



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

Štefanova ulica 5, 1000 Ljubljana

T: 01 478 60 01

F: 01 478 60 58

E: gp.mz@gov.si

www.mz.gov.si

Številka: 024-54/2023/9

Datum: 31. 8. 2023

USMERITVE ZDRAVSTVENE POLITIKE ZA LETO 2024 IN 2025

Smernice

Kazalo vsebine

| | |
|---|----|
| 1. UVOD..... | 3 |
| 1.1 PRAVNA PODLAGA | 3 |
| 1.2 TEMELJNA NAČELA..... | 4 |
| 1.3 NAMEN IN CILJI SMERNIC..... | 4 |
| 2. KAKOVOST | 5 |
| 3. DOSTOPNOST..... | 7 |
| 4. UČINKOVITOST..... | 11 |
| 5. MOTIVIRAN IN ZAVZET KADER..... | 13 |
| 6. ZDRAVSTVENA OPOLNOMOČENOST VSEH PREBIVALK IN PREBIVALCEV SLOVENIJE | 14 |

1. UVOD

Skupna prizadevanja vseh deležnikov v zdravstvu so osredotočena na pacienta in njegovo dobrobit. V smernicah naslavljamo področja oziroma prednostne naloge na področju zdravstva, s katerimi bomo v naslednjih dveh letih zagotovili stabilnost zdravstvenega sistema, povečali dostopnost do zdravstvenih storitev, izboljšali izide zdravljenja preko izmenjave dobrih praks med zdravstvenimi izvajalci in zagotavljanja razvoja in optimizacije organizacije dela in procesov ter zmanjševali izkazane neenakosti med prebivalci na ravni države in posameznih regij. Smernice upoštevajo temeljna načela in vrednote, na katerih temelji zdravstveni sistem, in sicer načela univerzalnosti, dostopnosti, solidarnosti, enakosti, nepridobitnosti ter učinkovitosti.

1.1 PRAVNA PODLAGA

ZNUSZSZ v tretjem odstavku 11. člena določa, da smernice zdravstvene politike vsako leto do konca avgusta določi minister, pristojen za zdravje.

Republika Slovenija glede na prvi odstavek 4. člena Zakona 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 in 100/22 – ZNUZSZS; v nadaljnjem besedilu: ZZVZZ) uresničuje svoje naloge na področju zdravstvenega varstva, s tem da:

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

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

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

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

1.2 TEMELJNA NAČELA

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

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

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

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

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

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

1.3 NAMEN IN CILJI SMERNIC

Smernice predstavljajo izhodišča Ministrstva za zdravje ZZSju za pripravo predloga programa storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, opredelitev zmogljivosti, potrebne za njegovo izvajanje, in določitev obsega sredstev (v nadaljnjem besedilu: dogovor) za leto 2024 ter srednjeročne usmeritve zdravstvene politike za leto 2025. Namen smernic je nasloviti področja oziroma prednostne naloge na področju zdravstva.

Temeljni cilji smernic za leto 2024 so:

1. povečati predvsem časovno dostopnost pacientov do zdravstvenih storitev,
2. zagotoviti merljivost kakovosti in varnosti zdravstvenih storitev za paciente preko merjenja izidov zdravljenja,

3. izboljšanje učinkovitosti izvajanja zdravstvene oskrbe,
4. izboljšati motivacijo in zavzetost zaposlenih v sistemu zdravstvenega varstva z ustrežnejšimi pogoji dela,
5. spodbujati aktivno vlogo in odgovornost posameznika za lastno zdravje.

2. KAKOVOST

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

Usmeritve:

1. Za paciente, ki jim je bila vstavljena, zamenjana ali odstranjena kolčna ali kolenska endoproteza ali njen del, morajo izvajalci podatke v skladu z Zakonom o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva sporočiti v Register endoprotetike Slovenije (RES). V primeru elektivnih (načrtovanih) operacij, morajo izvajalci sporočiti OB Valdoltra tudi kazalnike o izidih zdravljenja, poročanih s strani pacienta, prav tako predpisanih v Zakonu. Plačajo se le tisti primeri, ki so bili v celoti sporočeni upravljalcu zbirke RES-OBV. Za delovanje RES se upravljalcu zbirke OBV s 1.1.2024 financira 2,0 administrativnega delavca. Skrbnik zbirke podatke kvartalno analizira, rezultate predstavi izvajalcem in sicer zagotovi primerljive rezultate zdravljenja med izvajalci, ki

le-tem omogočijo pregled procesov in izmenjave dobrih praks, vpeljavo ukrepov za izboljšanje dela ter posledično izboljšanje izidov zdravljenja.

2. Za paciente s srčno-žilnimi boleznimi se s 1.1.2025 vzpostavi Register srčno žilnih bolezni. S 1.6.2024 oz. po pripravi predloga RSK za interno medicino, ki ga potrdi Zdravstveni svet, se Kardiološki kliniki UKC Ljubljana zagotovi 1 administrativno tehnični delavec za vzpostavljanje Registra srčno žilnih bolezni. Po vzpostavitvi registra, to je 1.1.2025, se za vodenje registra zagotovi 2 administrativno tehnična delavca.
3. ZZS v letu 2024 v vsaj pet obračunskih modelov v specialistični dejavnosti, za katere MZ do konca leta 2023 pripravi nabor ustreznih kazalnikov kakovosti zdravstvene obravnave, evidenčno vključi kakovost obravnave in izidov zdravljenja. V letu 2025 se evidenčno uvajanje kakovosti v obračunske modele financiranja razširi na ostale specialistične dejavnosti ter na bolnišnično dejavnost, za pet specialističnih dejavnosti, za katere so bili kazalniki evidenčno vpeljeni leta 2024, pa se v 2025 plačevanje po kakovosti vključi v sistem financiranja.
4. V letu 2024 partnerji v sodelovanju vzpostavijo avtomatizacijo spremljanja kazalnikov izidov zdravljenja, poročanih s strani pacientov (PROMi), za naslednje bolezni: zvišan krvni tlak, kronična atrijska fibrilacija, kronično srčno popuščanje, koronarna bolezen, kronična bolečina v križu, katarakta, pljučni rak, rak dojke, rak prostate, degeneracija makule, kronična ledvična bolezen in depresija. Kazalnike izidov pripravi MZ. V letu 2025 se podatki o kazalnikih izida pričnejo avtomatično spremljati in analizirati z namenom primerjave in izmenjave dobrih praks med izvajalci, sprejetja ukrepov za izboljšanje strukture in procesov obravnave.
5. Celostna in sprotna analiza zbranih podatkov, javna objava rezultatov nadzorov in kazalnikov kakovosti zdravstvenih obravnav po posameznih oddelkih in izvajalcih, ne posameznega zdravstvenega delavca, z namenom sprejetja ukrepov za izboljšanje procesov obravnave in izidov zdravljenja najkasneje do konca 2025.
6. Z namenom kakovostne in varne obravnave se na področju ambulant družinske medicine in otroško šolskega dispanzerja s 1.1. 2024 uvede degresijska lestvica, ki motivira posamezne time k optimalnemu opredeljevanju števila ljudi in kakovostne obravnave na podlagi prenovljenih glavarinskih količnikov, obračunskega modela in celovitega spremljanja kakovosti.

7. Avtomatizacija spremljanja izkušenj pacientov in svojcev z obravnavo (PREMi). Interpretacija rezultatov in priprava ukrepov se obvezno izvajata v skladu s pripadajočo stroko.
8. Do konca leta 2023 se v sodelovanju z NIJZ poenostavijo, poenotijo in digitalizirajo vprašalniki, ki jih uporabljajo DMS v ambulantah družinske medicine. Časovni prihranek na delu DMS se prenese v timsko delo tima v ambulantah družinske medicine.

3. DOSTOPNOST

Dostopnost do zdravstvenih storitev predstavlja eno najpomembnejših vrednot z vidika državljana in državljanke: ekonomska, geografska in fizična, informacijska in časovna. Ob nepopolnem zdravju je namreč osnovna želja posameznika pravočasni vstop v zdravstveni sistem. Težavnost simptomov in znakov ter prioriteta obravnav narekujejo uvedbo strokovnih kriterijev za umestitev na seznam čakajočih. Vsem nedopustno čakajočim pacientom so s tem kratene osnovne ustavne pravice.

V letu 2024 in 2025 je potrebno spodbuditi hitrejšo prenovo sistema financiranja na odhodkovni strani preko določanja in racionalizacije pravic ter strateškega nakupa zdravstvenih storitev («strategic purchasing») ter prenove modelov financiranja posameznih dejavnosti. Strateško nakupovanje zdravstvenih storitev omogoča selektivnost, usmerjenost na izide zdravljenja, zagotavljanje kakovosti sistema ter optimiziranje dostopnosti ob ustreznih spodbudah. Strateško nakupovanje ne potrebuje spremembe zakonodaje, zahteva pa veliko znanja.

Celovit pristop k optimizaciji dostopnosti mora vključevati opolnomočenje primarne ravni, povečevanje deleža prospektivnega programa in postopno umestitev vzpodbud plačila glede na izide zdravljenja.

Usmeritve:

1. eNaročanje postane neposredno dostopno ZZZS v okviru zakonskih določb.
2. Izvajalci prično število čakajočih spremljati tudi po številu oseb in ne le po številu izdanih napotnic.
3. Partnerji v sodelovanju pripravijo protokol urejanja čakalnega seznama:

- a. Istemu pacientu se lahko sočasno izda le ena napotnica za enako storitev.
 - b. V sistemu eNaročanje se zagotovi avtomatično mesečno usklajevanje seznama napotitev glede na opravljeno storitev morebitno, smrt in brisanje napotnic s pretečenim zakonskim rokov prijave.
 - c. Določitev metodologije za določanje okvirnih terminov z enotno in javno objavljenim postopkom za izračun (algoritmom)
 - d. Za izdane napotnice, kjer se pacienti ne naročijo v roku in kjer se izda nova napotnica (ponovna izdaja), se neveljavna napotnica avtomatično briše iz sistema eNaročanje.
 - e. Zmanjša se število stopenj nujnosti na tri (nujno, hitro, redno). Pri tem se stopnja hitro spremeni do mesec dni.
 - f. Izvajalcem se v sistemu eNaročanja zagotovi avtomatično sporočanje termina z naročenimi pacienti (SMS, elektronska pošta, pošta) ob določitvi termina ter tri delovne dni pred terminom z naročenim pacientom s ciljem zmanjšanja no-show obiskov.
 - g. Pacient mora dodeljeni termin obiska aktivno potrditi ali zavrniti. V kolikor pacient termina dva delovna dneva pred terminom ne potrdi ali zavrne, se termin sprosti.
 - h. Če želi pacient nov ustrezen termin glede na prioriteto napotnice, se mora za neudeležbo izvajalcu opravičiti v roku 3 delovnih dni po terminu le iz pacientovih objektivnih razlogov, ki jih določi minister, pristojen za zdravje (sicer izgubi mesto na čakalnem seznamu).
 - i. eNaročanje vpelje kazalnik spremljanja naročenih, potrjenih in izpadlih terminov.
 - j. Vzpostavi se križni šifrant (ali poenoti) med VZS in obračunskimi storitvami.
4. RSKji ustreznih specialnostih na sekundarnem nivoju v sodelovanju z RSK za družinsko medicino (poglavje 2 točka 3) pod koordinacijo Ministrstva za zdravje in Zdravstvenega sveta pripravijo seznam napotnih diagnoz in stanj pacientov, pri katerih je utemeljena napotitev pod nujno ali hitro, do konca marca 2024.
5. Do konca junija 2024 se na temo seznama napotnih diagnoz in stanj pacientov za napotovanje organizirajo izobraževanja za klinične specialiste in specialiste družinske medicine.

6. Napotitev na prvi pregled na sekundarno raven oz. na preiskavo mora biti vedno izvedena na podlagi kliničnega pregleda na primarni ravni.
7. V ambulantah družinske medicine se ločeno načrtuje sredstva za laboratorijsko preiskavo za diagnosticiranje srčnega popuščanja po potrditvi stroke.
8. V ambulantah družinske medicine se ločeno načrtuje sredstva za nekatere posege in preiskave po ustrezno pripravljenih protokolih (proces, znanje) s strani stroke, ki ga potrdi Zdravstveni svet in se vpelje v financiranje preko rangirnega seznama.
9. ZZZS ne more skleniti pogodbe z izvajalcem za program, kjer ima izvajalec manj kot 0,2 tima.
10. Prilagoditev cene prvega pregleda v specialistično-ambulantni dejavnosti do 30% v povezavi s stimulacijo celovite obravnave, torej opredelitvijo svežnja pripadajočih diagnostičnih in terapevtskih storitev v maksimalnem obsegu.
11. V letu 2024 se poveča javne mreže in vključevanje novih razpoložljivih izvajalcev na podlagi epidemiološko - demografskih kriterijev, predvsem v specialistično-ambulantni dejavnosti. Kriterije povečevanja javne mreže pripravi Ministrstvo za zdravje do konca leta 2023, partnerji jih vpeljejo 3 mesece po pripravi kriterijev.
12. V primeru spremembe UMAR, se valorizacija materialnih stroškov, amortizacije uskladi s spremenjenimi izhodišči od 1. januarja dalje.
13. Prenova modela PP (prvi pregledi) za celotno SAO z določitvijo standardiziranega števila PP, dinamiko rasti do optimalnega števila PP na posamezni tim ter vzpodbudami ob preseganju standardnega števila in penalih ob nedoseganju standardiziranega števila in rasti nedopustno čakajočih.
14. Zagotovi se plačilo po realizaciji za vse ranljive skupine (otroci, nosečnice, ...) ter v največji možni meri za deficitarne dejavnosti, kot so npr. patronažna služba in nega na domu, dejavnost gastroenterologije, citološke in histopatološke preiskave na specialistično-ambulantnem nivoju v bolnišnicah, za program Enote za bolezni in Enote za poškodbe v urgentnih centrih ter pediatrijo na sekundarni ravni.
15. Prenovi se obračunski model plačevanje funkcionalne diagnostike na vseh ravneh do konca leta 2024.
16. Prenovi se kalkulacija nadzorovane obravnave. Ponovno se bo preverilo klinične poti, potrebne storitve in vrednotenje storitev nadzorovane obravnave na način, da bo plačilo v večji meri vezano na dejansko opravljene storitve.

17. NIJZ do 1.6.2024 na podlagi poglobljene analize učinkovitosti delovanja, analize zakonskih podlag in v skladu s potrebami prebivalstva pripravi izhodišča za nadgradnjo preventivnih programov za obravnavo kroničnih bolnikov za vse populacijske skupine in oblikuje predlog normativov za izvajanje dejavnosti. Cilj je nadgradnja modelov delovanja Razvojnih ambulant s centri za zgodnjo obravnavo, CKZ, CDZOM in CDZO. Analiza se obravnava na Zdravstvenem svetu, rezultate potrdi Ministrstvo za zdravje. ZZZS umesti v sistem financiranja mesec dni po potrditvi Ministrstva za zdravje.
18. Nove zdravstvene tehnologije se v skladu z rangirno tabelo in sklepi Zdravstvenega sveta po odločitvi ministra za zdravje ustrezno vključijo v javno financiranje.
19. Zdravstveni svet na podlagi predložene analize s strani vlagatelja (Lekarniška zbornica Slovenije) presodi uspešnost in stroškovno učinkovitost ambulant farmaceutov svetovalcev in predlaga ustrezne rešitve glede možnosti napotitve s strani zdravnikov specialistov z vseh ravni zdravstvene dejavnosti kot npr. kardiolog, psihiater, ginekolog, pediater ipd. ter s strani magistrov farmacije s kompetenco za izvajanje PUZ, in ne le s strani specialista družinske medicine. Ministrstvo se odloči o dinamiki umestitve v sistem financiranja.
20. Zdravstveni svet na podlagi predložene analize s strani vlagatelja (Lekarniška zbornica Slovenije) presodi uspešnost in stroškovno učinkovitost uskladitve načina financiranja izdaje zdravil z zahtevnejšim svetovanjem in pogoji preskrbe in sicer smiselnost opredelitve nove lekarniške storitve »Izdaja zdravil s posebnim protokolom. Ministrstvo se odloči o dinamiki umestitve v sistem financiranja.
21. Za področje zobozdravstva na primarni ravni se uvede nova storitev – strojno širjenje koreninskih kanalov.
22. Uvedba koordinatorja celostne rehabilitacije bolnikov na OI Ljubljana in UKC Maribor z namenom izboljšanja kakovosti oskrbe onkoloških bolnikov in zmanjšanja absentizma.
23. Do konca leta 2024 se preuči možnost vzpostavitve cepilnih mest tudi v lekarnah, kjer bi se lahko izvajalo cepljenje proti sezonski gripi.
24. ZZZS vzpostavi centralni obračun zdravstvenih storitev.

4. UČINKOVITOST

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

Potrebno je vzpostaviti spremljanje učinkovitosti izvajalcev po posameznih boleznih in uvesti strokovno-finančne nadzore v sodelovanju z zbornicami.

1. Za namene usmerjenega nadzora nad učinkovitostjo izvajalcev mora ZZS do marca 2024 vzpostaviti sistem preverjanja skladnosti podatkov na mesečni ravni o realizaciji ZZS in eNaročanja, odklone od običajne prakse pri izdajanju napotnic, opravljanju storitev po pacientu po posameznih boleznih. Na podlagi rezultatov analize ZZS pripravi načrt ciljanih strokovno-finančnih nadzorov za tiste paciente pri tistih izvajalcih, kjer so ugotovljena večja odstopanja, z ustreznimi strokovnjaki.
2. Do konca leta 2024 ZZS pripravi plačilo po svežnju za diagnozo kronična atrijska fibrilacija in kronična ledvična bolezen, ki ustrezno zajame vse storitve.
3. Postopno povečanje deleža prospektivnega programa z 20% letno rastjo ob jasno začrtanem obsegu načrtovanih zdravstvenih storitev do konca 2025.
4. ZZS do 15.10.2023 pripravi plan prenove modelov plačevanja ambulantne dejavnosti v letu 2024, pri čemer mora v planu prenove upoštevati plan usmeritev EU projekta Posodobitev ambulantnih modelov plačevanja. Prenove do sedaj neprenovljenih modelov plačevanja ambulantne dejavnosti se morajo zaključiti do 31.12.2024. Plan prenove mora vsebovati navedbo dejavnosti, ki se bodo prenovile ter plan usmeritev EU projekta (oboje z navedbo terminov zaključkov prenove oz. implementacij). Preuči se ustreznost modela valorizacije cen v primeru spremembe kalkulativnih elementov za oblikovanje cen.
5. Preuči se možnost oblikovanja cen krvnih pripravkov v Splošnem dogovoru.

6. Do 1.6.2024 se prenovi in implementira model financiranja ambulant družinske medicine in otroško šolskega dispanzerja z novimi glavarinskimi količniki, ki predstavljajo pretežni del financiranja družinskih ambulant. Prenovi se obračunski model za antikoagulantne ambulante na primarni ravni.
7. Spremljanje in nadzor ravni standardizacije na vseh področjih zdravstvenega varstva preko zavez pogodbenih izvajalcev za vzpostavitev podatkovne zbirke o cenah in kakovosti vložkov, infrastrukture ter medicinske opreme kot podpora izvajalcem pri javnih razpisih, nabavah in investicijah.
8. Pri financiranju novih (in obstoječih) zdravstvenih tehnologij iz javnih sredstev je potrebno predložiti analizo stroškov in učinkovitosti oz. analizo stroškov in koristnosti. Študija je lahko narejena v tujini, pri čemer morajo biti stroški in preferenčne uteži do zdravstvenih stanj adaptirane na slovenske razmere.
9. NIJZ do 1.6.2024 v okviru izvajanja dejavnosti pripravi izhodišča za nadgradnjo preventivnih programov za obravnavo kroničnih bolnikov za vse populacijske skupine in oblikuje predlog normativov za izvajanje dejavnosti. Cilj je poenotenje modela financiranja različnih tipov centrov za krepitev zdravja.
10. Prilagoditev obstoječe IKT infrastrukture v smislu zagotavljanja enotnosti in povezljivosti podatkovnih baz s področja poslovnega in strokovnega upravljanja (struktura, procesi, izidi) pri vseh deležnikih v zdravstvu.
11. ZZS do konca leta 2024 konča prenovno obračunski modela SPP.
12. Pristojni RSK oblikujejo do konca leta 2024 smernice za izvajanje funkcionalne diagnostike. Uvede se strokovni nadzor nad kakovostjo izvedenih preiskav in kakovostjo izvida preiskave. Predlog se predstavi na Zdravstvenem svetu, potrdi ga Ministrstvo za zdravje.
13. ZZS pripravi novo opredelitev in način obračunavanja nenujnih reševalnih in sanitetnih prevozov.
14. Zdravstveni svet na podlagi predložene analize s strani vlagatelja (Lekarniška zbornica Slovenije) presodi uspešnost in stroškovno učinkovitost financiranja brezšivne skrbi na vseh ravneh lekarniške dejavnosti in predlaga širitve ter morebitne spremembe vrednotenja programa.
15. Delovni nalog (DN) in nalog za fizioterapijo se digitalizirata in se napišeta le za prvo napotitev, vse nadaljnje obravnave se zgodijo po presoji napotne službe.

16. Prenovi se sistem določanja glob za nepravilni obračun storitev, ki odpravlja razlike v obravnavi posameznih dejavnosti, v smeričasne prepovedi izvajanja storitev za ZZS v primeru izvajanja storitev izven strokovnih smernic.

5. MOTIVIRAN IN ZAVZET KADER

Skrb za motiviran, zavzet in zadovoljen zdravstveni kader je ena ključnih prioritiet vseh deležnikov v zdravstvenem sistemu. Brez motiviranih in zavzetih zaposlenih v javnem zdravstvenem sistemu ne moremo zagotoviti stabilnega, kakovostnega in vzdržnega zdravstvenega sistema. Opolnomočenje pacientov in vzdržnostna informatizacija morata biti usklajena in uravnotežena s kadrovskimi potenciali.

1. Do konca leta 2024 se preuči možnost vzpostavitve učnih ambulant z namenom izboljšanja kakovosti specializacije iz družinske medicine in povečanja zanimanja za specializacijo iz družinske medicine.
2. Na podlagi podatkov o številu DMS v javnem sektorju se do 1.6. 2024 naredi časovni plan prenove ambulant družinske medicine, pri čemer tim sestoji iz enega specialista družinske medicine, 1 DMS, 1 SMS in 0,5 administrativno-tehničnega kadra. Z novim timom se v ambulantah družinske medicine zagotovi timska obravnava, kjer DMS 100% svojega delovnega časa dela skupaj z ostalimi člani tima družinske medicine. Delovna skupina za nadaljnjo strokovno podporo ambulantam družinske medicine do 30. 6. 2024 pripravi seznam kompetenc DMS, z namenom zagotavljanja kakovostne timske obravnave pacienta v družinski medicini. Prenova ambulant družinske medicine se uvaja postopoma, ampak se prične uvajati takoj, ko DMS prične izvajati naloge v skladu s seznamom kompetenc. V skladu s postavitvijo nove sestave tima v ambulantah družinske medicine in prenovljenega izračuna glavarinskih količnikov, se določi novo standardno število glavarinskih količnikov na tim. Model se v celoti v vseh ambulantah družinske medicine vpelje do konca leta 2028, tempo vpeljave narekuje razpoložljivost DMS.
3. Priprava enotnih in več disciplinarnih učnih načrtov na nacionalnem nivoju s področja kakovosti in varnosti na vseh ravneh izobraževanja z obveznim preverjanjem znanja.

4. Uvedba obveznih obnovitvenih tečajev temeljnih in nadaljnjih postopkov oživljanja, ki temeljijo na učenju s simulacijami, za vse zdravstvene delavce, glede na pogostost srečevanja z nujnimi stanji v praksi.
5. Vzpostavitev specializacije s področja zdravstvenega menedžmenta in upravljanja kakovosti.

6. ZDRAVSTVENA OPOLNOMOČENOST VSEH PREBIVALK IN PREBIVALCEV SLOVENIJE

1. CKZ v sodelovanju z MZ, NIJZ ter drugimi deležniki pripravijo:
 - a. izobraževalne vsebine s področja zdravja in ukrepanja v primeru najpogostejših simptomov v vse osnovne šole. Izobraževalne vsebine na temeljijo na modernih pristopih učenja (npr. igrifikacija).
 - b. Vsebino obveznih obnovitvenih tečajev temeljnih postopkov oživljanja, ki temeljijo na učenju s simulacijami, za vse osnovne in srednje šole ter za vse zaposlene osebe v RS.
 - c. nacionalni program t.i. oseb, ki nudijo laično oskrbo v skupnosti, za najpogostejše kronične bolezni.
 - d. Izobraževanje pacientov za digitalne zdravstvene platforme, ki so jim na voljo zVEM, eUprava,...
2. RSK za družinsko medicino pripravi predlog za razvoj nacionalne platforme, namenjene samo-triaži pacientov. Platforma bo omogočala, da pacient, preden stopi v stik z zdravstveno službo, preveri, ali simptomi, ki jih ima, zahtevajo pregled pri zdravniku, ali pa so dovolj ukrepi samozdravljenja. MZ izdelavo platforme finančno podpre po odobritvi Zdravstvenega sveta, ZZS jo ustrezno umesti v sistem obravnave.

Po pooblastilu št. 020-7/2023/8

z dne 24. 7. 2023

Marjan Pintar
državni sekretar

