



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

Strategija razvoja zdravstvene dejavnosti na primarni ravni

zdravstvenega varstva
do leta 2031

.....

SRZDPR2031

Naslov dokumenta:

**Strategija razvoja zdravstvene dejavnosti
na primarni ravni zdravstvenega varstva
do leta 2031**

Kratko ime:

SRZDP2031

Kraj in datum dokumenta:

Ljubljana, september 2024

The background of the entire page is a light blue-grey color with a series of thin, wavy, vertical lines in a slightly darker shade of blue-grey, creating a subtle, textured effect.

KAZALO

1	Pregled kratic	6
2	Opredelitev izrazov	10
3	Povzetek	12
4	Uvod	14
5	Vizija, vrednote in načela ter namen	18
	Vizija	19
	Vrednote	20
	Načela	20
	Namen	22
6	Strateški cilji in aktivnosti	23
	Cilj 1: Pravična dostopnost zdravstvenega varstva čim bližje posameznikovemu bivališču	26
	Cilj 2: Usmerjenost v preventivno zdravstveno varstvo in vseživljenjski pristop	39
	Cilj 3: Vključenost in opolnomočenje posameznika in družbe	54
	Cilj 4: Integrirana obravnava pacienta	63

Cilj 5:	
Kakovostna in varna obravnava pacienta	76
Cilj 6:	
Učinkovito upravljanje in vodenje	81
Cilj 7:	
Finančne spodbude in vlaganje v infrastrukturo	87
Cilj 8:	
Vlaganje v kadrovske vire in ustrezne delovne pogoje	93
Cilj 9:	
Razvoj raziskovalne dejavnosti	105
Cilj 10:	
Digitalna preobrazba za podporo procesov zdravstvene obravnave	107

7	Spremljanje in vrednotenje	114
8	Finančni viri	116
9	Priloga 1: Kazalniki učinkov in rezultatov SRZDPR2031	118
10	Priloga 2: Grafični povzetek SRZDPR2031	127

1

PREGLED KRATIC

CDZO	Center za duševno zdravje odraslih
CDZOM	Center za duševno zdravje otrok in mladostnikov
CKZ	Center za krepitev zdravja
CZO	Center za zgodnjo obravnavo
DMS	Diplomirana medicinska sestra in diplomirani zdravstvenik
DSZ	Dispečerska služba zdravstva
ESRR	Evropski sklad za regionalni razvoj
ESS	Evropski socialni sklad
EU	Evropska unija
IKT	Informacijsko-komunikacijska tehnologija
IOZ	Izbrani osebni zdravnik
JZZ	Javni zdravstveni zavod
LZS	Lekarniška zbornica Slovenije
MDDSZ	Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti
MDP	Ministrstvo za digitalno preobrazbo
MGTŠ	Ministrstvo za gospodarstvo, turizem in šport
MJU	Ministrstvo za javno upravo
MK	Ministrstvo za kulturo
MNVP	Ministrstvo za naravne vire in prostor
MOPE	Ministrstvo za okolje, podnebje in energijo
MSP	Ministrstvo za solidarno prihodnost
MVI	Ministrstvo za vzgojo in izobraževanje
MVZI	Ministrstvo za visoko šolstvo, znanost in inovacije
MZ	Ministrstvo za zdravje
MZI	Ministrstvo za infrastrukturo

NIJZ	Nacionalni inštitut za javno zdravje
NMP	Nujna medicinska pomoč
NOO	Načrt za okrevanje in odpornost
NVO	Nevladne organizacije
OECD	Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj
OZD	Osnovna zdravstvena dejavnost
ReNPZV16-25	Resolucija o Nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025
ReNPDZ18-28	Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028
RSK	Razširjeni strokovni kolegij
SZD	Slovensko zdravniško društvo
SUC	Satelitski urgentni center
SZO	Svetovna zdravstvena organizacija
SRZDPR2031	Strategija razvoja zdravstvene dejavnosti na primarni ravni zdravstvenega varstva do leta 2031
UL	Uradni list
UNKIZ	Urad Republike Slovenije za nadzor, investicije in kakovost
URI Soča	Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije Soča
Zbornica – Zveza	Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije
ZPacP	Zakon o pacientovih pravicah
ZD	Zdravstveni dom
ZdrZZ	Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije
ZDZdr	Zakon o duševnem zdravju
ZLD-1	Zakon o lekarniški dejavnosti
ZNB	Zakon o nalezljivih boleznih

ZNUNBZ	Zakon o nujnih ukrepih za zaježitev širjenja in blaženja posledic nalezljive bolezni COVID-19 na področju zdravstva
ZNUPZ	Zakon o nujnih ukrepih na področju zdravstva
ZNUZSZS	Zakon o nujnih ukrepih za zagotovitev stabilnosti zdravstvenega sistema
ZOPOPP	Zakon o celostni zgodnji obravnavi predšolskih otrok s posebnimi potrebami
ZpacP	Zakon o pacientovih pravicah
ZSPJS	Zakon o sistemu plač v javnem sektorju
ZVC	Zdravstvenovzgojni center
ZVZD-1	Zakon o varnosti in zdravju pri delu
ZZDej	Zakon o zdravstveni dejavnosti
ZZS	Zdravniška zbornica Slovenije
ZZSISZ	Zakon o zagotavljanju finančnih sredstev za investicije v slovensko zdravstvo v letih od 2021 do 2031
ZZVZZ	Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju
ZZZS	Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

2

OPREDELITEV IZRAZOV

Administrativen

Nanašajoč se na upraven, tehničen, uradniški.

Celovita zdravstvena obravnava

Se osredotoča na ponudbo širokega nabora storitev, ki pokrivajo vse posameznikove zdravstvene potrebe, bodisi preventivne, kurativne, rehabilitacijske ali paliativne. Ključen je celosten pristop k obravnavi posameznika kot celote, njegovo poznavanje in razumevanje skozi čas, upoštevanje konteksta in povezav v skupnosti, v nasprotju z ločenimi nabori bolezni ali stanj, ki jih je treba zdraviti in preprečevati. Cilj je obvladovanje najpogostejših zdravstvenih stanj v katerem koli obdobju življenja in v katerem koli okolju posameznika.

Integrirana zdravstvena obravnava

Pomeni celosten pristop k zdravljenju pacienta, kjer so različne zdravstvene storitve in viri povezani v enoten, usklajen sistem. Je širši pojem, ki vključuje usklajevanje kot enega od svojih sestavnih delov (da so vse storitve in intervencije med seboj usklajene), vendar gre še korak dlje in vključuje tudi širše povezovanje različnih storitev in virov v celovit sistem, ki pacientu nudi celostno obravnavo. Pogosto vključuje sodelovanje med različnimi ravni zdravstvenih storitev (primarno, sekundarno, terciarno) ter med različnimi strokovnjaki (zdravniki, medicinske sestre, socialni delavci in drugimi). Cilj je zagotoviti, da pacienti dobijo stalno (kontinuirano), usklajeno (koordinirano) in celovito obravnavo.

Koordinirana zdravstvena obravnava

Usklajena zdravstvena obravnava, ki se osredotoča na organizacijo in usklajevanje različnih zdravstvenih storitev, ki jih pacient potrebuje. To pomeni, da se vsi vpleteni strokovnjaki in službe med seboj učinkovito sporazumevajo in sodelujejo, da pacient prejme najboljšo možno obravnavo. Cilj je zagotoviti, da so vse storitve, ki jih pacient prejme, medsebojno povezane in usklajene ter, da se prepreči podvajanje storitev, zmeda in napake.

Kontinuirana zdravstvena obravnava

Stalna zdravstvena obravnava je neprekinjena skozi čas, gre za pozitiven in trajen odnos med zdravstvenimi delavci in pacienti, ki temelji na zaupanju, zvestobi in stalnosti. Stalnost zdravstvene obravnave pomeni zagotavljanje storitev na skladen, smiseln in pravočasen način. Poleg razsežnosti medsebojnih odnosov se lahko nanaša tudi na upravljavsko in informacijsko kontinuiteto/stalnost. Cilj je povečati možnost uspešnega sodelovanja in zdravljenja ter zmanjšati možnost uporabe urgentne službe ali sprejema v bolnišnico.

Socialna participacija

Družbena udeležba je opredeljena kot vključenost in opolnomočenje ljudi, skupnosti in civilne družbe z vključujočo udeležbo v procesih odločanja, ki vplivajo na zdravje, v vseh politikah in na vseh ravneh sistema. Je jedro primarnega zdravstvenega varstva, spodbuja pravičen napredek k univerzalnemu zdravstvenemu varstvu in pomaga krepiti zaupanje prebivalstva v zdravstveni sistem.

3

POVZETEK

Strategija razvoja zdravstvene dejavnosti na primarni ravni zdravstvenega varstva do leta 2031 (v nadaljnjem besedilu: SRZDPR2031) opredeljuje strateške usmeritve za razvoj primarne ravni zdravstvenega varstva. Države z močnimi sistemi primarnega zdravstvenega varstva so bolj prilagodljive ter se bolje odzivajo na hitre gospodarske, tehnološke in demografske spremembe in imajo boljše zdravstvene izide. Najnovejši dokazi jasno kažejo, da dolgoročne koristi preusmeritve finančnih sredstev na primarno raven odtehtajo stroške.

SRZDPR2031 je pripravljena v zvezi z Resolucijo o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025: Skupaj za družbo zdravja (v nadaljnjem besedilu: ReNPZV16–25) ter v okviru širokega in vključujočega procesa, v katerem so sodelovali številni domači in mednarodni deležniki.

V SRZDPR2031 določeni strateški cilji in aktivnosti so usmerjeni v krepitev primarne ravni, ki je ključna za zagotavljanje dostopnega in vzdržnega zdravstvenega sistema. Slovenija ima, primerljivo z drugimi državami v Evropi, dobro organizirano primarno raven zdravstvenega varstva, ki izstopa po dobri povezanosti z javnim zdravjem in po zagotavljanju preventivnih programov. Po drugi strani novi izzivi, povezani s staranjem prebivalstva, razvojem novih zdravstvenih tehnologij ter s tem povezanih povečanih potreb in večjih pričakovanj prebivalstva, hkrati pa tudi povečanih obremenitev zdravstvenih delavcev, ogrožajo dolgoročno vzdržnost zdravstvenega varstva. Potrebni so novi pristopi. Potrebujemo krepitev vzajemnega zaupanja vseh deležnikov in javnosti ter samozavest, da smo dovolj močni za kljubovanje izzivom ter sprejetje za to potrebnih sprememb.

SRZDPR2031 določa deset strateških ciljev:

1. **pravična dostopnost do zdravstvenega varstva čim bližje posameznikovemu bivališču,**
2. **usmerjenost v preventivno zdravstveno varstvo in vseživljenjski pristop,**
3. **vključenost in opolnomočenje posameznika in družbe,**
4. **integrirana obravnava pacienta,**
5. **kakovostna in varna obravnava pacienta,**
6. **učinkovito upravljanje in vodenje,**
7. **finančne spodbude in vlaganje v infrastrukturo,**
8. **vlaganje v kadrovske vire in ustrezne delovne pogoje,**
9. **razvoj raziskovalne dejavnosti,**
10. **digitalna preobrazba za podporo procesov zdravstvene obravnave.**

Opredeljene in opisane so tudi aktivnosti, ki prispevajo k uresničitvi vsakega od posameznih ciljev, ter kazalniki, ki so v pomoč pri spremljanju SRZDPR2031.

4

UVOD

Zdravstveni sistemi po vsem svetu, vključno v državah Evropske unije (v nadaljnjem besedilu: EU), se spoprijemajo s številnimi izzivi, zlasti po obdobju pandemije covid-19. **Staranje prebivalstva, migracijski procesi, posledice podnebnih sprememb in razvoj novih zdravstvenih tehnologij so povečali potrebe in pričakovanja prebivalstva, hkrati pa tudi obremenitve zdravstvenih delavcev.** Navedeni dejavniki so povzročili rast stroškov v zdravstvu. Epidemija covid-19 je dodatno podaljšala čakalne dobe, povečala izgorelost zdravstvenih delavcev, pospešila migracije zdravstvenih delavcev v druge države. **Te razmere deloma odraža in hkrati poslabšuje kriza zaupanja.**¹ Skrhano je zaupanje javnosti, da bo zdravstveni sistem ljudem na voljo, ko ga bodo potrebovali. Skrhano je tudi zaupanje zdravstvenih delavcev, ki v zdravstvu delajo v težkih razmerah in se počutijo prezrte. Ne nazadnje zaupanje, da je mogoče zdravstvene sisteme učinkovito preoblikovati, se prožno odzivati na spremembe in izpolniti čedalje večja pričakovanja javnosti, kopni tudi pri odločevalcih. Glede na opisano **je razumljivo, da je vzdržnost zdravstvenih sistemov povsod po svetu na preizkušnji tako glede finančnih in človeških kakor tudi infrastrukturnih virov.**

Težave niso nove in se kopičijo že veliko let. Kljub povečevanju obsega zdravljenja in storitev ostaja veliko neizpolnjenih potreb pacientov in družbe.² Kljub široki ponudbi storitev te pogosto ne pokrivajo celovito vseh področij. Razvoj je pogosto usmerjen v ekonomsko donosna področja, na primer tja, kjer je potencialni trg velik, in se osredotoča na dobro prodajane izdelke, namesto na preventivne ukrepe in izboljšanje organizacije, ki imajo pogosto še večjo dodano vrednost na družbeni ravni. Opisani model, ki temelji pretežno na ponudbi, je več kot očitno dosegel zgornjo raven, ker je postal finančno nedostopen širšim populacijam in se zato zastavlja vprašanje, ali je sploh še ustrezen. **Večina držav zato išče in preizkuša nove modele in vlaga v razvoj inovativnih pristopov v organizaciji, financiranju, komuniciranju in izobraževanju v zdravstvu ter povečevanju zdravstvenega opismenjevanja prebivalstva.** Prizadevanja se usmerjajo v krepitev zdravstvenih sistemov, ki bi bili sposobni trajno zagotavljati učinkovito, kakovostno in pravično obravnavo za vse prebivalce. Hkrati pa bi bili pripravljeni in odporni na izbruh kriznih razmer, na primer na nove pandemije, naravne katastrofe in finančne krize.

Krepitev in razvoj zdravstvene dejavnosti na primarni ravni zdravstvenega varstva je eden ključnih odgovorov na spremenjene zdravstvene potrebe prebivalstva, zato ReNPZV16–25³ predvideva sprejetje strategije za to področje.

Primarna raven je po opredelitvi Svetovne zdravstvene organizacije (v nadaljnjem besedilu: SZO) družbena skrb za zdravje s ciljem zagotoviti posamezniku najvišjo možno raven zdravja

1 Kluge, H., Azzopardi-Muscat, N., Figueras, J., McKee, M. (2023). Trust and transformation: an agenda for creating resilient and sustainable health systems BMJ; 380: p651. Dostopno na: <https://doi.org/10.1136/bmj.p651>

2 de Noordhout, C.M., Levy, M., Claerman R., et al (2024). Needs Examination, Evaluation and Dissemination (NEED): assessment framework. Dostopno na: EU presidency high-level conference: brochure (health-needs.eu)

3 Ministrstvo za zdravje (2016). Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja«. Dostopno na: <https://www.gov.si/podrocja/zdravje/organiziranost-zdravstvenega-varstva/>

in dobrega počutja.⁴ Je ključna za zagotavljanje univerzalnega dostopa do zdravstvenega varstva in omogoča usklajeno, stalno in v pacientove potrebe usmerjeno obravnavo. **Dokazano je, da so zdravstveni sistemi, ki temeljijo na močnem primarnem zdravstvenem varstvu, učinkovitejši,**⁵ zagotavljajo pravičnejše zdravstveno varstvo,⁶ dolgoročno izboljšujejo zdravje prebivalstva⁷ in dostop do kakovostnih zdravstvenih storitev, prispevajo k večjemu zadovoljstvu pacientov⁸ in boljši oceni lastnega zdravja⁹ ter zagotavljajo boljšo pripravljenost in odpornost na izredne razmere.¹⁰ Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj (v nadaljnjem besedilu: OECD) poudarja, da kakovostna in dostopnejša zdravstvena obravnava na primarni ravni praviloma prispeva k nižji stopnji bolnišničnega zdravljenja in zmanjšani uporabi specialističnih storitev.¹¹

V Sloveniji ima primarna raven v sistemu zdravstvenega varstva tradicionalno pomembno vlogo, podobno kot v drugih državah, ki so zgodovinsko delile Štamparjeva načela.¹²

Zdravstveno dejavnost na primarni ravni v okviru mreže javne zdravstvene službe izvajajo javni zavodi in zasebni izvajalci s koncesijo. Cilj različnih pravnih organizacijskih oblik je povečati dostopnost do zdravstvenih storitev. Ostaja pa izziv, kako pri izvajalcih ne glede na pravno organizacijsko obliko doseči, da bodo zagotavljali enakovredno obravnavo pacientov in enake možnosti nagrajevanja ter razvoja zdravstvenih timov. Zdravstveni domovi izstopajo s populacijskim in skupnostnim pristopom ter združevanjem vseh dejavnosti. Ne zagotavljajo le ambulantne obravnave posameznikom, ampak na enem mestu skrbijo za zdravje prebivalcev v vseh starostnih obdobjih na določenem območju. Ta zgodovinsko utemeljen posebni slovenski koncept je treba upoštevati, saj je v mednarodnem prostoru prepoznan kot model dobre prakse, kar nas lahko navdaja z optimizmom.

Brez dvoma so potrebni novi pristopi. Treba je zagotavljati podporo tistim, ki prejemajo zdravstveno obravnavo (na primer z izboljševanjem zdravstvene pismenosti), in tistim, ki jo zagotavljajo, s pravo kombinacijo zdravstvenih delavcev, pravimi veščinami in tehnologijami, v primernih prostorih, ob pravem času, vse za izpolnitev potreb pacienta, ki je postavljen v

4 SZO in UNICEF (2018). A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Dostopno na: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.15>

5 Bazemore, A., Merenstein, Z., Handler, L. et al (2023). The impact of interpersonal continuity of primary care on health care costs and use: a critical review. *Ann Fam Med*; 21: 274-279. Dostopno na: <https://doi.org/10.1370/afm.2961>

6 OECD (2020). Realizing the potential of primary health care. Dostopno na: <https://www.oecd.org/health/realising-the-potential-of-primary-health-care-a92adee4-en.htm>

7 Starfield, B., Shi, L., Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*; 83: 457-502. Dostopno na: <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>

8 Levine, D.M., Landon, B.E., Linder, J.A. (2019). Quality and experience of outpatient care in the United States for adults with or without primary care. *JAMA Intern Med*; 179: 363-372. Dostopno na: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.6217>

9 Bitton, A., Fifield, J., Ratcliffe, H., et al (2019). Primary healthcare system performance in low-income and middle-income countries: a scoping review of the evidence from 2010 to 2017. *BMJ Glob Health*; 4. Dostopno na: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001551>

10 Allin, S., González Block, M.A., Vargas, E. (2024). Chapter 16: the impact of PHC on health system resilience including in the face of climate change. in: Implementing the primary health care approach: a primer. Global Report on PHC. Dostopno na: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240069811-chapter-16>

11 OECD (2020). Realising the Potential of Primary Health Care, OECD Health Policy Studies, Paris. Dostopno na: <https://doi.org/10.1787/a92adee4-en>

12 Klančar, D., Svab, I., Kersnik, J. (2010). Vizija prihodnosti zdravstvenih domov v Sloveniji. *Zdrav Var*. 49. 37-43. Dostopno na: <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:doc-T7CO5GX8>

središče zdravstvenega sistema. Prvi korak pa mora biti pozitiven premik za večje zaupanje v zdravstveni sistem. **Potrebujemo krepitev vzajemnega zaupanja vseh deležnikov na primarni ravni zdravstvenega varstva in javnosti ter samozavest, da smo dovolj močni za kljubovanje izzivom ter sprejetje za to potrebnih sprememb.** Ob upoštevanju tega Vlada Republike Slovenije sprejema SRZDPR2031. S SRZDPR2031 upoštevamo v ReNPZV16-25 opredeljene listine^{13 14} ter prispevamo k zdravju in blaginji prebivalcev Republike Slovenije. SRZDPR2031 temelji na strokovnih spoznanjih in preverjenih dobrih praksah, ki imajo merljive in dokazljivo pozitivne učinke na zdravje in zagotavljanje zdravstvene obravnave prebivalstva.

13 Ministrstvo za zdravje (1996). Ljubljanska listina o reformi zdravstvenega varstva. Dostopno na: <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/KME/Ljubljanska-listina-1996.pdf>

14 Evropska unija (2017). Tallinn Declaration on eGovernment at the ministerial meeting during Estonian Presidency of the Council of the EU on 6 October 2017. Dostopno na: <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/news/ministerial-declaration-egovernment-tallinn-declaration>

5

VIZIJA, VREDNOTE TER NAČĚLA IN NAMEN

5.1 VIZIJA

S SRZDPR2031 jasno opredelimo vizijo o nenadomestljivi vlogi primarne ravni v zdravstvenem varstvu. Primarna raven je nosilni steber zdravstvenega varstva, s katerim upoštevamo ključne zdravstvene potrebe prebivalstva.

Vizija sistema zdravstvenega varstva v času trajanja SRZDPR2031 je prikazana v preglednici 1.

Preglednica 1: PREMIK K PRIMARNI RAVNI ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

STANJE	VIZIJA
Zdravstveni sistem, vzpostavljen na podlagi bolezni	Zdravstveni sistem, ki temelji na dobrem počutju in zdravju prebivalcev
Zdravstveni sistem, usmerjen v pasivno obravnavo z vprašanjem »kaj je narobe s pacientom«	Spodbujanje aktivnega sodelovanja pacientov pri zdravljenju in opolnomočenje z vprašanjem »kaj je pomembno pacientu«
Osredotočenost na zdravljenje bolezni	Osredotočenost na promocijo zdravja in preventivo (da se bolezen sploh ne razvije)
Med seboj slabše povezani izvajalci zdravstvenega varstva in drugih dejavnosti	Integrirana obravnava pacienta, med seboj usklajeni izvajalci, povezovanje v celovit sistem
Sistem, ki temelji na kvantitativnem vrednotenju	Sistem, ki temelji na vrednostnem vrednotenju
Sistem zdravstvenega varstva, ki izgublja zaupanje	Zaupanja vreden sistem zdravstvenega varstva
Ranljiv zdravstveni sistem	Odporen, finančno vzdržni zdravstveni sistem

5.2 VREDNOTE

Primarna raven zdravstvenega varstva je bila v mednarodni skupnosti prepoznana kot ključni steber zdravstvenega sistema že na zasedanju SZO v Alma-Ati (1978) in ponovno na zasedanju v Astani (2019). SRZDPR2031 je podlaga za razvoj primarne ravni zdravstvenega varstva in ohranja vrednote slovenskega zdravstvenega sistema, ki so podobne kot v večini drugih evropskih držav:



5.3 NAČELA

Ključna načela SRZDPR2031 so:

1. **Pravična dostopnost** – dostop do zdravstvenih storitev in programov na primarni ravni brez napotitve za vse, ne glede na socialno-ekonomski in družbeni položaj, starost, spol, izobrazbo, raso ali etnično poreklo, narodnost, vero ali prepričanje, jezik, invalidnost, kraj bivanja, zdravstveno stanje, spolno usmerjenost, spolno identiteto, spolni izraz ali drugo osebno okoliščino. Primarna raven prepoznava, preprečuje in zmanjšuje neenakosti v zdravju v lokalni skupnosti, še posebej ranljivih skupin prebivalstva (starejše in socialno prikrajšane osebe, pacienti s kronično boleznijo, brezposelni, prekarni delavci, osebe s težavami v duševnem zdravju, etnične skupine in podobno).
2. **Krepitev preventivnih vsebin in vseživljenjski pristop** – ohranjanje in krepitev zdravja v skupnosti z različnimi pristopi do posameznih skupin prebivalstva in posameznikov, ki

podpirajo zdrave izbire v vseh okoljih in življenjskih obdobjih, uvajanje novih znanstveno podprtih in stroškovno učinkovitih preventivnih programov, ki upoštevajo pacientove potrebe, pričakovanja in zmožnosti.

3. **Vključevanje in opolnomočenje pacientov ter skupnostni pristop** – podpora ter dostop za paciente in njihove svojce do informacij, na podlagi katerih se lahko odločajo o lastnem zdravju in se aktivno vključujejo v proces zdravljenja in sodelujejo pri njem. Zdravstveni delavci in sodelavci spoštujejo pravico pacienta do proste izbire in samostojnega odločanja o zdravljenju, hkrati pa spodbujajo odgovornost posameznika in skupnosti pri skrbi za lastno zdravje in zdravljenje. Z načinom dela in sodelovanjem z različnimi deležniki v lokalni skupnosti (šolstvo, socialno varstvo, kultura, šport, nevladne organizacije, izvajalci dolgotrajne oskrbe in drugi) primarna raven omogoča aktivno vključevanje vseh posameznikov, tudi tistih iz najbolj ranljivih skupin prebivalstva, pri skrbi za svoje zdravje.
4. **Integrirana zdravstvena obravnava** – pomeni celosten pristop k zdravljenju pacienta, kjer so različne zdravstvene storitve in viri povezani v enoten, usklajen sistem. Je širši pojem, ki vključuje usklajenost (koordiniranost), stalnost (kontinuiranost) in celovitost zdravstvene obravnave, ki pokriva vse potrebe posameznika, tako zdravstvene kot socialne in obsega preventivne, kurativne ali rehabilitacijske storitve. Sodelovanje poteka med različnimi ravni zdravstvenega varstva (primarno, sekundarno, terciarno) in med različnimi strokovnjaki (zdravniki, medicinske sestre, socialni delavci in drugi). Izbrani osebni zdravnik oziroma njegov ožji tim je glavni usklajevalec (koordinator) posameznika in zagotavlja stalnost njegove obravnave (kontinuiteto).
5. **Kakovostna in varna zdravstvena obravnava** – varna, kakovostna in pravočasna zdravstvena obravnava ob hkratni učinkovitosti, vključno s stalnim spremljanjem kakovosti obravnave in usposabljanjem ter vseživljenjskim izpopolnjevanjem zdravstvenih delavcev in sodelavcev. Merjenje izkušenj in izidov, o katerih poročajo pacienti, postaja kritično merilo kakovosti in varnosti zdravstvenih sistemov.
6. **Učinkovito upravljanje** – potrebna so stalna prizadevanja za podporo vsem izvajalcem in poklicem, ki se ukvarjajo s primarno ravno zdravstvenega varstva, pri nadaljevanju sprememb, predvidenih v SRZDPR2031. V vseh poklicih so potrebni družbeni in kulturni premiki, da bi lahko učinkovito zagotovili povezano, multidisciplinarno, vključujočo in timsko obravnavo. Uvajanje sprememb zahteva učinkovitejše vodenje na vseh ravneh, tako na ravni zdravstvenega sistema kot tudi zdravstvenih organizacij.
7. **Vzdržnost zdravstvenega sistema** – zagotavljanje uspešnosti in vzdržnosti celotnega zdravstvenega sistema s prednostnimi finančnimi vložki v krepitev zdravja, integrirano in kakovostno obravnavo pacienta na primarni ravni z gospodarno porabo sredstev ter sledenjem porabe denarja. Ureditev financiranja se mora postopoma spremeniti, da bi paciente, zdravstvene delavce in organizacije spodbudili k uresničevanju zadanih ciljev.

8. **Spodbudno in varno delovno okolje za zdravstvene delavce** – za zagotavljanje zadostnega števila visoko usposobljenih zdravstvenih delavcev in sodelavcev na primarni ravni je potrebno stalno vlaganje v usposabljanje, pridobivanje in ohranjanje delovne sile, pri čemer mora biti delo ustrezno ovrednoteno in nagrajeno. Potrebno je trajno prizadevanje za ohranjanje kulture timskega sodelovanja med zdravstvenimi poklici, ki temelji na skupnih vrednotah, ciljih, vzajemnem zaupanju, dopolnjevanju in iskanju sporazumnih rešitev.
9. **Vlaganje v na dokazih temelječe primarno zdravstveno varstvo** – stalno izvajanje raziskav je bistveno za ocenjevanje stanja, novosti in usmerjanje ukrepov tja, kjer prinašajo največjo vrednost. Raziskovalna dejavnost nudi podporo trajnemu izboljševanju kakovosti, omogoča prilagajanje spremenjenim potrebam prebivalcev, razvija in uvaja strokovne smernice, standarde ter klinične poti.
10. **Inovacije in razvoj novih tehnologij** – opredeliti, ovrednotiti in razširiti uspešne inovacije, ki uresničujejo zastavljene cilje, ter jih vključiti v sistem tam, kjer je varno, kakovostno in stroškovno učinkovito. Trajnostno financiranje raziskav in vrednotenje inovacij v organizaciji primarne ravni je potrebno za vzpostavitev uspešnega cikla izboljšav.

5.4 NAMEN

Namen SRZDPR2031 je z **ukrepi doseči prilagoditev in spremembe v zagotavljanju primarne ravni zdravstvenega varstva**, ki bodo omogočale integrirano (celovito, usklajeno in stalno) in kakovostno obravnavo, večjo skladnost z zdravstvenimi potrebami prebivalstva v vseh življenjskih obdobjih ter zagotavljale spodbudno delovno okolje za zdravstvene delavce, in bodo hkrati upoštevale strokovne, kadrovske, finančne in infrastrukturne omejitve, napredek znanosti in razvoj dobrih praks na vseh področjih primarne ravni. Učinkovita primarna raven je bistvenega pomena za **dostopno zdravstveno varstvo**, saj se osredotoča na širše determinante zdravja. Z nižjimi stroški kot sekundarno in terciarno zdravstveno varstvo **izboljšuje zdravstvene izide. Gradi zaupanje** v celoten zdravstveni sistem in javne zdravstvene ustanove.

6

STRATEŠKI CILJI IN AKTIVNOSTI

SZO opozarja, da je za uresničevanje zavez glede primarnega zdravstvenega varstva potreben premik od zdravstvenih sistemov, zasnovanih na podlagi bolezni in institucij, k zdravstvenim sistemom, zasnovanim na ljudeh in z ljudmi. Kriza zaradi pandemije covida-19 in slab napredek pri uresničevanju ciljev trajnostnega razvoja sta v številnih državah po svetu spodbudila odločevalce k nadaljnjim vlaganjem v krepitev primarne ravni, da bi na ta način prebivalstvu omogočili hitrejši vstop v zdravstveni sistem, bolj celovito, povezano in usklajeno obravnavo. ReNPZV16–25 nas zavezuje k zagotavljanju boljšega zdravja in blaginje prebivalcev, zmanjševanju neenakosti v zdravju ter k zagotavljanju dostopnosti, uspešnosti in stabilnosti zdravstvenega sistema. Izpostavlja zadovoljstvo pacientov in izvajalcev ter poudarja pomen prispevka zdravstva k razvojnim ciljem Slovenije.

Izhodišče za pripravo SRZDPR2031 je mednarodna analiza *»Integrirano, na posameznika osredotočeno primarno zdravstveno varstvo ustvarja rezultate: študija primera Slovenije«* (v nadaljnjem besedilu: analiza slovenskega primarnega zdravstvenega varstva).¹⁵ Povzetek prikazuje analiza SWOT v [preglednici 2](#).

V skladu s širšim kontekstom razvoja zdravstvenega varstva ob upoštevanju izsledkov analiz zdajšnjega stanja ter v skladu s predvidenimi potrebami prebivalstva smo opredelili te strateške cilje razvoja zdravstvene dejavnosti na primarni ravni zdravstvenega varstva:

1. **pravična dostopnost zdravstvenega varstva čim bližje posameznikovemu bivališču,**
2. **usmerjenost v preventivno zdravstveno varstvo in vseživljenjski pristop,**
3. **vklučenost in opolnomočenje posameznika in družbe,**
4. **integrirana obravnava pacienta,**
5. **kakovostna in varna obravnava pacienta,**
6. **učinkovito upravljanje in vodenje,**
7. **finančne spodbude in vlaganje v infrastrukturo,**
8. **vlaganje v kadrovske vire in ustrezne delovne pogoje,**
9. **razvoj raziskovalne dejavnosti,**
10. **digitalna preobrazba za podporo procesov zdravstvene obravnave.**

¹⁵ SZO (2020). Integrated, person-centred primary health care produces results: case study from Slovenia. Dostopno na: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289055284>

Preglednica 2: ANALIZA SWOT PRIMARNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V SLOVENIJI

		KORISTNO	ŠKODLJIVO
NOTRANJI DEJAVNIKI		Prednosti: • primarna raven zdravstvenega varstva temelji na široki dostopnosti, ima dolgo tradicijo in je sprejeta kot ključni steber • zdravstveno varstvo v bližini posameznikovega bivališča • izbrani osebni zdravnik in njegov tim ima vlogo "vratarja" in usklajevalca • povezanost javnega zdravja s primarno ravno, s poudarkom na preventivi • uvedba multidisciplinarnih timov v zdravstvene domove • patronažne medicinske sestre sodelujejo s skupnostjo in neformalnimi oskrbovalci • povezanost kurativnih in preventivnih zdravstvenih storitev • ženske imajo dostop do izbranega osebnega ginekologa, otroci pa do osebnega pediatra • družinski zdravniki pacientom zagotavljajo stalnost obravnave	Pomanjkljivosti: • pomanjkljivo načrtovanje na državni ravni • neučinkovito upravljanje in vodenje javnih zdravstvenih zavodov • pomanjkljivo opredeljene pristojnosti, vloge in odgovornosti deležnikov • omejena avtonomija vodstev organizacij • nagrajevanje zaposlenih v javnih zdravstvenih zavodih ni dovolj prilagojeno obremenitvi in učinkovitosti • dolge čakalne dobe za obravnavo na višjih ravneh zdravstvenega varstva povečujejo obremenitve na primarni ravni • slabše podprta informacijska tehnologija • nepovezanost med različnimi izvajalci, ravni zdravstvenega varstva in dejavnostmi, tudi izven zdravstva • nedodelani sistem stalnega izboljševanja kakovosti in varnosti • okorna administrativna pravila • izgorelost, nezadovoljstvo in pomanjkanje zdravstvenih delavcev
	ZUNANJI DEJAVNIKI	Priložnosti: • soglasje deležnikov o nujnosti ukrepanja • zagotavljanje, da ukrepi upoštevajo cilje, določene v dolgoročnih načrtih • reforma vodenja in upravljanja • sprememba nagrajevanja ter hkratno merjenje uspešnosti in učinkovitosti • odprava zdravniškega potrdila za prve dni bolniške odsotnosti in druge administrativne razbremenitve • boljša izraba digitalnih orodij • izboljšanje sistema kakovosti in varnosti • omogočiti gospodarnejšo delitev nalog v okviru multidisciplinarnega, timskega dela • preoblikovati poklice na primarni ravni v zanimive in izziva vredne • več priložnosti za karierni razvoj, klinične raziskave, poučevanje	Grožnje: • slabo načrtovana mreža izvajalcev • izguba zaupanja v javni zdravstveni sistem • nezmožnost obravnavanja temeljnih vzrokov za nastale težave • pritiski, da se finančna sredstva usmerjajo glede na ponudbo in ne na potrebe • demografski trendi, povezani s staranjem • naraščajoče breme kroničnih bolezni • večja mobilnost in migracije delovne sile • trend zmanjševanja precepljenosti populacije • velika obremenitev, zlasti z administracijo, zmanjšuje dostopnost in kakovost • nizko zanimanje za delo na primarni ravni • revščina, slaba pismenost in socialna izključenost zmanjšujejo skrb prebivalcev za lastno zdravje

CILJ 1

PRAVIČNA DOSTOPNOST ZDRAVSTVENEGA VARSTVA ČIM BLIŽJE POSAMEZNIKOVEMU BIVALIŠČU

Vključno s promocijo zdravja kot tudi preventivo, diagnostiko, zdravljenjem in rehabilitacijo.

OPIS STANJA IN KLJUČNI IZZIVI

Primarna raven zdravstvenega varstva obravnava zdravstvene potrebe prebivalcev tam, kjer živijo in delajo. Demografske spremembe, povezane s staranjem prebivalstva, spremembe, povezane z napredkom medicine, kratke ležalne dobe v bolnišnicah, zavajajoče informacije na svetovnem spletu in družbenih omrežjih, potrošniška naravnost in spremenjene vrednote prebivalstva povečujejo intenzivnost, pogostost in zahtevnost zdravstvene obravnave pacientov ter njihovih družin. Ob čedalje večjih zdravstvenih potrebah prebivalcev se spoprijemamo z izzivom, kako ob omejenih finančnih, kadrovskih in infrastrukturnih virih vsem omogočiti dostop do kakovostne, pravočasne in potrebne zdravstvene obravnave. Primarna raven je tudi prva raven odziva zdravstva na čedalje pogostejše posledice podnebnih sprememb in drugih svetovnih kriz. Na drugi strani se zaradi večjih zdravstvenih potreb ne povečuje zanimanje zdravstvenih delavcev za delo na primarni ravni, kar se kaže v čedalje večjem primanjkljaju kadrov. Zaradi kompleksnosti vzrokov težav v zdravstvu **brez medresorske porazdelitve odgovornosti dolgoročno ne bo mogoče reševati le v okviru zdravstvenega področja.**

Zdravstvena dejavnost na primarni ravni v skladu z Zakonom 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 – ZUJF, 14/13, 88/16 – ZdZPZD, 64/17, 1/19 – odl. US, 73/19, 82/20, 203/20 – ZIUPOPDVE, 112/21 – ZNUPZ, 196/21 – ZDOsk, 100/22 – ZNUZSZS, 132/22 – odl. US, 141/22 – ZNUNBZ, 14/23 – odl. US in 84/23 – ZDOsk-1; v nadaljnjem besedilu ZZDej) obsega osnovno zdravstveno dejavnost (v nadaljnjem besedilu: OZD) in lekarniško dejavnost. OZD opravljajo zdravstveni domovi (v nadaljnjem besedilu: ZD), zdravstvene postaje in zasebni izvajalci zdravstvene dejavnosti, ki imajo podeljeno koncesijo, ter drugi izvajalci zdravstvene dejavnosti z dovoljenjem MZ v skladu z ZZDej. Zdravstveno nego in zdravstveno rehabilitacijo lahko v skladu z ZZDej za svoje uporabnike opravljajo izvajalci institucionalnega varstva, določeni vzgojno-izobraževalni zavodi in koncesionarji, ki so v mreži javne službe na področju socialnega varstva oziroma vzgoje in izobraževanja. Dejavnost mrliške pregledne službe po ZZDej ni del primarne ravni, vendar jo v praksi kljub temu večinoma izvajajo izvajalci na primarni ravni.

Dostopnost zdravstvene obravnave odraža skladnost med potrebami uporabnikov in zmožnostmi izvajalcev.¹⁶ Ima več razsežnosti, ki so vse enako pomembne za sprejemanje ustreznih ukrepov.



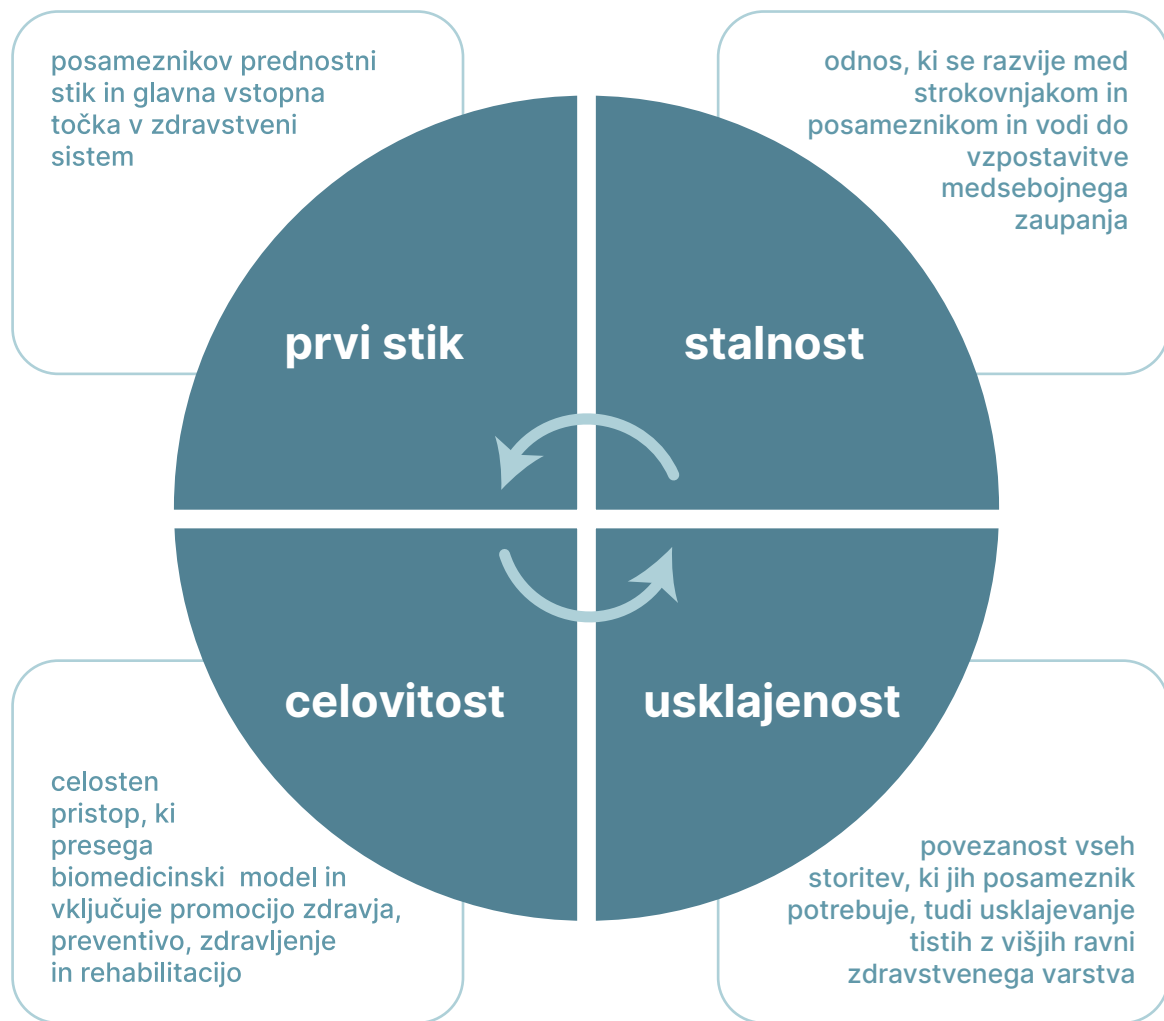
Za Slovenijo je značilno, da je poseljena neenakomerno in razpršeno.¹⁷ Pri načrtovanju organizacije zdravstvene dejavnosti na primarni ravni so pomembni podatki o obolevnosti, starostni strukturi in drugih kazalnikih zdravja na posameznem območju. Te podatke za občine v sodelovanju z drugimi organizacijami vsako leto pripravi Nacionalni inštitut za javno zdravje (v nadaljnjem besedilu: NIJZ). »Zdravje v občini« je vir informacij o ključnih kazalnikih za tematske sklope: prebivalci in skupnost, dejavniki tveganja za zdravje, preventiva, zdravstveno stanje prebivalstva in umrljivost.

Sistem izbire oziroma opredeljevanja pri izvajalcu primarne zdravstvene dejavnosti zagotavlja štiri ključne dejavnike,¹⁸ doseganje teh vodi k manjšim stroškom, manjši neenakosti in boljšemu zdravju prebivalstva.

16 McLaughlin, C.G., Wyszewianski, L. (2002). Access to care: remembering old lessons. Health Serv Res. 37(6):1441-1443. Dostopno na: <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12171>

17 Statistični urad Republike Slovenije (2021). Kako je država poseljena? Dostopno na: <https://www.stat.si/obcine/si/Theme/Index/PrebivalstvoGostota>

18 Prates, M.L., Machado, J.C., Silva, L.S.D., et al (2017). Performance of primary health care according to PCATool instrument: a systematic review. Cien Saude Colet. 22(6):1881-1893. Dostopno na: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.14282016>



Pri določanju ciljne populacije in dodelitvi skupine posameznikov ustanovi, timu ali posameznemu strokovnjaku so mogoči različni pristopi: geografski, ki je najenostavnejši in dodeljuje posameznike glede na to, kje živijo, na podlagi zavarovanja, ko zavarovalnica dodeli posameznika ponudniku zdravstvenih storitev, prosta izbira, ko si posamezniki sami izberejo izvajalca zdravstvenega varstva.

V skladu z Zakonom 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 in 78/23; v nadaljnjem besedilu: ZZVZZ) ima zavarovana oseba v Sloveniji pravico do proste izbire zdravnika in zdravstvenega zavoda. Poleg splošnega izbranega osebnega zdravnika (v nadaljnjem besedilu: IOZ), ki je lahko bodisi specialist splošne ali družinske medicine bodisi specialist medicine dela, prometa in športa, lahko zavarovana oseba svobodno izbere tudi osebnega ginekologa in osebnega zobozdravnika. IOZ za zavarovane osebe do dopolnjenega 19. leta starosti je specialist, pediater ali specialist šolske medicine,

izjemoma je lahko specialist splošne ali družinske medicine, če izpolnjuje dodatne pogoje.

Mimo IOZ, ki ima vlogo »vratarja« v zdravstveni sistem, pacient ne more prosto dostopati do višjih ravni zdravstva, razen do psihiatra, okulista za predpis očal in do ambulant za spolno prenosljive bolezni. Takšna ureditev je povezana z nižjimi izdatki za zdravstvo, z boljšo kakovostjo obravnave in s tem, da pacient prejme storitve, ki jih potrebuje (namesto da bi šel k napačnemu kliničnemu specialistu). Na drugi strani za tiste, ki želijo neposredni dostop do kliničnih specialistov, to pomeni omejevanje svobode izbire, kar vpliva na zadovoljstvo pacientov in pogostejše obiske pri IOZ.¹⁹ Toda s svoboda izbire (tj. odstranitev IOZ kot »vratarja«) pomeni odgovornost in več stroškov za zdravstveni sistem kot celoto. Na koncu državljani več plačajo v obliki doplačil, davkov ali zavarovalnih premij.²⁰ V državah, kjer IOZ ne opravlja vloge »vratarja«, na primer v Avstriji, Nemčiji, na Češkem, v Luksemburgu, Latviji, Franciji, na Malti, Slovaškem, v Grčiji in na Cipru, je težje zagotavljati celovitost in usklajenost zdravstvene obravnave.²¹

V optimalno delujočem zdravstvenem sistemu je mogoče identificirati vse posameznike v skupnosti in jih v celoti opredeliti pri izvajalcu, kar je finančno zahtevno in ni vedno v celoti izvedljivo. Pri prostovoljni izbiri obstaja tveganje, da ne bodo opredeljeni posamezniki, ki ne iščejo obravnave ali se pogosto selijo. Po podatkih Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: ZZZS) je določeno število oseb brez IOZ vedno obstajalo tudi v Sloveniji,²² njihovo število pa je nihalo zaradi različne metodologije ZZZS pri zajemanju podatkov in ureditvi zavarovanja.²³ Število neopredeljenih posameznikov se je povečalo po letu 2021.²⁴ **Če je bilo prej pomanjkanje IOZ značilno samo za podeželje, jih po tem obdobju primanjkuje tudi v večjih mestih.** V odgovor na pomanjkanje IOZ se je v splošnem dogovoru za leto 2021 z aneksom 1 za ambulate družinske oziroma splošne medicine, otroškega in šolskega dispanzerja in referenčne ambulate **zagotovilo plačilo izvajalcem za vse opravljene storitve.** Hkrati se je izvajalcem omogočilo, da izplačajo zaposlenim v javnih zdravstvenih zavodih **delovno**

19 Sripa, P., Hayhoe, B., Garg, P., et al (2019). Impact of GP gatekeeping on quality of care, and health outcomes, use, and expenditure: a systematic review. *Br J Gen Pract.* 69(682):e294–e303. Dostopno na: <https://doi.org/10.3399/bjgp19x702209>

20 Jimenez, G., Matchar, D., Koh, G.C.H., et al (2021). Revisiting the four core functions (4Cs) of primary care: operational definitions and complexities. *Primary Health Care Research & Development.* 22:e68. Dostopno na: <http://dx.doi.org/10.1017/S1463423621000669>

21 Schmalstieg-Bahr, K., Popert, U.W., Scherer, M. (2021). The Role of General Practice in Complex Health Care Systems. *Front Med (Lausanne).* 25:8:680695. Dostopno na: <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.680695>

22 Podatki o osebah brez IOZ se nanašajo na število zavarovanih oseb, ki so na dan priprave podatkov vključene v obvezno zdravstveno zavarovanje in nimajo izbire pri aktivnem IOZ v posamezni dejavnosti: splošna dejavnost – splošna ambulanta; splošna dejavnost – otroški in šolski dispanzer; splošna dejavnost – splošna ambulanta v socialnem zavodu; splošna ambulanta – boljša dostopnost do IOZ; otroški in šolski dispanzer v drugih zavodih; otroški in šolski dispanzer – boljša dostopnost do IOZ. Med zavarovane osebe brez IOZ so vštete tudi osebe, ki so se opredelile v ambulanti za neopredeljene.

23 Obstaja več mejnikov, ki so pomembni pri razlagi in primerjavi podatkov o številu zavarovanih oseb. Leta 2010 je ZZZS vzpostavila izmenjavo podatkov z Agencijo Republike Slovenije za javnopravne evidence in storitve, na podlagi katerih je ZZZS začel urejati zavarovanja za osebe, ki samostojno opravljajo poklicno dejavnost. Leta 2012 je ZZZS okrepil in samodejno podprl aktivnosti za ureditev zavarovanj po uradni dolžnosti, po letu 2017 pa so bile prvič izvedene obsežne prekinitev izbire pri zdravnikih, ki so trajno odsotni. V letu 2019 je bila izvedena obsežna samodejna prekinitev izbire za zavarovane osebe, ki dolgo časa niso imele urejenega obveznega zdravstvenega zavarovanja in so hkrati izpolnjevale določene dodatne pogoje (na primer oseba nima niti slovenskega državljanstva niti stalnega ali začasnega prebivališča v Sloveniji). Po podatkih ZZZS se je od leta 2010 do leta 2022 število zavarovanih oseb povečalo za 334.458 oseb.

24 Po podatkih ZZZS je bilo na dan 31. 12. 2020 število oseb brez IOZ v splošni dejavnosti 112.939, 31. 12. 2021 106.600 oseb, 31. 12. 2022 131.940 oseb, 1. 1. 2024 140.944 oseb, 1. 7. 2024 pa 142.209 oseb (7 odstotkov prebivalcev).

uspešnost zaradi povečanega obsega dela na podlagi posebnega vladnega projekta za nagrajevanje timov ambulant družinske medicine oziroma otroškega in šolskega dispanzerja. Na podlagi Zakona o nujnih ukrepih za zagotovitev stabilnosti zdravstvenega sistema (Uradni list RS, št. 100/22, 141/22 – ZNUNBZ, 76/23 in 136/23 – ZIUZDS; v nadaljnjem besedilu: ZNUZSZS) se je leta 2022, za zagotovitev stabilnega delovanja zdravstvene dejavnosti na primarni ravni in za večjo dostopnost zdravstvenih storitev, **določil dodatek za povečani obseg dela za posebne obremenitve** za zaposlene v javnih zdravstvenih zavodih. Na podlagi Zakona o nujnih ukrepih za zaježitev širjenja in blaženja posledic nalezljive bolezni COVID-19 na področju zdravstva (Uradni list RS, št. 141/22 in 136/23 – ZIUZDS; v nadaljnjem besedilu: ZNUNBZ) so bile 1. januarja 2023 vzpostavljene ambulate za neopredeljene, kjer različni zdravniki pacientom nudijo zdravstveno obravnavo na podlagi pogodbenega dela. 1. januarja 2024 se je na podlagi Zakona o interventnih ukrepih na področju zdravstva, dela in sociale ter z zdravstvom povezanih vsebin (Uradni list RS, št. 136/23 in 35/24 – ZZdrS-J; v nadaljnjem besedilu: ZIUZDS) ukrep za izplačilo dodatka za povečani obseg dela podaljšal, spremenila pa se je metodologija izračuna dodatka. **Vse sprejete pravne podlage**, ki so zaradi obremenitev omogočile dodatne finančne spodbude timom IOZ v javnih zdravstvenih zavodih so **začasne in se hitro spreminjajo, kar ni v prid spodbujanju trajne opredelitve dodatnih pacientov**.

Iz poročila o varovanju pacientovih pravic in iz dela zastopnikov pacientovih pravic za leto 2022 izhaja, da sta za paciente **največji težavi razpoložljivost in organiziranost dela IOZ in drugih zdravstvenih delavcev** (izbira osebnega zdravnika, priključ po telefonu, dolge čakalne dobe, na primer za fizioterapijo). Nekaj pritožb se je nanašalo na **krajevno dostopnost** (pacienti nimajo možnosti izbire osebnega zdravnika v svojem kraju). Težave zaradi finančne nedostopnosti niso bile posebej izpostavljene.²⁵ Iz Poročila zagovornika načela enakosti za leto 2023²⁶ izhaja, da **objekti, kjer se izvaja zdravstvena dejavnost, niso povsod dostopni za osebe z različnimi vrstami invalidnosti** (na primer ni klančin ali dvigal za osebe na invalidskem vozičku, indukcijskih zank za ojačevanje razumljivosti govora, ni prilagoditev z zvočnimi ali svetlobnimi smerniki ali pisnimi informacijami). Poleg oddaljenosti od kraja bivanja je za dostopnost do zdravstvenih ustanov ključnega pomena tudi njihova **prometna dostopnost**.

Dostop do nujne medicinske pomoči (v nadaljnjem besedilu: NMP) za prebivalce vseh starosti zagotavlja neprekinjeno (24/7) nujno zdravstveno obravnavo in nujne reševalne prevoze. Izvajajo jo zunajbolnišnične službe NMP, mobilne enote in dežurne službe na primarni ravni ter bolnišnične službe NMP, urgentni centri in helikopterska NMP. Neprekinjeno je odprtih 57 lokacij, na katerih se izvaja NMP na terenu in v ambulantah. V dnevnem času je teh lokacij 64.

²⁵ Ministrstvo za zdravje in socialne zadeve (2023). Wellbeing services counties will be responsible for organising health, social and rescue services. Dostopno na: <https://stm.fi/en/wellbeing-services-counties/>

Dostop do javno financiranega in kakovostnega primarnega zdravstvenega varstva je na Finskem že več let ključni izziv zdravstvenega sistema. Dostop do vzporednega, zasebnega financiranja, je pogosto pogojen s statusom zaposlenosti in dohodkom. Starejše, polimorbidne osebe so čedalje bolj vezane na javno financirane storitve, ki pa so zaradi upravnih postopkov težje dostopne.

²⁶ Zagovornik načela enakosti (2023). Nedostopnost objektov v javni rabi za ljudi z invalidnostmi. Dostopno na: <https://zagovornik.si/izdelki-zagovornika/posebna-porocila/>

To pomeni veliko dodatno obremenitev družinskih zdravnikov, kar vpliva na njihovo redno delo v ambulantih. Ob začetku izgradnje urgentnih centrov je bil v letu 2015 sprejet Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči (Uradni list RS, št. 81/15 in 93/15 – popr.), ki je razmejil delo NMP od ambulant družinske medicine, vendar **zaradi interesov in nezaupanja lokalnih skupnosti ni bila v celoti vzpostavljena nova mreža enot NMP**. Zato so se težave z zagotavljanjem stalno delujočih mest NMP stopnjevale tako, da ponekod občasno ni mogoče zagotoviti prisotnosti zdravnika. Posebna težava je v manjših enotah NMP z majhnim številom aktivnih zdravnikov, ki se morajo vključevati v NMP. V **dispečerski sistem zdravstva se postopoma vključujejo vse enote NMP**. V celoti vzpostavljeni sistem bo pomemben temelj za zbiranje celovitih podatkov za objektivno analizo sistema in pripravo predloga najoptimalnejše mreže enot NMP.

V Sloveniji je lekarniška mreža razporejena tako, da omogoča dober in enakopraven dostop do zdravil in storitev lekarniške dejavnosti po celotni državi, kar je zlasti pomembno za najranljivejše skupine prebivalcev. Poleg preskrbe z zdravili so namen lekarniške dejavnosti tudi svetovanje, podpora zdravljenju in ohranitev zdravja. Številne države v lekarnah že dolgo izvajajo cepljenje, zaradi epidemije covida-19 pa je takšnih praks še več.²⁷ Glede na zgoraj navedene prednosti lekarniške dejavnosti bi **uvedba možnosti cepljenja v lekarnah tudi pri nas pomenila napredek**, saj bi lahko upravičeno pričakovali znatno povečanje precepljenosti prebivalstva zaradi večje dostopnosti in logistično manj zahtevnega procesa.

Pokritost mreže javnih zobozdravstvenih ambulant glede na število prebivalcev je le delno enakomerna. Iz podatkov je razvidna višja stopnja dostopnosti izvajalcev v večjih mestih. Dolge čakalne dobe so poglavitni razlog za neizpolnjene potrebe glede zobozdravstvenih pregledov. Finančni razlogi prav tako vplivajo na dostopnost, a nekoliko manj. Mreža zasebnikov ni posebej urejena, zasebnih ordinacij je več v urbanih središčih. Treba je razviti nove modele in pristope, ki bi zagotavljali **dostopnost do zobozdravstvene obravnave tudi za ranljive skupine posameznikov**, na primer za nepokretne osebe v institucionalnem varstvu. Zagotavljanje dostopnosti zobozdravstvenih storitev na splošno ostaja izziv, zlasti z vidika financiranja in določitve njihovega obsega. V skladu z usmeritvami ReNPZV16–25 je bila izvedena analiza stanja posameznih področij zobozdravstva, ki je zajela različne vidike kadrovske preskrbljenosti, financiranja, urejenosti zdravstvenega varstva, dostopnosti in skrbi za ustno zdravje. Na podlagi te analize je bila pripravljena Strategija ustnega zdravja v Republiki Sloveniji za obdobje 2020–2030, ki jo je potrdil Zdravstveni svet na seji 17. maja 2022,²⁸ in bi bila lahko strateško izhodišče za razvoj na tem področju.

27 Paudyal, V., Fialová, D., Henman, M.C. et al (2021). Pharmacists' involvement in COVID-19 vaccination across Europe: a situational analysis of current practice and policy. *Int J Clin Pharm.* 43(4):1139–1148. Dostopno na: <https://doi.org/10.1007%2Fs11096-021-01301-7>

28 Ministrstvo za zdravje (2022). Ni zdravja brez ustnega zdravja. Dostopno na: <https://www.gov.si/novice/2022-05-26-ni-zdravja-brez-ustnega-zdravja>

Cilj SRZDPR2031 je zagotoviti pravočasni dostop vsem prebivalcem do kakovostnih in varnih zdravstvenih in zobozdravstvenih storitev, po možnosti v lokalnem okolju, v skladu s potrebami prebivalstva in zmogljivostjo sistema zdravstvenega varstva. V ospredju so varnost in kakovost zdravstvene obravnave ter zmanjševanje neenakosti v dostopnosti izbire osebnega zdravnika. Izboljšanje dostopnosti je vezano na več ciljev in aktivnosti SRZDPR2031.

AKTIVNOSTI ZA DOSEGO CILJA 1

1. 1 Ukrepi za zagotovitev dostopnosti izbranega osebnega zdravnika,
1. 2 ukrepi za zagotovitev prostorske in infrastrukturne dostopnosti izvajalcev za ranljive skupine posameznikov,
1. 3 vzpostavitev novega modela nujne medicinske pomoči,
1. 4 vzpostavitev dispečerskega sistema zdravstva za koordinacijo ekip nujne medicinske pomoči,
1. 5 izboljšati dostopnost do cepljenja z uvedbo cepljenja v lekarnah,
1. 6 razvoj novih modelov zobozdravstvene obravnave za ranljive skupine oseb.

Opis aktivnosti	1. januarja 2025 preneha veljati 18. člen ZNUNBZ in s tem pravna podlaga za delovanje ambulant za neopredeljene. Hkrati preneha veljati tudi 16. člen ZIUZDS in s tem pravna podlaga za izplačilo dodatka za povečani obseg dela in posebne obremenitve. Oba ukrepa sta namreč začasna. Ministrstvo za zdravje (v nadaljnjem besedilu: MZ) bo z deležniki poiskalo rešitve, predlagalo konkretno izvedljive ukrepe in zagotovilo aktivnosti, s katerimi bo prebivalcem tudi po prenehanju navedenih začasnih ukrepov zagotovljena dostopnost do zdravstvenih storitev IOZ na primarni ravni.
Nosilec aktivnosti	MZ
Sodelujoči	Izvajalci zdravstvene dejavnosti (v nadaljnjem besedilu: izvajalci), Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije (v nadaljnjem besedilu: ZdrZZ), ZZZS, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (v nadaljnjem besedilu: zbornica – zveza), Zdravniška zbornica Slovenije (v nadaljnjem besedilu: ZZS) in druge strokovne zbornice, razširjeni strokovni kolegij (v nadaljnjem besedilu: RSK) za družinsko medicino, RSK za pediatrijo, RSK za zdravstveno in babiško nego, RSK za ginekologijo in porodništvo, Univerza v Ljubljani in Univerza v Mariboru, Medicinska fakulteta – Katedra za družinsko medicino, Slovensko zdravniško društvo (v nadaljnjem besedilu: SZD), predstavniki lokalnih skupnosti in predstavniki pacientov.
Rok izvedbe	neprekinjeno

Opis aktivnosti

Posebno skrb je treba nameniti ranljivim skupinam posameznikov, na primer starejšim osebam, gibalno oviranim osebam in podobno. Tem je treba omogočiti enakopravno dostopnost zdravstvenih storitev (prometna dostopnost, ureditev klančin, indukcijske zanke, infrastruktura za slepe in slabovidne). Za ranljive skupine posameznikov se dostopnost ne začne pri vhodu v zdravstveno ustanovo, temveč je treba zagotoviti tudi dostopnost lokacije ustanove. Upoštevajoč dejstvo, da so ranljive skupine posameznikov lahko tudi manj mobilne, je treba poudariti možnost dostopa peš, z javnim potniškim prometom, kolesom, osebnim avtomobilom in drugimi mobilnostnimi storitvami, kot so taksi službe, souporaba vozil, sopotništvo, Prostofer in podobno. Dobra prometna dostopnost je pomembna tudi za zaposlene v zdravstvenih ustanovah. Dostopnost s trajnostnimi oblikami mobilnosti ne zmanjšuje le stroškov prevoza, ampak prispeva tudi k bolj zdravemu življenjskemu slogu, zaradi zmanjševanja prometnih zastojev in emisij pa k bolj zdravemu in prijaznejšemu okolju.

MZ bo z izvajalci na primarni ravni v sodelovanju z Uradom Republike Slovenije za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu (v nadaljnjem besedilu: UNKIZ) podpiral ureditev infrastrukture za boljšo dostopnost za osebe z različnimi oblikami zmanjšanih zmožnosti.

MZ bo v sodelovanju s področnimi ministrstvi in predstavniki lokalnih skupnosti podpiral rešitve za urejene in varne pešpoti, kakovostno oblikovani javni prostor v okolici zdravstvenih ustanov, za oblikovanje prometnega omrežja, ki bo omogočal čim lažji dostop do zdravstvenih storitev brez odvisnosti od uporabe osebnega avtomobila in primerno ureditev parkirnih režimov izvajalcev, ki bodo dajali prednost ranljivim skupinam in kratkotrajnemu parkiranju.

Nosilec aktivnosti

MZ

Sodelujoči

predstavniki lokalnih skupnosti, izvajalci, ministrstvo za okolje, podnebje in energijo (v nadaljnjem besedilu: MOPE), ministrstvo za naravne vire in prostor (v nadaljnjem besedilu: MNVP), ministrstvo za infrastrukturo (v nadaljnjem besedilu: MZI), ZdrZZ, Nacionalni svet invalidskih organizacij Slovenije.

Rok izvedbe

neprekinjeno

Opis aktivnosti

Novi model organizacije NMP predvideva vzpostavitev satelitskih urgentnih centrov in 24-urnih strateških dežurnih mest ter izvajanje NMP na način srečevanja. Na ta način bodo družinski zdravniki in pediatri na primarni ravni razbremenjeni. Novi model krepi mobilne enote reševalcev in vzpostavlja mobilne enote z vozilom urgentnega zdravnika. Celotni sistem bo deloval v okviru enotnega dispečerskega sistema z enotnim odzivom na ravni države. Z novim modelom bodo odpravljene infrastrukturne razlike med regijami za izvajanje NMP in zagotovljeno uspešno zdravljenje akutnih stanj, ki zahtevajo hitro obravnavo.

Že začeto reorganizacijo NMP bo MZ nadaljeval. Reorganizacija vključuje izdelavo meril in financiranje triaže na primarni ravni, investicije v infrastrukturo in krepitev programov v skladu s splošnim dogovorom oziroma uredbo o določitvi programov storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, opredelitev zmogljivosti in določitev obsega sredstev.

Cilj reorganizacije NMP je:

- vzpostavljena mreža satelitskih urgentnih centrov,
- okrepljeni sistem 24-urnih strateških mest,
- okrepljeni sistem mobilnih enot reševalcev,
- vzpostavljeni sistem mobilnih enot vozil urgentnega zdravnika,
- razmejitev dela urgentnega, družinskega zdravnika in pediatra ter drugih zdravstvenih delavcev,
- vzpostavljena mreža pediatrične NMP,
- opredeljeni način vključevanja družinskih zdravnikov in pediatrov na primarni ravni v sistem NMP.

MZ bo s strukturnimi sredstvi evropskega socialnega sklada (v nadaljnjem besedilu: ESS) izvedel ciljna usposabljanja s področja ukrepanja ob velikih nesrečah, kar bo prispevalo k zagotovitvi kakovostne obravnave na terenu, in razvil sistem prvih posredovalcev za najhitrejši dostop do žrtev srčnega zastoja in drugih nujnih stanj (prednostno v odročnih okoljih) ter hkrati okrepil vloge in kompetence delavcev zdravstvene nege in reševalcev v NMP.

MZ bo sprejel nov pravilnik o službi NMP, ki bo vključeval podrobnejša merila in pogoje za vzpostavitev mreže, posodobitev organiziranja NMP na javnih prireditvah, posodobitev označb in standarda opreme ter druge potrebne spremembe.

Nosilec aktivnosti	MZ
Sodelujoči	predstavniki lokalnih skupnosti, RSK za urgentno medicino, RSK za zdravstveno in babiško nego, izvajalci, ZZZS, zbornica – zveza, ZZZS, Društvo prvih posredovalcev
Rok trajanja	2028

Aktivnost 1. 4

Vzpostavitev dispečerskega sistema zdravstva za koordinacijo ekip NMP

Opis aktivnosti	Dispečerska služba zdravstva (v nadaljnjem besedilu: DSZ) deluje na državni ravni in je pomemben del zunajbolnišnične NMP. Prvotni načrti so predvidevali, da bo vključevala vse izvajalce NMP in prevozov pacientov v dveh letih od začetka delovanja. Pomanjkljivi informacijski in komunikacijski sistem, nedelujoče enotno državno radijsko omrežje, pomanjkanje kadra, neurejeno financiranje in odlaganje vključevanja s strani izvajalcev NMP so privedli do stanja, da je leta 2024 v dispečersko službo vključenih le 77 odstotkov enot NMP, ki pokrivajo le 73 odstotkov prebivalstva v državi. MZ bo za potrebe DSZ izvedel celovito informacijsko rešitev in pripravil ukrepe za vključitev vseh enot NMP v DSZ do konca prve polovice leta 2025. V okviru tega projekta bo vzpostavljen enotni informacijski sistem DSZ z novo programsko rešitvijo za delovanje centrov s podporo procesom dela in novim tehnologijam. Novi sistem bo zagotavljal zanesljivo delovanje DSZ, varnostne kopije in možnost povezovanja z drugimi informacijskimi sistemi v zdravstvu.
Nosilec aktivnosti	MZ
Sodelujoči	DSZ, NIJZ, izvajalci, ZZZS
Rok izvedbe	2025

Aktivnost 1. 5	Izboljšati dostopnost do cepljenja z uvedbo cepljenja v lekarnah
Opis aktivnosti	Prednost lekarn so njihova dostopnost, visoka raven zaupanja, njihov delovni čas in način dela, ki omogočajo večjo prilagodljivost pri izbiri terminov. MZ bo pripravil predlog spremembe Zakona o nalezljivih boleznih (Uradni list RS, št. MZ bo pripravil predlog spremembe Zakona o nalezljivih boleznih (Uradni list RS, št. 33/06 – uradno prečiščeno besedilo, 49/20 – ZIUZEOP, 142/20, 175/20 – ZIUOPDVE, 15/21 – ZDUOP, 82/21, 178/21 – odl. US in 125/22; v nadaljnjem besedilu: ZNB), ki bo omogočil izvajanje cepljenja poleg zdravnikom tudi drugim zdravstvenim delavcem, in pripravil pilotni projekt, ki bo vključeval vsebine po-trebnega usposabljanja, izobraževanja in protokol za varno cepljenje v lekarnah (vključno z zabeležbo podatka o cepljenju osebe).
Nosilec aktivnosti	MZ
Sodelujoči	Lekarniška zbornica Slovenije (v nadaljnjem besedilu: LZS), ZZS, ZZZS, NIJZ, zbornica – zveza, RSK za urgentno medicino, RSK za družinsko medicino
Rok izvedbe	2025

Opis aktivnosti

Celostna skrb za ustno zdravje in enakopravno obravnavo prebivalstva, vključno za ogrožene in ranljive skupine (starejši, nepomični, uporabniki institucionalnega varstva, osebe s težavami v duševnem zdravju oziroma razvoju) zahteva inovativne pristope. Tveganju neenake obravnave so izpostavljene osebe, ki zaradi različnih oblik oviranosti (nepomičnost, prisotnost težav v duševnem zdravju ali razvoju) težje dostopajo do zobozdravstvenih ambulant.

MZ bo z deležniki izvedel pilotni projekt vzpostavitve prilagojene zobozdravstvene obravnave pacientov v institucionalnem varstvu in določil pogoje za izvajanje obposteljne zobozdravstvene obravnave.

Nosilec aktivnosti

MZ

Sodelujoči

ministrstvo za solidarno prihodnost (v nadaljnjem besedilu: MSP), izvajalci, ZZS, ZZZS, RSK za zobozdravstvo, predstavniki lokalnih skupnosti, NIJZ

Rok izvedbe

2028

CILJ 2

USMERJENOST V PREVENTIVNO ZDRAVSTVENO VARSTVO IN VSEŽIVLJENJSKI PRISTOP

S prožno obravnavo zdravstvenih potreb in varovanjem človekove pravice do zdravja.

OPIS STANJA IN KLJUČNI IZZIVI

.....

Primarna raven zdravstvenega varstva izpolnjuje potrebe in pričakovanja posameznikov, družin in skupnosti s celostnim pristopom, od krepitve zdravja in preprečevanja bolezni, do zgodnjega odkrivanja bolezni in zdravljenja, rehabilitacije in paliativne obravnave v vseh življenjskih obdobjih, vključno z zdravjem mater, novorojenčkov, otrok in mladostnikov ter zdravo odraslostjo in staranjem.

Slovenija s konceptom zdravstvenega doma in skupnostnim pristopom že dolgo časa spodbuja in udejanja zdravstveno vzgojno dejavnost in v posameznika oziroma prebivalstvo usmerjeno obravnavo. Smo ena redkih držav, ki ji je uspelo preventivno dejavnost in skrb za javno zdravje vgraditi v mrežo primarne ravni. Njena prednost je celovitost obravnave, saj IOZ, pa naj so to pediatri, ginekologi, zobozdravniki ali družinski zdravniki, obravnavajo tako zdravega kot tudi bolnega posameznika. Velika prednost Slovenije je, da so za otroke neposredno dostopni pediatri, za ženske pa ginekologi. V večini drugih držav zdravstveno varstvo otrok in reproduktivno varstvo na primarni ravni zagotavljajo splošni oziroma družinski zdravniki. IOZ ima pomembno vlogo v odnosu do skupnosti. Primarni pediatri kot imenovani zdravniki šole sodelujejo z vodstvi šol, razredniki, šolskimi svetovalnimi službami, športnimi pedagogi in drugimi službami v šoli ali zunaj nje (na primer s centri za socialno delo).²⁹ Njihovo delo dopolnjujejo patronažne medicinske sestre, ki delujejo v skupnosti. Ključno pa je povezovanje osnovnih timov IOZ z multidisciplinarnimi timi, katerih delo je usmerjeno v zdravstveno vzgojo, skupnost in prebivalstvo. To so centri za krepitev zdravja oziroma zdravstveno vzgojni centri (v nadaljnjem besedilu: CKZ oziroma ZVC), centri za duševno zdravje, centri za zgodnjo obravnavo ter centri za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (v nadaljnjem besedilu: CPZOPD).

Slovenija je med državami EU ena najvarnejših držav glede rojstva otrok in ima eno izmed najnižjih stopenj dovoljene splavnosti.³⁰ Skupaj s Finsko se Slovenija uvršča med države z najnižjo umrljivostjo otrok do 14. leta starosti.³¹ Slovenija je na dobri poti k odpravi raka na

29 NIJZ (2023). Smernice Programa ZDAJ za izvajanje preventivnih pregledov učencev, dijakov in mladostnikov. Dostopno na: <https://zdaj.net/wp-content/uploads/2023/08/Smernice-Programa-ZDAJ-za-izvajanje-preventivnih-pregledov-ucencev-pdf-v4.pdf>

30 Eurostat (2020). Being young in Europe today – health. Dostopno na: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Being_young_in_Europe_today_-_health#Life_expectancy_and_mortality_rates

31 NIJZ (2022). Podatkovni portal. Dostopno na: <https://podatki.nijz.si/pxweb/sl/NIJZ%20podatkovni%20portal/?rxid=7fe41752-8545-4d36-9490-d2bb100d3002>

materničnem vratu, kar je izjemen dosežek in posledica dobro dostopnega zdravstvenega varstva žensk na primarni ravni, ki v sklopu državnega presejalnega programa »ZORA« izvajajo preventivne preglede.³² Znatno izboljšanje kazalnikov smo dosegli s presejalnima programoma za raka dojke »DORA« in debelega črevesa »SVIT«. Za odrasle, stare 30 let ali več, imamo nacionalni program presejalnih pregledov za nenalezljive kronične bolezni in program njihovega preprečevanja, ki sta bistveno prispevala k zmanjšanju bremena zaradi nenalezljivih, predvsem srčno-žilnih bolezni.

Ne glede na odlične rezultate so priložnosti za izboljšave v nadgradnji preventivnih programov, ki temeljijo na dokazih, v zagotovitvi dostopnosti brezplačnega preventivnega varstva in uskladitvi preventivnih dejavnosti med medicino dela in zdravstvenim varstvom odraslih.

Glavna vloga CKZ oziroma ZVC sta krepitev zdravja v skupnosti, pomoč posamezniku pri spremembi z zdravjem povezanih navad in pri vzdrževanju zdravega načina življenja. Multidisciplinarna, v posameznika usmerjena preventivna obravnava v CKZ oziroma ZVC, vključuje tematske skupinske delavnice in individualna svetovanja. Time sestavljajo diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki (v nadaljnjem besedilu: DMS), psihologi, zdravniki, dietetiki, fizioterapevti, kineziologi in drugi strokovnjaki. Obravnavajo otroke, mladostnike in odrasle, osebe z visokim tveganjem za razvoj kroničnih bolezni in tudi že obbolele. Dejavnost CKZ oziroma ZVC je usmerjena v skupnost in povezovanje vseh deležnikov, ki lahko vplivajo na izboljšanje pogojev za zdravje v skupnosti. CKZ oziroma ZVC sodelujejo z nevladnimi organizacijami na področju zdravja ter z drugimi deležniki v lokalnem okolju. Imajo pomembno vlogo pri spodbujanju k udeležbi na presejalnih programih in v programe cepljenja. Izvajajo tudi svetovalne programe opuščanja kajenja in tveganega oziroma škodljivega pitja alkohola, ki jih je treba v prihodnje še okrepiti. Priložnost za izboljšavo se kaže **v stalnem preverjanju ustreznosti vsebin in oblik dela v CKZ oziroma ZVC ter njihovem prožnem prilagajanju glede na potrebe** starajočega prebivalstva, povečevanje števila kroničnih pacientov in potrebe oseb, ki se po bolezni vračajo na delovno mesto.

DMS v ambulantni družinske medicine spremlja odrasle paciente in zagotavlja izvajanje sistematičnega preventivnega programa za zgodnje odkrivanje nekaterih nenalezljivih kroničnih bolezni. Program se izvaja na državni ravni. Osebam z ugotovljenimi dejavniki tveganja, povezanimi z življenjskim slogom, nudi aktivno svetovanje in podporo. DMS vodi obravnavo nekaterih kroničnih bolezni ter spodbuja k udeležbi na državnih presejalnih programih in v programih cepljenja. Protokoli obravnave in vodenja pacientov z izbranimi kroničnimi boleznimi opredeljujejo naloge DMS, zdravnika specialista družinske medicine in kliničnega specialista ter določajo, kdaj pacienta napotiti na višjo raven zdravstvenega varstva. Primeri številnih dobrih praks iz drugih evropskih držav kažejo, da je še vedno veliko neizkoriščenih **možnosti za razširitev preventivnih aktivnosti in seznama kroničnih nenalezljivih bolezni, ki bi jih lahko uspešno spremljala DMS.**

32 Onkološki inštitut (2023). Državni program ZORA. Dostopno na: <https://zora.onko-i.si/program-zora>

Področja preventivnega dela v patronažnem zdravstvenem varstvu so zdravstvena nega nosečnice, otročnice, novorojenčka in dojenčka na domu, obiski otrok v drugem in tretjem letu starosti ter zdravstveno-socialna obravnava odraslih posameznikov, družin in skupnosti pacientov, ki se izvaja v skladu s Pravilnikom 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, 22/09, 17/15, 47/18, 57/18, 57/21, 162/21, 39/23, 93/23, 125/23 in 18/24). Prednost DMS v patronažnem varstvu je v izjemnem poznavanju prebivalstva na območju, ki ga pokriva ter kjer zazna socialne in zdravstvene težave. Rešitve išče v povezovanju z drugimi izvajalci zdravstvene dejavnosti na primarni ravni kot tudi z lokalno skupnostjo in nevladnimi organizacijami. V okviru projektov Model skupnostnega pristopa krepitev zdravja in zmanjševanja neenakosti v lokalnih skupnostih (2017–2020)³³ in Krepitev zdravja za vse (2018–2019)³⁴ se je v 30 zdravstvenih domovih izvajala **nadgradnja aktivnosti preventivnih programov v patronažnem zdravstvenem varstvu** z vključitvijo lokalnih skupnosti. Po končani evalvaciji projektov se od 1. januarja 2021 nadgrajene preventivne obravnave v patronažnem zdravstvenem varstvu izvajajo v vseh okoljih in na vseh terenskih območjih. Z izvajanjem dodatnih preventivnih aktivnosti patronažne medicinske sestre dejavno prispevajo k zmanjševanju neenakosti v zdravju in krepitev zdravja v lokalni skupnosti.

Prakse nekaterih izvajalcev zdravstvenega varstva žensk, ki zahtevajo doplačilo tudi za preventivne preglede, v sistemu pomenijo anomalijo in **odmik od univerzalne, proste dostopnosti storitev preventivnega varstva**, ki ima enakopravne koristi za vso družbo. Zaradi uvedenega cepljenja proti humanemu papiloma virusu se obetata **sprememba presejalne politike in prilagoditev presejalnega intervala v programu ZORA**. Potrebni so ukrepi za zmanjšanje neodzivnosti žensk, ki se ne udeležijo presejalnih pregledov, in tistih, ki se po pozitivnem izvidu presejalnega testa ne udeležijo nadaljnje obravnave.

Preventivna zobozdravstvena dejavnost in skrb za ustno zdravje lahko bistveno prispevata k ohranitvi in izboljšanju ustnega zdravja. Na drugi strani mora posamezniku okolje, v katerem živi, to tudi omogočiti. Medtem ko je preventivno zobozdravstveno varstvo otrok in mladine na primarni ravni vzpostavljeno, pa **za odraslo populacijo in starejše osebe ni predvideno izvajanje preventivnega zobozdravstvenega varstva**. Za izboljšanje ustnega zdravja bo v Sloveniji ob javnozdravstvenih ukrepih, kot so obdavčitev sladkih pijač, prepoved prodajnih avtomatov z nezdravo hrano in pijačo ter prepoved oglaševanja nezdravih izdelkov otrokom, treba **okrepiti preventivno zobozdravstveno varstvo**.

Preventiva v okviru CPZOPD pomeni vse od preventive predoziranja in zmanjševanja škode do primarne in indicirane preventive ter preventive recidiva (reintegracija in podpora pri vključevanju v skupnost). Slovenija je ena vodilnih v svetu, ki odvisnost obravnava z zgodnjim

³³ Ministrstvo za zdravje (2021). MoST – model skupnostnega pristopa krepitev zdravja in zmanjševanja neenakosti v lokalnih skupnostih. Dostopno na: <https://www.gov.si/zbirke/projekti-in-programi/most-model-skupnostnega-pristopa-za-krepitev-zdravja-in-zmanjsanje-neenakosti-v-zdravju-v-lokalni-skupnosti/>

³⁴ Ministrstvo za zdravje (2020). Zaključno delovno srečanje izvajalcev projekta Krepitev zdravja za vse. Dostopno na: <https://www.gov.si/novice/2020-12-09-zakljucno-delovno-srecanje-izvajalcev-projekta-krepitev-zdravja-za-vse>

preprečevanjem, pred rojstvom in ob rojstvu ter v predšolskem obdobju, in ne samo z omejevanjem škode v poznejših letih.³⁵ **CPZOPD v večjem ali manjšem obsegu že izvajajo tudi preventivne dejavnosti v širšem pomenu besede, ki pa so različno kakovostne, niso poenotene in se ne izvajajo povsod.** Preventivne programe je treba poenotiti in izvajati le tiste, ki dokazano pripomorejo k preprečevanju in omejevanju uporabe drog in z njimi povezane škode zaradi odvisnosti.

Življenjsko obdobje, ki ga obravnavajo številne zdravstvene strukture po vsem svetu, je čas prehoda iz mladostniške v odraslo dobo.³⁶ Prehod v zdravstveno varstvo za odrasle je tvegano obdobje, v katerem lahko pride do zmanjšane sodelovanja z zdravstvenimi službami, zato obstaja tveganje, da se mladostniki v sistemu »izgubijo«. Mednarodne raziskave kažejo, da je le **približno polovica mladostnikov in mlajših odraslih s kroničnimi boleznimi deležna kakršne koli priprave na prehod iz pediatrične obravnave v zdravstveno varstvo odraslih.**³⁷ V času varnega prehoda se odraščajoči mladostnik uči tudi odgovorne uporabe zdravstvenega sistema. V Sloveniji se tega vprašanja še nismo sistemsko lotili. Težava je tudi v pomanjkanju vzvodov, s katerimi bi lahko preusmerili paciente, starejše od 19 let, k družinskim zdravnikom. Licenca iz pediatrije predvideva obravnavo otrok in mladostnikov do starosti 19 let, v praksi pa njihova obravnava pogosto zajema tudi študentsko populacijo do 26. leta starosti ali celo starejše paciente.³⁸

Zaradi staranja prebivalstva bo čedalje pomembnejše čim dlje iskati in ohraniti delazmožnost. Promocija zdravja na delovnem mestu, h kateri delodajalca zavezuje Zakon o varnosti in zdravju pri delu (Uradni list RS, št. 43/11; v nadaljnjem besedilu: ZVZD-1), je najučinkovitejši strateški pristop k ohranjanju poklicnega zdravja in s tem zmanjšanja bremena bolezni. Pri ohranjanju zdravja na delovnem mestu, pri čim hitrejši vrnitvi na delovno mesto v primeru bolezni ali poškodbe, pri aktivnem vključevanju v postopke zgodnje poklicne rehabilitacije ter pri učinkovitem odkrivanju in dokazovanju poklicnih bolezni ima pomembno vlogo medicina dela, prometa in športa. Zdravstveni absentizem se v Sloveniji začne pojavljati prezgodaj in pomeni splošni družbeni problem. S stroški dolgotrajnega okrevanja, bolniških odsotnosti, kompleksne rehabilitacije in prezgodnjega invalidskega upokojevanja je absentizem iz leta v leto težje finančno breme za zdravstveni sistem. OECD navaja, da **ima Slovenija institucionalno zapleteno ureditev za podporo osebam z večjimi zdravstvenimi težavami ali invalide,** s številnimi prekrivanji.³⁹ Podpora, ki je ljudem v pomoč, da ostanejo na trgu dela ali se nanj vrnejo, se običajno zagotovi prepozno, velik potencial delovne sile pa tako ostaja neizkoriščen. Poleg tega so v sistemu denarnih nadomestil velike razlike, na

35 UNODC (2023). A call for action to positively redirect the developmental trajectory of children through "Promoting comprehensive and scientific evidence-based early prevention"*** Dostopno na: [ECN72023_CRP8_2303657E.pdf](https://doi.org/10.1787/50e655b3-en) (unodc.org)

36 Bonati, M. (2020). Transitioning youth to adult age also through health services. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 29:e88. Dostopno na: <https://doi.org/10.1017%2FS2045796019000842>

37 Reiss, J.G., Gibson, R.W., Walker, L.R. (2005). Health care transition: youth, family, and provider perspectives. *Pediatrics*. 115(1):112-20. Dostopno na: <https://doi.org/10.1542/peds.2004-1321>

38 SZD, Združenje za pediatrijo (2018). Resolucija sedmega slovenskega pediatričnega kongresa. Dostopno na: <https://zpzp.si/wp-content/uploads/2019/08/Resolucija-pediaticnega-kongresa-pripombe.pdf>

39 OECD (2022), Disability, Work and Inclusion in Slovenia: Towards Early Intervention for Sick Workers. Dostopno na: <https://doi.org/10.1787/50e655b3-en>

primer med prejemniki dolgotrajnih nadomestil za bolezen in prejemniki invalidnin. Mnogo boljše rezultate bi zagotovili z boljšim sodelovanjem različnih služb in pravočasno podporo pacientom. Za takšno spremembo je treba jasno opredeliti vloge in zagotoviti spodbude za vse vpletene. Področje absentizma zahteva multidisciplinarni pristop vseh vpletenih deležnikov s ciljem aktivnega pristopa k ohranitvi in povrnitvi preostale delazmožnosti.⁴⁰

⁴¹ ⁴² Po eni strani je zaradi dojemanja delazmožnosti kot javnega interesa nujna vključitev specialistov medicine dela v naloge, ki so pomembne za zdravje na delovnem mestu, to je v preprečevanje in odkrivanje poklicnih bolezni. Po drugi strani bi jih morali razbremeniti nekaterih drugih nalog. Na področju organiziranosti preventivne obravnave zdravja delavca se spoprijemamo z neusklajenim delom družinske medicine in medicine dela. To so zlasti kontrolni zdravstveni pregledi, ki prednostno niso namenjeni ocenjevanju izpolnjevanja posebnih zdravstvenih zahtev za delo.

OECD opozarja, da se bo delež prebivalstva, starejšega od 65 let, do leta 2050 skoraj podvojil in bo zajemal 28 odstotkov populacije. Zato se bosta povečevala število pacientov s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi in stanji in število oseb, odvisnih od tuje pomoči. **Starejši imajo pogosto več zdravstvenih težav hkrati, socialne težave in dodatne potrebe, na primer po rehabilitaciji, geriatrični in paliativni obravnavi.** Zato je treba okrepiti povezovanje z drugimi sektorji izven zdravstva, timsko obravnavo v skupnosti, na primer patronažno službo in hišne obiske zdravnika, ter razviti druge oblike zdravstvene obravnave v skupnosti, na primer fizioterapijo in delovno terapijo. Na tak način je mogoče dlje ohraniti zdrava leta življenja, kakovost bivanja, samostojnost in s tem tudi čim daljše bivanje starejših v domačem okolju.

Področje rehabilitacije je usmerjeno v ponovno vzpostavljanje funkcij in omogočanje samostojnega življenja pri pacientih vseh starosti s posledicami bolezni ali poškodb gibalnega sistema. Rehabilitacija lahko poteka v različnih ustanovah, od specializiranih rehabilitacijskih centrov in oddelkov v bolnišnicah do dnevnih bolnišnic in ustanov v lokalni skupnosti. Ena od možnosti za izvajanje rehabilitacije je telerehabilitacija.⁴³ Rehabilitacijske ustanove v Sloveniji so vsa zdravilišča, usposobljena za opravljanje rehabilitacijskih postopkov, in Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije Soča (v nadaljnjem besedilu: URI Soča). **Na področju rehabilitacije na primarni ravni je še veliko priložnosti za razvoj.** Na primarni ravni sicer delujejo številni fizioterapevti, nekaj psihologov, logopedov in manj kot deset specialistov fizikalne in rehabilitacijske medicine, ki pa med seboj ne sodelujejo v obliki interdisciplinarnih timov in nimajo vedno dovolj izkušenj z rehabilitacijo oseb po bolezni. Potrebovali bi več različnih profilov zdravstvenih delavcev, na

⁴⁰ IRDES (2015). Quel est l'impact du système d'indemnisation maladie sur la durée des arrêts de travail pour maladie ? Dostopno na: <https://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/066-quel-est-l-impact-du-systeme-d-indemnisation-maladie-sur-la-duree-des-arrets-de-travail-pour-maladie.pdf>

⁴¹ Sachverständigenrat (2015). Krankengeld - Entwicklung, Ursachen und Steuerungsmöglichkeiten. Dostopno na: <https://www.svr-gesundheit.de/gutachten/sondergutachten-2015/>

⁴² Hulleger, P., Koning, P. (2015). Employee Health and Employer Incentives. IZA Discussion Paper No. 9310, Dostopno na: <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2658643>

⁴³ Burger, H., Goljar, N., Rudel, D. (2015). Telerehabilitacija - možnost rehabilitacije na primarni ravni. Rehabilitacija (Ljubljana), letnik 14, supl. 1, str. 11-16. URN:NBN:SI:DOC-J6C7JJ2O. Dostopno na: <http://www.dlib.si> https://ibmi.mf.uni-lj.si/rehabilitacija/vsebinske/Rehabilitacija_2015_S1_p011-016.pdf

primer delovnih terapevtov. Krepitev področja rehabilitacije v sodelovanju s CKZ oziroma ZVC lahko pomembno pripomore k zmanjševanju dolgotrajnih bolniških odsotnosti in hitrejšemu vračanju pacientov s kostno-mišičnimi motnjami v delovno okolje. NIJZ v sodelovanju z URI Soča od leta 2023 izvaja triletni pilotni projekt *Posodobitev obravnave mišično-skeletnih bolečin na primarni ravni* ob podpori sredstev iz načrta za okrepanje in odpornost (v nadaljnjem besedilu: NOO).⁴⁴

Velik izziv sodobne dolgožive družbe je obvladovanje starostne krhkosti. Sindrom krhkosti je stanje povečane ranljivosti na več področjih zdravja, kar vodi v večje tveganje za slabše izide zdravljenja, na primer v nezmožnost, podhranjenost ali izgubo samostojnosti posameznika. Krhkost ni odvisna le od telesnih dejavnikov, temveč tudi od psiholoških, kognitivnih in socialnih dejavnikov. S sredstvi ESS bo NIJZ v sodelovanju z MZ v okviru ukrepa *Preventivne aktivnosti v zdravstvu in obvladovanje starostne krhkosti* naslovil tudi preprečevanje krhkosti.

Za posameznike, ki bivanja v domačem okolju kljub pomoči svojcev in drugih služb ne zmorejo več, so izvajalci institucionalnega varstva v mreži javne službe pomemben člen v zagotavljanju zdravstvene obravnave na primarni ravni. **Čedalje kompleksnejše zdravstvene potrebe uporabnikov institucionalnega varstva zahtevajo prilagoditve, nove pristope in dodatna usposabljanja.** Slabša oskrbljenost oseb s potrebami po dolgotrajni oskrbi se lahko odrazi v večji obremenitvi drugih izvajalcev zdravstvenega varstva na vseh ravneh. MZ pripravlja več pilotnih projektov, ki so namenjeni tako krepitvi povezane zdravstvene obravnave pacientov v institucionalnem varstvu kot tudi novim pristopom v okviru dolgotrajne oskrbe v skupnosti. NIJZ je v sodelovanju z MZ leta 2022 začel izvajati štiriletni projekt *Integracija geriatrične oskrbe starejših* s sredstvi iz NOO.⁴⁵ S povečevanjem števila starejših se povečuje tudi število oseb z demenco, zato je Vlada Republike Slovenije v letu 2023 sprejela *Strategijo obvladovanja demence v Sloveniji do leta 2030*,⁴⁶ ki zahteva prilagoditve tudi na primarni ravni.

Povečujejo se potrebe po paliativni oskrbi. Večina pacientov potrebuje osnovno paliativno oskrbo, ki jo zagotavljajo zdravstveni delavci na primarni ravni. Obravnava je usmerjena ne le v lajšanje telesnih simptomov, temveč je velika pozornost namenjena tudi drugim potrebam pacienta in njegovih svojcev (psihološke, socialne, duhovne). Le nekateri pacienti potrebujejo bolnišnično obravnavo, še manj jih potrebuje specializirano paliativno oskrbo. Najpogostejše pomanjkljivosti paliativne oskrbe so nezadostna priprava pacienta na odpust iz bolnišnice, neustrezna in prepozna obravnava simptomov, nezadostna seznanitev pacienta s prognozo bolezni, pomanjkanje informacij o pacientu ter pomanjkljiva koordinacija med službami in izvajalci. V nastajanju so mobilni paliativni timi, ki s specializiranimi timi iz bolnišnic dopolnjujejo vlogo IOZ na primarni ravni. V paliativnem timu, ki je organiziran v pristojni bolnišnici, sodelujejo vse ravni zdravstvene dejavnosti. Njegova naloga je tudi konziliarno svetovanje IOZ in patronažni službi. Leta 2022 je MZ s sredstvi NOO začel projekt *Krepitev paliativnih mobilnih*

44 NIJZ (2023). Posodobitev obravnave mišično-skeletnih bolečin na primarni ravni (MiSk Bol). Dostopno na: <https://nijz.si/projekti/posodobitev-obravnave-misicno-skeletnih-bolecina-na-primarni-ravni-misk-bol/>

45 NIJZ (2022). Integracija geriatrične oskrbe starejših. Dostopno na: <https://nijz.si/projekti/integracija-geriatricne-oskrbe-starejsih/>

46 Ministrstvo za zdravje (2023). Dostopno na: *Strategija-obvladovanja-demence-v-Sloveniji-do-leta-2030.pdf* (gov.si)

timov. Temeljni cilj projekta je zagotoviti potrebno opremo (vozilo, prenosna medicinska oprema in zaščitna osebna oprema) in izobraževanje 14 mobilnih timov za potrebe izvajanja dejavnosti paliativne oskrbe. Zmogljivosti paliativnih timov so za zdaj še omejene, predvsem zaradi pomanjkanja interesa za tovrstno delo in pomoč in s tem povezanega pomanjkanja kadra.

AKTIVNOSTI ZA DOSEGO CILJA 2

2. 1 Širitev obstoječe mreže centrov za krepitev zdravja,
2. 2 uvajanje novih in prilagajanje obstoječih preventivnih zdravstvenih programov na podlagi znanstvenih dokazov o učinkovitosti,
2. 3 vzpostavitev protokola prehoda iz pediatrične obravnave k specialistu družinske medicine za mlade odrasle s kompleksnejšimi zdravstvenimi stanji,
2. 4 uskladitev preventivnih vsebin na področju varstva pri delu in preventivnega varstva odraslih ter krepitev zdravja na delovnem mestu,
2. 5 priprava predloga posebnega zakona, ki bo urejal enotni izvedenski organ, in drugi ukrepi za ohranjanje delazmožnosti,
2. 6 razvoj novih modelov in pristopov na področju rehabilitacije na primarni ravni,
2. 7 ukrepi za sistematično prepoznavanje starostne krhkosti,
2. 8 ukrepi za večjo odpornost sistema socialnega varstva in dolgotrajne oskrbe,
2. 9 vzpostavitev celovitega pristopa k obravnavi geriatričnih pacientov,
2. 10 ukrepi za krepitev paliativne oskrbe na primarni ravni.

Aktivnost 2. 1	Širitev obstoječe mreže centrov za krepitev zdravja
Opis aktivnosti	Multidisciplinarni CKZ oziroma ZVC s poudarkom na preventivnih storitvah in združevanju strokovnega znanja različnih poklicnih skupin zagotavljajo visokokakovostne celovite zdravstvene storitve z dokazanim vplivom na zdravstvene izide in pomembno prispevajo k zdravju prebivalstva. MZ bo v sodelovanju z NIJZ v skladu s predvidenim načrtom dopolnil mrežo CKZ, na podlagi izsledkov pilotnih projektov krepil njihovo delovanje in uvajal nove pristope. Zdaj je vzpostavljenih 42 CKZ, postopoma se bodo preoblikovali še drugi ZVC, skupno jih je načrtovanih 61.
Nosilec aktivnosti	NIJZ
Sodelujoči	MZ, izvajalci
Rok izvedbe	2031
Aktivnost 2. 2	Uvajanje novih in prilagajanje obstoječih preventivnih zdravstvenih programov na podlagi znanstvenih dokazov o učinkovitosti
Opis aktivnosti	Temeljni namen preventivnih zdravstvenih programov sta ohranjanje zdravja in zgodnje odkrivanje bolezni. S preusmeritvijo zgodnjega odkrivanja bolezni in spremljanja pacientov s kronično boleznijo na primarno raven, odmikamo nastanek kroničnih nenalezljivih bolezni in njihovih zapletov v poznejše življenjsko obdobje. MZ bo v sodelovanju z deležniki: • sprejel ukrepe za odpravo neenakosti pri dostopu do preventivnega zdravstvenega varstva, • vzpostavil skupnostni pristop v vseh zdravstvenih domovih s ciljem zmanjševanja neenakosti, • zagotovil izvajanje programa ZDAJ za preventivne zdravstvene preglede otrok in mladostnikov (vključno z enotno informacijsko podporo, zagotovljeno v okviru eKartona), • izvedel vrednotenje obravnav v CKZ oziroma ZVC ob podpori NIJZ in sredstev ESS v okviru projekta Preventivne aktivnosti v zdravstvu, • uvajal in vrednotil nove programe in storitve, usmerjene v preventivno

	obravnavo visoko ogroženih skupin prebivalstva, • izvedel projekt Ustavimo kronično ledvično bolezen ob podpori NIJZ in Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana, ki bosta projekt izvajala med letoma 2024 in 2028 in je namenjen razvoju interdisciplinarne, preventivne obravnave oseb s kronično ledvično boleznijo na primarni ravni ter razvoju povezane obravnave oseb s kronično ledvično boleznijo. • razvil, ovrednotil in izvajal nove intervencije sekundarne in terciarne preventive v CKZ oziroma ZVC, namenjene osebam po akutnem miokardnem infarktu in osebam s kronično obstruktivno pljučno boleznijo v okviru projekta Preventivne aktivnosti v zdravstvu, • sprejel nov pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, ki bo uskladił nove preventivne vsebine na področju patronažnega zdravstvenega varstva, • razvil preventivne programe na področju inkontinence, • podpiral nadaljnji razvoj in prilagoditev preventivnih vsebin na področju reproduktivnega zdravstvenega varstva, • v sodelovanju z Onkološkim inštitutom v Ljubljani sprejel ustrezne spremembe presejalne politike v državnem presejalnem programu ZORA, • zagotovil izvajanje presejanja in kratkega ukrepa za preprečevanje tveganega in škodljivega pitja v okviru ambulant družinske medicine, patronažnega varstva, ginekologije, medicine dela, prometa in športa, ter centra za duševno zdravje po modelu »SOPA« ali »Skupaj za odgovoren odnos do pitja alkohola«, • v okviru projekta »Stična točka« ob podpori sredstev ESS med letoma 2024 in 2028 vzpostavil pogoje in smernice za sistemsko izvajanje učinkovitih, znanstveno podprtih preventivnih dejavnosti v CPZOPD, • podprl raziskave, razvoj in nove programe na področju preventivnega zobozdravstvenega varstva, tako otrok, mladostnikov kot tudi odraslih, ter v zvezi s tem sprejel nov pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni.
Nosilec aktivnosti	MZ
Sodelujoči	NIJZ, Univerzitetni klinični center Ljubljana, izvajalci, Onkološki inštitut Ljubljana, ZZS, zbornica – zveza, RSK-ji, nevladne organizacije (v nadaljnjem besedilu: NVO) in druga zainteresirana strokovna javnost
Rok izvedbe	2028

Aktivnost 2. 3	Vzpostavitev protokola prehoda iz pediatrične obravnave k specialistu družinske medicine za mlade odrasle s kompleksnejšimi zdravstvenimi stanji
Opis aktivnosti	Postopek prehoda iz pediatrične obravnave k specialistu družinske medicine bi morali skrbno načrtovati, predvsem za vse mlade s kroničnimi boleznimi, invalidnostjo ali motnjo v razvoju v adolescentnem obdobju. Dejavniki, povezani z uspešnim prehodom, vključujejo stalnost in ohranjanje odnosov z znanimi zdravstvenimi delavci, zagotavljanje primernih informacij in vključenosti v obravnavo. MZ bo v sodelovanju z deležniki pripravil protokol za proces prehoda in zagotovil digitalizacijo dokumenta v okviru eKartona.
Nosilec aktivnosti	MZ
Sodelujoči	NIJZ, RSK za pediatrijo, izvajalci, ZZS, SZD: Sekcija za primarno pediatrijo, predstavniki pacientov
Rok izvedbe	2026
Aktivnost 2. 4	Uskladitev preventivnih vsebin na področju varstva pri delu in preventivnega varstva odraslih ter krepitev zdravja na delovnem mestu
Opis aktivnosti	Preventivna obravnava zavarovanih oseb se v praksi izvaja tako v sklopu pregledov DMS v ambulantah družinske medicine kot tudi na obdobjih preventivnih pregledih delavcev v sklopu medicine dela, zaradi česar nima dodane vrednosti niti dopolnjujočega učinka. V sklopu urejanja področja absentizma je potrebno hkratno urejanje vseh zakonov, ki neposredno ali posredno vplivajo na ureditev področja, med njimi je tudi ZVZD-1, ki je v pristojnosti ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (v nadaljnjem besedilu: MDDSZ). S ciljem racionalizacije tega področja bo v okviru eKartona zagotovljeno sporočanje strukturiranih rezultatov preventivnih pregledov, ki jih izvajajo ambulate družinske medicine, MZ pa bo sprejel nov Pravilnik o preventivnih zdravstvenih pregledih delavcev (Uradni list RS, št. 87/02, 29/03 – popr., 124/06 in 43/11– ZVZD-1).

Nosilec aktivnosti	MZ
Sodelujoči	MDDSZ, ZZZS, SZD: Združenje medicine dela, prometa in športa, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa, NIJZ, izvajalci
Rok izvedbe	2025

Aktivnost 2. 5

Priprava predloga posebnega zakona, ki bo urejal enotni izvedenski organ, in drugi ukrepi za ohranjanje delazmožnosti

Opis aktivnosti	Zdaj so izvedenski organi umeščeni v različnih ustanovah (Zavod za invalidsko in pokojninsko zavarovanje, ZZZS, Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo), delujejo ločeno in nepovezano, ni mogoče hkratno iskanje rešitev (hitrejše vračanje na delo, iskanje rehabilitacijskih potencialov, zagotavljanje pravic iz invalidskega zavarovanja). MZ bo pripravil predlog posebnega zakona o enotnem izvedenskem organu, ki bo poenotil merila za ocenjevanječasne in trajne nezmožnosti za delo, poudaril pomen enotne delovne dokumentacije, racionaliziral kadrovsko izkoriščenost in pospešil postopke. Potrebna je tudi ureditev dejavnosti medicinskega izvedenstva. MZ bo pripravil predlog spremembe ZZZVZZ in vzporedno sodeloval pri pripravi drugih ustreznih pravnih aktov, kjer bo absentizem celovito obravnavan s kombinacijo ukrepov, ki se nanašajo tudi na področja delovne in invalidske zakonodaje ter varnosti in zdravja pri delu.
Nosilec aktivnosti	MZ
Sodelujoči	MDDSZ, MSP, ZZZS, Zavod za invalidsko in pokojninsko zavarovanje, Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo, SZD: Združenje medicine dela, prometa in športa, Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje
Rok izvedbe	2025

Aktivnost 2. 6 Razvoj novih modelov in pristopov na področju rehabilitacije na primarni ravni	
Opis aktivnosti	Zgodnja rehabilitacija ima boljše izide zdravljenja z manj komplikacijami, krajšo ležalno dobo in boljšo kakovostjo življenja. MZ bo v sodelovanju z NIJZ omogočil razvoj novih modelov in pristopov rehabilitacije na primarni ravni z intenzivnejšim sodelovanjem s skupnostjo, sorodnimi nezdavstvenimi področji in horizontalno med deležniki na primarni ravni zdravstvenega varstva ter vertikalno med različnimi ravni zdravstvenega varstva. Na podlagi analiz uspešnosti izvedenih projektov bo možna sistemska umestitev projektnih vsebin.
Nosilec aktivnosti	NIJZ
Sodelujoči	MZ, MSP, URI Soča, izvajalci, NVO, RSK – ji
Rok izvedbe	2026
Aktivnost 2. 7 Sistematično prepoznavanje in obvladovanje starostne krhkosti	
Opis aktivnosti	Krhke starejše osebe so izpostavljeni povečanemu tveganju za padce, invalidnost, hospitalizacijo in smrt. MZ bo v sodelovanju z NIJZ s pomočjo sredstev ESS vzpostavil sistem, ki bo zagotavljal sistematično prepoznavanje in optimalno obravnavo krhkih starejših oseb (geriatrična ocena, presejalna orodja, usposabljanja, pripomočki za presejanje, preventivne in kurativne intervencije).
Nosilec aktivnosti	NIJZ
Sodelujoči	MZ, MSP, NVO, izvajalci, predstavniki lokalnih skupnosti
Rok izvedbe	2028

Aktivnost 2. 8	Ukrepi za večjo odpornost sistema socialnega varstva in dolgotrajne oskrbe
Opis aktivnosti	Dolgotrajna oskrba je nov steber socialne varnosti, ki omogoča dostopnost do primerljivih storitev dolgotrajne oskrbe tako na domu kot v instituciji. MZ bo v sodelovanju s področnimi ministrstvi in drugimi deležniki: • izvajal ukrepe za večje kompetence zdravstvenih delavcev, zaposlenih pri izvajalcih dolgotrajne oskrbe in izvajalcih institucionalnega varstva, za kakovostno, varno in v uporabnika usmerjeno opravljanje storitev, • omogočil vzpostavitev simulacijskega centra, ki bo omogočal pridobivanje kliničnih izkušenj v varnem okolju brez ogrožanja uporabnikov, • zagotovil sodelovanje zdravstvene stroke s civilno družbo in centri za socialno delo v okviru skupnostnega pristopa pri skrbi za vse, ki potrebujejo pomoč pri izvajanju osnovnih dnevnih aktivnosti in jim pripadajo storitve dolgotrajne oskrbe, • izvajal ukrepe za vzpostavitev verificiranega modela usposabljanja za delo v zdravstvu in dolgotrajni oskrbi z namenom vzpostavitve stabilnega in dostopnega zdravstvenega sistema ter kakovostnih zdravstvenih storitev, • preizkusil model priprave zdravil z uporabo informacijske tehnologije oziroma druge oblike centralizirane priprave zdravil z uporabo informacijske tehnologije.
Nosilec aktivnosti	MZ
Sodelujoči	MSP, centri za socialno delo, izvajalci, izobraževalne ustanove, NVO
Rok izvedbe	2028

Opis aktivnosti	Potrebe po geriatrični obravnavi se s staranjem prebivalstva povečujejo. MZ bo v sodelovanju z NIJZ: • sprejel ukrepe, ki bodo ob upoštevanju demografskih sprememb zagotavljali kakovostno geriatrično zdravstveno obravnavo, prispevali k podaljšanju zdravih let življenja in s tem k dolgoročni finančni vzdržnosti sistema, • pripravil smernice za optimizacijo systemskega pristopa k obravnavi starejših oseb ter zagotovil kompetenčni model in gradiva namenjena laični in strokovni javnosti.
Nosilec aktivnosti	NIJZ
Sodelujoči	MZ, MSP, izvajalci, socialni delavci, strokovnjaki s področja geriatrije (specialisti družinske medicine, patронаžne medicinske sestre, internisti in psihiatri z znanjem geriatrije ter drugi)
Rok izvedbe	2025

Opis aktivnosti	Paliativna oskrba je aktivna celostna obravnava pacienta z neozdravljivo boleznijo, vključno z zagotavljanjem psihosocialne podpore pacientu in njegovim svojcem. Paliativna oskrba je kljub leta 2010 sprejetemu državnemu programu paliativne oskrbe še vedno marsikje nepovezana, različno dostopna in nedorečena. MZ bo: • pripravil nov akcijski načrt za prihodnje triletnje (2024–2027), • zagotovil, da na vsaki vstopni točki na primarni ravni za pacienta, ki potrebuje paliativno oskrbo, obstaja načrt, kako zagotoviti paliativno podporo, kadar je ta potrebna, • zagotovil obvezne izobraževalne vsebine za specializante kliničnih smeri, tudi za specializante družinske medicine, • v sodelovanju s stroko dosegel, da bodo vsi zdravstveni delavci in sodelavci v prvih petih letih po nastopu dela opravili obvezno usposabljanje iz paliativne oskrbe, • vpeljal enega od modelov paliativne dejavnosti v vse strukture, ki bodo pacienta in njegove bližnje obravnavale v primeru urgentnih stanj.
Nosilec aktivnosti	MZ
Sodelujoči	MSP, SZD: Združenje zdravnikov družinske medicine, SZD: Združenje zdravnikov urgentne medicine, SZD: Slovensko združenje za paliativno oskrbo, SZD: Združenje za pediatrijo, pristojni RSK – ji, zbornica – zveza, ZZS, izvajalci, predstavniki pacientov
Rok izvedbe	2026

V skrbi za lastno zdravje in dobro počutje.

OPIS STANJA IN KLJUČNI IZZIVI

.....

SZO poudarja, da si ljudje želijo aktivnejšo vlogo pri načrtovanju zdravstvenih prednostnih nalog in izvajanju dejavnosti v skupnosti. Po drugi strani zaupanje v zdravstveni sistem, zdravstvene delavce in celo v zdravljenje ni več samoumevno. To pomeni večjo potrebo po ustreznem komuniciranju v zdravstvu, po vlaganjih v zdravstveno pismenost in splošno zdravstveno izobrazbo prebivalstva, kar vključuje znanja s področja zdravja in zdravstva in z vidika vpliva družbenih, gospodarskih, komercialnih in okoljskih vplivov na zdravje. Čedalje bolj aktualno je povezovanje zdravstvenih ciljev s podnebnimi cilji, saj se posledice podnebnih sprememb že odražajo na zdravju prebivalstva.

V okviru projekta ZaPIS, s katerim je MZ od leta 2019 do leta 2023 uvajal koncept zdravstvene pismenosti,⁴⁷ je potekala raziskava, ki je pokazala, **da je vsak drugi prebivalec Slovenije omejeno zdravstveno pismen.** Nizka stopnja zdravstvene pismenosti pogosto sovpada z revščino, nizko funkcionalno pismenostjo in socialno izključenostjo ter je povezana s tveganim vedenjem, slabimi zdravstvenimi odločitvami, slabšim zdravjem, manjšo možnostjo preživetja in višjimi stroški zdravstvenega varstva. Kljub prizadevanjem zdravstvenih izvajalcev, da bi na spletnih straneh in ob obisku pacienta v zdravstveni ustanovi ustrezno informirali in opolnomočili, posamezniku še vedno ni na voljo dovolj dostopnih, lahko razumljivih, a strokovnih informacij o preprečevanju bolezni, možnostih zdravljenja ter pravicah in dolžnostih pacienta. Po rezultatih raziskave prebivalci Slovenije pri iskanju informacij o zdravju pogosteje uporabljajo družbena omrežja, kakor verodostojne spletne strani vladnih institucij ali zdravstvenih organizacij.

Zdravstveno pismeni posamezniki lažje uveljavljajo svoje pravice glede zdravja, kar povečuje njihovo odgovornost za zdravje in zdravljenje. S tem prispevajo tudi k večji vzdržnosti in uspešnosti zdravstvenega sistema. **V zdravstveno pismenost je zato treba vlagati v vseh življenjskih obdobjih posameznika na več družbenih področjih.** Vsekakor tega ni mogoče prepustiti le zdravstvenim delavcem. V sodelovanju s šolskim področjem je v izobraževalnem procesu treba razviti gradiva, orodja in pristope, ki se bodo lahko uporabljali **na različnih stopnjah izobraževanja za ozaveščanje o skrbi za lastno zdravje** in o možnostih, ki jih ponuja zdravstveni sistem, predvsem njegova primarna raven.

⁴⁷ Ministrstvo za zdravje (2021). Projekt Dvig zdravstvene pismenosti v Sloveniji (ZaPiS). Dostopno na: <https://zdravstvena-pismenost.si/>

Posebno pozornost zahtevajo ranljivejši posamezniki in skupine. Pri vzpostavljanju CKZ oziroma ZVC se je izkazalo, da prav ti iz različnih razlogov ne obiskujejo preventivnih in drugih programov, čeprav so jim na voljo brezplačno.^{48 49} Ranljive skupine potrebujejo posebej prilagojene informacije o zdravju in zdravljenju ter posebne pristope h krepitvi zdravja, kar smo pri nadgradnji CKZ oziroma ZVC upoštevali. Vzpostavljen je bil t. i. skupnostni pristop z vključevanjem nevladnih organizacij. Gre **za socialno participacijo**, ki jo SZO opredeljuje kot **opolnomočenje posameznikov, skupnosti in civilne družbe za sodelovanje v procesih odločanja, ki vplivajo na zdravje**, in za izvajanje zdravstvenih programov na podlagi **skupnostnega pristopa**.⁵⁰ Socialna participacija omogoča temeljitejši vpogled v dejanske potrebe ciljnih skupin, zlasti ranljivih in pogosto skritih oziroma prezrtih skupin in posameznikov, ki bi jih brez sodelovanja civilne družbe težko dosegli.

V opolnomočenje in zagotavljanje zdravstvene pismenosti se lahko vključujejo – poleg izvajalcev zdravstvene dejavnosti, šolstva in civilne družbe – tudi zastopniki pacientovih pravic, javna zdravstvena zavarovalnica in predstavniki različnih družbenih podsistemov, kot so socialno varstvo, kultura, gospodarstvo in drugi. Da bi zagotovili skladnost tovrstnih aktivnosti ozaveščanja s strokovnimi usmeritvami, takšno sodelovanje zahteva ustrezna usposabljanja in spremljanje učinka. **Inovativen pristop je socialno predpisovanje**,⁵¹ ki vključuje socialno participacijo in prispeva k opolnomočenju posameznikov ter povezuje zdravstvo, druga področja in nevladne organizacije v skupnostni pristop. Primeri socialnega predpisovanja so: napotitve s strani IOZ ali drugega zdravstvenega delavca na tečaj vrtnarjenja, kuharski tečaj, vključitev v program telesne dejavnosti ali umetniškega udejstvovanja ter skupinsko učenje. S sodelovanjem v teh dejavnostih se posamezniku omogoči, da se vključi v delo in programe prostovoljnih organizacij, kar prispeva k socialni vključenosti in krepitvi telesnega in duševnega zdravja. Primer dobre prakse v tujini je poklic »povezovalnega delavca«, ki deluje kot vezni člen med ambulantno IOZ, lokalno skupnostjo in civilno družbo za boljše sodelovanje pri obravnavanju zdravstvenih in socialnih potreb.⁵²

Pomemben del opolnomočenja in zdravstvene pismenosti je odgovoren odnos posameznika in družbe do zdravja in zdravstva, ki zahteva ustrezno poznavanje pravic in odgovornosti. Med drugim se odraža tudi v pogostnosti obiskov pri zdravniku. Med državami članicami EU so velike razlike, kar deloma odraža raven ozaveščenosti in zdravstvene pismenosti. Povprečno število posvetovanj na prebivalca se je v letu 2021 gibalo med 2,3 in 11,0 (na Švedskem in v Grčiji manj kot 3,0; na Slovaškem, Madžarskem in v Nemčiji pa več kot 9 obiskov). Po podatkih Eurostata iz leta 2021 Slovenija s 5,9 obiska pri zdravniku na

48 NIJZ (2016). Ocena potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle: ključni izsledki kvalitativnih raziskav in stališča strokovnih delovnih skupin. Dostopno na: [ocena_potreb_odrasli.unlocked.pdf](#) (nijz.si)

49 NIJZ (2020). Neenakosti in ranljivosti v zdravju v Sloveniji. Dostopno na: [neenakosti_ranjivosti.pdf](#) (nijz.si)

50 SZO (2023). Social participation for universal health coverage: technical paper. Dostopno na: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240085923>

51 Morse DF, Sandhu S, Mulligan K, et al (2022). Global developments in social prescribing. *BMJ Global Health*;7:e008524. Dostopno na: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-008524>

52 NHS. Creating spaces for social prescribing. Dostopno na: <https://www.property.nhs.uk/about/social-responsibility/>

prebivalca spada v povprečje držav članic EU.⁵³ Po podatkih ZZZS se je povprečno število zabeleženih obiskov na zavarovano osebo, ki je obiskala IOZ v posameznem letu, povečalo s 7 v letu 2019 na 7,8 v letu 2021 in na 8 v letih 2022 in 2023. K temu je prispevalo tako povečanje števila administrativnih obiskov kot tudi števila obiskov na daljavo. **Da bi bolje opolnomočili paciente, smo vzpostavili spletni portal zVEM**, ki uporabnikom omogoča varen dostop do storitev eZdravja, vpogled v lastne zdravstvene podatke, seznanjanje s pravicami, obveznostmi in organiziranostjo zdravstvenega sistema. Za večjo uporabo portala bodo potrebne dodatne promocijske aktivnosti in nenehno seznanjanje javnosti z novimi vsebinami. Priložnost pomeni **protokolirano triažiranje s svetovanjem**, ki je ustrezno podprto s sodobno informacijsko-komunikacijsko tehnologijo (v nadaljnjem besedilu: IKT), na primer **po telefonu ali spletne platforme, kar lahko pomembno prispeva k opolnomočenju posameznikov** ter omogoča učinkovitejšo in bolj kakovostno zdravstveno obravnavo.^{54 55}

Povsod po svetu se zdravstvo spoprijema s poplavo **zavajajočih in neresničnih informacij**, ki se širijo po družbenih omrežjih in svetovnem spletu. To ustvarja dodatna pričakovanja pacientov in pomeni breme za zdravstvene delavce, ki pogosto nimajo časa in niso ustrezno usposobljeni, da bi pacientom prepričljivo in na njim razumljiv način odgovorili na vprašanja, ki jih vznemirjajo v zvezi z njihovim zdravjem, zdravljenjem in pridobljenimi informacijami. Posledice so lahko zelo resne, predvsem pa vnašajo nezaupanje v medicinsko stroko, zdravstvene delavce in institucije. **Konkreten primer je zmanjšanje precepljenosti v zadnjih letih**. V Sloveniji se je precepljenost predšolskih otrok, na primer proti davici, tetanusu, oslovskemu kašlju, otroški paralizi in okužbam s Hib in hepatitisu B, po pandemiji covida-19 zmanjšala s 95,2 odstotka v letu 2020 na 86,4 odstotka v letu 2021. Po zadnjih podatkih iz leta 2023 je znašala 89,3 odstotka. Zato se bolj kot v preteklosti širijo nalezljive bolezni. Po predhodnih podatkih NIJZ na dan 14. junij 2024 je bilo v letu 2024 potrjenih 1525 primerov oslovskega kašlja, medtem ko je v prejšnjem desetletju število le enkrat preseglo 200 primerov letno. **Nezaupanje v cepljenje**, opredeljeno kot odlog ali zavrnitev prejema cepiva, kljub njegovi dostopnosti in razpoložljivosti. Je zapleteno in odvisno od številnih okoliščin ter **ostaja ena od desetih največjih groženj svetovnemu zdravju**, ki je od pandemije covida-19 še

53 Eurostat (2021). Healthcare activities statistics – consultations. Dostopno na: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_activities_statistics_-_consultations

Gre za podatek Eurostata, kjer je metodologija zajema podatkov med državami članicami različna (ponekod so zajeti telefonski posveti, drugje ne), poleg tega se del podatkov nanaša na obdobje pred pandemijo covida-19.

54 Omaolo (2023). Assess your symptoms. Dostopno na: <https://www.omaolo.fi/https://www.omaolo.fi/palvelut/oirearviot>
Na Finskem je od leta 2019 v uporabi nacionalno spletno orodje »OMAOLO«, ki uporabnike algoritemsko vodi po 16 simptomih, na koncu pa ponudi nasvet, na primer samoukrepanje ali obisk zdravnika. Uporabnik lahko na varen način pošlje rezultat algoritma v ambulantno izbranega osebnega zdravnika, kjer ga lokalni zdravstveno informacijski sistem uvrsti v čakalno vrsto po stopnji nujnosti.

55 NHS (2023). Case study – Leeds Digital Telephony. Dostopno na: <https://www.england.nhs.uk/long-read/delivery-plan-for-recovering-access-to-primary-care-2/>

Zaradi velikega števila telefonskih klicev – eden od petih ljudi poroča, da ni prejel odgovora – so v Veliki Britaniji uvedli prenovno informacijsko-komunikacijske opreme, sistema telefonske triaže in spletnih orodij. Leta 2020 so uvedli spletno orodje »askmyGP«, kjer pacienti izpolnijo preprost spletni obrazec, ki opisuje njihovo težavo. Spletne zahteve se stekajo v enotni čakalni seznam skupaj s telefonskimi klici. Če pacient ne želi uporabljati spletnega orodja, sprejemna ekipa pacientu postavi vprašanja na spletnem obrazcu in jih izpolni zanje, tako da je storitev enaka ne glede na to, ali je stik prek spletnega orodja ali po telefonu.

večja.^{56 57} Povezovanje primarne ravni zdravstvenega varstva z javnim zdravjem je ključno za zagotavljanje verodostojnih informacij o cepljenju in za spodbujanje cepljenja v populaciji. Nujni sta skupna komunikacijska strategija in uporaba različnih orodij, od organizacije dogodkov, izvedbe oglaševalskih akcij na družbenih omrežjih do zaslonov v zdravstvenih zavodih, dela z novinarji ter priprave plakatov, zloženkov in drugih strokovnih gradiv. Cepljenje ne ščiti le cepljenih posameznikov, temveč z zmanjševanjem širjenja bolezni tudi vse druge. **Zapovečanje zaupanja javnosti v zdravstveni sistem in za doseganje precepljenosti v skupnosti so potrebne nove strategije in rešitve**, ki vključujejo tako uporabo sodobnih informacijskih tehnologij kot tudi sodelovanje različnih deležnikov, vključno s civilno družbo (socialna participacija).

AKTIVNOSTI ZA DOSEGO CILJA 3

3. 1 Sodelovanje primarnega zdravstvenega varstva pri nadgradnji izobraževalnih vsebin v šolah o skrbi za lastno zdravje in delovanju zdravstva,
3. 2 vključevanje primarnega zdravstvenega varstva v aktivnosti za večjo zdravstveno pismenost in odgovorno uporabo zdravstvenega sistema,
3. 3 sodelovanje s civilno družbo in lokalno skupnostjo za vključenost, ozaveščanje in podporo pacientom – umestitev socialne participacije, vključno s socialnim predpisovanjem, v sistem primarnega zdravstvenega varstva,
3. 4 promocija državnega spletnega portala zVEM in uvedba elektronskega obveščanja pacienta o poteku ali izdaji listin v okviru uveljavljenih pravic iz zdravstvenega varstva,
3. 5 izdelava in izvajanje protokola triaže s svetovanjem na primarni ravni,
3. 6 vzpostavitev digitalnega orodja za opolnomočenje prebivalcev,
3. 7 vzpostavitev nacionalnega odbora za cepljenje, ki vključuje civilno družbo.

⁵⁶ SZO (2019). Ten threats to global health in 2019. Dostopno na: <https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>

⁵⁷ Robinson, R., Nguyen, E., Wright, M.. et al (2022). Factors contributing to vaccine hesitancy and reduced vaccine confidence in rural underserved populations. *Humanit Soc Sci Commun* 9, 416. Dostopno na: <https://doi.org/10.1057/s41599-022-01439-3>

Aktivnost 3. 1	Sodelovanje primarnega zdravstvenega varstva pri nadgradnji izobraževalnih vsebin v šolah o skrbi za lastno zdravje in o delovanju zdravstva
Opis aktivnosti	V zdravstveno pismenost je treba neprestano vlagati v okviru celotnega procesa izobraževanja, primerno starosti in razvojni stopnji učencev. NIJZ bo v sodelovanju z MZ in drugimi področnimi organi v okviru izobraževalnega sistema: • razvijal učne metode in vsebine v zvezi z zgodnjim ozaveščanjem in obravnavanjem osnovnih vsebin o doseganju zdravstvenih in podnebnih ciljev ter o skrbi za lastno zdravje, • krepil slovensko mrežo zdravih šol.
Nosilec aktivnosti	NIJZ
Sodelujoči	MZ, ministrstvo za vzgojo in izobraževanje (v nadaljnjem besedilu: MVI), MOPE, izobraževalne ustanove
Rok izvedbe	2025
Aktivnost 3. 2	Vključevanje primarnega zdravstvenega varstva v aktivnosti za večjo zdravstveno pismenost in odgovorno uporabo zdravstvenega sistema
Opis aktivnosti	Zdravstvena pismenost je ključna za opolnomočenje in aktivno participacijo posameznikov pri skrbi za lastno zdravje. Obsega znanje in veščine, motivacijo in kompetence posameznikov za dostopanje do zdravstvenih informacij, njihovo razumevanje, presojo in uporabo za vsakodnevne odločitve, na primer, kdaj poiskati službo NMP. MZ bo: • spremljal organizacijsko zdravstveno pismenost na primarni ravni zdravstvenega varstva, pri čemer bo ocenil in preskusil »Mednarodno orodje za samoocenjevanje organizacijske zdravstvene pismenosti v storitvah primarnega zdravstvenega varstva (OHL-PHC)«,

	• na podlagi rezultatov pripravil priporočila in ukrepe za izboljšanje organizacijske zdravstvene pismenosti, • za večjo zdravstveno pismenost pripravil strategijo njenega razvoja.
Nosilec aktivnosti	MZ
Sodelujoči	NIJZ, izvajalci, NVO, strokovnjaki z različnih področij in predstavniki lokalnih skupnosti
Rok izvedbe	2026
Aktivnost 3. 3	Sodelovanje s civilno družbo in lokalno skupnostjo za vključenost, ozaveščanje in podpora pacientom za umestitev socialne participacije, vključno s socialnim predpisovanjem, v primarno zdravstveno varstvo
Opis aktivnosti	Socialna participacija na področju zdravja pomeni vključevanje civilne družbe v odločanje o zdravstvenih in z zdravjem povezanih politikah in ukrepih ter v dejavnosti, ki prispevajo k večji vključenosti posameznikov in populacijskih skupin, še posebej najranljivejših, v programe ozaveščanja, krepitve zdravja, zdravljenja in rehabilitacije. MZ bo: • podpiral skupnostne pristope, ki so del nadgradnje CKZ oziroma ZVC in vključujejo sodelovanje NVO ter drugih deležnikov na lokalni ravni, • podprl prizadevanja za uvedbo socialnega predpisovanja, na primer gibanje ali kultura na recept.
Nosilec aktivnosti	MZ
Sodelujoči	NIJZ, izvajalci, ministrstvo za kulturo (v nadaljnjem besedilu: MK), MVI, ministrstvo za visoko šolstvo, znanost in inovacije (v nadaljnjem besedilu: MVZI), ministrstvo za gospodarstvo, turizem in šport (v nadaljnjem besedilu: MGTŠ), Univerza v Ljubljani: Fakulteta za šport, izbrani kulturni ustvarjalci, lokalne skupnosti, športna društva, NVO
Rok izvedbe	2028

Aktivnost 3. 4	Promocija državnega spletnega portala zVEM in uvedba elektronskega obveščanja pacienta o poteku ali izdaji listin v okviru uveljavljenih pravic iz zdravstvenega varstva
Opis aktivnosti	Pacientom spletni portal zVEM omogoča dostop do njihovih podatkov iz Centralnega registra podatkov o pacientih, eNaročanja, eRecepta in informacij glede javnega zdravja, pregled dokumentov in naročil z navedbo datumov in možnost pregledovanja bolniških listov iz zbirk ZZZS. NIJZ bo s stalnim posodabljanjem zagotavljal vizualno in vsebinsko prijazno rešitev, ki bo portal približala sodobnim smernicam, ter v različnih medijih obveščal o posodobitvah in novih možnostih uporabe. V sodelovanju NIJZ z ZZZS se bodo vsebine, ki so zdaj na portalu moj ZZZS, v celoti prenesle na zVEM. Z omogočanjem oddaje pooblastil za uporabo portala v imenu druge osebe bo izkoriščanje prednosti uporabe digitalnih storitev omogočeno tudi digitalno manj spretnim pacientom. Za boljšo obveščenost pacientov bo omogočeno obveščanje uporabnikov mobilne aplikacije o novem izvidu, receptu, napotnici, naročilnici za medicinski pripomoček, o terminu naročila, bolniškem listu in strošku zdravstvene storitve z obvestili mobilne aplikacije na pametnih telefonih.
Nosilec aktivnosti	NIJZ
Sodelujoči	ZZZS, mediji, predstavniki pacientov
Rok izvedbe	2026

Aktivnost 3. 5	Izdelava in izvajanje protokola triaže s svetovanjem na primarni ravni
Opis aktivnosti	Sistem zdravstvenega varstva se spoprijema s čedalje večjim številom pacientov, ki imajo številne težave, od manjših do večjih bolezenskih stanj, poškodb in za življenje nevarnih stanj. Protokolirana telefonska triaža je orodje za oceno nujnosti zdravstvenega stanja, ki ga uporabljajo zdravstveni delavci za dosledno in učinkovito upravljanje pretoka pacientov, kjer povpraševanje presega zmogljivosti. MZ bo v okviru mehanizma tehničnega podpornega instrumenta pomoči Evropske komisije zaprosil za informacije o obstoječih dobrih praksah na področju telefonske triaže s svetovanjem. Na tej podlagi bo pripravil predlog protokola, ki bo upošteval slovenske danosti in bo podlaga za načrtovanje kadrovskih virov, izobraževanj in potreb po zagotovitvi ustrezne digitalne in tehnične podpore.
Nosilec aktivnosti	MZ
Sodelujoči	NIJZ, izvajalci
Rok izvedbe	2027

Aktivnost 3. 6	Vzpostavitev digitalnega orodja za opolnomočenje prebivalcev
Opis aktivnosti Nosilec aktivnosti Sodelujoči Rok izvedbe	Raziskave kažejo, da lahko nekritična uporaba nepreverjenih spletnih brskalnikov in pomanjkanje zanesljivih navodil privedeta do neustrezne uporabe zdravstvenega varstva. Uporaba preverjene spletne aplikacije pomaga pacientom s preverjanjem simptomov bolezni, navodili za samopomoč in ukrepanjem. Je zanesljiv vir informacij 24 ur dnevno vsak dan v tednu. MZ bo prek instrumenta tehnične pomoči pridobil informacije o obstoječih dobrih praksah v EU na področju digitalnih orodij za preverjanje simptomov in samopomoč ter zagotavljal spletno podporo uporabnikom, izbral najustreznejši medicinski pripomoček in omogočil njegovo uvedbo v naš prostor. Ključno pri uvedbi je usklajenost vsebine in končnih rezultatov z orodjem za protokolirano triažo s svetovanjem. MZ NIJZ, izvajalci 2026
Aktivnost 3. 7	Vzpostavitev nacionalnega odbora za cepljenje
Opis aktivnosti Nosilec aktivnosti Sodelujoči Rok izvedbe	Cepljenje je enostaven, varen in učinkovit ukrep za zaščito pred nekaterimi nalezljivimi boleznimi. Pomembno je, da se za cepljenje odločamo na podlagi dejstev in da smo o njem dobro ozaveščeni. MZ bo pripravil predlog spremembe ZNB, ki bo po zgledu evropskih držav določil podlage za ustanovitev in delovanje nacionalnega odbora za cepljenje, ki bo sestavljen multidisciplinarno in vključujoče. Njegova ključna naloga bo povečanje zaupanja v cepljenje. MZ NIJZ, ZZZS, strokovnjaki z izkušnjami na področju cepljenja, komunikologi, NVO 2025

Na vseh ravneh zdravstvenega varstva, vključno s socialnim varstvom, šolstvom, dolgotrajno oskrbo, deležniki v lokalnem okolju in civilno družbo.

OPIS STANJA IN KLJUČNI IZZIVI

.....

Prednost integriranega pristopa k načrtovanju zdravstvene dejavnosti na primarni ravni je, da se obravnava osredotoča na ključne vzroke slabega zdravja, kar vodi v trajno izboljšanje zdravstvenih rezultatov.⁵⁸ Poleg tega vključevanje skupnosti pri načrtovanju zdravstvenih storitev omogoča prožnejše odzivanje na potrebe. Značilnost zdravstvene dejavnosti na primarni ravni je interdisciplinarno in timsko sodelovanje različnih strokovnjakov.

Tradicionalna vloga zdravnika kot prve kontaktne osebe se v zdravstvenem sistemu premika z ravni »strokovnjak posameznik« na raven »strokovni tim«.⁵⁹ **Poleg strokovnih timov IOZ so zlasti pomembni multidisciplinarni timi, ki so usmerjeni v skupnost.** Primer multidisciplinarnih timov v zdravstvenih domovih v Sloveniji so centri za krepitev zdravja oziroma zdravstvenovzgojni centri (v nadaljnjem besedilu: CKZ oziroma ZVC), centri za duševno zdravje otrok in mladostnikov (v nadaljnjem besedilu: CDZOM), centri za duševno zdravje odraslih (v nadaljnjem besedilu: CDZO), centri za zgodnjo obravnavo (v nadaljnjem besedilu: CZO) ter centri za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (v nadaljnjem besedilu: CPZOPD). Podobne multidisciplinarne organizacijske enote v zadnjem desetletju vzpostavljajo tudi v državah, kjer so imeli prej le zasebne prakse z manjšimi strokovnimi timi IOZ.⁶⁰

Krepitev timskega dela je ključna za integrirano obravnavo pacientov. V središču so zdravstvene potrebe pacienta, ki jih v okviru svojih kompetenc, usklajeno obravnavajo različni strokovnjaki oziroma poklicne skupine zdravstvenih delavcev. Reorganizacija primarne ravni za spodbujanje timskega dela in uvajanja novih poklicnih skupin poteka v številnih državah po svetu. Nekatere naloge se prenašajo od zdravnika k drugim zdravstvenim sodelavcem in od slednjih na druge zaposlene v zdravstvu, na primer na administrativno osebje ali nove

58 Baum, F., Freeman, T., Lawless, A., et al (2017). What is the difference between comprehensive and selective primary health care? Evidence from a five-year longitudinal realist case study in South Australia. *BMJ Open*. 28;7(4). Dostopno na: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015271/>

59 Lemire, F. (2017). First contact: what does it mean for family practice in 2017? *Can Fam Phys*. 63:256. Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5349732/>

60 Rojatz, D., Nowak, P., Christ, R. (2018). The Austrian health care reform: an opportunity to implement health promotion into primary health care units. *Public health panorama*; volume 4; issue 4; 491–735. Dostopno na: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/324863/php-4-4-627-631-eng.pdf>

Avstrija je leta 2013 vzpostavila več multidisciplinarnih enot primarne ravni zdravstvenega varstva – zdravstvenih domov, ki delujejo kot prva vstopna točka v zdravstveni sistem, omogočajo daljši ordinacijski čas ter prevzemajo osrednjo in usklajevalno vlogo.

poklicne skupine.⁶¹ Medicinske sestre,⁶² farmacevti⁶³ ter drugi zdravstveni delavci in sodelavci prevzemajo nove naloge, na primer predpisovanje zdravil in medicinskih pripomočkov. Z novimi pristopi je postalo pomembno usklajeno delovanje vseh nosilcev dejavnosti, tudi zasebnih izvajalcev, ki so v javno službo vključeni na podlagi podeljene koncesije.

Uvajanje »referenčnih ambulant družinske medicine« po letu 2011 pomeni organizacijsko in vsebinsko nadgradnjo dela v ambulanti družinske medicine, saj se je timu za polovico delovnega časa pridružila DMS. Dodana vrednost referenčnih ambulant so celovita in timska obravnava pacienta, izvajanje preventivne dejavnosti, opolnomočenje in zdravstvena vzgoja pacienta ter vodenje pacientov z izbranimi kroničnimi boleznimi.⁶⁴ DMS deluje kot vezni člen med timom specialista družinske medicine in CKZ oziroma ZVC, kamor so pacienti napoteni na različne zdravstvenovzgojne delavnice. Sistem z DMS razširjenih ambulant družinske medicine je prepoznan kot dobra praksa, vendar tudi na tem področju obstaja veliko možnosti za nadaljnji razvoj, predvsem s širitvijo kompetenc DMS. Po vzoru drugih evropskih držav bi z razvojem dodatnih usposabljanj DMS za samostojno obravnavo določenih pacientov⁶⁵ lahko **okrepili timsko obravnavo pacientov v ambulanti družinske medicine in hkrati zmanjšali pomanjkanje specialistov družinske medicine.**

Za boljše obvladovanje neželenih učinkov medsebojnega delovanja zdravil zlasti velikega števila zdravil smo v Sloveniji med letoma 2012 in 2015 pilotno začeli izvajati program farmacevtskega svetovanja, ki je namenjen predvsem pacientom, ki jemljejo več zdravil hkrati.⁶⁶ Farmacevti svetovalci so leta 2017 postali del ambulant IOZ. Konec leta 2023 je 80 odstotkov zdravstvenih domov izvajalo storitve farmacevta svetovalca. MZ bo sofinanciral

61 L'Assurance Maladie (2023). L'aide à l'emploi d'assistants médicaux dans les cabinets libéraux. Dostopno na: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-financieres/aide-emploi-assistants-medicaux>
V letu 2019 je bilo vzpostavljeno novo delovno mesto »medicinski asistent«, ki je prevzel nekatere tehnične in praktične naloge zdravnika, na primer sprejemanje pacienta, pomoč pri izvajanju telemedicine, pomoč pri oblačenju, merjenje krvnega tlaka, tehtanje, posodabljanje pacientove dokumentacije, zbiranje informacij o življenjskem slogu, izvedba nekaterih enostavnejših testov, organizacijske in usklajevalne naloge. »Medicinski asistent« ne nadomešča zdravstvenih delavcev, opraviti mora dodatno usposabljanje.

62 Luan, L., Fournier, C. (2023). Infirmière en pratique avancée (IPA) en soins primaires : la construction difficile d'une profession à l'exercice fragile. Avec la collaboration d'Afrite A. (Irdes). Questions d'économie de la santé n° 277 – Avril 2023. Dostopno na: <https://www.irdes.fr/recherche/2023/qes-277-infirmiere-en-pratique-avancee-ipa-en-soins-primaires.html>

Leta 2018 so v začeli izvajati dodatno dveletno podiplomsko izobraževanje DMS, po katerem postanejo »napredne medicinske sestre« (fr. »Infirmière en pratique avancée«). Zagotavljajo podporo IOZ, in sicer pri obravnavi kroničnih in multimorbidnih pacientov. Tiste, ki delajo v skupinskih praksah zdravnikov, lahko sprejemajo paciente brez napotitve zdravnika, opravljajo določene medicinske postopke ter predpisujejo nekatera zdravila in medicinske pripomočke.

63 Graham-Clarke, E., Rushton, A., Noblet, T., Marriott, J. (2019). Non-medical prescribing in the United Kingdom National Health Service: A systematic policy review. PLoS One. Dostopno na: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214630>

64 Klemenc-Ketiš, Z., Benkovič, R., Poplas-Susič, A. (2019). A Slovenian Model of Comprehensive Care for Patients with Difficulties Accessing Healthcare: A Step Towards Health Equity. Journal of Community Health Nursing. 36. 139–146. Dostopno na: <https://doi.org/10.1080/07370016.2019.1630996>

65 Maier, C.B. (2019). Nurse prescribing of medicines in 13 European countries. Hum Resour Health 17, 95. Dostopno na: <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0429-6>

V Estoniji od leta 2022 DMS obravnavajo kronične paciente in zagotavljajo pediatrično obravnavo. Če opravijo določena dodatna usposabljanja, lahko predpisujejo nekatera zdravila (na primer hormonske kontracepcijske tablete, kronično terapijo za arterijsko hipertenzijo in sladkorno bolezen) in izdajajo potrdila o bolniškem staležu. DMS na Finskem od leta 2010 lahko predpisujejo nekatera zdravila z nacionalnega seznama, obravnavajo manjša akutna (na primer nezapletene okužbe sečil) in kronična stanja (na primer obnavljanje receptov za paciente s sladkorno boleznijo, astmo). Pomemben del njihovega dela je svetovanje pacientom pri postavljanju ciljev zdravljenja in vzdrževanju zdravega načina življenja. Pomembno vlogo imajo pri izvajanju reproduktivnega zdravstvenega varstva, lahko predpisujejo recepte za oralno kontracepcijo.

66 Stuhec, M. (2021). Clinical pharmacist consultant in primary care settings in Slovenia focused on elderly patients on polypharmacy: successful national program from development to reimbursement. Int J Clin Pharm. 43(6):1722–1727. Dostopno na: <https://doi.org/10.1007/s11096-021-01306-2>

pilotni projekt, ki bo **raziskal možnost predpisovanja nekaterih zdravil s strani kliničnega farmacevta v timu družinske medicine, ugotavljal koristi in težave ter potrebne sistemske spremembe**. Tovrstno sodelovanje posredno razbremenjuje zdravnike in druge zdravstvene delavce, hkrati pa povečuje dostopnost, varnost in kakovost storitev v zdravstvu. Klinični farmacevti lahko izboljšajo kakovost predpisovanja zdravil (tudi v boju proti antimikrobni rezistenci), sodelujejo pri posodobitvi kliničnih poti in imajo veliko vlogo pri opolnomočenju pacientov.⁶⁷ Izkušnje iz tujine kažejo, da ima zaradi timske obravnave in vključevanja novih sodelavcev IOZ lahko opredeljenih bistveno več pacientov.⁶⁸ **Timska obravnava in deljenje kompetenc sta ukrepa za zagotavljanje zadostnega števila in strukture zdravstvenih delavcev.**⁶⁹

Delovanje zdravstvenih timov na primarni ravni se širi v lokalno skupnost, šole, delovne organizacije in domove ljudi, kjer **zdravstveni tim sodeluje s službami socialnega varstva, šolstvom, predstavniki pacientov, nevladnih organizacij, laičnimi osebami⁷⁰ in družinskimi člani**. K boljšim rezultatom pripomorejo opolnomočeni pacienti in bolje usposobljeni izvajalci neformalne obravnave. Člani tima skupaj z vsemi naštetimi zagotavljajo celostni pristop k obravnavi posameznikovih zdravstvenih in drugih potreb. Poleg zdravstvenega stanja pacienta obravnavajo tudi njegovo duševno in socialno stanje, okoliščine v domačem okolju, zmožnost za samostojno življenje ter zdravstveno ozaveščenost in pismenost. Sprememba okoliščin lahko povzroči, da pacient nima dostopa do zdravstvene ustanove ali pa je dostop otežen. Zato je pogosto ključno, da se določene aktivnosti skrbi za lastno zdravje izvedejo na pacientovem domu ob podpori neformalnega oskrbovalca, ki pacientu v skladu z navodili zdravstvenih delavcev nudijo laično pomoč in zmanjšujejo možnost zapletov pri bolezni, hospitalizacij in obiskov urgentnih centrov.

Posebno mesto v skupnosti ima patronažno zdravstveno varstvo, ki se izvaja na pacientovem bivališču. Koncept dela temelji na geografsko opredeljenem območju z družinsko obravnavo pacientov v vseh življenjskih obdobjih od spočetja do smrti.⁷¹ Patronažno zdravstveno varstvo je tisti del primarnega zdravstvenega varstva, ki pri posamezniku, družini in lokalni skupnosti najprej prepozna spremembe ter se nanj lahko hitro in učinkovito odzove, upoštevajoč kulturni kontekst, v katerem živi družina, ter odnose med njenimi člani. DMS v patronažnem varstvu so pri načrtovanju dela samostojne, pri izvajanju diagnostično-terapevtskega programa, ki se izvaja v okviru zdravstvene nege na domu, na primer obravnava kroničnih pacientov in

67 Royal Pharmaceutical Society of Great Britain (2022). Pharmacist Independent Prescribers. Dosegljivo na: <https://www.rpharms.com/recognition/all-our-campaigns/policy-a-z/pharmacist-independent-prescribers>

68 Alharthi, M., Scott, S., Alldred, D.P., et al (2022). Pharmacist-independent prescriber deprescribing in uk care homes: contextual factors associated with increased activity. British Journal of Clinical Pharmacology, 89(4), 1509-1513. <https://doi.org/10.1111/bcp.15643>

69 Vlada Velike Britanije (2023). Pharmacy First contractual framework: 2023 to 2025. Dostopno na: <https://www.gov.uk/government/publications/pharmacy-first-contractual-framework-2023-to-2025>

V Veliki Britaniji pridobitev kompetenc omogoča farmacevtom s statusom neodvisnega predpisovalca zdravil, da lahko predpisujejo zdravila, vključno s protivirusnimi zdravili in antibiotiki za nekatera zdravstvena stanja (na primer gnojno angino in nezapleteno okužbo sečil) ter za predpisovanje peroralne kontracepcije. S farmacevtom se je mogoče posvetovati tudi o krvnem tlaku.

70 Virtič, T., Mihevc, M., Zavrnik, Č., et al (2023). Peer support as part of scaling-up integrated care in patients with type 2 diabetes and arterial hypertension at the primary healthcare level: A study protocol. Zdr Varst;62(2):93-100. Dostopno na: <https://doi.org/10.2478/sjph-2023-0013>

71 NIJZ (2016). Patronažno varstvo. Dostopno na: <https://nijz.si/zivljenjski-slog/patronazno-varstvo/>

starejših oseb v lokalni skupnosti, pa sodelujejo z zdravniki specialisti. Dostopnost prebivalcev do patronažnih storitev zdravstvenega varstva po Sloveniji se stalno izboljšuje, vendar so še vedno možnosti za izboljšave, na primer **glede poenotenega obveščanja patronažne službe o rojstvih otrok**. Prav neenakosti v zdravju in kompleksne težave patronažnih obravnav zahtevajo sistematični razvoj, enotno koordinacijo in vodenje, poenotenje pristopov, spremljanje in evalvacijo programa patronažnega zdravstvenega varstva.

Pomemben del dejavnosti pediatrije je namenjen zgodnji obravnavi otrok s posebnimi potrebami in otrok z dejavniki tveganja. Gre za otroke in njihove družine, ki zaradi odstopanja v razvoju potrebujejo posebno skrb. Storitve zgodnje obravnave se izvajajo **v mreži razvojnih ambulant s CZO, ki otrokom z motnjami v razvoju z multidisciplinarnim timskim pristopom omogočajo celostno obravnavo**. Poleg te obstaja v Sloveniji posebna oblika zdravstvenega varstva otrokin mladostnikov z gibalno oviranostjo ali različnimi dolgotrajnimi obolenji v vzgojno-izobraževalnih in socialno-varstvenih zavodih, ki izvajajo programe vzgoje in izobraževanja. V omenjeno skupino zavodov spadajo prilagojeni oddelki v vrtcih (razvojni oddelki), osnovne šole s prilagojenim programom, osnovne šole, ki izvajajo prilagojene programe za otroke s posebnimi potrebami, zavodi med katere spadata centri za izobraževanje, rehabilitacijo in usposabljanje, centri za usposabljanje, delo in varstvo, zavodih za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s posebnimi potrebami, centri za sluh in govor ter specializiran zavod za slepe in slabovidne. Cilj je usklajeno delovanje različnih zdravstvenih strokovnjakov z zgodnjo intervencijo, ki se postopoma s starostjo otroka ali mladostnika zmanjšuje. Odrasel posameznik lahko z ustrezno pomočjo, ob pravem času, kljub oviranosti postane aktiven državljan, ki se vključuje tudi na trg dela ali samostojno zaživi.

V Sloveniji že nekaj časa, predvsem pa med pandemijo covid-19 in po njej, ugotavljamo povečanje potreb po dostopnosti do storitev in programov za zagotavljanje duševnega zdravja. Zakon o duševnem zdravju (Uradni list RS, št. 77/08, 46/15 – odl. US, 44/19 – odl. US, 109/23 in 136/23 – ZIUZDS; v nadaljnjem besedilu: ZDZdr) je določil, da naj država sprejme državni program varovanja duševnega zdravja. Sprejeta je bila Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (v nadaljnjem besedilu: ReNPDZ18–28), ki podrobneje opredeljuje strateške cilje in pomeni ključno podlago za ukrepanje na področju duševnega zdravja. Pomembno dopolnitev celostne obravnave oseb s težavami v duševnem zdravju na primarni ravni so **centri za duševno zdravje s svojimi mobilnimi in multidisciplinarnimi timi**. Ti ugotavljajo potrebe po storitvah za podporo pacientom s težavami v duševnem zdravju na podlagi preventivnega ukrepanja, skupnostnega pristopa in deinstitutionalizacije ter prispevajo k zmanjšanju števila hospitalizacij. Gre za pozitivni trend, ki ima podporo SZO in EU. CDZO in CDZOM omogočajo takojšnji dostop brez napotitve in brez doplačil. V obravnavo se vključujejo strokovni delavci različnih strok (DMS, zdravstveni administrativni delavci, psihiatri, (klinični) psihologi, logopedi, delovni terapevti, nevrofizioterapevti, specialni pedagogi, socialni delavci) enakopravno v skladu s svojimi kompetencami. V CDZO je imela možnost obravnave v skupnosti pomembno vlogo v času pandemije in ob naravnih nesrečah. V skupnostni obravnavi osebe z demenco obsegajo polovico vseh vključenih uporabnikov. Več kot polovica uporabnikov potrebuje socialne ukrepe, zdravstveno vzgojo, svetovanje

in podporo pri jemanju zdravil ter delovne terapijske storitve. V ambulantni obravnavi več kot polovica uporabnikov potrebuje predvsem psihološko obravnavo. Za nadaljnji razvoj na tem področju je potrebna ustrezno pravna ureditev, ki bo omogočala boljši dostop do kakovostnih psihoterapevtskih storitev v okviru javne zdravstvene službe in zunaj nje. Priložnost za izboljšave se kaže na ravni sodelovanja med psihiatričnimi bolnišnicami in CDZO pri zagotavljanju neprekinjene in specializirane obravnave odraslih s težavami v duševnem zdravju. Mreža vzpostavljenih CDZOM za zdaj še ne omogoča takojšnje obravnave vsakemu otroku in mladostniku, prav tako še nima vzpostavljene mobilne službe za obravnave na domu.

Uporabnike prepovedanih drog in druge odvisnike obravnavajo v organizirani mreži specializiranih CPZOPD, ki so umeščeni v zdravstvenih domovih ter nudijo individualno, skupinsko in družinsko terapijo ter pomoč pri rehabilitaciji in vključevanju zdravljenih odvisnikov v družbo. Hkrati zagotavljajo povezavo z zdravstveno in socialno službo, patronažno službo, terapevtskimi skupinami in skupinami za samopomoč. **Težnje pri umeščanju in nadaljnjem razvoju CPZOPD so decentralizacija, večja dostopnost teh programov in njihova vsebinska nadgradnja za celovito okrevanje.** Pri tem je ključno sodelovanje z nevladnimi organizacijami, ki izvajajo na dokazih temelječe preventivne programe, ki krepijo veščine starševstva in učiteljev, otrokove socialne in čustvene kompetence.⁷² Akcijski načrt na področju drog za leti 2024 in 2025 upošteva smernice Resolucije o nacionalnem programu na področju prepovedanih drog 2023–2030 (ReNPPD23–30). V letu 2024 se začne pilotni projekt *Krepitev storitev v centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog*, ki omogoča horizontalno povezovanje vseh deležnikov in povezovanje obstoječih programov na področju prepovedanih drog.

Kot ugotavlja ReNPZV16–25, horizontalna in vertikalna povezanost obravnave v zdravstvu v Sloveniji še nista ustrezno zagotovljeni. **Za doseg celovite, usklajene in v pacienta usmerjene obravnave je treba na horizontalni ravni okrepiti sodelovanje med različnimi službami** (multidisciplinarni timi, timi IOZ in patronažno zdravstveno varstvo), **na vertikalni ravni pa med različnimi ravnmi zdravstvenega varstva.** Pomena medsebojnega sodelovanja se morajo zavedati vsi vpleteni ter vzpostaviti dosledno komuniciranje glede načrtovanja zdravljenja, na primer po odpustu pacienta iz bolnišnice in ob prehodu v druge oblike obravnave. Intervencijska študija, narejena leta 2013 na Kliničnem oddelku za pljučne bolezni Golnik, je pokazala, da sodelovanje koordinatorja odpusta zmanjšuje število ponovnih hospitalizacij. Primer nove, od leta 2023 uvedene dodatne zdravstvene storitve, je »brežšivna skrb«, ⁷³ na podlagi katere pacienti prejmejo farmacevtsko obravnavo in neprekinjeno oskrbo z zdravili, ko prehajajo med različnimi ravnmi zdravstvenega varstva. Vključuje pregled uporabe zdravil, kontrolni pregled in posodobitev osebne kartice zdravil. V pomoč pri integrirani obravnavi

⁷² Ministrstvo za zdravje, Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (2024). Duševno zdravje za vsakega otroka. Dostopno na: <https://neverjetna-leta.si/>

⁷³ Lekarniška zbornica Slovenije (2023). Z brežšivno skrbjo do bolj varnega zdravljenja z zdravili. Dostopno na: <https://www.lzs.si/z-brezshivno-skrbjo-do-bolj-varnega-zdravljenja-z-zdravili/>

je lahko telemedicina.^{74,75} Projekt skupnega ukrepanja EU na področju bolezni srca in ožilja ter sladkorne bolezni, imenovan „JACARDI“, v katerem sodeluje tudi Slovenija, je namenjen poenotenju vsebin zdravstvene vzgoje na vseh ravneh zdravstvenega varstva in boljšemu povezovanju različnih ravni zdravstvenega varstva, od zdravstvene vzgoje v okviru programa ambulantne kardiološke rehabilitacije do preventive pod okriljem ambulant družinske medicine in centrov za krepitev zdravja. Velik del celotne populacije, zlasti starejših od 65 let, potrebuje zdravstveno obravnavo zaradi kroničnih ran, inkontinence in stome. Za zagotovitev integriranega delovanja vseh ravni zdravstvenega varstva MZ pripravlja strategijo za razvoj tega področja.

V analizi slovenskega primarnega zdravstvenega varstva je SZO izpostavila »pomanjkljivo komunikacijo med primarno in sekundarno ter terciarno ravno in pomen enotne informacijske podpore, ki omogoča vpogled v vse razpoložljive zdravstvene podatke«. Komuniciranje med primarno in sekundarno ter terciarno ravno večinoma poteka na podlagi napotnic. Diagnostične teste je pogosto treba ponavljati, kar za pacienta in zdravstveni sistem pomeni dodatne obremenitve in nepotrebno porabo virov. Večina odpustnih dokumentov ponuja le omejene informacije o opravljeni obravnavi, laboratorijskih preiskavah, nadaljnjem zdravljenju in zdravilih. Nepopolni vnos dokumentov v centralno elektronsko zbirko, centralni register podatkov o pacientu (v nadaljnjem besedilu: CRPP), pomeni oviro pri dostopu do potrebnih informacij s strani različnih izvajalcev.

Elektronski posvet je bil poskusno uveden v gorenjski regiji leta 2017. MZ in ZZZS sta pilotni projekt prepoznala kot primer dobre prakse, zaradi česar se je storitev ePosvet v sprejetem splošnem dogovoru za leto 2018 razširila na območje celotne Slovenije. **Vendar zaradi slabe usklajenosti informacijskih sistemov storitev ePosveta uporabljajo le redki, čeprav je tovrstno komuniciranje med zdravnikom na primarni ravni in med kliničnim specialistom zelo učinkovit način za zmanjševanje števila napotitev na sekundarno in terciarno raven.**⁷⁶ Izjema na tem področju so nekatere dobre prakse, na primer v tirologiji,⁷⁷ kjer so elektronski

74 OECD (2023). Integrating Care to Prevent and Manage Chronic Diseases. Dostopno na: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/integrating-care-to-prevent-and-manage-chronic-diseases_9acc1b1d-en/

Danska je digitalizacijo izkoristila za podporo bolj povezani obravnavi pacientov in boljši koordinaciji med ravnmi. Poznajo več digitalnih orodij za različna kronična stanja, kot so TeleKOPB, Telepsihiatrija in aplikacije za virtualno rehabilitacijo, podporo starejšim, pacientom s sladkorno boleznijo in srčnim popuščanjem.

75 SZO (2022). Access to rural services by strengthening primary care with digital tools in remote areas of Sweden. Dostopno na: https://cdn.who.int/media/docs/librariesprovider2/country-sites/sweden_phc_cv_web.pdf?sfvrsn=db2d0863_1&download=true/

Švedska v telemedicini vidi priložnost za izboljšanje dostopnosti zdravstvene obravnave na odročnih območjih, oddaljenih tudi do 350 km, in omogoča virtualne posvete z različnimi specialisti, vključno z družinskim zdravnikom. Posveti potekajo med zdravstvenimi delavci različnih ravni, in sicer v različnih smereh, kar prispeva k celoviti, napredni in multidisciplinarni obravnavi ter pospešuje izmenjavo znanja.

76 SZO (2022). Estonia: health system summary. Dostopno na: <https://eurohealthobservatory.who.int/countries/estonia/> V Estoniji so za večjo dostopnost specialistične obravnave (še posebej za paciente z odročnih delov države) uvedli e-posvete. V ta namen so določili, katere podatke si v e-posvetu smejo izmenjati družinski zdravniki in drugi specialisti. Zagotovili so jasne smernice o informacijah in podatkih preiskav, ki jih ob posvetu posamezni specialist potrebuje, in kdaj je e-posvet smiseln. V letu 2022 so na opisan način z 31 specialisti različnih specialnosti izvedli 61.450 e-posvetov, kar je sicer še vedno zelo majhen delež glede na število »klasičnih« napotitev pri specialistih, ki jih je bilo 2,4 milijona. V nekaterih regijah, bolnišnicah in določenih specialnostih (na primer hematologiji) sprejemajo samo še e-posvete, ne pa tudi »klasičnih« napotnic.

77 Po podatkih NIJZ je bilo v letu 2023 izvedenih 10.227 e-posvetov na področju tirologije, kar je 76 % vseh 13395 e-posvetov. Razmerje med e-posveti in »klasičnimi« napotitvami je bilo v letu 2023 0,3 odstotka (opravljenih je bilo 4.738.208 e-posvetov).

posveti učinkovito zmanjšali čakalne vrste na sekundarni ravni. Učinkovita strokovna podpora je mogoča z interdisciplinarnimi elektronskimi konziliji. Ustrezna informacijska podpora za izmenjavo podatkov prispeva k manj nepotrebnih storitev, prihranku pacientovega časa ter zmanjšanju nesorazmernega in nepotrebne administrativnega dela na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti.

AKTIVNOSTI ZA DOSEGO CILJA 4

4. 1 Uvajanje novih pristopov s spremenjeno sestavo zdravstvenih timov in krepitev kompetenc zdravstvenih delavcev,
4. 2 izobraževanje laičnih oseb, ki nudijo podporo drugim pacientom v skupnosti,
4. 3 vzpostavitev celostne mreže centrov za zgodnjo obravnavo otrok ter drugi ukrepi za integrirano zdravstveno obravnavo otrok in mladostnikov s kompleksnimi motnjami,
4. 4 vključitev terenske mreže patronažnega zdravstvenega varstva v centralni register podatkov o pacientu in v državni spletni portal,
4. 5 vzpostavitev celostne mreže centrov za duševno zdravje,
4. 6 ukrepi, usmerjeni v integrirano obravnavo uporabnikov prepovedanih drog,
4. 7 integracija različnih služb primarne ravni zdravstvenega varstva,
4. 8 vzpostavitev sistema učinkovitih mehanizmov sodelovanja med različnimi ravni zdravstvenega varstva prek e-posveta.

Aktivnost 4. 1	Uvajanje novih pristopov s spremenjeno sestavo zdravstvenih timov in krepitev kompetenc zdravstvenih delavcev
Opis aktivnosti	V Sloveniji se spoprijemamo s pomanjkanjem IOZ, kar omejuje dostop pacientov do zdravstvene obravnave na primarni ravni. Za izboljšanje dostopnosti je ključna prava sestava zdravstvenih delavcev s pravo kombinacijo veščin in znanja. MZ bo: • določil možen nabor nalog in kompetenc, ki bi se lahko razširile na več zdravstvenih delavcev, opredelil vsebino in obseg potrebnih dodatnih izobraževanj in usposabljanj, • pripravil predlog spremembe ZZVZZ in drugih ustreznih predpisov, ki bodo zdravstvenim delavcem omogočili prožnejšo širitev nalog in kompetenc, • s pilotnimi projekti uvajal nove pristope z drugačno sestavo zdravstvenih timov.
Nosilec aktivnosti	MZ
Sodelujoči	MSP, ZZS, NIJZ, ZS, zbornica – zveza, LZS, Strokovno združenje fizioterapevtov Slovenije, Zbornica delovnih terapevtov Slovenije in druga strokovna telesa, pristojni RSK-ji, izobraževalne ustanove
Rok izvedbe	2028
Aktivnost 4. 2	Izobraževanje laičnih oseb, ki nudijo podporo drugim pacientom v skupnosti
Opis aktivnosti	Podpora dodatno izobraženih oseb – laikov drugim pacientom, ki prispevajo k opolnomočenju pacientov s kroničnimi boleznimi, družinskih članov in drugih neformalnih oskrbovalcev v lokalni skupnosti, dodatno prispeva k integrirani obravnavi in vzdržnosti zdravstvenega sistema. MZ bo v sodelovanju z NIJZ in izvajalci: • v program CKZ oziroma ZVC vključil vsebine izobraževanj za laike, ki nudijo podporo drugim pacientom,

	• zagotovil usposabljanje DMS – edukatoric za delo z osebami, ki nudijo laično podporo, • okrepil sodelovanje s predstavniki pacientov.
Nosilec aktivnosti	NIJZ
Sodelujoči	MZ, MSP, izvajalci, predstavniki pacientov
Rok izvedbe	2028

Aktivnost 4. 3	Vzpostavitev celostne mreže razvojnih ambulant s centri za zgodnjo obravnavo in drugi ukrepi za integrirano zdravstveno obravnavo otrok in mladostnikov s kompleksnimi motnjami
----------------	--

Opis aktivnosti	V okviru Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (v nadaljnjem besedilu: ReNPDZ18–28), imenovane program Mira, in na podlagi Zakona o celostni zgodnji obravnavi predšolskih otrok s posebnimi potrebami (Uradni list RS, št. 41/17; v nadaljnjem besedilu: ZOPOPP) se vzpostavlja mreža razvojnih ambulant s centri za zgodnjo obravnavo. Cilj je zagotoviti celostno zgodnjo obravnavo otrok s posebnimi potrebami in otrok z rizičnimi dejavniki v (pred)šolskem obdobju. Program skuša službe in storitve približati uporabnikom in jih spodbuditi k zgodnjemu iskanju pomoči. Načrtujemo, da bo mreža vzpostavljena do leta 2028, ne bo pa do takrat kadrovsko polno zasedena. MZ bo: • s sredstvi evropske kohezijske politike izgradil ali dogradil obstoječe javne zdravstvene zavode za širitev mreže razvojnih ambulant s CZO (vključeno v cilj financiranje v okviru vlaganj v infrastrukturo) in postopoma krepil tudi kadrovsko zasedbo, financirano iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja, • pripravil spremembo ZOPOPP ter sprejel potrebne podzakonske akte, • izvajal druge ukrepe za krepitev in podporo integrirani zdravstveni obravnavi otrok in mladostnikov s kompleksnimi motnjami, s tesnim sodelovanjem socialno-varstvenih zavodov, vzgojno-izobraževalnih zavodov, CZO in CDZOM.
-----------------	--

Nosilec aktivnosti	MZ
Sodelujoči	MSP, MVI, MDDSZ, NIJZ, izvajalci, Skupnost organizacij za usposabljanje oseb s posebnimi potrebami v Republiki Sloveniji
Rok izvedbe	2028
Aktivnost 4. 4 Vključitev terenske mreže patronažnega zdravstvenega varstva v centralni register podatkov o pacientu in v državni spletni portal	
Opis aktivnosti	Čeprav so terenska območja, na katerih delujejo izvajalci patronažnega zdravstvenega varstva, do hišne številke natančno razdeljena, doslej še ni bila vzpostavljena uradna evidenca izvajalcev patronažnega varstva po terenskih območjih na državni ravni. Na NIJZ so podatki o terenih v okviru regijske koordinacije delno zbrani, vendar uporaba teh podatkov ni na voljo širšemu krogu uporabnikov. Vključitev zbranih podatkov po terenskih območjih v CRPP in državni spletni portal zVEM bo omogočila hitrejši pretok ustreznih informacij med izvajalci na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti. Povezanost terenske mreže bo pacientom omogočila komuniciranje s patronažno medicinsko sestro prek zVEM ter obratno. Zdravstvene službe bodo lahko prek zVEM plus hitro in neposredno dostopale do informacij o izvajalcih patronažnega zdravstvenega varstva. Določitev terenskih območij bo omogočilo ciljno obveščanje patronažne zdravstvene službe o porodih in rojstvih, odpustih iz bolnišnice in o drugih pomembnih informacijah. MZ je 24. aprila 2024 izdal nov Pravilnik o pooblastilih za obdelavo podatkov v Centralnem registru podatkov o pacientih (Uradni list RS, št. 51/16, 95/21 in 35/24), s katerim je omogočil patronažnim zdravstvenim delavcem vpogled v CRPP pacientov na njihovem terenskem območju. NIJZ bo zagotovil informacijsko rešitev za določanje terenskih območij, dostop do izvidov in možnost komuniciranja pacientov in zdravstvenih delavcev.
Nosilec aktivnosti	NIJZ
Sodelujoči	MZ, MSP, izvajalci
Rok izvedbe	2025

Aktivnost 4. 5	Vzpostavitev celostne mreže centrov za duševno zdravje
Opis aktivnosti Nosilec aktivnosti Sodelujoči Rok izvedbe	V okviru ReNPDZ18–28 (program Mira) se vzpostavlja mreža centrov za duševno zdravje. Cilj programa je vzpostaviti dobro podporno okolje na vseh področjih varovanja duševnega zdravja. Načrtujemo, da bo mreža centrov za duševno zdravje vzpostavljena do leta 2028, ne bo pa do takrat kadrovsko polno zasedena. MZ bo s sredstvi evropske kohezijske politike izgradil ali dogradil obstoječe javne zdravstvene zavode za širitev mreže centrov za duševno zdravje (vključeno v cilj financiranje v okviru vlaganj v infrastrukturo) in postopoma krepil tudi kadrovsko zasedbo, financirano iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja. MZ MSP, NIJZ, izvajalci 2028
Aktivnost 4. 6	Ukrepi, usmerjeni v integrirano obravnavo uporabnikov prepovedanih drog
Opis aktivnosti	V okviru nove evropske kohezijske politike bodo do leta 2028 na področju prepovedanih drog vpeljane nove storitve. Cilj je zmanjšati škodo zaradi posledic uporabe prepovednih drog in izboljšati kazalnike zdravja v populaciji uživalcev prepovedanih drog. Ukrepi bodo usmerjeni v aktivnosti zdravstvene rehabilitacije uporabnikov prepovedanih drog in preizkušanje novih modelov timske oskrbe. MZ bo: • zagotovil vzpostavitev in delovanje mobilne ambulante za približevanje zdravstvene oskrbe in ukrepanje v boju proti spolno prenosljivim boleznim in boleznim, ki se prenašajo s krvjo, • vzpostavil povezave med zdravstvenim in socialnim varstvom ter vzgojo in izobraževanjem pri zagotavljanju storitev v podporo celostnemu okrevanju uporabnikov drog,

- krepil delovanje CPZOPZD z vključitvijo delovnih terapevtov in drugih ustreznih profilov ter s krepitvijo procesov rehabilitacije in celovitega okrevanja ljudi, ki uporabljajo ali so uporabljali droge.

Nosilec aktivnosti

MZ

Sodelujoči

MDDSZ, MSP, MVI, NIJZ, NVO, izvajalci

Rok izvedbe

2028

Aktivnost 4. 7

Integracija različnih služb primarne ravni zdravstvenega varstva

Opis aktivnosti

Ob vzpostavljanju mreže multidisciplinarnih timov se je premalo pozornosti namenjalo sodelovanju med temi timi in drugimi službami, kar za paciente pomeni pogosto vračanje k IOZ po nove napotne listine. Srednjeročna vizija je enotnejša (in čim bolj brezšivna) obravnava.

NIJZ bo pripravil protokole za izvajanje integrirane obravnave za učinkovito povezovanje in sodelovanje multidisciplinarnih timov, ki so vzpostavljeni v CKZ oziroma ZVC, CZO, CDZOM in CDZO, z ambulantami IOZ ter patронаžnim zdravstvenim varstvom. Protokoli bodo podpirali vzpostavljanje enotnih vstopnih točk, triažne postopke, načrtovanje stopnjevane obravnave, timsko sodelovanje in zagotavljanje kakovosti.

Nosilec aktivnosti

NIJZ

Sodelujoči

MZ, MSP, RSK-ji, strokovna združenja, izvajalci

Rok izvedbe

2028

Aktivnost 4. 8	Vzpostavitev sistema učinkovitih mehanizmov sodelovanja med različnimi ravni zdravstvenega varstva prek e-posveta
Opis aktivnosti	Elektronski posvet je način posvetovanja med zdravstvenimi delavci z uporabo digitalne oblike standardiziranega povzetka pacientove težave. V Sloveniji so e-posveti vzpostavljeni, vendar redko uporabljeni. Pozitivni učinek je pričakovati pri krajšanju čakalnih vrst in zmanjšanju deleža napotitev, ki jih specialisti na sekundarni in terciarni ravni ocenjujejo kot klinično neutemeljene ali prezgodnje. MZ bo v sodelovanju z deležniki: • vzpostavil protokole sodelovanja med napotnim zdravstvenim delavcem in tistim, ki izvaja e-posvet, za različne vrste zdravstvene dejavnosti, vključno z ugotavljanjem ovir in predlogi za optimizacijo, • krepil izvajanje e-posvetov in jih razširil na vsakega izvajalca, ki opravlja določeno vrsto zdravstvene dejavnosti na sekundarni in terciarni ravni v javni mreži.
Nosilec aktivnosti	MZ
Sodelujoči	MSP, NIJZ, ZZZS, izvajalci, predstavniki pacientov
Rok izvedbe	2028

Za doseganje izidov zdravstvene obravnave, primerljive s standardi in najboljšimi praksami.

OPIS STANJA IN KLJUČNI IZZIVI

.....

Pravica do kakovostne in varne zdravstvene obravnave je ena izmed osnovnih pacientovih pravic. Opredeljena je kot četrta izmed štirinajstih univerzalnih pacientovih pravic, navedenih v Zakonu o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 15/08, 55/17, 177/20 in 100/22 – ZNUZSZS; v nadaljnjem besedilu: ZPacP). Je tudi najpogostejše navedeno načelo zdravstvenih sistemov.⁷⁸ Kakovostna obravnava se odraža v večji uspešnosti zdravljenja, povečani dostopnosti do zdravljenja in v večji stopnji varnosti za paciente ter v boljših delovnih pogojih za zaposlene.

Povzeto po analizi SZO slovenskega primarnega zdravstvenega varstva, »ima sistem kakovosti in varnosti v Sloveniji še vedno veliko pomanjkljivosti«. **Zdravstveni informacijski sistem ni dovolj povezan** in ne more ustvariti poročil, ki bi jih lahko uporabili za stalno spremljanje kakovosti. Na ravni izvajalca in sistema je na voljo **omejena institucionalna podpora procesom izboljšanja kakovosti, mehanizem spremljanja ter uvajanja potrebnih izboljšav pa je nezadosten**.

Uvajanje kazalnikov kakovosti mora biti podprto z dokazi. Dobri kazalniki kakovosti morajo biti ustrezni, sprejemljivi, primerljivi, zanesljivi, omogočati morajo izboljševanje kakovosti. Soglasno jih mora razviti stroka. Temelj merjenja kakovosti obravnave je Donabedianov⁷⁹ pristop treh komponent: struktura, proces in rezultati (izidi). Strukturni kazalniki merijo ustreznost zmogljivosti in drugih pogojev, da se zdravstvena obravnava lahko izvaja, procesni kazalniki merijo procese izvajanja zdravstvene obravnave, kazalniki izidov pa merijo izide oziroma rezultate zdravljenja ter uspešnost vpeljanih ukrepov.⁸⁰ V sodobnih programih merjenja kakovosti se čedalje pogostejše uporabljajo **kazalniki izidov, ki vključujejo izkušnje pacientov z zdravstveno obravnavo ter izide zdravljenja, kot jih vidijo oziroma občutijo pacienti**. Slednje je treba ločiti od merjenja zadovoljstva pacientov, ki je le ena od entitet kakovostne obravnave. Novejše raziskave kažejo, da je zadovoljstvo pacientov tesno, ne pa tudi neposredno, povezano z zdravstvenimi izidi in uporabo zdravstvenih storitev. S spodbujanjem pozitivnih izkušenj pacientov lahko izvajalci zdravstvenih storitev prispevajo k boljšim izidom zdravljenja, večji učinkovitosti pri zagotavljanju zdravstvenega varstva in

78 Evropska komisija (2022). Evropski steber socialnih pravic v 20 načelih. Dostopno na: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1606&langId=sl>

79 Donabedian, A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care, The Milbank Quarterly, 83(4):691-729.

80 Ramalho, A., Castro, P., Gonçalves-Pinho, M., et al (2019). Primary health care quality indicators: An umbrella review. PLoS One. 14(8):e0220888. Dostopno na: <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2011.1662>

k boljšemu splošnemu zdravju prebivalstva.^{81 82 83} V zadnjih letih je bil dosežen pomemben napredek pri standardizaciji kazalnikov o izkušnjah pacientov. Za pridobitev in uporabo podatkov o počutju pacientov in kaj bi ti spremenili, da bi sistem deloval bolje, NIJZ izvaja raziskave o izkušnjah pacientov z zdravstvenimi obravnavami »PREMs«, ki pa se pretežno izvajajo na sekundarni in terciarni ravni zdravstvenega varstva.⁸⁴ Namen raziskav je dobiti vpogled v izkušnje z zdravstvenimi obravnavami neposredno od pacientov. Od leta 2021 v okviru OECD poteka mednarodna raziskava »PaRIS«, ki meri izide obravnave na primarni ravni zdravstvenega varstva in izkušnje pacientov z njo. V raziskavi sodeluje tudi Slovenija.⁸⁵ Rezultati bodo pomembni za nadaljnje spremljanje kakovosti primarne ravni in ugotovitev, ali so potrebe pacientov ustrezno obravnavane. OECD načrtuje model stalnega spremljanja kazalnikov na primarni ravni v zainteresiranih državah, ki bo temeljil na rezultatih projekta PaRIS.

Za izboljšanje kakovosti na primarni ravni je treba izpolniti več pogojev. Poleg ustrezne izbire in uvedbe kazalnikov kakovosti morajo biti podatki o kazalnikih kakovosti na voljo na enostaven način (ustrezno podprti z informacijsko tehnologijo), pomembni so njihovo spremljanje, razširjanje rezultatov in uvajanje izboljšav. Potrebujemo analitično zmogljivost za pripravo poročil o kakovosti in za razvoj strategij ali intervencij, ki temeljijo na dokazih. Poleg tega morajo biti posamezniki motivirani za spremembe in sposobni spremeniti vedenjske navade, kadar dokazi pokažejo, da je to potrebno. Od uvedbe referenčnih ambulant leta 2011 se 28 kazalnikov kakovosti mesečno zbira v centralni elektronski zbirki na NIJZ, do katere imajo vse ambulate dostop ter lahko primerjajo vrednosti za svojo ambulantno in povprečne vrednosti za njihovo regijo ter celotno državo.⁸⁶ Težava pa je, ker je dostop do kazalnikov kakovosti ločen od zdravstvenega informacijskega sistema, zato jih malokdo spremlja, uporablja in na njihovi podlagi tudi ukrepa.

Za izboljševanje varnosti pacientov je pomembno razumevanje varnostne kulture organizacije.⁸⁷ Pri zmanjšanju varnostnih tveganj sodelujejo pacienti, njihovi svojci ter vsi vpleteni zdravstveni delavci in sodelavci. Zaznani odkloni pri obravnavi pacientov so najpogostejše posledica objektivnih okoliščin, na primer neustrezne organizacije zdravstvene službe. Zdajšnja ureditev odškodninske odgovornosti v zdravstvu ne temelji na iskanju organizacijskih oziroma sistemskih tveganj, ampak odgovornosti posameznega izvajalca

81 Ferreira, D.C., Vieira, I., Pedro, M.I. et al (2023). Patient Satisfaction with Healthcare Services and the Techniques Used for its Assessment: A Systematic Literature Review and a Bibliometric Analysis. Healthcare (Basel). Dostopno na: <https://doi.org/10.3390/2Fhealthcare11050639>

82 Satpathy, S., Wundaville, L.T., Satapathy, S., et al (2022). A Systematic Review of Patient Satisfaction Scales and Their Applicability to Covid-19 Hospitalized Patients: Gaps and Emerging Needs. J Patient Exp. Dostopno na: <https://doi.org/10.1177/2F23743735221079132>

83 Batbaatar, E., Dorjdagva, J., Luvsannyam, A., et al (2017). Determinants of patient satisfaction: a systematic review. Perspectives in Public Health. 137(2):89-101. Dostopno na: <https://doi.org/10.1177/1757913916634136>

84 NIJZ (2023). PREMs, podatkovne zbirke in raziskave. Dostopno na: <https://www.nijz.si/sl/prems>

85 Zdravstveni dom Ljubljana (2021). Projekt PaRIS: Ocena izkušenj in izidov zdravstvene obravnave pacientov s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi v ambulantah družinske medicine v Sloveniji. Dostopno na: <https://www.zd-lj.si/paris>

86 Švab, I., Klemenc-Ketiš, Z., Poplas Susič, T., et al (2021). Družinska medicina v Sloveniji: pregled stanja in predlogi izboljšav. Zdrav Vestn. 90(1-2):112-25. Dostopno na: <https://vestnik.szd.si/index.php/ZdravVest/article/view/3010/3074>

87 Klemenc-Ketiš Z, Makivić I, Poplas-Susič A (2018). Safety culture in the primary health care settings based on workers with a leadership role: the psychometric properties of the Slovenian-language version of the safety attitudes questionnaire - short form. BMC Health Serv Res. 18(1):767. Dostopno na: <https://doi.org/10.1186/2Fs12913-018-3594-8>

zdravstvenih storitev. Preprečevanje odklonov je treba iskati v izboljšavah sistema, in ne v iskanju krivde posameznika. **Treba je doseči varnostno kulturo, ki bo temeljila na učenju na podlagi odklonov, in ne na kaznovanju.**

AKTIVNOSTI ZA DOSEGO CILJA 5

- 5. 1 Krepitev institucionalne zmogljivosti za podporo kakovosti in varnosti na primarni ravni zdravstvene dejavnosti,
- 5. 2 vzpostavitev sistematičnega spremljanja in izboljševanja sistema kakovosti in varnosti, vključno s podporno informacijsko tehnologijo,
- 5. 3 vzpostavitev obdobjnega merjenja izidov in izkušenj pacientov z zdravstveno obravnavo na primarni ravni.

Aktivnost 5. 1	Krepitev institucionalne zmogljivosti za podporo kakovosti in varnosti na primarni ravni zdravstvene dejavnosti
Opis aktivnosti	V pripravi je poseben zakon o kakovosti v zdravstvu, ki predvideva postopek vzpostavitve telesa na državni ravni in sistema vodenja kakovosti na podlagi mednarodno priznanih zdravstvenih standardov. Zakon bo določil temeljna načela kakovosti, kot jih opredeljujejo Nacionalna strategija kakovosti v zdravstvu (2023–2031), Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu in vsebine ReNPZV16-25. MZ bo okrepil institucionalno zmogljivost za podporo kakovosti in varnosti na primarni ravni in povezoval ključne deležnike.
Nosilec aktivnosti	MZ
Sodelujoči	NIJZ, MSP, ZZZS, strokovna združenja in zbornice, NVO, predstavniki pacientov, izvajalci
Rok izvedbe	2026

Aktivnost 5. 2	Vzpostavitev sistematičnega spremljanja in izboljševanja sistema kakovosti in varnosti, vključno s podporno informacijsko tehnologijo
Opis aktivnosti	Sistem kakovosti zdravstvene obravnave se nanaša na organizacijsko strukturo, postopke, procese in vire, ki so potrebni za vodenje sistema kakovosti. MZ bo v sodelovanju z deležniki: • v okviru razvoja eKartona omogočil, da so procesi kakovosti ustrezno podprti z informacijsko tehnologijo (tako na ravni posameznega zdravstvenega delavca kot tudi izvajalca zdravstvene dejavnosti primarne ravni bodo vzpostavljene »nadzorne plošče«, ki bodo omogočale pregled opredeljenih pacientov z različnih vidikov obolevnosti, precepljenosti in drugih vidikov zdravstvene obravnave), • razvil in nadgradil kazalnike na državni ravni za merjenje kakovosti, varnosti, uspešnosti in učinkovitosti zdravstvenih storitev na primarni ravni zdravstvene dejavnosti, • zavezal izvajalce k uvedbi aktivnosti za izboljševanje kakovosti po načelu "od spodaj navzgor" (na primer krožki kakovosti, izobraževanja o kakovosti in varnosti in podobno), • zavezal izvajalce k spremljanju kazalnikov kakovosti in varnosti, na podlagi teh pa k poročanju o uspešnosti in učinkovitosti zdravstvenih obravnav ter k izboljševanju sistem kakovosti in varnosti, • zagotovil preglednost procesa, da bodo rezultati sistema kakovosti in varnosti v zdravstvu s kazalniki in poročili dostopni široki skupini uporabnikov – izvajalcem, zdravstvenim delavcem, pacientom in plačniku.
Nosilec aktivnosti	MZ
Sodelujoči	NIJZ, MSP, ZZSZ, strokovna združenja in zbornice, NVO, predstavniki pacientov, izvajalci
Rok izvedbe	2027

Aktivnost 5. 3	Vzpostavitev obdobjnega merjenja izidov in izkušenj pacientov z zdravstveno obravnavo na primarni ravni
Opis aktivnosti	Na podlagi izsledkov raziskave PaRIS bodo v letu 2025 določeni kazalniki kakovosti, ki bodo merili izide in izkušnje pacientov z zdravstveno obravnavo na primarni ravni. OECD bo poleg kazalnikov predlagal tudi priporočeno pogostnost obdobjnih merjenj z uporabo teh kazalnikov. MZ bo v sodelovanju z NIJZ vzpostavil obdobjno merjenje izidov in izkušenj vzorčenih pacientov z zdravstveno obravnavo na primarni ravni.
Nosilec aktivnosti	NIJZ
Sodelujoči	MZ, MSP, ZZZS, Univerza v Ljubljani, Univerza v Mariboru – Medicinska fakulteta, SZD: Združenje družinskih zdravnikov Slovenije, RSK-ji, strokovna združenja in zbornice, predstavniki pacientov
Rok izvedbe	2026

Z opredeljenimi vlogami in odgovornostjo deležnikov na državni in lokalni ravni.

OPIS STANJA IN KLJUČNI IZZIVI

.....

Primarna raven je ključna za vzdržno, integrirano in dostopno zdravstveno varstvo, zato mora imeti dobro razvite organizacijske sisteme. Načrtovanje mreže bi moralo temeljiti na jasnih srednje- in dolgoročnih načrtih zdravstvenih potreb prebivalstva in s tem javno financiranih zdravstvenih storitev. Mehanizmi vodenja in upravljanja se na primarni ravni razlikujejo od tistih na višjih ravneh. Na primarni ravni je namreč treba zajeti celotno populacijo, tudi (navidezno) zdrave posameznike, vključevati vidike javnega zdravja in uporabljati populacijske pristope z vključevanjem lokalne skupnosti.

Izzivi na področju upravljanja in vodenja izvajalcev na primarni ravni so: šibko in manj učinkovito vodenje in upravljanje, omejena avtonomija poslovodstev javnih zdravstvenih zavodov (v nadaljnjem besedilu: JZZ), razdrobljenost in nepovezanost struktur, jasna razmejitev pristojnosti in podpora načrtovanju neprekinjenega in z dokazi utemeljenega razvoja.

V skladu z ZZDej je za strateško usmeritev in upravljanje področja primarne ravni formalno pristojen MZ, ki pa za to nima ustrezne kadrovske strukture. Odgovornost za izvajanje zdravstvene dejavnosti na primarni ravni je v pristojnosti občin, ki imajo kot ustanoviteljice JZZ na primarni ravni vpliv in nadzor nad vodenjem, hkrati pa nimajo vpliva na razporejanje finančnih sredstev in določanje prednostnih nalog, niti nimajo ustreznih struktur za dolgoročno načrtovanje politik in razvoja. Razdrobljenost in veliko število občin sta možna ovira za učinkovito vodenje JZZ, razlike v gospodarski razvitosti občin in drugi razlogi pa še poglobljajo neenakost v dostopu in kakovosti zdravstvenih storitev.⁸⁸ SZO opozarja, »da pomanjkanje jasno opredeljenih vlog in odgovornosti omogoča ZZS, da vodi lastne politike, ne da bi upoštevala možni dolgoročni vpliv na primer na zdravje prebivalstva ali gospodarsko rast«. Pomembno opozorilo SZO se nanaša tudi na »pomanjkanje institucionalnih zmogljivosti za podporo primarni ravni« in na »pomanjkljivo izvajanje nalog za doseg ciljev, opredeljenih v nacionalnih načrtih«.

Vse prakse, vključno s primarno ravno zdravstvenega varstva, morajo imeti dobro razvite organizacijske sisteme, dokumentirane s strategijami, protokoli in postopki. **Sprejetje političnih**

⁸⁸ SZO (2023). Finland: health system summary 2023. Dostopno na: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/finland-health-system-summary/>

Na Finskem je bila leta 2023 v okviru reforme odgovornost za organizacijo javno financiranih zdravstvenih in socialnih storitev prenesena z občin (odgovornih za primarno raven) in bolnišničnih okrožij (odgovornih za višje ravni zdravstva) na regionalne oblasti in državo. V praksi vloga in odgovornost države, regij in občin še vedno nista dorečena.

dokumentov je za razvoj primarne ravni eden izmed glavnih kazalnikov uspešnosti.⁸⁹ Za uspešno snovanje in uresničevanje strateških načrtov je treba krepiti ustrezne organizacijske strukture, ukrepe (zlasti v zvezi z upravljanjem in financami) pa razviti z uporabo vključujočega in trajnega političnega dialoga, ki kot deležnika vključuje lokalno skupnost. Za strokovno podporo razvoju primarne ravni je treba zagotoviti spremljanje delovanja sistema na državni ravni ter mehanizme za sprotno in bolj koordinirano uvajanje novih strokovnih, informacijskih in organizacijskih priporočil. V ta namen **MZ potrebuje notranjo strukturo strokovnjakov, ki razume delovanje primarne ravni, jo celovito spremlja, usmerja njen razvoj s politikami in strateškimi dokumenti, v skladu z razvojem posodablja zakonodajni okvir** ter vzpostavlja horizontalne in vertikalne povezave med različnimi zdravstvenimi službami in ravnmi.

Učinkovito upravljanje in vodenje je treba izboljšati tako na ravni sistema kot tudi izvajalcev. V analizi slovenskega primarnega zdravstvenega varstva SZO izpostavlja **»togost javnega sistema zdravstva, ki omejuje avtonomijo posloводства javnih zdravstvenih zavodov pri organizaciji dela, kadrovskem načrtovanju in nagrajevanju zaposlenih«**. To zmanjšuje možnosti za organizacijske izboljšave. Sedanja zakonska ureditev upravljanja in vodenja JZZ ni ustrezna, saj se mešata vloga in odgovornost vodstva ter svetov. Sveti bi morali opravljati nadzorno vlogo, v sedanji ureditvi pa sprejemajo letne, poslovne in finančne načrte ter poslovna in finančna poročila. V sestavi svetov prevladujejo predstavniki ustanovitelja, pri čemer predstavnike uporabnikov zdravstvenih storitev zastopajo predstavniki ZZS, ne pa združenja pacientov.

Pomembno vprašanje je upravljanje premoženja JZZ, saj je večina osnovne infrastrukture, razen opreme, v lasti ustanoviteljev, tj. občin. Takšna ureditev ne zagotavlja odgovornosti JZZ za gospodarno upravljanje premoženja, ki tudi ni predmet amortizacije. Stroški materialnih vlaganj niso sestavni del izračuna stroškov ter ekonomskega obnašanja vodstev in svetov JZZ. Nagrajevanje zaposlenih v okviru zasebnih izvajalcev je bistveno prožnejše kot v okviru JZZ, kar jih postavlja v neenak položaj na trgu dela. Potrebne so korenite **organizacijske spremembe za večjo avtonomijo JZZ**, katerih direktorji bi morali na podlagi merjenja kazalnikov kakovosti in poslovanja prevzeti odgovornost za pravilnost svojih odločitev.

Dostopnost do enakovredne obravnave se glede na pravno organizacijsko obliko izvajalca za pacienta ne bi smela razlikovati.^{90 91} Če je dostopnost pacientov do diagnostičnih (na primer laboratorijskih storitev) in drugih oblik storitev (preventivne storitve, osebne obravnave, hišni

89 Kringos, B., Boerma, W., Hutchinson, A., Saltman, R.B. (2015). Building primary care in a changing Europe. Dostopno na: <https://iris.who.int/handle/10665/154350>

90 Habicht, T., Kasekamp, K., Webb, E. (2023). 30 years of primary health care reforms in Estonia: The role of financial incentives to achieve a multidisciplinary primary health care system, Health Policy, Volume 130. Dostopno na: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2023.104710>

Z vidika enakopravne dostopnosti zdravstvenih storitev v Estoniji poudarjajo, da le 44 odstotkov pacientov, opredeljenih pri zdravnikih v zdravstvenih domovih, prejme celovito, razširjeno zdravstveno obravnavo, preostali, ki so opredeljeni pri samostojnih koncesionarjih, pa do takšne obravnave nimajo dostopa.

91 NHS England (2023). Delivery plan for recovering access to primary care. Dostopno na: <https://www.england.nhs.uk/long-read/delivery-plan-for-recovering-access-to-primary-care-2/>

V Veliki Britaniji je eden od izzivov velik delež »avtonomnih« ali »samozaposlenih« praks splošnih zdravnikov s podizvajalci, zaradi česar je zelo težko nadzorovati izdatke in kakovost zdravstvenih storitev.

obiski) zmanjšana, so pacienti lahko prehitro usmerjeni na višje ravni zdravstvenega varstva in urgenco, s čimer se preusmerjajo tudi stroški in obremenitve. S tega vidika je pomembno, **da se javne zdravstvene storitve, zlasti na primarni ravni, zagotavljajo v okviru neprofitnih izvajalcev.** Hkrati je nujno, da se vsi izvajalci, ki so del javne zdravstvene mreže, enakopravno vključujejo v NMP in se med seboj povezujejo pri zagotavljanju multidisciplinarne obravnave pacientov (na primer preventivne storitve). Za zdaj v različne multidisciplinarne obravnave, na primer CKZ oziroma ZVC ali CDZO, CDZOM, niso vključeni vsi prebivalci, saj tja niso napoteni oziroma o možnosti koriščenja tovrstnih storitev sploh niso obveščeni. Cilj je, da imajo vsi pacienti enake možnosti dostopa do zdravstvenih storitev, kar pomeni, da morajo vsi izvajalci, tudi zasebniki, zagotoviti pacientom dostop do vseh storitev.⁹²

AKTIVNOSTI ZA DOSEGO CILJA 6

6. 1 Krepitev institucionalnih zmogljivosti za podporo razvoja zdravstvene dejavnosti na primarni ravni,
6. 2 izboljšanje upravljanja in vodenja javne mreže izvajalcev zdravstvene dejavnosti na primarni ravni,
6. 3 sprememba pravne oblike izvajalcev zdravstvene dejavnosti na primarni ravni,
6. 4 uvedba določnejših meril glede sestave, imenovanja in nalog vodstva ter nadzornih organov izvajalcev zdravstvene dejavnosti primarne ravni.

⁹² LRT (2022). The Seimas approved health reform: more services are to be provided near the house. Dostopno na: <https://www.lrt.lt/en/news-in-english/19/1955610/lithuania-to-spend-eur418m-on-health-system-reorganisation>
V Litvi so zdravstvene domove začeli ustanavljati leta 2023 v okviru reforme zdravstvenega sistema. Vključitev v novo mrežo zdravstvenih domov je obvezna za vse institucije. Če katera koli zdravstvena ustanova določenih zdravstvenih storitev ne more zagotavljati, lahko sklene pogodbo z zasebno, občinsko ali državno institucijo ne glede na meje občin. Na tak način so preprečili, da bi pacienti pri koncesionarjih prejeli slabšo kakovost obravnave.

Aktivnost 6. 1	Krepitev institucionalnih zmogljivosti za podporo razvoja zdravstvene dejavnosti na primarni ravni
Opis aktivnosti	Močan sistem zdravstvene dejavnosti na primarni ravni ni samoumeven. Za uspešno snovanje in uresničevanje strateških načrtov sta ključni vzpostavitev in krepitev institucionalnih zmogljivosti. V ta namen se na MZ vzpostavi notranja organizacijska enota, ki se bo prednostno ukvarjala s krepitvijo primarne ravni, izvajala organizacijske in strokovne naloge s področja načrtovanja, spremljanja, vodenja in usklajevanja ukrepov na primarni ravni in sodelovala pri pripravi in usklajevanju razvojnih ter drugih strateških dokumentov, zakonov, podzakonskih aktov z njenega področja dela, vse s ciljem prispevati k celovitemu razvoju in učinkovitemu delovanju zdravstvenega sistema.
Nosilec aktivnosti	MZ
Sodelujoči	NIJZ, ZZZS, izvajalci, izobraževalne ustanove, predstavniki lokalnih skupnosti, strokovna združenja in zbornice, predstavniki pacientov
Rok izvedbe	2027
Aktivnost 6. 2	Izboljšanje upravljanja in vodenja javne mreže izvajalcev zdravstvene dejavnosti na primarni ravni
Opis aktivnosti	Slovenija ima dobro zasnovano primarno zdravstveno varstvo, vendar se spoprijema z razpršeno organizacijo in težavami z zagotavljanjem storitev. V preteklosti so se zdravstveni programi sprejemali ali opuščali glede na presojo in zmožnosti posameznih izvajalcev ali plačnika, ne da bile predhodno opravljene analize dejanskih zdravstvenih potreb in strateški načrt za zapolnitev vrzeli med dejanskim in želenim stanjem kadrovskih virov. Na primarni ravni je geografsko merilo dostopnosti ključno.

MZ bo pripravil predlog novega ZZDej, v katerem bo:

- dopolnil obstoječa merila za oblikovanje mreže na primarni ravni (struktura prebivalcev, oddaljenost med izvajalci, potreben minimalni obseg dejavnosti, okolijske posebnosti in podobno),
- jasno razmejil pristojnosti med deležniki in opredelil način upravljanja mreže (lokalno, regijsko, državno),
- določil merila in pogoje za vključitev v javno mrežo (ne glede na vrsto ustanovitelja morajo izpolnjevati enaka merila za vključitev in sprejeti enake obveznosti),
- določil način povezovanja z zdravstvenimi domovi tudi za koncesionarje na primarni ravni in pogodbeno določil medsebojne obveznosti,
- določil pogoje za opravljanje specialistične ambulantne dejavnosti pri izvajalcih na primarni ravni.

Nosilec aktivnosti MZ

Sodelujoči ZZZS, ZdrZZ, predstavniki lokalnih skupnosti, predstavniki pacientov, zbornice

Rok izvedbe 2025

Aktivnost 6. 3

Sprememba pravne oblike izvajalcev zdravstvene dejavnosti na primarni ravni

Opis aktivnosti V poglavju so opisani izzivi, povezani z lastništvom in upravljanjem struktur na primarni ravni zdravstvenega varstva.

MZ bo pripravil predlog novega ZZDej, s katerim se:

- JZZ preoblikuje v subjekt, ki ohranja glavne značilnosti neprofitne organizacije,
- uvede možnost združevanja manjših JZZ v večje organizacijske enote za vodenje in nadzor,
- natančneje razmeji odgovornosti in zadolžitve posloводства in nadzornih organov JZZ
- zagotovi avtonomija in povečajo pooblastila posloводства JZZ, vključno z odločitvami glede zaposlovanja vrste kadrov, organizacije dela, delovnih procesov, sprememb v obstoječi delitvi dela,

	• obveže vse izvajalce v javni mreži, da javno poročajo o računovodskih izkazih.
Nosilec aktivnosti	MZ
Sodelujoči	ZZZS, ZdrZZ, zbornice, predstavniki lokalnih skupnosti, predstavniki pacientov
Rok izvedbe	2025
Aktivnost 6.4	Uvedba jasnih meril za sestavo, imenovanje in naloge vodstva ter nadzornih organov izvajalcev zdravstvene dejavnosti na primarni ravni
Opis aktivnosti	Vodenje zdravstvene organizacije mora omogočati učinkovito opravljanje nalog z jasno določenimi pristojnostmi posloводства in nadzornega organa. MZ bo pripravil predlog novega ZZDej, ki bo: • vseboval priporočila za sodelovanje med nadzornim organom in poslovodstvom ter za zagotavljanje jasne ločnice med njima, • določil katalog obveznih kompetenc in drugih pogojev za imenovanje na različnih ravneh posloводства in v nadzornih organih, • določil pravila delovanja nadzornih organov in pogoje za imenovanje članov nadzornih organov.
Nosilec aktivnosti	MZ
Sodelujoči	ZZZS, ZdrZZ, predstavniki pacientov, zbornice, predstavniki lokalnih skupnosti
Rok izvedbe	2025

Ki zagotavljajo sledljivost porabe denarja in prispevajo k vzdržnosti.

OPIS STANJA IN KLJUČNI IZZIVI

.....

Dobro organizirana zdravstvena dejavnost na primarni ravni prispeva k večji učinkovitosti in vzdržnosti zdravstvenih sistemov, zmanjšanju stroškov zdravstvenega sistema, boljšemu zdravju prebivalstva in večji produktivnosti.⁹³ Financiranje primarne ravni je poseben izziv, ki zahteva iskanje optimalnega modela z več prožnosti pri uvajanju novih programov v zdravstvu in z zagotavljanjem stabilnih virov financiranja vlaganj v infrastrukturo izvajalcev.

Zdravstvena dejavnost na primarni ravni se v Sloveniji financira predvsem iz javnih sredstev. Največji del so sredstva, zbrana v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja. Od 1. januarja 2024 so se sredstva prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, zbrana v okviru komercialnih zavarovalnic, preoblikovala v plačila obveznega zdravstvenega prispevka. Manjši del financiranja so prilivi iz državnega proračuna in proračunov občin. S splošnim dogovorom oziroma od leta 2023 z uredbo o določitvi programov storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, opredelitev zmogljivosti, potrebnih za njegovo izvajanje, in določitev obsega sredstev se vsako leto vnaprej določi obseg programa, ki ga financira ZZZS, vključno s cenami zdravstvenih storitev na primarni, sekundarni in terciarni ravni.

SZO v analizi slovenskega primarnega zdravstvenega varstva poudarja, »da je vloga ZZZS v odločanju o razporejanju sredstev in določanju prednostnih nalog prevladujoča, odločitve pa ne temeljijo na dolgoročnih strategijah, ampak na razpoložljivosti sredstev in kot odgovor na predloge posameznih deležnikov«. **Ker je načrt izvajanja zdravstvene dejavnosti z obsegom storitev določen vnaprej, sta uvajanje novosti in prilagodljivost izvajalcev otežena.** Poleg tega SZO opozarja »na ranljivost sistema celotnega zdravstvenega varstva, ki kot vir sredstev uporablja skoraj izključno prispevke iz delovnega razmerja, in v zelo majhnem delu iz državnega proračuna, kar zmanjšuje stabilnost zdravstvenega sistema v primeru finančnih in drugih kriz«.

ReNPZV16–25 v svojih ciljih določa uvedbo **novih obračunskih modelov pri financiranju izvajalcev zdravstvene dejavnosti in plačevanje izvajalcev po uspešnosti**. Plačilni model

93 OECD (2020). Realising the Potential of Primary Health Care, OECD Health Policy Studies. Dostopno na: <https://doi.org/10.1787/a92adee4-en>

OZD še vedno temelji na kombinaciji plačevanja glavarine in storitev.⁹⁴ Težava glede veljavnih glavarinskih količnikov je, da ti ne temeljijo na stroškovni analizi in samo delno odražajo dejanske utežbe in stroške na pacienta. Edino merilo za obtežitev glavarinskega količnika je starost, pri čemer imajo starostne skupine zelo širok razpon. V številnih evropskih državah in drugod po svetu upoštevajo tudi druge dejavnike, kot so spol, nosečnost, socialni položaj, večjezičnost, gostota prebivalcev, zdravstveno stanje oziroma pridružene bolezni in frekvenca uporabe zdravstvenih storitev s strani pacienta.^{95 96}

Tudi plačilni model, ki temelji na storitvah, ima pomanjkljivosti. Načrt storitev se za posameznega izvajalca določa na podlagi izvedenih storitev v prejšnjih letih, postopek uvajanja sprememb pa je dolgotrajen. Kombinacija ukrepov, najprej **ukinitvev degresijske lestvice** v letu 2020 in uveljavitev ZNUZSZS v letu 2022, ki je izvajalcem omogočil plačilo storitev glede na njihovo izvedbo, je povzročila, da so izvajalci, predvsem zasebniki s koncesijo, razširili poslovanje tudi za večkratnik obsega poslovanja, določenega v koncesijskem aktu. Dodatno število opredeljenih pacientov pri takšnem načinu poslovanja pa zasebniku s koncesijo ne nalaga sorazmernega povečanja ordinacijskega časa, kar pomeni **ustvarjanje neenakih pogojev poslovanja** in neenake pogoje pri zagotavljanju zdravstvenega varstva pacientom. Navedeno je povzročilo **deformacijo teritorialne mreže javne zdravstvene službe** in opravljanje čim več katerih koli storitev, ne pa nujno najbolj upravičenih in potrebnih storitev.

Plačnik mora izvajalce v OZD spodbujati k izvajanju zdravstvenih storitev, ki temeljijo na strokovni, kakovostni in varno izvedeni zdravstveni obravnavi, a hkrati nadzirati, ali so storitve utemeljene in ustrezne za doseg cilja zdravljenja, zadostne, ne čezmerne in gospodarne. Upoštevati mora način vodenja pacientov, ki se razlikuje po področjih (družinska medicina, pediatrija, ginekologija, zobozdravstvo in podobno), in vključuje tudi posebne oblike dela (na primer vodenje pacientov z več kroničnimi boleznimi, telefonski posveti, zdravljenje na domu, izvajanje zahtevnejših posegov, konzultacije z drugimi zdravstvenimi strokovnjaki, vključevanje v učni proces) ter obravnava nove izzive (na primer izvajanje cepljenja in testiranja med epidemijo covida-19). Raziskave so pokazale, da **mešani plačilni modeli lahko zmanjšajo količino in izboljšajo kakovost zdravstvenega varstva v primerjavi s plačilnim modelom po storitvah in zagotavljajo spodbude za doseganje ciljev.**⁹⁷ Primeri ciljev so na primer visok delež precepljenosti, učinkovito preventivno presejanje bolezni, upoštevanje kliničnih smernic, uporaba registrov bolezni ali letni pregled kartoteke s poročilom, ki je poslan

94 Maeseneer, J., Willems, S, Sutter, A. (2007). Primary health care as a strategy for achieving equitable care: a literature review commissioned by the Health Systems Knowledge Network. H.S.K. Network (Ed.). Dostopno na: https://www.researchgate.net/publication/242496971_Primary_health_care_as_a_strategy_for_achieving_equitable_care_a_literature_review_commissioned_by_the_Health_Systems_Knowledge_Network

95 British medical association (2020). Global sum allocation formula. <https://www.bma.org.uk/advice-and-support/gp-practices/funding-and-contracts/global-sum-allocation-formula>

96 SZO (2023). Finland: health system summary 2023. Dostopno na: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/finland-health-system-summary>

Na Finskem je glavni delež sredstev, dodeljenih na podlagi potrebe po zdravstvenem in socialnem varstvu. Preostali del vključuje glavarino in dodatne dejavnike, kot so dvojezičnost, tuji jeziki in gostota prebivalstva. Majhen del izhaja iz neposrednih doplačil in tržne dejavnosti.

97 Kralj, B., Kantarevic, J. (2013). Quality and quantity in primary care mixed-payment models: evidence from family health organizations in Ontario. Canadian Journal of Economics/Revue canadienne d'économie, 46: 208-238. Dostopno na: <https://doi.org/10.1111/caje.12003>

pacientu. Tudi OECD opozarja, da je potrebna uvedba novih plačilnih modelov v kombinaciji z obstoječimi bolj tradicionalnimi plačilnimi mehanizmi, ki bodo spodbujali izvajalce k usklajevanju preventivnih in kurativnih dejavnosti. Tak primer je lahko enotno plačilo za kronične bolezni,⁹⁸ dodatek za multidisciplinarnost ali povezovanje praks.⁹⁹ Vsaj nekaj dokazov kaže, da so **finančne spodbude učinkovitejše, kadar so usmerjene v timsko delo, in ne v posameznega zdravstvenega delavca.**¹⁰⁰ Uvedba plačila po uspešnosti je nastala kot odgovor na obstoječe plačilne modele (plačilo po glavarini, storitvah ali urni postavki). Čeprav je plačilo po uspešnosti precej razširjena metoda, pa ni jasnih dokazov, da izboljšuje kakovost obravnave.¹⁰¹

Investicije v infrastrukturo primarne ravni so se do nedavnega skoraj izključno financirale iz občinskih proračunov ali pa so jih izvajalci financirali iz ustvarjenih presežkov prihodkov nad odhodki, kar pa ni vedno zadoščalo za financiranje vseh potrebnih infrastrukturnih investicij. Manjši delež je iz proračunskih sredstev prispeval tudi MZ, ki je letno praviloma zagotavljal sredstva za sofinanciranje nakupa medicinske opreme in razvojnih projektov, ki so se sofinancirali iz evropskih virov. S sprejetjem Zakona o zagotavljanju finančnih sredstev za investicije v slovensko zdravstvo v letih od 2021 do 2031 (Uradni list RS, št. 162/21 in 136/23 – ZIUZDS; v nadaljnjem besedilu: ZZSISZ) so v tekočem desetletnem obdobju **iz proračuna Republike Slovenije zagotovljena namenska sredstva za investicije v zdravstveno dejavnost na primarni ravni v višini 200 milijonov evrov.** Na področju digitalizacije pričakujemo, da bodo s spremembami zakonodaje (v pripravi je poseben zakon o digitalizaciji zdravstva) zagotovljena tudi namenska finančna sredstva za investicije in vzdrževanje IKT, ki so doslej pomenila majhen delež vseh investicij in niso zadoščala za vse potrebe.

NOO¹⁰² vsebuje zavezo, da bo reforma zdravstvenega sistema vključevala sistemske ukrepe na področju financiranja sistema zdravstvenega varstva, obračunski modeli financiranja zdravstvenih dejavnosti pa bodo s ciljem izboljšanja učinkovitosti in kakovosti obravnave pacientov temeljili na kazalnikih kakovosti.

98 Karimi, M., Tsiachristas, A., Looman, W. et al (2021). Bundled payments for chronic diseases increased health care expenditure in the Netherlands, especially for multimorbid patients., Health Policy, Volume 125, Issue 6, Pages 751-759. Dostopno na: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.04.004>

Na Nizozemskem so namesto plačila za storitve, ki spodbujajo količino, uvedli »paketna plačila«, ki spodbujajo sodelovanje, kakovost in obravnavo, ki temelji na dokazih.

99 Habicht, T., Kasekamp, K., Webb, E. (2023). 30 years of primary health care reforms in Estonia: The role of financial incentives to achieve a multidisciplinary primary health care system, Health Policy, Volume 130. Dostopno na: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2023.104710>

100 Maynard, A. (2012). The powers and pitfalls of payment for performance. Health Econ., 21: 3-12. <https://doi.org/10.1002/hec.1810>

101 Jamili, S., Yousefi, M., Pour, H.E. et al (2023). Comparison of pay-for-performance (P4P) programs in primary care of selected countries: a comparative study. BMC Health Serv Res 23, 865. Dostopno na: <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09841-6>

102 Služba Republike Slovenije za razvoj in evropsko kohezijsko politiko (2021). Načrt za okrepanje in odpornost. Dostopno na: https://www.eu-skladi.si/sl/dokumenti/rrf/01_si-rrp_23-7-2021.pdf

AKTIVNOSTI ZA DOSEGO CILJA 7

.....

- 7.1 Posodobitev modela financiranja po posameznih vrstah zdravstvene dejavnosti na primarni ravni,
- 7.2 izboljšanje procesa izmenjave informacij in navodil za obračunavanje storitev,
- 7.3 posodobitev infrastrukture za izvajanje zdravstvene dejavnosti na primarni ravni.

Aktivnost 7.1	Posodobitev modela financiranja po posameznih vrstah zdravstvene dejavnosti na primarni ravni
Opis aktivnosti	V sistem plačila zdravstvenih storitev na primarni ravni so nezadostno vgrajeni timska obravnava pacienta, potrebnost, smiselnost, uspešnost in kakovost posamezne zdravstvene storitve oziroma celotnega procesa zdravljenja. ZZZS je glavni partner pri dogovarjanju o količini, kakovosti in ceni zdravstvenih storitev ter mora imeti strateško nakupno vlogo. Odgovornost ZZZS ni samo zbiranje sredstev, temveč tudi razporejanje sredstev med izvajalce zdravstvene dejavnosti tako, da so čim boljše izpolnjene zdravstvene potrebe zavarovancev. Na ta način upoštevamo načelo gospodarnega upravljanja sredstev. Na podlagi stroškovnih študij in podatkov izvajalcev bo ZZZS: • pripravil in posodobil obračunske modele in cenike, • pripravil in posodobil glavarinske količnike, • določil zahtevo za doseganje minimalnih standardov kakovosti, • vzpostavil model financiranja, ki bo spodbujal večproblemsko in timsko obravnavo, • opredelil spodbude izvajalcem za doseganje ciljev, • omogočil enako plačilo za enako storitev ne glede na raven zdravstva in stroko, • vzpostavil degresijsko lestvico plačevanja storitev.
Nosilec aktivnosti	ZZZS

Sodelujoči	MZ, MSP, ZdrZZ, NIJZ, izvajalci, RSK za pediatrijo, RSK za družinsko medicino, RSK za ginekologijo in porodništvo, RSK za zobozdravstvo, ZZS, zbornica – zveza
Rok izvedbe	2026
Aktivnost 7. 2	Izboljšanje procesa izmenjave informacij in navodil za obračunavanje storitev
Opis aktivnosti	Za omogočanje stabilnega poslovnega okolja je potrebno učinkovito in sprotno komuniciranje med plačnikom (ZZZS), izvajalci in zavarovanci. ZZZS bo zagotovil: • jasna in pravočasna navodila za obračun zdravstvenih storitev, • odpravo prakse sprejemanja odločitev in navodil pri obračunavanju zdravstvenih storitev za nazaj, • sprotno odpravljanje razkoraka med avansi in obračuni, • izboljšanje obveščanja in dostopanja do podatkov, ki jih ZZZS zbira o demografski statistiki pacientov, predpisovanju zdravil, bolniških odsotnostih in podobno za izboljšanje kakovosti in varnosti.
Nosilec aktivnosti	ZZZS
Sodelujoči	MZ, MSP, NIJZ, ZdrZZ, izvajalci
Rok izvedbe	2025

Aktivnost 7.3	Posodobitev infrastrukture za izvajanje zdravstvene dejavnosti na primarni ravni
Opis aktivnosti	Glede na spremembe v kadrovske strukturi timov je treba pripraviti usmeritve sodobnih prostorskih standardov (stavbe, prostori) in zagotoviti ustrezne finančne vire. ZZSISZ zagotavlja finančna sredstva za investicije na primarni ravni do leta 2031. Proračunska sredstva dopolnjujejo sredstva NOO in sredstva evropskega sklada za regionalni razvoj (v nadaljnjem besedilu: ESRR). MZ bo: • pripravil podlage za izvajanje postopkov financiranja oziroma sofinanciranja investicij lokalnih skupnosti v JZZ, • sodeloval pri načrtovanju prostorske ureditve novih vrst ambulant, v katerih deluje več povezanih poklicnih skupin in ki so primerne za timsko obravnavo pacienta, • sodeloval pri pripravi novega razvojnega načrta investicij v primarno raven, tudi po izteku ZZSISZ.
Nosilec aktivnosti	MZ
Sodelujoči	MOPE, MZI, MNVP, izvajalci, predstavniki lokalnih skupnosti, ZdrZZ
Rok izvedbe	neprekinjeno

Za več zanimanja za zaposlitev v primarnem zdravstvenem varstvu.

OPIS STANJA IN KLJUČNI IZZIVI

Zdravstveni sistemi temeljijo na delu zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev – obseg storitev in uresničevanje pravice do uživanja najvišjega standarda zdravja sta odvisna od njihove razpoložljivosti, dostopnosti, sprejemljivosti in kakovosti njihovega dela. Pri zagotavljanju kadrovskih virov v zdravstvu se s številnimi izzivi spoprijemajo vse države, tudi v EU. Na njihovo razpoložljivost vplivajo zmanjševanje števila aktivnega prebivalstva, staranje prebivalstva in vedno pogostejše migracije zdravstvenih delavcev v tujino, pa tudi zasebni sektor. SZO ocenjuje, da bo v svetu do leta 2030 primanjkovalo 10 milijonov zdravstvenih delavcev. Številne države OECD, med njimi tudi Slovenija, se že spoprijemajo s pomanjkanjem zdravstvenih delavcev, na primarni ravni pa tudi z majhnim zanimanjem za delo na tem področju in s staranjem zdravstvenih delavcev. Prvi korak za obvladovanje teh izzivov so aktivno **spodbujanje zaposlovanja, komuniciranje pozitivne podobe in pomena zdravstvenega delavca na primarni ravni zdravstvenega varstva** ob hkratnem zavedanju pomena vloge primarne ravni za celotni zdravstveni sistem. Drugi korak je **vzpostavitev sistema spremljanja in napovedovanja zdravstvenih potreb prebivalstva**, ki mora biti ključna podlaga za načrtovanje zdravstvenih storitev na eni strani in zmogljivosti mreže na drugi strani. Načrtovanje kadrov se mora začeti z opredelitvijo obstoječega stanja in želene prihodnosti, razkoraka med obema in dosegljivih ciljev, kar ustrezno upošteva načrtovanje izobraževanja zdravstvenih delavcev.

Število zaposlenih v zdravstvenem in socialnem varstvu se v zadnjih dvajsetih letih v vseh državah OECD povečuje, vključno v Sloveniji, vendar je še vedno pod povprečjem OECD. V letu 2021 je v državah OECD to število znašalo 10,5 odstotka vseh zaposlenih, v Sloveniji pa 7,0 odstotka. Slovenija je država, kjer se število zdravnikov v zadnjih dvajsetih letih povečuje hitreje kot v nekaterih drugih državah, a smo po številu vseh zdravnikov še vedno pod povprečjem držav OECD (3,7 zdravnika na 1000 prebivalcev v letu 2022). Na nenačrtno upravljanje kadrov v zdravstvu kažejo tudi podatki o neenakomerni porazdelitvi zdravstvenih delavcev med različnimi ravni zdravstvenega varstva, in sicer Slovenija **po številu zdravnikov v bolnišnicah dosega povprečje OECD, po številu specialistov družinske medicine pa je pod povprečjem.**^{103 104} Število medicinskih sester v Sloveniji je 10,5 na 1000 prebivalcev, povprečje OECD pa je 8,3 na 1000 prebivalcev, pri čemer moramo upoštevati, da

¹⁰³ Eurostat (2021). Healthcare personnel statistics – physicians. Dostopno na: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_personnel_statistics_-_physicians

¹⁰⁴ Statistični urad Republike Slovenije (2021). 7. april – svetovni dan zdravja, leto 2021 – mednarodno leto zdravstvenih delavcev. Dostopno na: <https://www.stat.si/StatWeb/news/Index/9472>

je približno 50 odstotkov medicinskih sester v Sloveniji s srednješolsko izobrazbo, medtem ko je v drugih državah delež teh med 12 in 50 odstotki.¹⁰⁵ Glede na podatke je zobozdravnikov v Sloveniji dovolj, vendar je dobra petina teh izven javne mreže. Število magistrov farmacije v Sloveniji je podpovprečno v primerjavi z državami članicami EU.^{106 107} **Poleg majhnega števila zdravstvenih delavcev na primarni ravni v primerjavi z višjimi ravni zdravstvenega varstva je težava tudi njihova starostna struktura.** V Sloveniji je delež pediatrov na primarni ravni, starejših od 50 let, 49,04 odstotka, ginekologov je 46,78 odstotka, družinskih zdravnikov 45,10 odstotka, zobozdravnikov 44,30 odstotka, DMS je 27,50 odstotka, srednjih medicinskih sester pa 27,40 odstotka.¹⁰⁸ V naslednjih 5–10 letih se pričakuje, da se bo velik del starejših zdravnikov upokojil. To bo skupaj z relativno majhnim deležem mladih zdravnikov lahko povzročilo oviro pri zagotavljanju dostopa do zdravstvenih storitev na primarni ravni.

Premajhna vlaganja v izobraževanje in usposabljanje zdravstvenih delavcev, neusklajenost med strategijo izobraževanja in zaposlovanja v povezavi z zdravstvenimi sistemi in potrebami prebivalstva, pomanjkanje še povečujejo. **Za učinkovito obravnavo pomanjkanja kadrovskih virov je v izhodišču potrebno strateško načrtovanje kadrov** tako ustrezno usposobljenih zdravstvenih delavcev in sodelavcev kot tudi drugih strokovnjakov za oblikovanje multidisciplinarnih timov. Države sprejemajo različne ukrepe za ohranjanje, privabljanje in vračanje kadrov v zdravstvo, na primer s štipendiranjem,¹⁰⁹ povečanjem vpisnih mest v izobraževalnem sistemu,¹¹⁰ s finančnimi in drugimi spodbudami za zapolnitev delovnih mest, s širitvijo kompetenc zdravstvenim delavcem,¹¹¹ omogočanjem šolanja v manjših krajih,¹¹² s priznanjem mentorstva¹¹³ in drugimi ukrepi. Pri obravnavi zagotavljanja kadrovskih virov je lahko v pomoč razvoj umetne inteligence in novih tehnologij.

105 OECD (2023). Health at a Glance 2023: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>

106 Eurostat. Health personnel statistic – pharmacists. Dostopno na: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_rs_prs2_custom_9966248/default/table?lang=en

107 Eurostat (2023). Healthcare personnel statistics – dentists, pharmacists and physiotherapists. Dostopno na: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Main_Page

108 NIJZ (2024). Vir: Register izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev v zdravstvu (RIZDDZ), 1. 1. 2024

109 SZO (2023). Austria's major health insurance fund aims to increase the attractiveness of SHI-affiliated physician placements in rural areas. Dostopno na: <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/countries-hspm/hspm/austria-2018/physical-and-human-resources/human-resources/>

Avstrijski zavod za zdravstveno zavarovanje je v letu 2023 podelil 50 štipendij študentom medicine, ki se zavežejo, da bodo vsaj pet let po koncu študija delali na podeželju kot zdravniki splošne medicine, pediatrije, ginekologije ali strokovnjaki za duševno zdravje.

110 SZO (2022). Canada introduces new policies to address health human resource shortages. Dostopno na: <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/countries-hspm/hspm/canada-2020/physical-and-human-resources/human-resources/>

Kanadske vlade širijo vpisna mesta v obstoječih zdravstvenih in negovalnih šolah ter gradijo nove ter pospešujejo licenčne in oprostivne pristojbine za tuje usposobljene izvajalce zdravstvenih storitev.

111 SZO (2022). New doctor positions with part-time status and the introduction of dual practice. Dostopno na: <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/analyses/hspm/greece-2017/new-doctor-positions-with-part-time-status-and-the-introduction-of-dual-practice/>

Grški parlament je 2. 12. 2022 sprejel nov, kontroverzen zakon, ki med ukrepi uvaja spremembo delovnih razmerij in pogojev za zdravnike, zaposlene v zdravstvenem sistemu, ter dovoljuje dvojne prakse – delo v javnem sektorju in zasebni praksi.

112 SZO (2023). Training doctors in vocational schools now happening. Dostopno na: <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/updates/hspm/poland-2019/training-doctors-in-vocational-schools-now-happening>
Na Poljskem usposabljanje zdravnikov od leta 2023 poteka tudi v višjih poklicnih šolah, kar je omogočila sprememba zakonodaje leta 2021.

113 SZO (2023). Primary health care transformation in Spain: current challenges and opportunities. Dostopno na: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373464/WHO-EURO-2023-8071-47839-70649-eng.pdf?sequence=1/>

Na Kanarskih otokih so posredni in neposredni mentorji prepoznani, z jasno opredeljenimi vlogami, njihov čas s pacienti je skrajšan, da se lahko izobražujejo. To dopolnjuje shema finančnih spodbud. Poleg tega nagradujejo odličnost mentorstva z uradnim priznanji, mentorski program zdravstvene nege pa dodatno krepi izobraževanje.

Zavezanost h krepitvi primarne ravni mora s podporo izobraževalnih ustanov vključevati prizadevanja za **povečanje izpostavljenosti dijakov in študentov okolju primarne ravni**. Tradicionalno se izobraževanje zdravstvenih delavcev osredotoča na pacienta v bolnišnici. Obstoječe razmere zahtevajo večji poudarek na učenju v ambulantah primarne ravni in v lokalnem okolju, ki omogoča izboljšanje komunikacijskih sposobnosti, preseganje biomedicinskega modela in spoznavanje širšega konteksta okoliščin pacienta. Izobraževalne ustanove so tudi v Sloveniji v zadnjih letih naredile pomemben napredek pri promociji in pozitivnih vidikih dela na primarni ravni. **Zgodnji in neprekinjeni stik s primarno ravno**, kjer se študent že v prvem letniku pod nadzorom mentorja sreča s pacientom, mu omogoča pridobivanje znanja in veščin, **je eden od mehanizmov pozitivne spodbude za odločitev za delo na primarni ravni**. V ta namen je potrebna dopolnitev študijskih programov in specialističnih dejavnosti z vsebinami primarne ravni.

V Sloveniji so bili sprejeti nekateri ukrepi, na primer povečanje števila mest za specializacijo iz družinske medicine in štipendiranje deficitarnih poklicev v zdravstvu. V okviru ZIUZDS je predvideno, da se del sredstev nameni za financiranje dodatnih vpisnih mest dodiplomskih programov za poklice v zdravstvu. V okviru Zakona o nujnih ukrepih na področju zdravstva (Uradni list RS, št. 112/21, 189/21, 206/21 – ZDUPŠOP in 132/22; v nadaljnjem besedilu: ZNUPZ) je del sredstev zagotovljen za štipendije deficitarnih poklicev v zdravstvu. Izziv ostaja, kako motivirati več zdravstvenih delavcev za odločitev za zaposlitev na primarni ravni. Glede na zdajšnji *status quo* zaposlitev na primarni ravni po eni strani nima akademskega prestiža in po drugi strani tudi občutno manj realnih virov dodatnega zaslužka. Zato tudi dodatno finančno nagrajevanje izbire specializacije iz družinske medicine in štipendiranje, ki je bilo uvedeno v letu 2021, vsaj za zdaj ni prineslo otipljivih rezultatov. Poleg štipendij in finančnih spodbud bi bilo treba omogočiti boljše **usklajevanje poklicnega in zasebnega življenja, karierni razvoj vseh zaposlenih na primarni ravni in več možnosti za udejstvovanje v raziskovalni dejavnosti**. Predvsem omogočanje terciarnosti, opisano v naslednjem strateškem cilju, bi prispevalo h krepitvi ugleda primarnega zdravstva v strokovni javnosti.

Zdravstveni delavci morajo redno posodabljati svoje veščine ter se stalno usposablјati in izpopolnjevati. Na ta način pridobivajo znanja in veščine (na primer za izvajanje zahtevnejših posegov in sodobne diagnostike) za ohranjanje licence in kompetenc. Medtem ko so specializacije zdravnikov oziroma zobozdravnikov v celoti financirane iz proračuna Republike Slovenije, pa podiplomsko izobraževanje **drugih zdravstvenih delavcev ni sistemsko urejeno** (financiranje, razpis in izvajanje). Izjema je sprejetje ZNUPZ in ZNUNBZ, ki sta omogočila začasno financiranje specializacije iz klinične psihologije iz proračuna do konca leta 2024. To pomeni oviro v kariernem in strokovnem razvoju tistih zaposlenih v zdravstvu, ki niso zdravniki ali zobozdravniki. Potrebne so spremembe tega področja in **priprava podiplomskih izobraževanj na primarni ravni za posamezne poklice**.

Ustrezni delovni pogoji so bistveni za zadovoljstvo in nadaljnji strokovni razvoj zdravstvenih delavcev. Raziskava med specializanti družinske medicine v Sloveniji je pokazala, da je sedem od petindvajsetih organizacijskih in delovnopравnih dejavnikov pomembno povezanih

s splošnim zadovoljstvom z delovnimi pogoji: lokacija, kjer poteka delo s pacienti, zasebnost prostorov, dostopnost glavnega mentorja, stalna populacija pacientov, primeren prostor za počitek, plačano nadomeščanje izven delovnega časa in ustrezen plačni razred.¹¹⁴ **Uvedba ambulate specializanta družinske medicine** omogoča timsko obravnavo in povečuje varnost dela, ne samo za pacienta, ampak tudi specializanta, saj dela s stalno populacijo pacientov, pod nadzorom mentorja in z dovolj časa za obravnavo pacientov. Treba je obravnavati **pomen mentorstva in mentorjem omogočiti raziskovalno dejavnost, poučevanje in delo s študenti na področju primarne ravni zdravstvenega varstva.**

Številne članice OECD (Avstralija, Kanada, Irska, Izrael, Nova Zelandija, Švica, Velika Britanija, Združene države Amerike) se že desetletja zanašajo na tujo delovno silo, pri čemer so se migracije zdravstvenih delavcev po pandemiji covida-19 še pospešile.¹¹⁵ Leta 2021 je v povprečju skoraj petina (OECD 19 odstotkov, Slovenija 18,9 odstotka) zdravnikov v državah OECD pridobila svojo prvo medicinsko izobrazbo v drugi državi, kar je več kot desetletje prej, ko je bilo takšnih 15 odstotkov. Za enostavnejšo in hitrejšo zaposlitev delavcev iz tujine je nujno sodelovanje več strokovnih področij in deležnikov. MZ pripravlja predlog posebnega zakona o priznavanju poklicnih kvalifikacij v zdravstvu, katerega namen bodo poenotenje, olajšanje in skrajšanje postopkov priznavanja poklicnih kvalifikacij zdravstvenih delavcev in sodelavcev iz tujine. Na podlagi ZIUZDS je bil 9.5.2024 sprejet nov Pravilnik o povračilu stroškov za financiranje tečaja in opravljanja preizkusa znanja iz slovenskega jezika (Uradni list RS, št. 42/24).

Deležniki, izvajalci in odločevalci so enotni, da **administrativno breme v zdravstvenem varstvu jemlje preveč dragocenega časa, pomeni finančno breme in je glavni vzrok za izgorelost zdravstvenih delavcev.** Nujno je treba izboljšati pogoje in organizacijo dela in zdravstvenim delavcem omogočiti, da opravljajo le naloge, za katere so nenadomestljivi. Veliko opravil v OZD je povezano z odločanjem o socialnih pravicah, na primer bolniški odsotnosti,¹¹⁶ pri kateri je potrdilo IOZ potrebno od prvega dne pacientove odsotnosti, neomejena pa je tudi glede trajanja, kar pomeni, da je potrebna ponavljajoča se aktivnost IOZ, ki pripravlja dokumentacijo za obravnavo pacienta na komisiji ZZZS. Pediatri morajo poleg tega še tehnično urejati, kateri od skrbnikov otroka bo potreboval bolniško odsotnost za nego in koliko časa. Med druga administrativna opravila sodijo odločanje o potnih stroških pacienta, ponavljajoče izdajanje nalogov za ne-nujne reševalne prevoze in delovnega naloga za nego v primeru trajnih obolenj ter izdajanje listin po priporočilu specialistov višjih ravni.

114 Pašić, K., Ivetić, V. (2021). Working Conditions and Satisfaction with Working Conditions among Slovenian Family Medicine Trainees: A Cross-sectional Study. Zdr Varst;60(4): 237–243. Dostopno na: <https://doi.org/10.2478%2Fsjph-2021-0032>

115 OECD (2023). Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience. Dostopno na: <https://doi.org/10.1787/1e53cf80-en>

116 Ministrstvo za zdravje (2023). Pregled stanja na področju zdravstva v Sloveniji. Dostopno na: - <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/NOVICE/Zdravstveni-sistem-v-Sloveniji-januar-2023-povzetek.pdf>

Eden od ukrepov za ustvarjanje privlačnejših delovnih pogojev so kombinirane oblike zaposlitve na več ravneh zdravstvenega varstva, pri čemer bi bilo hkrati treba vzpostaviti nekatere dodatne pogoje, na primer **evidentiranje efektivno opravljenega dela**. Pri ginekološki dejavnosti je nekatere kirurške posege mogoče opravljati le v bolnišnicah, kar bi za ginekologe na primarni ravni pomenilo ohranjanje določenih veščin. Poleg tega bi lahko to dodatno koristilo tudi pacientkam, saj bi omogočilo spremljanje in skupno obravnavo. Vključevanje ginekologov iz regionalnih bolnišnic v dispanzerje za ženske na primarni ravni ponekod že poteka, čeprav je tovrstna praksa zaradi različnih upravnih ovir prej izjema kot pravilo. Dodatno se odpirajo možnosti za vključitev zdravnikov iz bolnišnic v zdravstveno obravnavo stanovalcev institucionalnega varstva in vzgojno-varstvenih zavodov ter v delo v otroškem in šolskem dispanzerju. Vselej pa kombinirane oblike zaposlitve niso zgled dobrih praks. Tak primer je zdravstveno varstvo žensk, organizirano v nekaterih terciarnih ustanovah, kjer za storitve ginekoloških pregledov zahtevajo doplačilo iz žepa pacientk, in kjer se v posamezen ginekološki program vključuje zelo veliko različnih ginekologov specialistov in specializantov. Tovrstne prakse so odmak od univerzalno dostopnega zdravstvenega varstva in tudi od stalnosti, ki je ena od štirih pogojev za izvajalca na primarni ravni (prvi stik, stalnost, celovitost, usklajenost).¹¹⁷

SZO je v analizi slovenskega primarnega zdravstvenega varstva opozoril na »izgorelost zdravstvenih delavcev na primarni ravni in občutek zapostavljenosti zaposlenih v javnih zavodih, ki da so neenakopravno slabše plačani v primerjavi s koncesionarji ali kolegi na drugih ravneh zdravstvenega varstva«. Negativni dejavnik zaposlovanja na primarni ravni pomenijo razlike v vrednotenju delovnih mest med različnimi poklicnimi skupinami v sistemu plač v javnem sektorju, kjer pogosto ni upoštevana primerljivost odgovornosti dela in stopnje izobrazbe. Dodatno se povečujejo razlike med plačili koncesionarjev in zaposlenih v JZZ. Če po eni strani tako koncesionarji kot tudi JZZ prejmejo enako plačilo za opravljeno delo, so po drugi strani zaposleni v JZZ za uspešnost nagrajeni le v okviru variabilnega plačnega deleža. Slednji je v javnem sektorju omejen v skladu z Zakonom o sistemu plač v javnem sektorju (Uradni list RS, št. 108/09 – uradno prečiščeno besedilo, 13/10, 59/10, 85/10, 107/10, 35/11 – ORZSPJS49a, 27/12 – odl. US, 40/12 – ZUJF, 46/13, 25/14 – ZFU, 50/14, 95/14 – ZUPPJS15, 82/15, 23/17 – ZDOdv, 67/17, 84/18, 204/21, 139/22 in 38/24; v nadaljnjem besedilu: ZSPJS). Večji delež je mogoče doseči samo z delom pri posebnih vladnih projektih, ki pa je začasno, kar je v nasprotju s stalnostjo, ki jo mora zagotavljati primarna raven. **Krepitev delovne sile v zdravstvu na manj privlačnih območjih** (oddaljena, deprivilegirana območja) je bistvenega pomena za zagotavljanje pravičnega dostopa do zdravstvenega varstva. Pomemben je celosten pristop, ki združuje usposabljanje v lokalnem okolju, finančne spodbude in sodelovanje s skupnostjo. Za navedeno je **treba zagotoviti večjo prožnost vodstva v JZZ pri nagrajevanju kadra**.

¹¹⁷ Gulliford, M., Figueroa-Munoz, J., Morgan, M., et al (2002). What does 'access to health care' mean? J Health Serv Res Policy. 7(3):186-8. Dostopno na: <https://doi.org/10.1258/135581902760082517>

Pri urejanju pogojev dela je na prvem mestu **zagotavljanje varnega delovnega okolja** tako za zdravstvene delavce kot tudi paciente. Dejavniki tveganja za nasilje v zdravstvenem varstvu vključujejo uporabnike zdravstvenega sistema, fizično okolje, v katerem sobivajo uporabniki zdravstvenega sistema, in zdravstvene delavce. Zdravstvene delavce je treba opremiti z znanjem in veščinami asertivne komunikacije, mediacije, reševanja konfliktov, upravljanja tveganj strokovnosti ter jih opolnomočiti, da se bodo znali spoprijeti z nasiljem na delovnem mestu, v zdravstvenih ustanovah pa zagovarjati koncept ničelne tolerance do nasilja. Potrebni so sistemski ukrepi za zbiranje in analizo podatkov o tem, odločanje o primernih ukrepih ter izvajanje in vrednotenje teh ukrepov.

AKTIVNOSTI ZA DOSEGO CILJA 8

8. 1 Promocija in komuniciranje pozitivnih vidikov zaposlitve na primarni ravni,
8. 2 obogatitev specializacij zdravnikov z vsebinami primarnega zdravstvenega varstva in prilagoditev števila specializacij zdravnikov potrebam javne mreže na primarni ravni,
8. 3 sistemska umestitev in vzpostavitev podiplomskega izobraževanja za različne zdravstvene delavce za potrebe mreže na primarni ravni,
8. 4 vzpostavitev ambulate specializanta družinske medicine,
8. 5 spodbude za poučevanje na primarni ravni zdravstvenega varstva,
8. 6 zmanjšanje administrativnih bremen na primarni ravni zdravstvenega varstva,
8. 7 omogočanje kombiniranega zaposlovanja na več ravneh zdravstvenega varstva in večja prožnost izvajalcev pri nagrajevanju kadra.

Aktivnost 8. 1	Promocija in komuniciranje pozitivnih vidikov zaposlitve na primarni ravni
Opis aktivnosti	Vpliv in moč pravilnega komuniciranja sta vključena v skoraj vse aktivnosti SRZDPR2031. Treba je izboljšati javno podobo primarne ravni zdravstvenega varstva, pozitivna komunikacija pa se mora začeti na primarni ravni, in sicer s prihodnjimi in obstoječimi zdravstvenimi delavci, pacienti, izobraževalno srenjo, izvajalci, in drugimi institucijami, ki so vpete v upravljanje zdravstvene dejavnosti. MZ bo v sodelovanju z deležniki aktivno usmeril komuniciranje z javnostmi v krepitev javne podobe primarne ravni.
Nosilec aktivnosti	MZ
Sodelujoči	MSP, mediji, predstavniki pacientov, izvajalci, predstavniki lokalnih skupnosti, ZZSZ, NIJZ, NVO, zbornice, izobraževalne ustanove
Rok izvedbe	neprekinjeno
Aktivnost 8. 2	Obogatitev specializacij zdravnikov z vsebinami primarnega zdravstvenega varstva in prilagoditev števila specializacij zdravnikov potrebam javne mreže na primarni ravni
Opis aktivnosti	Namen kroženja na primarni ravni je ukrep, s katerim prihodnji mladi zdravstveni delavec pridobi potreben vpogled v delo in razumevanje delovanja primarnega zdravstvenega varstva ne glede na poznejšo zaposlitev. MZ bo v sodelovanju z deležniki: • oblikoval program podiplomskega študija medicine tako, da se vsakemu doktorju medicine do strokovnega izpita oziroma najpozneje do konca specializacije podaljša čas minimalne prakse na primarni ravni, in pripravil ustrezno spremembo Pravilnika o vrstah, vsebini, trajanju in poteku specializacij zdravnikov (Uradni list RS, št. 35/24) • zagotovil ustrezno število posameznih vrst specializacij s področij medicine za primarno raven zdravstvene dejavnosti • spodbujal vse ukrepe pred in med študijem za promocijo primarne ravni.

Nosilec aktivnosti	MZ, ZZS
Sodelujoči	MSP, MDDSZ, SZD
Rok izvedbe	2026

Aktivnost 8. 3	Sistemska umestitev podiplomskega izobraževanja za različne zdravstvene delavce za potrebe mreže na primarni ravni
-----------------------	---

Opis aktivnosti	Za opravljanje zahtevnejših nalog se lahko zdravstveni delavci z višjo, visoko ali univerzitetno izobrazbo dodatno izpopolnijo in usposobijo za delo na posameznih ožjih zdravstvenih strokovnih področjih. MZ bo v sodelovanju z deležniki pripravil predloge novih podiplomskih usposabljanj za zdravstvene poklice na primarni ravni in jih projektno izvedel, ovrednotil in preučil možnost sistemske umestitve.
Nosilec aktivnosti	MZ
Sodelujoči	MSP, Zbornica kliničnih psihologov Slovenije, Društvo logopedov Slovenije, zbornica – zveza, Zbornica laboratorijske medicine, LZS
Rok izvedbe	2028

Aktivnost 8. 4	Vzpostavitev ambulate specializanta družinske medicine
-----------------------	---

Opis aktivnosti	Uvedba ambulate specializanta družinske medicine, ki opredeljuje paciente, je korak k vzpostavitvi ustreznih pogojev dela. Specializant na ta način postopoma razvija svoj način oziroma koncept dela, osvoji načela in metode kakovostnega dela, obravnava stalno populacijo pacientov, ima svoj tim, opredeljevanje je postopno, na začetku z manjšim številom pacientov. MZ bo: zagotovil finančna sredstva za standard ambulate specializanta družinske medicine v skladu s splošnim dogovorom oziroma uredbo o določitvi programov storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, opredelitev zmogljivosti, potrebnih za njegovo izvajanje, in določitev obsega sredstev za tekoče leto,
-----------------	--

	• preučil možnost podobnega financiranja za specializante pediatrije in ginekologije, • v sodelovanju s SZD, ZZS in nacionalnimi koordinatorji specializacij optimiziral razpored kroženja specializantov tako, da bo v zadnjem letniku specializacije kroženje potekalo pretežno v matični ustanovi.
Nosilec aktivnosti	MZ
Sodelujoči	ZZZS, SZD, ZZS, Univerza v Ljubljani, Univerza v Mariboru: Medicinska fakulteta
Rok izvedbe	2025
Aktivnost 8. 5	Spodbude za poučevanje na primarni ravni zdravstvenega varstva
Opis aktivnosti	Mentorji imajo nenadomestljivo vlogo pri usposabljanju zdravstvenih delavcev na primarni ravni. Zaradi zahtevanih pogojev za imenovanje glavnega mentorja (štiri leta delovnih izkušenj kot specialist) je mentorstvo omejeno na relativno majhen delež zdravnikov, ki praviloma vodijo velike ambulate. Na primarni ravni veljajo posebnosti majhnih kolektivov v primerjavi z bolnišničnim okoljem. MZ bo v sodelovanju z deležniki: • pripravil spremembo Pravilnika o vrstah, vsebini, trajanju in poteku specializacij zdravnikov (Uradni list RS, št. 35/24), s katerim se pogoji za imenovanje glavnih mentorjev prilagodijo primarnemu zdravstvenemu varstvu (skrajšanje zahtevanega števila let izkušenj na delovnem področju na tri leta), • preučil možnost za spremembe Pravilnika o višini sredstev za specializacije za potrebe mreže javne zdravstvene službe, ki se zagotavljajo iz proračuna Republike Slovenije (Uradni list RS, št. 30/21) in drugih pravnih predpisov, s katerim se določajo finančne spodbude za mentorje, • spodbujal nagrajevanje odličnosti mentorstva z uradnimi priznanji s strani strokovnih združenj.
Nosilec aktivnosti	MZ
Sodelujoči	MSP, ZZS, SZD, zbornica – zveza ter ostala strokovna združenja in zbornice
Rok izvedbe	2026

Opis aktivnosti

Pri nekaterih administrativnih opravilih je mogoče zmanjšati njihov obseg, jih odpraviti ali preoblikovati, in sicer bodisi z informacijsko tehnologijo, bodisi poenostavitvijo pravil, spremembo procesov dela ali spremembo zakonodaje.

MZ si bo v sodelovanju z deležniki aktivno prizadeval za zmanjšanje administrativnih opravil:

- pri beleženju kliničnega dela (prihranki so mogoči s samodejno prepoznavo govora in umetno inteligenco – ukrepi so zajeti v aktivnosti 10.4),
- pri beleženju storitev (prihranki so mogoči tako, da se za plačnika beležijo le storitve z dodano vrednostjo, na primer posegi, hišni obiski, osebne obravnave, e-posveti, druge storitve se plačujejo po pavšalu v povečanem obsegu glavarine – ukrepi so zajeti v aktivnosti 7.1),
- pri predpisu receptne listine (MZ bo sprejel nov Pravilnik o razvrščanju, predpisovanju in izdajanju zdravil za uporabo v humani medicini (Uradni list RS, št. 86/08, 45/10, 38/12 in 17/14 – ZZdr-2, ki bo omogočil podaljšanje veljavnosti recepta za dolgotrajno terapijo in izboljšave v načinu predpisovanja),
- pri predpisu naročilnice za medicinski pripomoček (MZ bo pripravil predlog spremembe ZZVZZ, ki bo omogočal predpisovanje nekaterih pripomočkov usposobljenim zdravstvenim delavcem, ZZS pa bo podaljšal trajnost in poenostavil predpisovanje določenega pripomočka),
- z učinkovitejšim komuniciranjem z imenovanim zdravnikom (ZZS bo digitaliziral listino predlog imenovanemu zdravniku, ki bo omogočila pacientu brez papirno vročanje odločb, pospešila postopke in odpravila papirno komuniciranje med IOZ in imenovanim zdravnikom),
- z ukinitvijo zdravniškega potrdila za do prvih nekaj dni bolniške odsotnosti z dela, z omejitvijo na letni ravni (MZ bo pripravil predlog spremembe ZZVZZ),

- s spremembo napotne listine za kontrolne preglede (NIJZ bo izvedel informacijsko rešitev napotnice do konca obravnave),
- s spremembo delovnega naloga (ZZZS bo s spremembo listine omogočil delovni nalog do konca obravnave),
- s spremembo delovnega naloga za fizioterapijo (ZZZS bo s spremembo listine omogočil, da fizioterapevt opredeli obseg in število ponovitev, NIJZ bo izvedel digitalizacijo listine),
- s celostno rešitvijo ne-nujnih reševalnih prevozov (ZZZS bo natančneje opredelil pravico in v sodelovanju z MZ pripravil predlog glede logistične rešitve),
- s celostnimi informacijskimi rešitvami za sporočanje statističnih podatkov in povezljivost med sistemi (MZ bo v sodelovanju z NIJZ in ZZZS pripravil informacijsko rešitev za križne šifrante in vzpostavil pogoje za brezpapirno poslovanje, da ne bo več potrebno pošiljanje dokumentacije po klasični pošti, na primer medicini dela, prometa in športa, šolskim, dijaškim in študentskim ambulantam – ukrepi so zajeti v aktivnostih 10.1 in 10.2),
- s celostno obravnavo pacientov na sekundarni in terciarni ravni brez vračanja pacienta k IOZ zaradi izdaje listin (MZ bo pripravil ukrepe za izboljšanje sodelovanja med primarno in višjimi ravni zdravstvenega varstva),
- s preoblikovanjem pravice glede potnih stroškov (MZ bo pripravil predlog spremembe ZZVZZ, po katerem izdajanje potnih stroškov prevzamejo območne enote ZZZS).

Nosilec aktivnosti MZ

Sodelujoči MSP, ZZZS, NIJZ, izvajalci

Rok izvedbe 2026

Aktivnost 8. 7	Omogočanje kombiniranega zaposlovanja na več ravneh zdravstvene dejavnosti in večja prožnost izvajalcev pri nagrajevanju kadra
Opis aktivnosti	Priložnost obstaja v kombiniranem zaposlovanju na primarni in sekundarni oziroma terciarni ravni, pri zaposlitvah s krajšim delovnim časom, pri zmanjševanju popoldanskega dela in podobno. Izvajalci zaenkrat nimajo možnosti, da bi uveljavili inovativne rešitve, prilagojene posebnim okoliščinam lokalnega okolja, na primer uvedli delo na območjih, ki so za bivanje manj privlačna. MZ bo pripravil spremembo ZZDej, ki bo določil: • vzpostavitev sistema spremljanja efektivno opravljenega dela, • večjo avtonomijo vodstva pri upravljanju kadrov, • pogoje za omejitev soglasja za delo pri drugih delodajalcih. V sodelovanju z lokalnimi skupnostmi bodo vzpostavljeni registri ponudbe glede pogojev za življenje v občinah oziroma lokalnih skupnostih. V postopkih pridobivanja kadrov morajo imeti vodstva javnih zdravstvenih zavodov pregled nad pogoji za bivanje, nad šolanjem otrok, zaposlitvami zakoncev, ki jih lahko zagotovi lokalna skupnost.
Nosilec aktivnosti	MZ
Sodelujoči	MSP, NIJZ, ZZS, izvajalci, predstavniki lokalnih skupnosti
Rok izvedbe	2025

Usmerjene v krepitev primarnega zdravstvenega varstva

OPIS STANJA IN KLJUČNI IZZIVI

.....

Kljub globalnim prizadevanjem za krepitev primarne ravni zdravstvenega varstva je večina sredstev usmerjena v raziskave določene bolezni, čeprav je od 70 do 80 odstotkov pacientov, ki iščejo zdravstveno pomoč, obravnavanih na primarni ravni, kjer je način obravnave drugačen kot na višjih ravneh zdravstva. Imamo malo na dokazih temelječih podatkov o tem, kako je primarno raven najboljše organizirati, kako določiti prednostne naloge, kakšna zdravstvena obravnava je najučinkovitejša, kako deliti nova spoznanja, da bodo delovala v praksi, in kako se lahko pacienti najboljše odločajo, kdaj in kako poiskati zdravstveno obravnavo. Raziskave, vključno z deljenjem pridobljenih izkušenj in uporabo znanja, so ključne za pospešitev širjenja uspešnih strategij za krepitev primarne ravni.¹¹⁸

Na področju družinske medicine so bile v Sloveniji izvedene različne raziskave, ki so prispevale k razvoju in izboljšanju prakse ter prepoznavnosti družinske medicine tako na državni kot tudi mednarodni ravni. Ti dosežki so prispevali k uveljavljanju slovenske družinske medicine v mednarodnem prostoru ter k izboljšanju zdravstvene obravnave in kakovosti življenja pacientov v Sloveniji in drugod po svetu. Vendar je **družinska medicina kot ena temeljnih strok primarne ravni v Sloveniji edina klinična stroka, ki nima priznane in financirane terciarne dejavnosti**, saj veljavna zakonodaja tega ne omogoča. To zavira odločitve tistih zdravnikov za specializacijo, ki si želijo akademski razvoj – raziskovanje, vpeljevanje novih tehnologij, vključevanje v pedagoški proces kot pomembnega cilja njihove strokovne rasti. Raziskave, ki temeljijo na delovanju primarne ravni zdravstvenega varstva, ustvarjajo uspešen krog kakovosti, ki zagotavlja kritičnost, ustvarja inovacije in novo znanje za izboljšanje zdravstvenega varstva, zdravja in dobrega počutja pacientov.¹¹⁹

118 SZO in UNICEF (2020). Operational Framework for Primary Health Care: Transforming vision into action. Dostopno na: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017832>

119 Bonfim, D., Belotti, L., de Almeida, L.Y. et al (2023). Challenges and strategies for conducting research in primary health care practice: an integrative review. BMC Health Serv Res 23, 1380. Dostopno na: <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10382-1>

AKTIVNOSTI ZA DOSEGO CILJA 9

.....

- 9.1 Vzpostavitev pogojev za znanstveni, akademski in strokovni razvoj vseh strok na primarni ravni zdravstvenega varstva.

Aktivnost 9.1	Vzpostavitev pogojev za znanstveni, akademski in strokovni razvoj vseh strok na primarni ravni zdravstvenega varstva
Opis aktivnosti	Terciarna dejavnost analizira delo na primarni ravni in uvaja izboljšave, spremlja razvoj stroke v svetu, pospešuje raziskovanje, določa strokovne podlage za razvoj, razvija, preskuša in uvaja nove metode dela, sodeluje pri pripravi strokovnih smernic, strukturnih, organizacijskih in zakonskih sprememb, izobražuje kader in določa standarde kakovosti. MZ bo pripravil predlog sprememb ZZDej, da bo vzpostavitev terciarne dejavnosti omogočena vsem izvajalcem na primarni ravni zdravstvenega varstva, tudi tistim, ki nimajo organizirane bolnišnične dejavnosti.
Nosilec aktivnosti	MZ
Sodelujoči	MSP, MVZI, Univerza v Ljubljani, Univerza v Mariboru – Medicinska fakulteta: Katedra za družinsko medicino, izvajalci, strokovna združenja in zbornice ter izobraževalne ustanove
Rok izvedbe	2025

Vključno s komunikacijo in sistemom zagotavljanja kakovosti.

OPIS STANJA IN KLJUČNI IZZIVI

.....

Zdravstvena informatika, ki temelji na uporabi sodobne informacijsko-komunikacijske tehnologije (v nadaljnjem besedilu: IKT), v sodobnem zdravstvu presega dosedanja značaj podporne dejavnosti. Skupaj s prenovo poslovnih procesov postaja ključni spodbujevalec razvoja. Digitalizacija je priložnost za zmanjšanje administrativnih bremen, večjo dostopnost podatkov in informacij ter s tem povezano spremljanje kakovosti in učinkovitosti.¹²⁰ Digitalizacija je hkrati velik izziv, saj zahteva spremenjeni način dela in utečenih postopkov. Število podatkov v zdravstvu skokovito narašča, kar zahteva tako zmogljivejšo informacijsko tehnologijo kot tudi vključitev nove, ali dodatno usposabljanje obstoječih članov tima, ki so sposobni te podatke analizirati in jih ovrednotiti.

Informacijski sistem v Sloveniji se uporablja predvsem za nadzor, obračunavanje storitev in sporočanje podatkov za statistiko, šele na drugem mestu je pomoč pri kliničnem delu. **Razpršeni sistem nabave informacijske podpore je prinesel več med seboj nepovezanih IKT-sistemov**, kar otežuje prenos podatkov o pacientu, poleg tega so stroški nadgrajen visoki. Sistem e-zdravja sicer razvija sodoben informacijski sistem, ki vključuje e-recept, e-napotnico, e-karton in e-preventivni karton, a se uvaja počasi in delno. V OZD zdravstveni delavci še **vedno večinoma uporabljajo papirnate kartoteke in analogno telefonijo s fiksnim številom linij brez sistema za upravljanje klicev**. Pri izbiri in razvoju spletnih orodij za komuniciranje s pacienti so izvajalci prepuščeni lastni iznajdljivosti in omejenim finančnim virom. Različni sistemi komunikacije (telefon, spletna orodja, zdravstveni informacijski sistem) med seboj niso najbolj povezani.

Temeljni **pogoj za učinkovitost so podatki, ki so pravilno strukturirani, standardizirani** in se vpišejo v Centralni register podatkov o pacientu (v nadaljnjem besedilu: CRPP) ob nastanku zdravstvene obravnave in so zbrani na enem mestu – imenovanem tudi nacionalni eKarton. Rešitve v zdravstvu morajo biti zasnovane na od ponudnika neodvisnih podatkovnih

¹²⁰ Evropska komisija (2021). TELEA: Home telemonitoring in Primary Care for chronic disease and Covid19, Dostopno na: https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/ev_20210601_co05_en.pdf
Reorganizacija primarnega zdravstvenega varstva v Španiji temelji na digitalizaciji, ki jo podpira strategija s štirimi cilji: opolnomočenje pacientov, zagotavljanje kakovosti, komuniciranja in stalnosti obravnave z uporabo digitalnih orodij ter spodbujanje inovativnih pristopov za čim večjo izkoriščenost digitalizacije.

zbirkah, ki zagotavljajo pregled »od-rojstva-do-smrti«, in so vse življenje pacienta »edini vir resnice«. Za to je potrebna odprta in standardizirana platforma za upravljanje elektronskih zdravstvenih podatkov. V Sloveniji smo se odločili za standard »OpenEHR«, ki omogoča razvoj interoperabilnih sistemov za beleženje, izmenjavo in shranjevanje zdravstvenih informacij na način, ki olajšuje deljenje podatkov med različnimi zdravstvenimi ustanovami in aplikacijami.

Brezpapirno poslovanje omogoča enostavno izmenjavo podatkov in dokumentov med izvajalci, pacienti in drugimi, ki so vključeni v proces zdravljenja pacientov. Infrastruktura za digitalne storitve e-zdravja omogoča pacientom varen dostop do njihovih zdravstvenih podatkov in njihovo izmenjavo med zdravstvenimi delavci v državi ter čez mejo.¹²¹ Evropska komisija je v ta namen sprejela priporočilo o evropski obliki izmenjave elektronskih zdravstvenih zapisov¹²² za sprostitev čezmejnega pretoka zdravstvenih podatkov. V vseh državah EU se uvajata dve elektronski čezmejni zdravstveni storitvi,¹²³ e-recept, in povzetek pacientovih podatkov. Nova evropska zakonodaja, ki ureja podatkovni prostor na področju zdravstva, pa bo v naslednjih letih dokumentacijo, ki jo bomo morali čezmejno izmenjevati, razširila tudi na laboratorijske izvide, izvide slikovnih preiskav in bolnišnična odpustna pisma.

Zdravje na daljavo in telemedicina pomenita zdravstveno obravnavo in zagotavljanja storitev, pri kateri prejemnik in izvajalec zdravstvene storitve nista hkrati na istem mestu. V času epidemije covida-19 se je pokazala akutna potreba po storitvah telemedicine, ki se pospešeno uvajajo v številnih državah. Za zdaj **je v Sloveniji zelo malo orodij za varno video komunikacijo in telemedicino.**

Avtomatizirane rešitve so postala nuja za zagotavljanje učinkovitega in kakovostnega zdravstvenega varstva, zlasti glede na potrebe po zdravstvenih storitvah, ki se povečujejo hitreje, kot se lahko usposobijo zdravstveni delavci. **Umetna inteligenca zdravstvenih delavcev ne bo nadomestila, lahko pa jim je v pomoč in omogoča sprejemanje hitrejših in natančnejših odločitev.** Uporaba umetne inteligence podpira klinične odločitve v diagnostiki, pri zdravljenju in spremljanju pacientov. Posredno tako omogoča več časa za neposredni, osebni stik s pacientom. Kljub velikim priložnostim je treba upoštevati tudi **izzive in omejitve, povezane z uporabo umetne inteligence v zdravstvu, kot so nadzor, prevzemanje odgovornosti, zasebnost, varnost podatkov in možna diskriminacija pri analizi podatkov.**

121 Informatie Beraad (2022). Vipp Open (za splošne zdravnike). Dostopno na: <https://www.informatieberaadzorg.nl/programmas-en-projecten/vipps/vipp-open-huisartsen>

Nizozemska na državni ravni že omogoča pacientom varen elektronski dostop do zdravstvenih podatkov prek elektronskega portala »OPEN«. Od 1. 7. 2020 se morajo vsi splošni zdravniki vključiti v portal in na zahtevo pacienta zagotoviti dostop do zdravstvenih podatkov.

122 Evropska komisija (2019). Recommendation on a European Electronic Health Record exchange format. Dostopno na: <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/library/recommendation-european-electronic-health-record-exchange-format/>

123 Evropska komisija (2023). Elektronske čezmejne zdravstvene storitve. Dostopno na: https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/electronic-cross-border-health-services_sl

Uvesti je treba **sistematično usposabljanje za stalno izpopolnjevanje digitalnih veščin** zaposlenih in zanesljivo podporo uporabnikom. Pri tem ne smemo prezreti ranljivih posameznikov ali skupin, ki pogosto nimajo na voljo ustreznih digitalnih orodij ali veščin uporabe in še vedno potrebujejo njim prilagojeno obliko komuniciranja.

AKTIVNOSTI ZA DOSEGO CILJA 10

10. 1 Razvoj eKartona in zagotovitev povezljivosti vseh sistemov informacijsko-komunikacijske tehnologije med vsemi ravni zdravstva,
10. 2 vzpostavitev pogojev za popolno elektronsko poslovanje in hranjenje podatkov pri obravnavi pacienta,
10. 3 razvoj enotnega državnega sistema za varno in učinkovito komuniciranje – zdravje na daljavo,
10. 4 razvoj enotnega državnega sistema za varno in učinkovito komuniciranje – zdravje na daljavo,
10. 5 sistematično usposabljanje uporabnikov za izpopolnjevanje digitalnih veščin.

Aktivnost 10. 1	Razvoj eKartona in zagotovitev povezljivosti vseh sistemov informacijsko-komunikacijske tehnologije med vsemi ravni zdravstva
Opis aktivnosti	S sredstvi NOO bomo razvili eKarton. Ta bo omogočal popolno elektronsko poslovanje in sprotno shranjevanje podatkov, vpogled v podatke posameznega pacienta, pregled nad podatki opredeljenih pacientov in preglede na državni ravni. Nacionalni eKarton bo tesno povezan z lokalnimi sistemi in enotnimi uporabniškimi vmesniki za preventivne preglede otrok, nosečnic (materinska knjižica), preventivne preglede v ambulantni družinske medicine, presejalne preglede (ZORA, DORA, SVIT), poročila o prevozi NMP, avtomatizirano analizo podatkov in omogočeni izpis kazalnikov kakovosti v vizualno jasnem in enostavnem prikazu. Hkrati bo zagotovljena povezljivost vseh IKT sistemov med vsemi ravni zdravstva (primarna, sekundarna in terciarna raven) kot horizontalno na primarni ravni (izvajalci institucionalnega varstva, ZVC/CKZ, CDZO, CDZOM, CZO, CPZOPD in drugi) in uporaba istih podatkov o pacientu, zapisanih v usklajenih podatkovnih modelih v enotnih podatkovnih standardih, z uporabo na državni ravni dogovorjenih šifrantov in terminologije.

	Navedeno bo omogočalo tudi, da bodo digitalne zdravstvene storitve in podatki uporabni za izmenjavo med državami članicami EU.
Nosilec aktivnosti	NIJZ
Sodelujoči	MZ, MSP, ministrstvo za digitalno preobrazbo (v nadaljnjem besedilu: MDP), RSK za pediatrijo, RSK za družinsko medicino, RSK za ginekologijo in porodništvo, RSK za zobozdravstvo, izvajalci
Rok izvedbe	2026
Aktivnost 10. 2	Vzpostavitev pogojev za popolno elektronsko poslovanje in hranjenje podatkov pri obravnavi pacienta
Opis aktivnosti	V okviru projekta iz NOO Prehod na brezpapirno poslovanje zdravstvenih izvajalcev se vzpostavljajo pogoji, da bo zdravstvena dokumentacija pacienta, ki bo hranjena na dogovorjeni način, v celoti lahko v elektronski obliki in v skladu z dolgoročno hrambo. Cilj je, da bo izvajalec lahko z optičnim čitalcem preslikal povzetek ali del papirnat kartoteke, ki je nato ne bo več uporabljal in bo tako izveden popolni prekop na elektronsko poslovanje. Za vzpostavitev celovitega sistema za brezpapirno poslovanje bo treba vzpostaviti pravila glede priprave, sporočanja in hrambe zdravstvene dokumentacije in njene hrambo v CRPP.
Nosilec aktivnosti	NIJZ
Sodelujoči	MZ, MSP, MDP, izvajalci
Rok izvedbe	2026

Aktivnost 10. 3	Razvoj enotnega državnega sistema za varno in učinkovito komuniciranje – zdravje na daljavo
Opis aktivnosti	V okviru projekta Zdravja na daljavo, ki se sofinancira iz NOO, bodo izvedene aktivnosti za povezavo z lokalnimi sistemi in aktivnosti, ki bodo omogočale, da ima pacient na voljo enotno vstopno točko za komuniciranje z vsakim izvajalcem. Na strani izvajalcev se načrtuje poenotenje vrst sporočil, ki jih sprejemajo, in načina odziva, cilj pa bo zagotavljanje enotne uporabniške izkušnje ne glede na uporabljeni lokalni informacijski sistem. Omogočeno bo komuniciranje med izvajalci o določenem pacientu, vključevanje več zdravstvenih profilov hkrati v njegovo obravnavo, pridobivanje dodatnih informacij o pacientu (na primer za triažo napotnice), vzpostavljena bo možnost zahtevanja hitrejša obravnave ob poslabšanju stanja in podobno. V enotni komunikacijski kanal bo povezano tudi v preteklosti že opravljeno komuniciranje (na primer eRecept, eNapotnica). Nadgradnja enotne vstopne točke bo omogočanje video komunikacije in spremljanje pacientov na daljavo. To vključuje naprave za merjenje krvnega tlaka, krvnega sladkorja, nosljive naprave in drugo domačo merilno opremo. To bo povečalo dostopnost (zlasti za starejše in gibalno ovirane) in zmanjšalo stroške zdravstvenega varstva.
Nosilec aktivnosti	NIJZ
Sodelujoči	MZ, MSP, MDP, izvajalci, predstavniki pacientov
Rok izvedbe	2026
Aktivnost 10. 4	Pospešitev uporabe umetne inteligence in drugih naprednih tehnologij v pomoč zdravstvenim delavcem pri obravnavi pacientov
Opis aktivnosti	V okviru uvajanja umetne inteligence je predvidena vzpostavitev spletnega orodja za opolnomočenje pacientov, v preizkušanju je algoritem podpore odločanja pri interpretaciji slikovnih preiskav. Veliko obeta tudi možnost uporabe umetne inteligence v zapisovanju posveta glede priprave povzetka anamneze, kliničnega statusa, šifriranja diagnoz, storitev namesto zdravnika ob pacientu ali med posvetom s pacientom.

Dodatne priložnosti so v nadgradnji IKT z naprednimi telekomunikacijskimi storitvami, ki omogočajo povezavo z enotnim komunikacijskim kanalom in zdravstveno informacijskim sistemom, vključno s prepoznavo številke pacienta, prepoznavo govora, samodejnim vnosom podatkov in podobno.

MZ bo podprl razvoj in nadaljnje možnosti uporabe umetne inteligence in drugih naprednih tehnologij.

Nosilec aktivnosti MZ

Sodelujoči MSP, MDP, MVZI, izvajalci, izobraževalne ustanove

Rok izvedbe 2028

Aktivnost 10. 5

Sistematično usposabljanje uporabnikov za izpopolnjevanje digitalnih veščin

Opis aktivnosti Digitalne tehnologije v zdravstvu so lahko ključne za izboljšanje rezultatov na področju zdravja, če so zdravstveni delavci ustrezno usposobljeni za njihovo uporabo. Usposabljanja iz digitalnih veščin bi se morala osredotočiti na kompetence, ki so pomembne za posamezno skupino zdravstvenih delavcev, na vlogo, delovno dobo in okolje. S sredstvi ESS bo MZ krepil digitalno pismenost zaposlenih v zdravstvu in dolgotrajni oskrbi, ki bo ključno prispevala k boljšemu delovanju zdravstvenega sistema in usposobljenosti posameznikov pri delu. Ukrep bo dopolnjeval NOO, ki vlaga v digitalno preobrazbo z vzpostavitvijo IKT rešitev in omogoča usposabljanja za konkretne IKT rešitve za zdravstveni kader.

Nosilec aktivnosti MZ

Sodelujoči MSP, MDP, NIJZ, izvajalci

Rok izvedbe 2028

7

SPREMLJANJE IN VREDNOTENJE

Z doslednim spremljanjem izvajanja strategije in z usklajenostjo deležnikov pri njenem izvajanju bomo zagotovili uresničevanje zastavljenih ciljev razvoja zdravstvene dejavnosti na primarni ravni do leta 2031.

V ta namen se na MZ v treh mesecih od sprejetja SRZDPR2031 vzpostavi usmerjevalni odbor, ki bo odgovoren za pripravo in uskladitev akcijskih načrtov v šestih mesecih od sprejetja SRZDPR2031. Akcijski načrti se predložijo v sprejetje Vladi Republike Slovenije. Usmerjevalni odbor bo odgovoren tudi za letno spremljanje in poročanje o izvajanju aktivnosti SRZDPR2031.

Podporo usmerjevalnemu odboru zagotavlja notranja organizacijska enota na MZ s temi nalogami:

- strateška podpora upravljanju primarne ravni in koordinaciji delovanja na državni ravni,
- priprava in usklajevanje strateških dokumentov in pravnih aktov za področje primarne ravni zdravstvene dejavnosti,
- pridobivanje informacij za spremljanje potreb prebivalstva in usmerjanje potrebnih prilagoditev v mreži izvajalcev,
- sodelovanje pri razvoju kompetenčnega modela in upravljanja kadrov,
- sodelovanje pri načrtovanju in usklajevanju financiranja dejavnosti izvajalcev zdravstvene dejavnosti na primarni ravni zdravstvene dejavnosti,
- podpora usmerjevalnemu odboru pri pripravi in spremljanju izvajanja strategije ter akcijskega načrta za razvoj zdravstvene dejavnosti na primarni ravni zdravstvenega varstva.

Usmerjevalni odbor imenuje minister za zdravje in vključuje predstavnike uporabnikov, izvajalcev, resornih ministrstev, plačnika in stroke.

SRZDPR2031 je strateški okvir delovanja v sedemletnem obdobju. Aktivnosti s podrobnejšimi opisi predstavljajo način in korake, ki vodijo v doseganje enajstih strateških usmeritev. Za vsako aktivnost sta opredeljena nosilec ukrepa, ki je odgovoren za njeno izvajanje, in časovni okvir. Izvajanje opredeljenih aktivnosti prispeva k doseganju strukturnih kazalnikov, ti pa kazalnikov učinka (procesni kazalniki), pa tudi kazalnikov rezultata (kazalniki izidov), ki se vrednotijo na ravni strateškega cilja. Kazalniki so opisani v Prilogi 1. Po sprejetju SRZDPR2031 bomo pripravili akcijske načrte s konkretnimi ukrepi, ki bodo prispevali k uresničevanju SRZDPR2031. Akcijski načrti bodo pripravljani za obdobja 2025–2026, 2027–2029 in 2030–2031. Pripravljani akcijski načrti bodo vsebovali ukrepe, določene nosilce, roke in finančne vire za izvedbo.

8

FINANČNÍ VIRI

Najnovejši dokazi jasno kažejo, da dolgoročne koristi preusmeritve finančnih sredstev na primarno raven zdravstvenega varstva odtehtajo stroške.¹ Kljub vsemu pa obstaja več razlogov, ki otežujejo prepričevanje deležnikov, da vlagajo tam, kjer so naložbe dejansko potrebne. Pogosto se večja prednost daje navpičnim pristopom, ki zagotavljajo zdravstvene storitve, ki se osredotočajo na posebna zdravstvena stanja ali skupine pacientov, so enostavni za razumevanje in imajo otipljive rezultate. Primarna raven ne odraža blišča, ki se povezuje s specializiranimi, tehnološko dovršenimi storitvami v bolnišnicah, ampak z dostopnostjo za vse, tudi za posameznike z nizkimi dohodki. Čeprav je enakost pozitivna vrednota, pa je to delno prispevalo k negativnemu dojemanju primarne ravni kot drugorazredne zdravstvene obravnave. Vendar pa doseganje odpornega zdravstvenega sistema, ki temelji na primarnem zdravstvenem varstvu, zahteva skrbno ravnovesje med navpičnim in vodoravnim pristopom, kjer je ključnega pomena prednostno vlaganje v povezane, vodoravne pristope, ki zajemajo različne zdravstvene storitve. **Vlada Republike Slovenije prepoznava pomen vlaganja v primarno zdravstveno varstvo, zato sprejema SRZDPR2031, s čimer se vzpostavljajo trdni temelji zdravstvenega varstva v Sloveniji.**

Poglavitni vir financiranja zdravstvenega varstva v Sloveniji so sredstva ZZZS, ki v skladu z vsakoletnim splošnim dogovorom oziroma z uredbo o določitvi programov storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, opredelitev zmogljivosti, potrebnih za njegovo izvajanje, in določitev obsega sredstev, ki jo sprejme Vlada Republike Slovenije, razporeja sredstva med posamezne zdravstvene dejavnosti glede na potrebe prebivalcev in prednostne naloge.

Vir financiranja za aktivnosti in ukrepe v okviru SRZDPR2031 bodo tudi proračunska sredstva. V Sloveniji se proračuna sprejemata za dve leti.

Nekatere aktivnosti v okviru SRZDPR2031 bodo financirane tudi s sredstvi evropskih strukturnih in investicijskih skladov, in sicer evropskega socialnega sklada (v nadaljnjem besedilu: ESS) in evropskega sklada za regionalni razvoj (v nadaljnjem besedilu: ESRR), v vsebini in obsegu, kot ju že določa Program evropske kohezijske politike v obdobju 2021–2027 v Sloveniji. Za financiranje aktivnosti in programov v okviru SRZDPR2031 si bomo prizadevali zagotavljati tudi EU-sredstva, ki se namenjajo državam članicam v okviru različnih programov Skupnosti, na primer EU4Health, instrument tehnične pomoči, Horizon, Digital Europe, Erasmus, CERV. Del sredstev bo zagotovljen tudi v okviru NOO. Zagotovili bomo, da se aktivnosti, ki se že izvajajo in financirajo ali se bodo financirale iz razpoložljivih virov, ne bodo podvajale in bodo finančni viri izkoriščeni kar najbolj optimalno.

Glede na relativno dolgo obdobje, za katero je pripravljena SRZDPR2031, bodo akcijski načrti upoštevali posodobitve ukrepov, ki jih med pripravo strategije še ni mogoče predvideti, oziroma zdaj za njihovo izvedbo še niso predvidena finančna sredstva. Poročanje o stanju izvedbe posameznih

¹ Rajan, D., Jakab, M., Schmets, G. et al (2024). Political economy dichotomy in primary health care: bridging the gap between reality and necessity. The Lancet Regional Health – Europe, Volume 0, Issue 0, 100945. Dostopno na: <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2024.100945>

9

PRILOGA 1:

Kazalniki učinkov in
rezultatov SRZDPR2031

10

PRILOGA 2:

Grafični povzetek
SRZDPR2031

Priloga 1: KAZALNIKI UČINKOV IN REZULTATOV SRZDPR2031

Cilj	Povezava na aktivnost	Vrsta kazalnika	Ime kazalnika	Merska enota	Izhodiščna vrednost v letu 2024	Ciljna vrednost	Časovni okvir	Poročevalec
1	1.1	Kazalnik učinka	Akcijski načrt sprememb, potrebnih za zagotovitev dostopnosti do IOZ na primarni ravni	Število	0	1	2024	MZ
1	1.1	Strukturni kazalnik	Delež oseb, opredeljenih pri izvajalcu (skupaj splošna ambulanta, otroški dispanzer in šolski dispanzer)	Delež	93 %	>95 %	2031	ZZZS
1	1.2	Kazalnik učinka	Spodbuda izvajalcem za posodobitev infrastrukture, ki je prilagojena posameznikom z zmanjšanimi zmožnostmi	Število	0	1/leto	vsako leto do leta 2031	MZ
1	1.2	Strukturni kazalnik	Delež izvajalcev s prilagojeno infrastrukturo posameznikom z zmanjšanimi zmožnostmi	Delež	85 % – gradbene 58 % – tehnične 79 % – zvočne, svetlobne	>95 % – gradbene >70 % – tehnične >90 % – zvočne, svetlobne	2031	MZ
1	1.3	Kazalnik učinka	Nov pravilnik o službi nujne medicinske pomoči, objavljen v uradnem listu (v nadaljnjem besedilu: UL)	Število	0	1	2025	MZ
1	1.3	Strukturni kazalnik	Vzpostavljena mreža SUC in VUZ	Število	0	1	2027	MZ
1	1.3	Strukturni kazalnik	Vzpostavljena mreža pediatrične NMP	Število	0	1	2028	MZ
1	1.3, 1.4	Kazalnik rezultata	Dostopni čas ekip NMP do kraja intervencije	Minute	16	<15	2031	MZ
1	1.4	Strukturni učinek	Delež enot NMP, ki so vključene v dispečersko službo zdravstva	Delež	77	100	2025	MZ
1, 3	1.5, 3.7	Kazalnik učinka	Novela ZNB, objavljena v UL	Število	0	1	2025	MZ
1	1.5	Kazalnik rezultata	Delež cepljenih oseb proti gripi	Delež	6,1 %	>12 %	2031	NIJZ
1	1.6	Kazalnik učinka	Izveden pilotni projekt za izboljšanje dostopnosti zobozdravstvenih storitev za uporabnike institucionalnega varstva	Število	0	1	2028	MZ

2	2.1	Strukturni kazalnik	Število zdravstvenih domov, ki izvajajo preventivne programe v CKZ	Število	42	61	2031	NIJZ
2	2.2	Kazalnik učinka	Izveden projekt Preventivne aktivnosti v zdravstvu (v okviru tega tudi evalvacija obravnav v CKZ oziroma ZVC, Ustavimo kronično ledvično bolezen in nove intervencije sekundarne in terciarne preventive v CKZ oziroma ZVC)	Število	0	1	2028	NIJZ
2	2.2	Kazalnik učinka	Nov pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, objavljen v UL	Število	0	1	2026	MZ
2	2.2	Kazalnik učinka	Prenovljen presejalni program ZORA	Število	0	1	2026	OI
2	2.1, 2.2	Kazalnik rezultata	Delež oseb, ki se odzovejo na presejalne programe DORA, ZORA, SVIT	Delež	DORA 77 % ZORA 74,4 % SVIT 65,3 %	DORA > 79 % ZORA > 77 % SVIT > 68 %	2031	NIJZ
2	2.2	Kazalnik učinka	Izdelan protokol za sistemsko presejanje in izvajanje kratkega ukrepa za tvegano in škodljivo pitje alkohola po modelu SOPA	Število	0	1	2027	NIJZ
2	2.2	Kazalnik rezultata	Prebivalci, ki pijejo tvegano ali škodljivo (18–74 let)	Delež	M: 65 % Ž: 45 %	M: <60 % Ž: <40 %	2031	NIJZ
2	2.2	Kazalnik učinka	Smernice za izvajanje preventivnih dejavnosti v CPZOPD, objavljene na spletni strani MZ	Število	0	1	2028	MZ
2	2.2	Kazalnik učinka	Izveden pilotni projekt preventivnega varstva ustnega zdravja	Število	0	1	2028	NIJZ
2	2.2	Kazalnik rezultata	Delež odraslih, ki si zobe čisti vsaj dvakrat dnevno	Odstotek	70	>85	2031	ZZS
2	2.3	Kazalnik učinka	Digitalizirani protokol prehoda za uporabo eKartona	Število	0	1	2026	MZ
2	2.4	Kazalnik učinka	Nov pravilnik o preventivnih zdravstvenih pregledih delavcev, objavljen v UL	Število	0	1	2025	MZ

2	2.5	Kazalnik učinka	Poseben zakon o enotnem izvedenskem organu, objavljen v UL	Število	0	1	2025	MZ
2	2.4, 2.5	Kazalnik rezultata	Delež izgubljenih koledarskih dni v opazovanem letu na enega zaposlenega na leto	Delež	5,24 % (2023)	<4 %	2031	NIJZ
2	2.6	Kazalnik učinka	Izveden projekt Posodobitev obravnave mišično-skeletnih bolečin na primarni ravni in predlog za sistemsko ureditev	Število	0	1	2026	NIJZ
2	2.7	Kazalnik učinka	Izbrana presejalna orodja za odkrivanje (pred)krhkosti, objavljena na spletni strani NIJZ	Število orodij	0	2	2028	NIJZ
2	2.8	Kazalnik učinka	Izvedeni projekti na področju krepitve odpornosti sistema dolgotrajne oskrbe	Število	0	2	2028	MZ
2	2.9	Kazalnik učinka	Smernice za geriatrično obravnavo starejših, objavljene na spletni strani NIJZ	Število	0	1	2026	NIJZ
2	2.10	Kazalnik učinka	Akcijski načrt za razvoj paliativne dejavnosti 2024–2025	Število	0	1	2024	MZ
2	2.10	Kazalnik učinka	Število specializantov družinske medicine, ki opravijo izobraževanje o paliativni oskrbi kot del obveznih vsebin specializacije	Število	0	150	2026	MZ
3	3.1	Kazalnik učinka	Učna gradiva in priporočila za izvajanje promocije in večjo zdravstveno pismenost v šolah, objavljena na spletni strani NIJZ	Število	0	2	2025	NIJZ
3	3.1	Strukturni kazalnik	Delež osnovnih šol (OŠ), srednjih šol (SŠ) in dijaških domov (DD), vključenih v mrežo »zdravih šol«	Delež	OŠ: 74,4 % SŠ: 46 % DD: 25,7 %	OŠ: >85 % SŠ: >56 % DD: >36 %	2031	NIJZ
3	3.2	Kazalnik učinka	Strategija za večjo zdravstveno pismenost, objavljena na spletni strani MZ	Število	0	1	2025	MZ
3	3.2	Kazalnik učinka	Priporočila in ukrepi za izboljšanje organizacijske zdravstvene pismenosti, objavljena na spletni strani MZ	Število	0	1	2026	MZ

3	3.3	Kazalnik učinka	Predlog modela povezovanja zdravstvenih izvajalcev in športnih društev za vključevanje v vadbo – »vadba na recept«	Število	0	1	2025	MZ
3	3.3	Kazalnik učinka	Izveden pilotni projekt »kultura na recept«	Število	0	1	2028	MZ
3	3.4	Kazalnik učinka	Vzpostavljeno avtomatizirano elektronsko obveščanje pacienta o skorajšnjem poteku ali izdaji listin	Število	0	1	2026	NIJZ
3	3.4	Kazalnik rezultata	Delež prebivalcev in njihovih pooblaščenцев, ki uporabljajo storitve portala zVEM	Delež	25 %	> 50 %	2031	NIJZ
3	3.5	Kazalnik učinka	Izdelan protokol za timsko obravnavo nenujnih telefonskih klicev, vključno s protokolom triaže s svetovanjem, za zdravstvene delavce in sodelavce	Število	0	1	2024	MZ
3	3.5	Kazalnik učinka	Število zdravstvenih delavcev na primarni ravni, izobraženih za uporabo protokola telefonske triaže s svetovanjem	Število	0	200	2027	MZ
3	3.6	Kazalnik učinka	Vzpostavljeno državno spletno orodje za opolnomočenje pacienta	Število	0	1	2026	NIJZ
3	3.6	Kazalnik rezultata	Delež prebivalcev, ki uporablja državno spletno orodje za opolnomočenje pacienta	Delež	0	10 %	2031	NIJZ
3	3.1-3.6	Kazalnik rezultata	Delež zdravstveno pismenih prebivalcev	Delež	50 %	>60 %	2031	MZ
4	4.1	Kazalnik učinka	Izvedeni pilotni projekti, ki uvajajo nove modele zdravstvene obravnave z drugačno sestavo tima	Število	0	3	2028	MZ
2, 4, 8	2.5, 4.1, 8.6	Kazalnik učinka	Nov ZZVZZ, objavljen v UL	Število	0	1	2025	MZ
4	4.2	Kazalnik učinka	Protokol usposabljanja v CKZ oziroma ZVC za posameznike laike, ki nudijo podporo drugim kroničnim pacientom v skupnosti	Število	0	1	2026	NIJZ

4	4.2	Kazalnik učinka	Število izobraženih posameznikov laikov za podporo drugim pacientom v skupnosti	Število	0	200	2028	NIJZ
4	4.3	Strukturni kazalnik	Število timov CZO	Število	27	38	2028	NIJZ
4	4.3	Kazalnik učinka	Sprememba ZOPPOP, objavljena v UL	Število	0	1	2028	MZ
4	4.3	Kazalnik učinka	Nov pravilnik o določitvi javne mreže centrov za zgodnjo obravnavo, objavljen v UL	Število	0	1	2025	MZ
4	4.3	Kazalnik učinka	Nov pravilnik o organizaciji, podrobnejših nalogah, načinu dela, postopkih medsebojnega obveščanja multidisciplinarnega tima z vsemi institucijami, ki obravnavajo otroka, objavljen v UL	Število	0	1	2025	
4	4.4	Kazalnik učinka	Povezana terenska mreža patronažnega zdravstvenega varstva v državnem spletnem portalu zVEM	Število	0	1	2025	NIJZ
4	4.5	Strukturni kazalnik	Število centrov za duševno zdravje (CDZO, CDZOM)	Število	CDZO – 17 CDZOM – 22	CDZO - 25 CDZOM - 29	2028	NIJZ
4	4.6	Strukturni kazalnik	Število novih zaposlitev v okviru CPZOPD	Število	0	10	2028	MZ
4	4.7	Kazalnik učinka	Število protokolov, ki podpirajo vzpostavljanje enotnih vstopnih točk, triažne postopke, načrtovanje stopnjevanje obravnave, timsko sodelovanje in zagotavljanje kakovosti	Število	0	3	2028	NIJZ
4	4.8	Kazalnik učinka	Število protokolov, ki strokovno in organizacijsko določajo način sodelovanja in potrebne informacije za izvedbo posamezne vrste zdravstvene storitve ePosvet	Število	0	10	2028	NIJZ
4	4.8	Kazalnik učinka	Delež izdanih ePosvetov v primerjavi z izdanimi eNapotnicami	Delež	0,3 %	> 3%	2028	NIJZ
5	5.1	Kazalnik učinka	Poseben zakon o kakovosti, objavljen v UL	Število	0	1	2025	MZ

5	5.1	Strukturni kazalnik	Vzpostavljena organizacijska struktura na državni ravni za celovito upravljanje in izboljševanje kakovosti in varnosti v zdravstvu	Število	0	1	2026	MZ
5	5.2	Kazalnik učinka	Kazalniki kakovosti za primarno raven, objavljeni na spletni strani telesa za kakovost na državni ravni	Število	0	1	2027	MZ
5	5.3	Kazalnik učinka	Vzpostavljeno obdobjo spremljanje izkušenj pacientov z obravnavo in izidov z vidika pacientov na primarni ravni z uporabo PREMs v okviru projekta PaRIS	Število	0	1	2026	NIJZ
6	6.1.	Strukturni kazalnik	Vzpostavljena notranja organizacijska enota na MZ, ki se prednostno ukvarja s primarno ravno zdravstvenega varstva	Število	0	1	2025	MZ
6	6.1	Strukturni kazalnik	Vzpostavljena neodvisna organizacijska enota za strokovno podporo in razvoj primarne ravni zdravstvenega varstva	Število	0	1	2027	MZ
6, 8, 9	6.2, 6.3, 6.4, 8.7, 9.1	Kazalnik učinka	Nov ZZDej, objavljen v UL	Število	0	1	2025	MZ
7	7.1	Kazalnik učinka	Prenovljen model financiranja zdravstvene dejavnosti na primarni ravni po posameznih področjih (družinska medicina, pediatrija, ginekologija, zobozdravstvo, izvajalci zdravstvene dejavnosti, ki delujejo v okviru vzgojno-izobraževalnih ustanov), objavljen v splošnem dogovoru oziroma uredbi o določitvi programov storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, opredelitev zmogljivosti, potrebnih za njegovo izvajanje, in določitev obsega sredstev	Število	0	5	2027	ZZZS
7	7.2	Kazalnik učinka	Poročilo o izboljšavah navodil za obračun storitev, objavljeno na spletni strani ZZZS	Število	0	1	2025	ZZZS

7	7.3	Kazalnik učinka	Poročilo o izvedenih investicijah v primarno raven zdravstvene dejavnosti 2021–2031	Število	0	1	2031	MZ
8	8.1	Kazalnik učinka	Število dogodkov za promocijo pozitivnih vidikov zaposlitve na primarni ravni	Število	0	>1/leto	2031	MZ
8	8.2, 8.5	Kazalnik učinka	Prenovljen pravilnik o vrstah, vsebini, trajanju in poteku specializacij zdravnikov, objavljen v UL	Število	0	1	2026	MZ
8	8.3	Kazalnik učinka	Izvedba pilotnih projektov na področju novih podiplomskih usposabljanj za zdravstvene delavce	Število	0	3	2028	MZ
8	8.4	Strukturni kazalnik	Število ambulant specializanta družinske medicine, opredeljenih v splošnem dogovoru oziroma uredbi o določitvi programov storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, opredelitev zmogljivosti, potrebnih za njegovo izvajanje, in določitev obsega sredstev	Število	15	30	2025	MZ
8	8.6	Kazalnik učinka	Nov pravilnik o razvrščanju, predpisovanju in izdajanju zdravil za uporabo v humani medicini, objavljen v UL	Število	0	1	2024	MZ
10	10.1	Strukturni kazalnik	Število nadgrajenih modulov v okviru eKartona in dogovorjene oblike podatkov za ključne vsebine primarne ravni (preventiva otrok, preventiva v ambulanti družinske medicine, materinska knjižica, poročila reševalnih prevozov)	Število	0	4	2026	NIJZ
10	10.2	Strukturni kazalnik	Vzpostavljena akreditirana centralna hramba z vsemi pogoji, ki omogoča hrambo dokumentacije pacientov v skladu z zakonodajo	Število	0	1	2026	MZ
10	10.3	Kazalnik učinka	Oddano javno naročilo za državni sistem zdravstvenih storitev na daljavo	Število	0	1	2024	NIJZ

10	10.3	Kazalnik rezultata	Zdravstveni delavci, ki uporabljajo državni sistem zdravstvenih storitev na daljavo	Število	0	1500	2026	NIJZ
10	10.4	Kazalnik učinka	Izvedeni pilotni projekt o uporabi umetne inteligence v zdravstvu	Število	0	3	2028	MZ
10	10.5	Kazalnik učinka	Število uporabnikov z opravljenim usposabljanjem za digitalno opismenjevanje, objavljeno na spletni strani MZ	Število	0	300	2028	MZ

Strategija razvoja zdravstvene dejavnosti na primarni ravni zdravstvenega varstva do leta 2031 (SRZDPR2031)

10 STRATEŠKIH CILJEV

-  Pravična dostopnost do zdravstvenega varstva čim bližje posameznikovemu bivališču
-  Usmerjenost v preventivno zdravstveno varstvo in vseživljenjski pristop
-  Vključenost in opolnomočenje posameznika in družbe
-  Integrirana in koordinirana zdravstvena obravnava pacienta
-  Kakovostna in varna zdravstvena obravnava pacienta
-  Učinkovito upravljanje in vodenje
-  Finančne spodbude in vlaganje v infrastrukturo
-  Vlaganje v kadrovske vire in ustrezne delovne pogoje
-  Razvoj raziskovalne dejavnosti
-  Digitalna preobrazba zdravstvene dejavnosti

VIZIJA

Dobro počutje posameznika

Zdravi prebivalci

Odporen in finančno vzdržan zdravstveni sistem

Zaupanje v zdravstveni sistem

Vključen in opolnomočen pacient

VREDNOTE

Enakost

Solidarnost

Socialna pravičnost