



**Izhodišča za izvajanje integrirane preventive kroničnih bolezni in zmanjševanje neenakosti  
v zdravju pri odraslih prebivalcih Slovenije**

Pregled stanja in predlogi ukrepov

Ljubljana, marec 2015

## **Izhodišča za izvajanje integrirane preventive kroničnih bolezni in zmanjševanje neenakosti v zdravju pri odraslih prebivalcih Slovenije**

Pregled stanja in predlogi ukrepov

### **Avtorice**

**Jerneja Farkaš Lainščak**, Nacionalni inštitut za javno zdravje

**Jožica Maučec Zakotnik**, Nacionalni inštitut za javno zdravje

**Sanja Vrbovšek**, Nacionalni inštitut za javno zdravje

**Tatjana Buzeti**, Center za zdravje in razvoj Murska Sobota

**Martina Horvat**, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti

**Uršula Lipovec Čebren**, Filozofska fakulteta, Univerza v Ljubljani

**Sara Pistotnik**, Inštitut za multikulturne raziskave

### **Urednica**

**Jerneja Farkaš Lainščak**

### **Izdajatelj**

**Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva cesta 2, Ljubljana**

### **Spletni naslov**

**[www.nijz.si](http://www.nijz.si)**

### **Kraj in leto izdaje**

**Ljubljana, 2015**

Brezplačen izvod.

Za vsebino so odgovorni avtorji.

Dokument je nastal v okviru projekta »Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju – Skupaj za zdravje« s finančno podporo Norveškega finančnega mehanizma. Za vsebino tega dokumenta je odgovoren izključno Nacionalni inštitut za javno zdravje in zanj v nobenem primeru ne velja, da odraža stališča nosilca Programa Norveškega finančnega mehanizma.

## Kazalo

Uvod .....	4
Zakonodajne osnove za preventivno zdravstveno varstvo na primarni ravni.....	5
Ključne ugotovitve ocene potreb in analize stanja na področju preventivnih programov za odrasle na primarni ravni .....	7
Okrepitev javnozdravstvene vloge zdravstvenega doma in vloga Centrov za krepitev zdravja.....	12
Predlogi sistemskih ukrepov za lažji dostop »ranljivih« skupin do zdravstvenega zavarovanja in zdravstvenega varstva .....	16

## Uvod

V okviru projekta »Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju - Skupaj za zdravje« ([www.skupajzdravje.si](http://www.skupajzdravje.si)), ki ga vodi Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) v sodelovanju s številnimi sodelavci s področja preventive in ga sofinancira Norveški finančni mehanizem, smo pripravili pregled stanja ter nabor predlogov z namenom vzpostavitve temeljnih izhodišč za izvajanje integrirane preventive kroničnih bolezni in zmanjševanje neenakosti v zdravju pri odraslih prebivalcih Slovenije.

Pri tem smo uvodoma pregledali zakonodajne osnove za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni in ključne ugotovitve ocene potreb in analize stanja na področju preventivnih programov za odrasle. Nadalje smo želeli opozoriti na pomen javnozdravstvenega poslanstva zdravstvenih domov in predstaviti organizacijsko-funkcionalne ter programsko-vsebinske nadgradnje zdravstvenovzgojnih centrov (bodočih Centrov za krepitev zdravja), ki bi lahko ključno pripomogle h krepitvi zdravja in zmanjševanju neenakosti v zdravju na lokalni ravni. V zadnjem delu dokumenta se lotevamo predlogov sistemskih ukrepov za lažji dostop do zdravstvenega varstva in s tem do preventivnih programov za zdravstveno marginalizirane (»ranljive«) skupine prebivalstva.

## Zakonodajne osnove za preventivno zdravstveno varstvo na primarni ravni

**Zakon o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 23/05 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 23/08, 58/08 – ZZdrS-E, 77/08 – ZDZdr, 40/12 – ZUIF in 14/13)**

V nadaljevanju je navedeno besedilo zakona, ki se nanaša na izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni.

2. člen v drugi alineji navaja:

- Zdravstvena dejavnost na primarni ravni obsega osnovno zdravstveno dejavnost in lekarniško dejavnost.

3. člen v prvi alineji navaja:

- Zdravstveno dejavnost lahko opravljajo na podlagi dovoljenja ministrstva, pristojnega za zdravje, domače in tuje pravne in fizične osebe, če izpolnjujejo s tem zakonom določene pogoje.

3. člen v drugi alineji navaja:

- Zdravstveno dejavnost kot javno službo pod enakimi pogoji opravljajo javni zdravstveni zavodi ter druge pravne in fizične osebe na podlagi koncesije.

5. člen v prvi alineji navaja:

- Mrežo javne zdravstvene službe na primarni ravni določa in zagotavlja občina oziroma mesto.

5. člen v drugi alineji navaja:

- Republika Slovenija sodeluje pri zagotavljanju mreže javne zdravstvene službe na primarni ravni na demografsko ogroženih območjih v skladu s planom zdravstvenega varstva.

5. člen v tretji alineji navaja:

- Republika Slovenija izjemoma določa in zagotavlja na primarni ravni mrežo javne zdravstvene službe za zdravstveno varstvo študentov.

7. člen navaja naslednje naloge, ki se vežejo na preventivno zdravstveno varstvo:

- Osnovna zdravstvena dejavnost obsega:
  - spremljanje zdravstvenega stanja prebivalcev in predlaganje ukrepov za varovanje, krepitev inboljšanje zdravja ter preprečevanje, odkrivanje, zdravljenje in rehabilitacijo bolnikov in poškodovancev;
  - preventivno zdravstveno varstvo rizičnih skupin in drugih prebivalcev v skladu s programom preventivnega zdravstvenega varstva in z mednarodnimi konvencijami;
  - zdravstveno vzgojo ter svetovanje za ohranitev in krepitev zdravja;
  - preprečevanje, odkrivanje in zdravljenje ustnih in zobnih bolezni ter rehabilitacijo;
  - zdravstveno rehabilitacijo otrok in mladostnikov z motnjami v telesnem in duševnem razvoju;
  - patronažne obiske, zdravstveno nego, zdravljenje in rehabilitacijo bolnikov na domu ter oskrbovancev v socialnovarstvenih in drugih zavodih.

7. člen v zadnjem odstavku navaja:

- Naloga zdravstvenih delavcev v osnovni zdravstveni dejavnosti na posameznem območju je tudi povezovanje in sodelovanje z drugimi zdravstvenimi ter s socialnovarstvenimi, vzgojno-izobraževalnimi in drugimi zavodi, podjetji, organizacijami ter posamezniki za oblikovanje in izvajanje programov za krepitev, ohranitev in povrnitev zdravja.

8. člen navaja:

- Osnovno zdravstveno dejavnost opravljajo zdravstveni domovi, zdravstvene postaje in zasebni zdravstveni delavci.
- V okviru osnovne zdravstvene dejavnosti opravljajo socialnovarstveni zavodi in zavodi za usposabljanje in izobraževanje otrok in mladostnikov z motnjami v duševnem in telesnem razvoju zdravstveno nego in zdravstveno rehabilitacijo za svoje oskrbovance.
- Zavodi iz prejšnjega odstavka lahko organizirajo za svoje varovance tudi drugo osnovno zdravstveno dejavnost in specialistično konziliarno dejavnost v skladu z naravo dejavnosti zavoda in z mrežo javne zdravstvene službe.
- Zdravstveno nego in drugo osnovno zdravstveno dejavnost lahko v skladu z mrežo javne zdravstvene službe organizirajo za svoje varovance tudi kazenski in vzgojni zavodi.

9. člen v prvi in peti alineji navaja:

- Zdravstveni dom je zdravstveni zavod, ki ima organizirano najmanj preventivno zdravstveno varstvo vseh skupin prebivalcev, nujno medicinsko pomoč, splošno medicino, zdravstveno varstvo žensk, otrok in mladine, patronažno varstvo ter laboratorijsko in drugo diagnostiko. Na svojem območju zdravstveni dom zagotavlja tudi družinsko medicino ter preventivno in kurativno zobozdravstvo, medicino dela ter fizioterapijo, če opravljanje teh dejavnosti ni drugače urejeno. Zdravstveni dom zagotavlja tudi reševalno službo, če ta služba ni organizirana v bolnišnici.
- Zdravstveni dom se ustanovi za območje občine, več občin ali mesta ob upoštevanju obolevnosti prebivalstva, naseljenosti in prometnih povezav.

10. člen navaja:

- V zdravstveni postaji se izvaja najmanj nujna medicinska pomoč, splošna medicina in zdravstveno varstvo otrok in mladine oziroma družinska medicina ter osnovne diagnostične preiskave. Za zagotavljanje drugih dejavnosti iz prvega odstavka 7. člena tega zakona se zdravstvena postaja povezuje z najbližjim zdravstvenim domom.

12. člen navaja:

- Če v občini ali mestu ni zdravstvenega doma, mora občina oziroma mesto v sodelovanju z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije zagotoviti izvajanje preventivnih in drugih programov v osnovnem zdravstvenem varstvu s pogodbo z drugim zdravstvenim domom, zdravstveno postajo ali z zasebnimi zdravstvenimi delavci, ki opravljajo javno zdravstveno službo na podlagi koncesije.

Ugotovitve:

Zakonodaja opredeljuje naloge preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, medtem ko organizacija, pristojnosti in odgovornosti posameznih izvajalcev ter vodstvenega kadra niso dovolj jasno definirane. Zato predlagamo, da se to opredeli v **Pravilniku za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (Uradni list RS, št. 19/98, 47/98, 26/00, 67/01, 33/02, 37/03, 117/04, 31/05, 83/07 in 22/09)**.

## **Ključne ugotovitve ocene potreb in analize stanja na področju preventivnih programov za odrasle na primarni ravni**

V letu 2014 je bila opravljena poglobljena ocena potreb in analiza stanja na področju preventivnih programov za odrasle na primarni ravni zdravstvenega varstva. V njej so bila zajeta stališča in potrebe zdravstveno marginaliziranih (»ranljivih«) skupin prebivalstva, zdravih odraslih prebivalcev in bolnikov s kroničnimi boleznimi ter izvajalcev preventivnih programov za odrasle na primarni ravni zdravstvenega varstva. Z metodološkega vidika smo za pridobitev ocene potreb uporabili kvalitativni raziskovalni pristop (fokusne skupine, strukturirane intervjuje) in zbrali stališča strokovnih delovnih skupin, ki so bile vzpostavljene za namene projekta. Strnjen povzetek ocene potreb in analize stanja na področju preventivnih programov za odrasle na primarni ravni navajamo v nadaljevanju.

### **Ocena potreb zdravstveno marginaliziranih (»ranljivih«) skupin prebivalstva**

#### **Pomanjkanje podatkov o zdravju »ranljivih« skupin ter ukrepov, ki bi odgovorili na njihove potrebe**

1. O zdravju »ranljivih« skupin in ovirah v dostopu do zdravstvenega sistema za te skupine prebivalstva je opaziti pomanjkanje podatkov, raziskav in analiz, prav tako je opaziti pomanjkanje strategij in ukrepov, ki bi odgovorili na njihove potrebe.

#### **Ovire v dostopu do zdravstvenih ustanov**

1. Geografska oddaljenost od zdravstvenih ustanov: »ranljive« skupine prebivalstva so pogosto soočene z velikimi finančnimi težavami, zato si težko privoščijo poti v kraj, v katerem je zdravstvena ustanova. To oviro še težje premoščajo starejši in/ali kronični bolniki, ki pot tudi fizično težje prenesejo. Za osebe z različnimi oblikami oviranosti v geografsko bolj oddaljenih krajih je dodatna ovira pomanjkanje prilagojenega javnega prevoza.
2. Neprilagojenost zdravstvenih ustanov za osebe z različnimi oblikami oviranosti: gibalno ovirane osebe (pa tudi druge) pogosto nimajo ustrezno urejenega dostopa do vseh prostorov in zdravstvenih storitev.

#### **Ovire v dostopu do zdravstvenega zavarovanja**

Zdravstvena nezavarovanost pomeni eno ključnih ovir pri dostopu do zdravstvenega varstva, vključno z dostopom do preventivnih programov. Nezavarovane osebe pogosto poiščejo zdravniško pomoč šele, ko je njihovo stanje urgentno. S tem se povečuje obremenjenost služb nujne medicinske pomoči. Obenem pa imajo nezavarovane osebe zaradi odlašanja z iskanjem zdravstvene oskrbe pogosto več različnih kroničnih zdravstvenih težav, kar povečuje obseg zdravstvenih storitev. Temeljni problem predstavlja pomanjkljiv pregled stanja nezavarovanosti, saj ZZZS ne razpolaga s podatkom o številu vseh nezavarovanih oseb v Sloveniji. Med številnimi ovirami v dostopu do zdravstvenega zavarovanja bi izpostavili naslednje:

1. Obvezno zdravstveno zavarovanje (OZZ) je nedostopno za vse večje število oseb; iz proračunskih sredstev se zagotovi OZZ le pod pogojem, da oseba zadosti kriterijem za upravičenost do denarne socialne pomoči (DSP). Zaradi vse strožjih kriterijev (navedeni v ZUPJS, ZSVarPre, ZUPJS-C), občine vse manjšemu številu oseb krijejo OZZ.

S spremembo socialne zakonodaje (ZUPJS, ZSVarPre, ki sta začela veljati 1. 1. 2012) so se kriteriji

upravičenosti do DSP zaostri. ZUPJS-C je vzpostavil neposredno povezavo med izpolnjevanjem pogojev za pridobitev DSP in upravičenostjo do kritja prispevkov za OZZ. Sočasno pa je z Zakonom o socialnovarstvenih prejemkih (ZSVarPre) reorganiziral postopke za pridobitev DSP.

2. Sistem zdravstvenega zavarovanja ni prilagojen vse večjemu številu prekarnih delavcev (delavcev v negotovih oblikah zaposlitev na podlagi avtorskih, podjetniških pogodb, študentskih napotnic idr.). Zato se niža odstotek oseb, ki imajo urejeno zdravstveno zavarovanje na podlagi delovnega razmerja. Kot ključni izzivi se kažejo:
  - naraščanje zavarovancev, ki si sami plačujejo prispevke za OZZ (na podlagi 20. točke 15. člena ZZVZZ);
  - razkorak med predvidenimi prispevki za zdravstveno zavarovanje in dejanskimi dohodki prekarnih delavcev;
  - dodatno obdavčevanje avtorskih in podjetniških pogodb s 6,36 odstotki za zdravstveno blagajno;
  - ovire pri udejanjanju pravice do bolniškega staleža in preventivnih pregledov za prekarne delavce;
  - zadrževanje pravic do zdravstvenih storitev v primeru neplačevanja prispevkov za OZZ (78.a člen ZZVZZ).
3. Narašča število oseb, ki ne zmorejo redno plačevati prispevkov za OZZ, zato se kopiči njihov dolg do ZZZS. Tem osebam in po njih zavarovanim družinskim članom (razen otrokom) se v času, ko nimajo poravnanih obveznosti plačevanja prispevkov, zadržijo njihove pravice do zdravstvenih storitev in denarnih dajatev iz naslova OZZ.

Dokler dolga ne poravnajo, lahko na račun OZZ dostopajo le do nujnega zdravljenja. V primeru nenujnega zdravljenja pa so v deležu OZZ samoplačniki za zdravstvene storitve. Te osebe so de facto zdravstveno nezavarovane, zaradi nakopičenih dolgov pa imajo težave pri ponovnem vstopanju v zdravstveni sistem.

Veliko povišanje dolga do DURS oziroma ZZZS je opaziti predvsem od leta 2011, kar lahko povežemo tudi z uveljavitvijo 203. člena Zakona za uravnoteženje javnih financ (ZUJF), ki je stopil v veljavo 31. 5. 2012 in s katerim je prenehal veljati Pravilnik o odpisu, obročnem plačilu in odlogu plačila dolga iz naslova prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje (Uradni list RS, št. 129/06).

4. Administrativne prepreke in nespoštovanje zakonskih določil
  - Številne brezdomne in druge osebe brez prijavljenega stalnega prebivališča, ki imajo po zakonu pravico do prijave stalnega prebivanja na naslovu ustanove, ki jim nudi materialno pomoč (Center za socialno delo (CSD), Rdeči križ (RK), Karitas idr.), te pravice ne morejo udejanjiti. Brez naslova stalnega prebivališča pa ne morejo pridobiti pravice do OZZ, ki bi jim bilo krito iz občinskega proračuna.
  - Otroci državljanov drugih držav, ki nimajo urejenega tujskega statusa (ali imajo v Sloveniji dovoljenje za zadrževanje ali za začasno bivanje in niso zaposleni), pogosto nimajo dostopa do OZZ, čeprav po zakonu vsem otrokom do 18. leta v Sloveniji pripada pravica do OZZ.
5. Izključenost določenih kategorij migrantov (nedokumentirani migranti, prisilci za mednarodno



zaščito, osebe z dovoljenjem za zadrževanje, nezaposlene osebe z dovoljenjem za začasno bivanje), ki nimajo dostopa do OZZ, zato se lahko v Sloveniji zavarujejo le preko komercialnih zavarovanj.

### **Ovire znotraj zdravstvenih ustanov**

#### 1. Oviran dostop do nujne medicinske pomoči:

- Čeprav je po zakonu vsakdo, ne glede na zdravstveno zavarovanje, lahko deležen brezplačnega nujnega zdravljenja, v nekaterih primerih zdravstveni delavci nezavarovanim osebam zdravljenje odrečejo ali jih obravnavajo kot samoplačnike, kljub temu, da gre za nujno zdravljenje.
- V primeru, da oseba ni zmožna plačati stroškov zdravljenja, ki se izkaže za nenujno, mora zdravstvena ustanova sprožiti dolgotrajen postopek izterjave od posameznika, šele nato Ministrstvo za zdravje (MZ) povrne stroške zdravljenja, a ne tudi stroškov postopka izterjave. Za zdravstvene ustanove to pomeni veliko dodatnega administrativnega dela in visoke izdatke.
- Zaradi vzpostavitve osebne odgovornosti lečečega zdravnika, ki mora s podpisom izjave zagotoviti, da je nujno zdravljenje dejansko potrebno in da bo v nasprotnem primeru izvajalec vrnil neupravičeno pridobljena sredstva, je prav tako lahko oviran dostop do nujne medicinske pomoči.

#### 2. Pomanjkanje strokovnega kadra zaradi česar imajo določene »ranljive« skupine (in tudi ostali deli prebivalstva) oviran dostop do kakovostne strokovne obravnave.

#### 3. Neenaka obravnava »ranljivih« skupin:

- »Ranljive« skupine poročajo o primerih neenake, diskriminatorne obravnave v zdravstvenih ustanovah. Pogosto je taka obravnava posledica nepoznavanja in neinformiranosti zdravstvenih delavcev o specifičnih težavah in potrebah »ranljivih« posameznikov, ki se običajno odzivajo z nezaupanjem do zdravstvenih delavcev, izogibajo zdravstvenim ustanovam in odlašajo z zdravljenjem.

#### 4. Kulturni in jezikovni nesporazumi:

- Zaradi nepoznavanja kulturnega ozadja in pomanjkanja kulturne kompetence zdravstvenih delavcev prihaja pri določenih »ranljivih« skupinah (migranti, Romi) do vrste kulturnih nesporazumov, ki dodatno poglobljajo kulturno distanco in prispevajo k negativnim izkušnjam posameznikov z zdravstvenim sistemom.
- Zaradi odsotnosti usposobljenih tolmačev in/ali prevajalcev v zdravstvenih ustanovah se med zdravstveni delavci in nekaterimi »ranljivimi« skupinami (migranti, Romi) pojavljajo jezikovne ovire ter vrsta jezikovnih nesporazumov, ki prispevajo k manj kvalitetni zdravstveni obravnavi.

### **Ovire v dostopu do preventivnih programov**

1. Večina obravnavanih »ranljivih« skupin ima težave z dostopom do OZZ, zato mnogi niso vključeni v preventivne programe. Čeprav bi se preventivnih programov načeloma želeli udeležiti, pa posvečajo predvsem pozornost reševanju ovir, da bi imeli dostop do najosnovnejših zdravstvenih potreb.

2. Poleg tega nekateri (npr. Romi, osebe z različnimi oblikami oviranosti) poudarjajo, da so obstoječi preventivni programi zanje premalo dostopni tudi zaradi jezikovnih in kulturnih ovir, drugi (npr. prekarni delavci) pa izpostavljajo pomanjkanje preventivnih programov, ki bi se bolj odzivali na njihove potrebe.
3. Do preventivnih pregledov lahko dostopajo tudi osebe z zadržanimi pravicami: 78.a člen ZZVZZ določa, da se določenim zavarovancem (in po njih zavarovanim družinskim članom) v času, ko nimajo poravnanih obveznosti plačevanja prispevkov, zadržijo pravice do zdravstvenih storitev in denarnih dajatev iz naslova OZZ. Tedaj lahko uveljavijo na račun OZZ le nujno zdravljenje. Ker k nujnemu zdravljenju sodijo obvezne storitve, je MZ s posebnim dopisom kot takšne opredelilo storitve (navedene v Pravilniku za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni). Po tej interpretaciji imajo osebe z zadržanimi pravicami na račun OZZ dostop do preventivnih programov. Omejitve pri udeležanju te pravice v praksi:
  - informacijska podpora pri registraciji s kartico ZZS zavrača obravnavo oseb z zadržanimi pravicami do zdravstvenih storitev v preventivnih programih, zato je zdravstvenim izvajalcem tehnično onemogočeno ustrezno beleženje storitev in obračunavanje stroškov;
  - neinformiranost izvajalcev in upravljalcev preventivnih programov o pravici dostopa do preventivnih zdravstvenih storitev za osebe z zadržanimi pravicami do zdravstvenih storitev;
  - neinformiranost uporabnikov, pristojnih vladnih in nevladnih služb, ki so v stiku z uporabniki ter splošne javnosti o pravicah do preventivnih in drugih obveznih storitev za osebe z zadržanimi pravicami;
  - izvajalci zdravstvenih storitev poročajo, da se osebo z zadržanimi pravicami po določenem obdobju odstrani iz seznama izbranega osebnega zdravnika. Četudi le-ta poravna dolg do ZZS in prične s plačevanjem OZZ, ni samodejno uvrščena na seznam istega izbranega osebnega zdravnika. Izbrati ga mora na novo, do tedaj pa nima dostopa do preventivnih in drugih pregledov;
  - osebe, ki niso vključene v OZZ, nimajo dostopa do preventivnih storitev, čeprav so le-te opredeljene kot obvezne in s tem del nujnega zdravljenja.

### **Ocena potreb zdravih odraslih in bolnikov s kroničnimi boleznimi**

1. Želijo si boljši stik in več komunikacije z zdravstvenimi delavci, predvsem zdravniki. V zdravstveni obravnavi je za uspehe s stališča uporabnika (še vedno) najpomembnejši osebni stik, humanost, razumevanje ter dobra komunikacija.
2. Menijo, da so informacije o preventivi zelo razpršene; moti jih naraščajoča in tržno naravnana ponudba z zdravim življenjskim slogom povezanih proizvodov in storitev. Hkrati opažajo, da se tudi strokovne smernice spreminjajo ter da glede določenih tem strokovnjaki nimajo enotnega mnenja. Pogrešajo in predlagajo ustanovitev stične informativne točke, kjer bi lahko pridobili kredibilne podatke o zdravju, zdravih živilih in zdravem življenjskem slogu.
3. Opažajo porast psihičnih težav, tako med mlajšo kot starejšo populacijo. Menijo, da bi bilo dobro več pozornosti nameniti preventivi oziroma osveščanju na področju duševnega zdravja.

4. Ugotavljajo, da je premalo preventive na področju zlorabe alkohola (še posebej v vinorodnih okoliših): alkoholizem je postal del folklorne, ne namenja se mu dovolj pozornosti oziroma ne zaznavajo dovolj pomoči svojcem in alkoholikom.
5. Predlagajo, da bi bili preventivni programi oziroma delavnice fleksibilnejše glede lokacije izvajanja, pogojev za udeležbo z možnostjo vključitve sredi programa in brez starostnih omejitev. Predlagajo, da se starostne omejitve prilagodijo demografskim trendom podaljševanja življenjske dobe.
6. Kritični so do programov odvajanja od kajenja, za katere navajajo, da so nepotrebni. Dokaj enotno so vse skupine izražale mnenja, da je prenehanje kajenja odvisno od posameznika, ki mora sprejeti odločitev.
7. Predlagajo intenzivnejši angažma stroke na področju osveščanja tako javnosti kot industrije glede vsebnosti sladkorjev v pijačah in soli v prehranskih izdelkih.
8. Priporočajo tudi intenzivnejše in bolj integrirano povezovanje stroke z društvi bolnikov in drugimi nevladnimi organizacijami (NVO), ki tudi izvajajo preventivne programe. Predlagajo uvedbo obstoječih dobrih praks v sistem preventivnega zdravstvenega varstva.

Bolniki s kroničnimi boleznimi poleg zgoraj omenjenega izpostavljajo še:

1. Želijo si bolj celostno (integrirano) obravnavo v zdravstvu.
2. Predlagajo večjo integracijo ljudi z izkušnjami kronične bolezni v preventivne programe: posamezniki z izkušnjo bolezni in pridobljenim znanjem bi lahko delovali kot vezni člen med preventivnim zdravstvenim varstvom ter uporabniki.
3. Predlagajo vzpostavitev posvetovalnic za kronične bolnike po celi Sloveniji (tudi in predvsem v bolj oddaljenih krajih), kjer se bodo uporabniki lahko posvetovali o svojem zdravstvenem stanju, o navzkrižnem delovanju zdravil, o oskrbi kroničnih bolezni. Posvetovalnice ne smejo biti organizirane zgolj v zdravstvenih domovih.
4. Menijo, da bi bilo nujno redno (in bolj sistematično urejeno) osveščanje in informiranje o možnostih sekundarne preventive pri osebnem izbranem zdravniku.
5. Predlagajo sistemsko informiranje bolnikov ob odpustu iz bolnišnice o obstoju podpornih društev bolnikov. Na osnovi osebnih izkušenj pravijo, da je takrat posameznik najbolj prestrašen in tudi dovzeten za informacije, ki bi mu pomagale pri spremembah v življenjskem slogu.
6. Pri oskrbi kroničnih bolnikov so ključni tudi svojci: predlagajo, da se tudi njim nudi podpora z delavnicami ali predavanji (npr. kako ravnati, kako obvladovati posamezne situacije).

Potrebe uporabnikov zaznavajo tudi izvajalci in so jih v analizi stanja prav tako izpostavili. Kot ključne ovire pri naslavljanju uporabnikovih potreb so izpostavili:

1. neprilagojenost preventivnih programov in pristopov uporabnikom,

2. organizacijske ovire (vključno z neučinkovitim in neenotnim informacijskim sistemom),
3. upravljanje z viri (finančnimi, kadrovskimi, znanje) na primarni ravni zdravstvenega varstva,
4. upravljanje s preventivnimi programi na nacionalni, regionalni in lokalni ravni (pomanjkanje učinkovitega vodenja, koordinacije in integracije preventivnih programov s pomanjkljivo evalvacijo in neažurnimi povratnimi informacijami, kar slabi motivacijo izvajalcev in možnosti korektivnih ukrepov).

## Okrepitev javnozdravstvene vloge zdravstvenega doma in vloga Centrov za krepitev zdravja

Politični konsenz o pomenu osnovne zdravstvene dejavnosti pri zagotavljanju zdravja prebivalstva je bil dosežen že leta 1978, s sprejetjem Deklaracije iz Alma Ate (1). Tudi Ljubljanska listina o reformiranju zdravstvenih sistemov iz leta 1996 je med priporočili, kako organizirati zdravstveno varstvo, da bo usmerjeno k boljšemu zdravju in kakovosti življenja prebivalstva, posebej poudarila ključno vlogo primarnega zdravstvenega varstva (2). Kljub temu, da prvi dokument velja za enega največjih dosežkov Svetovne zdravstvene organizacije, drugi pa ga smiselno dopolnjuje, se v letih po njunem sprejetju zavezanost držav k udejanjanju zapisanih načel v praksi ni zgodila. S tem razlogom je Svetovna zdravstvena organizacija leta 2008 ponovno pozvala države, naj preusmerijo svojo zdravstveno politiko v zagotavljanje kakovostnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (3, 4). Tudi aktualna strategija Zdravje 2020 kot eno od ključnih prednostnih področij navaja krepitev zdravstvenih sistemov, osredinjenih na uporabnike, in krepitev zmogljivosti javnega zdravja. Pri tem posebej izpostavlja zavezanost primarnemu zdravstvenemu varstvu, ki naj bi predstavljajo temelj zdravstvenih sistemov 21. stoletja (5).

Leta 1978 je bila Slovenija del bivše Jugoslavije, s katero je delila Štamparjeva načela glede primarnega zdravstvenega varstva in zdravstvenih domov kot organizacijske oblike za optimalno udejanjanje teh načel (6). Temeljna značilnost zdravstvenih domov v preteklosti je bila uspešnost pri reševanju javnozdravstvenih problemov skupin prebivalstva s pomočjo promocije zdravja in preventivne dejavnosti ter aktivno odzivanje na potrebe »ranljivih« skupin prebivalcev. Skozi desetletja je ta vloga zdravstvenih domov vse bolj izginjala, hkrati pa je način dela v njih postajal vse bolj reaktiven; usmerjen v zdravstvene probleme posameznika in njihovo zdravljenje (7). Klančarjeva in sodelavci zaključujejo, da je zdravstveni dom postal konglomerat z neopredeljeno vsebino in priročna oblika neprofitne organizacije, ki omogoča delo vsem zdravstvenim delavcem, ki sami ne želijo voditi poslovanja lastnega zavoda, in zagotavlja široko paleto zdravstvenih storitev, ki pogosto niti ne sodijo na primarno raven (6). Ob nedorečenih oblikah sodelovanja med zdravstvenim domom in koncesionarji, lahko v skrajnih primerih predstavlja le skupno streho različnih služb, profilov in načinov dela, ki ne delujejo povezano in s ciljem usmerjenosti v celostno zagotavljanje čim boljšega zdravja lokalnega prebivalstva.

Osnovno zdravstveno varstvo lahko odgovori na potrebe današnjega časa z razvijanjem okolja za partnerstvo in spodbujanjem ljudi, da bolje skrbijo za svoje zdravje in aktivno sodelujejo v procesu zdravljenja (5). Izhajajoč iz tega načela strategije Zdravje 2020, bi bilo na primarni ravni zdravstvenega varstva potrebno ohraniti in ustrezno nadgraditi tiste aktivnosti in organizacijske oblike, ki se že navezujejo na izvajanje javnozdravstvene vloge zdravstvenega doma, hkrati pa razviti nove, ki bi le-to dodatno podprle. Javnozdravstveno poslanstvo zdravstvenega doma utemeljuje aktivna skrb za doseganje najvišje možne ravni zdravja lokalne skupnosti in zmanjševanja neenakosti v zdravju, sistematično izvajanje različnih preventivnih programov in aktivnosti promocije zdravja, zagotavljanje učinkovitega prepletanja populacijskega preventivnega pristopa s pristopom k posameznikom z visokim tveganjem, strukturirano in v

posameznika usmerjeno zdravstvenovzgojno delo, omogočanje aktivne participativne vloge uporabnikov v procesih določanja prednostnih ukrepov in udejanjanje skupnostnega pristopa za zdravje. V okviru projekta »Skupaj za zdravje« smo opirajoč se na zakonodajna izhodišča za preventivno zdravstveno varstvo na primarni ravni zdravstvenega varstva ter ključne ugotovitve ocene potreb in analize stanja pripravili predlog tako organizacijsko-funkcionalnih kot programsko-vsebinskih nadgradenj zdravstvenovzgojnih centrov (bodočih Centrov za krepitev zdravja) v zdravstvenih domovih, ravno z namenom krepitev javnozdravstvenega poslanstva zdravstvenega doma.

S ciljem doseganja boljšega zdravja, podaljševanja življenjske dobe in zmanjševanja neenakosti v zdravju v lokalni skupnosti ter načrtovanja aktivnosti promocije zdravja, ki izhajajo iz potreb ciljne populacije, predstavlja eno izmed ključnih aktivnosti Centrov za krepitev zdravja kontinuirano demografsko in epidemiološko spremljanje zdravja celotne populacije, ki gravitira na področje posameznega zdravstvenega doma, vključno s proučevanjem in spremljanjem stanja na področju »ranljivih« populacijskih skupin in stanja na področju enakosti v zdravju v lokalni skupnosti. To aktivnost bodo zdravstveni domovi v okviru Centrov za krepitev zdravja udeleževali ob strokovni podpori Območnih enot Nacionalnega inštituta za javno zdravje.

Prav tako smo nadgradili aktivnosti zdravstvenovzgojnih centrov na področju promocije zdravja in zdravega življenjskega sloga v lokalni skupnosti v okviru:

1. izvedbe dogodkov za promocijo zdravja v zdravstvenem domu in v lokalni skupnosti,
2. spodbujanja ciljnih populacij za vključevanje v preventivne in državne presejalne programe za zgodnje odkrivanje raka (Dora, Zora, Svit),
3. podpore implementaciji Programa Svit na lokalni ravni ter
4. izvedbe aktivnosti in programov krepitev zdravja v lokalnih skupnostih (kratkih preventivnih obravnav, meritev, svetovanj v krajevnih/vaških skupnostih) s ciljem krepitev zdravja pri lokalnem prebivalstvu in spodbujanja razvoja podpornih okolij za zdravje.

Posebna novost je uvedba skupnostnega pristopa, ki omogoča boljši dostop do storitev in obravnav, razvoj podpornih mrež in skupin za samopomoč ter upošteva formalne in neformalne oblike pomoči. Od partnerjev v lokalnem okolju zahteva usklajeno in povezano premoščanje ovir ter razvoj kompetenc, veščin in načinov ukrepanj, ki presegajo klasične institucionalne oblike delovanja. Tak pristop vpliva in mobilizira številne lokalne strukture in deležnike, ruralne in urbane skupnosti, civilno družbo in posameznike, ki z usklajevanjem na osnovi prvotno dogovorjenih vrednot vzpostavljajo pogoje za krepitev zdravja in zmanjševanje neenakosti v zdravju.

Hkrati smo razvili nove vsebine, orodja in pristope za učinkovitejše vključevanje ciljne populacije, ki obsegajo tako aktivnosti, povezane z vključevanjem »ranljivih« skupin prebivalstva kot aktivnosti, povezane z vključevanjem oseb, ki se ne odzivajo na vabljenje v preventivni program. Pri tem je ključno, da sprotno identificiramo različne vrste ovir, ki jih imajo »ranljive« osebe v dostopu do sistema zdravstvenega varstva in ugotovljamo, kakšna je njihova zdravstvena obravnava, hkrati pa stremimo k sprotnemu in neprekinjenemu sodelovanju pri odpravljanju njihovih ovir (tudi v okviru skupnostnega pristopa skupaj s Centrom za socialno delo, Zavodom Republike Slovenije za zaposlovanje, občino, nevladnimi organizacijami in mnogimi drugimi partnerji iz lokalnega okolja). Za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi je znotraj sistema zdravstvenega varstva pomembno tudi opolnomočenje zdravstvenih delavcev za delo z »ranljivimi« skupinami in vključevanje več služb znotraj zdravstvenega doma v njihovo obravnavo. Spremembe vpeljujemo tudi pri osebah, ki se daljše obdobje ne odzivajo na vabljenje na preventivni pregled, saj bo pri njih možen obisk patronažne medicinske sestre. Tako želimo zagotoviti višje motiviranje za udeležbo v preventivnem programu, v posebnih primerih pa patronažna medicinska sestra lahko izvede preventivni

pregled na domu. Usmerjenost delovanja patronažnih medicinskih sester v dobrobit posameznika, družine in skupnosti, še posebej v »ranljive« skupine prebivalstva in v subjekte v občutljivih življenjskih obdobjih, je pomemben element zagotavljanja enakosti v dostopnosti do zdravstvenih storitev. Pri tem je pomembno slediti spremenjenim potrebam družbe, povečevati obseg sistematičnega preventivnega dela in krepiti povezovalno vlogo patronažnih medicinskih sester.

V okviru programsko-vsebinskih nadgradenj smo na podlagi 12-letnih izkušenj z izvajanjem standardiziranega zdravstvenovzgojnega programa za odraslo populacijo, Programa svetovanja za zdravje, le-tega prenovili tako z vidika vsebin kot pristopov pri opolnomočenju ljudi za spreminjanje vedenja, povezanega z zdravjem. Prav tako smo razvili nova gradiva, skladno s strokovnim razvojem na tem področju, ki bodo podpirala udeležence zdravstvenovzgojnih delavnic/individualnih obravnav v procesu spreminjanja nezdravega življenjskega sloga. Program je namenjen obravnavi oseb z vedenjskimi, biološkimi in psihosocialnimi dejavniki tveganja, oseb, ogroženih za razvoj kroničnih bolezni in oseb s kroničnimi boleznimi. Strokovnjaki v Centru za krepitev zdravja nudijo podporo in pomoč ljudem pri ohranjanju in krepitvi zdravja ter spreminjanju nezdravega življenjskega sloga. V program smo skladno s potrebami ciljne populacije vključili več vsebin s področja duševnega zdravja ter programe za opolnomočenje kroničnih bolnikov za samooskrbo, prav tako pa s ciljem približati izvajanje nemedikamentoznih obravnav ciljni populaciji zasnovali individualni razgovor ob vstopu v Center za krepitev zdravja, kjer strokovnjak na podlagi motivacijskega razgovora in ocene zdravstvene pismenosti pacienta v dogovoru njim pripravi individualni načrt obravnave osebe v Centru za krepitev zdravja, ki je skladen z njegovim zdravstvenim stanjem, njegovimi željami in zmožnostmi.

Pri vseh opisanih nadgradnjah je v ospredju povezovanje, sodelovanje in komuniciranje med različnimi izvajalci preventivnega programa, skladno s procesom izvajanja preventivnega programa in potjo uporabnika, ter zdravstvenimi strokovnjaki in predstavniki nevladnih in drugih organizacij v lokalnem okolju. Ob tem se vzpostavlja nova delovna kultura, ki goji nove oblike sodelovanja v zdravstvu in zunaj njega, hkrati pa vključuje timsko izvajanje oskrbe, nove oblike obravnav, veščine, ki podpirajo opolnomočenje kroničnih bolnikov za učinkovito samooskrbo in spodbujanje populacijskih skupin k spremembi življenjskega sloga, medsektorsko sodelovanje ter strateško načrtovanje in upravljanje za zdravje.

Osrednjo vlogo pri prevzemanju usklajevanja opisanih nalog, pristopov in oblik dela prevzemajo Centri za krepitev zdravja, ki so organizirani kot samostojne organizacijske enote v okviru zdravstvenih domov, vse aktivnosti pa izvaja standardni tim Centra za krepitev zdravja. V Centrih za krepitev zdravja so s ciljem zagotavljanja kakovostnih preventivnih programov, ki se med seboj povezujejo in strokovno dopolnjujejo ter jih izvaja za to posebej usposobljen kader, združena naslednja področja preventive:

1. šola za bodoče starše in šola za »že starše«,
2. vzgoja za zdravje otrok in mladostnikov in zobozdravstvena vzgoja,
3. nemedikamentozna obravnava za odraslo populacijo ter
4. preventiva pri ranljivih populacijskih skupinah z vidika delovanja v lokalni skupnosti (to je področje, ki ga v Centru za krepitev zdravja pokriva patronažna služba).

Pričakovane koristi nadgrajenega koncepta za uporabnika in izvajalca preventivnega programa so naslednje:

1. koristi za uporabnika – informiranost, motiviranost in posledično vključenost v preventivni program, sprejemljiva (geografsko, vsebinsko, časovno in metodološko z vidika pristopa) in ustrezna (na osnovi potreb) obravnava;
2. koristi za izvajalca – boljše doseganje ciljev preventivnega programa, timska (vzajemna) podpora pri vključevanju ranljivih skupin in neodzivnikov (med različnimi službami znotraj zdravstvenega doma in lokalnimi partnerji) ter pri izvajanju programa (nove obravnave za ranljive skupine, nove in

prenovljene obravnave za ogrožene in kronične bolnike), večja fleksibilnost in mobilnost pri vključevanju in obravnavah, povratna informacija o vključenosti, kvaliteti izvedbe in učinku.

Nov koncept organizacije in delovanja Centra za krepitev zdravja podpira tako integrirano preventivo kroničnih bolezni kot tudi skupnostni pristop krepitev zdravja in zmanjševanja neenakosti v zdravju ter vključevanje ranljivih skupin v preventivni program. Preoblikovanje zdravstvenovzgojnih centrov v Centre za krepitev zdravja na lokalni ravni tako omogoča:

1. okrepitev skrbi za javno zdravje in zmanjševanje neenakosti v zdravju,
2. racionalizacijo in optimizacijo rabe sredstev za promocijo zdravja in preventivo za splošno populacijo, ogrožene in zbolele za kroničnimi boleznimi,
3. zagotavljanje kakovosti kadrov in programov ter
4. izboljšanje kazalnikov zdravja.

Ugotovitve:

**Za krepitev javnozdravstvene vloge zdravstvenega doma in vzpostavitev skupnostnega pristopa v lokalnem okolju bo potrebno:**

1. spremeniti zakonodajne okvirje, ki definirajo organizacijske in vsebinske pristojnosti zdravstvenega doma in Centrov za krepitev zdravja ter drugih institucij in struktur v lokalnem okolju, ki so ključni pri vzpostavitvi skupnostnega pristopa pri krepitevi zdravja in zmanjševanju neenakosti v zdravju;
2. organizacijsko, kadrovsko in programsko okrepiti Centre za krepitev zdravja;
3. finančno okrepiti in spremeniti način financiranja Centrov za krepitev zdravja;
4. udejaniti javnozdravstveno vlogo zdravstvenih domov in Centrov za krepitev zdravja ter vzpostaviti skupnostni pristop v lokalnem okolju in
5. oblikovati programe izobraževanja in usposabljanja s področja vsebin preventive, javnega zdravja, zmanjševanja neenakosti v zdravju in obravnave »ranljivih« skupin ter vgraditi vsebine v temeljno izobraževanje in uvesti kontinuirano usposabljanje zdravstvenih in nezdravstvenih delavcev (vključno s podporo timom).

Literatura:

1. Declaration of Alma Ata. Kopenhagen: Svetovna zdravstvena organizacija, 1978.
2. Voljč B. Načela Ljubljanske listine in stališča Svetovne zdravstvene organizacije o zdravstvenem varstvu starejših ljudi. Kakovostna starost 2007; 10: 2-8.
3. Švab I. Alma Ata 1978, Almaty 2008. Zdrav Var 2008; 47: 159-60.
4. World Health Report 2008 - Primary Health Care (Now More Than Ever). Kopenhagen: Svetovna zdravstvena organizacija, 2008.
5. Zdravje 2020. Temeljna evropska izhodišča za vsevladno in vsedružbeno akcijo za zdravje in blagostanje. Kopenhagen: Svetovna zdravstvena organizacija, 2014.
6. Klančar D, Švab I, Kersnik J. Vizija prihodnosti zdravstvenih domov v Sloveniji. Zdrav Var 2010; 49: 37-43.
7. Eržen I, Zaletel-Kragelj L, Farkaš-Lainščak J. Re-orientation of health services. V: Donev D, Pavleković G, Zaletel-Kragelj L, uredniki. Health promotion and disease prevention: a handbook for teachers, researchers, health professionals and decision makers: stability pact for South Eastern Europe. Lage: Hans Jacobs Publishing Company 2007: 106-18.

## **Predlogi sistemskih ukrepov za lažji dostop »ranljivih« skupin do zdravstvenega zavarovanja in zdravstvenega varstva**

### **1. Spremljanje zdravja »ranljivih« skupin in načrtovanje ukrepov**

Vzpostaviti je potrebno interdisciplinarno in medresorno skupino za raziskovanje in pripravo sistemskih ukrepov na tem področju, ki bi definirala kazalnike za spremljanje zdravstvenega stanja »ranljivih« skupin in izvajala spremljanje stanja, predlagala zakonske in druge ukrepe za zaščito »ranljivih« skupin ter izvajala monitoring vpliva in posledic predlaganih ukrepov.

Interdisciplinarna in medresorna skupina bo izvajala kontinuirane kvalitativne raziskave na terenu med »ranljivimi« skupinami ter sodelovala z nevladnimi, medvladnimi in vladnimi institucijami, ki so z njimi v stiku.

### **2. Ugotavljanje in zmanjšanje števila nezavarovanih oseb**

Ker ni jasno, kolikšno je število nezavarovanih oseb v Sloveniji, je potrebno razviti metodologijo za načine ugotavljanja ter spremljanja števila oseb brez OZZ. Potrebno bi bilo zagotoviti (tudi s financiranjem) kontinuirano in sistemsko delo na področju vključevanja nezavarovanih oseb v sistem javnega zdravstvenega varstva, predvsem pa pristope k sistemskemu reševanju ovir, ki »ranljivim« skupinam onemogočajo dostop do OZZ in vzdrževanje tega statusa.

### **3. Pravica do nujnega zdravljenja**

Pravica do nujnega zdravljenja je univerzalna pravica, zato je potrebno zagotoviti njeno dosledno spoštovanje in omogoči neoviran dostop nezavarovanih oseb do nujnega zdravljenja. To je mogoče doseči z naslednjimi ukrepi:

- pravico do nujnega zdravljenja za nezavarovane osebe je potrebno interpretirati inkluzivno in ne restriktivno;
- ukinitve prakse, da se z grožnjo plačila za zdravstvene storitve poskuša odvrniti nezavarovane osebe od iskanja nujnega zdravljenja;
- debirokratizacija in poenostavitev postopka izstavljanja zahtevkov MZ za povračilo stroškov nujnega zdravljenja in s tem zmanjšanje obsega administrativnega dela, ki ga morajo zdravstveni delavci opraviti v primeru zdravljenja nezavarovane osebe;
- ukinitve izjave o osebni odgovornosti lečečega zdravnika in s tem razbremenitev odgovornosti izvajalca za finančne posledice nujnega zdravljenja;
- informiranje vseh zaposlenih v zdravstvenih ustanovah o neodtujivi pravici do nujnega zdravljenja za nezavarovane osebe.

### **4. Opolnomočenje zdravstvenih delavcev za obravnavo »ranljivih« skupin**

- Uvedba sistematičnega izobraževanja za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev, ki bo pripomogla k učinkovitejši in kvalitetnejši obravnavi »ranljivih« skupin in
- uvedba sistema tolmačenja in/ali kulturnega mediatorstva v zdravstvene ustanove.



## **5. Dostop do preventivnih storitev na račun OZZ za osebe z zadržanimi pravicami (po 78.a členu ZVZZ)**

- Na ZZS je potrebno vzpostaviti ustrezno informacijsko podporo, ki bo omogočila beleženje obveznih storitev za osebe z zadržanimi pravicami.
- Vse izvajalce zdravstvenih storitev je potrebno z dopisom informirati o možnosti opravljanja preventivnih storitev za osebe z zadržanimi pravicami. To informacijo naj se vključi tudi v izobraževalne programe.
- S posebnimi zloženkami na različnih lokacijah, z medijsko kampanjo in ostalimi oblikami informiranja naj se posreduje uporabnikom sporočilo o tej pravici.
- Tudi, ko ima oseba zadržane pravice, naj se ji zagotovi pravica do istega osebnega izbranega zdravnika, saj bo le tako imela dostop do preventivnih programov.
- Če vse storitve, navedene v Pravilniku za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, veljajo za obvezne in s tem del nujnega zdravljenja za osebe, ki imajo zadržane pravice, naj po načelu enake obravnave to velja tudi za nezavarovane osebe. Ob tem naj se odpravi druge ovire, ki nezavarovanim osebam onemogočajo dostop do nujnega zdravljenja.

## **6. Ločitev dostopa do OZZ od dostopa do denarne socialne pomoči (DSP)**

Pravica do kritja prispevka za OZZ je nujen mehanizem za preprečevanje nezavarovanosti socialno ogroženih oseb, ki niso zavarovane na drugi podlagi (kot denimo družinski člani ali zaposleni) oziroma, ki si ne morejo kriti OZZ iz lastnih sredstev.

Ker bi moral biti dostop do OZZ univerzalen, bi bilo potrebno razkleniti povezavo med izpolnjevanjem pogojev za DSP in pravico do kritja prispevka za OZZ, saj bo v nasprotnem primeru naraslo število nezavarovanih oseb.

## **7. Zagotovitev spoštovanja zakonske pravice do prijave naslova stalnega prebivanja**

Čeprav naj bi predlog novega Zakona o prijavi prebivališča naslovil pomanjkljivosti pri urejanju zakonskega prebivališča, sprememba zakona še ni usklajena, zato ni moč predvideti, ali bo uspešno rešila ovire pri dostopu do OZZ za osebe, ki nimajo prijavljenega stalnega prebivališča. Dostop do OZZ je tako potrebno urediti na način, ki upošteva ovire za prijavo zakonskega prebivališča (vključujoč dokazovanje dejanskega bivanja na določenem območju) in možnostjo vstopa v javni zdravstveni sistem, ob tem pa dodatno upoštevati položaj oseb, ki ne izpolnjujejo pogojev za prejem pomoči.

Za rešitev te ovire je potrebno od pristojnih institucij (denimo CSD, RK, Karitas) na ozemlju Slovenije zahtevati takojšnje in dosledno spoštovanje 8. člena Zakona o prijavi prebivališča in s tem omogočiti osebam dostop do OZZ.

## **8. Zagotovitev spoštovanja zakonske pravice otrok, da so vključeni v OZZ**

Čeprav naj bi veljalo, da imajo v Sloveniji vsi otroci OZZ, določene skupine otrok ostajajo zdravstveno nezavarovane. ZZS in pristojne zdravstvene ustanove v Sloveniji naj začnejo udeleževati zakonsko pravico otrok do neoviranega dostopa do OZZ, vključno z dostopom do preventivnih programov.

Potrebno bi bilo sprejeti ukrepe, ki bodo omogočili vstop v zdravstveni sistem vsem kategorijam otrok in odstraniti administrativne prepreke oziroma poenostaviti postopke, ki otežujejo vstop v zdravstveni sistem.

Smiselno bi bilo vse otroke do 18. leta z zakonom uvrstiti v samostojno kategorijo zavarovancev, ki jim bo zdravstveno varstvo zagotovljeno ne glede na plačilo prispevkov njihovih staršev ali skrbnikov za OZZ, torej, ki ne bi plačevala prispevka za OZZ.

## **9. Zagotovitev dostopa do OZZ za prekarne delavce**

Prekarnosti zagotovo ne moremo reševati le na področju zdravstva, se pa zastarelost sistema OZZ kaže v tem, da ne upošteva različnih okoliščin, v katerih delajo osebe, ki so v različnih samozaposlitvenih statusih oziroma same plačujejo prispevek za OZZ.

Ker je prekarnost treba razumeti kot dejstvo, bi bilo potrebno reorganizirati obračunavanje in vplačevanje prispevkov za OZZ na osnovi dejansko razpoložljivega dohodka in drugih materialnih virov. Za osebe z nizkimi finančnimi prilivi bi bilo potrebno vzpostaviti dohodkovni cenzus, pod katerim imajo kot socialno ogrožene osebe pravico do OZZ, ki ga krije občinski proračun. Ostale kategorije prekarne delavcev naj vplačujejo prispevek za OZZ (vključno z bolniškim staležem) na podlagi progresivno oblikovane lestvice. Le tako bo možno preprečiti njihov izpad iz sistema zdravstvenega varstva.

Do takrat je treba za prekarne delavce, ki so zaposleni zgolj na osnovi avtorskih in sorodnih pogodb, ukiniti obdavčitev 6,36 odstotka ali jo preusmeriti v pravico do OZZ. Sočasno pa je treba za prekarne delavce, ki vplačujejo prispevek, zagotoviti možnost udejanjanja pravice do bolniškega staleža.

## **10. Uvedba odpisa dolga**

Osebam brez finančnih prilivov ali z nizkimi finančnimi prilivi, ki imajo dolg do ZZZS zaradi nezmožnosti plačevanja prispevka za OZZ, naj se ponovno vrne pravica (ukinjena z ZUJF-om), da se jim dolg delno ali v celoti odpiše oziroma možnost za odlog plačila ali obročno plačevanje.

V vmesnem času naj se za te osebe odpravi praksa zadrževanja pravic do zdravstvenih storitev in denarnih dajatev iz naslova zdravstvenega zavarovanja.

## **11. Zagotovitev enakega dostopa do OZZ za priseljence**

Dostop do OZZ za tujce zaznamuje drobljenje na veliko kategorij, pri čemer imajo te pravico do različnega obsega zdravstvenih storitev. Sočasno zaradi dolgotrajnosti postopkov, v katerih so različne kategorije priseljencev, ki imajo pravico le do nujnega zdravljenja (denimo prosilci za mednarodno zaščito, tujci z dovoljenjem za začasno zadrževanje, zaprti v Centru za tujce) trenutna ureditev ni primerna rešitev za ohranjanje njihovega zdravja.

Tudi posebno zaščitene kategorije oseb (žrtve nasilja, žrtve trgovine z ljudmi, žrtve nezakonitega zaposlovanja, izbrisani, prosilci za mednarodno zaščito) nimajo polnega dostopa do zdravstvenih storitev. Obenem pa nekatere skupine priseljencev (osebe, ki imajo dovoljenje za začasno bivanje ali potrdilo o prijavi prebivališča in ne izpolnjujejo pogojev za zavarovanje po 15. členu ZZVZZ) nimajo dostopa do OZZ. Na voljo so jim le komercialna zdravstvena zavarovanja. Potrebno bi bilo:

- udejanjiti univerzalen princip, ki bo vse osebe, ki živijo v Sloveniji dlje od treh mesecev, v dostopu do OZZ izenačil z ostalimi državljani RS;
- z razširitvijo pravic na osebe z dovoljenjem za začasno prebivanje ali s potrdilom o prijavi prebivališča omogočiti možnost zavarovanja na podlagi 15. člena ZZVZZ (denimo po 20. točki 15. člena), ki bi bilo cenejše od komercialnega zdravstvenega zavarovanja;

- najti rešitev za kategorije priseljencev (osebe s pravico do zadrževanja, prosilci za azil itn.), ki imajo otežen ali prepovedan dostop do zaposlitve in si zato ne morejo sami plačevati OZZ;
- družinskim članom oseb z dovoljenjem za začasno bivanje pri urejanju dovoljenja za prvo prebivanje v Sloveniji zagotoviti upoštevanje obstoja zdravstvenega zavarovanja po zaposlenem družinskem članu;
- pri zdravstvenem kadru, ki ima stik s priseljenci v negotovih tujskih statusih, sistematično razvijati kulturne kompetence in jih izobraziti o vidikih ranljivosti, kulturnih specifikah ter zagotoviti nediskriminatorno obravnavo.

Ugotovitve:

Za zagotavljanje dostopnosti do preventivnih programov za nezavarovane osebe ali osebe s pridržanimi pravicami do OZZ je potrebno čimprej vzpostaviti interdisciplinarno in medresorno skupino z namenom izvajanja raziskav, spremljanja stanja na področju nezavarovanosti ter priprave ustreznih zakonodajnih sprememb in drugih sistemskih ukrepov, vključno z odpravo administrativnih ovir.