

## ZDRAVJE NA PRVEM MESTU

Slovenski zdravstveni sistem potrebuje celovito nadgradnjo ob ohranjanju javnega, solidarnostnega in vzajemnega zdravstvenega zavarovanja. Cilj reforme zdravstva je ob finančni vzdržnosti zdravstvenega sistema izboljšati kakovost medicine, povečati dostopnost državljanov do zdravstvene oskrbe in zagotoviti konkurenčnost slovenske medicine v EU prostoru. Izvajalce zdravstvene dejavnosti mora država obravnavati enakopravno. Državljan, pacient in njegove potrebe morajo ponovno postati središče zdravstvenega sistema, denar mora slediti bolniku. Ustrezno se spremeni zakonodaja, ki mora biti skladna z evropskim pravnim redom.

Reforma zahteva spremembo zavarovalniškega sistema. Sistem zdravstvenega zavarovanja mora ohraniti obvezno socialno zdravstveno zavarovanje, vendar se mora ZZZS reorganizirati v pravo zdravstveno zavarovalnico, ki bo v skladu z zakonom na podlagi razpisov, sklepala pogodbe z izvajalci. Uvede se novo zavarovanje za dolgotrajno oskrbo.

Potrebno je prečiščenje košarice zdravstvenih pravic na košarico A in košarico B, ki ga izvede medicinska stroka (RSK) v sodelovanju z zavarovalniškimi strokovnjaki. ZZZS se preoblikuje v Zavarovalnico socialnega in zdravstvenega zavarovanja (z upravo in nadzornim svetom), ki v skladu z zakonom na podlagi pogodb zagotavlja financiranje storitev iz košarice A ter izvaja ločeno zavarovanje za dolgotrajno oskrbo. Prostovoljna zdravstvena zavarovanja se preoblikujejo v Obvezna dopolnilna zdravstvena zavarovanja, z zavarovanci sklepajo police zdravstvenega zavarovanja za storitve iz košarice B.

Iz sedanjega zavarovanja se izloči ne-zdravstvene storitve, slednje krije proračun države.

S tako spremembo zdravstvenega zavarovanja se doseže transparentnost obsega in vrste pravic, konkurenco med zavarovalnicami na eni strani in izvajalci na drugi strani. Vzpostavitev pravega konkurenčnega okolja med zavarovalnico in pogodbenimi izvajalci bo vodilo v skrajšanje čakalnih dob zaradi učinkovitejšega načina dela, hkrati pa se bodo storitve na državni ravni pocenile. Predmet pogodbe med izvajalci in

zavarovalnicami so le zdravstveni programi in zdravstvene storitve in ne čas poslovanja ter zmogljivosti izvajalcev, ki jih izvajalci lahko ponudijo tudi trgu.

Sedanji javni zdravstveni zavodi (tudi lekarne) se skladno z evropskim pravnim redom preoblikujejo v »gospodarske družbe splošnega pomena« (SGEI) in postanejo organizacijsko ter finančno samostojni tako glede upravljanja kot glede plačne politike. Vodenje družbe izvaja direktor po pravilih korporativnega upravljanja.

Ministrstvo za zdravje vzpostavi zdravstveno mrežo primarne in sekundarne ravni, na novo definira terciarno dejavnost. Izvajalci, ki izpolnjujejo pogoje (določi jih zakon), se enakopravno potegujejo za mesto v mreži in za pogodbe z zavarovalnicami za izvajanje razpisanih programov zdravstvenih storitev.

Vloga Ministrstva za zdravje je sistemsko urejanje posameznih strokovnih področij s predlogi nove zakonodaje, kriteriji za določitev javne zdravstvene mreže, določanje strategije in načrta razvoja zdravstvenega varstva, oblikovanje načrtov preventivnih programov in prioritete v izvajanju zdravstvenih storitev, izvajanje upravnih nadzorov pri izvajalcih zdravstvenih storitev.

Znotraj MZ se z kadrovske in vsebinske reorganizacije ustanovi neodvisna »Agencija za normative, standarde, kakovost, cene« za določanje standardov in normativov, kakovosti in ekonomskih (poštenih) cen zdravstvenih storitev. Nujna je vzpostavitev in kontrola sistema kakovosti za vse izvajalce, podatki morajo biti dostopni javnosti oziroma uporabnikom. Z prenosom dela kadrov iz NIJZ neposredno na MZ se delo MZ kadrovske in strokovno okrepi. MZ vzpostavlja in financira napredne komunikacijske tehnologije, delovanje urgentnih centrov, mrliško pregledne službe.

MZ opredeli nove tehnologije in terciarne zdravstvene dejavnosti oziroma storitve (uvajanje novih tehnologij, novih metod zdravljenja), za kar zagotavlja finančna sredstva. Ko nova metoda zdravljenja postane rutinska, storitev ni več terciarna, jo izvajajo za to usposobljene zdravstvene ustanove. Ceno te storitve določi Agencija za kakovost, standarde, normative in cene.

Na vseh nivojih dela zdravstva se racionalizira oziroma zmanjša administracija. MZ tesno sodeluje z Zbornicami zdravstvene dejavnosti, v reformi upošteva njihove strokovne pripombe.

Junij 2016