



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

Štefanova ulica 5, 1000 Ljubljana

T: 01 478 60 01
F: 01 478 60 58
E: gp.mz@gov.si
www.mz.gov.si

Številka: 0070-60/2026-2711-2
Datum: 30. 3. 2026

USMERITVE ZDRAVSTVENE POLITIKE ZA LETO 2027 in 2028

Smernice kot podlaga za sprejem Dogovora o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivosti, potrebnih za njegovo izvajanje in obsega sredstev

Kazalo vsebine

1.	UVOD	3
1.1	Pravna podlaga.....	3
1.2	Temeljna načela	4
2.	KAKOVOST	5
3.	DOSTOPNOST	5
4.	UČINKOVITOST.....	9

1. UVOD

Skupna prizadevanja vseh deležnikov v zdravstvu so osredotočena na prebivalke in prebivalce Republike Slovenije in njihovo dobrobit. V smernicah postavljamo usmeritve za področja oziroma določamo prednostne naloge na področju zdravstva, s katerimi bomo do konca leta 2027 zagotavljali stabilnost zdravstvenega sistema, povečevali dostopnost do zdravstvenih storitev, izboljševali izide zdravljenja preko izmenjave dobrih praks med zdravstvenimi izvajalci, zagotavljanja razvoja in optimizacije organizacije dela in procesov ter zmanjševali izkazane neenakosti med prebivalci na ravni države in posameznih regij. Smernice upoštevajo temeljna načela in vrednote, na katerih temelji zdravstveni sistem, in sicer načela univerzalnosti, dostopnosti, solidarnosti, enakosti, nepridobitnosti ter učinkovitosti.

1.1 Pravna podlaga

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C, 47/15 – ZZSDT, 61/17 – ZUPŠ, 64/17 – ZZDej-K, 36/19, 189/20 – ZFRO, 51/21, 159/21, 196/21 – ZDOsk, 15/22, 43/22, 100/22 – ZNUZSZS, 141/22 – ZNUNBZ, 40/23 – ZČmIS-1, 78/23 in 32/25 – ZZDej-N; v nadaljnjem besedilu: ZZVZZ) v drugem odstavku 63. člena določa, da smernice zdravstvene politike za vsako leto najpozneje do konca avgusta za naslednje koledarsko leto določi minister, pristojen za zdravje.

Republika Slovenija glede na prvi odstavek 4. člena ZZVZZ uresničuje svoje naloge na področju zdravstvenega varstva, s tem da:

1. načrtuje zdravstveno varstvo in določa strategijo razvoja zdravstvenega varstva,
2. sprejema predpise in ukrepe, ki spodbujajo krepitev in varovanje zdravja,
3. zagotavlja pogoje za zdravstveno osveščanje ljudi,
4. zagotavlja zakonodajno politiko, ki izhaja iz ciljev zdravstvenega varstva,
5. z ukrepi davčne in gospodarske politike spodbuja razvijanje zdravih življenjskih navad,
6. zagotavlja enotnost razvoja zdravstvenega informacijskega sistema v Republiki Sloveniji,
7. zagotavlja finančna sredstva za naloge iz svoje pristojnosti, določene s tem zakonom.

Republika Slovenija glede na prvi stavek 6. člena ZZVZZ tudi planira razvojne možnosti in potrebe z zdravstvenimi programi in zdravstvenimi zmogljivostmi.

ZZVZZ v prvem odstavku 3. člena določa, da Republika Slovenija z ukrepi gospodarske, ekološke in socialne politike ustvarja pogoje za uresničevanje zdravstvenega varstva in nalog pri krepitvi, ohranitvi in povrnitvi zdravja ter usklajuje delovanje in razvoj vseh področij s cilji zdravstvenega varstva.

ZZVZZ v drugem odstavku 63. člena med drugim določa, da Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: ZZZS) za namen pogajanj z deležniki pripravi predlog dogovora, pri čemer upošteva resolucijo o nacionalnem planu zdravstvenega varstva, smernice zdravstvene politike, ki jih vsako leto najpozneje do konca avgusta za naslednje koledarsko leto določi minister, pristojen za zdravje, najnovejša spoznanja znanosti in razvoj medicinske tehnologije, z vidika obsega programov pa tudi aktualna demografska gibanja, obolevnost in ekonomske razmere v Republiki Sloveniji.

1.2 Temeljna načela

Univerzalnost pomeni, da je vsakomur zagotovljen dostop do zdravstvenega varstva.

Dostopnost pomeni geografsko dostopnost (krajevna bližina izvajalca zdravstvene dejavnosti, ki je dostopen v razumnem času), fizično (npr. za invalide), časovno dostopnost do kakovostnih zdravstvenih storitev brez prekomerne finančne obremenitve posameznika (ekonomska dostopnost) ter informacijsko dostopnost.

Solidarnost pomeni, da za zdravstvo vsak prispeva v skladu s svojimi ekonomskimi zmožnostmi.

Enakost pomeni dostop do zdravstvene obravnave v skladu s potrebami zdravstvenega stanja, neodvisno od etnične pripadnosti, spola, starosti, socialnega statusa, sposobnosti plačila ali druge osebne okoliščine.

Nepridobitnost pomeni zagotavljanje splošne zdravstvene obravnave na način, da glavni cilj opravljanja zdravstvene dejavnosti ni ustvarjanje presežka prihodka nad odhodki.

Učinkovitost pomeni doseganje optimalnih zdravstvenih izidov brez razsipavanja s človeškimi, materialnimi, finančnimi in časovnimi viri.

Smernice predstavljajo izhodišča Ministrstva za zdravje (v nadaljnjem besedilu: MZ) ZZZS za pripravo predloga programa storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, opredelitev zmogljivosti, potrebne za njegovo izvajanje, in določitev obsega sredstev (v nadaljnjem besedilu: dogovor) za leti 2027 in 2028. Namen smernic je nasloviti področja oziroma prednostne naloge na področju zdravstva.

2. KAKOVOST

Zagotavljanje in sprotno izboljševanje kakovostne in varne zdravstvene oskrbe predstavlja prednostno aktivnost pri vzpostavitvi varnega, učinkovitega, pravočasnega, pravičnega in uspešnega zdravstvenega sistema, osredotočenega na pacienta. Upoštevanje in vpeljevanje mednarodno sprejetih načel kakovosti predstavlja najenostavnejšo pot za zagotavljanje kakovostne zdravstvene oskrbe: najboljše možne oskrbe z najboljšimi možnimi izidi zdravljenja v pravem trenutku. Tako zagotavljanje storitev predstavlja optimalno izrabo razpoložljivih sredstev, zato mora predstavljati glavni cilj poslovanja vseh delov in s tem celotnega sistema, od regulatorja in plačnika do posameznega izvajalca: regulator preko strateških in zakonskih sprememb, plačnik s pravičnim sistemom financiranja za vzpodbujanje kakovostnih in varnih metod obravnave ter izvajalci z optimalno in racionalno uporabo vseh virov. Zagotavljanje kakovosti in varnosti v zdravstveni organizaciji temelji na učinkovitem sodelovanju in prepletanju znanj vseh zaposlenih pri obvladovanju procesov za usklajeno delovanje posameznih členov znotraj poslovanja. Tako se bodo rezultati približevali pričakovanjem uporabnikov in udeležencev v zdravstvenem sistemu.

Usmeritve:

1. Javna agencija za kakovost v zdravstvu (v nadaljnjem besedilu: JAKZ) pripravi razširjen nabor kazalnikov z opredelitvijo kazalnikov strukture, procesov in izidov, ki se vpeljejo z letom 2027 za deset najpogostejših zdravstvenih stanj.
2. JAKZ razvije metodologijo za analizo podatkov in zagotovi primerjalno spremljanje rezultatov (benchmarking) ter večje povezovanje podatkovnih virov za celovitejšo spremljanje kakovosti in varnosti. Metodologija se implementira s 1. 1. 2027, ko se pripravi tudi prva analiza podatkov iz leta 2026.

3. DOSTOPNOST

Dostopnost do zdravstvenih storitev predstavlja eno najpomembnejših vrednot z vidika prebivalcev in prebivalcev: ekonomska, geografska in fizična, informacijska ter časovna. Ob nepopolnem zdravju je namreč osnovna želja posameznika pravočasni vstop v zdravstveni sistem. Težavnost simptomov in znakov ter prioriteta obravnav narekujejo uvedbo strokovnih kriterijev za umestitev na seznam čakajočih.

V letih 2026 in 2027 je treba prenoviti sistem financiranja na odhodkovni strani preko racionalizacije pravic ter strateškega nakupa zdravstvenih storitev («strategic purchasing») ter prenove modelov financiranja posameznih dejavnosti ob upoštevanju zdravstvenih regij. Strateško nakupovanje zdravstvenih storitev omogoča selektivnost, usmerjenost na izide zdravljenja, zagotavljanje kakovosti sistema ter optimiziranje dostopnosti ob ustreznih

spodbudah. Strateško nakupovanje ne potrebuje spremembe zakonodaje, zahteva pa veliko znanja.

Celovit pristop k optimizaciji dostopnosti mora vključevati opolnomočenje primarne ravni, povečevanje deleža prospektivnega programa in postopno umestitev spodbud plačila glede na izide zdravljenja (do zagotovitve kakovostnih in preverjenih podatkov evidenčno).

Usmeritve:

1. ZZZS preveri koncept plačevanja prvih pregledov in v sodelovanju z MZ določi potencialne nadgradnje modela prvih pregledov za celotno specialistično ambulantno dejavnost (SAD). Celovita prenova koncepta se uvede s 1. 1. 2027.
2. Področje nerutinsko pripravljenih zdravil za napredno zdravljenje (v nadaljnjem besedilu: NPZNZ), ki vključuje skupino zdravil za gensko zdravljenje, zdravila za celično zdravljenje, zdravila pridobljena s tkivnim inženiringom in kombinirana zdravila, se zelo hitro razvija tako v državah članicah EU kakor tudi v Sloveniji. Z namenom, da bi zagotovili dosledno implementacijo EU predpisov na tem področju in sočasno upoštevali ter spodbujali razvoj znanosti v Republiki Sloveniji, ki prispevajo k novim možnostim zdravljenja, je nujno potrebno določiti pogoje in zahteve na ravni priprave in uporabe NPZNZ, preverjanja kakovosti teh zdravil in vrednotenja učinkovitosti in stroškov zdravljenja s temi zdravili ter spremljanja porabe teh zdravil ter sledljivosti od vhodnih snovi za pripravo NPZNZ do pacienta, ki mu je bilo to zdravilo aplicirano. Področje se bo na nacionalni ravni dodatno reguliralo s spremembami in dopolnitvami Zakona o zdravilih (Uradni list RS, št. 17/14, 66/19, 102/24 – ZZKZ, 24/25, 27/25 – popr. in 100/25 – ZDigZ) ter s pripravo pravilnika, s katerim se bo to področje podrobneje uredilo. Pri zdravljenju s temi zdravili je izredno pomembna sledljivost do pacienta, zato Nacionalni inštitut za javno zdravje (v nadaljnjem besedilu: NIJZ) v letu 2026 zagotovi informacijsko podporo, da bodo zahtevane informacije vodene v zdravstveni dokumentaciji pacienta. V letu 2026 ZZZS pripravi obračunski model za financiranje za vsako skupino NPZNZ, tako da se zdravljenje (in financiranje) s temi zdravili v letu 2027 vključuje v financiranje.
3. V financiranje se vključijo pilotni projekti in novi presejalni programi za zgodnje odkrivanje raka prostate ter pljučnega raka. Predlog vsebine pilotov, izvajanje in financiranje določi ZZZS v sodelovanju z MZ s pričetkom s 1. 1. 2027.
4. ZZZS ob pripravi, spremljanju in obdelavi podatkov upošteva, da se kot teritorialna enota uporablja zdravstvena regija.

5. Na podlagi Akcijskega načrta, ki je pripravljen na podlagi sprejetega Načrta dela na področju redkih bolezni v Republiki Sloveniji 2021 – 2030, se prične s financiranjem ukrepov, predvidenih v Akcijskem načrtu za leti 2026 in 2027 ob upoštevanju določil Zakona o Skladu za financiranje zdravljenja redkih bolezni (Uradni list RS, št. 16/26 ; v nadaljnjem besedilu: ZSFZRB), in sicer:
 - a) Ukrep 1: Genomski presejalni test za prednostno odkrivanje hudih otroških genetskih bolezni.
 - b) Ukrep 2: Predkonceptijski test za odkrivanje parov z velikim tveganjem za rojstvo otrok s hudimi recesivnimi genetskimi boleznimi.
 - c) Ukrep 3: Univerzalno genomsko presejanje novorojenčkov (gNBS).
 - d) Ukrep 4: Presejanje novorojenčkov na predrojstno okužbo s citomegalovirusom (pCMV) – pilotni projekt.
 - e) Ukrep 5: Digitalno presejalno orodje za družinsko anamnezo za prepoznavanje suma za redke bolezni na primarni ravni zdravstvenega varstva.
 - f) Ukrep 6: Uvedba novega interdisciplinarnega standardnega tima za obravnavo bolnikov s kraniofacialnimi sindromi, ki vključujejo razcepe.
 - g) Ukrep 7: Uvedba koordinatorja multidisciplinarnega tima za živčno-mišične bolezni na Kliničnem inštitutu za klinično nevrofiziologijo.
6. ZZZS v sodelovanju z MZ oblikuje in s 1. 1. 2027 vpelje model plačevanja službe NMP. Pri tem v kalkulativnih elementih ustrezno vključi nov profil zdravstvene nege - specialist urgentnih stanj.
7. ZZZS v sodelovanju z MZ prenovi obračunski model plačevanja nenujnih reševalnih prevozov do konca leta 2026 ter ga vpelje z letom 2027. ZZZS in NIJZ ustrezno informatizirata/posodobita digitalni Nalog za prevoz, z vključitvijo kriterijev za izdajo Naloga za prevoz, skladno s Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 79/94, 73/95, 39/96, 70/96, 47/97, 3/98, 3/98, 51/98 – odl. US, 73/98 – odl. US, 90/98, 6/99 – popr., 109/99 – odl. US, 61/00, 64/00 – popr., 91/00 – popr., 59/02, 18/03, 30/03, 35/03 – popr., 78/03, 84/04, 44/05, 86/06, 90/06 – popr., 64/07, 33/08, 7/09, 88/09, 30/11, 49/12, 106/12, 99/13 – ZSVarPre-C, 25/14 – odl. US, 25/14, 85/14, 10/17 – ZČmIS, 64/18, 4/20, 42/21 – odl. US, 61/21, 159/21 – ZZVZZ-P, 183/21, 196/21 – ZDOsk, 142/22 – odl. US, 163/22, 124/23, 82/24 in 102/25). Brez izpolnjevanja kriterijev izdaja Naloga za prevoz ni mogoča.
8. Na podlagi izkušenj z izvajanjem brezšivne skrbi v preteklih letih se v letu 2026 uvede nadgradnja in optimizacija protokola brezšivne skrbi na sekundarni in terciarni ravni zdravstvenega varstva. Cilj je zagotoviti enakopravno dostopnost do neprekinjene preskrbe z zdravili ob odpustu (ali obravnavi v specialistični ambulanti) vsem pacientom, ki glede na svoje

klinično stanje potrebujejo takojšnjo terapijo (novo uvedene terapije), ne glede na to, ali so bili vključeni v postopek izdelave osebne kartice zdravil.

9. V letu 2026 MZ v sodelovanju z Lekarniško zbornico Slovenije (v nadaljnjem besedilu: LZS) in ZZZS pripravi pravne podlage, ki bodo omogočale izvajanje programa ambulantnega farmacevtskega svetovanja na primarni ravni zdravstvenega varstva. Vsebina se umesti v financiranje s 1. 1. 2027.
10. V letu 2026 MZ v sodelovanju z LZS pripravi pravne podlage za odvisno predpisovanje zdravil v okviru farmacevtske obravnave. Na podlagi zakonodajne rešitve ZZZS oblikuje storitev in jo ustrezno umesti v sistem s 1. 1. 2027.
11. V letu 2026 in 2027 se nadaljuje z vpeljevanjem paliativne oskrbe za vse starostne skupine. ZZZS poskrbi za ustrezno vrednotenje izvedenih storitev paliativne oskrbe in oblikuje obračunski model za izvajanje zdravstvene oskrbe v stacionarnem Hospicu.
12. Po sprejetju ustrezne pravne podlage ZZZS v sodelovanju z MZ pristopi k dopolnitvi Navodil izvajalcem za uresničevanje pravice do izbire zdravnika, ki bodo vsebovala priporočila za sistematično opredeljevanje pacientov k izbranemu zdravniku v primeru načrtovanega oz. nenačrtovanega odhoda zdravnika in prenos od pediatra k družinskemu zdravniku ali v/iz dodatno/e ambulanto/e družinske medicine.
13. Na podlagi prvega Akcijskega načrta za udejanjanje Strategije razvoja zdravstvene dejavnosti na primarni ravni do leta 2031 ZZZS pripravi nov model financiranja storitev za področje primarne ginekologije in porodništva. Vsebina se umesti v sistem s 1. 1. 2027.
14. ZZZS do konca leta 2026 pripravi nov model za financiranje storitev za področje alergologije, ki se uvede s 1. 1. 2027.
15. Po sprejetju ustrezne pravne podlage ZZZS vzpostavi sistem pridobivanja podatkov od izvajalcev zdravstvene dejavnosti na primarni ravni o pacientih, ki so aktivni iskalci izbranega osebnega zdravnika.
16. Na podlagi evalvacije Centrov za krepitev zdravja (v nadaljnjem besedilu: CKZ), ki jo je pripravil NIJZ, ZZZS v sodelovanju z MZ in NIJZ do 30. 8. 2026 pripravi prenovljen model financiranja CKZ-jev. Cilj je poenotenje modela financiranja različnih tipov CKZ s 1. 1. 2027. Do 30. 6. 2027 se na podlagi opravljene evalvacije Centrov za duševno zdravje (v nadaljnjem besedilu: CDZ), Centrov za duševno zdravje otrok in mladostnikov, Centrov za krepitev zdravja in izvajanja preventivnih dejavnosti v ambulantah družinske medicine

pripravi v okviru istih deležnikov tudi model financiranja celotne preventivne dejavnosti, ki se izvajajo v zgoraj omenjenih centrih.

17. ZZS v sodelovanju z NIJZ do konca leta 2027 pripravi model financiranja storitev psihoterapije, ločeno za primarni (CKZ, CDZ) ter sekundarni in terciarni nivo. Model se vpelje s 1. 1. 2028.

4. UČINKOVITOST

Potrebno bo dvigniti zavest o nujni potrebi po racionalnem obnašanju in stroškovni učinkovitosti s strani vseh deležnikov v zdravstvu. Prioritetne bodo tiste storitve, ki pokrivajo ključne zdravstvene potrebe prebivalstva, se pravi standardizirane storitve, ki morajo biti dostopne vsem prebivalcem in prebivalkam, ne glede na njihovo finančno stanje ali katero drugo značilnost. Nabor vseh storitev mora pregledati medicinska stroka in pripraviti osnovo dogovora partnerjev v okviru razpoložljivih sredstev. Pregled nabora mora vključiti vse storitve, tudi doslej financirane in ne le nove metode zdravljenja.

Usmeritve:

1. Do konca junija 2026 se pripravi plan izvajanja zavarovalniško-medicinskih nadzorov za leti 2026 in 2027.
2. Razširjen strokovni kolegiji (v nadaljnjem besedilu: RSK) za področja ortopedije, abdominalne kirurgije, travmatološke kirurgije, urologije in nevrologije pripravijo strokovne kriterije za napotovanje pacientov na radiološke in endoskopske preiskave. Kriteriji morajo vsebovati jasne indikacije za utemeljeno napotitev na določeno diagnostično preiskavo, za vse stopnje nujnosti, prednostno pa za stopnjo nujnosti »zelo hitro«. Pripravljene kriterije pristojni RSK do 30. 6. 2026 predložijo MZ, ZZS in JAKZ. NIJZ in ZZS jih do konca leta 2026 ustrezno informatizirata in vključita v nacionalne informacijske sisteme, ki s 1. 1. 2027 avtomatično preverjajo ustreznost napotovanja pacientov na omenjene preiskave.
3. RSK, ki so pristojni za področja revmatologije, fizioterapije, dermatologije in zobozdravstva (ortodontije ter endodontije), pripravijo strokovne kriterije za napotovanje pacientov na sekundarni nivo. Strokovni kriteriji morajo vsebovati jasne indikacije za napotitev glede na stopnjo nujnosti. Kriterije do 30. 6. 2026 pristojni RSK predložijo MZ, ZZS in JAKZ. NIJZ in ZZS jih do konca leta 2026 ustrezno informatizirata in vključita v nacionalne informacijske sisteme, ki s 1. 1. 2027 avtomatično preverjajo ustreznost napotovanja pacientov na omenjene preiskave.

4. RSK, ki so pristojni za urgentno medicino, internistične in kirurške stroke, posodobijo strokovne kriterije za opredelitev nujnega zdravljenja. ZZZS in NIJZ ustrezno informatizirata opredelitev nujnosti zdravljenja/obravnave v dežurni službi in nujni medicinski pomoči ter jih vključita v nacionalne informacijske sisteme, ki s 1. 1. 2027 avtomatično preverjajo upravičenost plačila obravnave s strani ZZZS.
5. V skladu z izdelanim kalkulatorjem za merjenje ogljičnega odtisa zdravstvenih ustanov, ki ga predloži MZ, v treh mesecih po prejemu kalkulatorja, zdravstvene ustanove izmerijo svoj ogljični odtis. V letih 2026 in 2027 je kalkulator namenjen zbiranju podatkov javnih zdravstvenih zavodov, katerih ustanoviteljica je država. Na podlagi izvedenih meritev bodo ti zavodi v sodelovanju z MZ pristopili k izdelavi Strategij za zmanjšanje ogljičnega odtisa.

Dr. Valentina Prevolnik Rupel
Ministrica za zdravje