

TÁJÉKOZTATÓ ORSZÁGTANULMÁNY SZLOVÉNIA EGÉSZSÉGÜGYÉRŐL



GYEMSZI

Gyógyszerészeti és Egészségügyi
Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet

Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság
Rendszerelemzési Főosztály

2014. október

Tartalom

Gazdasági-politikai háttér	2
Demográfia	2
Egészségügyi rendszer jellemzői.....	3
Finanszírozás	3
Egészségügyi szolgáltatások.....	5
Minőségügy	8
e-egészségügy	8
Egészségügyi reformok	9
Források	10

Gazdasági-politikai háttér

Alapvető gazdasági indikátorok:

A GDP növekedési rátája az előző évhez képest:

2012: -2,5 százalék

2013: -1,1 százalék

Inflációs ráta (HICP), 2013: 1,9 százalék

Munkanélküliségi ráta, 2013: 10,1 százalék

Államháztartási egyenleg a GDP százalékában, 2013: -14,7 százalék

Államadósság a GDP százalékában, 2013: 71,7 százalék¹

Szlovénia gazdasága 1992 óta folyamatosan nőtt, támogatva az átfogó konvergencia-folyamatot. 2007. január 1-én az új EU-tagok közül elsőként lépett be az eurózónába, miután teljesítette a Maastrichti Szerződésben előírt követelményeket. Ugyanakkor a gazdasági válság Szlovéniában is lefékezte a gazdasági növekedést. A GDP 2013-ban 1,1 százalékkal csökkent. A munkanélküliségi ráta 10,1 százalék, az államháztartási hiány a GDP százalékában 14,7 százalék volt. 2013-ban az államadósság a GDP 71,7 százaléka volt. Bár 2012-ben és 2013 elején fontos reformokat fogadtak el (pl. fiskális konszolidációs pálya, nyugdíj reform, jóléti kiadások átalakítása), további és erőteljesebb reformokra van szükség a hosszan tartó gazdasági visszaesés kockázatának elkerülésére.

Szlovénia demokratikus parlamentáris köztársaság, a NATO és az EU tagja. Az (inkább reprezentatív jellegű) államfői tisztséget a szociáldemokrata támogatottságú Borut Pahor tölti be 2012. decembere óta. A törvényhozó hatalmat kétkamarás parlament birtokolja: a 90 tagú Nemzetgyűlés (Drzavni Zbor – Állami Gyűlés) és a 40 tagú Nemzeti Tanács (Drzavni Svet). A végrehajtó hatalmat 2014. szeptembere óta Miro Cerar miniszterelnök hárompárti koalíciója gyakorolja a Miro Cerar Pár (SMC), a Szociáldemokrata Párt (SD) és a Szlovénia Nyugdíjasainak Demokrata Pártja (DeSUS) közreműködésével. A második politikai tengelyt a 211 helyi önkormányzat képezi. Nincs az önkormányzatokat összekötő középszintű adminisztráció regionális szinten, a fennálló 62 adminisztratív körzet pusztán a kormányzat területi alegységeit képviseli.

Demográfia

Szlovénia népességszáma 2012-ben 2,056 millió volt. A lakosság mintegy fele városokban él. Az 1980-as évek óta a születési ráta csökkenő, kicsivel a halálozási ráta fölött van (2010-ben 10,83 és 9,83 ezer lakosra). A születéskor várható élettartam 2010-ben 79,96 év volt (nők: 83,21 év, férfiak: 76,56). Ez nagyjából megfelel az EU átlagának (80,09), kicsit alacsonyabb, mint a régi tagországok átlaga (81,24),

¹ Eurostat

de lényegesen jobb, mint az EU-12 átlag (75,68). A lakosság előregedő tendenciát mutat éppúgy, mint a többi európai országban.

A morbiditási és mortalitási adatok alapján Szlovénia hasonló jellegzetességeket mutat, mint más nyugat- és közép-európai országok. A keringési rendszer megbetegedései képezik a leggyakoribb halálokat: 2010-ben az összes halálozás 36,4 százalékát okozták. A fertőző megbetegedések incidenciája alacsony, amely többek között a hagyományosan jó védőoltás-lefedettségnek köszönhető. Ugyanakkor aggodalomra ad okot az öngyilkosságok magas aránya (2010-ben 17,17/100 ezer fő, ami azonban csökkenő tendenciát mutat a 2005-ös szinthez képest: 100 ezer főre 22), főként a marginalizált társadalmi csoportok körében².

Egészségügyi rendszer jellemzői

Az egészségügyi rendszert az Egészségügyi Minisztérium irányítja. Az Egészségügyi Minisztérium szakértői a rendszeren belül felügyeleti és ellenőrző szerepet látnak el, amelyet fokozatosan decentralizálnak. A modern egészségügyi rendszer kiépítését célzó egészségügyi reformokat 1992-ben vezették be. Ezek magukban foglalták a kötelező egészségbiztosítás elindítását, az egészségügyi magánpraxisok engedélyezését, a co-payment bevezetését, a szakmai szervezetek újbóli bevezetését (Orvosi Kamara és Gyógyszerész Kamara).

Finanszírozás

Egészségügyi kiadások

2012-ben az összes egészségügyi kiadás részesedése a GDP-ből 8,76 százalék, az egy főre jutó egészségügyi kiadás 2419 USD PPP volt³.

Forrásgyűjtés

2012-ben az állami egészségügyi kiadás az összes egészségügyi kiadás 68,2 százalékát tette ki, ebből a társadalombiztosítás az összes kiadás 65,2 százaléka. A magánkiadások aránya 26,8 százalék. Ezen belül a háztartások out-of-pocket fizetése az összes egészségügyi kiadás 11,9 százalékát adta⁴. Az önkéntes egészségbiztosítás aránya az összes kiadáson belül 13,5 százalék. A közfinanszírozás fokozatosan csökkenő arányával párhuzamosan nőtt az önkéntes egészségbiztosítással rendelkezők aránya. 2010-ben 1,4 millió lakos (a lakosság kb. 70 százaléka) rendelkezett önkéntes biztosítással. Az önkéntes egészségbiztosítás elsősorban a co-payment fedezetére szolgál (a 18 év alatti gyermekek és a 26 év alatti tanulók nem fizetnek co-payment-et). Az önkéntes egészségbiztosításban a magánbiztosítók között a lefölözés elkerülésére, a különböző kockázati struktúrák kiegyenlítésére 2005-től kockázatkiegyenlítő rendszert vezettek be. A magánbiztosítás díja nemtől, kortól és egészségi állapottól függetlenül az országban egységes.

² WHO HFA-DB

³ WHO HFA-DB

⁴ OECD Statistics

Az egészségügyi ellátást nagyjából a kötelező egészségbiztosításból finanszírozzák, amely egybiztosítós rendszerben működik.

A kötelező egészségbiztosítás intézménye, a Szlovén Egészségbiztosítási Intézet autonóm köztestület, a biztosítottak számára az egészségügyi szolgáltatások vásárlója. Univerzális lefedettséget biztosít (a lakosság 98,5 százalékát fedi le). A járulék mértéke 12,92 százalék a bruttó bérekre számolva, amely a munkáltatók és a munkavállalók között oszlik meg (6,56 százalék, 6,36 százalék). A munkahelyi balesetek és a foglalkozási ártalmak fedezetére a munkáltató további 0,53 százalékot fizet. (A munkanélküliek után a Foglalkoztatási Hivatal fizet járulékot, a nyugdíjasok járuléka a bruttó nyugdíj 5,21 százaléka.)

A pénzügyi válság hatására a kötelező egészségbiztosítás vesztesége erőteljesen növekedett, 2010-ben elérte a 112 millió eurót, amely a Szlovén Egészségbiztosítási Intézet költségvetésének mintegy 5 százalékát tette ki. A kötelező egészségbiztosítás deficitjének növekedéséhez hozzájárult az aktív munkaerő számának visszaesése miatt csökkent hozzájárulások összege; az egészségügyi szakemberek kereseteinek gyors növekedése, amelyet az állami szektorban megváltozott fizetési rendszer eredményezett; a hosszabb betegszabadságok miatt megnövekedett táppénz-költségek és a gyógyszerkiadások növekedése.

Járóbeteg ellátásban a betegek a szolgáltatások díjának 10-90 százalékát fizetik. Kórházi ellátás esetén a betegek hozzájárulása 30 százalékig terjedhet. A gyógyszerek térítésére három lista létezik: pozitív, közepes és negatív. A pozitív lista 70 százalékos térítést nyújt, gyermekeknek 100 százalékosat. A közepes lista 10 százalékban térít, míg a negatív listán levő termékek költségeit teljes egészében a betegnek kell fizetnie. A kórházi ellátás során nyújtott gyógyszerek térítésmentesek. A fogászati ellátás díja a költségek 20 százaléka, kivéve a gyermekeket és a diákokat, akiknél térítésmentes. A kötelező egészségbiztosítás téríti az ortopéd, hallásjavító és más gyógyászati segédeszközök költségeinek 70 százalékát és a látásjavító eszközök 10 százalékát – maradék összeget a betegnek kell térítenie. A co-payment fizetésekre önkéntes kiegészítő biztosítást lehet kötni.⁵

Az önkéntes egészségbiztosítást a Vzajemna állami non-profit biztosító és a profitorientált Adriatic-Slovenica, Triglav és Merkur biztosítók nyújtják. Két formája közül a complementary (kiegészítő) biztosítás a co-paymentre nyújt fedezetet, a supplementary (pótló) biztosítás az ellátások szélesebb skálájára, magasabb standardjára kínál lehetőséget. Az előzővel rendelkezik a lakosság nagyobbik része, az utóbbival kisebb hányada. A co-payment fedezetét a biztosító nem a betegnek nyújtja, hanem a szolgáltató közvetlenül az önkéntes biztosítónak számláz.

Közvetlen kifizetések – OOP fizetések - formájában vonatkoznak a biztosítóval szerződéses kapcsolatban nem álló orvosok felkeresésére, a magánorvoshoz fordulásra, a szakorvos háziorvosi beutaló nélküli felkeresésére, magánfogászatra, a kötelező biztosítás körébe nem tartozó szolgáltatásokra, a várólista kikerülésére stb.

Forrásallokáció

Az alapellátás finanszírozása a fejkvóta és a szolgáltatás szerinti finanszírozás kombinációján alapul, a járóbeteg szakellátás finanszírozása szolgáltatás szerint történik.

⁵ MISSOC tables

Az aktív fekvőbeteg ellátást DRG szerint, a krónikus ellátást ágy-nap szerint finanszírozzák. A DRG bevezetése következtében csökkent az átlagos tartózkodási idő (2011-ben 7,3 nap) és növekedett a betegek forgalma.

Egészségügyi szolgáltatások

Alapellátás, járóbeteg-szakellátás

Az alapellátás állami alapellátási központokban és privát háziiorvosi egyszemélyes vagy csoportpraxisokban történik.

Az alapellátás fejlesztésében a koordináció és a bővített szolgáltatásokat nyújtó, több szakember együttműködésén alapuló alapellátási szolgáltató áll a középpontban. Ezt tükrözi a 2011-ben bevezetett, induláskor 60 háziiorvosi modellpraxis (Pribakovic, 2014). A modellpraxisok ötlete nem új keletű a szlovén egészségügyi rendszerben. Már az 1920-as évek végétől kezdődően és a második világháború után az alapellátás az egészségügy szisztematikus szemléletének fontos részét képezte. Az ellátás különböző formáit orvosokból, ápolókból és más egészségügyi dolgozókból álló csoportokban végezték, és a programok koordinálása országos és regionális szinten történt. Az alapellátás jelen modellpraxisai ezekre a tapasztalatokra épülnek. A kísérleti program célja az ellátás minőségének és a háziiorvosok elérhetőségének javítása, a költséghatékonyság és a betegelégedettség növelése. A modellpraxisok a szakemberek közötti kompetenciák megosztására törekuszenek. A betegségmegelőzés és a krónikus betegek irányított ellátása segítségével hosszútávon a modellpraxisoktól költségmegtakarításokat is várnak. Mivel a praxisok ápolókat is alkalmaznak, a modellpraxisok enyhíteni fogják az ápolók növekvő munkanélküliségét, amely az elmúlt évek túlképzése idézett elő. Jelenleg már 230 praxisra terjed ki a program, amely az összes háziiorvosi praxis negyedét képezi.

Az Egészségügyi Minisztérium 2013. júniusban javaslatot tett egy új egészségügyi szolgáltatási törvényre. A törvény módosítását már 2010 márciusában is kezdeményezte a Minisztérium, az akkori elképzelés szerint az egészségügyi szolgáltatások koordinálását és nyújtását az alapellátás szintjén a közösségi egészségügyi központok végeznék. Az új törvényjavaslatban az alapellátás területén indítványozott fő változás egy koordináló szervezet regionális és térségi szinten történő létrehozását jelenti, amely átvenné a jelenlegi alapellátási központok funkcióinak egy részét. Ez többnyire a költségesebb szolgáltatásokra és komplexebb struktúrákra vonatkozna. A koordináló szervezetek által lefedett lakosság számát először minimum 60 ezerben határozták meg, ezt azonban később elvetették. A javaslatban szerepel még, hogy szociális ellátó intézmények is lehetnek a lakóik, ápolójuk számára az alapellátás szolgáltatói (korábban csak alapellátási központok nyújthatták ezeket a szolgáltatásokat).

A szlovén kormány 2014-ben hagyta jóvá az egészségügyi szolgáltatásokra vonatkozó Általános Megállapodás első számú mellékletét (Ministry of Health, 2014). Ebben 70 új háziiorvosi állás létrehozásáról döntöttek. A fiatal, munkanélküli orvosok alkalmazásával és az alapellátásnak nyújtott extra pénzügyi támogatással tovább kívánják erősíteni az alapellátás szolgáltatásait. A támogatás összege évente több mint 13 millió eurót tesz ki.

Egy 2013-ban végzett kutatás szerint Szlovénia az erős alapellátási rendszerrel rendelkező európai országok között szerepel (Belgium, Dánia, Észtország, Finnország, Litvánia, Hollandia, Portugália,

Spanyolország és az Egyesült Királyság mellett). Erősnek tekinthető egy ország alapellátása akkor, ha széles körben hozzáférhető, az egészségügyi ellátás során folyamatos koordinációt nyújt, az egészségügyi szolgáltatások széles skáláját biztosítja, megfelelő irányítással működik, megfelelő pénzügyi forrásokkal rendelkezik és a munkaerő folyamatos fejlesztésével jellemezhető. (Kringos et al., 2013).

A járóbeteg szakellátást kórházak és poliklinikák nyújtják, vagy olyan közösségi egészségügyi központok, amelyek szerződéses kapcsolatban állnak a szakorvosokkal. A szakorvosok tevékenykedhetnek magánorvosi rendelőikben is, a biztosítóval szerződve vagy szerződés nélkül. A szakellátás és diagnosztika területén dolgozó magánszolgáltatók többsége szerződéses kapcsolatban áll a kötelező egészségbiztosítással.

Fekvőbeteg-ellátás

A kórházak többsége állami tulajdonban van. A szakorvosi ellátás (járó-fekvő) 75 százaléka kórházakban történik, amelyhez a háziorvos beutalója szükséges. 2011 végén 29 kórház működött Szlovéniában, amelyek majdnem mindegyike köztulajdonban van, és a '70-es évek óta jelentős felújításon mentek keresztül. Az akut betegek és a tervezett ellátásban résztvevő betegek intenzívebb kezelése, valamint a járóbeteg-orientált ellátás felé történő tervezett elmozdulás miatt az összes kórházi ágy és az aktív ágyak számát is csökkentették (100 ezer főre, 2011-ben 462 ágy, 369 aktív ágy jutott, ez utóbbi kicsivel az EU-átlag - 384 ágy 100 ezer főre - alatt volt).

Az Egészségügyi Minisztérium bizottságai és felügyelősegei felelősek az egészségügyi intézmények strukturális standardjainak kidolgozásáért, valamint az újonnan létrehozott intézmények felülvizsgálatáért.

A **Svájci Hozzájárulás** 22 millió svájci frankkal támogatja Szlovéniát, és 2017-ig bezárólag 8 projekt megvalósítására kerül sor a gazdasági és szociális egyenlőtlenségek csökkentésére (Swiss Contribution, 2014). A **projektek között szerepel egy új sugárterápiás központ építése és két lineáris gyorsító vásárlása a maribori orvostudományi egyetemi kórházban. A beruházás eredményeképpen az észak-kelet Szlovéniában élő daganatos betegek könnyebben és gyorsabban férhetnek hozzá a sugárterápiához. A projekt svájci partnere, a bellinzonai kórházban működő Dél-Svájci Onkológiai Intézet részesíti képzésben a szlovén orvosokat a berendezés használatában.** Ez idáig csak egy sugárterápiás központ működött az országban (a fővárosban), a daganatos betegek 38 százaléka részesülhetett kezelésben a nagy távolságok miatt (a nemzetközi ajánlás 50 százalék minimumot irányoz elő). A diagnózis és a kezelés közötti várakozási idő 5-6 hetet is kitett, ami nem lehetne több 14 napnál.

Hosszú távú ellátás

Szlovénia nem rendelkezik egységes hosszú távú ellátási rendszerrel az idősek, krónikus betegek, rokkantak vagy sajátos igényű emberek ellátására. A fennálló szociális védelmi rendszerek keretein belül azonban nyújtanak különböző szolgáltatásokat.

Ezek közül megemlíthetők az intézményi egészségügyi ellátáson belüli szolgáltatások, mint a kórházak ápolási osztályain nyújtott átmeneti ellátás és a meghosszabbított kórházi tartózkodás. Az alapellátás szintjén a hosszú távú ellátást a közösségi ápolás és az otthoni ellátás keretén belül nyújtják.

A hosszú távú ellátás kategóriájába tartozik a nappali ellátás, az otthoni támogatás, a különböző otthonokban nyújtott ellátás, vagy pl. a rokkant emberek számára nyújtott szociális támogató programok, személyes segítség.

A szolgáltatásokat részben adóból, részben társadalombiztosítási járulékokból finanszírozzák.

Népegészségügy

Az 1992-ben elfogadott Egészségügyi és Egészségbiztosítási Törvény szemléletváltást idézett elő Szlovéniában a népegészségügy terén, amely a betegségre való összpontosítás helyett az egészségfejlesztést helyezte előtérbe. A népegészségügyi tevékenység tervezése, megvalósítása és felügyelete egy központi szervezet, a szlovén Népegészségügyi Intézet feladatkörébe tartozik. Az intézet a népegészségügy valamennyi területével foglalkozik, emellett kutatási, oktatási és képzési funkciókat is betölt. Jelentősebb egészségügyi statisztikai adatbázisokat is fenntart, köztük a kórházi és járóbeteg adatbázist, az országos halálozási nyilvántartást, az ellátók és szakdolgozók adatbázisát. A Népegészségügyi Intézet felmérést végez a krónikus betegségek prevalenciájáról és az életmód jellemzőiről az egészségfejlesztés tervezése érdekében. Egészségfejlesztési programokat ápolók és más egészségügyi szakemberek közreműködésével az alapellátás szintjén is megvalósítanak. 2000-től számos szűrőprogramot indítottak, köztük a szív- és érrendszeri betegségek kockázati tényezőinek korai észlelése, a méhnyakrák korai észlelése, a mellrák korai észlelése, a vastagbélrák szűrőprogramja.

2012-ben módosították az Egészségügyi Szolgáltatások Törvényt, amely a népegészségügy intézményi rendszerét változtatta meg, két intézet létrehozásával. A korábbi Országos Népegészségügyi Intézet és a kilenc Regionális Népegészségügyi Intézet helyett létrejött az egységes Országos Népegészségügyi Intézet kilenc regionális hivatallal. Az Országos Népegészségügyi Laboratórium a népegészségügyi funkciókkal kapcsolatos laboratóriumi szolgáltatásokat teljesíti.

Gyógyszerek

2012-ben összesen 319 közforgalmú gyógyszertár, fiókgyógyszertár működött. A patikák 70 százaléka állami tulajdonban van. Egy patikára átlagosan 6500 lakos jutott. Összesen 26 kórházban működött kórházi gyógyszertár.

Az egészségügyi finanszírozás hiánya nagy részben a gyógyszer szektort terheli. 2013. október 1-től az Egészségbiztosítási Intézet a gyógyszerek támogatásában a terápiás csoportokon belül a legolcsóbb hatóanyagú gyógyszer ára szerinti támogatást nyújtja valamennyi, adott csoportba tartozó készítménynek. Azonos terápiás csoportban azonos terápiás hatású, de nem feltétlenül azonos hatóanyagú készítmények tartoznak. A támogatás fölötti árral rendelkező gyógyszereknél a különbözetet a beteg fizeti.

Egészségügyi dolgozók

Az egészségügyi humán erőforrás szintje megfelelő az egészségügyi ellátáshoz. Ugyanakkor az orvosi demográfiai adatokra alapozva a közeljövőben bizonyos régiókban orvoshiány jelezhető előre. A Ljubljanoi Orvosi Egyetemem végzetek számának növekedése, valamint más ex-jugoszláv tagállamokból érkező egészségügyi szakemberek bevándorlása következtében a 100 ezer főre jutó orvosok száma 2011-ben 249, alacsonyabb, mint a legtöbb EU- tagországban, ill. kelet-közép-európai

országban. Az egészségügyi szakemberek számának tervezése az Egészségügyi Minisztérium hatáskörébe tartozik (az Egészségügyi Tanács tesz javaslatokat az egészségügyi szakemberek számára), az orvosképzést a Ljubljánban és Mariborban található orvosi egyetemek biztosítják. Az orvosi alapképzés 6 évig tart, amit kötelező féléves gyakorlat követ. A fő kihívást az képezi, hogy a jól képzett szakemberek számát a jövőben a munkaerőpiaci igényekhez tudják alakítani.

Minőségügy

A szlovén Egészségügyi Minisztérium 2010-ben fogadta el az egészségügy minőségéről és biztonságáról szóló öt éves országos stratégiát. A stratégia négy célt foglal magába:

- A minőségirányítási és megbízhatósági rendszerek kialakítása
- A minőség és biztonság szervezeti kultúrájának kialakítása
- Oktatás és képzés megvalósítása a minőség és biztonság terén
- Az egészségügyi rendszer hatékonyságának és eredményességének javítása

A kórházakban és más egészségügyi ellátóknál a minőségirányítási rendszerek bevezetését már 2000-ben elkezdték, és az ellátók ISO 9001 standard szerinti akkreditációban részesültek. Az országos stratégia is kiemeli a minőségirányítási rendszerek fontosságát, a minisztérium pedig ösztönzi az ellátókat a nemzetközileg elfogadott akkreditációs rendszerek befogadására (ISO 9001, EFQM, NIAHO, JCI). Az ösztönzés egyik mozgatóereje a 2011-ben jóváhagyott EU-s direktíva a határon átnyúló egészségügyi ellátásról. 2007-ben kötelezővé vált az ellátók számára, hogy korlátozott számú minőségi indikátor szerint jelentsenek. Az Egészségügyi Minisztérium 2011-ben vezetett be egy kibővített és átfogó listát az OECD HCQI, WHO PATH és a Szlovén Orvosi Kamara minőségi indikátorai alapján.

e-egészségügy

Az országos eHealth projektet a 2007-2015-ig terjedő időszakban valósítják meg Szlovéniában. Az országos projekt célkitűzései:

- Biztonságos és megbízható hozzáférés valamennyi egészségügyi szakember számára a legfontosabb beteg információkhoz egy standardizált elektronikus betegnyilvántartáson és egyéb adatkészleteken keresztül
- Az egészségügyi rendszer tervezésének és irányításának támogatása jó minőségű és pontos adatok alapján (adminisztratív, klinikai, gazdasági)
- A szükséges információkhoz való hozzáférés javítása és a lakosság részvételének elősegítése a jó minőségű egészségügyi szolgáltatások kialakításában
- A lakosság saját egészségéért vállalt felelősségének és aktív szerepének támogatása
- Az egészségüghöz való hozzáférés javítása a rokkantság, kor vagy más okok miatt kizárt személyek számára.

A projekt három rendszer modul tartalmaz az országos elektronikus egészségügyi információs rendszer részeként: az egészségügyi információk forgalmát szolgáló távközlési hálózatok, az eHealth portál és az elektronikus betegnyilvántartás. Emellett létrehozzák az Országos eHealth Központot és

kidolgoznak egy programot az eHealth szolgáltatásokat használó egészségügyi szakemberek képzésére és oktatására. Az *Országos Reformprogram 2014-15* kormányzati dokumentum szerint az eHealth projekt tevékenységei tovább folytatódnak ebben az időszakban. Az eHealth tevékenységek között található az összefoglaló elektronikus betegnyilvántartás, a betegek klinikai nyilvántartása, a papírmentes kórház projektje, a gyermekek és serdülőkorúak megelőző egészségügye, a betegmonitorozás mobil támogatása, a közösségi ápolás IT támogatása, az adatokhoz való elektronikus hozzáférés, az ultrahangos vizsgálat bevezetése a távol eső rendelőkben és egy terminológia szerver létrehozása.

Szlovéniában az 1999-ben bevezetett egészségbiztosítási kártyát, amely a biztosítási adatokat fizikailag tárolta (a betegeknek önkiszolgáló termináloknál kellett néhány havonta frissíteniük a kártyán levő adataikat), 2009 tavaszán kezdték lecserélni az új intelligens egészségbiztosítási kártya rendszerrel, amely lehetővé teszi a betegek egészségbiztosítási státuszának ellenőrzését és az egészségügyi elszámolások online elvégzését. Az új rendszer alapját az IBM integrált IT infrastruktúra megoldása képezi, amely összekapcsolja az egészségügyi ellátókat mind a magán, mind az állami egészségbiztosítási szervezetekkel. Az elektronikus kártya digitális tanúsítványt tartalmaz, mely azonosítja a beteget, és lehetővé teszi az ellátó számára a beteg egészségbiztosítási adatainak online elérését. Otthoni vizitek esetén az orvosok távolról is ellenőrizhetik az egészségbiztosítási adatokat egy SMS küldésével. Az új rendszer 2010 januárjában vált országossá.

Egészségügyi reformok

Az 1990-es években és azt követően lezajlott reformok sikeresnek értékelhetők abból a szempontból, hogy a régi rendszert modern, kötelező, társadalombiztosítás alapú rendszerre alakították át. Ugyanakkor továbbra is kihívást jelent a hatékonyság megerősítése, a növekvő igényeknek való megfelelés, valamint az (innovatív) kezelések növekvő költségeinek összehangolása a korlátozott erőforrásokkal. Az egészségügyi szakemberhiány, a hosszú várólisták bizonyos szolgáltatások esetében, az otthoni ápolási szolgáltatások bevezetése a krónikus betegek esetében (beleértve a biztosítási rendszer változtatásait), valamint az e-egészségügy stratégia megvalósítása további kihívásokat jelentenek a szlovén egészségügyi rendszer számára. Hosszas előkészítést követően, 2008 júliusában fogadták el a „2008-2013-ra vonatkozó Nemzeti Egészségügyi Tervet”, amely a szlovén egészségügyi rendszer fejlesztéséhez biztosított keretet. A dokumentum számos kritikát kapott: nem tartalmaz fejlesztési stratégiát, és nem mutatja meg, hogy az állami egészségügyi szolgáltatásokat hogyan kellene fejleszteni.

Az Egészségügyi Minisztérium 2010-ben jóváhagyta az ellátás minőségére és biztonságára vonatkozó Országos Stratégiát a 2010-15-ig terjedő időszakra.

A szlovén kormány által közzétett *Országos Reformprogram 2014-15* egészségügyre vonatkozó fő célkitűzése a finanszírozás és a szervezés hatékonyságának növelése. A feladatok között szerepel az egészségbiztosítási csomag felülvizsgálata, a fekvőbeteg ellátástól a járóbeteg ellátás felé való elmozdulás, a finanszírozási formák áramvonalasítása, az egészségbiztosítási hozzájárulás bázisának kibővítése a dolgozó diákokkal, a nyugdíjbiztosítás és a hosszú távú ellátás finanszírozásának kiigazítása. Feladatként jelölik még meg az állami egészségügyi ellátók racionalizálását és optimalizálását, valamint a központi közbeszerzési rendszer bevezetését.

Források

- Achievements of the Ministry in the first year of the term of the Government of the RS
http://www.mz.gov.si/en/media_room/news/article/670/6616/a060e966cbb19caa7e70f407abfd0f74/
- Albreht, T.: Increasing losses in compulsory health insurance. Health Policy Monitor, 2010. április. http://www.hpm.org/en/Surveys/Institute_of_Public_Health_Slovenia_-_Slovenia/15/Increasing_losses_in_compulsory_health_insurance.html?content_id=251&search.x=74&search.y=13&p_i=0&a=sh&p_c:1116=1116&language=en
- Future of health care insurance in Slovenia. Council of Europe, 2011
http://www.coe.int/t/dg3/sscssr/Source/SARAJEVO_MATE.pdf
- Government of the Republic of Slovenia: European Commission: The National Reform Programme 2014-2015 (2014)
http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/csr2014/nrp2014_slovenia_en.pdf
- Health care systems in transition, Slovenia (2009), European Observatory on Health Care Systems http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/96367/E92607.pdf
- IBM Helps Government Of Slovenia To Build Smart Health Insurance System
<http://www.medicalnewstoday.com/articles/149954.php>
- Kringos et al.: The strenght of primary caer in Europe: an international comparative study. British Journal of General Practice, November, 2013
- Ministry of Health: Annex to the General Agreement on better accessibility and quality of healthcare services, 2014 http://www.mz.gov.si/nc/en/media_room/news/article/670/6832/
- MISSOC tables <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=815&langId=en>
- National eHealth Project - Slovenia 2007-2013. EUREGIO, 2011.
http://wiki.euregio3.eu/download/attachments/6259777/EUREGIO_III_-_Case_study_-_Slovenia_EHealth_Dec2011_VE.pdf
- NATIONAL REFORM PROGRAMME 2013-2014, GOVERNMENT OF THE REPUBLIC OF SLOVENIA, MAY 2013
http://www.mf.gov.si/fileadmin/mf.gov.si/pageuploads/docs/Razvojni_dokumenti/20130510_NRP_2013_ENG.pdf
- OECD Slovenia <http://www.oecd.org/slovenia/>
- Pribakovic, Rade: Model practices in general/family medicine in Slovenia. Health Systems and Policy Monitor, 2014, 2014
<http://www.hspm.org/countries/slovenia25062012/livinghit.aspx?Section=6.3%20Primary%20%20ambulatory%20care&Type=Section#1Modelpracticesingeneral/familymedicineinSlovenia>
- Statistical Office of the Republic of Slovenia <http://www.stat.si/eng/index.asp>

- Swiss Contribution: Slovenia – A partner country for Switzerland's contribution to EU enlargement, 2014
<https://www.erweiterungsbeitrag.admin.ch/erweiterungsbeitrag/en/home/countries/slovenia.html>
- The Health Systems and Policy Monitor. WHO, 2014 <http://www.hspm.org>
- Therapeutic Group System Set for Introduction in Slovenia, 2012
<http://www.ihsglobalinsight.com/SDA/SDADetail21393.htm>