



Strateške usmeritve slovenskega zdravstva za izhod iz krize

Kazalo

Kazalo	1
Razlog in namen priprave strateških usmeritev	2
Reforma sistema financiranja zdravstvenih storitev in zdravstvenega zavarovanja	3
Pravice iz zdravstvenih zavarovanj	3
Financiranje košaric zdravstvenih storitev	4
Uveljavljanje pravic iz košarice OZZ pri izvajalcih:	5
Zagotovitev pravilnega načrtovanja kadrov in pomanjkanje zdravnikov	5
Spremembe na področju delovnih razmerij v zdravstvu	6
Standardi in normativi za delo zdravnikov in zobozdravnikov	6
Sprememba plačnega sistema	7
Izvajalci javne zdravstvene dejavnosti in konkurenca med njimi, zdravstvene zavarovalnice in konkurenca med njimi	7
Delitev javnega in zasebnega:	7
Konkurenca izvajalcev:	7
Konkurenca zavarovalnic:	8
Pravni status izvajalcev zdravstvene dejavnosti, upravljanje in odgovornost za rezultate poslovanja	8
Korupcija in javna naročila	9
Vodenje in izvajanje zdravstvene politike, depolitizacija zdravstva	9
Dvotirno upravljanje zdravstvene politike	9
Najvišji strokovni organi v državi in krepitev vloge stroke	9

Razlog in namen priprave strateških usmeritev

Strategija je namenjena kot prispevek zdravniških organizacij za pripravo načrta strukturnih sprememb zdravstvenega sistema, pri čemer naj se sledi naslednjim načelom in ciljem:

- ohranitev dosedanjih dosežkov v zdravstvenem varstvu,
- sledenju načelu "bolnik je v središču pozornosti"
- doseganju preglednega, pravičnega in učinkovitega sistema plačila prispevkov za zdravstveno varstvo,
- konkurence med ponudniki zavarovanj in s tem uveljavljanju evropskih načel svobodne konkurence,
- konkurenčnosti med izvajalci v domačem in tujem prostoru
- doseganja učinkovitega sistema plačevanja zdravstvenih storitev izvajalcem, pri čemer naj se upošteva načelo, da denar sledi pacientu,
- krepitvi sistema javnega zdravstva,
- odpravi razlike v dostopnosti do zdravstvenih storitev,
- učinkovitemu razpolaganju z denarnimi in kadrovskimi viri,
- zagotovitvi rasti kakovosti zdravstvenih storitev in varnosti pacientov,

Slovensko zdravstvo je po svoji kakovosti še primerljivo z EU državami. Uvrščamo se v povprečje držav EU po primerjalnih analizah. Toda *več kot 10 letno odlašanje z zdravstveno reformo kaže vse večje težave zaradi pomanjkanja finančnih virov, pomanjkanja zdravnikov in vse večjega odstopanja oz. nesledenja sodobnim sistemom načrtovanja in upravljanja zdravstva v EU in drugih razvitih državah.*

Razlogi za zamujanje s strukturnimi spremembami so večinoma znani. Dokument nastaja v prepričanju, da je kot tak najboljša in prepotrebna podlaga za sprejemanje potrebnega konsenza med vsemi deležniki slovenskega zdravstva. Vsako nadaljnje odlašanje pri pridobivanju potrebnega družbenega, strokovnega in političnega konsenza oddaljuje nujne strukturne spremembe v zdravstvu in postavlja zdravstvo v položaj, ko ne bo moglo več slediti skokovitemu razvoju inovativne in vse dražje medicine. V luči EU direktive to pomeni vse večji odliv bolnikov in denarja v tujino in vse večjo nekonkurenčnost slovenskega zdravstva.

Vsi deležniki slovenskega zdravstva bomo morali sprejeti kot dano dejstvo, da sedanja oblika organiziranosti zdravstvenega varstva ne omogoča več potrebnih perspektiv z vidika razvoja razvijajoče se medicine, potreb prebivalstva in načina organiziranja in upravljanja izvajalcev. Stanje se hitro poslabšuje, iskanje rešitev in potrebnega konsenza poteka prepočasi oz je na nizki stopnji.

Navkljub seznanitvi predsednice vlade RS in predsednika države RS s stališčem, da mora zdravstvo kot dejavnost največjega pomena v očeh prebivalstva dobiti visoko prioriteto, se to po naši oceni, razen na deklarativni ravni, ni zgodilo. Upravičeno pričakujemo, da bo odstop ministra za zdravje in dokaj alarmantni razlogi, ki jih je minister navedel kot razloge za odstop, dovolj velik razlog za

uvrstitev kriznih razmer med prioritete teme tako predsednice Vlade, predsednika države kakor tudi Državnega zbora.

Predlog **Zakona o zdravstveni dejavnosti**, ki je bil v letu 2013 v javni razpravi, zavračamo, ker ne prinaša potrebnih strukturnih sprememb, ne prinaša dodane vrednosti, je pravno nekonsistenten in lahko napravi več škode kot koristi. V ospredju mora biti **Zakon o zdravstvenem varstvu in zavarovanju**.

Več kot 10 let zamujamo s strukturnimi spremembami organizacije zdravstva, katere naj uravnotežijo vse večje neskladje med potrebo po financiranju sodobne medicine in razpoložljivimi finančnimi viri. Med razloge za neučinkovitost države na tem področju oz. neuspele nadgradnje zdravstva prištevamo:

- Zaprtost, samozadostnost in nepoznavanje zdravstvenih sistemov v EU
- Nesprejemanje resnosti gospodarskih razmer v Sloveniji s posledicami v zdravstvu
- Populizem na vseh ravneh družbe, ki onemogoča nujne spremembe
- Obstoj lobijev, ki jim trenutno stanje ustreza za uspešne posle.
- Slabe komunikacijske sposobnosti odgovornih deležnikov v zdravstvu
- Neupoštevanje in pasivnost najvišjih strokovnih organov v državi (RSK)

Zdravstvo je v zadnjih 4 letih izgubilo v sistemu letno med 300 in 400 mio €, kar izvajalce sili k učinkovitejšemu gospodarjenju, toda hkrati sedaj tudi k varčevanju v smislu zmanjševanja programov glede na vse večje potrebe prebivalstva in zlasti zaradi staranja prebivalstva. Cena storitev se je izvajalcem znižala v obdobju 2010 - 2013 za 16 % v strukturi cene pa se je amortizacija znižala že dvakrat po 20 %. Napovedano je novo znižanje cen v povprečju za 1,6 %, po posameznih dejavnostih tudi do 4 %.

Proces sledenja sodobni in razvojni medicini je nujno potrebno uskladiti z novimi finančnimi viri v okviru sprememb ureditve zdravstvenega zavarovanja. Za doseganje tega cilja ocenjujemo, da bi družba morala za zdravstvo namenjati med 10,5 in 11 % BDP, kot je to v državah s primerljivo ravnijo zdravstvenih pravic.

Predlagamo, da se iz sredstev za financiranje zdravstva izločijo vse nezdravstvene pravice in druge posebne postavke prenesejo pod pristojnost ministrstva za družino, delo in socialne zadeve in ministrstva za šolstvo, znanost in visoko tehnologijo.

Dostopnost se zmanjšuje tudi z vidika podaljševanja čakalnih vrst, ponekod tudi za 22 %.

Reforma sistema financiranja zdravstvenih storitev in zdravstvenega zavarovanja

Pravice iz zdravstvenih zavarovanj

je potrebno razdeliti na:

1. Košarica OZZ – storitve z visoko dodano vrednostjo, ki jo v celoti (100%) financira obvezno zdravstveno zavarovanje:

- storitve, ki jih je treba zaradi preprečitve napredovanja bolezni zagotavljati vsem zavarovancem v enakem strokovno utemeljenem standardu v času 30 dni od nastanka stanja, ki zahteva zdravstveno obravnavo. Gre za storitve, ki imajo veliko dodano vrednost za samo zdravje državljanov in ki simbolizirajo načelo **popolne varnosti, hitre oskrbe in enake dostopnosti**, kadar so državljani najbolj ogroženi v svojem zdravju.
- obravnava najzahtevnejših bolezni (kompleksna medicina) - terciar
- taksativno naštetih storitev v sklopu nacionalnih preventivnih programov in programov obvladovanja določenih kroničnih bolezni (»chronic disease management program«),
- glavarina v osnovnem zdravstvu, ki pokriva presojo upravičenosti do storitev v breme OZZ.
- nacionalni preventivni programi,
- dejavnost javnega zdravja

Košarica se deli v dve podskupini:

- 1.1. **Košarica OZZ-A:** glavarina v osnovnem zdravstvu ter draga hospitalna obravnava in storitve, ki zahtevajo prenočitev v bolnišnici in uporabo drage medicinske opreme: te storitve opravljajo izvajalci na podlagi pogodbe z ZZS in jih ZZS plača neposredno izvajalcu.
- 1.2. **Košarica OZZ-B:** ostale storitve iz košarice OZZ: te plača izvajalcu pacient sam ali zavarovalnica, kjer ima pacient dodatno zavarovanje; ZZS pa nato pacientu ali njegovemu nosilcu dodatnega zavarovanja refundira znesek do standardizirane cene.

2. Storitve z nizko dodano vrednostjo, (nenujni reševalni prevozi, del ambulantne dejavnosti, nadstandardna hospitalna obravnava ipd.), ki se financirajo iz zasebnih virov (dodatna zavarovanja, iz žepa, donacijska sredstva itd.).

Financiranje košaric zdravstvenih storitev

- V segmentu OZZ se uvede enotna prispevna stopnja.
- Dopolnilna zavarovanja v današnji obliki se ukinejo.
- za del, ki ga ne pokriva OZZ, se pripravi sistem plačil oz. zavarovanj, katerih vir so zasebna sredstva.
- Današnjim zavarovancem dopolnilnih zavarovanj se ponudijo različni paketi dodatnih zavarovanj. Predvideli bi tudi možnost pravih vzajemnih zasebnih zavarovanj, pri katerih bi zavarovanci, vključeni v shemo, premijo plačevali v odvisnosti od svojih dohodkov, vendar pod pogojem, da v takšno shemo ostanejo vključeni najmanj 10 let.
- Vsaka zavarovalnica pa mora najmanj za 1 leto po reformi ponuditi zavarovanje, s katerim bodo pokrite storitve, ki so danes sofinancirane iz dopolnilnega zavarovanja in bi v prvem letu po reformi izpadle iz košarice OZZ.

Uveljavljanje pravic iz košarice OZZ pri izvajalcih:

- Za storitve iz **košarice OZZ-B** se tudi znotraj Slovenije se uveljavi pravilo iz Direktive o čezmejnih zdravstvenih storitvah, po katerem ZZS storitve iz košarice OZZ plača vsakemu izvajalcu, ki storitev za pacienta opravi v roku do 30 dni, in sicer do višine standardizirane cene.
- Storitve iz **košarice OZZ-A** se plačujejo le izvajalcem, ki imajo za te storitve sklenjeno pogodbo z ZZS; pri čemer lahko pogodbo za te storitve z ZZS sklene vsak izvajalec, ki jih izvaja v primernem standardu, v zakonskih rokih in po pogodbeno določenih cenah (po strokovni nujnosti - prioriteti v 0 do 30 dneh, izjemoma za nekatere storitve kompleksne medicine v 45 dneh). Če pogodbeni izvajalci ne zagotovijo storitev v standardu in v zakonskih rokih (po strokovni nujnosti - prioriteti v 0 do 30 dneh, izjemoma za nekatere storitve v 45 dneh), lahko zavarovana oseba te storitve poišče ali pri izvajalcih, ki nimajo pogodbe z ZZS ali v tujini, ZZS pa plača te storitve v celotni vrednosti, kot jo ima ta izvajalec na trgu.

S temi ukrepi se skrajša oz. izniči neupravičeno dolge čakalne vrste, izvajalcem daje spodbuda za tekmovalnost v kakovosti in ceni, državi (različnim socialnim blagajnam in delodajalcem) pa prihrani strošek, ki nastaja zaradi refundacij zato, ker so npr. pacienti čakali doma v bolniškem staležu na poseg oz drugo zdravstveno storitev.

Zagotovitev pravilnega načrtovanja kadrov in pomanjkanje zdravnikov

Celostno načrtovanje zdravstvenega kadra je že dolgo šibka točka. Najbolj natančno in najbolj transparentno se načrtuje zdravniški kader.

Glede na povprečje EU-27 primanjkuje čez 1000 zdravnikov, od tega polovica v osnovnem zdravstvu. Povečano ne prihaja le do povečanih obremenitev, temveč tudi do pomanjkanja razpoložljivega časa, ki je na voljo bolnikom. Kratek čas, ki ga imata na voljo zdravnik in bolnik, bistveno povečuje tveganja nevarnih dogodkov, povzroča večjo možnost nepotrebne napotovanja na sekundarni nivo in negativno vpliva na dobro komunikacijo in zaupno razmerje med zdravnikom in bolnikom.

V letu 2012 se je pričel pojavljati trend presežka diplomantov dveh medicinskih fakultet (MF), ki želijo vstopiti v sistem specialističnega izobraževanja. Projekcije ZZS kažejo, da lahko dosežemo povprečje EU-27 (3,3 zdravnika na 1000 prebivalcev) do leta 2020 ob zaposlovanju vseh diplomantov medicinskih fakultet v Sloveniji.

Za razliko prejšnjih let, ko ni bilo dovolj diplomantov, se zdaj srečujemo z nezaposlenimi zdravniki zaradi pomanjkanja finančnih sredstev za nujno potrebne razpise specializacij.

Število zobozdravnikov v Sloveniji je nad povprečjem EU- v RS imamo 0,71 zobozdravnika na 1000 prebivalcev, povprečje EU pa je 0,62 zobozdravnika na 1000 prebivalcev.

Konkretni predlogi:

- Pospešeno popolnjevanje zdravniških vrst in hkrati preprečevanje nezaposlenosti mladih zdravnikov naj postane prioriteta.

- Načrtovanje specializacij skladno s standardi in normativi. Predlagamo tudi druge dopolnilne možnosti zmanjševanja nezaposlenosti mladih, kot so npr. urgentni zdravniki, sobni zdravniki.
- Izobraževalne ustanove naj imajo večji poudarek pri praktičnem usposabljanju v 6. letniku MF za čimhitrejše kompetentno delo, zlasti na področju urgentne medicine; v tem letniku pa naj se omogoči tudi bolj diferencirano oz. izbirno usposabljanje študentov glede na njihove karijerne preference.
- Realizirati je treba že danes veljavno zakonsko pravilo, da specializacije ne smejo trajati več kot 1 leto dlje, kot je potrebno za avtomatsko priznanje specialističnih nazivov po Direktivi o medsebojnem priznavanju diplom.
- Točke, pridobljene na maturi in v srednji šoli, ne smejo biti edini kriterij izbora za vpis na medicinsko fakulteto. Predlagamo uvedbo sprejemnega izpita in **enomesečni internat kandidatov**, ki z namenom spoznavanja zdravstvenih poklicev poteka v ambulantni, bolnišnični in urgentni službi, preden se dokončno odločijo za vpis.

Spremembe na področju delovnih razmerij v zdravstvu

Standardi in normativi za delo zdravnikov in zobozdravnikov

Slovenija se že vrsto let sooča z pomanjkanjem zdravnikov in tudi s pomanjkanjem javnih finančnih sredstev. Zaradi tega prihaja do preobremenjenosti, kar v končni fazi predstavlja nevarnost tako za zdravje in varnost pacientov, kot tudi zdravnikov. Kljub temu praktično univerzalnemu problemu pa ugotavljamo, da se obremenitve med zdravniki precej razlikujejo. Zlasti bolj obremenjeni zdravniki danes nimajo učinkovitega orodja, s katerim bi dokazali svojo preobremenitev, kar ustvarja nezadovoljstvo vseh: samih zdravnikov, njihovih delodajalcev in tudi pacientov. Še zlasti ob pomanjkanju kadrov in finančnih sredstev je zato po našem mnenju potrebno definirati individualni pričakovani obseg dela za posameznega zdravnika, ki predstavlja standardno obremenitev. Z definiranjem standarda bo nato možno resurse bistveno bolje planirati in se izogniti pritiskom različnih interesov.

FIDES, Zdravniška zbornica Slovenije in Slovensko zdravniško društvo so izvedli obsežen projekt zdravniških in zobozdravniških standardov, katerega rezultat je Pogodba o zdravniških in zobozdravniških standardih, ki je bila podpisana dne 13.9.2011, objavljena pa v **Modri knjigi standardov in normativov zdravnikov in zobozdravnikov (ISBN 978-961-6185-07-3 Zdravniška zbornica Slovenije)**. Odločitev o izdelavi standardov je bila sicer dogovorjena že s sporazumom o reševanju stavkovnih zahtev med FIDES ter Ministrstvom za javno upravo in Ministrstvom za zdravje dne 18.4.2008. Na podlagi tega sporazuma je bila v sklopu Ministrstva za zdravje oblikovana posebna projektna skupina, sestavljena iz predstavnikov ministrstva, zdravniških organizacij in nekaterih drugih predstavnikov stroke. Ta skupina je izdelala največji del splošnih standardov, vključenih v Modro knjigo.

Glede na navedene okoliščine menimo, da je prišel čas, da se standardi implementirajo tudi v kolektivni pogodbi.

Sprememba plačnega sistema

Predlagamo spremembo plačnega sistema zdravnikov s posodobitvijo sistema napredovanj, uvedbo transparentnih pravil glede variabilnega dela plače, odpravo limita za uvrščanje zdravniških delovnih mest v plačne razrede.

Po drugi strani pa predlagamo tudi sistem ekskluzivnih pogodb (zaposlitev za polni delovni čas pri enem delodajalcu, možnost nadur in stimulacij; hkrati pa prepoved opravljanja dela ali storitev pri drugih delodajalcih) in neekskluzivnih pogodb (zaposlitev pri matičnem delodajalcu za največ 32 ur tedensko, brez možnosti nadur, omejitve pri stimulacijah, brez možnosti sodelovanja v postopkih javnega naročanja; hkrati pa dovoljenje za zaposlitev ali opravljanje storitev na trgu ali pri drugem delodajalcu).

Potrebna je sklenitev **nove in posodobljene Kolektivne pogodbe za zdravnike in zobozdravnike**.

Izvajalci javne zdravstvene dejavnosti in konkurenca med njimi, zdravstvene zavarovalnice in konkurenca med njimi

Delitev javnega in zasebnega:

- Izvajalci, ki imajo z ZZS sklenjeno pogodbo za storitve iz **košarice OZZ-A**, bodo smeli te storitve opravljati samo v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja in pod pogoji, ki jih določa pogodba. Izvajalci zdravstvene dejavnosti, ki so osebe javnega prava, morajo skleniti pogodbo z ZZS za storitve iz košarice OZZ-A, razen če ne obstaja potreba po sklenitvi pogodbe.
- Za storitve iz **košarice OZZ-B** morajo imeti izvajalci jasno objavljene cene in podatek o standardizirani ceni, do katere vrednost storitve ZZS refundira.
- Sistem ekskluzivnih in neekskluzivnih pogodb (gl. zgoraj).
- Osebe z neekskluzivnimi pogodbami o zaposlitvi ne smejo sodelovati v nobeni fazi javnega naročanja.

Konkurenca izvajalcev:

- Za storitve iz **košarice OZZ-A** lahko sklene pogodbo z ZZS katerikoli izvajalec, ki sprejema pogoje, pod katerimi mora te storitve opravljati. Tak izvajalec storitev iz košarice OZZ-A ne sme izvajati samoplačniško ali v breme dodatnih zavarovanj
- Za storitve iz **košarice OZZ-B** in za **storitve, ki niso predmet OZZ**, se nastopanje izvajalcev na trgu popolnoma liberalizira in se uvede načelo »denar sledi bolniku«. Pacient si lahko izvajalca sam izbere.

Konkurenca zavarovalnic:

Zasebne domače ali tuje zdravstvene zavarovalnice prosto oblikujejo produkte dodatnih zdravstvenih zavarovanj, ki pokrivajo:

- storitve iz košarice OZZ-A, ki jih opravijo izvajalci brez pogodbe z ZZS ali tuji izvajalci – brez regresnega zahtevka do ZZS;
- storitve iz košarice OZZ-B, pri čemer ima zavarovalnica regresni zahtevki do ZZS do standardizirane cene
- storitve, ki niso predmet OZZ

Pravni status izvajalcev zdravstvene dejavnosti, upravljanje in odgovornost za rezultate poslovanja

Sistem vodenja zdravstvenih zavodov ni učinkovit in z njim ni zadovoljen nihče (direktorji, zaposleni,...).

Predlagamo večjo poslovno avtonomijo zavodov in omejitev možnosti privatizacije.

Z večjimi pooblastili managementu pri vzvodih upravljanja predlagamo tudi večjo prožnost pri nagrajevanju dobrega poslovanja in sankcioniranju slabih poslovnih odločitev.

Konkretni predlogi:

1. Statusna sprememba bolnišnic iz javnega zdravstvenega zavoda (JZZ) v javno zdravstveno podjetje – neprofitnega značaja
2. Korporativno upravljanje in vodenje zdravstvenih ustanov v javni lasti
3. Sprememba sedanjega plačnega sistema javnih uslužbencev v zdravstvu v novega, ki vzpostavi soodvisnost med plačo in delovnimi rezultati delavca na transparenten in enostaven način z zveznim odstopanjem plače glede na povprečno plačo v isti skupini zaposlenih, zmanjšati pomen avtomatičnih napredovanj (karierna renta!) in povečati nagrado za učinkovito delo
4. Sploščiti je potrebno vodstveno piramido z zmanjšanjem števila (neučinkovitih) vodij v sistemu s povečanjem odgovornosti in pooblastil vodij in povečanjem nagrade za uspešno vodenje

Izbor novih mladih zdravnikov naj se prenese iz pristojnosti ZZS na zavode kot pomembno orodje poslovne samostojnosti.

Vsaj del financiranja specializacij naj prevzamejo zavodi, ki objavijo potrebo po specializantu. Specializantov matični delodajalec je tisti, ki je objavil potrebo po specializantu, in je dolžan specializanta zaposliti za nedoločen čas (s tema ukrepoma se preizkusi, ali delodajalec specialista res potrebuje ali le napihuje potrebo).

Predlagamo poudarjeno vlogo nadzornih organov, ki naj bodo neodvisni od politike. Večino v svetih bi morali sestavljati licencirani nadzorniki.

Korupcija in javna naročila

poslovna avtonomija in strogi nadzor v veliki meri zavirata korupcijo. Zavzemamo ničelno toleranco do korupcije.

Konkretni predlogi:

- Večja javna naročila je potrebno spremeniti v javno-zasebna partnerstva, kar dejansko že danes so. Dobavitelj naj opreme ne zaračuna državi oziroma javnemu zavodu, temveč naj kot zasebni partner sodeluje pri programu dejavnosti, ki se z njegovo opremo izvaja, ter v zvezi s tem prevzame poslovna tveganja. S tem se bo prenehala praksa, po kateri vsa tveganja in izgubo prevzemajo javni zavodi, dobavitelji pa se vsem tveganjem izognejo in beležijo dobičke.
- Z javnimi naročili novih gradenj naj se preneha. Če so potrebne nove prostorske zmogljivosti, naj jih zagotovi zasebni partner in jih financira skozi izvajanje dejavnosti. S tem se izognemo naslednim investicijam oziroma njihove posledice prevzema zasebni kapital.
- Ministrstvo za zdravje naj pripravi državno bazo - register medicinskih pripomočkov in negativno listo ponudnikov. Strokovni sveti pripravijo standarde vgradnih in potrošnih materialov v medicini.
- Cene 100 najpogostejših in primerljivih materialov in opreme naj se spremljajo kontinuirano in javno za vso državo na portalu ZZS oz MZ.
- Manjša naročila se izvajajo prek okvirnih sporazumov in vzpostavi se sistem »nič preko naročilnic«. Razpisi so obvezni tudi za naročila pod 20.000 € oziroma je treba tudi pri javnih naročilih majhne vrednosti zagotoviti konkurenco ponudnikov.
- Vse razpise z enim samim ponudnikom je potrebno razveljaviti in predati dosledno Komisiji za preprečevanje korupcije in Agenciji za varstvo konkurence.
- Trditve o 500 mio € v korupciji izgubljenega zdravstvenega denarja je potrebno ovreči ali potrditi z ustreznimi analizami. MZ in Združenje zdravstvenih zavodov pripravita analizo za nekaj let nazaj in predlog ukrepov.

Vodenje in izvajanje zdravstvene politike, depolitizacija zdravstva

Dvotirno upravljanje zdravstvene politike

nova zakonodaja naj jasno opredeli odnos med Ministrstvom za zdravje (MZ) in ZZS. Avtonomnost ZZS mora biti delno podrejena MZ prek nadzornih mehanizmov. Skupščina ZZS je preživeta oblika učinkovitega upravljanja edine in največje zdravstvene blagajne v državi. MZ mora imeti v rokah sredstva za kreiranje zdravstvene politike ter učinkovite mehanizme za nadzor. Vsa operativna opravila pa naj prepusti strokovnim institucijam.

Najvišji strokovni organi v državi in krepitev vloge stroke

Najvišja strokovna telesa v državi in regulatorji zdravstva še niso vzpostavili nujno potrebnega dialoga glede strokovnih prioritet, standardnih oblik zdravljenja, materialov in postopkov diagnostike. Z hitrim napredkom medicine in novih tehnologij je ključnega pomena odločitev stroke, katere novosti uvesti v standardne oblike zdravljenja in katere opuščati ali pa uvrstiti med storitve z

nizko dodano vrednostjo. Nedelovanje najvišjih strokovnih teles (RSK pri MZ) je eden večjih razlogov za krizo slovenskega zdravstva.

Konkretni predlogi:

- že ustanovljeni Strokovni sveti v okviru zdravniških organizacij Slovenije prevzamejo to odgovorno nalogo in pridobijo potrebna javna pooblastila s strani države.
- delovanje Strokovnih svetov mora temeljiti na visokih etičnih standardih in spoštovanju integritete. Posebni kodeks mora zagotavljati neodvisnost članov strokovnih svetov od sponzorjev in farmacevtske industrije in zagotavljati preprečevanje konflikta interesov.
- Strokovni sveti postavljajo standarde opreme, diagnostičnih postopkov in potrebnih zdravljenj v skladu z smernicami, katere kontinuirano spremljajo in dopolnjujejo.
- Strokovni sveti sodelujejo pri uveljavitvi prioritet v zdravstvu in opredelitvi pravic z visoko oz. nizko dodano vrednostjo na zdravje prebivalcev.
- Glavni strokovni svet SZD in Zdravniška zbornica Slovenije usklajujeta njihovo delovanje in sodelovanje z ZZS in Zdravstvenim svetom MZ.
- Kot najvišji strokovni organi v državi prevzemajo nosilno vlogo mnenjskih voditeljev glede strokovno medicinskih vprašanj.
- Z namenom večje učinkovitosti strokovnih svetov predlagamo spremembo pravilnika o strokovnih svetih, ki naj bodo referenčno telo v državi za strokovno medicinska vprašanja;