



REPUBLIKA SLOVENIJA
DRŽAVNI SVET

Komisija za socialno varstvo, delo, zdravstvo in invalide

6

Številka: 500-01/15-4/ EPA 972-VII
Ljubljana, 16. 2. 2016

Komisija za socialno varstvo, delo, zdravstvo in invalide je, na podlagi 20. člena Poslovnika Državnega sveta (Uradni list RS, št. 70/08, 73/09, 101/10, 6/14 in 26/15) in drugega odstavka 56. člena Zakona o Državnem svetu (Uradni list RS, št. 100/05 - uradno prečiščeno besedilo, 95/09 – odl. US, 21/13 - ZFDO-F), oblikovala naslednje

P o r o č i l o

k Predlogu resolucije o Nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja« (ReNPZV16–25)

Komisija Državnega sveta za socialno varstvo, delo, zdravstvo in invalide je na 48. seji 27. 1. 2016 obravnavala Predlog resolucije o Nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja« (ReNPZV16–25) (v nadaljevanju: predlog resolucije), ki ga je v obravnavo Državnemu zboru predložila Vlada Republike Slovenije.

Komisija predlog resolucije **podpira**.

Kot navaja predlagatelj, je namen sprejema novega nacionalnega plana na področju zdravstvenega varstva izpolnitev zaveze iz 6. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ). Predlog resolucije bo predstavljal podlago za razvoj zdravstva in pripravo ter sprejem ustreznih zakonodajnih rešitev s področja zdravstvenega varstva in zdravstvene dejavnosti v naslednjih desetih letih. Dokument naslavlja ključne probleme zdravja in sistema zdravstvenega varstva, neenakosti v zdravju v povezavi s specifičnimi potrebami in možnostmi zdravstvenega varstva ranljivih skupin prebivalstva, daje podlage za razvoj dejavnosti javnega zdravja in zdravstvenih dejavnosti na posameznih ravneh (krepitev in varovanje zdravja ter preprečevanje bolezni; urejanje zdravstvene dejavnosti z namenom optimizacije zdravstvene oskrbe; uvajanje sprememb v vodenje in upravljanje zdravstvenega varstva s ciljem povečanja uspešnosti sistema; izobraževanje in izpopolnjevanje kadrov) in podlage za nadaljnji razvoj zdravstvenega zavarovanja.

Komisija je osnutek predloga resolucije obravnavala že v fazi javne razprave, na 39. seji 9. julija 2015, in pri tem podala nekaj splošnih in konkretnih pripomb, ki so se nanašale na pomembno vlogo socialnih partnerjev tako pri oblikovanju kot implementaciji politik in zakonodajnih rešitev v zdravstvu; velik pomen preventivnih pristopov; pomembno vlogo pacienta v sistemu zdravstvenega varstva; natančnejšo opredelitev posameznih uporabljenih pojmov v resoluciji; finančno vzdržnost sistema v povezavi s sistemom dogovora o financiranju v zdravstvu in

obremenitvami posameznikov ter gospodarstva s prispevki, davki na dohodek ali drugimi vrstami dodatnih dajatev; varstvo in zdravje pri delu v povezavi z medicino dela in pogoji za izpolnjevanje obvez delodajalcev na tem področju; investicije v zdravstvu; področja zdravilstva, pacientovih pravic in dolgotrajne oskrbe; upravljanje zdravstvenih zavodov; dopolnilno zdravstveno zavarovanje; različne poklicne profile v zdravstvu; status in vlogo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) kot aktivnega kupca storitev v zdravstvu itd. Komisija, na podlagi primerjave vsebine obeh dokumentov, ugotavlja, da je bil velik del njenih pripomb v nadaljevanju postopka priprave dokumenta upoštevan.

Komisija se je seznanila tudi s povzetkom Analize zdravstvenega sistema v Sloveniji, ki jo je izvedlo Ministrstvo za zdravje v sodelovanju s Svetovno zdravstveno organizacijo in Evropskim observatorijem za spremljanje zdravstvenih sistemov, njeni izsledki pa so bili upoštevani pri pripravi končnega predloga resolucije. Komisija meni, da je analiza končno ponudila realne podlage za nadaljnje odločitve, ki pa bodo v veliki meri odvisne od splošnega družbenega konsenza glede posameznih predlaganih sprememb aliboljšav sistema. Konsenz sicer za komisijo predstavlja tako izziv kot obvezo vseh deležnikov v sistemu.

Komisija z zadovoljstvom ugotavlja, da predlog resolucije kot temelje zdravstvenega sistema ohranja načela vsesplošne dostopnosti, kakovostnih zdravstvenih storitev ter pravičnega in solidarnega financiranja zdravstvenega varstva. Sistem mora po njenem mnenju ostati javen, splošno dostopen in čim bolj zaščiten pred raznimi ambicijami posameznih družbenih segmentov, ki niso v skladu z navedenimi načeli.

Komisija ponovno opozarja na pomemben vpliv kontinuitete vodenja Ministrstva za zdravje na delovanje in razvoj sistema zdravstvenega varstva, saj so dosedanje zelo pogoste menjave ministrov v zadnjem desetletju na sistem zdravstvenega varstva vplivale negativno tako z vidika strateškega upravljanja področja kot reševanja aktualnih težav v sistemu. Komisija meni, da preišljene spremembe ali nadgradnje sistema, osnovane na preverjenih podatkih ter usklajene z različnimi deležniki, terjajo čas vsaj štiri do deset let za njihovo kakovostno implementacijo, torej obdobje več kot enega polnega mandata vlade.

Komisija prav tako meni, da bi morali pri iskanju nadaljnje smeri razvoja zdravstva čim bolj pustiti ob strani emocije in osebne interese ter se osredotočiti na sprejemanje razumnih in za paciente oziroma uporabnike sistema najboljših (dolgoročnih) rešitev. Komisija je bila ob tem seznanjena, da ZZZS kot možno rešitev omenjenih težav s kontinuiranim razvojem zdravstvenega sistema predlaga vzpostavitev posebne agencije za zdravstvo, ki bi delovala neodvisno od politike.

Komisija ugotavlja, da precej načrtovanih aktivnosti na področju zdravstvenega varstva v nadaljnjih desetih letih terja sodelovanje dveh resorjev: zdravstvenega in socialnega varstva. Ker je trenutno to sodelovanje bolj kot ne šibko, kar povzroča v praksi težave, bi bilo po mnenju komisije treba temu vprašanju nameniti več pozornosti, če naj bi se v resoluciji zadani cilji tudi uresničili.

Komisija ponovno izpostavlja področje zobozdravstva, ki v povezavi s stopnjo tveganja revščine po mnenju komisije predstavlja kritično področje zdravstvenega sistema, katerega storitve trenutno v precejšnji meri plačujejo posamezniki iz svojega žepa. Ker gre za področje, ki ima lahko velik vpliv tudi na ostale segmente zdravstvene dejavnosti, saj so bolezni zob v tesni povezavi z drugimi vrstami obolenj, mu je treba po mnenju komisije dati še več poudarka in v zvezi z njim določiti bolj jasne aktivnosti in ukrepe. Ministrstvo pritrjuje, da gre za pomemben del razvoja zdravstvene dejavnosti na primarni ravni, se zaveda vseh trenutnih pomanjkljivosti sistema in napoveduje sprejem strategije razvoja tega področja, vključno z določitvijo mreže v skladu s potrebami prebivalstva in zmožnostmi financiranja (poglavje 6.2.2. Zdravstvena dejavnost na primarni ravni).

V zvezi z oceno komisije, da krepitvi primarne zdravstvene dejavnosti (na primer odpiranju novih ambulant v zdravstvenih domovi) velikokrat ne sledi krepitev ostalih dejavnosti v zdravstvenem domu, na primer laboratorijskih kapacitet, Ministrstvo za zdravje pojasnjuje, da je bilo ravno na področju laboratorijske dejavnosti ugotovljeno, da gre za zelo razpršen sistem z neustreznim nadzorom nad ravnijo kakovosti storitev, zlasti pri biokemijskih preiskavah. Raven kakovosti storitev bi sicer morala biti enotna, rezultati raziskav med posameznimi laboratoriji pa primerljivi. Prav tako se nekateri zdravstveni domovi trudijo okrepiti laboratorijsko dejavnost, morda tudi zaradi želje po krepitvi prihodkov od tržne dejavnosti, pri čemer pogosto kakovost izvedenih storitev zadanim ciljem ne sledi. S problematiko razvoja laboratorijske dejavnosti se sicer, kot pojasnjuje ministrstvo, ukvarja celotna Evropa, saj kakovost in varnost laboratorijskih storitev ne sledi njenemu splošnemu razcvetu, kar je ob dejstvu, da se za to dejavnost nameni 14 % vseh sredstev za zdravstvo, zaskrbljujoče. Zato resolucija predvideva sprejem Strategije razvoja laboratorijske dejavnosti do leta 2018, ki naj bi začrtala kriterije delovanja tega področja in se usmerila v racionalnejšo izrabo že obstoječih laboratorijskih kapacitet, ki delujejo po akreditiranih in primerljivih metodah visoke kakovosti (Poglavje 6.2.6. Dejavnost laboratorijske medicine).

V zvezi z duševnim zdravjem (Poglavje 6.2.7.) je v predlogu resolucije napovedan razvoj programov skupnostne skrbi in s tem povezana deinstitucionalizacija področja. Komisija opozarja na nujnost hitrega razvoja dodatnih programov na tem področju, saj je njihova trenutna ponudba precej okrnjena, ve pa se, da se bodo potrebe na tem področju v prihodnje še povečale.

V zvezi s področjem duševnega zdravja komisija opozarja tudi na problematiko forenzične obravnave psihiatričnih bolnikov, v zvezi s katero se v praksi trenutno pojavljajo težave. Oddelek za forenzično psihiatrijo v mariborskem UKC ne zmora sam pokrivati vseh potreb, zato bi bilo po mnenju komisije nujno okrepiti mrežo tovrstnih oddelkov. Komisija zaznava težave zlasti v okviru poforenzične psihosocialne rehabilitacijske obravnave, ki trenutno ne deluje dobro, saj psihiatrični bolniki, ko zaključijo s prestajanjem kazni, nimajo možnosti ustrezne reintegracije v življenjsko okolje oziroma jim ni zagotovljena ustrezna oskrba v sistemu zdravstvenega varstva. Glede na napovedano deinstitucionalizacijo na področju duševnega zdravja, se bodo omenjene težave brez ustreznih nadomestnih rešitev po oceni komisije še poglobile. V zvezi z rehabilitacijsko obravnavo psihiatričnih bolnikov po prestani kazni zapora Ministrstvo za zdravje pritrjuje, da trenutno ustreznih azilnih mest ni na voljo, zato se predvidevajo spremembe področne zakonodaje, o čemer se dogovarjajo z Ministrstvom za pravosodje kot matičnim resorjem.

Komisija je opozorila tudi na težave z zdravstveno obravnavo otrok s posebnimi potrebami oziroma na njihovo zgodnjo obravnavo. V preteklosti, pred letom 1992, je namreč sistem na tem področju dobro deloval (posebni mentalno-higienski oddelki na primarni zdravstveni ravni), a se je nato skozi leta počasi razgradil, s tem pa se je porazgubilo tudi strokovno znanje na tem področju. Ministrstvo za zdravje pojasnjuje, da omenjeno problematiko rešujejo skupaj z Ministrstvom za šolstvo in Ministrstvom za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti v okviru posebnega projekta, ki bo financiran iz sredstev Operativnega programa za obdobje 2014–2020. Na nujnost ponovne vzpostavitve sistema zgodnje obravnave in enotne vstopne točke so opozorili številni deležniki, med drugim tudi Odbor Državnega zbora za zdravstvo, zato bo ministrstvo možnost uvedbe enotne vstopne točke preskusilo na podlagi pilotnega projekta in nato rešitev, na podlagi ugotovitev projekta, razširilo na celotno področje Slovenije.

Komisija je opozorila tudi na nujnost zagotovitve posebne obravnave in zaščite otrok v zdravstvenem sistemu, pri čemer je opozorila na zadnje čase pogost pojav akcij zbiranja denarja za operacije otrok v tujini, ki so posledica zavrnjenih prošenj za kritje stroškov tovrstnih posegov s strani ZZS. V. d. generalnega direktorja ZZS v zvezi s tem pojasnjuje, da gre v takšnih primerih za zelo težka strokovna in etična vprašanja, ki jih razrešujejo za to posebej ustanovljeni organi na državni ravni (Zdravstveni svet RS, Komisija za medicinsko etiko), ZZS pa krije stroške operacij, ko se to izkaže kot nujno in smiselno, skladno z zakonskimi predpisi. Torej v primeru, da so v Sloveniji izčrpane vse druge možnosti zdravljenja in ko obstaja s strani stroke potrjena verjetnost,

da se z določenim posegom v tujini lahko stanje pacienta izboljša. Ob tem opozarjajo, da je v tujini na trgu veliko število različnih ponudb, tudi nepreverjenih ali celo vprašljivih zdravstvenih posegov, ki ni nujno, da so učinkoviti ali ustrezni za posameznega pacienta, prav tako se ponavadi ne izvede strokovna analiza dejanskih učinkov operacij v tujini, ki se jih krije z denarjem, zbranim v prej omenjenih dobrodelnih akcijah, torej na pobudo staršev in ne stroke. Nadaljnje zdravljenje in rehabilitacija pa ostajata breme ZZZS.

Komisija ugotavlja, da preventivni programi DORA, ZORA in SVIT v Sloveniji beležijo dobre rezultate, zato so jo zanimali razlogi za določitev ciljnega deleža oseb, ki se odzovejo na presejalni program DORA, za leto 2025 (75 %) v nižji višini od doseženega odstotka v letu 2014 (77,2 %) (str. 94). Ministrstvo za zdravje pritrjuje, da bi se podatek lahko napačno razumelo kot nižanje standarda, a zagotavlja, da temu ni tako, saj gre za mednarodno sprejet standard na tem področju, ki v primeru, da je presežen, šteje kot kazalec visoke stopnje uspešnosti programa. Doseganje vsaj 75 %-ne odzivnosti na presejalni program torej ostaja cilj v slovenskem prostoru, zlasti po načrtovani širitvi programa na celotno Slovenijo.

Komisija v zvezi s poglavjem 6.2.9. Dolgotrajna oskrba ponovno opozarja, da sprejem zakona o dolgotrajni oskrbi že desetletje ostaja neizpolnjena obljuba, kljub temu, da se ga vsako leto znova zapiše v delovni program vlade. Komisija se zaveda zahtevnosti in večplastnosti problematike dolgotrajne oskrbe in dejstva, da se morajo o rešitvah dogovarjati trije različni ministrski resorji (za socialo, zdravje in finance) ter da je težko najti ustrezen vir za financiranje omenjenega segmenta storitev, a kljub temu, kot že večkrat poprej, poziva k čimprejšnjemu sprejemu zakonodaje na tem področju. Meni tudi, da bi se morala s to problematiko ukvarjati vlada kot celota, saj je očitno zaradi različnih izhodišč in pričakovanj posameznih ministrstev treba na tem področju doseči širši konsenz.

Ministrstvo za zdravje pojasnjuje, da se na podlagi nedavno sprejetega sklepa o čimprejšnji ureditvi tega področja po novem pristojnost urejanja problematike dolgotrajne oskrbe seli v Kabinet predsednika Vlade Republike Slovenije, v okviru katerega bodo potekala usklajevanja med prej navedenimi tremi ministrstvi, posledično pa se bo pripravilo predlog Zakona o dolgotrajni oskrbi in osebni asistenci, ki naj bi bil po napovedih Vlade sprejet do konca leta 2016. Osrednji element omenjene zakonodaje naj bi predstavljala ocena potreb potencialnega uporabnika sistema, ki mu bo sledila določitev koordinatorja dejavnosti (bodisi patronažna sestra, lokalna skupnost itd.), storitev in načina financiranja storitev. Pri pripravi zakonske vsebine naj bi bili upoštevani tudi zaključki projekta AHA (Active Health Ageing), ki je identificiral pet najboljših praks, ki se jih mora čim prej tudi finančno ovrednotiti, ekstrapolirati na državno raven in s tem dobiti podlage za nadaljnje odločitve.

Komisija ugotavlja, da je rešitev problematike dolgotrajne oskrbe v veliki meri povezana tudi s pričakovanim porastom nevrodgenerativnih bolezni, zlasti demence, ki z vidika stroškov že sedaj predstavljajo veliko breme, v povezavi s predvideno demografsko sliko pa bo v prihodnje ta obremenitev še večja. Omenjeno dejstvo predstavlja problem tako za sam sistem zdravstvenega varstva kot tudi za obolele in njihove svojce, saj so stroški bivanja in oskrbe oseb z demenco v socialnovarstvenih zavodih visoki (tudi do 1.300 evrov mesečno), kar ob povprečno relativno nizkih pokojninah (povprečna neto starostna pokojnina v letu 2015 je bila po podatkih ZPIZ 609,50 evrov) pomeni preveliko finančno obremenitev za bolnika. Posledično se finančno breme, poleg že tako velikega psihičnega bremena, prenese na svojce, ki so trenutno v veliki meri prepuščeni samo-organiziranju in iskanju rešitev v okviru raznih nevladnih organizacij oziroma društev. Zaradi napovedi povečanja števila obolelih za demenco v prihodnje, komisija meni, da so čimprejšnje sistemske rešitve problema nujne, saj se bo tako zaščitilo sistem pred nevzdržnimi dodatnimi finančnimi obremenitvami in na podlagi sistema solidarnosti vsaj finančno razbremenilo družine in posameznike.

Ministrstvo za zdravje v zvezi z navedeno problematiko pojasnjuje, da je v načrtu sprejem Strategije obvladovanja demence v Sloveniji do leta 2020, ki predvideva nove pristope na tem področju, v povezavi s testi za prepoznavanje demence s strani zdravstvenega osebja, družine in širše skupnosti.

V zvezi s čakalnimi dobami komisija ugotavlja, da trenutni rezultati pilotnega projekta obvladovanja čakalnih dob, uvedenega septembra 2015, kažejo na to, da so slednje v veliki meri tudi umetno ustvarjene (veliko oseb prijavljenih za obravnavo pri več izvajalcih hkrati, neustrezne napotitve, neažurirani sezname s podatki o že umrlih osebah, za vsak slučaj prijavljenih na posege, ko to sploh ni nujno itd.), prav tako pa so lahko posledica zgrešenega splošnega dojemanja dobrega zdravnika kot tistega, ki veliko napotuje na specialistične preglede, izdaja veliko receptov za zdravila in brez težav odobri odsotnost z dela zaradi bolezni, kar je sicer razvidno iz nekaterih aktualnih javnih mnenj uporabnikov.

Komisija izpostavlja tudi področje zdravilstva, za katerega ZZZS ocenjuje, da se na leto porabi 400 milijonov sredstev, in ki mu je sicer v predlogu resolucije namenjeno posebno poglavje (6.1.12. Zdravilstvo). V njem je navedeno tudi to, na kar je komisija opozarjala že v fazi javne razprave o dokumentu, in sicer, da se k alternativnim oblikam zdravljenja zateka velik odstotek oseb (iz predloga resolucije izhaja, da gre za 60–80 % odstotkov pacientov s kronično boleznijo), področje pa še vedno ostaja neurejeno. Komisijo je ob tem zanimalo, ali se načrtuje vključitev izvajalcev komplementarne medicine v splošen sistem zdravstvenega varstva in zakaj je postavljen relativno dolg rok za sprejem nove zakonodaje na tem področju, to je leto 2018. Ministrstvo za zdravje je pojasnilo, da se zaradi preobilice ostale zakonodaje, ki jo je treba prioritarno urediti, v zvezi z omenjenim področjem ni moglo postaviti krajšega roka, da pa se bo glede na aktualno stanje s sprejemanjem posameznih segmentov zakonodaje v resoluciji zadane časovnice še lahko sproti prilagajalo. Cilj ministrstva je dokončna celovita ureditev področja, na podlagi dobrih praks iz tujine, ki pa, kot je pokazal nedavno izveden projekt v Evropi, niso enotne in tudi ne primerljive z našo ureditvijo (število metod je v tujini precej manjše, nosilec metod pa je večinoma zdravstveni delavec, veterinar ipd.).

Komisija se je dotaknila tudi področja koncesij, ki bi ga bilo po njenem mnenju treba bolje urediti v smislu jasnih razmerij in izenačevanja pravic in obveznosti (dežurstva, upoštevanje kolektivnih pogodb, ...) med izključno javnim zdravstvom in koncesionarji kot njegovim dopolnilnim delom. Ministrstvo za zdravje pojasnjuje, da se področje že aktivno ureja, saj je trenutno v javni razpravi novela Zakona o zdravstveni dejavnosti, katere namen je bolj pregledno urediti razpisovanje in podeljevanje koncesij, v skladu z mrežo zdravstvene dejavnosti in odločili Zakona o javno-zasebnem partnerstvu.

ZZZS v zvezi s tem področjem dodatno pojasnjuje, da z vidika financiranja storitev posebnih težav pri sodelovanju s koncesionarji ne beležijo, da pa koncesionarji povečini delujejo kot gospodarske družbe, zato bi bilo področje treba urediti tako, da bi se zagotovilo vračilo dobička iz poslovanja v zdravstveni sistem. Kot možno dodatno rešitev ZZZS navaja tudi overjanje revidiranih bilanc koncesionarjev pri koncendentu in uvedbo pristopa strokovnega določanja potreb po koncesionarjih, ki je trenutno v veliki meri odvisno od odločitev v posamezni lokalni skupnosti.

Komisija je že večkrat opozorila na negativne posledice, ki jih je v zdravstvu pustilo obdobje finančne in gospodarske krize, v katerem se je vzdržnost zdravstvene blagajne reševala na plečih izvajalcev zdravstvenih storitev, predvsem javnih zdravstvenih zavodov, saj je bilo v sistemu v tem času zdravstvenemu sistemu na voljo kar 420 milijonov evrov sredstev manj kot prej.

V zvezi z upravljanjem blagajne obveznega zdravstvenega zavarovanja komisija meni, da je potrebno ohraniti pomembno (tudi nadzorno) vlogo, ki jo preko članstva v skupščini ZZZS igrajo socialni partnerji. Prav tako komisija še vedno pričakuje intenzivno vključevanje socialnih

partnerjev, kot pomembnih deležnikov v sistemu zdravstva, v oblikovanje politik za podporo krepitvi in ohranjanju zdravja, pripravi posameznih sprememb zdravstvenega sistema in v njihovo implementacijo. Slednje je sicer kot zaveza zapisano v predlogu resolucije, ki kot pomembne deležnike v sistemu zdravstva med drugim prepoznava tudi lokalne skupnosti, zbornice in nevladne organizacije (predzadnji stavek poglavja 1.1. Razlogi za nov nacionalni plan zdravstvenega varstva in tretji odstavek poglavja 6.1.1. Zdravje v vseh politikah).

Komisija je že ob obravnavi osnutka predloga resolucije julija 2015 pozvala k drugačnemu pristopu k investicijam in gradnji v zdravstvu, ki naj temelji na racionalnem trošenju finančnih sredstev, gradnje pa naj bodo izvedene v rokih in v predvidenih finančnih okvirih. Komisija ugotavlja, da je v predlog resolucije sedaj vključeno posebno poglavje o upravljanju z investicijami v zdravstvu (poglavje 6.3.9.), v katerem je predvidena priprava dolgoročnega strateškega programa posodobitve slovenske zdravstvene infrastrukture, sprejemanje odločitev o investicijah na podlagi analiz in ocenah dejanskih potreb, dokazanih učinkih in kazalnikih uspešnosti investicije.

Komisija prav tako poziva k zagotovitvi čim bolj učinkovitega nadzora nad izvajanjem in finančno vzdržnostjo posameznih predvidenih aktivnosti in ukrepov iz predloga resolucije, ki bodo v določenih segmentih zagotovo terjali dodatna finančna sredstva. Na to je komisija opozorila že ob obravnavi osnutka predloga resolucije v fazi javne razprave.

Komisija se je seznanila z mnenjem Trgovinske zbornice Slovenije, ki nasprotuje uvedbi dodatnih trošarin (npr. na sladkor ali sladke pijače) z namenom pridobitve dodatnih sredstev za sistem zdravstvenega varstva, po drugi strani pa je naklonjena ideji, da bi se sredstva, zbrana iz obstoječih trošarinskih obremenitev za tobačne izdelke in alkoholne pijače, uporabila za točno določene namene, in sicer za financiranje točno določenih programov v okviru preventivnega zdravstvenega varstva. Slednje je skladno z zapisom v drugem odstavku poglavja 6.4.2. Vzdržnost financiranja sistema zdravstvenega varstva: »Čeprav zakonodaja (Zakon o omejevanju porabe alkohola, Zakon o omejevanju uporabe tobačnih izdelkov) mestoma že omogoča porabo dela sredstev od pobranih trošarin za tobačne izdelke in alkoholne pijače, doslej ta možnost v praksi ni bila uveljavljena«.

V zvezi z navedenim Trgovinska zbornica Slovenije pristojnemu Ministrstvu za zdravje daje v razmislek idejo o uvedbi t.i. preventivnega zdravstvenega centa na prodan proizvod, kot možnega dodatnega vira sredstev za financiranje preventivne zdravstvene dejavnosti, ki bi jo bilo možno implementirati pod naslednjimi pogoji:

1. Zagotoviti se mora, da se tako zbrana sredstva vodi na posebnem podračunu državnega proračuna, ločenem od integralnega proračuna, porablja pa se jih izključno namensko - za izvajanje preventivnih zdravstvenih dejavnosti.

Obrazložitev:

Slabe izkušnje z uvedbo t.i. cestnega tolarja v sredini 90.-ih let prejšnjega stoletja kot dela maloprodajne cene pogonskih goriv navajajo k nujnosti zaščite namensko zbranih sredstev. Pri cestnem tolarju se je namreč izkazalo, da se je zaradi premajhne zaščite zbranih sredstev slednja ob prvi potrebi po dodatnih finančnih sredstvih preusmerilo v integralni del državnega proračuna. Osnovni namen ločenega zbiranja sredstev torej ni dosegel svojega namena, to je reševanje težav z investicijami in vzdrževanjem cestnega omrežja.

2. Uveljavitev in trajanje določb o ločenem zbiranju namenskih sredstev naj bo pogojena z jasno določenim seznamom konkretnih programov za preventivno zdravstveno varstvo, ki naj bi se jih v aktualnem obdobju financiralo iz prej omenjenih namenskih sredstev (na primer trenutno aktualen prenos Direktive o proizvodnji, predstavitvi in prodaji tobačnih in povezanih izdelkov v slovenski pravni red). Veljavnost

omenjenih določb naj se torej časovno omeji oz. veže na omenjeni seznam, nato pa sproti podaljšuje, v odvisnosti od izpolnitve pogoja predhodne priprave seznama programov, ki bodo v aktualnem obdobju deležni tovrstnega namenskega financiranja.

Obrazložitev:

Zagotoviti je treba, da se bo že vnaprej točno vedelo, za katere programe zdravstvene dejavnosti bodo namenska sredstva, zbrana na posebnem podračunu državnega proračuna, dejansko porabljena.

3. Uveljavitev takšnega načina financiranja preventivnih programov naj predstavlja podlago za kompromis oziroma nadomesti morebitne druge načrtovane ukrepe (npr. koncesije v zvezi s prodajo tobaka), ki bi v primeru uvedbe negativno vplivali tako na trgovske družbe kot tudi državni proračun.

* * *

Komisija dodatno poziva h krepitvi aktivnosti države za izboljšanje pozitivne splošne podobe in dojemanja slovenskega zdravstvenega sistema. Trenutno so namreč posamezniki postavljeni v nelagoden položaj, saj se na eni strani srečujejo z dobrimi izkušnjami s storitvami posameznih segmentov zdravstvenega sistema, kar kažejo tudi rezultati Analize zdravstvenega sistema v Sloveniji, na drugi strani pa s kopico negativnih in zlonamernih informacij iz medijev, kar velikokrat neutemeljeno pretehta pri oblikovanju posplošenih negativnih ocen kvalitete celotnega sistema zdravstvenega varstva. Komisija posledično poziva naj ocene o delovanju slovenskega zdravstvenega sistema temeljijo na objektivnih podatkih, ki bodo ustrezno in na primeren način predstavljeni širši javnosti, za kar lahko poskrbijo za to posebej usposobljeni strokovnjaki za odnose z javnostmi. Proces spreminjanja stališč širše javnosti bo najbrž dolgotrajen, a bi bili njegovi pozitivni učinki na dolgi rok po mnenju komisije vredni navora, saj ima slovenski zdravstveni sistem tudi v okvirih mednarodnih primerjav še vedno visok ugled.

Ne samo vprašanje nagrajevanja uspešnega kadra, tudi splošna podoba sistema lahko po mnenju komisije pomembno vpliva na to, kakšen kader se bo na splošno zaposloval v slovenskem zdravstvu in kakšna bosta kvaliteta izvedenih storitev in vodenja javnih zavodov na dolgi rok. Mora se zagotoviti, da bodo pri kadrovanju za vodstvene položaje štele strokovne reference, saj že sama kompleksnost področja, ob hkratnih težavah z omejenimi finančnimi sredstvi, terja visoko strokoven in za to področje posebej usposobljen menedžerski kader, ki bi se ga moralo načrtno oblikovati, morebiti tudi na podlagi šolanja v tujini, kjer je tovrstno strokovno znanje že dobro razvito.

* * *

Za poročevalca je bil določen predsednik komisije mag. Peter Požun.

Sekretarka komisije
Nuša Zupanec, l.r.

Predsednik komisije
mag. Peter Požun, l.r.