



Marec 2014

Stališča Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (Zbornica – Zveza) o aktualni problematiki na področju zdravstva in predlogih za reševanje krize

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (Zbornica – Zveza) se zavzema za kakovostno, varno, učinkovito, humano, vsem dostopno javno zdravstvo, za vzdržen sistem zdravstvenega varstva, ki bo temeljil na solidarnosti, vzajemnosti in pravičnosti ter bo usmerjen v ohranjanje zdravja, preprečevanje in zgodnje odkrivanje bolezni, ustrezno zdravljenje, zdravstveno ter babiško nego in rehabilitacijo.

Kot najštevilčnejša poklicna skupina v zdravstvu, ki deluje na vseh nivojih in v vseh okoljih, želimo prispevati svoja stališča in pobude za pot zdravstva iz krize, ki se že močno zajeda v delovanje sistema, kar občutijo pacienti v zdravstvenih zavodih, stanovalci v socialno varstvenih zavodih, državljani v domačih okoljih in tudi zaposleni v zdravstveni in babiški negi ter oskrbi. **Skupina zaposlenih v zdravstveni in babiški negi je povsod po svetu - v državah, ki resno in celovito pristopajo k reformiranju sistema zdravstvenega varstva, vključena v vse procese**, saj so le tako omogočeni celoviti in pravi reformni procesi. Ta skupina ni bila nikoli izpostavljena aferam korupcije in nezakonitega pridobivanja sredstev, kar je zagotovilo več, da bodo reforme usmerjene v javno dobro in ne v izkoriščanje virov, ki so še preostali. Zaposleni v zdravstveni in babiški negi pri ljudeh v RS že več let zapored uživajo najvišjo stopnjo zaupanja (na drugem mestu, takoj z gasilci).

Država kot subjekt je tista, ki naj bi prepoznala pomembnost enakovrednega obravnavanja dveh za sistem zdravstvenega varstva najbolj pomembnih skupin zaposlenih tako v zdravstveni in babiški negi kot v medicini. Le z razširitvijo prostora soodločanja partnerjev lahko država pripomore k reformam, ki **bodo usmerjene k ljudem in kjer ne bo prostora za uveljavljanje koristi do sedaj privilegiranih skupin.** Stroka zdravstvene in babiške nege želi neposredno sodelovati v reformnih procesih in prispevati k delovanju sistema zdravstvenega varstva, kamor je močno vpeta. Zato smo aktivno pristopili tudi k javni predstavitvi mnenj.

I. Organiziranje delovanja zdravstvenega sistema

Zbornica – Zveza se zavzema za **ohranitev zdravstvenih domov** kot osrednjih nosilcev razvoja osnovne zdravstvene dejavnosti. Potrebno je zagotoviti, da bodo zdravstveni domovi še **naprej opravljali vse dejavnosti**, ki jih opredeljuje Zakon o zdravstveni dejavnosti (služba splošne oziroma družinske medicine, zdravstveno varstvo otrok in mladine, zdravstveno varstvo žensk, mladinsko zobozdravstvo in zobozdravstvo za odrasle, patronažna služba).

Posebna pozornost naj se nameni **ohranjanju zdravstvenih domov na demografsko ogroženih območjih**. Država naj bo pozorna na **opravljanje zdravstvene nege** in oskrbe v **socialnovarstvenih zavodih** in **zavodih za usposabljanje in izobraževanje otrok in mladostnikov z motnjami v duševnem in telesnem razvoju**, kjer je stanje ponekod zelo kritično.

Koncesije pri zdravstvenih domovih naj se podelijo le na področjih, kjer se s tem ne bi ogrozil obstoj posameznih zdravstvenih zavodov in dejavnosti, ki jih opravljajo (npr. patronažna služba, reševalni prevozi).

Glede na skrb vzbujajoče podatke o staranju prebivalstva in s tem povezano patologijo, porast kroničnih nenalezljivih bolezni, debelosti otrok in duševnih obolenj se Zbornica – Zveza zavzema za **okrepitev preventivne dejavnosti**, kjer lahko pomembno vlogo prispevajo tudi medicinske sestre in babice. Takšna področja so npr. patronažno varstvo, ambulate družinske medicine, zdravstveno vzgojni centri.

Referenčne ambulante v okviru ambulant družinske medicine pomenijo pomemben napredek; povečana dostopnost do kakovostne in varne zdravstvene obravnave bi bila na primarnem nivoju pojačana z uvedbo **referenčnih ambulant v ginekologiji, pediatriji** (preventiva) in v **domovih starejših občanov** (vodenje starostnikov s kroničnimi obolenji).

Preventivni programi v primarnem zdravstvenem varstvu ter **programi krepitve zdravja** morajo dobiti večji pomen. Zbornica – Zveza daje **pobudo o uvedbi šolske medicinske sestre** v vzgojno varstvenih in izobraževalnih institucijah v R Sloveniji, v skladu s katero bi se bolj poglobljeno ukvarjali z ohranjanjem zdravja in preprečevanjem bolezni, tako da se izvajanje programirane zdravstvene vzgoje in promocija zdravja strokovno in sistematično vključujeta že v šolska okolja.

Država naj za ponovno vzpostavitev celovite primarne mreže izvajalcev zdravstvenih storitev nameni materialne in nematerialne spodbude. Danes je delo na primarnem nivoju najbolj podcenjeno delo v sistemu zdravstvenega varstva, čeprav bi ravno **urejen primarni nivo daljnoročno pocenil oziroma znižal stroške zdravstvenega varstva**. S premišljenim pristopom je potrebno ugotoviti, katera so še področja, kjer lahko razširimo kompetence diplomiranih medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov. Več področij in konkretnih predlogov ima Zbornica – Zveza že pripravljenih.

Zdravniki bodo tako razbremenjeni in se lahko posvetili posameznikom, ki potrebujejo hitrejšo in zahtevnejšo medicinsko oskrbo.

Glede na relativno veliko število bolnišnic in porodnišnic bi bila smiselna **specializacija bolnišnic** in uvajanje novih **negovalnih oddelkov in negovalnih bolnišnic**. Povprečno število bolnišničnih postelj glede na tujino je pri nas veliko višje kot v primerljivih državah, kar sistem zdravstvenega varstva draži. Tako je mogoče sklepati, da primarno zdravstveno varstvo ne deluje v zadostni meri ali pa mu prebivalci naše države ne zaupamo, zato nadpovprečno iščemo specialistično zdravstveno obravnavo v bolnišnicah.

Zagotoviti je potrebno **varen in učinkovit sistem nujne medicinske pomoči** od pacientove potrebe po obravnavi na mestu obolenja/poškodbe do končne oskrbe v bolnišnici, ki bo tudi finančno zdržen.

Zagotoviti je potrebno **organizacijske oblike**, ki bodo omogočale kontinuiteto zdravstvene obravnave glede na potrebe prebivalstva in racionalizacijo ter višjo kakovost obravnave, npr. **dolgotrajno oskrbo in zavarovanje za dolgotrajno oskrbo**.

Nujno je potrebno organizirati **drugačen sistem javnega naročanja zdravil, medicinskega materiala in investicij**. Zaradi obstoječega naročanja se je korupcija vpletla v vse pore zdravstva. . Za optimizacijo nabave in porabe materiala, pripomočkov in opreme je potrebno postaviti standarde za posamezne artikle in jih primerjati z drugimi primerljivimi zavodi v tujini.

II. Zaposlovanje medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov

Ob dejstvu, da v zdravstvu delamo v timih, da smo soodvisni drug od drugega, bi pričakovali, da bo **sorazmerno** z zahtevnostjo delovnih mest in **zaposlovanjem zdravnikov sledilo zaposlovanje medicinskih sester, babic, zdravstvenih tehnikov in bolničarjev**, saj več diagnostično terapevtskih in rehabilitacijskih postopkov pomeni več izvajanja negovalnih postopkov in posegov, več vseh drugih podpornih ali izvedbenih procesov. **Dejavnost zdravstvene in babiške nege in oskrbe zaradi podhranjenosti pokata po šivih, zaposleni so izčrpani, izgoreli, medosebni in medpoklicni odnosi se slabšajo.**

V državi imamo na 100.000 prebivalcev nekaj pod 200 medicinskih sester, šolanih po EU Direktivi (36/2005/ES); takšno šolanje je bilo pogoj, da je šla Slovenija v EU. Povprečje v EU je 720, na Danskem je npr. 960, na Švedskem 1080; če bi prišteli poleg diplomiranih še tiste srednje medicinske sestre, ki so bile šolane po starih programih do leta 1984/85, bi se število povzpelo malce čez 200, kar je še vedno zelo zaskrbljujoče malo.

Zakon o uravnoteženju javnih financ (ZUJF) trenutno **preprečuje vsako zaposlovanje**, to se še zmanjšuje, vsako leto za 1 %. Tudi ob dovoljenih nadomeščanjih se na konsenz Ministrstva za zdravje čaka predolgo. Dokaz, koga v zdravstvu najbolj primanjkuje, in da sistem ne zdrži več, je zapiranje bolniških sob (zaradi pomanjkanja medicinskih sester) v UKC Ljubljana in zavračanje pacientov za sprejem v bolnišnico. Najbolj problematična je neselektivna obravnava zaposlovanja v zdravstvu, ki trenutno najbolj kaznuje zavode, ki so imeli urejeno kadrovsko politiko in niso zaposlovali na rezervo.

Zmanjševanje števila medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov **v socialno varstvenih zavodih** dokazujejo naslednje številke iz Statističnega urada RS: leta 2006 je bilo ob občutno manjših kapacitetah v teh zavodih 1273 izvajalcev zdravstvene nege, leta 2012 pa le še 585. Ob tem se poleg števila znižuje tudi izobrazba zaposlenih v zdravstveni negi. Zdi se, da so kompetence in kadrovske normativi postali za delodajalce nepomembni.

Na področju zdravstvene in babiške nege je nastal **nevzdržen paradoks med potrebami in ponudbo na tržišču.** Ob izračunih potreb po kadrih, ki so narejeni po priznani metodologiji – kategorizaciji zahtevnosti pacientov, samo na bolnišničnih oddelkih slovenskih bolnišnic primanjkuje okrog 20 % medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov; metodologijo je potrdil Zdravstveni svet pri Ministrstvu za zdravje. Zaradi uveljavitve ZUJF-a in prepovedi zaposlovanja je sistem pred kolapsom.

Na **Zavodu za zaposlovanje** je bilo novembra 2013 prijavljenih okrog **1500 zdravstvenih tehnikov/tehnikov zdravstvene nege** in okrog **200 diplomiranih medicinskih sester**. Od vstopa v EU ni bila ukinjena nobena šola za medicinske sestre, na lokalnem nivoju pa se srečujemo z zahtevami po novih srednjih šolah. Izobraževanje na visokošolskem in fakultetnem nivoju se v zadnjem času zmanjšuje zaradi manjšega vpisa v izredni študij. Vendar tudi naše izobraževanje veliko stane.

Opozarjamo na ekonomsko migracijo, saj medicinske sestre in zdravstveni tehniki še dobijo delo izven meja naše države.

Za ureditev kadrovske problematike je potrebno na nacionalnem nivoju sprejeti **kadrovske standarde in normative** za področje zdravstvene in babiške nege in oskrbe. Za uravnoteženje šolanja in zaposlovanje medicinskih sester in bobic v Sloveniji je potrebno narediti novo **projekcijo kadra** za naslednjih 10 let.

III. Ureditev in razmejitev javne in zasebne zdravstvene dejavnosti

Zbornica – Zveza se zavzema za **jasno in transparentno razmejitev javne in zasebne zdravstvene dejavnosti**. Zdravstveni delavec, zaposlen v javnem zdravstvenem zavodu, ne bi smel opravljati zasebne zdravstvene dejavnosti in ne delati pri izvajalcu zasebne zdravstvene dejavnosti, saj bi zanj morala veljati konkurenčna prepoved s sankcijami, če tega ne upošteva.

Nujno je potrebno pripraviti podrobnejša **zakonska merila in pogoje**, ki bi jih morale **fizične in pravne osebe izpolnjevati**, v kolikor bi **želele opravljati zasebno zdravstveno dejavnost**, obenem pa bi bilo potrebno **urediti koncesije**, pri čemer podelitev koncesije **ne bi smela ogrozati delovanja javnih zavodov**. Predlagamo, da je zasebnikov s koncesijo največ do 20 %. Tisti brez koncesije naj bodo povsem ločeni od javnih zavodov.

Izvajalec zdravstvene dejavnosti bi moral za izvajanje zdravstvene dejavnosti, **ne glede** na to, ali gre za **javno ali zasebno zdravstveno dejavnost**, izpolnjevati poleg materialnih in prostorskih pogojev, tudi pogoj zaposlenosti določenega števila strokovno usposobljenih zdravstvenih delavcev v skladu s kadrovsкими standardi in normativi. V praksi se prepogosto dogaja, da zdravniki z zasebno prakso na delovna mesta, na katerih bi morale biti zaposlene medicinske sestre ali zdravstveni tehniki, zaposlujejo nezdravstvene delavce.

Nesprejemljivo je, da **zakonodaja ne opredeljuje podrobnejših strokovnih pogojev**, ki jih morajo izpolnjevati zasebni zdravstveni delavci ali odgovorni nosilci, zaposleni pri pravnih osebah, če želijo pridobiti dovoljenje za opravljanje zasebne zdravstvene dejavnosti. Odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti bi moral imeti vsaj 5 let delovnih izkušenj na strokovnem področju, kjer želi opravljati zasebno dejavnost.

IV. Način upravljanja in vodenja zdravstvenih institucij, pristojnosti in odgovornosti poslovodstev

Za direktorja/direktorico zdravstvenega zavoda je lahko imenovan vsakdo, ki izpolnjuje pogoje, določene z zakonom in aktom o ustanovitvi zavoda. Poglavitno merilo pri **opravljanju poslovodne funkcije** (generalni direktor) bi moralo biti ustrezna izobrazba katerekoli smeri in izkušnje iz upravljanja in vodenja, pri opravljanju **strokovne funkcije** (strokovni direktor) pa ustrezna strokovnost (zdravstveni delavec). Potrebno je usposabljanje zdravstvene managerje. V nobenem primeru ne bi smela kot odločujoč dejavnik vplivati pripadnost posameznemu poklicu. Sveti javnih zavodov so prepogosto imenovani zgolj glede na pripadnost posamezni politični opciji ali celo po koruptivnih poteh (mreže).

Pri **vodenju in upravljanju zdravstvenih in socialno varstvenih ter posebnih zavodov** želijo biti nosilci tudi izvajalci zdravstvene in babiške nege, sodelovati kot enakovredni deležniki in najštevilčnejša ter pomembna poklicna skupina, kjer imajo dejansko opravka s procesi zdravstvene obravnave od začetka do konca; ponekod upravljajo z do 80 % finančnimi sredstvi v zavodih.

Vodstva javnih zavodov naj imajo **večja pooblastila** pri **vodenju javnih zavodov** ter **prevzemajo večjo odgovornost**, saj bi za svoje delo vodilni morali biti materialno odgovorni. Kot opozarjajo nekateri strokovnjaki s področja zdravstva, tripartitno vodenje zdravstvenih zavodov (ustanovitelj, svet zavoda in direktor kot poslovodni organ) slabi učinkovito upravljanje z zdravstvenimi zavodi. Ob morebitnih večjih pooblastilih vodstev zavodov bi bilo potrebno zagotoviti možnost ustanoviteljevega nadzora in intervencije v primeru neučinkovitega vodenja ali slabega poslovanja javnega zavoda.

Patronažno varstvo je organizirano kot samostojna služba ali organizacijska enota osnovnega zdravstvenega varstva v zdravstvenih domovih ter kot samostojna dejavnost s koncesijo. V javnem zavodu je vodja patronažnega varstva medicinska sestra z višjo ali visoko strokovno izobrazbo oz. nadgradnjo le te. Vodja patronažnega varstva mora biti tudi član strokovnega sveta zavoda in drugih organov enakovredno z ostalimi predstojniki.

V. Merila za mrežo javne zdravstvene dejavnosti in postavitev te mreže

V Sloveniji potrebujemo dogovor, **kateremu nivoju zdravstvenega varstva bomo dali prednost**. Države, ki imajo dobro organizirano zdravstveno varstvo in usmerjeno v učinkovitost ter ekonomičnost, dajejo prednost ter različne denarne in nedenarne spodbude izvajalcem na **primarnem nivoju**, saj je to nivo, ki omogoča zelo širok stik z ljudmi.

Zagovarjamo, da se glede na javnozdravstvene podatke vzpostavi optimalna mreža izvajalcev zdravstvenega varstva na primarni ravni, ki bodo delovali v različnih organizacijskih oblikah. Osebni zdravnik naj še naprej ostane tisti, ki najbolj pozna svojega pacienta. Zdravje moramo približati ljudem.

Sekundarno raven je potrebno racionalizirati. Nekateri podatki kažejo, da imamo preveliko število postelj. Prav tako se po javnozdravstvenih podatkih prebivalstvo stara, zato je potrebno razmišljati o postopnem preoblikovanju nekaterih bolnišnic v negovalne.

Dolgoročna vzdržnost zdravstvenega varstva je odvisna predvsem od tega, ali bomo stroške dela, ki že sedaj v zdravstvu predstavljajo okoli 70 % vseh stroškov, tudi dolgoročno lahko obvladovali. Pri tem bi morali upoštevati, da je najbolj racionalno, da zdravstvene storitve opravljajo optimalno kompetenčno usposobljeni posamezni profili. Zato je potrebno že poznane organizacijske oblike, ki so uspele v tujini, prenesti tudi k nam.

Mreža na primarnem nivoju je dobro postavljena, okrepiti pa je potrebno nujno medicinsko pomoč (**NMP**) na razdalje 20 km, vzpostaviti primarno helikoptersko reševanje in dva dispečerska centra za celotno Slovenijo, kar bi nedvomno prineslo prihranke pri reševalnih prevozi in NMP. NMP in reševalne prevoze je potrebno urediti centralno pod Agencijo za NMP in ne pod zdravstvene domove, ker je na takšen način upravljavsko praktično nemogoče urejati zadeve. Zagotoviti je potrebno spoštovanje kadrovskih in izobraževalnih standardov in normativov.

Pri oblikovanju mreže **patronažnega varstva** naj se upošteva kadrovski normativ - ena patronažna medicinska sestra (diplomirana medicinska sestra) na 2500 prebivalcev, ki lahko ob ustreznih zakonski ureditvi prevzame določene dodatne aktivnosti ob ustreznih dodatnih znanjih, kar pa mora biti usklajeno

z delovnim normativom 2200 prebivalcev na eno diplomirano medicinsko sestro v patronažnem varstvu. Pri oblikovanju mreže naj se upošteva tudi kriterij ruralnosti. Ruralna področja so praviloma manj razvita, težje dostopna, razdalje med obiski tudi 20 km in več. Patronažna medicinska sestra je pogosto edina vez med bolnikom in zdravnikom, podatki o zdravstvenem stanju pa kažejo večjo obolevnost kot v urbanih področjih, slabši socialni status in zdravstveno prosvetljenost. Tu delujejo patronažne medicinske sestre pogosto kot podaljšana roka pripadajočih področnih ambulant. Predlagamo, da se oblikovanje mreže, določanje programa in vrednotenje dela in plačilo na ruralnih terenskih območjih razlikuje od urbanih terenskih območij. Pri tem naj bo kriterij ruralnosti gostota prebivalstva manj kot 150 prebivalcev/km².

VI. Področje zdravstvenih in drugih zavarovanj

Prizadevamo si za pocenitev aparata za zagotavljanje zdravstvenega zavarovanja, kar pomeni ukinitvev prostovoljnih zavarovanj in omogočanje vstopa novih zavarovalnic v zdravstveni sistem - zdrava konkurenčnost med zavarovalnicami bo pocenila delovanje samih zavarovalnic, ki naj tržijo dodatna zavarovanja za nadstandard, zdraviliška zdravljenja, estetsko kirurgijo itd. Ves dobiček teh zavarovalnic je potrebno prenesti v javno zdravje za zmanjševanje čakalnih dob. Potrebno je določiti košarico pravic iz osnovnega zavarovanja in zmanjšanje čakalnih dob z ukrepom, kjer denar sledi pacientu in Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) ne določa pavšalnega števila pregledov, posegov in preiskav. Premisliti je potrebno, ali potrebujemo nove zavarovalnice, ki ponujajo obvezna zavarovanja, ali pa preoblikovanje ZZZS. Zavarovanje za dolgotrajno nego in oskrbo mora postati obvezno. ZZZS naj opravlja nadzore učinkovito tako, da ugotovi dejansko stanje v zavodih glede števila plačanih timov in dosledno zahteva vrnitev finančnih sredstev v primerih ugotovljenih nepravilnosti. Prav tako naj se onemogoči plačevanje storitev iz naslova dveh delovišč ob istem času.

VII. Zakonodaja za področje zdravstva

Danes veljavna zdravstvena zakonodaja je neučinkovita in več ne omogoča razvoja sistema zdravstvenega varstva k cilju, to je **k zdravju prebivalstva v državi**. Zaradi neurejenosti sistema se soočamo s pomanjkanjem in neenakomerno pokritostjo izvajalcev zdravstvenega varstva na vseh ravneh, s pomanjkanjem finančnih sredstev, z vprašljivo ekonomičnostjo, razraslo korupcijo, z aferami, begom strokovnjakov in pacientov v druge države.

Zbornica - Zveza je skozi desetletja prepoznavala in bila soočena s **pomanjkljivostmi obstoječega pravnega reda ter zapletenimi odnosi med deležniki v sistemu zdravstvenega varstva**. Kljub temu da neobremenjeni strokovnjaki izven sistema prepoznavajo neučinkovitost dosedanjih privilegiranih skupin, ki so odločale o usodi slovenskega zdravstvenega sistema, država teh neučinkovitosti ni uspela odpraviti. Nasprotno, neenakovredni odnosi so se v zadnjem času še poglobljali in tisti, ki so sistem zdravstvenega varstva pripeljali do današnje situacije, so svojo moč še okrepili.

Področje zdravstva normativno urejata **Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju** in **Zakon o zdravstveni dejavnosti**. Zbornica - Zveza je pripravljena s svojimi strokovnjaki in predlogi pripomoči k reformam v okviru teh dveh zakonov (nekateri predlogi so že zapisani zgoraj). Nujno je potrebno sprejeti **Zakon o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo**, ki bo omogočil bolj transparentno in vključujočo skrb za starejše prebivalce v državi.

Prav tako je nujno sprejeti **Zakon o zdravstveni in babiški negi ter oskrbi**. Kljub temu, da imajo tak zakon že skoraj vse države EU, in tudi tiste, ki jih ocenjujemo, da so v razvoju daleč za nami, pri nas zaradi ovir (zdravstvene) politike in odnosa države do poklicne skupine in njenega zakona nikakor ne pridemo. Zdravstvena in babiška nega sta nedorečeno urejeni v več zakonih, med njimi v Zakonu o zdravstveni dejavnosti in Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Področji se v nekaterih segmentih prepletata s socialno oskrbo in zakonodajo s tega področja.

Področja, ki jih je nujno potrebno pravno normirati, so: izobraževanje, kadrovski standardi in normativi, vodenje zdravstvene in babiške nege ter participiranje pri vodenju zavodov, regulacija stroke. Nujno je opredeliti tudi pogoje za opravljanje dejavnosti zdravstvene in babiške nege, nosilce dejavnosti, kompetence, vlogo strokovnih združenj, dokumentiranje idr.

Predlog lastnega zakona ima Zbornica - Zveza pripravljen in ureja dejavnost na celovit način. Gre za pravni red v najštevilčnejši in neobhodno potrebni poklicni skupini, za humanost, kakovost, varnost pacientov in usposobljenost zaposlenih.

Če želijo imeti državljani ustrezno izobražene in kompetentne izvajalce zdravstvene in babiške nege ter oskrbe, bo morala vlada sprejeti našo poklicno skupino kot enakovredne deležnike v sistemu zdravstvenega varstva. Zato potrebujemo dobro lastno zakonodajo ter v ospredju človeka (ministra), ki bo dovolj vizionarski in bo današnje stanje sprejel kot izziv za prave reforme, ne le za vzdrževanje trenutnega stanja in ad hoc reševanje shiranega zdravstva, temveč za temeljne reforme in delovanje za naprej.

Sporočamo, da smo pripravljeni, opremljeni z znanji, usposobljeni in želimo sodelovati.

Vlada RS spodbujamo, naj sprejme poklicno skupino zdravstvene in babiške nege kot enakovredne deležnike v sistemu zdravstvenega varstva, saj bodo le tako omogočeni celoviti in pravi reformni procesi.

Le z razširitvijo prostora soodločanja partnerjev lahko država pripomore k reformam, ki bodo usmerjene k ljudem in kjer ne bo prostora za uveljavljanje koristi do sedaj privilegiranih skupin. Stroka zdravstvene in babiške nege želi neposredno sodelovati v reformnih procesih in prispevati k učinkovitejšemu delovanju sistema zdravstvenega varstva, kamor je močno vpeta. Zaposleni na področju zdravstvene in babiške nege smo pripravljeni, usposobljeni, imamo znanje in želimo sodelovati.

*Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije –
Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije*

Dokument je na svoji redni 23. seji dne 5. 3. 2014 potrdil Upravni odbor Zbornice – Zveze.