

Zapisnik 41. seje Razširjenega strokovnega kolegija za družinsko medicino

Prisotni: prof. dr. Danica Rotar Pavlič, dr. med., asist. dr. Aleksander Stepanovič, dr. med., Tanja Petkovič, dr. med., Jaka Strel, dr. med., dr. Andrej Kravos, dr. med, prof. dr. Marija Petek Šter, dr. med.,

Datum: 15.1.2026, trajanje od 20.00 do 22.00

Dnevni red:

1. V nadzorih ugotovljene napake obračuna in pojasnilo pravilnega obračuna zdravstvenih storitev

Osvetlitev: 5.1. 2026 je ZZS izvajalcem zdravstvenega varstva poslal v nadzorih ugotovljene napake, ki obsega 139 strani. Tako navajajo primere napak, na primer: neustrezni zapisi v zdravstveni dokumentaciji, pri katerih se obračun storitve ne prizna, saj ni zapisa o tem, kaj je bilo dejansko narejeno oziroma ugotovljeno: idem, b.p., psihoterapevtski ukrep. Obračun zdravstvenih storitev temelji na zdravstveni dokumentaciji. Za izbiro pravilne storitve (šifre) za obračun je pomembno poznavanje njenega dolgega opisa, ki podrobneje opredeljuje pogoje za obračun storitve in je v Sklepu o obračunavanju zdravstvenih storitev in po njem povzetih šifrantih. Še drug primer vključuje delovne naloge za patronažo. Storitve, kot so 'npr. pomoč pri negi, edukacija svojcev o uporabi MP', možno predpisati na delovni nalog za patronažo le za kratko premostitveno obdobje (praviloma največ za 1 mesec).

Sklep: Z velikim številom obravnav na primarni ravni ter ob večanju administrativnih storitev je neizogibno, da prihaja do odklonov v zapisih ter krajših zapisov. Še posebej v času povečanega števila okužb je izbrani zdravnik v časovni stiski, saj ima lahko na isti dan več kompleksnih in zahtevnih primerov. Zato je pri presoji in nadzorih potrebno upoštevati tudi kontekst. Izraz »b.p.« v medicinskem slengu pomeni, da pri pregledu zdravnik ni našel zdravstvenih bolezenskih stanj. Ta kratica je uveljavljena, prav tako tudi »status idem«. Psihoterapevtska obravnava s svetovanjem neredko traja dlje in je zahtevnejša od obravnave telesnih stanj. RSK meni, da gre za pomembno storitev, ki do sedaj ni bila ustrezno finančno opredeljena. Demografske spremembe v državi prav tako vplivajo na spremenjeno vsebino in trajanje obravnav. Dogaja se, da se starejši dlje časa ne morejo naučiti rokovanja z medicinsko-tehničnimi pripomočki, zato je omejitev izdaje delovnega naloga za patronažo za 1 mesec pogosto neustrezno, oziroma prekratko. Želeli bi, da se v nadzorih vključuje stroko. Pripravljeni smo se vključiti in predlagati kriterije za strokovni del strokovno-finančnega nadzora. Za področje družinske medicine naj bo nadzornik specialist družinske medicine. Predlagamo, da nadzore opravljajo nadzorniki iste specialnosti.

2. Zakon o dodatnih interventnih ukrepih na področju zdravstva (ZDIUPZ) - Navodilo o ravnanju (MZ,ZZS)

Osvetlitev: Predlagane rešitve glede navodila o ravnanju v času bolniškega staleža, izdana na podlagi Zakona o dodatnih interventnih ukrepih na področju zdravstva (ZDIUPZ) v praksi pomenijo nesorazmerno dodatno administrativno obremenitev timov družinske medicine, brez ustrezne strokovne, organizacijske in tehnične podlage. ZDIUPZ in z njim povezano navodilo izbranemu osebnemu zdravniku nalagata dodatne naloge, ki niso klinične narave,

temveč izrazito administrativne: natančno opredeljevanje režima gibanja, njegovo pisno evidentiranje ter zagotavljanje dokazljive vročitve tako zavarovancu kot tudi delodajalcu. Gre za opravila, ki pomembno posegajo v časovno in kadrovsko zmogljivost ambulant družinske medicine, ki so že sedaj preobremenjene in kadrovske podhranjene. Ob tem poudarjamo, da zakon in navodilo ne predvidevata nikakršnih razbremenilnih ukrepov, dodatnega kadra ali tehnične podpore, temveč breme izvajanja v celoti prelagata na time družinske medicine. Navodilo kot primarni način pisne seznaitve zavarovanca predvideva uporabo elektronskega naslova, vpisanega v CRPP. V praksi je ta pri veliki večini zavarovancev neurejen, neveljaven ali nikoli posodobljen. Posledično se odgovornost za pridobivanje, tiskanje in izročanje navodil ponovno prelaga na ambulate, kar dodatno povečuje administrativno breme in tveganje za spore glede dokazovanja vročitve. Iz navodila izhaja, da bo Zavod šele v roku treh mesecev zagotovil podrobnejšo vsebino navodil ter ustrezno tehnično rešitev za elektronsko posredovanje navodil zavarovancem in delodajalcem. Menimo, da je uvajanje zakonskih obveznosti brez vnaprej vzpostavljenih, delujočih in preizkušenih informacijskih rešitev strokovno in organizacijsko nesprejemljivo. Takšen pristop pomeni, da se vmesno obdobje ponovno rešuje na plečih izvajalcev, z improviziranimi postopki, različnimi interpretacijami in povečanim tveganjem za napake, kar vnaša dodatno nezadovoljstvo, negotovost in pravno izpostavljenost zdravstvenih delavcev. Dodatno poudarjamo, da se z nalaganjem nadzornih in administrativnih funkcij izbranemu osebnemu zdravniku slabša terapevtski odnos med zdravnikom in pacientom. Zdravnik družinske medicine se s tem vse bolj postavlja v vlogo nadzornega organa, kar ni v skladu z njegovo osnovno strokovno in etično vlogo ter dolgoročno škoduje zaupanju v zdravstveni sistem. Ne strinjamo se z načinom uvajanja sprememb, ki brez ustrezne priprave, tehnične podpore in sodelovanja s stroko dodatno obremenjujejo time družinske medicine. Pričakujemo, da se tovrstne sistemske spremembe oblikujejo v sodelovanju s strokovnimi kolegiji, da se uvedejo šele po vzpostavitvi delujočih rešitev ter da se jasno razmejijo klinične in administrativne odgovornosti. Pozivamo k ponovnemu razmisleku o obsegu in načinu izvajanja navodila ter k takojšnjemu vključevanju predstavnikov družinske medicine v nadaljnje oblikovanje izvedbenih rešitev.

Sklep: RSK za družinsko medicino ugotavlja, da navodilo o ravnanju po ZDIUPZ izbranemu osebnemu zdravniku nalaga dodatne administrativne obveznosti (opredeljevanje in pisno vročanje režima gibanja zavarovancu in delodajalcu), ki niso ustrezno podprte s kadrovske in tehničnimi rešitvami ter pomembno dodatno obremenjujejo time družinske medicine. Posebej izpostavljamo, da ima velik delež zavarovancev neurejen ali neveljaven elektronski naslov v CRPP, zaradi česar se breme zagotavljanja pisne seznaitve v praksi ponovno prenaša na ambulate. Ugotavljamo, da se ponovno uvaja nedodelana in začasna rešitev, za katero je že vnaprej predvidena naknadna nadgradnja v treh mesecih. Takšen način spreminjanja pravil ocenjujemo kot nesprejemljiv, saj povzroča organizacijsko negotovost, dodatno administrativno delo ter nezadovoljstvo med izvajalci zdravstvene dejavnosti. Zato se s predlaganim načinom izvajanja navodila ne strinjamo in pričakujemo, da se sistemske spremembe uvajajo šele po vzpostavitvi ustreznih, delujočih tehničnih rešitev in v sodelovanju s predstavniki družinske medicine. RSK v delovno skupino predlaga Andreja Kravosa.

3. Laboratorijske storitve

Osvetlitev: ZZS podpira širitev liste z manjkajočimi laboratorijskimi preiskavami. Prosijo, da se navede, za katere smernice gre oziroma da se opredeli indikacija za enotno ravnanje izvajalcev.

Če bi črtali spremljanje laboratorijske storitve po listi L, bi vse laboratorijske preiskave skupaj vključili v materialne stroške, kar bi veljalo tudi za LZMje. Na nekaj let bi izvedli analizo stroškov, da se ugotovi pokritost dejanskih stroškov z vkalkuliranimi.

Sklep: RSK je o tem že večkrat razpravljal in sprejel sklep, naj se vse preiskave, ki jih indicira zdravnik družinske medicine v skladu s strokovnimi smernicami, všteta v materialne stroške. Ne zdi se nam smiselno omejevati nabora preiskav z različnimi seznamami, saj se stroka nenehno razvija in se številne preiskave, ki so se še nedavno izvajale le na sekundarnem ali celo terciarnem nivoju, zdaj izvajajo pri nas. Hkrati pa RSK meni, da mora sistem LZM obstajati in veljati tudi v prihodnje. Strinjamo pa se s predlogom, da se vsakih nekaj let izvede analiza stroškov, da se ugotovi pokritost dejanskih stroškov z vkalkuliranimi.

Predlagamo, da se ustanovi delovna skupina, v kateri bi sodeloval član RSK Andrej Kravosa. V skupino predlagamo tudi Romano Pintar in Janeza Koprivca.

- 4. Številka: 181-210/2024-2711-45 Datum: 8.12.2025 Imenovanje predstavnika v usmerjevalni odbor projekta »Sistemska obravnava krhkosti s poudarkom na predkrhkosti za zdravo in kakovostno staranje« s kratkim nazivom »Obvladovanje krhkosti« (MZ, Vesna Marinko)**

Osvetlitev: Ministrstvo za zdravje in Nacionalni inštitut za javno zdravje izvajata projekt »Sistemska obravnava krhkosti s poudarkom na predkrhkosti za zdravo in kakovostno staranje« (v nadaljevanju besedila: Obvladovanje krhkosti), sofinanciran s strani Evropske unije iz Evropskega socialnega sklada plus in proračuna Republike Slovenije, kot nacionalni javni prispevek.

Sklep: RSK za družinsko medicino v usmerjevalni odbor projekta »Sistemska obravnava krhkosti s poudarkom na predkrhkosti za zdravo in kakovostno staranje« imenuje Tanjo Petkovič in Danico Rotar Pavlič.

- 5. Številka: 170-6/2025-2711-6 Datum: 8. 1. 2026 Zadeva: Predlog protokola obravnave onkološkega bolnika na primarni ravni zdravstvene dejavnosti pred izvedbo zdravljenja na Onkološkem inštitutu (MZ, Jasna Humar), dopis RSK za onkologijo z dne 14.1. 2026 (RSK za onkologijo, Irena Oblak).**

Osvetlitev: Osrednji namen protokola je izboljšati organizacijo obravnave onkoloških bolnikov ter zmanjšati število nepotrebnih prihodov in prevozov bolnikov, zlasti iz oddaljenih krajev, na Onkološki inštitut, kadar pogoji za varno izvedbo zdravljenja niso izpolnjeni. S protokolom so natančno opredeljene naloge onkologa na Onkološkem inštitutu, laboratorijev in osebnih izbranih zdravnikov, s čimer se zagotavlja usklajeno delovanje vseh deležnikov v procesu onkološke obravnave.

Dopis RSK za onkologijo: »V vašem dopisu z dne 8. 1. 2026 je MZ Razširjeni strokovni kolegij za onkologijo zaprosil, da preuči predlog protokola obravnave onkološkega bolnika na primarni ravni zdravstvene dejavnosti pred izvedbo zdravljenja na Onkološkem inštitutu. Pred

tem je bil dne 11.12.2025 s strani državne sekretarke, dr. Jasne Humar sklican sestanek na omenjeno temo na Ministrstvu za zdravje, kjer so bili poleg generalne in strokovne direktorice Onkološkega inštituta, prisotni še predstavniki RSK za družinsko medicino (asist. dr. Kolkalj-Kokot) in onkologijo (izr. prof. dr. Oblak in izr. prof. dr. But Hadžić). Na sestanku je bil predstavljen predlog novega protokola, ki naj bi vključeval družinske zdravnike pri racionalizaciji prihodov in prevozov bolnikov na sistemsko terapijo na Onkološki inštitut (po navodilu internista onkologa bi bolnik oddal kri za krvne preiskave pri svojem družinskem zdravniku, ki bi izvide pregledal in se na osnovi le-teh odločil glede nadaljevanja sistemskega zdravljenja bolnika ali potrebnih drugih ukrepov, kot so korekcije patoloških izvidov, zdravljenje neželenih učinkov, Predlog je bil tudi, da bi družinski zdravnik opravil klinični pregled bolnika, vendar je bil kasneje predlog umaknjen. Člani RSK-ja za onkologijo smo se s predlogom protokola seznanili in vam v nadaljevanju posredujemo naše pripombe in predloge za izboljšave. RSK za onkologijo odločno podpira nadaljnjo decentralizacijo onkološke dejavnosti (sistemsko terapija, sledenje bolnikov, celostna rehabilitacija, ...) in se v celoti strinja z osnovnim namenom protokola. Nepotrebni prihodi bolnikov na Onkološki inštitut in v druge inštitucije, kjer se izvaja sistemsko zdravljenje bolnikov z rakom, nedvomno zmanjšujejo kakovost njihovega življenja ter hkrati predstavljajo nepotrebno obremenitev zdravstvenega sistema. Strinjamo se, da je ob zagotovitvi ustreznih pogojev mogoče laboratorijske preiskave pri delu onkoloških bolnikov opraviti v bolniku bližnjem laboratoriju (npr. v zdravstvenem domu). Kot je pravilno predvideno v protokolu, mora napotilo onkologa vsebovati natančen in jasen nabor potrebnih laboratorijskih preiskav. Menimo pa, da zna biti časovni interval dveh dni med laboratorijskimi izvidi in načrtovano obravnavo za sistemsko zdravljenje pri delu aktivno zdravljenih onkoloških bolnikov predolg. Nekateri ključni laboratorijski izvidi se lahko v 48 urah klinično pomembno spremenijo. To še posebej velja za hematološke parametre. Zato predlagamo, da protokol omogoča odvzem krvi tudi dan pred načrtovanim pregledom oziroma zdravljenjem. Nadalje menimo, da izbrani osebni zdravnik (specialist družinske medicine) nima ustreznih strokovnih kompetenc za vrednotenje laboratorijskih izvidov pri aktivno zdravljenih onkoloških bolnikih in da se na tej podlagi ne more samostojno odločati o smiselnosti odhoda bolnika na načrtovano onkološko zdravljenje. Niti najbolj natančna navodila onkologa ne morejo vnaprej predvideti vseh možnih kliničnih okoliščin, kombinacij izvidov ter njihovih vzrokov in posledic. Pridobljene izvide lahko v takšnih primerih ustrezno in varno presoja zgolj specialist onkolog. V tem kontekstu se nam zdi tudi predvideno časovno okno treh delovnih dni, v katerem onkolog poda svoje mnenje glede izvidov, predolgo, saj lahko vodi v klinično neupravičene zamike onkološkega zdravljenja. Predlagamo, da protokol predvidi, da onkolog izvide pregleda in ovrednoti praviloma tisti dan, ko so ti izvedeni in dostopni v CRPP (to je dan pred predvidenim odhodom bolnika na zdravljenje na Onkološki inštitut). Zaključujemo, da je osnovna ideja protokola smiselna in potrebna, vendar trenutna verzija dokumenta v nekaterih delih ni povsem ustrezna. Zato predlagamo, da se protokol vsebinsko dopolni in ustrezno prilagodi v skladu z zgoraj navedenimi strokovnimi pripombami in predlogi. Klinični pregledi bolnika pred sistemsko terapijo in njeno načrtovanje morajo ostati v domeni onkologa. Nujno potrebno pa je načrtovati decentralizacijo sistemskega zdravljenja kot navaja DPOR.«

Sklep: Izbrani osebni zdravnik ni strokovno kompetenten za odločanje o ustreznosti nadaljevanja sistemskega onkološkega zdravljenja oziroma o bolnikovi sposobnosti za kemoterapijo, niti na podlagi laboratorijskih izvidov, niti na podlagi kliničnega pregleda. Ta odgovornost mora nedvomno ostati v domeni specialista onkologa. RSK ne vidi potrebe, da bi izbrani zdravnik administrativno naročal kontrolo krvi, pač pa bi bilo potrebno okrepiti ko-

ordinatorje obravnave na nivoju onkologije, ki bi urejali, kontrolirali in naročali želene preiskave. Število onkoloških bolnikov na primarni ravni narašča, zato je potrebno okrepiti onkološko dejavnost in koordinatorje oskrbe. Že sedaj obstaja možnost, da onkolog izda napotnico za laboratorijske preiskave, ki jih pacient nato opravi v akreditiranem laboratoriju v bližini njegovega prebivališča, rezultati pa so dostopni napotnemu zdravniku. Na ta način pacientom prihranimo pot do onkološkega inštituta in obiska pri izbranem osebnem zdravniku zgolj zaradi administrativnega naročanja laboratorijskih preiskav. RSK za družinsko medicino se ne strinja s predlogom, da bi izbrani zdravnik po pregledu laboratorijskega izvida v CRPP vnesel zabeležko »bp« ali »rezultati niso ok«.

RSK za družinsko medicino meni, da je v predlaganem protokolu preveč možnih nevarnih situacij, ki lahko vodijo do slabših izidov obravnav onkološkega bolnika. RSK za družinsko medicino meni, da so predlogi, zapisani v dopisu RSK za onkologijo, strokovno utemeljeni in predstavljajo dobro osnovo za nadaljnjo vsebinsko dopolnitev protokola.

6. Številka: 603-213/2025-2711-5 Datum: 7. 1. 2026 Zadeva: Program specializacije s področja paliativne zdravstvene nege in oskrbe (MZ, Tina Gros, Denis Kordež)

Osvetlitev: Ministrstvo za zdravje (v nadaljnjem besedilu: ministrstvo) je prejelo pobudo za vzpostavitev specializacije na področju paliativne zdravstvene nege in oskrbe. Na podlagi navedene pobude je bil predlagan program posredovan v mnenje na Zbornico zdravstvene in babiške nege – Zvezo strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (v nadaljnjem besedilu Zbornica – Zveza), ki ga je ocenila kot vsebinsko primerne za nadaljnje postopke. Pri pripravi je s področja družinske medicine sodelovala prof. dr. Erika Zelko ter uveljavila, da bodo morali specializanti opraviti nekaj ur v domovih starejših občanov in v ambulantni zdravniku družinske medicine. Glede pogojev, kdo bo lahko mentoriral specializanta velja, da je mentor lahko isti kot za mentorstvo za specializacijo iz družinske medicine z dodanim pogojem - opravljenim 60-urnim tečajem s področja paliativne oskrbe.

Sklep: RSK za družinsko medicino meni, da je potrebno del vsebin vključiti na dodiplomsko raven fakultet zdravstvene nege pri predmetu paliativa. Večina kompetenc, ki so navedene v programu, kot primer bi izpostavili: izvajanje zdravstvene nege pri pogostih simptomih (bolečina, zaprtje, slabost, dispnea,...), osnovne komunikacijske veščine, prepoznavanje socialnih in negovalnih potreb, učinkovito interdisciplinarno sodelovanje v paliativnem timu, spremljanje novosti in ohranjanje strokovnega znanja, itd....sodi na dodiplomsko raven. Deloma celo vstopajo na področje kompetenc zdravnikov specialistov: oblikovanje osnovnega načrta paliativne oskrbe, prepoznavanje situacij, ko je potrebno vključiti specialistični paliativni tim, potrebe po racionalni in dostopni oskrbi, sporočanje slabe novice,... Prav tako je nenavadno, da se kot argumentacijo za nujnost uvedbe programa, navaja vire, ki vsi razen enega, v celoti tuji, kar pomeni, da ni bila narejena resna strokovna analiza v slovenskem prostoru.

7. Zapisnik seje Delovne skupine za strokovno podporo ADM z dne 10.11.2025.

Osvetlitev: Delitev dela med primarno in sekundarno ravno zdravstvenega varstva v skladu s protokoli obravnav kroničnih bolnikov-dodajanje in zaključevanje napotnic (T. Poplas). Dr. Poplas pove, da se številni kolegi obračajo nanjo glede zaključevanja napotnic: nekateri so

naročeni na nepotrebne kontrole, drugim pa se napotnica zaključi, četudi so še v procesu zdravljenja. Predlog bi bil, da zaključi napotnico tisti, ki jo je izdal, ko je cilj tega, zaradi česar jo je izdal, dosežen. Dr. Pribakovič je povedal, da ZZS pripravlja smernice za napotovanje. Člani delovne skupine želijo, da specialist v izvid dopiše jasno utemeljitev, zakaj pacient potrebuje kontrolo oz. zakaj je napotnica zaključena

Sklep: RSK za družinsko medicino ugotavlja in spremlja, da se trajne napotnice v praksi zaključujejo iz neznanih razlogov. Pacienti se posledično vračajo k izbranemu zdravniku za izdajo novih, čeprav zdravljenje še ni zaključeno. RSK naslovi vprašanje glede priprave smernic za napotovanje na ZZS ter zaprosi za delovno gradivo.

8. KLB in UACR (nadaljevanje)

Osvetlitev: RSK za družinsko medicino je na preteklih sejah sklenil, da se pozanima, kako je z vpeljavo algoritma za presejanje KLB, oziroma kje se postopek zatika. Na sejah Delovne skupine za podporo ADM je bilo sklenjeno, da se prilagodi preventivni protokol ter se vključi se presejanje za KLB, zato delovna skupina, ki je pripravila protokol, definira postavke oz. dejavnike, ki naj jih zajame presejanje, če obstaja sum na KLB. Pripravi se predlog izobraževalnega modula, predlog izračuna kazalnikov kakovosti in časovnico.

Sklep: Projektni svet za podporo ADM RSK prosi za izdelavo časovnice implementacije protokola z vsemi potrebnimi elementi, kot so ureditev plačila laboratorijskih preiskav, vnosa kazalnikov kakovosti.

7. Digitalizacije smernic za napotovanje na UZ srca in za napotovanje na merjenje gleženjskega indeksa

Osvetlitev: Predstavnik RSK je vabljen na sestanek na temo «Digitalizacije smernic za napotovanje na UZ srca in za napotovanje na merjenje gleženjskega indeksa». Sestanek je sklican v sredo, 21. 1. 2026 ob 14.00 uri, na Ministrstvu za zdravje, Štefanova ul. 5/ 2. nadstropje – sejna soba kabineta.

Sklep: Sestanka se udeleži Danica Rotar Pavlič. RSK za družinsko medicino je v preteklosti že predlagal indikacije za napotitev na merjenje gleženjskega indeksa. Potrebno je ohraniti možnost za napotitev na UZ srca s strani izbranega zdravnika. Preiskava je pomembna na primer pri opredeljevanju srčnega popuščanja, ki je ob demografskih spremembah vse pogostejši in ga lahko potem ko je postavljena diagnoza in opredeljeno vzorčno ozadje, lahko predvsem v skupini starejših in multimorbidnih bolnikov obravnava zdravnik družinske medicine v svoji ambulanti. RSK priporoča primerjave nacionalnih izvedb UZ srca z drugimi evropskimi državami (število pregledov UZ srca na 100.000).

8. E posveti (Medicina danes)

Osvetlitev: Za naslednjo številko pripravljajo Medicina danes članek o e-posvetih in kot predsednico RSK za družinsko medicino, ki je v preteklem letu kar nekajkrat razpravljala o vlogi in pomenu e-posvetov, vabijo k sodelovanju. Sprašujejo, kakšna je ocena glede uporabe e-posvetov med družinskimi zdravniki, ali v zadnjih letih na tem področju napredujemo ali ne, na

katerih področjih je ta oblika komunikacije še premalo uporabljena ter kje so razlogi in morebitne rešitve.

Sklep: E-posveti so dobrodošla oblika v organizaciji zdravstvenega varstva. Dobro so se umestili na področju tireologije in revmatologije. V določenih lokalnih okoljih so bolj razširjeni, v drugih manj. V praksi se zaradi tehnoloških ovir pojavljajo težave, zaradi česar so zamudni. Zamudno je zlasti iskanje ustreznega izvajalca za e-posvet na sekundarni in terciarni ravni in naročanje pacienta – potrebno bi bilo oblikovati sezname kontaktnih mest e-posvetov.. RSK meni, da je potrebno e-posvete okrepiti.

9. Prednostna klinična področja v družinski medicini. Izhodišča za pripravo programske rešitve za Elektronski karton (Jaka Strel, projekt MZ)

Osvetlitev: Prejeli smo vprašanje o prednostnih kliničnih področjih v družinski medicini. Izhodišča za pripravo programske rešitve za Elektronski karton (projekt MZ), ki bi zmanjšal administrativne obremenitve specialistov DM in omogočil bolj varno in strokovno obravnavo: Vlagatelj RSK prosi, naj poda mnenje ali so izbrana prednostna področja ustrezna. Izbrana so bila na podlagi analize podatkov MKB-10 šifer diagnoz obravnav baze podatkov NIJZ (nacionalna) in ZD Ljubljana. Prednostna področja so predstavljena v excel tabeli: vsak stolpec predstavlja svoje področje, vrstice predstavljajo procesne korake pri obravnavi. Dokument je delovna verzija in ga bodo posredovali v obravnavo različnim telesom družinske medicine v dopolnitev.

Sklep: RSK za družinsko medicino se je seznanil z naborom parametrov za kurativno obravnavo v DM in usmeritev podpira. Predlaga, da za družinsko medicino proces še naprej koordinira Jaka Strel. RSK predlaga, da se na Odboru za osnovno zdravstvo ZZS ustanovi delovna skupina, ki bo vsebinsko nadgrajevala izhodiščni model.

10. Poročilo o delovni skupini o bolniškem staležu na področju srčnožilnih bolezni (Marija Petek Šter).

RSK se je seznanil z delom skupine, ki dobro napreduje.

11. Seznanitev z razvojem in uporabo e-kartona.

Sklep: E- karton se bo začel uporabljati s 30.6. 2026. Termin je blizu, zato RSK priporoča, da se čim prej in čim širše začne obveščati izvajalce družinske medicine z novostmi. RSK za družinsko medicine zanima, kako bo z e-kartonom povezan obračunski model. Zagotoviti bo potrebo tudi integracijo z zalednimi sistemi.



Prof. prim. dr. Danica Rotar Pavlič, dr. med.
Predsednica RSK za družinsko medicino

