KONKRETNI UKREPI ZA VARNO ZDRAVJE

IZZIVI SLOVENSKEGA ZDRAVSTVA

Zdravstveni sistemi v Evropi so v zadnjih desetletjih podvrženi številnim izzivom z enim samim ciljem, to je na eni strani zagotoviti finančno vzdržen sistem in na drugi strani ohraniti pridobljene pravice iz javne blagajne za državljane. Glavni ali izvorni vzrok za nenehno iskanje ravnovesja je izredno slaba demografska slika, kjer se delež starostnikov v družbi povečuje, naravnega prirasta (rojstev) pa je premalo. Sledi razvoj medicine in dragih zdravil ter »slaba« organizacija sistema. Ker se s tem izdatki za zdravstveno in socialno varstvo stalno povečujejo, je potrebno sisteme nenehno posodabljati. V Sloveniji so razmere bistveno slabše, saj večjih ključnih sprememb ni bilo že desetletja.

CILJ JE ZADOVOLJSTVO DRŽAVLJANA

V Novi Sloveniji - krščanskih demokratih se zavedamo, da sedanji zdravstveni sistem ni vzdržen tako z vidika njegove uporabnosti kot finančne vzdržnosti. Krščanski demokrati predlagamo 10 ključnih sprememb, ki zasledujejo naslednje cilje: zadovoljstvo državljanov, enovitost zdravstvenega sistema in dolgotrajne oskrbe, jasna košarica pravic, dolgoročna finančna stabilnost sistema, umestitev standardov in normativov, vpeljava konkurence v sistem, uporaba naprednih tehnologij, prednost preventivi, preoblikovanje statusa izvajalcev in mednarodna uveljavitev izvajalcev, slovenskih inovacij in medicinskega znanja.

KLJUČNE SPREMEMBE

V Novi Sloveniji se zavedamo, da brez korenite spremembe zdravstvene zakonodaje, zadovoljstva državljana v zdravstvenem sistemu ne bo mogoče doseči. Zato so potrebne sistemske spremembe v načinu delovanja Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), vzpostavitvi konkurenčnosti pri obveznem zdravstvenem zavarovanju, vzpostavitvi konkurenčnosti med izvajalci zdravstvenih storitev, vpeljavi dolgotrajne oskrbe in pri spremembah v financiranju.

VIRI FINANCIRANJA

Glavni vir financiranja zdravstvenega sistema še naprej ostajajo javna sredstva, med katera spadajo prispevki zaposlenih, prispevki delodajalcev, proračun, lokalne skupnosti in Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije. V drugem stebru, ki pri načinu financiranja predstavlja zasebna sredstva, spadajo "plačila iz žepa", dodatna zavarovanja, obvezno zdravstveno zavarovanje, obvezno zavarovanje za dolgotrajno oskrbo, obvezno zavarovanje za delodajalce.

SISTEM DELOVANJA

Javna sredstva se zbirajo pri dveh ločenih skladih, t.j. za zdravstvo in za dolgotrajno oskrbo. Sklada zbirata sredstva, jih razdeljujeta zavarovalnicam, ter financirata storitve izvajalcem, ki so splošnega družbenega pomena npr. nacionalni preventivni programi. Sklada zbirata javna sredstva in jih prerazdeljujeta zavarovalnicam, ki izvajajo zdravstveno zavarovanje in zavarovanje za dolgotrajno oskrbo. To prinaša konkurenčnost med zavarovalnicami, ki na trgu tekmujejo s svojimi produkti za pridobitev zavarovancev. Zavarovalnice kupujejo storitve od izvajalcev storitev in na takšen način se posredno vzpostavi tudi konkurenčnost med izvajalci. Na področju nekaterih storitev iz standardne košarice se ohrani partnerski

– dogovorni sistem, ker je to pomembno za stabilno zagotavljanje storitev. Medtem ko se na področju nakupa ostalih storitev uvede konkurenčnost, tako na strani ponudbe kot tudi povpraševanja.

NOVE ORGANIZACIJSKE OBLIKE ZZZS

ZZZS pridobi novo organizacijsko obliko, to je status agencije, ki zbira prispevke za zdravstveno zavarovanje in dolgotrajno oskrbo. Posveča se izvajanju javnega interesa in nacionalne strategije na področju zdravstvenega varstva in dolgotrajne oskrbe ter ohranja celovitost obeh sistemov. Je organizator celotnega sistema, da deluje stabilno, uspešno in brez anomalij.

ZZZS dobi naslednje konkretne naloge: upravlja sklad za obvezno zdravstveno zavarovanje in dolgotrajno oskrbo, skrbi za ažurnost plačevanja prispevkov vseh kategorij zavarovancev ter za izterjavo neplačanih prispevkov, nadzoruje izvajanje in uresničevanje pravic zavarovancev iz obveznega zavarovanja, zagotavlja nacionalno kontaktno točko, vzpostavi podatkovne standarde evidentiranja, poročanja in izmenjave podatkov, zagotavlja izvajanje izravnalnih shem, izvaja razdelitev zbranih sredstev za obvezno zavarovanje med zavarovalnice glede na njihov portfelj na podlagi podatkov o prijavi v zavarovanje, ki jih zavarovalnice posredujejo prek e-sistema.

NACIONALNI INŠTITUT ZA JAVNO ZDRAVJE

Poleg že obstoječih nalog, ki jih inštitut že izvaja, t.j. zdravstvena statistika, javno zdravje, vodenje registrov, epidemiologija in ostalo, predlagani model zdravstvene preobrazbe predvideva še naslednje naloge: oblikovanje standardov, oblikovanje kazalnikov kakovosti izvajalcev, spremljanje in objava rezultatov merjenja kakovosti, ki so na voljo zavarovalnicam pri nakupu storitev od izvajalcev ter zavarovancem pri izbiri izvajalca.

PREOBLIKOVANJE IZVAJALCEV ZDRAVSTVENIH STORITEV

Izvajalci zdravstvenih storitev se preoblikujejo v pravne osebe javnega prava, ki imajo jasno opredeljeno lastništvo. Izvajalci s tem postanejo bolj motivirani za učinkovito delovanje, olajša se težavnost financiranja naložb v zdravstvu, transparentnost in orientiranost procesov bo postala večja zaradi uresničevanja zahtev in potreb pacientov. Razmejilo se bo financiranje izvajanja programov in financiranje razvoja, učinkovitost poslovanja bo zahtevala tudi optimizacijo stroškov na odhodkovni strani in povečanje prihodkov na drugi strani.

ZAVAROVALNICE NA DELUJOČEM KONKURENČNEM TRGU

V Novi Sloveniji se zavzemamo za ponudbo privlačnih zavarovanj, ki odgovarjajo na potrebe zavarovancev in predstavljajo ter zastopajo interese zavarovancev v sistemu. Zavarovalnice morajo skupaj z drugimi akterji v sistemu sooblikovati izhodišča za dogovarjanje z izvajalci storitev. Zavarovalnice se bodo morale vključiti v nacionalne sisteme poročanja Agenciji za zdravstvo in dolgotrajno oskrbo (nekdanji ZZZS), ministrstvu za zdravje in Nacionalnemu inštitutu za javno zdravje.

AGENCIJA ZA ZAVAROVALNI NADZOR

Agencija za zavarovalni nadzor ohranja naloge in pristojnosti, kot jih že ima v obstoječem sistemu.

ZAVAROVANCI

Z novim modelom imajo zavarovanci možnost izbire med domačimi, tujimi, javnimi, zasebnimi izvajalci pod enakimi pogoji. Zavarovanec bo izbiral izvajalce glede na svoje potrebe, kakovost storitev, čakalno

dobo, oddaljenost od svojega bivališča ali izvajalčeve reference. Novost za zavarovance je prosta izbira zavarovalnice, pri kateri sklenejo obvezno zavarovanje. Zavarovanci bodo lahko prehajali med zavarovalnicami na način, ki bo podrobneje opredeljen s podzakonskimi akti. Izbirali bodo zavarovalnice, ki jim bodo ponujale najugodnejše premije, najbolj kakovostno mrežo izvajalcev, dodatne storitve in ugodnosti.

KONCESIJE

V Novi Sloveniji ocenjujemo, da so koncesije odigrale pomembno vlogo v stabilnosti zdravstvenega sistema v preteklosti in uporabnikom sistema približale dostopnost do storitev. Koncesije dopolnjujejo javno zdravstvo in so del javnega zdravstva. V vseh letih se je tudi na področju podeljevanja koncesij in izvajanja koncesijskega dela nabralo veliko izzivov za nadgradnjo. Predvsem ocenjujemo, da je potrebno okrepiti nadzor nad podeljevanjem in nadzor nad izvajanjem, tako na primarni kot sekundarni ravni. Za veliko število držav znotraj EU velja, da ne poznajo sistema koncesij, saj tudi »Direktiva o čezmejnem zdravljenju« izenačuje izvajalce. Krščanski demokrati menimo, da je potrebno izenačiti zasebne izvajalce, ki nimajo koncesije, s koncesionarji v javnem sistemu in tako omogočiti posameznikom možnost izbire. To pomeni, da je uporabnik upravičen do povračila sredstev iz javne blagajne tudi pri izvajalcu brez koncesije.

Krščanski demokrati se zavedamo, da Republika Slovenija brez drznega ukrepanja ne bo mogla zagotoviti dolgoročno vzdržnega in kakovostnega zdravstvenega sistema. Zato bomo v Novi Sloveniji nekatere od predlaganih sprememb oblikovali z zakonskimi in podzakonskimi akti, ki jih bomo, ob zavedanju opozicijske moči, poskušali udejanjiti skozi zakonodajni proces Državnega zbora Republike Slovenije.