



**Zdrúženje za državljanski nadzor
zdravstvenega varstva ZaNas**

Poljanska 14
1000 Ljubljana

www.ohranimo.si
info@ohranimo.si

Datum **20.01.2014**

Zadeva **AKTUALNI PROBLEMI NA PODROČJU ZDRAVSTVA**
Javna predstavitev mnenj- Državni zbor, 23.1.2014

Zdrúženje za državljanski nadzor zdravstvenega varstva ZaNas je nevladna organizacija, organizirana na podlagi Zakona o društvih in pridobljenim statusom delovanja v javnem interesu.

Zdravje in s tem tudi socialna varnost sta eni od najpomembnejših osnovnih človekovih pravic in vlaganje vanje je bistvena investicija in gonilo razvoja vsake napredne in socialne družbe. Ni nikakršnega dvoma, da v Sloveniji nujno potrebujemo zdravstveno reformo, da zagotovimo dosledno spoštovanje osnovne človekove pravice do zdravja in da utrdimo osnovne evropske vrednote pravičnosti, solidarnosti in enakosti za vse ljudi in tako dopolnimo strokovna prizadevanja za boljše zdravje ljudi. Pomembno je tudi, da v čim večji meri ohranimo vse pozitivne izkušnje in organizacijske oblike dosedanjega zdravstvenega sistema, ki so nam ga številne razvite evropske države zavidale, nekatere pa dobro prakso vgradile v svoj sistem. Spremembe v zdravstvenem sistemu so potrebne tudi zato, da odpravimo škodljive učinke neoliberalnega načina urejanja zdravstvenega področja v preteklih 20. letih, kot jih je imelo nenadzorovano uveljavljanje javno zasebnega modela in trženje zdravstvenih storitev, ki pa ni prineslo napovedane in težko pričakovane racionalizacije, večje konkurenčnosti in učinkovitosti. V tej situaciji so pridobili predvsem nekateri zdravniki in drugi izvajalci, ki so dobro izkoristili svoj monopolni položaj in kadrovske podhranjenosti sistema, za izboljšanje svojega statusnega in finančnega položaja ter bogatejši sloji prebivalstva, ki so si lahko plačali hitrejši dostop do zdravstvenih storitev.

Velika večina ljudi pa vsak dan bolj občuti poslabšanje dostopa do zdravnika, daljšanje čakalnih vrst, odlaganje potrebnih diagnostičnih preiskav, poslabšanje svojih zdravstvenih težav in vsakič globlji poseg v svoj žep. Že nekaj letno zniževanje finančnih sredstev za zdravstvo in izrojen sistem dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja ki omogoča ustvarjanje dobičkov zavarovalnicam, le še poslabšujejo razmere v zdravstvenem sistemu. Nedopustno je in morda celo ustavno sporno, da moramo prebivalci za pravice iz obveznega zdravstvenega krepko doplačevati, tudi do 95% cene storitve oz. se zavarovati z dopolnilnim zdravstvenim zavarovanjem za doplačila za te zdravstvene storitve.

V Zdrúženju ZaNas, smo si v svoje programske usmeritve, ki jih podpira tudi precejšnje število prebivalstva zapisali naslednja stališča in pričakujemo, da jih bo politika slišala in tudi udejanila v dobrobit ljudi, ki živimo v Sloveniji.

Stališča in predlogi:

1. Univerzalno in vsem prebivalcem enako dostopno ter kakovostno zdravstveno varstvo, ki mora temeljiti na stalnem razvoju primarnega zdravstvenega varstva in pregledni ter dinamični mreži javne zdravstvene dejavnosti, tako na primarni kot tudi sekundarni ravni. Osrednji nosilec in koordinator primarnega javnega zdravstvenega varstva je zdravstveni dom, ki lahko nudi prebivalcem celovito in neprekinjeno zdravstveno obravnavo in najširši izbor preventivnih aktivnosti. Zdravstveni dom lahko pokriva tudi več občin.

2. Neprofitni javni zdravstveni sistem, ki mora biti financiran po načelih solidarnosti in pravičnosti, pregleden in nadzorovan tako glede kakovosti storitev kot tudi porabe sredstev. Zaradi stabilnosti izvajanja obveznega zdravstvenega zavarovanja za dvo milijonsko populacijo je dovolj ena javna zdravstvena zavarovalnica (ZZZS), saj s tem zmanjšamo tveganja za ljudi. Predlagamo tudi preoblikovanje dosedanjega dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja s ciljem zagotoviti večjo pravičnost, izvajalec pa naj bo ZZZS. Dodatna (nadstandardna) zavarovanja pa naj izvajajo komercialne zavarovalnice.

3. Ločitev javnega od zasebnega izvajanja zdravstvene dejavnosti mora biti dosledno izpeljana. Izvajalci, ki so redno zaposleni v javnem zdravstvenem sistemu (v javnih zavodih in koncesionarji), v nobenem primeru ne morejo izvajati zasebne zdravstvene dejavnosti pri drugem zasebnem izvajalcu. Dopustno bi bilo izjemoma le znotraj javnega sistema (javni zavod in pri koncesionarju) pod določenimi pogoji izvajajo zasebno (tržno) dejavnost in nudijo samoplačniške storitve, vendar le tiste storitve, ki niso vključene v pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja kot so npr. tujci... *(tudi na ta način bi omogočili zaposlovanje mladih zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev)*

4. Koncesije se podeljujejo z javnim razpisom na podlagi mreže oz. potreb in ko javni zavod na svojem območju sam ne more izvajati zdravstvene dejavnosti. S podelitvijo koncesije morajo soglašati koncedent, ZZZS in javni zavod na katerem območju se podeljuje koncesija. Koncesija, ki ni prenosljiva, se podeljuje le nosilcu zdravstvene dejavnosti upošteva normative in standarde in le za določen čas 7. let z možnostjo ponovne prijave na razpis. Le tako bo možno tudi občasno preverjati učinkovitost poslovanja tudi z vidika porabe javnih sredstev in kakovosti opravljenih storitev tudi koncesionarjev.

5. Že več kot pred 20. leti je zdravstvena zakonodaja napovedala pripravo mreže, ki bi morala biti sprejeta v 6. mesecih. Očitno vse do danes ni bilo prave volje ne v zdravstveni politiki in ne med izvajalci, da bi mrežo tako na primarni kot tudi sekundarni ravni pripravili in uzakonili. Izdelana bi morala biti na podlagi strokovnih kriterijev oz. meril. Poleg števila vseh prebivalcev oz. uporabnikov, upošteva starost, spol, umrljivost, obolevnost na določenem območju, zdravstveno ter socialno ekonomsko stanje prebivalcev bi mreža morala temeljiti tudi na dostopnosti do zdravstvene službe po izvajalcu kot tudi teritorialnem principu in številu izvajalcev na prebivalca. Mreža, ki jo je pred nekaj meseci sprejel Zdravstveni svet za primarno raven je pomanjkljiva, saj ne upošteva ne ginekologije, ne zobozdravstva, ne patronaže, fizioterapije in drugih dejavnosti, ki se izvajajo na primarni ravni.

6. Vodenje in upravljanje javnih zavodov mora biti sistemsko urejeno tako, da bo omogočilo bolj učinkovito in odgovorno delovanje v javnem interesu (večja finančna in strokovna odgovornost, ustvarjanje dobička za zagotavljanje razvoja) in v skladu s strateškimi razvojnimi načrti ter po principih delovanja javnih zavodov; pri nadzoru upravljanja morajo sodelovati tudi uporabniki zdravstvenih storitev in nikakor ne predstavniki zavarovalnice, saj so le-ti plačniki in lahko svoje interese uveljavljajo le s pogodbениm odnosom do izvajalca in ne preko članstva v svetu.

7. Uvedba participacije bi v tem trenutku povečala nepravilnost znotraj sistema, saj bi bili kaznovani le bolniki, ki bi morali doplačevati zdravstvene storitve in zdravila....Danes zavarovanci plačujemo prispevek za obvezno zdravstveno zavarovanje, premijo za prostovoljno dopolnilno zdravstveno zavarovanje, participacija pa bila še tretja obremenitev, brez morebitnega vplačevanja premij za dodatno zdravstveno zavarovanje- nadstandardne storitve, kar pomeni da bi se ista storitev napajala iz kar 4.virov.

8. Zdravstvena blagajna- ZZZS kot edini nosilec obveznega zdravstvenega zavarovanja v državi,mora postati skrbnik javnih finančnih sredstev za izvajanje obveznega zdravstvenega zavarovanja in tudi izvajalec določenih prostovoljnih zavarovanj na neprofitnem principu.

ZZZS zavarovancem financira le zdravstvene storitve na podlagi zakona,vse ostalo kot so npr. specializacije, investicije pa mora zagotoviti proračun. Zato menimo, da kakšni večji posegi v prevetritev košarice zdravstvenih pravic ne bodo potrebni.

Nevenka Lekše
Predsednica ZaNas