreznosti vzpodbud in mehanizmov operativnega dela in zadnja zaradi prilaganja aktivnosti ustreznega segmenta javnega sektorja njegovim narodnogospodarskim (družbenim) ciljem. Ker so v vsaki od navedenih faz nosilci odločitev različni, je pri zakonodajnem spreminjanju sistema ključna ločena obravnava vsake od njih.

Tudi pri vodenju politike zdravstvenega sistema je potrebno razlikovati vsaj omenjene štiri faze aktivnosti.² Zato je ključne probleme, na katere ciljajo zakonske spremembe, ki se pripravljajo, potrebno identificirati-analizirati vsaj po navedenih fazah. Pri tem analiza faze financiranja obsega tako analizo dinamike in stabilnosti virov financiranja, kot tudi obsega in strukture tokov financiranja. Analiza faze oblikovanja fizičnih resursov zdravstvenega sistema se ukvarja z oblikovanjem resursov, ki neposredno določajo obseg in strukturo proizvodnje zdravstvenih storitev. Gre za število in strukturo zdravnikov, za število sester, število postelj, ipd. Generiranje zdravstvenih storitev je naslednja bistvena faza delovanja zdravstvenega sistema. Zdravstvene storitve so dejansko vmesni produkt delovanja sistema. Rezultati te faze kažejo, kakšen obseg in strukturo storitev je zdravstveni sistem sposoben generirati; običajno se ti rezultati ilustrirajo s številom pregledov-konzultacij zdravnikov, s številom odpustitev v bolnišnicah, eno in drugo preračunano na število prebivalcev in s povprečnim trajanjem oskrbe (hospitalizacije) v bolnišnicah. Analiza zadnje faze delovanja zdravstvenega sistema obsega vrednotenje učinkov storitev zdravstvenega sistema na

² Glej, na primer, Jacobs(2006), Bekaroglu(2015) ali EC(2015).

zdravstveno stanje prebivalstva. Ti končni rezultati zdravstvenega sistema se običajno dokumentirajo z nekaterimi osnovnimi indikatorji zdravstvenega stanja prebivalstva, kot so, na primer, pričakovana življenjska doba ob rojstvu, ali pričakovana življenjska doba ob 65 letu starosti ali pa pričakovana zdrava leta življenja po 65 letu, ipd.

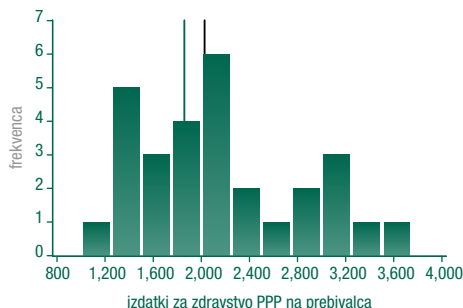
Seveda na zdravstvene dosežke v državi vplivajo tudi druge, od zdravstvenega sistema neposredno neodvisne, okoliščine - determinante zdravja, kot, na primer, prehrana, telesna aktivnost, razvade, dostop do zdravstvenega sistema, ipd. Zato so v analizah učinkovitosti zdravstvenih sistemov tovrstne determinante zdravja praviloma upoštevane kot kontrolne spremenljivke, saj lahko opazno spremenijo zdravstvene dosežke države (vrednosti ustreznih indikatorjev zdravja), neodvisno od delovanja zdravstvenega sistema v ožjem smislu, torej neodvisno od ostalih omenjenih spremenljivk. Kot takšne kontrolne spremenljivke življenjskega stila se pogosto upoštevajo tri, ki opazno poslabšujejo zdravstvene dosežke v državi, namreč, pitje alkohola, kajenje ter prekomerna teža ter ena kontrolna spremenljivka, ki izboljšuje zdravstvene dosežke v državi, namreč povprečna izobrazba.

Ker lahko tudi druge značilnosti življenjskega stila vplivajo na dosežke zdravstvenega sistema, je izbor vzorca držav, ki določa najboljšo prakso, najbolj smiselno prilagoditi tako, da so v njem države, ki se po življenjskem stilu čim manj razlikujejo.

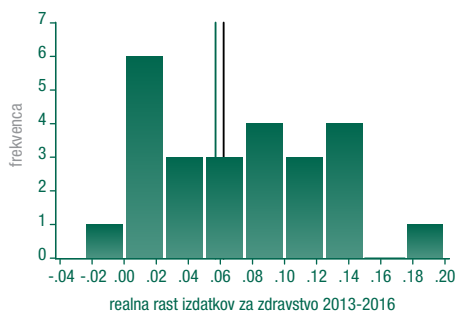
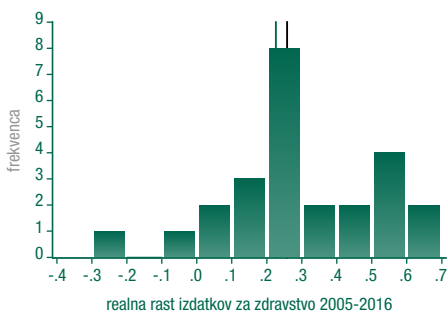
Finančna sredstva. Nekateri osnovni podatki, ki kažejo obseg in dinamiko finančnih sredstev, ki jih prejema zdravstveni sistemi v Sloveniji in drugih evropskih državah, so ilustrirani na sliki 1. Prikazani so izdatki za zdravstvo na prebivalca (v evrih, popravljeni za razlike v kupni moči) ter realna rast sredstev v obdobju po vstopu v EU ter v obdobju po 2013, torej obdobju sedanjega okrevanja gospodarstva.

Na dlani je, da so v Sloveniji izdatki za zdravstvo (na prebivalca) za približno 10% manjši kot na mediani evropskih držav (1859 v primerjavi z 2096), manjši so tudi od najbolj razvitih novih članic EU (Češke, Slovaške in Madžarske). Navkljub temu pa po vstopu v EU vseskozi zaostajajo v rasti za mediano evropskih držav. Tako so v razdobju po vstopu v EU zaostajali realno za približno 0.3% na leto. Ne glede na opazno pospešitev gospodarske aktivnosti, je tudi v zadnjih treh letih relativnega okrevanja gospodarstva (v Sloveniji glede na EU) omenjeno zaostajanje sredstev za zdravstvo v Sloveniji ostalo še naprej nespremenjeno.

Slika 1.
Obseg in dinamika financiranja



10



Vir: EC(2015); OECD;lastni izračuni

Opomba: Izdatki za zdravstvo na prebivalca popravljene za kupno moč leta 2013; realna rast izdatkov za zdravstvo 2005-2016; realna rast izdatkov za zdravstvo 2013-2016; frekvenca = število držav EU po posamezni značilnosti; z zeleno črto je označen položaj Slovenije; s črno je označena mediana EU

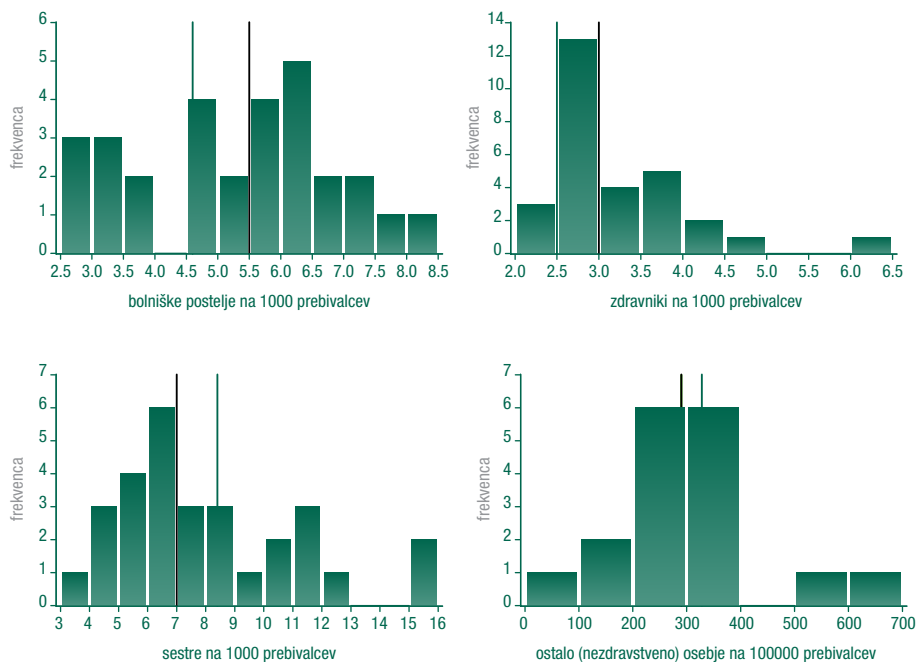
Fizični resursi. Ključna determinanta proizvodnje zdravstvenih storitev so seveda zatečeni fizični resursi zdravstvenega sistema. Ilustrirani so na sliki 2. Prikazan je relativno število zdravnikov, sester in ostalega nezdravstvenega osebja ter bolniških postelj v zdravstvenih sistemih držav EU.

Na dlani je, da je medicinskih sester (na število prebivalcev) za približno 20% več, zdravnikov pa za prav toliko manj od mediane evropskih zdravstvenih sistemov. Istočasno pa je ostalega osebja za okoli 10% več kot na mediani evropskih držav. Čeprav se stalno dokazuje, da je bolnic preveč, kaže primerjava z državami EU, da je v Sloveniji bolniških postelj (na število prebivalcev) precej (za okoli 20%) manj, kot v povprečju evropskih zdravstvenih sistemov.

Ključna omejitev delovanje zdravstvenega sistema v Sloveniji je očitno opazno manjše relativno število zdravnikov. Ta omejitev je še opazno večja zaradi neoptimalne strukture specializacij zdravnikov. Ta namreč opazno odstopa od strukture v državah v EU (Belgija,

Francija, Luksemburg, Švedska, Nizozemska, Španija in Ciper), ki izstopajo po optimalnosti ureditve zdravstvenega sistema³. Kot namreč kaže slika 2, struktura zaposlenih zdravnikov (po posameznih zdravniških specialnostih) v Sloveniji močno odstopa od medianske strukture omenjenih držav z najbolj učinkovito organiziranim zdravstvom, torej od strukture, ki omogoča omenjenim državam optimalne rezultate pri danih vloženi sredstvih.

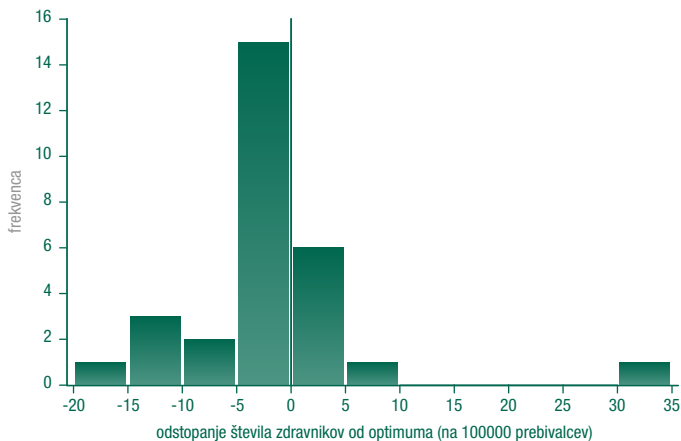
Slika 2.
Kratkoročni resursi zdravstvenega sistema



Vir: Eurostat; EC(2015); OECD; lastni izračuni

Opomba: Število medicinskih sester na 1000 prebivalcev; število zdravnikov na 1000 prebivalcev; število nezdravstvenega osebja v bolnišnicah na 100000 prebivalcev; število bolniških postelj na 1000 prebivalcev; frekvenca = število držav EU po posamezni značilnosti; z zeleno črto je označen položaj Slovenije; s črno je označena mediana EU

Slika 3.
Odstopanje števila zdravnikov od optimuma



Vir:OECD:Eurostat; lastni izračuni

Opomba: Odstopanje števila zdravnikov od optimuma po specialnostih (splošni zdravniki so ena od specialnosti); optimum določajo Belgija, Francija, Luksemburg, Švedska, Nizozemska, Španija in Ciper; število zdravnikov na 100000 prebivalcev po specialnostih; z zeleno črto je označena meja med specialnostmi s primanjkljajem oziroma presežkom zdravnikov

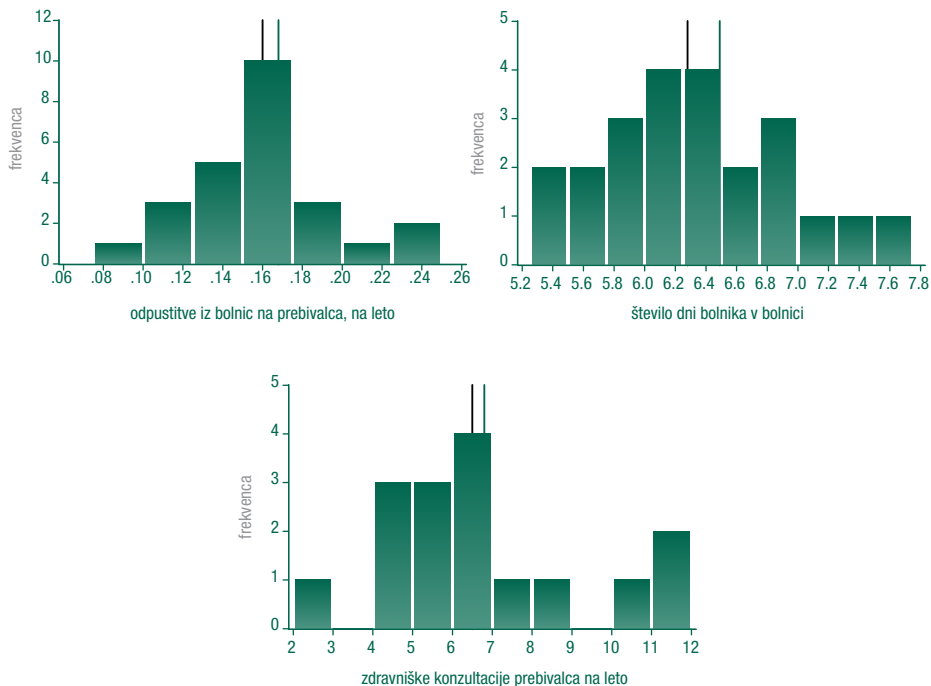
12

Kot kaže slika 3 je v Sloveniji v skoraj 60% specialnosti zdravnikov opazno manj kot v državah, ki imajo optimalno urejeno zdravstvo⁴, v 40% specialnosti pa je zdravnikov precej več, kot v optimalni ureditvi. Po številu je slednjih skoraj ena petina vseh aktivnih zdravnikov (okoli 1200). Efektivno je torej relativni primanjkljaj zdravnikov še bistveno (enkrat) večji, kot kažejo podatki na sliki 2, saj ozko grlo zdravstvenega procesa povečujejo manjkajoče specialnosti zdravnikov.

Zdravstvene storitve. Obseg zdravstvenih storitev, ki jih generira zdravstveni sistem, relativno glede na razpoložljive resurse, ilustrira njegovo tehnično učinkovitost. Na sliki 4 je ilustriran relativni obseg zdravstvenih storitev, ki jih generirajo zdravstveni sistemi držav EU. Prikazan je obseg zdravniških pregledov (konzultacij), število odpustitev iz bolnic (eno in drugo na 1000 prebivalcev) ter povprečna dolžina hospitalizacije. Slovenija in mediana evropskih držav sta ponovno posebej označeni.

⁴ Pri nekaterih specialnostih jih je tudi za 70% in več odstotkov manj (na primer, ortopedov-kirurgov, travmatologov, kardiologov, ipd), kot v državah z optimalno organiziranim zdravstvenim sistemom. Splošni zdravniki so prikazani kot ena od takšnih, bolj obsežnih, specialnosti v primanjkljaju.

Slika 4.
Storitve zdravstvenega sistema



13

Vir: Eurostat; EC(2015); OECD; lastni izračuni

Opomba: Število odpustitev iz bolnišnic na prebivalca; povprečno število dni v bolnišnici; število zdravniških konzultacij na prebivalca; frekvence = število držav EU po posamezni značilnosti; z zeleno črto je označen položaj Slovenije; s črno je označena mediana EU

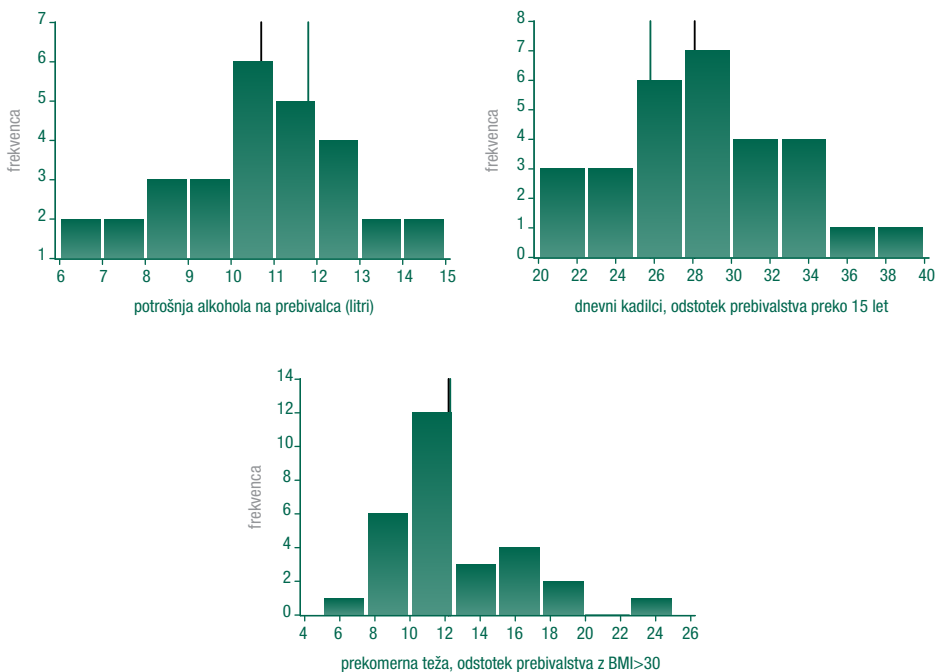
Vsi trije indikatorji, s katerimi se običajno ilustrira obseg storitev zdravstvenih sistemov, v Sloveniji presegajo ustrezne medianske vrednosti v EU za približno 4%. Najbolj preseneča obseg zdravniških pregledov, ki je v Sloveniji prav tako višji kot v EU, čeprav je zdravnikov skoraj četrtino manj in še med njimi je, kot rečeno, zaradi neoptimalne strukture specialnosti, slaba petina (1200) zdravnikov manj obremenjenih. Ker velik primanjkljaj v resursih, namreč v številu in strukturi zdravnikov, ne (!) vpliva na ustrezen obseg storitev zdravstvenega sistema, lahko sklepamo, da je del sistema (zdravnikov) daleč bolj obremenjen, kot je to normalno v zdravstvenih sistemih evropskih držav, kakor tudi, da bo (bi) potencialno reformiranje zdravstva in torej tudi povečanje ustreznih resursov lahko normaliziralo obremenitev ključnih specialnosti zdravnikov, ne bo pa opazno povečalo obsega ustreznih storitev, ki jih sistem generira.

Rizični faktorji - življenjski stil. Dokumentiran, relativno zelo velik obseg zdravstvenih storitev, ki jih generira zdravstveni sistem v Sloveniji, je seveda le »mesni produkt«

njegovega delovanja, ne pa njegov ključni rezultat- cilj. Za presojo dometa zdravstvenega sistema je namreč bistveno, kakšen je njegov (končni) učinek na raven zdravja prebivalstva, torej kakšni so njegovi zdravstveni učinki. Kot rečeno, se zdravstveni dosežki držav primerjajo med seboj s primerjavo nekaj osnovnih indikatorjev zdravja prebivalstva, kot so pričakovana življenjska doba (ob rojstvu in ob 65 letu starosti) ali pričakovana zdrava leta življenja (ob rojstvu ali ob 65 letu) in podobno. Ker pa na te zdravstvene dosežke ne vpliva le obseg in kvaliteta storitev zdravstvenega sistema temveč tudi življenjski stil prebivalstva, je pri vrednotenju-primerjavi končnih rezultatov zdravstvenega sistema v Sloveniji glede na ostale države EU potrebno predhodno pregledati tudi morebitne razlike v življenjskem stilu.

14

Slika 5.
Življenjski stil



Vir: Eurostat; EC(2015); OECD; lastni izračuni

Opomba: Letna potrošnja alkohola na prebivalca (v litrih); odstotek prebivalstva nad 15 let, ki redno dnevno kadi; odstotek prebivalstva s prekomerno težo (BMI>30); frekvenca = število držav EU po posamezni značilnosti; z zeleno črto je označen položaj Slovenije; s črno je označena mediana EU

Na sliki 5 so prikazane tri pomembne determinante zdravstvenega stanja, ki se običajno uporabljajo za ilustracijo posledic življenjskega stila v posamezni državi: pitje alkohola, kajenje in prekomerna teža. Vsak od teh faktorjev opazno poslabšuje zdravstveno stanje

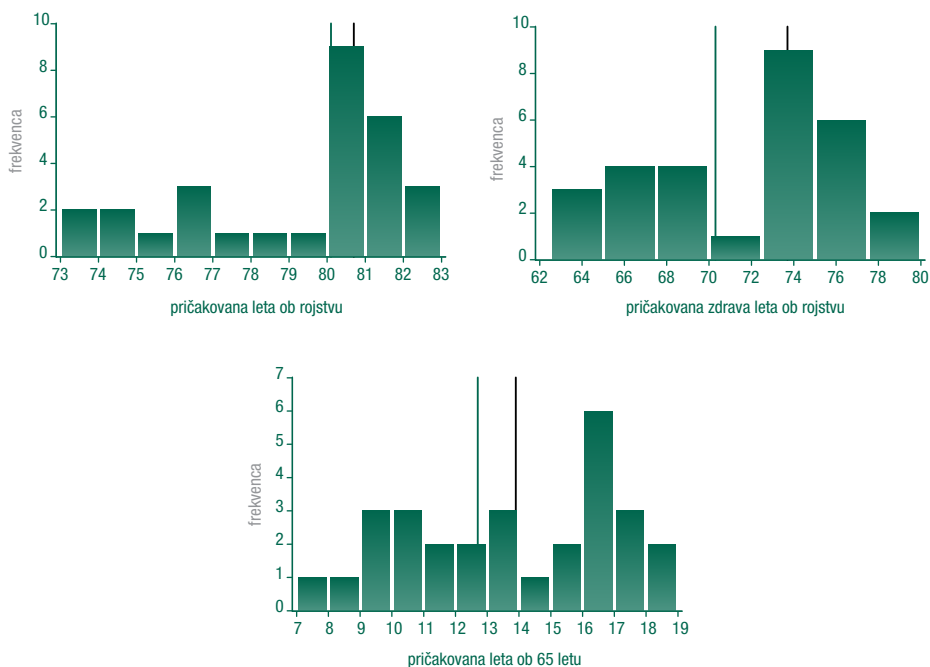
prebivalstva, zato je pri vrednotenju-primerjavi učinkov zdravstvenih storitev med državami potrebno upoštevati morebitne razlike v izpostavljenosti omenjenim rizičnim faktorjem.

Na dlani je, da v Sloveniji popijemo v povprečju precej več (okoli 10%) alkohola, kadimo pa precej manj (okoli 8%) kot v medianskih državah EU, medtem ko je delež prebivalstva s prekomerno težo (12.3%) praktično enak kot v EU. Ker v neposredni primerjavi z državami EU relativne tveganosti zdravstvenih dosežkov zaradi pitja oziroma kajenja ni mogoče ovrednotiti, ni mogoče sklepati o tem, ali življenjski stil v Sloveniji bolj poslabšuje zdravstvene dosežke kot v EU – to je (bi bilo) možno šele z modelsko analizo.

Rezultati zdravstvenega sistema. Če upoštevamo tudi zdravstvene posledice življenjskega stila, lahko ovrednotimo končne rezultate obsega in strukture zdravstvenih storitev, ki jih generira zdravstveni sistem v Sloveniji in na osnovi tega tudi sklepamo o (ne)zadostnosti razpoložljivih sredstev in drugih pomanjkljivosti sistema.

15

Slika 6.
Zdravstveni dosežki



Vir: Eurostat; EC(2015); OECD; lastni izračuni

Opomba: Pričakovana leta ob rojstvu; pričakovana zdrava leta ob rojstvu; pričakovana zdrava leta ob starosti 65 let; frekvenca=število držav EU po posamezni značilnosti; z zeleno črto je označen položaj Slovenije; s črno je označena mediana EU

Nekaj najbolj osnovnih indikatorjev ravni zdravja, ki se pogosto navajajo, je ilustrirano na sliki 6. Prikazana je pričakovana življenjska doba in pričakovana zdrava leta ob rojstvu ter pričakovana zdrava leta pri 65 letih.

Vsi trije dokumentirani indikatorji kažejo, da so zdravstveni dosežki v Sloveniji slabši kot na mediani EU držav. Razlika je najmanjša pri pričakovani življenjski dobi ob rojstvu (0.7%) in največja pri pričakovanih zdravih letih od 65 leta dalje (8%)

16

Glede na to, da je obseg storitev, ki jih generira zdravstveni sistem v Sloveniji relativno večji kot v medianskih zdravstvenih sistemih EU, so lahko slabši zdravstveni dosežki posledica ali nižje kvalitete zdravstvenih storitev ali/in napačne strukture storitev (zaradi napačne strukture specialnosti in zato preobremenjenosti posameznih specialnosti zdravnikov ali premajhnih sredstev, kot je dokumentirano na slikah 1,2 in 3), ali pa večjega negativnega učinka slabih razvad – življenjskega stila (prekomernega pitja alkohola, kot kaže slika 5). Bolj natančen odgovor lahko da le modelska analiza, ki obsega vse ilustrirane faze procesa proizvodnje storitev zdravstvenega sistema (ilustrirana je v nadaljevanju).

3. Učinkovitost zdravstvenega sistema

Ideja modeliranje učinkovitosti. Narodnogospodarsko je pri vrednotenju vsakega segmenta širše države bistveno povezati rezultate s sredstvi, ki so porabljena za njegovo delovanje. Tako je tudi pri zdravstvenem sistemu. Z najboljšo prakso razvitih držav je potemtakem potrebno primerjati finančna sredstva, ki so porabljena v zdravstvu glede na ustrezne učinke na zdravstveno stanje prebivalstva.

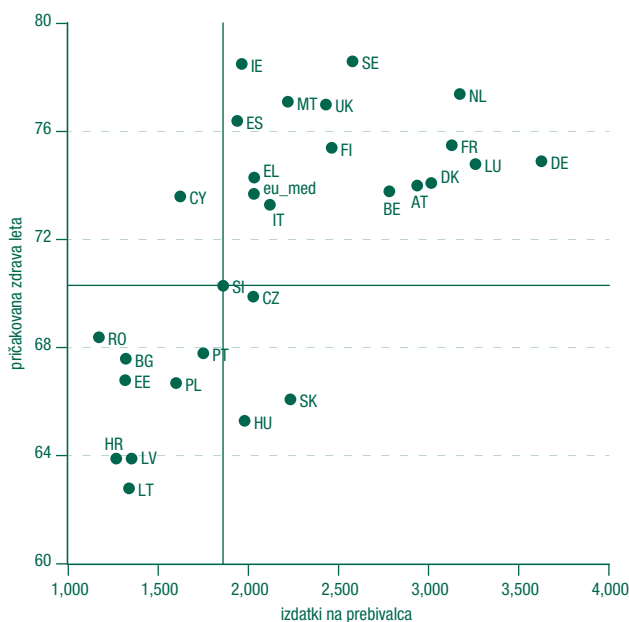
Najbolj grobe ilustracije učinkovitosti zdravstvenih sistemov tako primerjajo le v zdravstveni sistem vložena sredstva z zdravstvenimi dosežki (pričakovano življenjsko dobo ob rojstvu, ali/in pričakovana leta ob 65 letu starosti ali/in pričakovana zdrava leta ob 65 letu starosti) torej z ravniyo zdravja, kot rezultatom zdravstvenega sistema. Ideja merjenja učinkovitosti je ilustrirana na sliki 7. Prikazan je razsevni diagram vrednosti dveh spremenljivk za zdravstvene sisteme v državah EU. Prikazani so izdatki za zdravstvo na prebivalca (preračunani v enote kupne moči) in pričakovana leta ob rojstvu (vrednosti se nanašajo na leto 2013)..

Ovojnica prikazanih vrednosti, ki povezuje po vrsti države Romunijo, Hrvaško, Ciper in Španijo, ter nespremenjeno od Španije dalje, kaže (hevristično rečeno) dosegljive vrednosti zdravstvenih dosežkov pri vsaki od vrednosti finančnih sredstvih, saj pri nobeni od vrednosti za sredstva ni države (ali kombinacije držav), ki bi imela večjo pričakovano življenjsko dobo (ki bi ležala nad ovojnico). Te države torej določajo dobro prakso za vse prikazane države EU. Ostale države, ki ležijo pod ovojnico, so seveda manj učinkovite, vendar se razlikujejo po velikosti neučinkovitosti. Vrednost neučinkovitosti kaže oddaljenost države od ovojnice (ustrezna razlika v pričakovanih letih) pri njenih izdatkih na zdravstvo. Če

sodimo po sliki 7 je Sloveniji, na primer, bolj učinkovita od Poljske, Češke, Slovaške, Madžarske, Danske, Nemčije, Avstrije itd. in manj učinkovita, na primer, od Portugalske, Francije, Italije in vseh držav, ki določajo dosegljivo mejo (ki so učinkovite).

Čeprav pregled posameznih značilnosti zdravstvenega sistema v prejšnji točki kaže, da pri večini prikazanih značilnosti zdravstveni sistem v Sloveniji malo odstopa od mediane evropskih držav, je lahko učinkovitost zdravstvenega sistema v Sloveniji bistveno različna od mediane EU, saj mora celovita analiza obsegati odstopanja več analiziranih (in ilustriranih) faz aktivnosti zdravstvenega sistema (ustreznih spremenljivk).

Slika 7.
Zdravstveni sistemi EU – finančna sredstva in zdravstveni dosežki



Vir: EC(2015); lasti izračuni

Opomba: Input in rezultat zdravstvenega sistema; input - finančna sredstva na prebivalca popravljena za kupno moč; rezultat - pričakovana leta ob rojstvu; Slovenija je posebej označena; leto 2013

Empirično ocenjevanje učinkovitosti zdravstvenih sistemov (relativno glede na vzorec držav, ki določa najboljšo prakso) je že vsaj 20 let standardni način vrednotenja kvalitete zdravstvenih sistemov.⁵ Vendar je v zadnjih letih prišlo do opaznih sprememb v načinu vrednotenja. V prvih letih so namreč ocenjevali le tehnično učinkovitost zdravstvenih sistemov (sposobnost generiranja čim večjega obsega zdravstvenih storitev ob danih fizičnih

5 Vsaj od analiz Fare in ostali (1994) in (1997) dalje; glej tudi Hollingstworth in ostali (2002).

resursih), medtem ko so v zadnjih letih⁶ začeli sistematično meriti učinkovitost zdravstvenih sistemov s končnimi rezultati, torej z učinki na zdravstveno raven prebivalstva, merjeno z omenjenimi osnovnimi indikatorji zdravstvene ravni prebivalstva (na primer, s pričakovano povprečno življenjsko dobo, pričakovanimi zdravimi leti življenja po 65 letu, ipd.) in ne le z obsegom storitev, ki jih generirajo zdravstveni sistemi, kot je bilo pravilo v starejših študijah. Prav zaradi tega se v novejših analizah upošteva tudi ostale determinante zdravja (na primer življenjski stil), saj te lahko opazno vplivajo na zdravstvene dosežke, ne pa tudi na obseg zdravstvenih storitev.

18

Ocene celovite učinkovitosti. Analize celovite učinkovitosti praviloma obsegajo primerjavo doseženih zdravstvenih dosežkov (dosežene ravni zdravja prebivalstva, merjene z omenjenimi osnovnimi indikatorji) z vloženimi finančnimi sredstvi in zato vedno omogočajo neposredno (vsaj grobo) presojo-oceno zaostanka za najboljšo prakso, ne pa nujno tudi identifikacije ustreznih pomanjkljivosti zdravstvenega sistema⁷. Slednje je odvisno od tega, kako natančno so modelirane tudi vmesne faze zdravstvenega procesa (in ne le sredstva in rezultati).

Pregled uspešnosti zdravstvenega sistema v Sloveniji v nekaterih tovrstnih novejših študijah je v tabeli 1. Dokumentiran je (centilni) rang Slovenije med državami EU in leto, na katero se študija nanaša.⁸ Na dlani je, da je celovita učinkovitost zdravstvenega sistema Slovenije vsaj tako velika kot v medianskem zdravstvenem sistemu držav EU, po letu 2010 pa verjetno še boljša, okoli konca tretjega decila zdravstvenih sistemov EU.

Tabela 1.
Učinkovitost zdravstvenih sistemov v EU

| Študija | Leto | rang Slovenije |
|-----------------|------|----------------|
| Gearhart(2016) | 2000 | 47 |
| Gearhart(2016) | 2010 | 28 |
| Gearhart(2016) | 2012 | 39 |
| OECD(2015) | 2007 | 52 |
| Asandului(2014) | 2010 | 30 |

Vir: Asandului(2014); Gearhart(2016a), Gearhart(2016b); OECD(2015); lastni izračuni

Opomba: Ocena učinkovitosti zdravstvenih sistemov v EU; model DEA; leto na katero se nanašajo podatki in rezultati ocene; rang Slovenije je v centilih

6 Po analizi Jacobs in ostali (2009)

7 Takšne so, na primer, analize OECD(2015), Asandului in drugi(2014) ali meta študija Gearhart(2016a).

8 Študije OECD(2015) in Asandului(2014) so samostojne, medtem ko je študija Gearhart(2016a) meta analiza, ki obsega rezultate 9 samostojnih študij učinkovitosti zdravstvenih sistemov, različnih avtorjev, narejenih in objavljenih v obdobju 2004-2016; vse so v vzorcu imele tudi države EU; v tabeli 1 so prikazane povprečne vrednosti ustreznih devetih študij. Tudi za študijo Asandului(2014) je v tabeli 1 prikazan povpreček rezultatov, saj so v študiji prikazane ocene za štiri alternativne modele. V vseh prikazanih študijah so rezultati zdravstvenega sistema merjeni z enim ali več od navedenih osnovnih indikatorjev ravni zdravja prebivalstva, medtem ko so kot finančni inputi uporabljena sredstva za zdravstvo na prebivalca ali BDP na prebivalca (eno in drugo popravljeno za kupno moč). V vseh prikazanih študijah je uporabljena DEA metoda ocene učinkovitosti. Glej, na primer, Zhu(2004).

Za nosilce zdravstvene politike precej bolj uporabne pa so študije učinkovitosti zdravstvenih sistemov, ki (analitično) ločijo posamezne faze aktivnosti sistema, saj se s tem, kot rečeno, omogoča identificiranje večjih pomanjkljivosti (prednosti) in ne le presojanje ustreznosti oziroma neustreznosti zdravstvenega sistema. Takšnih analiz je malo, pa še te so pogosto premalo razdelane – narejene so le v enem koraku (enem nepovezanem modelu).⁹

Oglejmo si natančneje rezultate dveh študij zdravstvenega sistema, ki eksplicitno upoštevata vse faze aktivnosti zdravstvenega sistema¹⁰. V obeh je učinkovitost ocenjena za vse države EU, tudi za Slovenijo¹¹. Prva je nastala pod okriljem in za potrebe Evropske Komisije (EC(2015)). Narejena je v enem koraku; modeli torej obsegajo več faz, vendar niso med seboj povezani. Zato je ocena celovite učinkovitosti (povezave finančnih sredstev in rezultatov) natančna, dostop do ocen učinkovitosti posameznih faz, torej detekcija osnovnih pomanjkljivosti zdravstvenega sistema, pa le posredna in nepopolna¹². Druga takšna ocena je predstavljena v študiji Bekaroglu(2015), ki je tudi modelsko narejena v več stopnjah. Vsaka od njih obsega eno fazo aktivnost zdravstvenega sistema, zato ta študija omogoča natančno analizo ne le celovite učinkovitosti temveč tudi pomanjkljivosti posameznih faz aktivnosti zdravstvenih sistemov razvitih držav OECD, še zlasti financiranja. Obe študiji vključujeta tudi rezultate za Slovenijo.

Rezultati študije evropske komisije so povzeti v tabelah 2 in 3. V prvi tabeli so prikazane ocenjene celovite učinkovitosti za vse faze aktivnosti zdravstvenega sistema, v drugi tabeli pa je ocenjena učinkovitost fizičnih resursov (faza razdelitve finančnih sredstev ni obsežena).

9 Skoraj praviloma posamezne faze aktivnosti zdravstvenega sistema niso ocenjene z ločenimi modeli, v kolikor pa so, modeli posameznih faz niso povezani med seboj. Zato je v teh študijah pogosto preveč spremenljivk za število opazovanj-držav (pri OECD 34, pri EU 29), zato je variabilnost ocen med državami vzorca majhna – ocene učinkovitosti pa so nenatančne.

10 Gre za analize EC(2015) in Bekaroglu(2015).

11 V obeh je uporabljena DEA metodologija (model podatkovne ovojnice).

12 Študija ima tudi druge pomanjkljivosti. Zaradi premajhnega vzorca EU držav, je po več spremenljivk agregirano v indikatorje, poleg tega izbor spremenljivk ni usklajen (izdatki za zdravstvo so, na primer, popravljeni za kupno moč, BDP na prebivalca v socialno-ekonomskem indikatorju pa ne), ipd.

Tabela 2.
Celovita učinkovitost

| Input | Indikator zdravstvenih dosežkov | Ostali pogoji | Slovenija | EU povprečje | EU 3. kvartil |
|------------------|---|---------------|-----------|--------------|---------------|
| Izdatki pc (PPP) | PL ob rojstvu | - | 0.97 | 0.98 | 0.98 |
| Izdatki pc (PPP) | PL ob 65 letu | - | 0.9 | 0.94 | 0.95 |
| Izdatki pc (PPP) | zdrava PL ob rojstvu | - | 0.91 | 0.92 | 0.92 |
| Izdatki pc (PPP) | zdrava PL ob 65 letu | - | 0.7 | 0.82 | 0.87 |
| Izdatki pc (PPP) | PL ob rojstvu (korekcija za življenjski stil) | - | 0.97 | 0.97 | 0.98 |
| Izdatki pc (PPP) | zdrava PL ob rojstvu (korekcija za življenjski stil) | - | 0.91 | 0.94 | 0.96 |

Vir:EC(2015); lastni izračuni

Opomba: Celovita učinkovitost; indeks učinkovitosti ocenjen z DEA metodo: 0 neučinkovit, 1 učinkovit sistem; izdatki pc (PPP) – finančna sredstva za zdravstvo na prebivalca popravljena za kupno moč; PL pričakovana leta; življenjski stil – korekcija pričakovanih let (PL) zaradi pitja alkohola, kajenja in presežne teže

20

V drugi tabeli pa je ocenjena učinkovitost uporabe fizičnih resursov (torej števila zdravnikov, sester in bolniških postelj na 100000 prebivalcev), torej učinek fizičnih resursov na raven zdravja prebivalstva.

Zdravniški dosežki so v obeh tabelah kvantificirani z omenjenimi osnovnimi indikatorji (pričakovano življenjsko dobo pri rojstvu ali pri 65 letu, pričakovanimi zdravimi leti pri rojstvu ali pri 65 letu).

Tabela 3
Učinkovitost uporabe fizičnih resursov

| Input | Indikator zdravstvenih dosežkov | Ostali pogoji | Slovenija | EU povprečje | EU 3. kvartil |
|-----------------|---|-------------------------------|-----------|--------------|---------------|
| Fizični resursi | PL ob rojstvu | SE okolje in življenjski stil | 0.98 | 0.98 | 0.98 |
| Fizični resursi | PL ob 65 letu | SE okolje in življenjski stil | 0.95 | 0.95 | 0.95 |
| Fizični resursi | zdrava PL ob rojstvu | SE okolje in življenjski stil | 0.94 | 0.94 | 0.94 |
| Fizični resursi | zdrava PL ob 65 letu | SE okolje in življenjski stil | 0.83 | 0.83 | 0.84 |
| Fizični resursi | PL ob rojstvu (korekcija za življenjski stil) | SE okolje | 0.98 | 0.98 | 0.98 |
| Fizični resursi | zdrava PL ob rojstvu (korekcija za življenjski stil) | SE okolje | 0.95 | 0.95 | 0.95 |

Vir:EC(2015); lastni izračuni

Opomba: Učinkovitost porabe fizičnih resursov; indeks učinkovitosti ocenjen z DEA metodo: 0 najmanjša učinkovitost, 1 največja učinkovitost; fizični resursi (zdravniki, sestre, število postelj); vse na 100000 prebivalcev); PL pričakovana leta; SE socialno ekonomsko okolje (BDP na prebivalca, izobrazba); življenjski stil – korekcija pričakovanih let (PL) zaradi pitja alkohola, kajenja in presežne teže

Življenjski stil (pitje, kajenje in presežna teža) ni modeliran z ločeno spremenljivko, temveč je v dveh modelih spremenljivka rezultata zdravljenja (raven zdravja prebivalstva) popravljena za verjeten učinek pitja, kajenja in prekomerne teže. Od ostalih faktorjev, ki vplivajo na zdravje (neodvisno od zdravstvenega sistema), je upoštevan samo socialno-ekonomski indikator v oceni učinkovitosti izkoriščanja fizičnih resursov (glej tabelo 3)¹³. Glede na to, da je življenjski stil pomembna determinanta zdravja (vendar neodvisna od zdravstvenega sistema), upoštevana pa je le v zadnjih dveh modelih tabele 2, lahko trdimo, da sta zadnja dva modela celovite učinkovitosti najbolj kompletna. Istočasno modeli učinkovitosti resursov v tabeli 3 vsi vsebujejo vpliv življenjskega stila in so, glede tega, vsi kompletni- primerljivi.

21

Kot kažejo vrednosti v tabeli 2, je celovita učinkovitost zdravstvenega sistema Slovenije malo nižja kot pri mediani EU pri vseh indikatorjih zdravniških rezultatov razen pri enem. V povprečju pri vseh modelih učinkovitost zdravstvenega sistema v Sloveniji zaostaja za mediansko učinkovitostjo za približno 0.023 (2.3 odstotka). Pri obeh kompletnih modelih (ki vsebujeta tudi vpliv življenjskega stila) je zaostanek za mediano še manjši, v povprečju 0.015 ali 1.6 odstotka. Ker je disperzija celovite učinkovitosti med državami EU majhna, je tudi zaostanek Slovenije za tretjim kvartilom (torej za 25 odstotkov) najbolj učinkovitih zdravstvenih sistemov v EU le 0.031 ali za 3.1 odstotne točke, pri obeh kompletnih modelih.

Rezultati v tretji tabeli kažejo, da je učinkovitost fizičnih resursov zdravstvenega sistema v Sloveniji še boljša. Saj je učinkovitost pri vseh modelih enaka kot pri medianskem zdravstvenem sistemu EU in le pri enem modelu nižja (za 0.012 ali 1.2 odstotne točke) od učinkovitosti 3. kvartila najbolj učinkovitih evropskih zdravstvenih sistemov. Učinkovitost uporabe fizičnih resursov je torej v Sloveniji zelo visoka. To seveda le potrjuje ugotovitev, ki je narejena že pri primerjavi slik 4 in 2, da namreč obseg storitev zdravstvenega sistema v Sloveniji presega povprečje v EU, ne glede na to, da so fizični resursi (število zdravnikov in postelj na 100000 prebivalcev) precej skromnejši od povprečja EU! V kolikor so torej čakalne vrste v Sloveniji daljše kot v povprečju v EU, so torej le zato, ker struktura specialnosti zdravnikov bistveno odstopa od optimalne, saj je število pregledov (na prebivalca) večje kot v povprečju v EU.

Najbolj osnovni rezultati študije Bekaroglu(2015) so ilustrirani na slikah 8 in 9 ter v tabeli 4. Na sliki 8 je prikazana učinkovitost pri proizvodnji zdravstvenih storitev, na sliki 9 pa celovita učinkovitost zdravstvenih dosežkov, v tabeli 4 pa so dokumentirani ključni prispevki k zaostajanju zdravstvenih dosežkov v Sloveniji in povprečju OECD za najboljšo prakso zdravstvenih sistemov razvitih držav.

Pri oceni učinkovitosti proizvodnje zdravstvenih storitev so upoštevani isti indikatorji resursov (število zdravnikov, sester in bolniških postelj) in dosežkov (število odpustitev iz

13 Obsega BDP na prebivalca in izobrazbo.

bolnišnic, dolžina hospitalizacije in število pregledov pri zdravniku) ter isti rizični faktorji (pitje, kajenje in prekomerna teža,) kot v študiji Evropske Komisije, dodana pa je kontrolna spremenljivka za neenakost dostopa do zdravniškega sistema in kvaliteto storitev¹⁴. Ocene so narejen za razdobje 2004-2011.

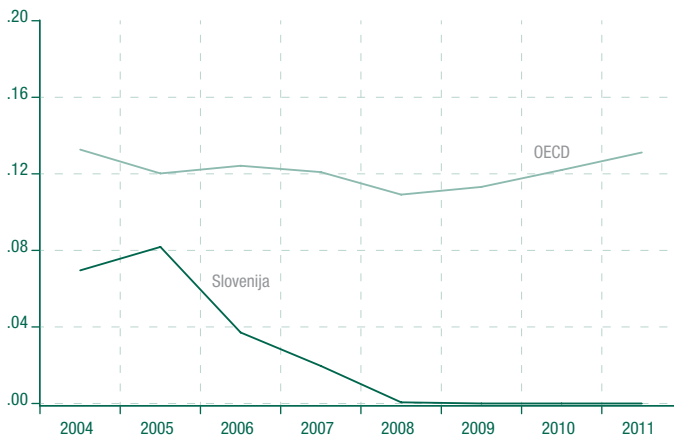
22

Tudi ta študija dokumentira, da je v Sloveniji učinkovitost generiranja-proizvodnje zdravstvenih storitev zelo visoka, opazno višja kot v povprečju OECD držav, kjer je bila v analiziranem obdobju povprečna neučinkovitost okoli 0.125 (več kot enkrat višja kot v Sloveniji) – torej so v razdobju 2004-2011 zdravstveni sistemi OECD v povprečju nudili pri danih resursih za okoli 12.5% manj zdravniških storitev od najboljše prakse. Po letu 2008 se je učinkovitost zdravstvenega sistema Slovenije pri proizvodnji zdravstvenih storitev povečala celo na samo mejo dosegljive učinkovitosti (njegova neučinkovitost je torej padla na 0), z danimi resursi potemtakem tudi najboljši zdravstveni sistemi v OECD nebi mogli proizvesti več zdravstvenih storitev (pregledov pacientov in zdravljenj v bolnišnicah) kot slovenski! Na dlani je, da ta študija ocenjuje učinkovitost zdravstvenega sistema v Sloveniji pri doseganju zdravstvenih storitev še višje kot študija Evropske Komisije, pri tem pa, za razliko Evropske Komisije, upošteva tudi kvaliteto storitev!

Celovita učinkovitost pri zdravstvenih dosežkih (ki so merjeni s pričakovanimi leti ob rojstvu, pričakovanimi leti ob 65 letu in z umrljivostjo dojenčkov) je po 2006 prav tako višja kot v povprečju OECD držav, konec analiziranega obdobja (2011) je dosegla 0.026. Torej je zdravstveni sistem v Sloveniji ob danih fizičnih in finančnih resursih ter danih kontrolnih spremenljivkah (rizičnih faktorjih, kvaliteti storitev in enakosti dostopa do zdravstvenega sistema) dosegal le za 2.6% slabše zdravstvene dosežke od najbolj učinkovitih zdravstvenih sistemov razvitih držav.

¹⁴ Neenakost pri dostopu do zdravstvenega sistema je še zlasti pomembna pri oceni učinkovitosti zdravniških sistemov v anglosaksonskih državah.

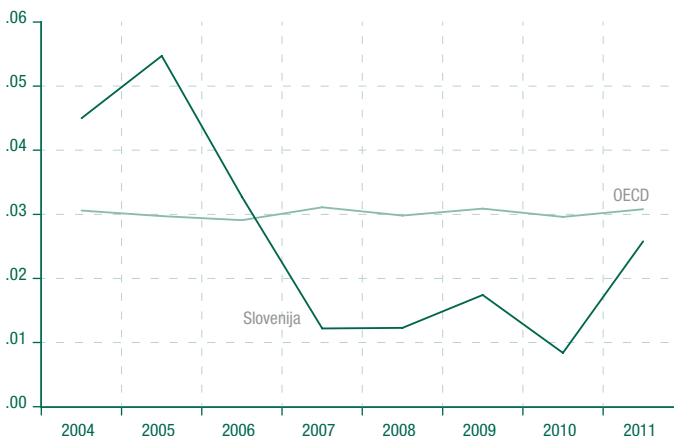
Slika 8.
Neučinkovitost proizvodnje zdravstvenih storitev



Vir: Bekaroglu(2015); lastni izračuni

Opomba: Neučinkovitost proizvodnje zdravstvenih storitev; zaostanek za najboljšo prakso razvitih držav OECD; večstopenjski DEA model; panelni podatki; zdravstvene storitve - število pregledov pri zdravniku, število odpustitev v bolnišnicah (oboje na 1000 prebivalcev) in povprečna dolžina hospitalizacije; resursi - število zdravnikov, število sester in število postelj v bolnišnicah (vse na 100000 prebivalcev); kontrolne spremenljivke za življenjski stil (pitje, kajenje in prekomerna teža), neenak dostop do zdravstvenega sistema in kvaliteto storitev

Slika 9.
Neučinkovitost doseganja zdravstvene ravni prebivalstva



Vir: Bekaroglu(2015); lastni izračuni

Opomba: Celovita neučinkovitost zdravstvenih dosežkov (ravni zdravja); zaostanek za najboljšo prakso razvitih držav OECD; indikator neučinkovitosti sega od 0 do 1; večstopenjski DEA model; panelni podatki; rezultat prve stopnje je merjen z zdravstvenimi storitvami - število pregledov pri zdravniku, število odpustitev v bolnišnicah (oboje na 1000 prebivalcev) in povprečna dolžina hospitalizacije; resursi prve stopnje - število zdravnikov, število sester in število postelj v bolnišnicah (vse na 100000 prebivalcev); rezultat druge stopnje je merjen z zdravstvenimi dosežki - pričakovana leta ob rojstvu, pričakovana leta ob 65 letu in smrtnost dojenčkov; resursi druge stopnje - finančna sredstva (dolarji na prebivalca popravljene za kupno moč); kontrolne spremenljivke za življenjski stil, neenak dostop do zdravstvenega sistema in kvaliteto storitev.

Tabela 4.
Zmanjšanje zdravstvenih dosežkov pod optimalno raven - faktorji

| | OECD | Slovenija |
|--|--------|-----------|
| Neučinkovitost proizvodnje storitev (S) | 0.007 | 0 |
| Neučinkovitost zdravstvenih dosežkov (D) | 0.0237 | 0.0258 |
| U. življenjskega stila na (S) | 0.004 | 0 |
| U.življenjskega stila na (D) | 0.0159 | 0.0069 |
| U. izdatkov na (S),(D) | 0.0013 | 0.0271 |
| U. izdatkov na življenjski stil | 0.0028 | 0.0021 |
| Vsi faktorji | 0.055 | 0.062 |

24

Vir: Bekaroglu(2015); lastni izračuni

Opomba: Faktorji zaostajanja zdravniških dosežkov (dosežene ravni zdravja) za najboljšo prakso OECD; leto 2011; življenjski stil obsega učinke rizičnih faktorjev (kajenje, pitje in prekomerna teža) in učinke neenakega dostopa do zdravstvenega sistema; U. življenjskega stila na (S) - učinki življenjskega stila na neučinkovitost proizvodnje zdravstvenih storitev; U.življenjskega stila na (D) - učinki življenjskega stila na neučinkovitost zdravstvenih dosežkov; U. izdatkov na (S),(D) - učinki finančnih sredstev na neučinkovitost proizvodnje zdravstvenih storitev in neučinkovitosti zdravstvenih dosežkov

Ker je zdravstveni sistem v Sloveniji pri proizvodnji zdravstvenih storitev učinkovit, je očitno celotno zaostajanje v učinkovitosti za najboljšimi zdravstvenimi sistemi posledica slabših učinkov zdravstvenih storitev, saj zdravstveni sistem generira optimalen (dovolj velik) obseg storitev (pri danih resursih). To kažeta tudi prvi dve vrstici tabele 4.

Seveda pa na zaostajanje v zdravstvenih dosežkih Slovenije glede na razvite države z najboljšimi zdravstvenimi sistemi vplivajo tudi predpostavljene (dane) vrednosti kontrolnih spremenljivk (ki so v Sloveniji praviloma nižje-slabše kot v razvitih državah). Te sicer ne vplivajo na ocenjeno neučinkovitost zdravstvenega sistema, vplivajo pa na zaostajanje zdravstvenih dosežkov. V tabeli 4 so prikazani učinki dveh kontrolnih spremenljivk, ki sta ključni za Slovenijo, namreč učinki življenjskega stila in še zlasti financiranja¹⁵.

Premajhno financiranje očitno močno povečuje zaostajanje za zdravstvenimi dosežki razvitih držav z optimalno urejenimi zdravstvenimi sistemi (povzroča praktično enako velik zaostanek kot sama neučinkovitost zdravstvenega sistema). Ustrezno zaostajanje nastaja predvsem zaradi nižje kvalitete zdravstvenih storitev, ki je posledica premajhnih finančnih sredstev. Te namreč omogočajo le podpovprečen obseg fizičnih resursov (predvsem premajhno število zdravnikov) in bolj racioniran dostop do sodobne zdravstvene tehnologije (prispevek k zaostajanju zdravstvenih dosežkov za najboljšimi zdravstvenimi sistemi je 0.027). Že samo normalizacija fizičnih resursov bi zahtevala povečanje sredstev

¹⁵ Neenak dostop do zdravstvenega sistema, ki je zelo pomemben za anglosaksonske države, v Sloveniji ne poslabšuje zdravstvenih dosežkov.

za 5%, povečanje dostopa do sodobne zdravstvene tehnologije pa nekajkrat več.¹⁶ Precej manj (le 0.002) prispevajo k zaostajanju tudi premajhna razpoložljiva finančna sredstva za omejevanje rizičnih faktorjev (pitja, kajenja in prekomerne teže).

Če se upošteva tako neučinkovitost zdravstvenega sistema kot premajhna razpoložljiva finančna sredstva, potem je zaostajanje zdravstvenih dosežkov v Sloveniji za najboljšimi zdravstvenimi sistemi razvitih držav večje kot v povprečju OECD držav (6.2% oziroma 5.5%)!

4.1. Relativni domet zdravstvenega sistema v Sloveniji - povzetek

25

Pri danih fizičnih in finančnih sredstvih, ki so na razpolago, so učinki zdravstvenega sistema v Sloveniji na zdravstveno stanje prebivalstva vsaj enaki kot v povprečju držav EU, po 2010 pa so verjetno še boljši - dosegajo države na konca tretjega decila najboljših v EU.

Pri danih (podpovprečnih) fizičnih resursih je obseg zdravstvenih storitev, ki jih generira, nadpovprečen v EU. Takšen je tudi obseg pregledov pri zdravnikih, čeprav je zdravnikov na število prebivalcev skoraj četrtno manj kot v povprečju EU in čeprav je pri precejšnjem številu specialnosti relativni manko zdravnikov še neprimerno večji (zdravnikov je celo 70% manj na število prebivalcev, kot v državah EU z optimalno urejenim zdravstvenim sistemom). Po učinkovitosti obsega storitev zdravstveni sistem v Sloveniji torej določa najboljšo prakso v EU.

V kolikor so čakalne vrste v Sloveniji daljše kot v povprečju v EU, so torej le zato, ker struktura specialnosti zdravnikov bistveno odstopa od optimalne, saj je število pregledov (na prebivalca) večje kot v povprečju v EU. Zaradi istega razloga so zdravniki nekaterih specialnosti bistveno bolj obremenjeni, kot je normalno v EU, in so zato glavni vzvod za pritiskanje na plače.

Pri danem obsega zdravstvenih storitev so učinki na zdravstveno stanje prebivalcev v Sloveniji med tretjim decilom in mediano zdravstvenih sistemov v EU.

Relativno zaostajanje učinkovitosti zdravstvenega sistema za učinkovitostjo generiranja zdravstvenih storitev, je predvsem posledica finančnih omejitev - bistveno premajhnega obsega finančnih sredstev za doseganje zdravstvenih učinkov najboljših zdravstvenih sistemov v EU. Samo izboljšanje kvalitete storitev zaradi nezadostnih fizičnih resursov bi

¹⁶ Pri tem je smiselno opozoriti, da je že dejansko financiranje zdravstva manjše od nominalnega oziroma zakonsko predvidenega. Tako, na primer, izdatki za zdravstvo obsegajo tudi del stroškov specializacije (torej šolanja), sredstva iz SPIZ-a namenjena zdravstveni blagajni niso alikvotna povečanjem mase pokojnin in podobno. Zniževanje obračunskih cen in amortizacije, ki je povzročilo zatečene neplačane obveznosti v bolnišnicah, ni vredno niti omenjati.

zahtevalo povečanje sredstev za 5%, izboljšanje kvalitete storitev zaradi omejenega dostopa do najmodernejshe tehnologije pa nekajkrat več. Pri tem pa je že dejansko financiranje zdravstva manjše od formalno izkazanega oziroma zakonsko predvidenega.

Zmanjšanje učinka zdravstvenih storitev na zdravje prebivalcev zaradi zatečenega življenjskega stila (pitja, kajenja in prekomerne teže) je v Sloveniji pol manjše kot v povprečju razvitih držav.

Slovenija pripada skupini držav EU, pri katerih so učinki neenakega dostopa do zdravstvenega sistema na zdravje prebivalcev zanemarljivi.

26

4.2. Potrebne spremembe zdravstvenega sistema - povzetek

Potrebno je povečati število zdravnikov, še zlasti v deficitarnih specialnostih. Zato se mora prilagoditi sistem dodeljevanja specializacij.

Ustrezno povečanje in prilagoditev strukture specialnosti bo normaliziralo obremenitev posameznih specialnosti zdravnikov, ne bo pa opazno povečalo obsega storitev, ki jih sistem generira.

Zaradi primanjkljaja zdravnikov in drugih fizičnih resursov je potrebno vsebinsko povezovati - (in ne ločevati!) javne in privatne ponudnike zdravstvenih storitev. Še zlasti, ker privatni ponudniki zdravstvenih storitev nastajajo prav na segmentih zdravstvenega sistema, kjer so največji primanjkljaji resursov (pričakovane rente največje).

Vsebinska povezava javnega in privatnega segmenta ponudnikov zahteva vzpostavitev sistema polnega vrednotenja (kratko in dolgoročnih) stroškov ne le diagnoz temveč tudi posameznih storitev zdravstvenega sistema ter obračunavanje storitev po vstopnem mestu (javnem ali privatnem) pacienta v sistem.

Vsebinska povezava javnega in privatnega segmenta ponudnikov (polno stroškovno vrednotenje storitev in racioniranje resursov) zahteva spremembo vodenja (polna pooblastila vodstev bolnišnic) in nadzora javnih bolnišnic, torej spremembo zakona o javnih zavodih.

Potrebna je korekcija financiranja zdravstva. Najprej je potrebno prilagoditi dejansko financiranje formalno izkazanemu oziroma zakonsko predvidenemu. Nato je potrebno finančna sredstva za zdravstvo povečati, saj je nezadostnost sredstev ključen razlog za manjšo kvaliteto zdravstvenih storitev. Samo za vzdržnost učinkovitosti zdravstvenega sistema pri generiranju sedanjega obsega in kvalitete storitev je potrebno sredstva trajno povečati vsaj za 5%.

5. Omenjena literatura

Asandului L., M.Roman and P.Fatulescu (2014), "The efficiency of healthcare systems in Europe: a Data Envelopment Analysis Approach", *Procedia Economics and Finance*, 10, 261-268.

Bekaroglu, C.(2015), "A Multi-Stage Efficiency Analysis of OECD Healthcare and the Impact of Technical Change", *Doctoral Dissertations 977*, University of Connecticut.

European Commission (2015), »Efficiency Estimates of Health Care Systems«, *Economic papers* 549.

Färe, R. et al. (1994), "Productivity Developments in Swedish Hospitals: A Malmquist Output Index Approach", in *Data Envelopment Analysis. Theory, Methodology and Applications*, in Charnes, Cooper, Lewin and Seiford (eds.) (Kluwer Academic Publishers. Boston).

Färe R, Grosskopf S, Lindgren B, Poullier J-P. (1997), "Productivity growth in health care delivery", *Medical Care*, 35(4): 354–366.

Gearhart, G.(2016a), "No theory: an explanation of the lack of consistency in cross-country health care comparisons using non-parametric estimators", *Health Economics Review*, Springer, 6-20.

Gearhart, R. (2016b), "The robustness of cross-country healthcare rankings among homogeneous OECD countries", *J. Appl Econ*, 113–44.

Hollingsworth, B. and Wildman, J. (2002), "The Efficiency of Health Production: Reestimating the WHO Panel Data Using Parametric and Nonparametric Approaches to Provide Additional Information", *Working Paper No. 131*, Melbourne: Monash University, Centre for Health Program Evaluation.

Jacobs, R., Smith, P. C., & Street, A. (2006), "Measuring efficiency in health care", New York: Cambridge University Press.

OECD (2016), »Public Spending Efficiency in OECD«, Dutu R. and P. Sicari, *OECD Economics Department Working Papers*, No.1278, OECD Publishing, Paris.

Zhu,J.(2004), »Quantitative Models for Performance Evaluation and Benchmarking«, Kluwer Academic Publishers, Boston.