

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

Informacije o dokumentu

Naslov dokumenta:	Strategija razvoja zdravstvene dejavnosti na primarni ravni zdravstvenega varstva do leta 2031
Kratek naziv	SRZDPR2031
Kraj in datum dokumenta	Ljubljana, marec 2024

Kazalo vsebine

POVZETEK NASTANKA STRATEGIJE.....	6
UVOD.....	8
VIZIJA, VREDNOTE IN NAČELA TER NAMEN STRATEGIJE.....	10
Vizija.....	10
Vrednote in načela	10
Namen.....	11
UREDITEV V DRŽAVAH ČLANICAH EU.....	12
Estonija.....	12
Španija.....	13
Finska.....	13
STRATEŠKI CILJI, KLJUČNA PODROČJA IN AKTIVNOSTI RAZVOJA ZDRAVSTVENEGA SISTEMA NA PRIMARNI RAVNI V SLOVENIJI	15
Zagotavljanje dostopnosti	15
Opolnomočenost in vključenost posameznikov.....	18
Celovita in integrirana obravnava pacienta	19
Kakovostna in varna zdravstvena obravnava	22
Vodenje in upravljanje izvajalcev na primarni ravni zdravstvenega varstva.....	24
Financiranje PZV	25
Kadrovski viri in ustrezni delovni pogoji.....	28
Digitalizacija zdravstva	31
OPIS STANJA IN DODATNIH AKTIVNOSTI PO POSAMEZNIH ZDRAVSTVENIH DEJAVNOSTIH PZV	34
(Splošna in) družinska medicina	34
Pediatrija, vključno s šolsko in adolescentno medicino	35
Zdravstveno varstvo žensk	36
Patronažno varstvo.....	37
Nujna medicinska pomoč	38
Duševno zdravje	39
Preventivna zdravstvena dejavnost	39
Rehabilitacija, fizioterapija in delovna terapija	40
Lekarniška dejavnost	41
Zobozdravstveno varstvo	42
Preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog na primarni zdravstveni ravni.....	42
SPREMLJANJE IZVAJANJA STRATEGIJE.....	43
PRILOGA	44

Pregled kratic

CDZO	Center za duševno zdravje odraslih
CDZOM	Center za duševno zdravje otrok in mladostnikov
CIRIUS	Center za izobraževanje, rehabilitacijo in usposabljanje
DM	Družinska medicina
DMS	Diplomirana medicinska sestra
EU	Evropska unija
FRM	Fizikalna medicina in rehabilitacija
IKT	Informacijsko-komunikacijska tehnologija
IOZ	Izbrani osebni zdravnik
MDDSZEM	Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti
MDPŠ	Medicina dela, prometa in športa
MSP	Ministrstvo za solidarno prihodnost
MZ	Ministrstvo za zdravje
NIJZ	Nacionalni inštitut za javno zdravje
NMP	Nujna medicinska pomoč
NOO	Načrt za okrevanje in odpornost
OD	Otroški dispanzer
OECD	Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj
OZD	Osnovna zdravstvena dejavnost
OZZ	Obvezno zdravstveno zavarovanje
PaRIS	Patient-reported Indicator Surveys
PREMs	Patient Reported Experience Measures
PZV	Primarno zdravstveno varstvo
ResNPZV	Resolucija o Nacionalnem planu zdravstvenega varstva
ReNPDZ18-28	Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028
SA	Splošna ambulanta
SUC	Satelitski urgentni center
SURS	Statistični urad Republike Slovenije
SVZ	Socialno varstveni zavod

SZO	Svetovna zdravstvena organizacija
ŠD	Šolski dispanzer
Zbornica - Zveza	Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije
ZD	Zdravstveni dom
ZLD-1	Zakon o lekarniški dejavnosti
ZNUNBZ	Zakon o nujnih ukrepih za zajezitev širjenja in blaženja posledic nalezljive bolezni COVID-19 na področju zdravstva
ZNUPZ	Zakon o nujnih ukrepih na področju zdravstva
ZPacP	Zakon o pacientovih pravicah
ZV	Zdravstveno varstvo
ZVC/CKZ	Zdravstveno-vzgojni centri/Centri za krepitev zdravja
ZVŽ	Zdravstveno varstvo žensk
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

POVZETEK NASTANKA STRATEGIJE

Nacionalni plan zdravstvenega varstva 2016 –2025: Skupaj za družbo zdravja (ResNPZV 2016) kot eno ključnih področij razvoja zdravstvenega varstva v Sloveniji določa zdravstveno dejavnost na primarni ravni. Primarna raven, še posebej zdravstveni dom, ima pomembno vlogo v lokalni skupnosti pri preprečevanju in zgodnjem odkrivanju dejavnikov tveganja za bolezni, zmanjševanju neenakosti v zdravju, in je ključna za enostaven in hiter dostop do najširšega možnega nabora storitev in kontinuirane obravnave pacienta čim bližje doma. **ResNPZV 2016** za nadaljnje izboljšanje dostopnosti, integrirane, kontinuirane in celostne obravnave, usmerjenosti v skupnostni pristop in preventivno zdravstveno varstvo **predvideva sprejem strategije razvoja zdravstvene dejavnosti na primarni ravni**.

Proces priprave strategije se je v okviru izvajanja predvidenih aktivnosti v ResNPZV pričel leta 2016. Ministrstvo za zdravje (v nadaljevanju MZ) je imenovalo Delovno skupino predstavnikov MZ, Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve (v nadaljevanju MDDSZEM), Svetovne zdravstvene organizacije (v nadaljevanju SZO), Zavoda zdravstvenega zavarovanja Slovenije (v nadaljevanju ZZS), Nacionalnega inštituta za javno zdravje (v nadaljevanju NIJZ), zdravnike družinske medicine, pediatrije ginekologije in dentalne medicine, ter Usmerjevalni odbor s predstavniki MZ, MDDSZEM, ZZS, NIJZ, Zdravniške zbornice Slovenije (v nadaljevanju ZS), Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (v nadaljevanju Zbornice – Zveze, sindikata Praktik.um, Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije, Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani, Fakultete za zdravstvo Angele Boškin, Zdravstvenega doma Ljubljana ter Mreže NVO 25x25. Tekom procesa so bila izvedena 4 nacionalna tematska srečanja in delavnice ter en politični dialog. **V širok, participativen proces za pripravo strategije so bili vključeni številni domači in mednarodni deležniki** (Evropski observatorij za spremljanje zdravstvenih sistemov in politik in Urad SZO za Evropsko regijo). Določeni so bili ključni cilji razvoja in predlagani ukrepi.

Sočasno je bila v sodelovanju z Uradom SZO za Evropsko regijo pripravljena **analiza dejavnosti na primarni ravni zdravstvenega varstva v Sloveniji**, ki je bila objavljena in **predstavljena leta 2019** na mednarodni konferenci SZO o zagotavljanju enakosti v zdravju v Ljubljani. Analiza je pokazala, da ima Slovenija primerljivo z drugimi državami v Evropi dobro organizirano primarno zdravstveno varstvo, ki vključuje multidisciplinarno obravnavo in zagotavlja široko dostopnost do kakovostnih zdravstvenih storitev. Izstopa po dobri povezanosti z javnim zdravjem in zagotavljanju preventivnih programov. Po drugi strani je analiza pokazala na velike obremenitve zdravstvenih delavcev, ki bi lahko ogrozile dolgoročno zdržnost dobro zastavljene dejavnosti na primarni ravni. Kot ključne grožnje sistemu PZV je analiza izpostavila izgorelost in nezadovoljstvo zaposlenih; težave v organizaciji in upravljanju, ki vplivajo na učinkovitost in kakovost izvajanja PZV; nedodelan sistem nadzora nad kakovostjo; in izzive povezane s financiranjem izvajalcev PZV. Opozorila je tudi na pomanjkljive institucionalne kapacitete, ki bi omogočale kontinuiteto in koordinacijo razvoja PZV na nacionalni ravni, in na nujnost boljše izrabe digitalnih orodij pri zmanjšanju administrativnih bremen, večji poveztivosti s sekundarno ravno in boljšim nadzorom nad kakovostjo obravnave.

Dne 28. 10. 2020 je bila imenovana nova Delovna skupina za razvoj osnovne zdravstvene dejavnosti do leta 2027 s št. 024-22/2020/1, ki naj bi predlog posodobila predvsem z vidika zmanjševanja administrativnih obremenitev zdravstvenih delavcev in financiranja. Delovna skupina je bila s Sklepom s št. 024-8/2021/1 dne 26. 3. 2021 preoblikovana, imenovani so bili nekateri novi člani in določeni dve nalogi. Prva naloga delovne skupine je bila priprava predloga kratkoročnih rešitev za razbremenitev izvajalcev zdravstvene dejavnosti na primarni ravni zdravstvenega varstva, druga naloga pa je bila priprava osnutka razvoja osnovne zdravstvene dejavnosti do leta 2027. Sestava delovne skupine se je še dvakrat spremenila in aprila 2021 pripravila Predlog kratkoročnih ukrepov za razbremenitev in okrepitev osnovne zdravstvene dejavnosti.

V oktobru 2021 so ob podpori strokovnjakov SZO za področje osnovne zdravstvene dejavnosti z namenom predstavitve osnutka strategije in vključitve mnenj potekala srečanja z vsemi deležniki, zajetimi v

dopolnjenem osnutku strategije (predstavniki strokovnih področij družinske medicine, pediatrije, urgentne medicine, ginekologije, zobozdravstva, duševnega zdravja, psihiatrije, zdravstvene nege, fizioterapije, delovne terapije, farmacevtov, preventive in promocije zdravja). V razpravo so bili vključeni tudi predstavniki MZ, ZZS, ZS, NIJZ, s predstavniki direktorjev zdravstvenih domov, koncesionarjev in Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije, pa tudi predstavniki sindikata ter zastopniki pacientovih pravic.

V novembru 2021 je SZO omogočila slovenski delegaciji obisk, predstavitev in **ogled sistema primarnega zdravstvenega varstva v Kataloniji, kot primer dobre prakse.**

Na podlagi vseh opisanih procesov je bil pripravljen dokument Izhodišča za strategijo razvoja zdravstvene dejavnosti na primarni ravni zdravstvenega varstva do leta 2031 (SRZDPR2031). Dokument je bil **predstavljen na seji Zdravstvenega sveta dne 19.4.2022 in s strani njihovih članov tudi potrjen.** Ta dokument je predstavljal osnovo za pripravo končnega predloga strategije nadaljnega razvoja zdravstvene dejavnosti na primarni ravni zdravstvenega varstva v Sloveniji.

Javna razprava Strategije razvoja zdravstvene dejavnosti na primarni ravni zdravstvenega varstva do leta 2031 (SRZDPR2031) je **trajala od 1.2.2024 do 1.3.2024.**

V okviru javne obravnave so svoje pripombe/predloge posredovali

4. 3. 2024 ZAKLJUČNI DOGODEK S SZO

Predloge in pripombe zgoraj navedenih je delovna skupina preučila na seji dne xx. xx. 2024 ...

UVOD

Primarno zdravstveno varstvo (v nadaljnjem besedilu PZV) je po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije opredeljeno kot družbena skrb za zdravje, s ciljem zagotoviti najvišjo možno raven zdravja in dobrega počutja vsakemu posamezniku.¹ Osredotoča se na potrebe in pričakovanja ljudi (posameznikov, družin in skupnosti), ki jih naslavlja s celostnim pristopom od krepitve zdravja in preprečevanja bolezni do zgodnjega odkrivanja bolezni in zdravljenja, rehabilitacije in paliativne obravnave skozi celotno življenjsko obdobje tam, kjer ljudje živijo in delajo. PZV je ključno za zagotavljanje univerzalnega dostopa do zdravstvenega varstva in omogoča integrirano in kontinuirano obravnavo ter osredotočenost na potrebe pacienta. Skupaj z javnim zdravjem prispeva k opolnomočenju posameznika, družine in skupnosti za skrb za lastno zdravje in večji zdravstveni pismenosti ter omogoča večjo vključenost v odločitve povezane z zdravjem ter k ustvarjanju pogojev za zdrav življenjski slog.

Dokazano je, da zdravstveni sistemi, ki temeljijo na močnem PZV, zagotavljajo boljše zdravje prebivalcev, večjo enakost v zdravju, so bolj učinkoviti in zagotavljajo boljše kakovost obravnave in večje zadovoljstvo pacientov. Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj (v nadaljnjem besedilu OECD) navaja, da ima boljša in dostopnejša zdravstvena obravnava na primarni ravni za posledico nižjo stopnjo bolnišničnega zdravljenja in manjšo uporabo specialističnih storitev.² Tudi v sklepih Sveta Evropske unije (v nadaljnjem besedilu EU) o krepitvi evropske zdravstvene unije,³ sprejetih v decembru 2021, torej v času slovenskega predsedovanja Svetu EU, se poudarja evropski steber socialnih pravic iz leta 2017 in njegovih 20 načel, med katerimi je tudi pravica vseh do pravočasnega dostopa do kakovostnega preventivnega in kurativnega zdravstvenega varstva.

Novi zdravstveni izzivi, ki so podrobneje opisani v Resoluciji o nacionalnem planu zdravstvenega varstva »Skupaj za družbo zdravja« 2016 do 2025 (v nadaljnjem besedilu ResNPZV),⁴ tudi pri nas zahtevajo spremembe. Krepitev PZV je prepoznana kot eden ključnih odgovorov na spremenjene zdravstvene potrebe prebivalstva.

V veliki večini zdravstvenih sistemov, tudi državah EU, se soočamo s številnimi izzivi v zdravstvu. Staranje prebivalstva, migracijski procesi in razvoj novih medicinskih tehnologij prispevajo k večjim potrebam in pričakovanjem ljudi in hkrati k večjim obremenitvam zdravstvenih delavcev in povečevanju stroškov v zdravstvu. OECD opozarja na dejstvo, da se bo delež prebivalstva, starega 65 let in več, do leta 2050 skoraj podvojil in bo predstavljal 28 % populacije. Posledično bo naraščalo število kroničnih ne-nalezljivih bolezni in stanj ter števila oseb, odvisnih od tuje pomoči. Povečujejo se neenakosti v zdravju,⁵ ki se odražajo v razlikah v zdravstvenem stanju ali porazdelitvi zdravstvenih in z zdravjem povezanih virov med različnimi skupinami prebivalstva, in sicer tako med državami, kot znotraj posameznih držav in lokalno. Epidemija covid-19 je razmere še poslabšala in prispevala k podaljševanju čakalnih dob, izgorelosti zdravstvenih delavcev in k odhajanju zdravstvenih delavcev v tujino in v druge dejavnosti. Če k temu dodamo še grožnje, s katerimi se soočajo zdravstveni delavci zaradi nezaupanja in slabšega dostopa do nekaterih zdravstvenih storitev za paciente, je razumljivo, da vse naštetu pomeni velik izziv za vzdržnost zdravstvenega sistema tako z vidika finančnih kot človeških in infrastrukturnih virov. V večini držav zato iščejo in preizkušajo nove

¹ World Health Organization (WHO) and United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) (2018). A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Geneva: (WHO/HIS/SDS/2018.15). Dostopno na: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.15>

² OECD (2020). Realising the Potential of Primary Health Care, OECD Health Policy Studies, Paris. Dostopno na: <https://doi.org/10.1787/a92adee4-en>

³ Evropska unija (2021). Sklepi Sveta o krepitvi evropske zdravstvene unije 2021/C 512 I/02. Dostopno na: [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SL/TXT/?uri=CELEX:52021XG1220\(01\)](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SL/TXT/?uri=CELEX:52021XG1220(01))

⁴ 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/>

⁵ Nacionalni inštitut za javno zdravje (2021). Neenakosti v zdravju – izziv prihodnosti v medsektorskem sodelovanju. Dostopno na: <https://www.nijz.si/sl/izid-publikacije-needakosti-v-zdravju>

modele obravnave ter vlagajo v razvoj inovativnih pristopov v organizaciji zdravstvenega varstva, financiranju, prenosu kompetenc, komunikaciji v zdravstvu, izobraževanju zdravstvenih delavcev ter povečevanju zdravstvene pismenosti. Individualni pristop se kombinira s populacijskimi pristopi javnega zdravja, še posebej v preventivnem zdravstvenem varstvu. Vedno več pozornosti se v zdravstvenih sistemih namenja zmanjševanju neenakosti v zdravju in obravnavi najbolj ranljivih skupin prebivalstva. Države si prizadevajo preoblikovati svoje zdravstvene sisteme na način, da bodo lahko tudi v prihodnje zagotavljale učinkovito in kakovostno obravnavo na pravičen način za vse prebivalce in da bodo ustrezno pripravljene, odzivne in odporne na prihodnje zdravstvene krize (pandemije, finančne krize, globalno segrevanje, naravne katastrofe...).

V Sloveniji ima PZV, tako kot v drugih državah, ki so zgodovinsko delile Štamparjeva načela glede primarnega zdravstvenega varstva,⁶ že tradicionalno pomembno vlogo v sistemu zdravstvenega varstva. PZV v okviru mreže javne zdravstvene službe izvajajo zdravstveni domovi (v nadaljnjem besedilu ZD) in zasebni zdravstveni izvajalci s koncesijo. Namen različnih pravno organizacijskih oblik je omogočiti fleksibilnost v organizaciji in povečati dostopnost do zdravstvenih storitev. Izziv ostaja kako izenačiti različne pravno organizacijske oblike med seboj, da bodo omogočale enakovredno obravnavo pacientov in hkrati zagotavljale enake možnosti nagrajevanja ter razvoja zdravstvenih timov. ZD namreč ne zagotavljajo zgolj ambulantne obravnave posameznikom, ampak celovito uresničujejo osnovni koncept PZV tako, da s populacijskim in skupnostnim pristopom in združevanjem vseh dejavnosti na enem mestu skrbijo za zdravje vseh prebivalcev v vseh starostnih obdobjih na območju. Pri načrtovanju sprememb je izjemno pomembno prepoznavanje tega, kar je sicer za Slovenijo zgodovinsko specifično, a je že prepoznano kot model dobre prakse v mednarodnem prostoru.

S Strategijo razvoja zdravstvene dejavnosti na primarni ravni zdravstvenega varstva do leta 2031 - RZDPR2031 (v nadaljnjem besedilu Strategija) naslavljamo v ResNPZV opredeljene listine⁷ ⁸ ter drugimi strateškimi usmeritvami krepimo PZV in s tem prispevamo k zdravju in blaginji v Sloveniji. Strategija temelji na strokovnih spoznanjih in preverjenih dobrih praksah, ki imajo merljive in dokazljivo pozitivne učinke na zdravje in zagotavljanje zdravstvene obravnave prebivalstva.

Posebej izpostavljena so tista ključna področja zdravstvene dejavnosti na primarni ravni, na katera bo ta dokument imel največji vpliv, medtem, ko so druga področja le omenjena ali pa izpuščena, ker so, oziroma bodo, urejena s posebnimi dokumenti ali pa zanje že veljajo posebni predpisi. Eno od področij, ki jih ta dokument zgolj povzema, je področje zobozdravstva, saj je bila za to področje že sprejeta samostojna strategija. Ne naslavljamo laboratorijske dejavnosti, saj je v ResNPZV opredeljeno, da bo javna laboratorijska dejavnost za zdravstvo obravnavana za celoten zdravstveni sistem, vključno z določitvijo mreže izvajalcev, zmogljivosti in standardov kakovosti, kar se bo nanašalo tudi na PZV. S tem dokumentom tudi ne naslavljamo področja medicine dela prometa in športa (v nadaljnjem besedilu MDPŠ), saj področje zahteva poseben dokument tudi z vidika vloge MDPŠ pri obvladovanju absentizma.

⁶ Klancar 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>

⁷ 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>

⁸ 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>

VIZIJA, VREDNOTE IN NAČELA TER NAMEN STRATEGIJE

Vizija

PZV je prepoznano kot ključni steber zdravstvenega varstva, s katerim naslavljamo zdravstvene potrebe prebivalstva v lokalnem okolju na finančno vzdržen način in zagotavljamo odpornost zdravstvenega sistema na izzive prihodnosti:

- s celovito multidisciplinarno obravnavo prebivalcev blizu doma in z enako dostopnostjo do zdravstvenega varstva, vključno s preventivnim zdravstvenim varstvom in rehabilitacijo, za vse prebivalce;
- s celostno, kakovostno, na posameznika in družino osredotočeno obravnavo in kontinuirano in koordinirano obravnavo znotraj celotnega sistema zdravstvenega varstva;
- s tesnim sodelovanjem pri naslavljanju potreb različnih skupin prebivalstva, tudi najbolj ranljivih, z različnimi izvajalci zdravstvene dejavnosti, izvajalci na področju javnega zdravja, dolgotrajne oskrbe in duševnega zdravja ter drugimi deležniki v lokalni skupnosti;
- z zagotavljanjem vzpodbudnega in varnega delovnega okolja za vse zaposlene s pravičnim plačilom glede na odgovornost, ki jo nosijo.

Vrednote in načela

Vrednote reformnih prizadevanj, tako kot v večini evropskih držav, ostajajo *solidarnost, enakost in socialna pravičnost*. Ključna načela so:

- 1. Osredotočenost na pacienta** – zagotavljanje storitev, ki so prilagojene potrebam posameznika in pri katerih se upošteva pacientova pričakovanja, zmožnosti in potrebe. Zdravstvene storitve in programi so na voljo na način, da v čim večji meri upoštevajo razlike v potrebah uporabnikov. Z načinom dela in sodelovanjem z različnimi deležniki v skupnosti PZV omogoča aktivno vključevanje vseh posameznikov, tudi tistih iz najbolj ranljivih skupin prebivalstva, pri skrbi za svoje zdravje.
- 2. Pravična dostopnost** – enakopravni dostop do zdravstvenih storitev in programov v PZV za vse, ne glede na socialno-ekonomski status, starost, spol, izobrazbo, raso ali etnično poreklo, narodnost, vero ali prepričanje, jezik, invalidnost, kraj bivanja, spolno usmerjenost ali drugo osebno okoliščino. Dostop do zdravstvenih storitev je na primarni ravni zdravstvenega varstva brez napotitve. Vključuje zagotavljanje neprekinjenega zdravstvenega varstva in preventivnih programov ter naslavlja neenakosti v zdravju.
- 3. Krepitev preventivnih vsebin** – 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.
- 4. Povezanost in celovitost zdravstvene obravnave** – povezanost obravnave pacienta, ne glede na to, kje v sistemu zdravstvenega varstva obravnava poteka. To vključuje dostop do centralnih podatkov za sprejemanje kliničnih odločitev, koordinirano obravnavo in preprečevanje podvajanja storitev pri pacientu. Pri obravnavi se poleg zdravstvenih potreb upošteva tudi socialne potrebe in poleg zdravljenja akutnih in kroničnih bolezni tudi krepitev zdravja, preprečevanje in zgodnje odkrivanje bolezni ter rehabilitacijo in paliativno oskrbo.
- 5. Kakovost in varnost zdravstvene obravnave** – varna, kakovostna, pravočasna zdravstvena obravnava ob hkratni ekonomski uspešnosti in učinkovitosti; vključno s stalnim spremljanjem kakovosti in varnosti obravnave in usposabljanjem ter vseživljenjskim izobraževanjem zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev.
- 6. Koordinacija zdravstvene obravnave** – zdravnik družinske medicine oz. njegov ožji tim je glavni koordinator zdravstvene oskrbe pacienta, ki se odziva na potrebe pacienta in glede na to v oskrbo pacienta po potrebi vključuje različne zdravstvene in ne-zdravstvene strokovnjake.
- 7. Vključevanje in opolnomočenje uporabnikov** – podpora in omogočen dostop pacientom in njihovim svojcem do informacij, na podlagi katerih se lahko odločajo o lastnem zdravju in se aktivno vključujejo

ter sodelujejo v procesu zdravljenja. Zdravstveni delavci in sodelavci spoštujejo pravico pacienta do izbire in odločanja, hkrati pa se spodbuja odgovornost posameznika in skupnosti pri skrbi za lastno zdravje in zdravljenje.

- 8. Multidisciplinarna obravnava in timski pristop** – zagotavlja obravnavo pacientov po principu »vse na enem mestu«, s širokim naborom storitev, ki jih izvajajo različni strokovnjaki in člani tima zdravstvene dejavnosti na primarni ravni. Sodelovanje v timu temelji na skupnih vrednotah in ciljih, zaupanju, dopolnjevanju in iskanju sporazumnih rešitev. Timski pristop uspešno prispeva k celovitosti, koordinaciji, kontinuiteti in kakovosti obravnave. Sodelujejo različni strokovnjaki v timu na primarni ravni kot tudi strokovnjaki drugih ravni zdravstvenega varstva.
- 9. Skupnostni pristop za zdravje** – povezovanje izvajalcev zdravstvene dejavnosti na primarni ravni s številnimi deležniki (šolstvo, socialno varstvo, nevladne organizacije, izvajalci s področja dolgotrajne oskrbe idr.) za boljše naslavljanje potreb predvsem ranljivih skupin prebivalstva (starejši, socialno prikrajšani, pacienti s kronično boleznijo, brezposelni, prekarni delavci, osebe s težavami v duševnem zdravju, etnične skupine...) in prepoznavanje, preprečevanje ter zmanjševanje neenakosti v zdravju v lokalni skupnosti.
- 10. Vzdržnost zdravstvenega sistema** – prispevanje k uspešnosti in vzdržnosti celotnega zdravstvenega sistema z izdatnimi finančnimi vložki v krepitev zdravja, pravočasno, celovito in kakovostno obravnavo bolezni na primarni ravni zdravstvenega varstva, z racionalno porabo razpoložljivih sredstev ter sledenjem porabe denarja. Za zagotavljanje zadostnega števila dobro usposobljenih zdravstvenih delavcev v PZV so ključne priložnosti za karierni razvoj ter vzpodbudno in varno delovno okolje za vse zaposlene s pravičnim plačilom glede na odgovornost, ki jo nosijo.
- 11. Vlaganje v raziskovanje in razvoj** – raziskovalna dejavnost v podporo nenehnemu izboljševanju kakovosti obravnave in njenemu prilagajanju spremenjenim potrebam in možnostim ter razvoj in uvajanje strokovnih smernic in standardov ter kliničnih poti.

Namen

Namen Strategije je z ukrepi doseči prilagoditev in spremembe v zagotavljanju PZV, ki bodo omogočale celovito, kakovostno, povezano, koordinirano in s tem bolj integrirano obravnavo, ter večjo skladnost z zdravstvenimi potrebami prebivalstva v vseh življenjskih obdobjih in hkrati vzpodbudno delovno okolje, upoštevajoč strokovne, kadrovske, finančne in infrastrukturne omejitve, z napredkom znanosti in razvojem dobrih praks usklajen razvoj na vseh področjih PZV.

UREDITEV V DRŽAVAH ČLANICAH EU

Kot ključen steber zdravstvenega sistema je bilo PZV v mednarodni skupnosti prepoznano že na zasedanju SZO v Alme-Ati (1978) in ponovno na zasedanju v Astani (2019). Kriza COVID-19 in slab napredek pri uresničevanju trajnostnih razvojnih ciljev sta v številnih državah po Svetu vzpodbudila pripravljenost odločevalcev za nadaljnja vlaganja v krepitev PZV, da bi prebivalstvu omogočili hitrejši vstop v zdravstveni sistem ter bolj celovito, povezano in koordinirano obravnavo.

Estonija

Od začetka 90tih si Estonija po vzoru Finske, Nizozemske in Velike Britanije prizadeva PZV s postopnimi spremembami okrepiti.⁹ Leta 2003 so s finančnimi ukrepi spodbudili vzpostavljanje skupinskih praks družinskih zdravnikov, po letu 2009 pa k uvajanju multidisciplinarnih timov in zaposlovanju dodatnih zdravstvenih delavcev, vključno s patronažnimi sestrami, fizioterapevti in babicami. Koncept zdravstvenega doma so dokončno posvojili leta 2014 in povečali sredstva za dodatne diagnostične preiskave in zdravljenja, zagotavljanje kontinuitete obravnave, delo v podeželskem okolju, izvajanje presejalnih programov in obravnavo starejših pacientov. S pomočjo EU sredstev za razvoj med 2014 in 2020 je zdravstveni dom lahko dodatno zaposlil psihologa, logopeda ali druge ne-zdravstvene profile, spodbujalo se je sodelovanje s centri za socialno delo, lekarnami in zobozdravniki. Da bi zagotovili integrirano in na pacienta usmerjeno obravnavo, so prilagodili delo manjših lokalnih bolnišnic, ki jih razumejo kot del mreže v PZV.

Reforme so okrepile vlogo diplomiranih medicinskih sester (v nadaljnjem besedilu DMS) v PZV, ki jih imenujejo »družinske medicinske sestre«, in jim podelili bistveno več kompetenc. Od leta 2022 obravnavajo kronične bolnike in zagotavljajo pediatrično obravnavo, če opravijo določena usposabljanja pa lahko predpisujejo nekatera zdravila (npr. hormonske kontracepcijske tablete, kronično terapijo za arterijsko hipertenzijo in sladkorno bolezen)¹⁰ in izdajajo potrdila o bolniškem staležu. Izvajalci, ki nimajo zaposlene »družinske medicinske sestre« dobijo plačanih le 80 % glavarine. Po letu 2013 so omogočili zaposlovanje dodatne, druge DMS na tim, tako, da je do leta 2021 imelo 594 družinskih zdravnikov zaposleni po dve DMS.

Estonija je sprejela že več nacionalnih načrtov za razvoj PZV, pri čemer so spremembe bolj kot z zakonodajnimi ukrepi in političnimi usmeritvami, uvajali s finančnimi spodbudami in investicijami v infrastrukturo, ki so jih omogočili s črpanjem EU sredstev iz strukturnih skladov. Tak način financiranja razvoja se je izkazal za pomanjkljivega, saj ne zagotavlja vzdržnosti in trajnosti. Zato je vzporedno k vključevanju v skupinske prakse oziroma zdravstveni dom spodbujala tudi nacionalna zdravstvena zavarovalnica. Pod pogojem, da se npr. vsaj 3 zdravniki združijo v skupinsko prakso in imajo skupno opredeljenih vsaj 4500 oseb (v povprečju ima zdravnik opredeljenih med 1600 in 1700 pacientov), ter zagotavljajo ordinacijski čas vsaj 10 ur dnevno namesto običajnih 8, prejmejo finančno stimulacijo. Da so tudi koncesionarji pristali na zaposlovanje dodatnih zdravstvenih delavcev in sodelavcev in omogočili multidisciplinarno obravnavo, je bilo zaslužno predvsem to, da so jim zagotovili denar za investicije v prostore in opremo. Sicer zasebni izvajalci niso imeli enake obveze zaposlovanja dodatnih sodelavcev kot zdravstveni domovi.

Kljub velikim naporom in vlaganju v razvoj PZV v zadnjih desetletjih, se Estonija še vedno sooča z velikim pritiskom pacientov na akutno bolnišnično in ambulantno obravnavo sekundarne ravni zdravstvenega varstva. Interes zdravnikov za delo v PZV je majhen zaradi omejenega nabora plačanih storitev, stanje pa še zaostreuje dejstvo, da je skoraj polovica zdravnikov na primarni ravni starejša od 60 let. Veliko število

⁹ Habicht T, Kasekamp K, Webb E, 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, 2023. Dostopno na: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2023.104710>

¹⁰ Maier, C.B. Nurse prescribing of medicines in 13 European countries. Hum Resour Health 17, 95 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0429-6>

samostojnih koncesionarjev predstavlja oviro v razvoju PZV.¹¹ Z vidika enakopravne dostopnosti je problematično, da le 44 % pacientov opredeljenih v zdravstvenih domovih prejme celovito, razširjeno zdravstveno obravnavo, preostalih 56 % pacientov, ki so opredeljeni pri samostojnih koncesionarjih, pa do teh storitev nima dostopa. Poleg tega je pri samostojnih koncesionarjih v manjšem obsegu prisotno mentorstvo, ki je glavno gonilo razvoja, težavno je zagotavljanje nadomeščanja, prisotne so velike administrativne obremenitve, povezane z upravljanjem samostojne prakse. Za opustitev samostojne prakse se vseeno ne odločajo, ker takšna oblika neodvisnosti zagotavlja večje zaslužke in več svobode pri organiziranju, npr. ordinacijskega časa.

V letu 2023 so pripravili novo strategijo razvoja osnovne zdravstvene dejavnosti, ki naj bi zagotovila dolgoročen proces reforme primarnega zdravstvenega varstva v Estoniji. Tokrat načrtujejo tudi zakonodajne spremembe, ki bodo omogočile trajnostno financiranje multidisciplinarnih timov. Estonija je v zadnjih 30 letih naredila pomemben napredek na področju zagotavljanja PZV, in sicer s postopnim uvajanjem sprememb, vključevanjem vseh deležnikov in omogočanjem soudeležbe vsem pri črpanju EU virov.

Španija

V Španiji je imelo PZV od nekdaj pomembno vlogo, a so v zadnjih desetletjih premalo vlagali v posodobitve, ki so jih zahtevale spremembe v demografiji, drugačne potrebe in pričakovanja ljudi in napredek v medicini. Po pandemiji COVID-19, ki je tako kot drugje še bolj razgalila pomanjkljivosti v dostopnosti do zdravstvenega varstva, so v dialogu z vsemi ključnimi deležniki pripravili načrt za krepitev PZV, ki temelji na poglobljeni analizi in dobrih praksah v nekaterih delih države.

Tako so na primer v Baskiji¹² razvili model integrirane obravnave multimorbidnosti, ki v ospredje postavlja kakovost obravnave. Tak model prinaša tudi finančni prihranek, in sicer do 5 % nižje stroške zdravstvenega varstva. Zdravstveni tim na podlagi celovite ocene pripravi individualni načrt multidisciplinarne obravnave, ki vključuje koordiniran odpust iz bolnišnice v obravnavo na primarni ravni zdravstvenega varstva in opolnomočenje bolnika za samoobravnavo. Celotna obravnava je podprta z informacijskim sistemom in vključuje telemedicino. Tudi sicer reformo v Španiji gradijo na digitalizaciji, ki je podprta s strategijo s štirimi strateškimi cilji: opolnomočenje ljudi; optimizacija procesov, zagotavljanje ustrezne komunikacije in kontinuitete obravnave s pomočjo digitalnih orodij; povečanje interoperabilnosti in kakovosti podatkov; in spodbujanje inovativnih pristopov za čim večjo izkoriščenost digitalizacije.

La Chana PZV v Granadi¹³ je primer, kjer so s preoblikovanjem manjših ekip izboljšali kakovosti oskrbe. Vsako ekipo sestavljajo splošni/družinski zdravnik, medicinska sestra in član administrativnega osebja, ki je odgovorna za skupni seznam bolnikov. Jasna razdelitev odgovornosti omogoča dostojanstven, hiter in razumen odziv na težave uporabnikov zdravstvenih storitev, saj natančno vedo, kateri strokovnjaki lahko obravnavajo njihove težave. Ta učinkovit pristop ni le zmanjšal birokracije in neučinkovitosti, temveč je pokazal tudi izjemno zadovoljstvo, tako pacientov, kot zdravstvenih delavcev.

Finska

1. 1. 2023 je bila v okviru reforme zdravstvenih in socialnih storitev (reforma SOTE) odgovornost za organizacijo javno financiranih zdravstvenih in socialnih storitev prenesena z občin (odgovornih za PZV) in

¹¹ The World Bank. The State of Health Care Integration in Estonia (2015). 18 p. Dostopno na: <http://www.kmae-journal.org/10.1051/kmae/2010012>

¹² OECD. 6. Integrated care model for multimorbid patients, the Basque Country, Spain. Dostopno na: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/5c5d8714-en/index.html?itemId=/content/component/5c5d8714-en>

¹³ WHO (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/>

bolnišničnih okrožij (odgovornih za višje ravni zdravstva) v okrožja »storitev dobrega počutja«,¹⁴ v okviru regionalnih oblasti. Odgovornost za financiranje je bila prenesena na državo.

Zakonodaja in splošne smernice so pripravljene na nacionalni ravni. Od leta 2023 je država prevzela več odgovornosti pri upravljanju sistema zdravstvenih in socialnih storitev ter ima več regulativnih pooblastil nad okrožji in njihovim delovanjem. Vlada spremlja uspešnost okrožij in se z njimi letno pogaja o njihovi uspešnosti in letnih ciljih. Država določa tudi nacionalne cilje za zdravstveno varstvo in socialne storitve, ki jih morajo okrožja upoštevati pri svojem delovanju.

Država sprejema tudi načrte za investicije okrožij. Okrožja večino svojih prihodkov dobijo iz državnega proračuna, manjši del pa iz plačil uporabnikov. Teoretično so okrožja avtonomna in jih upravljajo njihovi demokratično izvoljeni sveti, v praksi pa vloga in odgovornost države, okrožij in občin, še vedno niso dorečene. Cilj reforme je učinkovitejše upravljanje zdravstvenega sistema in izboljšano dodeljevanje sredstev za storitve PZV.¹⁵

Dostop do javno financiranega osnovnega zdravstvenega varstva in kakovost sta že vrsto let ključna izziva zdravstvenega sistema na Finskem. Ker je dostop do vzporednih zasebno financiranih in zagotovljenih sistemov primarnega zdravstvenega varstva pogosto pogojen z zaposlenostjo in dohodkom posameznika, so multimorbidne in starejše osebe vse bolj vezane na javno financirane storitve PZV. Ti pacienti imajo večje potrebe tudi po socialnih storitvah in storitvah, ki jih zagotavljajo multidisciplinarne ekipe. Cilj reforme je okrepiti PZV in vključiti socialne storitve v zdravstvene domove, da bi pacientom zagotovili vse potrebne storitve na enem mestu.

Sodelovanje med okrožji in občinami je osredotočeno na spodbujanje zdravja in dobrega počutja, s čimer naj bi se zmanjšala potreba po zdravstvenih storitvah in socialnih storitvah. Zasebni izvajalci skupaj z drugimi organizacijami in združenji dopolnjujejo javne zdravstvene in socialne storitve. Občine so še naprej odgovorne na primer, za varstvo otrok, izobraževanje, šport in kulturo.

¹⁴ 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/>

¹⁵ WHO (2023). Finland: health system summary 2023. Dostopno na: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/finland-health-system-summary/>

STRATEŠKI CILJI, KLJUČNA PODROČJA IN AKTIVNOSTI RAZVOJA ZDRAVSTVENEGA SISTEMA NA PRIMARNI RAVNI V SLOVENIJI

SZO opozarja, da je za uresničevanje zavez glede PZV potreben premik od zdravstvenih sistemov, zasnovanih okoli bolezni in institucij, k zdravstvenim sistemom, zasnovanim za ljudi in z ljudmi. ResNPZV nas v svojih ciljnih zavezuje k zagotavljanju boljšega zdravja in blagostanja prebivalcev, k zmanjševanju neenakosti v zdravju ter zagotavljanju dostopnosti, uspešnosti in stabilnosti zdravstvenega sistema. Izpostavlja zadovoljstvo pacientov in izvajalcev ter poudarja pomen prispevka zdravstva k razvojnim ciljem Slovenije. Skladno s širšim kontekstom razvoja zdravstvenega varstva in ob upoštevanju izsledkov analiz sedanjega stanja ter skladno s predvidenimi potrebami prebivalstva, smo opredelili naslednje strateške cilje razvoja zdravstvene dejavnosti na primarni ravni:

- **pravična dostopnost do celovite zdravstvene obravnave čim bližje prebivalcem;**
- **v osebo usmerjena obravnava in opolnomočenje pacientov;**
- **celovita, koordinirana in integrirana obravnava pacienta;**
- **kakovostna in varna obravnava pacienta ter**
- **usmerjenost v preventivno zdravstveno varstvo.**

Za doseganje teh ciljev bodo **nujne spremembe** na področju **vođenja, upravljanja in financiranja zdravstvene dejavnosti na primarni ravni, zagotavljanje kadrovskih virov in ustreznih delovnih pogojev, digitalizacije ter raziskovalne dejavnosti.**

Zagotavljanje dostopnosti

do zdravstvenega varstva na primarni ravni za vse prebivalce, ki vključuje promocijo zdravja, preventivo, diagnostiko, zdravljenje in rehabilitacijo.

Opis stanja in ključni izzivi

Zdravstvena dejavnost na primarni ravni je namenjena celovitemu naslavljanju zdravstvenih potreb prebivalcev. Za podporo ljudem v skrbi za zdravje in dobro počutje ter za zmanjševanje neenakosti v zdravju se povezuje z drugimi dejavnostmi in deležniki v lokalni skupnosti. Ob rastočih zdravstvenih potrebah prebivalcev pa se soočamo z izzivom, kako vsem omogočiti enakopraven dostop do kakovostne in pravočasne zdravstvene obravnave zaradi omejenih finančnih, kadrovskih in infrastrukturnih virov.

Dostopnost do zdravstvene obravnave odraža skladnost med potrebami uporabnikov in zmožnostmi izvajalcev ter ima več dimenzij: finančna dostopnost (obseg kritja zavarovalnice, višina doplačil), krajevna dostopnost (oddaljenost od kraja bivanja), razpoložljivost (gostota in porazdeljenost izvajalcev in infrastrukture), organiziranost (ordinacijski čas, komunikacijske poti, dostopnost stavbe, npr. klančine za invalide,...) in sprejemljivost izvajalca za uporabnika (osebne želje in pričakovanja uporabnika do izvajalca).

¹⁶ Pri sprejemanju ukrepov za izboljšanje dostopnosti do zdravstvenih storitev je potrebno upoštevati, da so vse dimenzije dostopnosti enako pomembne.

V Sloveniji zdravstveno varstvo temelji na prostovoljni izbiri osebnega zdravnika, ki pa ima vlogo »vratarja« v zdravstveni sistem. Zavarovane osebe lahko izberejo »izbranega osebnega zdravnika« (v nadaljnjem besedilu IOZ) splošne oz. družinske medicine, pediatra ali specialista šolske medicine, zobozdravnika, ženske pa tudi osebnega ginekologa. Mimo IOZ pacient ne more prosto dostopati do višjih ravni zdravstva, razen do psihiatra, okulista za predpis očal in ambulant za spolno prenosljive bolezni. Takšna ureditev je povezana z nižjimi izdatki za zdravstvo in boljšo kakovostjo obravnave, lahko pa z manjšim zadovoljstvom pacientov in pogostejšimi obiski pri družinskih zdravnikih.¹⁷ V državah kjer družinski zdravniki ne opravljajo vloge

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

¹⁷ Sripa P, Hayhoe B, Garg P, Majeed A, Greenfield G. Impact of GP gatekeeping on quality of care, and health outcomes, use, and expenditure: a systematic review. Br J Gen Pract. 2019 May;69(682):e294-e303. Dostopno na: <https://doi.org/10.3399/bjgp19x702209>

vstopne točke zdravstvenega sistema, npr. Avstrija, Nemčija, Češka, Luksemburg, Latvija, Francija, Malta, Slovaška, Grčija in Ciper, je število in kompleksnost interakcij večje, izziv pomeni tudi zagotavljanje celovitosti in koordinacije obravnave.¹⁸

V zdravstveno dejavnost na primarni ravni po Zakonu o zdravstveni dejavnosti (v nadaljnjem besedilu ZZDej) sodijo številne dejavnosti, katerih skupna skrb je zagotavljanje prosto dostopnega zdravstvenega varstva za vse prebivalce blizu doma. Osnovno zdravstveno obravnavo na primarni ravni zagotavljajo timi družinske/splošne medicine, pediatrični, ginekološki in zobozdravstveni timi. Patronažno zdravstveno varstvo dopolnjuje z obravnavo v skupnosti in na domu pacienta, zdravstveno vzgojni centri/centri za krepitev zdravja (v nadaljnjem besedilu ZVC/CKZ) pa zagotavljajo preventivno dejavnost. Na primarni ravni zdravstvene dejavnosti delujejo tudi službe nujne medicinske pomoči in reševalne postaje, fizioterapija, diagnostične dejavnosti (laboratorij, rentgen, ultrazvok), razvojne ambulante s centri za zgodnjo obravnavo, službe na področju duševnega zdravja, klinična logopedija, ter lekarniška dejavnost. Družinski zdravniki nudijo zdravstveno varstvo v socialno varstvenih zavodih in domovih za starejše občane. Del primarne ravni so tudi centri za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog. Koncesionarji so integralni del javne mreže izvajalcev zdravstvene dejavnosti na primarni ravni.

Za Slovenijo je značilno, da je neenakomerno in razpršeno poseljena.¹⁹ Prebivalstvo je zgoščeno v večjih urbanih središčih, reliefno razgibana območja in prometno težje dostopna območja pa so redkeje poseljena in posuta s številnimi majhnimi naselji. Občine so po površini in tudi po številu prebivalcev zelo različne. Pri načrtovanju organizacije zdravstvene dejavnosti na primarni ravni so poleg gostote naseljenosti ter drugih prostorskih danosti, pomembni tudi podatki o obolevnosti, starostni strukturi in drugih kazalnikih zdravja na posameznem območju, ki jih za občine v sodelovanju z drugimi organizacijami vsako leto pripravlja NIJZ. »Zdravje v občini« predstavlja vir informacij o ključnih kazalnikih za tematske sklope: prebivalci in skupnost, dejavniki tveganja za zdravje, preventiva, zdravstveno stanje in umrljivost.

Zaradi demografskih sprememb povezanih s staranjem prebivalstva, povečevanja tveganja revščine,²⁰ sprememb povezanih z napredkom medicine, kratkih ležalnih dob in drugih sprememb pa se intenzivnost, frekventnost in zahtevnost obravnav pacientov in njihovih družin povečujejo. Zaradi različnih vzrokov²¹ raste število zavarovanih oseb (po podatkih ZZS se je od leta 2010 do leta 2022 število zavarovanih oseb povečalo za 334.458 oseb) in s tem število oseb s pravico do izbire osebnega zdravnika in uporabe zdravstvenih storitev.²² K povečanim potrebam po zdravstvenih storitvah lahko prištejemo še družbene spremembe povezane z internetom, potrošniško naravnostjo, družbenimi omrežji in vse hitrejšim prenosom vedno več informacij.

Iz poročila o varovanju pacientovih pravic in delu zastopnikov pacientovih pravic za leto 2022 izhaja, da imajo pacienti največ težav z nedostopnostjo v dimenziji razpoložljivosti in organiziranosti (izbira osebnega zdravnika, priključ po telefonu, dolge čakalne dobe za npr. fizioterapijo), nekaj pritožb se je nanašalo na krajevno dostopnost (pacienti nimajo možnosti izbire osebnega zdravnika v svojem kraju). Po podatkih

¹⁸ Schmalstieg-Bahr K, Popert UW, Scherer M. The Role of General Practice in Complex Health Care Systems. *Front Med (Lausanne)*. 2021 Nov 25;8:680695. Dostopno na: <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.680695>

¹⁹ Statistični urad Republike Slovenije (v nadaljevanju SURS) (2021). Kako je država poseljena? Dostopno na: <https://www.stat.si/obcine/sl/Theme/Index/PrebivalstvoGostota>

²⁰ SURS (2023). Stopnja tveganja revščine višja, dolgotrajna revščina nižja. Dostopno na: <https://www.stat.si/StatWeb/News/Index/10956>

²¹ Obstaja več mejnikov, ki so pomembni pri razlagi in primerjavi podatkov o številu zavarovanih oseb. Leta 2010 je ZZS vzpostavila izmenjavo podatkov z Agencijo Republike Slovenije za javnopravne evidence in storitve-AJPES, na podlagi katerih je ZZS pristopil k urejanju zavarovanj za osebe, ki samostojno opravljajo poklicno dejavnost. Leta 2012 je ZZS intenziviral in avtomatsko podprl aktivnosti za ureditev zavarovanj po uradni dolžnosti, po letu 2017 pa so bile prvič izvedene obsežne prekinitve izbir pri zdravnikih, ki so trajno odsotni. V letu 2019 je bila izvedena obsežna avtomatična prekinitve izbir za zavarovane osebe, ki dalj časa niso imele urejenega obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljnjem besedilu OZZ) in so hkrati izpolnjevali določene dodatne pogoje (npr. oseba nima ne slovenskega državljanstva niti stalnega ali začasnega prebivališča v Sloveniji).

²² Zakonska podlaga za dostopnost do zdravstvenih storitev je zapisana v Pravilih obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu ZZS)²³ je določeno število oseb brez izbranega osebnega zdravnika od leta 1992²⁴ vedno obstajalo, število teh pa je nihalo zaradi različne metodologije ZZS in mejnikov pri zajemanju podatkov in ureditvi zavarovanja (opisano zgoraj). Število neopredeljenih pacientov in poročanje o težavah pri izbiri osebnega zdravnika je naraslo po letu 2021.²⁵ Če je bilo v preteklosti pomanjkanje zdravnikov relativno stalno na podeželju, se je po tem obdobju pojavilo tudi v večjih mestih. Kot odgovor na pomanjkanje osebnih zdravnikov splošne/družinske medicine so bile kot začasna rešitev po 1.1.2022 vzpostavljene »ambulante za neopredeljene«,²⁶ kjer pacientom nudijo zdravstveno obravnavo različni zdravniki v obliki nadurnega dela. Izziv ostaja majhno zanimanje zdravstvenih delavcev za delo v PZV, in s tem povezana kadrovska podhranjenost, ki ne sledi potrebam prebivalcev. Število splošnih/družinskih zdravnikov je bilo v letu 2021 69,2 na 100.000 prebivalcev,²⁷ kar je pod povprečjem držav članic EU, ki je 79,8 na 100.000 prebivalcev. K slabši dostopnosti prispeva tudi zastarela informacijsko-komunikacijska tehnologija, z digitalizacijo slabo podprti delovni procesi in ostala infrastruktura pri izvajalcih PZV (naslovljeno v poglavju digitalizacije).²⁸ Težave iz naslova finančne nedostopnosti niso bile izpostavljene kot najbolj pereče.

Podatki iz NIJZ kažejo, da je delež obiskov v splošni zunajbolnišnični dejavnosti znotraj upravne enote bivališča pacientov upadel iz 87 % (v letu 2019) na 84,4 % (v letu 2022). V specialistični zunajbolnišnični dejavnosti pa je bil ta delež še manjši, in sicer le 45 % (v letu 2022).

Cilj strategije je zagotoviti pravočasen dostop do osnovnih zdravstvenih potreb blizu doma vsakemu prebivalcu. Ob tem je potrebno zagotavljati ustrezno varnost in kakovost zdravstvene obravnave, zmanjšati neenakosti, znižati delež oseb brez izbranega zdravnika pod 5 %, oziroma omogočiti vsakemu izbiro osebnega zdravnika. Na dostopnost se navezujejo vsa poglavja in aktivnosti iz te Strategije.

Aktivnost 1: Posodobitev mreže izvajalcev na primarni ravni zdravstvenega varstva (v nadaljnjem besedilu primarna raven) – ukrepi:

- a) Optimizacija mreže izvajalcev na primarni ravni na podlagi analize potreb prebivalstva in glede na gostoto prebivalstva

²³ Podatki se nanašajo na število zavarovanih oseb, ki so na dan priprave podatkov vključene v OZZ in nimajo izbire pri aktivnem IOZ v posamezni dejavnosti: Splošna dejavnost - splošna ambulanta (v nadaljnjem besedilu SA); Splošna dej.-otroški in šolski dispanzer (v nadaljnjem besedilu OD in ŠD); Splošna dejavnost-SA v socialnem zavodu; Splošna amb. - boljša dostopnost do IOZ; OD, ŠD v drugih zavodih; Otr. šol. disp.-boljša dostopnost do IOZ. Med zavarovane osebe brez IOZ so vštete tudi osebe, ki so se opredelile na »ambulantno za neopredeljene«.

²⁴ Institut izbranega osebnega zdravnika je bil uveden leta 1992 z Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (v nadaljnjem besedilu ZZVZZ).

²⁵ Po podatkih ZZS je bilo na dan 31.12.2020 število oseb brez izbranega zdravnika v splošni dejavnosti 112.939, 31.12.2021 106.600 oseb, 31.12.2022 131.940 oseb, 30.11.2023 pa 139.439 oseb (7 % prebivalcev).

²⁶ Ambulante za neopredeljene so bile vzpostavljene na podlagi Zakona o nujnih ukrepih za zajezitev širjenja in blaženja posledic nalezljive bolezni COVID-19 na področju zdravstva (v nadaljnjem besedilu ZNUNBZ). Po podatkih ZZS je bilo v ambulantah za neopredeljene 30.11.2023 vpisanih 17.318 oseb.

²⁷ Eurostat (2021). Healthcare personnel statistics – physicians. Dostopno na: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_personnel_statistics_-_physicians

²⁸ 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/>

StowHealth je bila podeželska praksa v Suffolku (VB), ki se je borila z velikim povpraševanjem, osebje je bilo pod stresom, čakalna doba za obravnavo je bila 3 tedne, naraščalo je število pritožb pacientov. Najprej so prešli na digitalno navigacijo po telefonu, vendar so opazili, da je na številne primere lažje odgovoriti po elektronski poti. Leta 2020 so uvedli spletno orodje (askmyGP), kjer pacienti izpolnijo preprost spletni obrazec, ki opisuje njihovo težavo. Spletne zahteve gredo v enotno čakalno listo skupaj s telefonskimi klici. Medicinske sestre razvrščajo seznam glede na želje bolnikov in klinično prioriteto. Program samodejno zbira povratne informacije GP Survey in Friends and Family Test, s čimer prihrani čas osebja v praksi. Čeprav telefonska linija še naprej ostaja kot možnost, ima praksa zdaj 80 % zahtev, ki prihajajo preko spletne aplikacije, vključno s pacienti v 90. letih. Če pacient ne želi uporabljati spletnega sistema, ekipa na sprejemu pacientu postavi vprašanja na sletnem obrazcu in jih izpolni zanje, tako da je storitev enaka, ne glede na to, ali je stik samo na spletu ali po telefonu. Ker so telefonske linije manj zasedene, lahko medicinske sestre dlje čas posvetijo tistim, ki potrebujejo več pomoči. Dvakrat več je osebnih obiskov pacientov. 80 % bolnikov bolje ocenjuje svoje izkušnje kot prej. Namesto 21 dni za pregled se skoraj vsi stiki s pacienti zaključijo isti dan, razen če so naročeni na pregled kasneje.

- b) Spremljanje števila in strukture pacientov brez izbranega zdravnika in zobozdravnika ter zagotavljanje njihove zdravstvene obravnave
- c) Vzpostavitev ambulante specializanta družinske medicine
- d) Vzpostavitev podeželskih ambulant z jasno opredeljenimi kriteriji in pogoji delovanja
- e) Celostna ureditev zdravstvenega varstva v socialno-varstvenih zavodih
- f) Krepitev dostopnosti do zdravstvene obravnave na domu upravičencev in v okviru dolgotrajne oskrbe
- g) Okrepitev sodelovanja ZD in zasebnih izvajalcev s koncesijo, da se zagotovi boljši dostop do nekaterih storitev (npr. preventivne storitve in nujna medicinska pomoč)
- h) Širjenje in krepitev storitev v okviru mreže lekarniške dejavnosti za večjo dostopnost do zdravstvenih storitev

Opolnomočenost in vključenost posameznikov

v načrtovanje in izvajanje zdravstvene obravnave in skrb za lastno zdravje.

Opis stanja in ključni izzivi

SZO opozarja, da si ljudje želijo imeti aktivno vlogo pri načrtovanju zdravstvenih prioritet in izvajanju dejavnosti v njihovi skupnosti, kar pomeni večjo potrebo po ustrezni komunikaciji v zdravstvu in vlaganjih v zdravstveno pismenost. Bolje osveščeni posamezniki lažje uveljavljajo svoje pravice do zdravja, kar povečuje njihovo odgovornost za zdravje in zdravljenje. Vendar pa so danes posamezniki pogosto bolj, ne pa tudi bolje, informirani in postajajo žrtve zavajajočih informacij, ki jih pridobijo iz spletnih in drugih medijev. Zaupanje v zdravstveni sistem, zdravstvene delavce in tudi v zdravljenje ni več samo po sebi umevno in dodatno bremeni zdravstvene delavce, ki pogosto nimajo na voljo dovolj časa in niso ustrezno usposobljeni, da bi lahko pacientom na njim razumljiv način vedno prepričljivo odgovorili na vprašanja v zvezi z njihovim zdravjem in informacijami s spleta, ki jih vznemirjajo. K opolnomočenju ljudi prispeva celotna družba s kakovostnim izobraževalnim sistemom in primernimi zdravstvenimi informacijami. Posebno pozornost je potrebno nameniti ranljivim posameznikom, ki potrebujejo prilagojene informacije o zdravju in zdravljenju ter navodila za izboljšanje oziroma krepitev zdravja.

Na sposobnost posameznikov, da sprejemajo odločitve na podlagi informacij in tudi sami učinkovito ukrepajo, neposredno in posredno vplivajo družbene, ekonomske in okoljske determinante, pa tudi s tem povezani komercialni dejavniki. Revščina, nizka pismenost in socialna izključenost dokazano zmanjšujejo sposobnost ljudi za učinkovito skrb za lastno zdravje in v izvajanje zdravstvene obravnave.

Med državami članicami EU je pogostost posvetovanja z zdravniki zelo različna.²⁹ Povprečno število posvetovanj na prebivalca se je v letu 2021 gibalo med 2,3 in 11,0 (na Švedskem, v Grčiji manj kot 3,0; na Slovaškem, Madžarskem in v Nemčiji pa več kot 9). Slovenija s 5,9³⁰ obiski pri zdravniku na prebivalca spada med povprečje držav članic EU.

Za odgovoren odnos je potrebno ustrezno poznavanje pravic in odgovornosti. V osveščanje so vključeni izvajalci zdravstvene dejavnosti, zastopniki pacientovih pravic, ZZS, številne vladne in nevladne organizacije in drugi. Z dvigom zdravstvene pismenosti³¹ populacije se ustvarja opolnomočene odgovorne paciente, ki aktivno sodelujejo pri ohranjanju in krepitvi svojega zdravja ter v procesu zdravljenja in rehabilitacije in s tem tudi pri vzdržnosti in uspešnosti zdravstvenega sistema. Protokolirano triažiranje s svetovanjem, ki je ustrezno podprto s sodobno Informacijsko-komunikacijsko tehnologijo (v nadaljnjem

²⁹ Eurostat (2021). Healthcare activities statistics – consultations. Dostopno na: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_activities_statistics_-_consultations

³⁰ Gre za podatek Eurostata, kjer je metodologija zajema podatkov med državami članicami različna. Nekje so zajeti telefonski posveti, nekje ne. Po podatkih ZZS se je povprečno število zabeleženih obiskov na zavarovano osebo, ki je obiskala zdravnika v posameznem letu, povečalo iz 7 v letu 2019 na 7,8 v letu 2021 in 8 v letu 2022 in 2023. K povečanju števila obiskov so prispevala tako povečanje administrativnih obiskov kot tudi števila obiskov na daljavo. Slednji so se začeli evidentirati proti koncu leta 2020.

³¹ Ministrstvo za zdravje (2021). Projekt Dvig zdravstvene pismenosti v Sloveniji (ZaPIS). Dostopno na: <https://zdravstvena-pismenost.si/>

besedilu IKT), npr. preko telefona ³² ali spletne platforme,³³ omogoča učinkovitejšo in bolj kakovostno zdravstveno obravnavo ter pomembno prispeva k opolnomočenju posameznikov.

Aktivnost 2: Dvig zdravstvene pismenosti za bolj aktivno in odgovorno vlogo posameznikov do lastnega zdravja in zdravljenja – ukrepi:

- a) Nadgradnja in promocija nacionalnega e-portala za sprotno seznanjanje pacientov s pravicami in obveznostmi na področju zdravstva ter delovanjem zdravstvenega sistema in za e-vpogled v lastne zdravstvene podatke (e-Zdravje)
- b) Uvedba avtomatiziranega elektronskega obveščanja pacienta o skorajšnjem poteku roka za dvig naslednje izdaje zdravila, medicinskih pripomočkov, o izdaji bolniškega lista, napotnice, o opravljeni zdravstveni storitvi, zaključnem izvidu in o strošku zdravstvene storitve
- c) Priprava načrta za aktivno sodelovanje in vključevanje nevladnih organizacij v osveščanje pacientov in podporo v procesu zdravljenja, rehabilitacije in uporabi informacijske-komunikacijske tehnologije
- d) Zagotavljanje dostopnosti verodostojnih informacij in promocijske aktivnosti za ozaveščanje občanov o pomenu skrbi za lastno zdravje in odgovornega odnosa do zdravstvenega varstva, komunikacije z ambulantami, službe nujne medicinske pomoči
- e) Vzpostavitev telefonske in digitalne podpore za izvajanje protokolirane triaže s svetovanjem
- f) Vzpostavitev enotnega kontaktnega centra na ZZS za svetovanje pacientom (telefon, druga e-orodja)

Celovita in integrirana obravnava pacienta

v celotnem sistemu zdravstvenega varstva, v katerem se izvajalci zdravstvene dejavnosti na primarni ravni povezujejo z izvajalci zdravstvene dejavnosti na vseh ravneh zdravstvenega varstva in z drugimi deležniki v lokalnem okolju, vključno s socialnim varstvom in civilno družbo.

Opis stanja in ključni izzivi

Za zdravstveno dejavnost na primarni ravni je značilno interdisciplinarno delovanje strokovnjakov različnih specialnosti, saj je to potrebno za celovito reševanje večine zdravstvenih potreb posameznika. Usklajeno delovanje celotnega tima in timsko delo je predpogoj za dobro delovanje zdravstvene dejavnosti na primarni ravni.

V Sloveniji so zdravstveni domovi, kot organizacijska oblika celovite in integrirane obravnave, prisotni v PVZ že skoraj 100 let. Nosilci zdravstvene dejavnosti na primarni ravni so timi družinske medicine, otroških in šolskih dispanzerjev ter ginekološki timi, patronažno varstvo in fizioterapevti. V zadnjem času se v time vključujejo še klinični farmacevti. Time v centrih za krepitev zdravja sestavljajo DMS, (klinični) psihologi, dietetiki, fizioterapevti, kineziologi, in drugi strokovnjaki. V timih centrov za duševno delujejo pedopsihiatri oz. psihiatri, (klinični) psihologi, (klinični) logopedi, specialni pedagogi, delovni terapevti, socialni delavci in DMS. Podoben tim strokovnjakov deluje tudi v razvojnih ambulantah s centri za zgodnjo obravnavo otrok.

³² 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/>

V Leedsu v Veliki Britaniji so uvedli klicni center, kjer so z več osebja in možnostjo povratnega klica zagotovili bolj učinkovito sprejemanje telefonskih klicev. Vzpostavili so sistem triaže, ki klicatelja, glede na njegovo težavo veže k najbolj ustreznemu zdravstvenemu delavcu. Podatki o času in trajanju ter vprašanih klicateljev omogočajo boljše načrtovanje urnikov in kapacitet pri izvajalcih. V prihodnosti načrtujejo takojšen dostop zdravnika do zdravstvenih podatkov klicatelja in možnost funkcije »kliči« v pacientovem e-kartonu preko portala za paciente.

³³ 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 je državljanom v pomoč pri socialni in zdravstveni oskrbi. Ker na koncu protokola nudi nasvet, je registriran kot medicinski pripomoček. Ni namenjen postavitvi diagnoze, ampak je oceni potrebnosti zdravljenja in stopnji nujnosti le-tega. Najbolj priljubljeno orodje je »preverjevalnik simptomov«, kjer je uporabnik algoritmsko voden preko 16 simptomov, na koncu pa prejme nasvet, npr. samopomoč, obisk zdravnika naslednji delovni dan ali urgence. Uporabnik lahko na varen način pošlje rezultat algoritma v ambulanto svojega splošnega zdravnika, kjer se v lokalnem zdravstveno informacijskem sistemu uvrsti v čakalnico glede na stopnjo nujnosti. Ponuja tudi možnost izpolnjevanja različnih vprašalnikov o zdravstvenem počutju in stanju, ter možnost udeležbe različnih vodenih zdravstveno vzgojnih programov, npr. za opustitev alkohola.

Podobne organizacijske enote v zadnjem desetletju vzpostavljajo tudi v državah, kjer so bili prej prisotne le zasebne prakse z mikrotimi.^{34 35}

Vloga zdravstvenih timov na primarni ravni se s spremenjenimi potrebami populacije širi v lokalno skupnost, šole, delovne organizacije in v domove ljudi, kjer zdravstveni tim sodeluje s službami socialnega varstva, šolstvom, društvi pacientov in drugimi nevladnimi organizacijami, laičnimi svetovalci³⁶ in družinskimi člani. Člani tima skupaj z vsemi naštetimi zagotavljajo celosten pristop k obravnavi posameznikovih zdravstvenih potreb, ki poleg zdravstvenega stanja obravnavajo tudi duševno in socialno stanje, okoliščine v njegovem domačem okolju in zmožnost za samostojno življenje ter zdravstveno ozaveščenost in pismenost. Vsi deležniki skupaj, lahko posameznikom pomagajo bolje izvajati aktivnosti za skrb za lastno zdravje, s čimer se zmanjša verjetnost zapletov bolezni in s tem število hospitalizacij in obiskov urgentnih centrov.

Krepitev timskega dela pripomore k celoviti in integrirani obravnavi pacientov. V središču so pacientove zdravstvene potrebe, ki jih različni zdravstveni delavci med seboj delijo, lahko se tudi prekrivajo. Širitev kompetenc obstoječim zdravstvenim delavcem, npr. medicinskim sestram³⁷ in vključevanje novih poklicnih profilov³⁸ prispeva k večji prožnosti zdravstvenega sistema in njegovi odpornosti na krize. Zaradi novih pristopov, je izredno pomembno povezovanje in koordinirano delovanje vseh nosilcev dejavnosti, tudi zasebnih izvajalcev, ki so v javno službo vključeni na podlagi podeljene koncesije. Cilj je, da imajo vsi pacienti enake možnosti dostopa do zdravstvenih storitev, tudi tiste, ki so na razpolago pri drugih izvajalcih, npr. dejavnosti v centrih za krepitev zdravja ali v centrih za duševno zdravje.³⁹

³⁴ Rojatz D, Nowak P, Christ R. 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 (2018). Dostopno na: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/324863/php-4-4-627-631-eng.pdf>

Avstrija je leta 2013 vzpostavila več multi in interdisciplinarnih enot PZV. Te enote delujejo kot prva vstopna točka v zdravstveni sistem ter prevzemajo osrednjo in usklajevalno vlogo. Namenjene so zagotavljanju večje podpore ljudem s kroničnimi boleznimi za več podpore pri zdravljenju in daljšim ordinacijskim časom. Leta 2023 je bila sprejeta zakonodaja, ki je poseben poudarek namenila otrokom in mladostnikom ter omogoča nadaljnje izboljšave za lažje in hitreše vzpostavljanje enot PZV.

³⁵ Plattform Primärversorgung (2024). 60 Primärversorgungseinheiten in Österreich! Dostopno na: <https://primaerversorgung.gv.at/neuigkeiten/60-primarversorgungseinheiten-osterreich>
Trenutno ima Avstrija 60 enot PZV (januar 2024).

³⁶ Virtič T, Mihevc M, Zavrnik Č, Mori Lukančič M, Poplas Susič A, Klemenc-Ketiš Z. 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. 2023;62(2):93-100. Dostopno na: <https://doi.org/10.2478/siph-2023-0013>

³⁷ Luan L. et 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'Arfite A. (Irdes). Questions d'économie de la santé n° 277 - Avril 2023. Dostopno na: <https://www.irdes.fr/recherche/2023/ges-277-infirmiere-en-pratique-avancee-ipa-en-soins-primaires.html>

Francija si prizadeva izboljšati dostop do ambulantne obravnave s koordinacijo izvajalcev na ravni skupnosti. V letu 2022 so obravnavo na primarni ravni zagotovili v 400 skupnostih (v letu 2020 zgolj v 60 skupnostih). Leta 2018 so v začetni 2 letni podiplomski izobraževanju diplomiranih medicinskih sester, po katerem prejmejo državno priznano diplomo in postanejo »napredne medicinske sestre« (fr. »Infirmière en pratique avancée«). Zagotavljajo podporo splošnim zdravnikom in specialistom na primarni ravni in sicer pri obravnavi kroničnih in multimorbidnih bolnikov. V letu 2021 je bilo registriranih skoraj 1000 sester s to nalogo. Ključni za uspešnost njihovega delovanja sta bili pripravljenost zdravnikov za takšno sodelovanje na eni strani in želja sester po določeni stopnji avtonomije na drugi. Nova zakonodaja iz aprila 2023 je še olajšala zaposlitve »naprednih medicinskih sester« in povečala obseg njihovih kompetenc. Tiste, ki delajo v skupinskih praksah zdravnikov lahko sprejemajo paciente brez nاپotitve zdravnika, opravljajo določene medicinske postopke in predpisujejo nekatera zdravila in medicinske pripomočke. Optikom ta zakon omogoča prilagajanje receptov za očala in leče.

³⁸ 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 »medicinskega asistenta« (fr. »assistant médical«), ki je prevzel nekatere administrativne in praktične naloge zdravnika, npr. sprejemanje pacienta, pomoč pri izvajanju telemedicine, pomoč pri oblačenju, merjenje krvnega tlaka, tehtanje, posodabljanje bolnikove dokumentacije, zbiranje informacij o življenjskem slogu, izvedba nekaterih enostavnejših testov, organizacijske in usklajevalne naloge. »Medicinski asistent« ne nadomešča zdravstvenih delavcev, opravi mora dodatno usposabljanje, ki traja 2 leti, oz. opraviti prekvalifikacijo in izpit v primeru, da to želi postati srednja medicinska sestra ali zdravstveni administrator, V letu 2022 so zaposlili že več kot 3500 »medicinskih asistentov«, kar je omogočilo splošnim zdravnikom, da so lahko obravnavali več pacientov in to opravljali bolj kakovostno. Vlada si prizadeva, da bi zagotovila zaposlitve za vsaj 10 000 medicinskih asistentov do konca leta 2024.

³⁹ 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 se zdravstveni domovi začeli ustanavljati 1. 8. 2023 v okviru reforme zdravstvenega sistema. Razlogi so bili številni. Prebivalcem države ni bila zagotovljena enaka razpoložljivost in kakovost zdravljenja. Sredstva, potrebna za financiranje storitev in infrastrukturo so se

Zaradi staranja populacije je potrebno še bolj okrepiti in nadgraditi timsko zdravstveno obravnavo v skupnosti in na domu pacienta, npr. patronažno službo in hišne obiske zdravnika ter razviti druge oblike zdravstvene obravnave na domu, na primer fizioterapijo in delovno terapijo. Pomembno dopolnitev obravnave na domu predstavljajo centri za duševno zdravje odraslih s svojimi mobilnimi in multidisciplinarnimi timi. K boljšim rezultatom pripomorejo opolnomočeni pacienti ter bolje usposobljeni izvajalci neformalne obravnave. Tudi za slednje so potrebni dodatni vložki v izobraževanje.

Kot je bilo ugotovljeno že v ResNPZV, horizontalna in vertikalna povezanost obravnave v zdravstvu v Sloveniji še vedno ni ustrezno zagotovljena. Ključni cilj tovrstnega povezovanja je celovit oziroma integriran pristop k pacientu v celotnem procesu obravnave, pacient mora biti v središču, saj tako dosežemo najboljši rezultat. Za doseg tega cilja je potrebno sodelovanje med različnimi specialnostmi in ravnmi zdravstvenega varstva ter vzpostaviti dosledno načrtovanje zdravljenja, npr. po odpustu pacienta iz bolnišnice in ob prehodu v druge oblike obravnave. Pomoč pri integrirani in koordinirani obravnavi je lahko telemedicina (opisana tudi v poglavju Digitalizacija).⁴⁰⁻⁴¹

V analizi PZV v Sloveniji iz leta 2020⁴² je SZO izpostavila pomanjkljivo komunikacijo med primarno in sekundarno ter terciarno ravno. Zaradi slabe usklajenosti informacijskih sistemov se take možnosti poslužujejo le redki, čeprav je konzultacija med zdravnikom na primarni ravni in specialistom učinkovit način za zmanjševanje števila napotitev na sekundarno in terciarno raven.⁴³ Izjema na tem področju so nekatere dobre prakse npr. v tirologiji,⁴⁴ kjer so e-posveti učinkovito zmanjšali čakalne vrste na sekundarni ravni.

SZO je posebej izpostavila pomen enotne podpore informacijske tehnologije, ki omogoča vpogled v vse razpoložljive zdravstvene podatke. Trenutno komunikacija med primarno in sekundarno/terciarno ravno večinoma poteka preko 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 in nadaljnjem zdravljenju ter zdravilih. Nepopoln vnos dokumentov v centralno elektronsko bazo, v Sloveniji trenutno poimenovano Centralni register podatkov o pacientu-CRPP, v načrtu pa je nadgradnja v Centralni

uporabljala neracionalno, 50 % prebivalcev Litve, ki živi v majhnih in srednje velikih občinah, pa se je za najmanjše zdravstvene storitve vozilo v velika mesta. Nova mreža zdravstvenih domov zagotavljajo osnovne in najpogostejše zdravstvene storitve blizu doma uporabnikov. Vključitev je obvezna za vse institucije. Če katera koli zdravstvena ustanova določenih zdravstvenih storitev ne more zagotavljati, lahko skleni pogodbo z drugim zasebno, občinsko ali državno institucijo. Takšne pogodbe so lahko sklenjene ne glede na meje občin. Na tak način so preprečili, da bi pacienti pri koncesionarjih prejeli slabšo kakovost oskrbe.

⁴⁰ 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 integrirani obravnavi pacientov in boljši koordinaciji med ravnmi. Poznajo več digitalnih orodij za različna kronična stanja, kot so TeleKOPB, Telesihiatrija, in aplikacije za virtualno rehabilitacijo, podporo starejšim, pacientom s sladkorno boleznijo in s srčnim popuščanjem.

⁴¹ WHO (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 do zdravstvene obravnave v oddaljenih področjih, predvsem na severu države, kjer so pacienti od zdravstvenih ustanov oddaljeni 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 in pospešuje izmenjavo znanja med ravnmi. Virtualne posvete z zdravniki uporabljajo medicinske sestre v domovih starejših občanov, npr. za paciente s kroničnimi ranami. V oddaljenih skupnostih uporabljajo t. i. »virtualne sobe«, so pa na voljo različni pripomočki in IKT. Pacienti si lahko izmerijo krvni sladkor, krvni pritisk in sami izvedejo nekatere druge teste, ali se virtualno posvetujejo z zdravstvenim osebjem na daljavo.

⁴² World health organization (WHO) (2020). Integrated, person-centred primary health care produces results: case study from Slovenia. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. Dostopno na: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336184/9789289055284-eng.pdf>

⁴³ WHO (2022). Estonia: health system summary. Dostopno na: <https://eurohealthobservatory.who.int/countries/estonia/>

V Estoniji so e-posvete uvedli zato, da bi povečali dostopnost do specialistične obravnave (še posebej za paciente iz geografsko bolj oddaljenih delov države) in zmanjšali osebne obiske pri več različnih specialistih. Za ta namen so v sodelovanju družinskih zdravnikov in drugih specialistov določili, kateri podatki se izmenjujejo, in zagotovili jasne smernice za družinske zdravnike, katere informacije in podatke iz preiskav bo ob konzultaciji potreboval določen specialist in kdaj je e-konzultacija najbolj smiselna. Do leta 2022 jim je uspelo vzpostaviti e-posvete na tak način z 31 specialisti različnih specialnosti, v tem letu pa so izvedli 61,450 e-posvetov, kar je še vedno zelo majhen delež vseh posvetov pri specialistih (2,4 milijona).

⁴⁴ Po podatkih NIJZ je bilo v letu 2023 izvedenih 10227 e-posvetov, kar predstavlja 76 % od vseh 13395 e-posvetov. Razmerje med e-posveti in klasičnimi napotitvami (v letu 2023 4738208) je 0,3 %.

elektronski zdravstveni zapis-CeZZ, oziroma nacionalni e-Karton, predstavlja oviro pri dostopu do potrebnih informacij s strani različnih izvajalcev. 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.

Aktivnost 3: Nadgradnja timskega dela v PZV s ciljem celostne obravnave pacienta – ukrepi:

- a) Opredelitev sestave in razširitev timov v ambulanti družinskega zdravnika, pediatra, ginekologa, patronažnem varstvu, zobozdravstvu, vključitev novih zdravstvenih sodelavcev, npr. farmacevtskega svetovalca, kliničnega dietetika,...
- b) Opredelitev in širitev obsega kompetenc in odgovornosti posameznih zdravstvenih delavcev in sodelavcev za samostojno obravnavo pacientov, priprava pravnih podlag, postopkov in protokolov obravnave, ki so usklajene na vseh nivojih zdravstvenega sistema in nacionalno veljavne in opredelitev in uvedba dodatnih izobraževanj, izpopolnjevanj in usposabljanja potrebnih za prenos kompetenc
- c) Zagotovitev interprofesionalnih usposabljanj za zdravstvene delavce in sodelavce, s poudarkom na vodenju in koordinaciji tima, tiskem sodelovanju in integriranem pristopu
- d) Okrepitev sodelovanja z nezdravstvenimi sodelavci (socialni delavci, delavci v izobraževalnem sistemu,...) in nevladnimi organizacijami (socialna participacija)
- e) Vzpostavitev usposabljanja laične javnosti za izvajalce neformalne oskrbe
- f) Vzpostavitev usposabljanja za osebe, ki nudijo laično podporo kroničnim (in drugim) pacientom v skupnosti, in druge pomočnike laike in njihova umestitev v zdravstveni sistem

Aktivnost 4: Vzpostavitev sistema učinkovitih mehanizmov sodelovanja med različnimi ravni zdravstvene dejavnosti – ukrepi:

- a) Vzpostavitev rednih strokovno izobraževalnih posvetovanj med ravni zdravstvenega sistema in različnimi poklicnimi skupinami
- b) Vzpostavitev formalnega obveščanja in posvetovanja med ravni ZV o skupnih pacientih, kjer komunikacija poteka v obeh smereh, z uporabo informacijsko komunikacijske tehnologije in nadgradnjo delovanja e-posveta
- c) Oblikovanje interdisciplinarnih skupin, ki obravnavajo zahtevne primere preko videokonferenc
- d) Omogočanje vključevanja specialistov iz sekundarne in terciarne ravni v delo na primarni ravni zdravstvenega varstva in obratno, npr. omogočiti delo ginekologom na več ravneh

Kakovostna in varna zdravstvena obravnava

Opis stanja in ključni izzivi

Pravica do kakovostne in varne zdravstvene obravnave je ena izmed osnovnih pacientovih pravic, opredeljena kot četrta izmed štirinajstih univerzalnih pacientovih pravic v Zakonu o pacientovih pravicah – ZPacP in najpogosteje navedenih načel zdravstvenih sistemov. Kakovostna zdravstvena obravnava je tista, ki dosledno dosega izide zdravstvene obravnave, ki so primerljivi s standardi ali najboljšimi praksami, obenem pa storitev zadovolji pričakovanja pacienta. Zdravstveni delavci sodelujejo z izvajalci zdravstvene dejavnosti in iščejo nove poti za doseganje lastne vrednosti pri izvajanju zdravstvenih storitev in rešitve z boljšo organizacijo dela. Zagotavljanje kakovosti v zdravstvu temelji na uporabi multidisciplinarnih znanj, spodbujanju timskega dela in povezovanju zdravstvenih delavcev s pacienti ter njihovimi bližnjimi.

Ocenjevanje kakovosti v Sloveniji je še vedno delno nadomeščeno z administrativnim nadzorom, ki ga spremlja finančno kaznovanje. Bistvo celovite kakovosti je v dvigu uspešnosti zdravljenja, povečani dostopnosti zdravljenja, boljših delovnih pogojih, predvsem pa v večji varnosti tako za paciente kot zaposlene. Osredotočanje na pacienta je eno osrednjih načel kakovosti v zdravstvu. V sodobnih programih

merjenja kakovosti se uporabljajo kazalniki izidov, med njimi tudi kazalniki, ki so osredotočeni na pacienta. Pri tem je nujna informatizacija standardiziranih procesov, ki je predpogoj za merjenje kakovosti.

V Sloveniji od leta 2019 poenoteno spremljamo, v kolikšni meri so bili pacienti zadovoljni z nekaterimi vidiki kakovosti svoje zdravstvene obravnave pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti. Iz poročila za leto 2020⁴⁵ je razvidno, da so smiselni ukrepi predvsem na naslednjih področjih: predstavitev zdravstvenih delavcev pacientom ob prvem stiku, čas čakanja na obravnavo po prihodu k izvajalcu, pojasnjevanje poteka obravnave pacientom, hitreje posredovanje izvidov in odpustnih pisem ter natančnejša navodila za zagotovitev ustrezne kontinuitete obravnave.

Poteka tudi ocenjevanje kakovosti dela ambulant družinske medicine s pomočjo 28 kazalnikov kakovosti, ki se mesečno zbirajo v centralni elektronski bazi na NIJZ. Vse ambulate imajo tudi dostop do agregirane baze podatkov o vrednostih kazalnikov kakovosti, kjer lahko primerjajo vrednosti za svojo ambulanto in povprečje vrednosti za njihovo regijo ter za celotno državo, kar je pomembna metoda (samo)izboljševanja kakovosti.⁴⁶

V zadnjih letih je bil dosežen tudi pomemben napredek pri standardizaciji kazalnikov o izkušnjah pacientov. Z namenom pridobiti in uporabiti podatke, kako se počutijo pacienti in kaj bi pacienti spremenili, da bi sistem deloval bolje, NIJZ izvaja raziskave o izkušnjah pacientov z zdravstvenimi obravnavami »Patient Reported Experience Measures« (v nadaljnjem besedilu PREMs).⁴⁷ Namen raziskav je dobiti vpogled v izkušnje z zdravstvenimi obravnavami neposredno s strani pacientov. Od 2021 v okviru OECD poteka mednarodna raziskava »Patient-reported Indicator Survey« (v nadaljnjem besedilu PaRIS), ki meri izide in izkušnje pacientov z obravnavo v ambulantah družinske medicine. V raziskavi sodeluje tudi Slovenija, pod vodstvom Zdravstvenega doma Ljubljana.⁴⁸ Rezultati bodo znani konec leta 2024, in bodo pomembni za nadaljnje spremljanje kakovosti PZV ter ali so potrebe pacientov ustrezno naslovljene. OECD načrtuje model kontinuiranega spremljanja PREMs na primarni ravni v zainteresiranih državah, ki bo temeljil na rezultatih projekta PaRIS.

Priložnosti za izboljšanje pri vpeljavi izboljšav izpostavlja tudi SZO v analizi PZV. Opozarjajo na pomanjkanje ustrezne podpore informacijske tehnologije in predvsem pomanjkanje mehanizmov, ki bi izvajalce spodbujali k izboljševanju dela. Za izboljševanje varnosti pacientov je najprej pomembno razumevanje kulture varnosti organizacije.⁴⁹ Cilj ocenjevanja kakovosti je prispevati k izboljševanju dela v zdravstvu in ne nadzoru in kaznovanju, kot je žal še vedno prevladujoče prepričanje v Sloveniji. Za spremembe so potrebni ustrezni sistemski ukrepi, vključno z infrastrukturo, človeškimi in finančnimi viri.

Aktivnost 5: Uvedba sistematičnega načina spremljanja in izboljševanja kakovosti ter varnosti – ukrepi:

- a) Ustanovitev skupine za kakovost in varnost na primarni ravni zdravstvenega varstva pri nacionalnem telesu za kakovost in varnost v zdravstvu, ki skrbi za svetovanje pri izboljševanju storitev
- b) Nadgradnja in razvoj celovitega sistema kakovosti v PZV, vključno z razvojem nacionalnih kazalnikov za merjenje kakovosti, varnosti, uspešnosti in učinkovitosti ter spremljanjem izkušenj pacientov

⁴⁵ Ministrstvo za zdravje (2021). Nacionalna analiza prejetih podatkov o ugotavljanju kakovosti poslovanja z uporabniki v javnem zdravstvu v portalu ZVEM v obdobju od januar – december 2020 Dostopno na: <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/Kakovost-zdravstvenega-varstva/Porocilo-o-zadovoljstvu-pacientov-za-leto-2020.pdf>

⁴⁶ Švab I, Klemenc-Ketiš Z, Poplas Susič T, Rotar Pavlič D, Petek Šter M, Cedilnik Gorup E, et al. Družinska medicina v Sloveniji: pregled stanja in predlogi izboljšav. Zdrav Vestn. 2021;90(1–2):112–25. Dostopno na: <https://vestnik.szd.si/index.php/ZdravVest/article/view/3010/3074>

⁴⁷ NIJZ (2023). PREMs, podatkovne zbirke in raziskave. Dostopno na: <https://www.nijz.si/sl/prems>

⁴⁸ Zdravstveni dom Ljubljana (2021). Projekt PaRIS: Ocena izkušenj in izidov zdravstvene obravnaveobrnave bolnikov s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi v ambulantah družinske medicine v Sloveniji. Dostopno na: <https://www.zd-lj.si/paris>

⁴⁹ Klemenc-Ketiš Z, Makivič I, Poplas-Susič A. 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. 2018;18(1):767. Dostopno na: <https://doi.org/10.1186%2Fs12913-018-3594-8>

- c) Vzpostavitev sistema kakovosti po mednarodno veljavnih standardih pri vseh izvajalcih v javni mreži na primarnem nivoju

Vodenje in upravljanje izvajalcev na primarni ravni zdravstvenega varstva z opredeljenimi vlogami in odgovornostmi vseh deležnikov na nacionalni in lokalni ravni.

Opis stanja in ključni izzivi

PZV je ključnega pomena za zagotavljanje vzdržnega sistema zdravstvenega varstva. Zato je nujno, da se o dolgoročnih usmeritvah razvoja odloča na ravni države, ki na podlagi analize potreb opredeli merila in pogoje za vzpostavitev mreže izvajalcev javne zdravstvene službe po regijskem načelu. Pri tem je potrebno poenotiti zdravstvene regije in regije ZZS s statističnimi. V odločanje morajo biti vključeni vsi deležniki in strokovnjaki z dobrim poznavanjem področja PZV.

V analizi PZV v Sloveniji 2020 je SZO¹⁸ kot ključno pomanjkljivost sistema izpostavil šibko in slabše učinkovito vodenje in upravljanje v PZV. Izpostavljena je razdrobljenost in nepovezanost struktur ter potreba po jasni opredelitvi pristojnosti. Glede na veljavno zakonodajo (ZZDej) je za strateško usmeritev in upravljanje področja PZV formalno odgovorno MZ, ki pa za to nima ustrezne kadrovske strukture. Odgovornost za izvajanje dejavnosti PZV je v pristojnosti občin, ki imajo kot ustanoviteljice zdravstvenih zavodov na področju PZV vpliv in nadzor nad njimi, hkrati pa nimajo ustreznih virov za dolgoročno načrtovanje politik, informatike in razvoja PZV. Trenutna ureditev zmanjšuje možnost za enakomerno uveljavljanje dolgoročnih razvojnih politik in spremljanja PZV na različnih območjih. Zaradi razlik v gospodarski razvitosti občin in tudi drugih razlogov se pogloblja neenakost v dostopu in ogroža kakovost zdravstvenih storitev. SZO opozarja, da pomanjkanje jasno opredeljenih vlog in odgovornosti omogoča ZZS, da vodi lastne politike brez upoštevanja potencialnih dolgoročnih vplivov npr. na zdravje prebivalstva ali gospodarsko rast.

Pomembno opozorilo SZO se nanaša tudi na pomanjkljivo izvajanje nalog za dosego ciljev opredeljenih v nacionalnih načrtih. Za strokovno podporo razvoju PZV je potrebno zagotoviti spremljanje delovanja sistema PZV na nacionalnem nivoju in mehanizme za sprotno ter bolj koordinirano uvajanje novih strokovnih, informacijskih in organizacijskih priporočil v osnovnem zdravstvenem varstvu (v nadaljnjem besedilu OZD). Smiselna je vzpostavitev formalnih regijskih zdravstvenih koordinacij, ki jo sestavljajo predstavniki izvajalcev zdravstvene dejavnosti v javni mreži (primarna, sekundarna, terciarna raven), MZ, območne enote ZZS in NIJZ ter predstavnik lokalne skupnosti. Primer organizacije, ki povezuje različne deležnike med seboj, in je partner pri organizaciji krepitvi in koordinaciji PZV, je flamski inštitut za primarno zdravstvo.⁵⁰

V analizi SZO je po drugi strani izpostavljena togost javnega sistema, ki omejuje avtonomijo posloводства ZD pri organizaciji dela, kadrovskega načrtovanju in plačilu zaposlenih. To zmanjšuje možnosti za izboljšanje organizacijske uspešnosti. Trenutno je nagrajevanje zaposlenih v okviru zasebnih izvajalcev bistveno bolj fleksibilno kot v okviru javnih zavodov, kar postavlja ene in druge v neenak položaj na trgu dela. Zato so potrebne spremembe na področju organizacije za večjo avtonomijo javnih zavodov, katerih direktorji preko kazalnikov kakovosti in poslovanja prevzemajo odgovornost glede upravičenosti svojih odločitev.

⁵⁰ Vivel (2023). Dostopno na: <https://www.vivel.be/en/vivel/>

Flamski inštitut za primarno zdravstvo je nevladna organizacija, ustanovljena leta 2019. Financirana je s strani flamske vlade. Predstavlja povezovalno telo med deležniki na primarni ravni in flamskimi oblastmi, povezuje tudi institucije, ki opravljajo različne funkcije na primarni ravni (socialno varstvo - neformalni oskrbovalci, izvajalci ZV, zavarovalnice, lokalne oblasti, akademska dejavnost, organizacije pacientov, zdravnikov in medicinskih sester). Njihovo glavno področje delovanja je podpora Odborom za PZV, ki pokrivajo vsak svoje območje s ca. 60000-125000 prebivalcev. S tem namenom zbirajo, analizirajo in posredujejo podatke, razvijajo nove metodologije, izvajajo inovacije in nudijo usposabljanja ter svetovanja ter podpirajo razvoj sistema kakovosti. Nudijo znanje in ekspertize s področja PZV in integralne oskrbe na primarni ravni. Aktivno sodelujejo pri oblikovanju politike PZV, svetovanju, izvajanju inovacij, načrtovanju kakovosti, zbiranju podatkov o PZV ter razvoju metodologij in njihove nadaljnjo uporabo.

Aktivnost 6: Okrepitev vodenja zdravstvene politike na primarni ravni ZV – ukrepi:

- a) Pravna podlaga za delovanje ustrezne notranje strukture na MZ, ki se prednostno ukvarja z PZV
- b) Sprememba sistema upravljanja in vodenja v javni mreži izvajalcev PZV, z jasneje opredeljenimi pristojnosti
- c) Sprememba pravno organizacijske oblike javno zdravstvenim zavodom za omogočanje večje avtonomije na področju organizacije dela, poslovanja, vodenju kadrovske politike in nagrajevanja zaposlenih

Aktivnost 7: Podpora koordiniranemu razvoju PZV - ukrepi:

- a) Vzpostavitev centra za podporo in razvoj dejavnosti v PZV (upravljanje, spremljanje, načrtovanje kadrovskih virov, razvoj in uvajanje novih modelov organizacije in financiranja)
- b) Podelitev javnega pooblastila zdravstvenim domovom za koordiniranje razvoja PZV v lokalni skupnosti, ki se povezujejo s centrom za podporo in razvoj v PZV

Financiranje PZV

na način, da se spodbuja učinkovito in kakovostno izvajanje zdravstvene obravnave glede na potrebe prebivalstva ter zagotavlja sledenje porabi denarja in s tem prispeva k vzdržnosti sistema.

Opis stanja in ključni izzivi

Ker močno PZV prispeva k večji učinkovitosti in vzdržnosti zdravstvenih sistemov, se sredstva namenjena dejavnostim na primarni ravni bogato obrestujejo. Dobro organizirana zdravstvena dejavnost na primarni ravni prispeva k zmanjšanju celokupnih stroškov zdravstvenega sistema, boljšemu zdravju prebivalstva in posledično k večji produktivnosti.⁵¹

Izzivi s katerimi se v Sloveniji na področju financiranja v PZV soočamo, so iskanje optimalnega modela plačila v PZV, več možnosti in fleksibilnosti pri vpeljavi novih programov v zdravstvu in zagotavljanje stabilnih virov financiranja za vlaganja v infrastrukturo izvajalcev.

PZV se v Sloveniji financira predvsem iz javnih virov. Največji del predstavljajo sredstva, zbrana v sistemu obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljnjem besedilu OZZ). Do 31. 12. 2023 so se zbirala tudi sredstva prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, zbrana preko komercialnih zavarovalnic. S 1. 1. 2024 se je prostovoljno zdravstveno zavarovanje preoblikovalo v obvezno zavarovanje v obliki plačil obveznega zdravstvenega prispevka. Le manjši del predstavljajo proračunska sredstva države in občin. Investicije v infrastrukturo PZV so se do nedavnega skoraj izključno financirale iz občinskih proračunov ali pa so jih izvajalci financirali iz ustvarjenih presežkov prihodkov nad odhodki. Z manjšim deležem je sodeloval tudi MZ, ki je praviloma letno zagotavljal sredstva za sofinanciranje nakupa medicinske opreme. S sprejemom Zakona o zagotavljanju finančnih sredstev za investicije v slovensko zdravstvo (v nadaljnjem besedilu ZZSISZ)⁵² pa so v tekočem desetletnem obdobju iz proračuna RS zagotovljena tudi namenska sredstva za investicije v zdravstveno dejavnost na primarni ravni v višini 200 milijonov eurov. Na področju digitalizacije se pričakuje, da bodo s spremembami zakonodaje (v pripravi je Zakon o digitalizaciji zdravstva) zagotovljena finančna sredstva za investicijo in vzdrževanje IKT, ki so do sedaj predstavljala majhen delež vseh investicij in niso sledila potrebam.

S Splošnim dogovorom se vsako leto prospektivno določi obseg programa in cene zdravstvenih storitev na primarni, sekundarni in terciarni ravni, ki ga financira ZZS. Delež sredstev namenjen za osnovno

⁵¹ OECD (2020), Realising the Potential of Primary Health Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris. Dostopno na: <https://doi.org/10.1787/a92adee4-en>

⁵² Zakon o zagotavljanju finančnih sredstev za investicije v slovensko zdravstvo v letih od 2021 do 2031 (ZZSISZ) Ur. list RS št. 162/2021

zdravstveno dejavnost⁵³ (v nadaljnjem besedilu OZD), je za leto 2022 znašal dobrih 689 milijonov EUR, predstavlja 17,0 % vseh izdatkov ZZS. V strukturi vseh sredstev za izvajanje zdravstvene dejavnosti, ki skupaj predstavljajo slabih 70 % vseh sredstev ZZS, se delež za OZD v zadnjih desetih letih bistveno ne spreminja (v letu 2022 je predstavljal 26,7 %, v letu 2021 26,4 %). Delež sredstev v strukturi vseh izdatkov ZZS pa ima trend upadanja. V letu 2022 so odhodki ZZS za zdravstvene storitve znašali 65,9 %, v letu 2021 pa 66,8 %. Naraščajo izdatki za denarne dajatve (skoraj v celoti so to nadomestila za bolniške odsotnosti), in sicer je ZZS od vseh svojih odhodkov za te namenil leta 2021 14,2 %, v letu 2022 pa 17,1 %.⁵⁴

SZO v analizi PZV izpostavlja, da je vloga ZZS v odločanju o razporejanju sredstev in določanju prioritet prevladujoča. Odločitve ne temeljijo na dolgoročnih strategijah in upoštevanju potreb prebivalstva, ampak na razpoložljivosti sredstev in kot odgovor na predloge posameznih deležnikov. Ker je načrt izvajanja zdravstvene dejavnosti z obsegom storitev določen vnaprej, je uvajanje novosti in prilagodljivost izvajalcev v OZD zelo oteženo. SZO v analizi PZV opozarja tudi na ranljivost sistema celotnega ZV, ki kot vir sredstev uporablja skoraj izključno prispevke iz delovnega razmerja in v zelo majhnem delu iz državnega proračuna, kar zmanjšuje stabilnost zdravstvenega sistema.

Način plačevanja OZD v Sloveniji temelji na kombinaciji plačevanja glavarine in storitev, ki imata vsak svoje prednosti in slabosti.⁵⁵ Težava trenutno veljavnih glavarinskih količnikov v Sloveniji je, da ti ne temeljijo na stroškovni analizi in ne odražajo dejanske utežbe in stroškov pacienta. Edino merilo je starost, kjer imajo starostne skupine zelo širok razpon. V mnogih drugih državah se upoštevajo še drugi dejavniki kot so spol, nosečnost, socialni položaj, večjezičnost, gostota prebivalcev, zdravstveno stanje oz. pridružene bolezni, frekvenca uporabe zdravstvenih storitev s strani pacienta.^{56 57} Tudi plačilo, ki temelji na storitvah ima svoje omejitve. V Sloveniji se plan storitev za posameznega izvajalca določi na osnovi realizacije preteklih let, postopek uvajanja sprememb je dolgotrajen. Odstop od tega je oktobra 2022 poizkusno uvedeni finančni model,⁵⁸ ki omogoča plačilo vseh opravljenih zdravstvenih storitev brez omejitev, kar je spodbuda za izvajalce k opravljanju čim več katerikoli storitev, ne pa nujno k najbolj potrebnim in kakovostnim storitvam, npr. celostne obravnave pacienta. Poleg tega izvajalcem omogoča, da prejmejo dodaten zaslužek vezano na trenutno opravljeno storitev, brez trajne zaveze za opredelitev in kontinuirano obravnavo pacienta. Obenem pa tak model financiranja omogoča opredelitev ekstremno velikega števila pacientov na omejen program družinske medicine, kar ogroža enakomerno porazdeljenost izvajalcev glede na gostoto prebivalstva.

Obračunski model v OZD bi moral spodbujati način vodenja pacientov, ki je na posameznem področju (družinski medicini, pediatriji, ginekologiji itd.) specifičen, vključuje tudi posebne oblike dela (npr. vodenje pacientov s kroničnimi boleznimi, vodenje multimorbidnih pacientov ipd.), ki vključuje tudi posebne oblike dela (telefonske posvete, hišne obiske, zdravljenje na domu, izvajanje zahtevnejših posegov na primarni ravni, konzultacije z drugimi strokovnjaki na primarni in sekundarni ravni, ustrezno mentoriranje oziroma vključevanje v učni proces, vodenje oddelka ipd.) ter se odziva na nove izzive (npr. izvajanje cepljenja in

⁵³ OZD je opredeljena v 7. členu Zakona o zdravstveni dejavnosti in obsega vse ambulantne zdravstvene storitve na primarni ravni, ne vključuje pa npr. lekarniške dejavnosti. PZV je širše kot OZD in vključuje tudi npr. lekarniško dejavnost.

⁵⁴ ZZS (2022). Letno poročilo. Dostopno na: <https://www.zzs.si/o-zzs/letno-poslovno-porocilo/>

⁵⁵ Maeseneer, Jan & Willems, Sara & Sutter, An. (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

⁵⁶ WHO (2023). Finland: health system summary 2023. Dostopno na: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/finland-health-system-summary>

Na Finskem približno 80 % sredstev je dodeljenih na podlagi koeficienta potrebe po zdravstvenem in socialnem varstvu. Preostali del vključuje financiranje glavarino in druge dejavnike (kot so dvojezičnost, tuji jeziki in gostota prebivalstva). Majhen delež izhaja iz doplačil in tržne dejavnosti.

⁵⁷ 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>

⁵⁸ Zakon o nujnih ukrepih za zajezitev širjenja in blaženja posledic nalezljive bolezni COVID-19 na področju zdravstva (ZNUNBZ) Uradni list RS, št. 141/22

testiranja med epidemijo Covid-19). Raziskave so pokazale, da »mešani modeli plačil« lahko zmanjšajo količino in izboljšajo kakovost zdravstvenega varstva v primerjavi z modelom plačila po storitvah in tako zagotovijo potrebne spodbude za doseganje ciljev.⁵⁹ Tudi OECD na splošno opozarja, da je potrebna uvedba novih oblik plačil v kombinaciji z obstoječimi bolj tradicionalnimi plačilnimi mehanizmi, ki spodbuja izvajalce k usklajevanju preventivnih in kurativnih dejavnosti. Tak primer je lahko enotno plačilo za kronične bolezni,⁶⁰ dodatek za multidisciplinarnost ali povezovanje praks med seboj.⁶¹ Obstaja nekaj dokazov, da so finančne spodbude bolj učinkovite, če so usmerjene v timsko delo kot v posameznika.⁶² Čeprav je v veliko sistemov PZV po svetu razširjen model »plačila po uspešnosti«, kjer se zagotavljajo finančne spodbude na podlagi doseganja vnaprej določenih ciljev uspešnosti, pa ni jasnih dokazov za izboljšanje kakovosti obravnave na podlagi takšnega plačevanja.⁶³

V Načrtu za okrevanje in odpornost (v nadaljnjem besedilu NOO)⁶⁴ je opredeljeno, da bo reforma zdravstvenega sistema vključevala sistemske ukrepe na področju financiranja sistema zdravstvenega varstva s posodobitvijo obračunskih modelov financiranja zdravstvenih dejavnosti, ki temeljijo na kazalnikih kakovosti z namenom izboljšanja učinkovitosti in kakovosti obravnave pacientov.

Aktivnost 8: Sprememba načina razporejanja sredstev za PZV – ukrepi:

- a) Zagotavljanje finančnih sredstev za razvoj PZV (izobraževanja in usposabljanja, razvoj in uvajanje novih metod dela,...)
- b) Posodobitev glavarinskih količnikov, ki bodo bolje odražali utežbo in stroške pacienta
- c) Analiza sedanjega financiranja PZV in uvedba sodobnih, mešanih modelov financiranja, ki temeljijo na učinkovitosti, kakovosti in timski obravnavi pacienta in poleg plačila iz glavarine in storitev, vključuje še plačilo za npr. obravnavo kronične bolezni, multidisciplinarnost, kakovost,...
- d) Omogočanje stabilnega poslovnega okolja z izboljšanjem procesa podajanja navodil za obračunavanje storitev in ukinitev prakse spreminjanja pravil za nazaj

Aktivnost 9: Posodobitev infrastrukture in opreme za izvajanje zdravstvene dejavnosti na primarni ravni – ukrepi:

- a) Posodobitev minimalnih prostorskih standardov, ki so prilagojeni razširjenemu timu v PZV, za izvajanje zdravstvene dejavnosti na primarni ravni

⁵⁹ Kralj, B. and 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'économique, 46: 208-238. Dostopno na: <https://doi.org/10.1111/caje.12003>

⁶⁰ M. Karimi, A. Tsiachristas, W. Looman et al. Bundled payments for chronic diseases increased health care expenditure in the Netherlands, especially for multimorbid patients., Health Policy, Volume 125, Issue 6, 2021, Pages 751-759. Dostopno na: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.04.004>

Na Nizozemskem zagotavljanje oskrbe iz programov obvladovanja bolezni zahteva plačilno strukturo, ki spodbuja sodelovanje in kakovostno obravnavo. Namesto plačila za storitve, ki spodbujajo količino oskrbe, so bila uvedena »paketna plačila«, s katerimi se kronična oskrba, ki temelji na dokazih, v pogajanjih med zavarovalnico in izvajalci zagotovijo kot en »paket« za vsakega bolnika z določenim stanjem.

⁶¹ Triin Habicht, Kaija Kasekamp, Erin Webb, 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, 2023. Dostopno na: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2023.104710>

⁶² Maynard, A. (2012), The powers and pitfalls of payment for performance. Health Econ., 21: 3-12. <https://doi.org/10.1002/hec.1810>

V Veliki Britaniji, plačilna shema državne zdravstvenega sistema (National health service -NHS) spodbuja uspešnost ekipe in izboljšanje dela.

⁶³ Jamili, S., Yousefi, M., pour, H.E. et al. Comparison of pay-for-performance (P4P) programs in primary care of selected countries: a comparative study. BMC Health Serv Res 23, 865 (2023). Dostopno na: <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09841-6>

Uporaba spodbud za uspešnost se je začela po letu 1990 s programi, ki so nagrajevali tako procesne kazalnike kot kazalnike kakovosti.

Primeri ciljev so delež precepljenosti, presejanje bolezni, sledenje kliničnim smernicam, uporaba registrov bolezni, programske opreme za online posvete ali letni pregled kartoteke s poročilom, ki se pošlje pacientu. Uvedba »plačila po uspešnosti« je odgovor na obstoječa plačila (plačilo po glavarini, storitvah ali plača), ki ne spodbujajo uspešnosti, ampak lahko celo neželeno obnašanje izvajalcev.

⁶⁴ Služba Republike Slovenije za razvoj in evropsko kohezijsko politiko (2021). Načrt za okrevanje in odpornost. Dostopno na: https://www.eu-skladi.si/sl/dokumenti/r/rf/01_si-rrp_23-7-2021.pdf

- b) Zagotovitev stabilnih virov financiranja za stalno posodabljanje in razvoj infrastrukture v PZV, tako stavb, opreme, kot sodobne informacijsko-komunikacijske tehnologije (telefonija, informacijski sistemi, digitalna orodja, umetna inteligenca,...)

Kadrovski viri in ustrezni delovni pogoji

ki bodo povečali zanimanje za zaposlitev v PZV.

Opis stanja in ključni izzivi

Število zaposlenih v zdravstvenem in socialnem varstvu se je v zadnjih dvajsetih letih v vseh državah OECD povečalo in je v povprečju znašalo 10,5 % vseh zaposlenih v letu 2021.⁶⁵ Število zaposlenih v tem sektorju se je povečalo tudi v Sloveniji, a je pod povprečjem OECD in je v letu 2021 znašalo 7,0 %.⁶⁷ V številnih državah OECD predstavljajo medicinske sestre najštevilčnejšo kategorijo delavcev v zdravstvenem in socialnem varstvu in sicer 20–25 % vseh delavcev, zdravniki predstavljajo precej manjši delež. Slovenija je država kjer se število zdravnikov v zadnjih dvajsetih letih povečuje hitreje kot v nekaterih drugih državah (iz 2,2 na 3,3 zdravnika na 1000 prebivalcev), a je po številu vseh zdravnikov še vedno pod povprečjem držav OECD, ki je bilo 3,7 zdravnika na 1000 prebivalcev v letu 2022.⁶⁷ Število medicinskih sester je v Sloveniji nad povprečjem OECD (8,3 na 1000 prebivalcev), in sicer 10,5 na 1000 prebivalcev.⁶⁷ Številne države članice OECD (Avstralija, Kanada, Irska, Izrael, Nova Zelandija, Švica, Velika Britanija, Združene države Amerike) se že desetletja zanašajo na delovno silo iz tujine, pri čemer so se te migracije še povečale po pandemiji covid-19.⁶⁶ Leta 2021 je povprečno skoraj petina (19 %) zdravnikov v državah OECD pridobila svojo prvo medicinsko izobrazbo v drugi državi, kar je več kot desetletje prej, ko je takšnih bilo 15 %, v Sloveniji je bil delež 18,9 %.

Število aktivne populacije se manjša, število starejših pa se povečuje, zato nas v prihodnosti čaka še veliko izzivov pri zagotavljanju kadrov za dolgotrajno oskrbo in v zdravstvu. Pri tem lahko pomaga razvoj umetne inteligence in novih tehnologij. Zaposleni bodo vsekakor podvrženi drugačnim postopkom in posegom, kjer bodo potrebna drugačna znanja in kompetence ter tudi struktura kadra. Potrebni bodo tako zdravstveni delavci kot tudi drugi profili, npr. strokovnjaki za informacijsko tehnologijo.⁶⁷

Številne države OECD, med njimi tudi Slovenija, se soočajo s pomanjkanjem, majhnim zanimanjem za poklice v PZV in staranjem zdravstvenih delavcev. V ta namen države sprejemajo različne ukrepe npr. štipendije, omogočanje najema strokovne podpore,⁶⁸ povečanje vpisnih mest v izobraževalnem sistemu,⁶⁹ finančne in druge spodbude za zapolnitev delovnih mest,⁷⁰ širitev kompetenc medicinskim

⁶⁵ OECD (2023), Health at a Glance 2023: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>

⁶⁶ OECD (2023). Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience. Dostopno na: <https://doi.org/10.1787/1e53cf80-en>

⁶⁷ OECD (2021), Health at a Glance 2021: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>

⁶⁸ WHO (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 sprejel dva ukrepa za povečanje privlačnosti praks zdravnikov v PZV na podeželju. Podeljenih je bilo 50 štipendij študentom medicine, ki se zavežejo, da bodo vsaj pet let po zaključku dela kot zdravniki splošne medicine, pediatrije in mladostniške medicine, ginekologije in porodništva, psihiatrije in psihoterapevtske medicine ali psihiatrije otrok in mladostnikov v slabo pokritih regijah še vsaj 5 let po zaključku izobraževanja. Upravičeni so vsi študenti avstrijskih univerz od tretjega letnika študija naprej. Štipendija v višini 923 evrov se izplačuje mesečno do 42 mesecev. Drugi ukrep je paket strokovne podpore, ki zdravnikom omogoča, da organizacijske in vodstvene naloge oddajo zunanjim izvajalcem, bodisi posamezno bodisi kot paket. Za podporo je mogoče na primer poiskati vzpostavitev in opremljanje prakse, vodenje informacijskih sistemov, računovodstvo in receptorje. Ta pomoč bo zdravnikom omogočila, da se osredotočijo na delo z bolniki.

⁶⁹ WHO (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.

⁷⁰ Habicht T, Kasekamp K, Webb E. Primary health care reforms in Estonia: using financial incentives to encourage multidisciplinary care. Eur J Public Health. 2022 Oct 25;32(Suppl 3):ckac129.625. doi: 10.1093/eurpub/ckac129.625

V Estoniji se privabljanja družinskih zdravnikov lotevajo s spremembo sistema upravljanja PZV, omilitev meril za pridobitev seznama bolnikov, zagotavljanje finančnih spodbud za delo na oddaljenih območjih, razširitev nabora storitev, ki jih lahko opravljajo za paciente, povečanje kompetenc medicinskih sester, da predpišejo zdravila in potrdijo bolniško odsotnost

sestram,⁷¹ možnost zaposlitve za krajši delovni čas,⁷² omogočanje šolanja v manjših mestih,⁷³ priznanje mentoriranja⁷⁴ in ukrepi za ohranitev in vrnitev zaposlenih v PZV.⁷⁵ V Sloveniji so bili sprejeti nekateri ukrepi, npr. povečanje števila mest za specializacijo iz družinske medicine, štipendiranje deficitarnih poklicev v zdravstvu.⁷⁶ Večinoma pa ostaja izziv, kako pritegniti zadostno število diplomantov medicine, da bi se odločili za specializacijo iz družinske medicine glede na nižji zaznani prestiž in plačilo. Podoben trend je opazen tudi pri ginekologih in pediatrih na primarni ravni, kjer se majhen delež zdravnikov odloča za delo v PZV, v primerjavi z zaposlitvijo v bolnišnicah.

Stimulativni pristop, ki je bil z dodatnim nagrajevanjem za izbiro specializacije iz družinske medicine ter štipendiranjem v Sloveniji uveden v letu 2021,⁷⁷ je dobrodošel, ne pa zadosten pogoj in ima omejen doseg. Potrebno je izboljšati pogoje dela in organizacijo dela ter omogočiti zdravstvenim delavcem, da opravljajo le tiste naloge, za katera so nenadomestljivi. Veliko administrativno breme v OZD je povezano z odločanjem o socialnih pravicah npr. bolniški odsotnosti,⁷⁸ kjer je potrdilo zdravnika potrebno od prvega dne odsotnosti. Bolniška odsotnost je v dolžino neomejena, in lahko traja tudi več kot 10 let, za podaljševanje pa je potrebna stalna aktivnost družinskega zdravnika. Področje absentizma v Sloveniji predstavlja veliko družbeno breme

⁷¹ Maier, CB. Nurse prescribing of medicines in 13 European countries. Hum Resour Health 17, 95 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0429-6>

Na Finskem je parlament leta 2010 sprejel spremembo, ki »naprednim medicinskim sestram« določil podiplomsko izobraževanje, ki omogoča predpisovanje zdravil iz oblikovanega nacionalnega seznama zdravil. Država omejuje pravico predpisovanja na posebej usposobljene medicinske sestre, medicinske sestre za javno zdravje ali babice, če to odobri odgovorni zdravnik njihove organizacije. Od leta 2019 je bil seznam stanj in zdravil razširjen, stroške dodatnega izobraževanja pa krije država. Podiplomski programi na magistrski ravni so se razvijali vzporedno ter usklajevali in vključevali v nacionalni kurikulum. Medicinske sestre na Finskem obravnavajo manjša akutna stanja (npr. nezapletena okužba sečil, kadar je potreben recept za antibiotik) in kronična stanja (na primer podaljšanje receptov za bolnike s sladkorno boleznijo, astmo). Pomemben del njihovega dela je svetovanje pacientom pri postavljanju ciljev, izvajanju zdravega načina življenja in spremljanju. Medicinske sestre opravljajo tudi nekatera posvetovanja, podprta z e-posvetovanjem z zdravnikom. Poleg tega imajo pomembno vlogo tudi pri zdravju žensk in reproduktivnem zdravstvenem varstvu, na primer lahko uvedejo recepte za kontracepcijo.

⁷² WHO (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 tudi spremembo delovnih razmerij in pogojev za zdravnike, zaposlene v nacionalnem zdravstvenem sistemu (ESY), ter dovoljuje dvojne prakse, ki zdravnikom omogoča, da delo v javnem sektorju združijo z delom v zasebni praksi.

⁷³ WHO (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 lahko od leta 2023 poteka ne samo na medicinskih univerzah, ampak tudi v višjih poklicnih šolah. Ta možnost je bila določena v spremembi zakona o visokem šolstvu in znanosti, ki jo je parlament sprejel leta 2021. To pomeni, da so poklicne univerze ustanovile medicinske fakultete, če izpolnjujejo zahteve izobraževalnih standardov za medicinske fakultete.

⁷⁴ WHO (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 prepoznajo ključno vlogo mentorjev v družinski medicini in usposabljanju zdravstvene nege. Posredni in neposredni mentorji so prepoznani, z jasno opredeljenimi vlogami, njihov kontaktni čas s pacienti pa se skrajša, da se lahko posvetijo izobraževanju. To dopolnjuje shema finančnih spodbud. Poleg tega ustanovitev univerzitetnih centrov doktorskega študija nagraduje odličnost mentorstva z uradnimi priznanji, mentorski program zdravstvene nege pa dodatno krepi izobraževanje.

⁷⁵ NHS England (2023). Dostopno na: <https://www.england.nhs.uk/long-read/delivery-plan-for-recovering-access-to-primary-care-2/>

V Veliki Britaniji so z dodatnimi sredstvi razširili obstoječo zmogljivost delovne sile. Povrnejo 50 % plač in drugih stroškov za zaposlovanje osebja, vključno s farmacevti, delavci za duševno zdravje in »paramedik«. Postopki vračanja posameznikov, ki si želijo vrnitve na delo, potem ko so zapustili zdravstvo, so se poenostavili, več je tudi davčnih olajšav za pokojnine med osebami z višjimi dohodki, kar velja za številne zdravnike.

⁷⁶ MZ (2023). Do leta 2031 zagotovljena dva milijona evrov in pol za štipendije v zdravstvu. Dostopno na: <https://www.gov.si/novice/2023-06-29-do-leta-2031-zagotovljena-dva-milijona-evrov-in-pol-za-stipendije-v-zdravstvu/>

⁷⁷ Zakon o nujnih ukrepih na področju zdravstva - ZNUPZ (Uradni list RS, št. 112/21, 189/21, 206/21 – ZDUPŠOP in 132/22)

⁷⁸ 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>

in ga je potrebno celovito nasloviti.^{79 80 81 82} Druge nepotrebne administrativne naloge so še odločanje o potnih stroških pacienta, nenujnih reševalnih prevozih, izdajanje delovnih nalogov za podaljšanje patronažni službi in fizioterapiji in izdajanje napotitev in zdravil po naročilu specialistov višjih nivojev, ker jih ti niso izdali.⁸³ Kjer je možno, je potrebno zmanjšati administrativno breme na izvoru, bodisi s pomočjo informacijske tehnologije, bodisi s poenostavitvijo pravil, spremembo procesov dela ali spremembo zakonodaje.

Potrebno je omogočiti in podpreti prenos nekaterih opravil na druge strokovnjake: npr. na specialiste MDPŠ, na DMS, na farmacevte ter na administrativni in drug kader, deloma tudi na ZZS in s tem razbremeniti izvajalce dejavnosti v PZV. Iz tega razloga je potrebno strateško načrtovanje kadrov za zaposlitve v zdravstvu in sicer ustrezno usposobljenih zdravstvenih delavcev in sodelavcev ter drugih strokovnjakov za oblikovanje timov, ki lahko pacientom zagotavljajo multidisciplinarno, celovito in kakovostno obravnavo, kar naslavlja strategija za trajnostno upravljanje razpoložljivosti zdravstvenih delavcev in sodelavcev v javni mreži do leta 2035, ki je v pripravi. Posebej za področje PZV je potrebno nasloviti pomen mentorstva na dodiplomskem nivoju, dopolnitev študijskih programov vseh specialističnih dejavnosti z vsebinami primarne ravni, pripravo podiplomskih izobraževanj za specialistične dejavnosti na primarni ravni za posamezne poklice, ter omogočiti raziskovanje, poučevanje in delo s študenti.

V analizi PZV je SZO¹⁸ opozorila na občutek izgorelosti zdravstvenih delavcev na primarni ravni in razumevanje, da so zaposleni v javnih zavodih nepravilno plačani v primerjavi s koncesionarji ali kolegi na drugih ravneh zdravstvenega varstva. Med pomembnimi ukrepi za naslavljanje te problematike je večja fleksibilnost izvajalcev pri nagrajevanju kadra v javnih zavodih, kot večja participacija zaposlenih pri upravljanju. Izgorelost zaposlenih v zdravstvu je postala pomemben problem širom sveta, ki ga je potrebno nasloviti z različnimi ukrepi, tako organizacijskimi kot individualno prilagojenimi, saj so razlogi za nastanek številni. Eden od ukrepov je omogočanje večje fleksibilnosti zaposlitve, npr. kombinirano zaposlovanje na primarni in sekundarni ravni, delne zaposlitve, zaposlitve s krajšim delovnim časom in podobno.

Pri urejanju pogojev dela je potrebno nasloviti tudi problematiko vse pogostejših konfliktnih in nasilnih situacij in zagotavljanje varnega delovnega okolja.

⁷⁹ 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/>

V Franciji so v 1990 tih letih pričeli z okrepljenimi ukrepi preverjanja bolniške odsotnosti, sedaj pa preizkušajo ukrepe za prilagoditev/izboljšanje delovnih pogojev, da bi ljudje ostali zdravi in na delovnem mestu, omogočanje dela s krajšim delovnim časom.

⁸⁰ Sachverständigenrat (2015). Krankengeld - Entwicklung, Ursachen und Steuerungsmöglichkeiten. Dostopno na: <https://www.svr-gesundheit.de/gutachten/sondergutachten-2015/>

Od leta 2015 se izvajajo vodenje primerov: individualizirano svetovanje in oskrba od 3. tedna bolniške odsotnosti, namenjene podpori zaposlenemu, ki se vrne na delo. Zagotovljeni so nasveti o razpoložljivih podpornih storitvah in spodbuja se delo s krajšim delovnim časom.

⁸¹ Hulleger P, Koning P. Employee Health and Employer Incentives (2015). IZA Discussion Paper No. 9310, Dostopno na: <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2658643>

Na Nizozemskem so bili vzpostavljeni ukrepi: sistematski pregledi ob vključitvi v sistem trajne invalidnosti, spodbujanje, podpiranje in spodbujanje ponovnega vključevanja. Cilj podpore pri ponovnem vključevanju je zmanjšati spodbude delodajalcev za vključitev zaposlenih v invalidski sistem.

⁸² Dorrington S, Roberts E, Mykletun A, et al. Systematic review of fit note use for workers in the UK Occupational and Environmental Medicine 2018;75:530-539. Dostopno na: <https://oem.bmj.com/content/75/7/530>

V Veliki Britaniji je bil leta 2010 uveden »Fit Notes«, namesto »Sick Note« (zdravnik poroča o preostalih zmožnostih in ne o nezmožnosti osebe za delo). Obvestilo o sposobnosti služi obveščanju delodajalca o sposobnosti osebe, da se pod določenimi pogoji vrne na delo. Cilj je izboljšati komunikacijo med pacientom, zdravnikom in delodajalcem glede bolnikove sposobnosti za delo.

⁸³ NHS England (2023). Dostopno na: <https://www.england.nhs.uk/long-read/delivery-plan-for-recovering-access-to-primary-care-2/>

V Veliki Britaniji so sprejeli ukrepe za zmanjšanje administrativnega dela v zvezi s pacienti, ki so napoteni na sekundarno oskrbo. To vključuje zahtevo, da izvajalci sekundarne zdravstvene obravnave izdajo lastne napotitve za povezane ali takojšnje potrebe in da sami pokličejo paciente po zdravljenju, namesto da paciente pošiljajo v k splošnim/družinskim zdravnikom.

Aktivnost 10: Povečati zanimanje strokovnjakov za zaposlitev v PZV in zagotoviti zadostno število ustrezno usposobljenih zdravstvenih delavcev – ukrepi:

- a) Promocija in komuniciranje pozitivnih vidikov zaposlitve v PZV
- b) Dopolnitev programov izobraževanj na dodiplomskem in podiplomskem nivoju z dodatnimi vsebinami za delo v PZV ter drugi ukrepi pred in med študijem za promocijo primarne ravni
- c) Povečanje obsega štipendiranja za deficitarne poklice v zdravstvu, z jasno določenimi kriteriji in pravili
- d) Povečanje razpisnih mest za specializacije zdravnikov v PZV, ter zagotovitev ustrezne finančne spodbude za izbiro teh specializacij
- e) Uvedba kroženja zdravnikov specializantov drugih strok in obveznega sekundariata v PZV
- f) Vzpostavitev in zagotovitev systemskega financiranja nacionalno sprejetih kliničnih specializacij za psihologe, logopede, diplomirane medicinske sestre, farmacevte,...
- g) Vzpodbujanje vseživljenjskega pridobivanja dodatnih kompetenc, npr. za izvajanje zahtevnejših posegov in sodobne diagnostike ter omogočanje raziskovanja in poučevanja v PZV
- h) Poenostavitev kriterijev za mentorje v PZV (npr. z znižanjem števila let praktičnih izkušenj na svojem področju po opravljenem specialističnem izpitu) in spodbude za poučevanje (npr. odlikovanja, krajši kontaktni čas s pacienti, finančne spodbude,...)
- i) Zmanjšanje administrativnih in jezikovnih ovir pri zaposlovanju zdravstvenih delavcev in sodelavcev iz tujine

Aktivnost 11: Izboljšanje pogojev dela za zaposlene v PZV in zagotavljanje pozitivnih spodbud – ukrepi:

- a) Spremljanje delovnih obremenitev posameznih poklicnih skupin in uvajanje izboljšav v procesu dela na ravni izvajalca
- b) Zmanjšanje obsega administrativnega dela ob obisku pacienta, in odprava nalog, ki niso del zdravstvene obravnave (npr. udejanjanje pravic iz socialnega varstva, obračunski postopki,..) s pomočjo boljše informatizacije, organizacije dela in prerazporeditvijo nalog, s poenostavitvijo pravil ZZS in spremembami v zakonodaji (npr. na področju absentizma)
- c) Zagotovitev interprofesionalnega izobraževanja z vsebinami asertivne komunikacije, mediacije in reševanja konfliktov ter upravljanja s tveganji in profesionalizma za vse zaposlene v OZD
- d) Uvedba variabilnega dela plač – s ciljem kakovostne in varne obravnave pacientov ter zagotovitve enakega dostopa in obravnave vseh skupin pacientov
- e) Omogočanje večje fleksibilnosti zaposlovanja, npr. prilagodljivost delovnega časa, zaposlitev za krajši delovni čas

Digitalizacija zdravstva

ki bo podpirala procese v PZV, predvsem kontinuirano in koordinirano obravnavo pacientov in s tem povezano komunikacijo in sistem zagotavljanja celovite kakovosti, ter bo učinkovito prispevala k zmanjšanju administrativnih bremen za izvajalce zdravstvene dejavnosti v PZV.

Opis stanja in ključni izzivi

Zdravstvena informatika, ki temelji na uporabi sodobne informacijsko-komunikacijske tehnologije (v nadaljnjem besedilu IKT), v modernem zdravstvu presega svoj dosednji značaj podporne dejavnosti in skupaj s prenovo poslovnih procesov postaja ključni spodbujevalec razvoja. Digitalizacija predstavlja priložnost za zmanjšanje administrativnih bremen in večjo dostopnost podatkov in informacij ter s tem povezano spremljanje kakovosti in učinkovitosti, a je hkrati velik izziv, saj zahteva spremenjen način dela in spreminjanje utečenih postopkov. Število podatkov v zdravstvu skokovito narašča, kar zahteva tako

zmogljivejšo informacijsko tehnologijo kot vključitev novih ali dodatno usposabljanje obstoječih članov tima, ki so sposobni te podatke analizirati in jih interpretirati.

Pogosto digitalizacija še vedno ne predstavlja podpore neposrednim izvajalcem zdravstvene dejavnosti, ampak žal pogosto zgolj oviro, zato so še številne priložnosti. Informacijski sistem obstaja, vendar se bolj uporablja za nadzor, obračunavanje storitev in posredovanje podatkov za nacionalne statistike kot, da bi bil prilagojen potrebam izvajalcev. Razpršen sistem nabave informacijske podpore je prinesel več med seboj nepovezanih sistemov, kar otežuje prenos podatkov o pacientu, poleg tega so stroški nadgradenj visoki. Sistem e-zdravje sicer razvija moderen informacijski sistem, ki vključuje e-recept, e-napotnico, e-karton in e-preventivni karton a se uvaja počasi in parcialno v PVZ, še vedno se srečujemo z veliko pomanjkljivostmi. V OZD zdravstveni delavci še vedno v prevladujoči meri uporabljajo papirnate kartoteke in analogno telefonijo s fiksnim številom linij in brez sistema za upravljanje klicev. Pri izbiri in razvoju spletnih orodij za komunikacijo s pacienti so izvajalci prepuščeni lastni iznajdljivosti in zelo omejenim virom. Različni sistemi komunikacije (telefon, spletna orodja, zdravstveno informacijski sistem) med seboj tudi niso povezane. Potrebno je načrtno vlagati v razvoj in poenotenje digitalnih orodij za komunikacijo s pacienti.⁸⁴ Trenutno je v našem prostoru še zelo malo orodij za varno video komunikacijo in telemedicino in jih je potrebno vključiti v informacijski sistem. Telemedicina omogoča aktivno spremljanje pacientov in njihovih kroničnih bolezni na daljavo. V času epidemije covid-19 se je pokazala akutna potreba po teh storitvah, in se pospešeno uvajajo v številnih državah.⁸⁵

Infrastruktura za digitalne storitve e-zdravja omogoča pacientom varen⁸⁶ dostop do svojih zdravstvenih podatkov in njihovo izmenjavo med zdravstvenimi delavci znotraj države ter čez mejo. Evropska komisija je v ta namen sprejela priporočilo o evropski obliki izmenjave elektronskih zdravstvenih zapisov (ang. (Electronic health records -EHR)⁸⁷ za sprostitev čezmejnega pretoka zdravstvenih podatkov. Za to je potrebna odprta in standardizirana platforma za upravljanje z elektronskimi zdravstvenimi podatki, mednarodno poznana kot »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. V vseh državah EU se uvajata dve elektronski čezmejni zdravstveni storitvi,⁸⁸ e-recept, in povzetek pacientovih podatkov.

⁸⁴ 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 projekt "Modern General Practice Access" v ambulante družinskih zdravnikov uvaja sodobne telefonske storitve. Zagotovljenih je 240 milijonov GBP, kar pomeni do 60000 GBP na prakso. Vse ambulante na analognih linijah bodo prešle na digitalno telefonijo, ki vključuje funkcijo povratnega klica in storitve »v oblaku«. V celoti bodo financirana tudi digitalna orodja za spletno posvetovanje. Vsem praksam bo zagotovljena podpora pri javnih naročilih, pogodbah in usposabljanja. Cilj je, da pacienti vedo, kako bo obravnavano njihovo sporočilo, upošteva njihove zdravstvene potrebe njihove želje po klicu, osebnem posvetu ali spletnem sporočilu.

⁸⁵ 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

V Galiciji informacijski sistem (TELEA) omogoča zdravstvenim delavcem dostop do elektronskega kartona na vseh ravneh zdravstvenega varstva ob uporabi telemedicinske. S sistemom barvnega kodiranja in načinom komunikacije prispevajo k boljši obravnavi pacienta. V petih letih je informacijsko orodje TELEA prispevalo k izboljšanju kakovosti življenja pri 85% pacientov, vključenih v sistem, in zmanjšalo obremenitve oskrbovalcev za 8 % in neposredno komunikacijo v PVZ za 31 %.

⁸⁶ Informatie Beraad (2022). Vipp Open (za splošne zdravnike). Dostopno na: <https://www.informatieberaadzorg.nl/programmas-en-projecten/vipps/vipp-open-huisartsen>

Nizozemska na nacionalni ravni že omogoča pacientom varen elektronski dostop do zdravstvenih podatkov preko elektronskega portala »OPEN«. Od 1.7.2020 so se morali vsi splošni zdravniki vključiti v portal in na zahtevo pacienta zagotoviti dostop do zdravstvenih podatkov.

⁸⁷ 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/>

⁸⁸ 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

Vse bolj hitro se razvija umetna inteligenca, ki bi lahko omogočila sprostitve kapacitet zdaj preobremenjenih zdravstvenih delavcev, vendar se soočamo z izzivi nadzora, prevzemanja odgovornosti in upravljanja z umetno inteligenco.⁸⁹

Informatizacija lahko, ob primerni prilagoditvi procesov in spremembi razmerij med sodelujočimi, omogoči bistveno razbremenitev administrativnih opravil vseh članov tima v PZV. Hkrati pa mora biti s pametnimi in uporabniku prijaznimi rešitvami v pomoč pri strokovnem delu ter tako omogočiti več časa za neposreden, osebni stik s pacientom. Med vsemi ravni zdravstva mora biti povezana in biti podlaga za učinkovito, varno in kakovostno delo tima v PZV. Zagotoviti je potrebno sistematično usposabljanje za nenehno izpopolnjevanje digitalnih veščin zaposlenih in zanesljive podpore uporabnikom za učinkovitejšo izrabo informacijskih rešitev.

Aktivnost 12: Izboljšanje IT orodij za spremljanje procesov obravnave pacienta in zagotovitev uporabe IT za podporo procesov zdravstvene obravnave – ukrepi:

- a) Zagotovitev uporabniku prijaznih informacijskih programov, pri čemer morajo biti uporabniki vključeni v njihov razvoj in vpeljavo
- b) Sistematično usposabljanje za nenehno izpopolnjevanje digitalnih veščin zaposlenih ter zagotovitev podpore uporabnikom
- c) Določitev jasnih pogojev za popolno elektronsko poslovanje in hranjenje podatkov pri obravnavi pacienta, vključno z nacionalnim e-kartonom in digitalizacijo vseh potrebnih listin in vprašalnikov
- d) Razvoj enotnega nacionalnega IKT sistema za varno komunikacijo s pacientom in izvajanje storitev zdravja na daljavo
- e) Nadgradnja sistema e-zdravja, da bo omogočal kontinuirano in celovito obravnavo pacienta v celotnem sistemu zdravstvenega varstva in spremljanje kazalnikov kakovosti
- f) Izdelava ustrezne IKT infrastrukture in umetne inteligence, ki bo preprečila odstopne npr. podvajanje vnosov podatkov, predpisovanje in izdajanje nekompatibilnih zdravilnih učinkovin in pomagala izvajalcem pri kliničnih odločitvah, ter izvedla poročila kakovosti na podlagi podatkov vnesenih ob obravnavi pacienta.
- g) Zagotovitev povezljivosti vseh IT sistemov za zdravstvo s prednostno uporabo elektronskih zdravstvenih zapisov »OpenEHR«
- h) Omogočanje dostopa do podatkov o pacientu za vse strokovnjake, vključene v obravnavo pacienta
- i) Posodobitev telefonije v sodobno, digitalno, s storitvami, ki omogočajo povratni klic, avtomatsko prepoznavo glasu, povezavo z zdravstveno informacijskim sistemom,...

⁸⁹ NHS (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 Angliji umetno inteligenco uporabljajo za napotitev pacientov na obravnavo k onkologu v primeru znakov, ki glede na digitalni algoritem, potencialno predstavljajo nevarnost za raka. Pacienti so do sedaj morali najprej k splošnemu zdravniku, nov sistem pa jim omogoča takojšen dostop do diagnostike in konzultacije pri onkologu.

OPIS STANJA IN DODATNIH AKTIVNOSTI PO POSAMEZNIH ZDRAVSTVENIH DEJAVNOSTIH PZV

(Splošna in) družinska medicina

Opis stanja in ključni izzivi

Na področju splošne in družinske medicine je v letu 2019 delovalo 18 % od skupno 6.812 zdravnikov zaposlenih v zdravstvu,⁹⁰ povprečje v OECD⁹¹ je 23 %.

Specializacija iz splošne medicine se je začela izvajati po letu 1960,⁹² in velja za eno najstarejših v Evropi. Problem je nastal, ko se je leta 1993 uvedel dvoletni sekundariat, ki se je končal z izpitom, po katerem je vsak zdravnik prejel licenco za delo v splošni medicini, kar se je avtomatično povežalo z delom v splošni ambulanti. Sčasoma se je pokazala potreba po celostnem pristopu k človeku, ki je poleg zdravstvenih determinant, vključeval tudi poznavanje njegovih socialno ekonomskih razmer, družinskega okolja in upoštevanje kulturnega okolja, iz katerega prihaja. Organizirana je bila nova specializacija, ki poleg kliničnega znanja vključuje naštetje socialno antropološke vidike ter poudarja pomen komunikacijskih veščin. Leta 2000 je s specializacijo iz družinske medicine pričela prva generacija specialistov družinske medicine, ki postopoma zamenjuje starejše generacije specialistov splošne medicine.

Družinska medicina (v nadaljnjem besedilu DM) je edina klinična stroka, ki nima priznane in financirane terciarne dejavnosti, kar zavira odločitve tistih zdravnikov za specializacijo, ki si želijo akademskega razvoja. Poleg tega je terciarna dejavnost tista, ki analizira delo na primarnem nivoju in uvaja izboljšave, spremlja razvoj stroke v svetu, pospešuje raziskovanje, določa strokovne podlage za razvoj, razvija, testira in uvaja nove metode dela, sodeluje pri pripravi strokovnih smernic, strukturnih, organizacijskih ter zakonskih sprememb, izobražuje kader, ne samo strokovno, ampak tudi na področju timskega dela, sodelovanja, komuniciranja, vodenja, se mednarodno povezuje in določa standarde kakovosti v OZD. Pobude za ustanovitev terciarnega centra so dali tako Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani kot tudi Zdravstveni dom Ljubljana in Zdravstveni dom Maribor, a so bile vse zavrnjene zaradi pravno formalnih ovir v slovenski zakonodaji, ki primarnemu nivoju zdravstva te možnosti ne omogoča.²⁴

Uvajanje referenčnih ambulant družinske medicine po letu 2011 je predstavljalo organizacijsko in vsebinsko nadgradnjo dela v ambulanti osebne zdravnika, saj se je timu za polovico delovnega časa pridružila diplomirana medicinska sestra. Namen je celovita in timska obravnava pacienta, izvajanje preventivne dejavnosti, opolnomočenje in zdravstvena vzgoja pacienta ter vodenje pacientov z izbranimi kroničnimi boleznimi.⁹³ Razvili so se protokoli oskrbe in vodenja pacientov z izbranimi kroničnimi boleznimi, usklajeni med vsemi nivoji zdravstva (DMS, zdravnik družinske medicine, klinični specialisti). V protokolih je jasno opredeljeno, kakšne so naloge DMS, zdravnika družinske medicine in kliničnega specialista, kdaj pacienta napotiti na višjo raven zdravstvenega varstva, protokoli pa so tudi temelj za postavitev kazalnikov kakovosti, ki se že od leta 2011 zbirajo na NIJZ. Učinkovito timsko delo in upoštevanje omenjenih protokolov se je v praksi le deloma udeležilo. Presejanje je trenutno omejeno na kardiovaskularno ogroženost, vodenje kroničnih bolnikov pa le na nekaj kroničnih boleznih. Potrebna bodo vlaganja v učinkovito timsko delo in krepitev vloge posameznih članov tima v ambulanti družinske medicine.

⁹⁰ 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>

⁹¹ OECD (2023), Health at a Glance 2023: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>

⁹² Klemenc-Ketiš Z. Desetletje družinske medicine : kronika razvoja družinske medicine v Sloveniji od leta 1992 do 2004. Ljubljana : Združenje zdravnikov družinske medicine, 2006. Dostopno na: https://drmed.org/wp-content/uploads/2022/05/Desetletje_druzinske_medicine.pdf/

⁹³ 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>

Reorganizacija PZV z namenom spodbujanja timskega dela in strokovnega razvoja različnih strokovnjakov se intenzivno odvija v številnih državah po svetu. Administrativne naloge se prenašajo z družinskih zdravnikov in medicinskih sester na administrativno osebje, medicinske sestre pa prevzemajo nove naloge npr. predpisovanje zdravil.⁹⁴

Tradicionalna vloga družinskega zdravnika kot prve kontaktne osebe v zdravstvenem sistemu se premika iz izhodišča strokovnjaka posameznika na raven skupine strokovnjakov, kjer zdravnik vodi ekipo, ki kolektivno prevzema odgovornost in zagotavlja osredotočenost na bolnika.⁹⁵

Aktivnost 13: Zagotovitev mehanizmov za sprotno ter bolj koordinirano uvajanje novih znanstvenih dognanj in strokovnih priporočil v OZD – ukrepi:

- a) Vzpostavitev terciarnega nivoja OZD, na način, da se tako javnim zavodom kot izobraževalnim ustanovam na primarni ravni omogoči pridobiti naziv klinični inštitut
- b) Vzpostavitev sistema kakovosti za uvajanje izboljšav v proces obravnave in zdravljenja na OZD

Pediatrija, vključno s šolsko in adolescentno medicino

Opis stanja in ključni izzivi

Zdravstveno varstvo otrok in mladine v PZV je posebnost in velika prednost Slovenije v primerjavi z nekaterimi drugimi evropskimi državami, kjer na primarnem nivoju tudi za otroke skrbijo splošni oziroma družinski zdravniki. Druga prednost našega sistema je celovitost obravnave, saj pediatri obravnavajo zdravega in bolnega otroka ali mladostnika. Dejavnost združuje preventivno dejavnost, preprečevanje bolezni in bolezenskih stanj ter škodljivih vplivov okolja na rastoči organizem, kurativno in socialno zdravstveno dejavnost ter rehabilitacijo v razvojnem obdobju.

Slovenija po podatkih Statističnega urada Evropske skupnosti spada v skupino držav z nadpovprečno gostoto pediatrov, 31,7 na 100 000 prebivalcev, več pediatrov imajo le še v Grčiji in Cipru,⁹⁶ kar je razumljivo glede na opisano organizacijo in dostopnost pediatrov na primarni ravni. V dejavnosti primarne pediatrije, v primerjavi s sekundarno, je tako kot pri ostalih specialnostih v PZV, zaslediti relativno visok delež pediatrov, ki so starejši od 50 let.⁹⁷ 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, kar jih postavlja v protipraven položaj.⁹⁸ Težava je v pomanjkanju vzvodov, s katerimi bi lahko preusmerili paciente starejše od 19 let k družinskim zdravnikom in pomanjkanje le-teh. Slovenija se v nekaterih regijah sooča tudi s pomanjkanjem pediatričnih timov v PZV. Trenutno se več pediatrov zanima za zaposlitev na sekundarni kot na primarni ravni, zato bodo potrebne dodatne vzpodbude za izbiro poklica v primarni pediatriji.

⁹⁴ WHO (2023). Spain: Country Health Profile 2023. Dostopno na: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/spain-country-health-profile-2023>

V podeželski regiji Kastilja in Leon v Španiji se je primarno zdravstveno varstvo začelo reorganizirati od leta 2020 s poudarkom na medicinskih sestrah in administrativnem osebju, ki so jih podpirale digitalne aplikacije »mHealth2«. Vloga medicinskih sester se je razširila že pred pandemijo, saj so bile že takrat odgovorne za spremljanje pacientov s kompleksnimi kroničnimi boleznimi in multimorbidnostjo. Med pandemijo se je njihova vloga še razširila, pri čemer so medicinske sestre prevzele odgovornost za obiske pacientov na domu in predpisovanje zdravil, Med pandemijo so bile na medicinske sestre prenesene tudi naloge, kot so epidemiološki nadzor, sledenje stikom in koordinacija imunizacije proti COVID-19, kar je še okrepilo njihovo vlogo v PZV.

⁹⁵ Lemire F. First contact: what does it mean for family practice in 2017? Can Fam Phys. (2017) 63:256. Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5349732/>

⁹⁶ Eurostat: Physicians, by speciality, 2021. Dostopno na: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Physicians_by_speciality_2021_Health2023.png/

⁹⁷ MZ in NIJZ (2020). Analize kadra in povpraševanja po storitvah v dejavnosti pediatrije, interni dokument.

⁹⁸ Slovensko zdravniško društvo, Združenje za pediatrijo (2018). Resolucija sedmega slovenskega pediatričnega kongresa. Dostopno na: <https://zpz.si/wp-content/uploads/2019/08/Resolucija-pediaticnega-kongresa-pripombe.pdf>

Pomemben del dejavnosti pediatrije je namenjen zgodnji obravnavi predšolskih otrok s posebnimi potrebami in predšolskih otrok z rizičnimi dejavniki. Gre za otroke in njihove družine, ki potrebujejo posebno pozornost in skrb zaradi dejavnikov tveganja za razvoj oziroma z opaženimi odstopi v razvoju. Storitve zgodnje obravnave v PZV se izvajajo v posebni mreži Razvojnih ambulant s Centri za zgodnjo obravnavo otrok. Poleg tega obstaja v Sloveniji posebna oblika zdravstvenega varstva otrok in mladostnikov z gibalno oviranostjo ali z različnimi dolgotrajnimi obolenji v Centrih za izobraževanje, rehabilitacijo in usposabljanje (v nadaljnjem besedilu CIRIUS). Tudi na tem področju je prisotno kadrovsko pomanjkanje, zato je pomembno okrepiti tako PZV kot vključevanje timov PZV v timsko delo z osebami s posebnimi potrebami, ki so vključeni v najrazličnejše institucionalne oblike.

Aktivnost 14: Prilagoditev strategije za področje pediatrije, vključno s šolsko in adolescentno medicino – ukrepi:

- a) Vzpostavitev oddelka za koordinacijo vseh aktivnosti primarne pediatrije za otroke in mladostnike v okviru nacionalnega telesa za strokovno podporo razvoju vseh dejavnosti v PZV
- b) Izboljšanje dostopnosti pediatričnih timov in razvojnih ambulant s centri za zgodnjo obravnavo otrok in mladostnikov na območju celotne države
- c) Opredelitev minimalnih zahtev za pediatrično dejavnost v institucijah za obravnavo otrok s posebnimi potrebami

Zdravstveno varstvo žensk

Opis stanja in ključni izzivi

Tudi za področje zdravstvenega varstva žensk (v nadaljnjem besedilu ZVŽ), ureditev v Sloveniji predstavlja posebnost in prednost. Storitve specialista ginekologije in porodništva so dostopne neposredno, torej na primarnem nivoju, vsaka ženska si lahko izbere osebnega ginekologa. V PZV se izvede večina storitev s tega področja, čeprav je ženskam omogočen dostop do storitev v dejavnosti ginekologije in porodništva na vseh treh ravneh zdravstvenega varstva. Po podatkih ZZS (november 2023) je na primarnem nivoju delujočih 157,6 programa. Največ ginekologov na primarni ravni dela v javnih zdravstvenih domovih (58,2 %) ali zasebnih ordinacijah s koncesijo (18,8 %), ki so tudi del javne zdravstvene mreže.⁹⁹ 167 bolnišničnih ginekologov pokriva 28 ginekoloških programov (23 %), kjer pa npr. v Ljubljani ženske doplačujejo tudi za preglede, ki so preventivni in zato plačani iz OZZ, kar predstavlja anomalijo sistema in neenakopravnost tako za paciente kot za izvajalce.¹⁰⁰

Tudi v dejavnosti ginekologije na primarni ravni je starostna struktura zdravnikov neugodna, saj je kar 73 % zdravnikov starejših od 50 let. V naslednjih 5-10 letih se pričakuje, da se bo velik del starejših zdravnikov upokojil, kar bi skupaj z relativno nizkim deležem mladih zdravnikov v splošni zunajbolnišnični dejavnosti ginekologije v nekaterih regijah lahko predstavljalo oviro pri zagotavljanju dostopa do zdravstvenih storitev na primarni ravni. Mladi specialisti ginekologije niso zavezani, da sprejmejo delo na primarni ravni. Izziv je še toliko večji saj gre pri specializaciji za večinoma kirurško specializacijo ki jo je možno opravljati le v bolnišnicah oziroma na sekundarni ravni. Za rešitev tega problema bi bilo smiselno razmisliti o spodbujanju kombiniranih načinov zaposlitve na vsaki ravni. Po projekcijah NIJZ namreč do leta 2035 ni pričakovati splošnega pomanjkanja ginekologov, pač pa obstaja možnost, da bo do leta 2035 prišlo do pomanjkanja ginekologov na primarni ravni. Tako kot v drugih dejavnostih na primarni ravni se predlagajo ukrepi za pridobivanje in zadržanje kadrovskega virov.

⁹⁹ NIJZ in ZZS (2020). Analize kadra in povpraševanja po storitvah v dejavnosti ginekologije, ortopedije, urologije in kirurgije, interni dokument.

¹⁰⁰ Zdravniška zbornica Slovenije (2022). Strategija na področju primarne ginekologije in porodništva. Interni dokument ZZS.

Aktivnost 15: Prilagoditev strategije za področje primarne ginekologije in porodništva - ukrepi

- a) Širitev mreže področja primarne ginekologije in porodništva in timov, skladno s potrebami prebivalcev
- b) Ureditev in posodobitev financiranja ambulant ZVŽ, specifično za to področje
- c) Ureditev upravljanja in izvajanja preventivnih vsebin na področju primarne ginekologije in porodništva, z namenom enakopravnega dostopa do storitev

Patronažno varstvo

Opis stanja in ključni izzivi

Patronažno varstvo je posebna oblika zdravstvenega varstva, ki se izvaja na pacientovem domu, lokalni skupnosti ali na terenu.¹⁰¹ Obravnavajo posameznika in njegovo družino v vseh življenjskih obdobjih, od rojstva do smrti. DMS v patronažnem varstvu so pri načrtovanju svojega dela samostojne, pri izvajanju diagnostično-terapevtskega programa, ki se izvaja v okviru zdravstvene nege na domu, pa sodelujejo z zdravniki specialisti.

Posebnost patronažne zdravstvene dejavnosti je geografska opredeljenost, kjer je posamezni izvajalec odgovoren za prebivalce natančno določenega terenskega območja. Prav zato je predpogoj za izvajanje patronažne zdravstvene dejavnosti dobro poznavanje prebivalcev in kulturnih posebnosti okolja. Potrebno je ažurno spremljanje zdravstvene in socialne problematike, kar narekuje tesno sodelovanje med predstavniki patronažnega zdravstvenega varstva z ostalimi zdravstvenimi dejavnostmi na primarnem nivoju in tudi s centri za socialno delo na pripadajočem geografskem območju.¹⁰²

Področja dela v patronažnem varstvu so zdravstveno socialna obravnava posameznika, družine in skupnosti: zdravstvena nega nosečnice, otročnice, novorojenčka in dojenčka na domu, kar uvrščamo med preventivno dejavnost, ter zdravstvena nega in obravnava pacienta na domu, kar spada med kurativno dejavnost. V okviru projektov Model skupnostnega pristopa krepitve zdravja in zmanjševanja neenakosti v lokalnih skupnostih (2017-2020)¹⁰³ in Krepitev zdravja za vse (2018-2019)¹⁰⁴ se je v 30 zdravstvenih domovih izvajala nadgradnja aktivnosti preventivnih programov v patronažnem zdravstvenem varstvu, z vključitvijo lokalnih skupnosti.

Dostopnost prebivalcev do patronažnih storitev po Sloveniji se iz leta v leto izboljšuje, čeprav sta regijsko še vedno zelo različni tako struktura zaposlenih v patronažnem zdravstvenem varstvu, kot vsebina patronažne dejavnosti. Potrebno je krepiti samostojnost patronažne službe in omogočiti dodatna izobraževanja in prenos opravil z zdravnika na DMS.¹⁰⁵

Aktivnost 16: Krepitev izvajanja dejavnosti na domu - ukrepi

¹⁰¹ NIJZ (2016). Patronažno varstvo. Dostopno na: <https://nijz.si/zivljenjski-slog/patronazno-varstvo/>

¹⁰² NIJZ (2022). 10 let patronažnega zdravstvenega varstva Slovenije (primerjalna analiza). Dostopno na: https://nijz.si/wp-content/uploads/2022/07/analiza_pzv_2012_2021.pdf/

¹⁰³ MZ (2021). MoST - Model skupnostnega pristopa krepitve 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-zmanjsevanje-neeakosti-v-zdravju-v-lokalni-skupnosti/>

¹⁰⁴ MZ (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>

¹⁰⁵ de Bruin J, Doodkorte R, Sinervo T, Clemens T. The implementation and outcomes of self-managing teams in elderly care: A scoping review. *J Nurs Manag.* 2022 Nov;30(8):4549-4559. Dostopno na: <https://doi.org/10.1111/ionm.13836>
»Buurtzorg« je model celostne oskrbe, ki so ga leta 2006 na Nizozemskem zasnovale izkušene patronažne medicinske sestre z namenom zagotavljanja celostne oskrbe na domu. Povezuje socialne službe, družinske zdravnike in druge izvajalce v skupnosti, da se zagotovi kontinuiteta oskrbe in vzpostavi zaupanje med izvajalci in skupnostjo. Glavne značilnosti so avtonomija medicinskih sester pri kliničnem odločanju, timsko delo in minimalna administrativna obremenitev zahvaljujoč celovitemu informacijskemu sistemu, ki omogoča načrtovanje urnika, dostop do evidenc bolnikov in izmenjavo zdravstvenih podatkov. Medicinske sestre delujejo v majhnih skupinah z največ 12 strokovnjaki, ki so odgovorni za 40–60 ljudi na določenem območju, vključujejo bolnike in družine v proces oskrbe in spodbujajo neodvisnost. V pomoč jim je majhno število zalednega osebja, ki se ukvarja s financami in administracijo.

- a) Oblikovanje geografske mreže terenov v patronažnem varstvu - razdelitev terenskih območij na urbana, podeželska in semi-podeželska .
- b) Priprava predloga za vključitev drugih kadrov v celotno zdravstveno obravnavo na domu, npr. fizioterapevta, delovnega terapevta,...
- c) Krepitev samostojnosti patronažne službe in širitev kompetenc

Nujna medicinska pomoč

Opis stanja in ključni izzivi

Sistem nujne medicinske pomoči je pomemben del zdravstva, ki skrbi za osebe vseh starosti 24/7. Nujna medicinska pomoč (v nadaljnjem besedilu NMP) obsega izvajanje nujnih zdravstvenih storitev, katerih opustitev bi vodila v nepopravljivo in hudo okvaro zdravja ali smrt pacienta, pa tudi nujne prevoze pacientov. Izvajajo jo zunajbolnišnične službe NMP, mobilne enote in dežurne službe na primarni ravni ter bolnišnične službe NMP in urgentni centri. Ena od oblik nudenja NMP v Sloveniji je helikopterska nujna medicinska pomoč. Vsi so sestavni del javne zdravstvene službe.

V preteklosti je izvajanje zunajbolnišnične NMP slonelo v celoti na splošnih in družinskih zdravnikih, vključevali so se tudi pediatri na primarni ravni. Po letu 2008 se je v Sloveniji pričela izvajati specializacija iz urgentne medicine, z namenom kvalitetnejše obravnave urgentnih pacientov in postopnega prevzemanja nalog nudenja NMP tako v bolnišnicah kot izven njih. Namen je razbremeniti družinske zdravnike in pediatre na primarni ravni, ki se še vedno vključujejo v sistem NMP. Ob izgradnji urgentnih centrov je bil v letu 2015 sprejet nov Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči.¹⁰⁶ Pravilnik je kot nosilce dejavnosti opredelil zdravnike specialiste urgentne medicine in dodatno usposobljene reševalce, v izvajanje zunajbolnišnične NMP pa se lahko vključujejo tudi drugi zdravniki specialisti z opravljenim dodatnim usposabljanjem. Zaradi interesov lokalnih skupnosti in nezaupanja, predlagani sistem NMP še ni uspel v celoti vzpostaviti nove mreže enot. Dispečerski sistem zdravstva bo v polnem delovanju vzpostavljen v letu 2024.¹⁰⁷ kar bo pomembna osnova za zbiranje celovitih podatkov za objektivno analizo sistema in pripravo predloga najbolj optimalne mreže enot NMP. Trenutno imamo v Sloveniji neprekinjeno odprtih 57 lokacij, na katerih se izvaja NMP na terenu in v ambulantah. Od tega je služba organizirana v 10 splošnih bolnišnicah in 2 kliničnih centrih v okviru delovanja urgentnega centra in na 45 lokacijah na primarni ravni v okviru delovanja enot NMP zdravstvenih domov. V dnevnem času je teh lokacij 64.

Nujna medicinska pomoč se v okviru bolnišnic zagotavlja v urgentnih centrih, kjer poteka neprekinjena urgentna obravnava vseh nujnih pacientov. Mrežo sestavljajo urgentni centri v desetih regionalnih bolnišnicah (Brežice, Celje, Izola, Jesenice, Ptuj, Murska Sobota, Trbovlje, Slovenj Gradec, Novo mesto, Nova Gorica) in urgentni center UKC Ljubljana in Maribor.¹⁰⁸

Reorganizacija službe nujne medicinske pomoči predvideva razmejitev dela urgentnega in družinskega zdravnika ter pediatra na primarni ravni, vzpostavitev satelitskih urgentnih centrov (v nadaljnjem besedilu SUC), ohranitev in krepitev mobilnih enot reševalcev in vzpostavitev mobilnih enot z urgentnim zdravnikom.¹⁰⁹ Celoten sistem bo deloval pod enotnim dispečerskim sistemom, ki prinaša enoten odziv na nivoju celotne države in odpravo razlik med regijami v infrastrukturi za izvajanje NMP ter zagotavlja uspešnost zdravljenja akutnih stanj, ki zahtevajo hitro obravnavo.

¹⁰⁶ Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči (Uradni list RS, št. 81/15 in 93/15 – popr.)

¹⁰⁷ Pravilnik o dispečerski službi zdravstva (Uradni list RS, št. 58/17)

¹⁰⁸ MZ (2023). Nujna medicinska pomoč. Dostopno na: <https://www.gov.si teme/nujna-medicinska-pomoc/>

¹⁰⁹ MZ s širšo strokovno skupino (2023). Strokovna izhodišča za prenovu sistema NMP. Dostopno na: <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/staro/Strokovna-izhodišca-za-prenovo-sistema-NMP-april-2023.pdf/>

Aktivnost 17: Ureditev področja NMP in vključevanja družinskih zdravnikov v sistem NMP – ukrep:

- a) Vzpostavitev novega modela NMP v skladu s posodobljenim Pravilnikom o službi NMP, vključno z ureditvijo pediatrične NMP
- b) Dokončna realizacija dispečerskega sistema zdravstva za koordinacijo ekip NMP
- c) Vzpostavitev sistema dežurnih ambulant
- d) Vzpostavitev sistema organiziranja hišnih obiskov zaradi nenujnih stanj in za paliativno obravnavo

Duševno zdravje

Opis stanja in ključni izzivi

Dobro duševno zdravje je temelj zdravja nasploh ter posledično socialne, družinske in gospodarske stabilnosti, družbene blaginje ter kakovosti življenja ljudi. Zaradi vedno večjih potreb po zagotavljanju storitev na področju duševnega zdravja na ambulantni način in v skupnosti so se v skladu z Resolucijo o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (v nadaljnjem besedilu ReNPDZ18–28) pričeli ustanavljati na primarni ravni Centri za duševno zdravje za odrasle (v nadaljnjem besedilu CDZO) in Centri za duševno zdravje za otroke in mladostnike (v nadaljnjem besedilu CDZOM). Taka organizacija olajša takojšen dostop brez napotitve in brez doplačil. V obravnavo se vključujejo strokovni delavci različnih strok enakopravno v skladu s svojimi kompetencami. Gre za trend, ki ima podporo SZO in EU. Načrtuje se, da bo do leta 2028 mreža centrov za duševno zdravje vzpostavljena, ne pa še polno kadrovska zasedena.

Za celostno obravnavo otrok in mladostnikov s težavami v duševnem zdravju ter za pravočasno in strokovno usmerjanje razvoja otrok je nujno omogočiti dobro dostopnost do razširjene strokovne obravnave s strani vseh potrebnih strokovnih kadrov, in sicer kliničnega psihologa, logopeda, delovnega terapevta, nefrofizioterapevta, specialnega pedagoga, psihologa ter socialnega delavca. Mreža vzpostavljenih CDZOM trenutno še ne ponuja takojšnje obravnave vsakemu otroku in mladostniku, prav tako še nima vzpostavljenih mobilnih služb za obravnave na domu, kadrovska pomanjkanja so pereč problem v večini centrov. Potrebno je izboljšati dostop do kakovostnih psihoterapevtskih storitev v okviru javne zdravstvene službe in izven nje.

Centri za duševno zdravje odraslih so odigrali pomembno vlogo v času pandemije novega korona virusa in v obdobju naravnih nesreč. V skupnostni obravnavi oseb z demenco predstavljajo že polovico vseh vključenih uporabnikov. V ambulantni obravnavi pa se izkazuje, da več kot polovica uporabnikov potrebuje predvsem psihološko obravnavo. Čakalne dobe na prvo obravnavo v mreži CDZO niso problem, večji problem se izkazuje na ravni sodelovanja med psihiatričnimi bolnišnicami in centri za duševno zdravje pri zagotavljanju kontinuirane in specializirane obravnave odraslih s težavami v duševnem zdravju.

Področje duševnega zdravja ima svoj strateški dokument (ReNPDZ18–28), v katerem so podrobneje opredeljeni strateški cilji na različnih področjih, zato v tem dokumentu tega ne naslavljamo.

Preventivna zdravstvena dejavnost

Opis stanja in ključni izzivi

V Sloveniji OZD s svojim konceptom zdravstvenega doma in skupnostnim pristopom že spodbuja in udejanja v osebo oziroma v populacijo usmerjeno obravnavo. Za učinkovito izvajanje preventivne dejavnosti je ključna tudi organizacija OZD, kjer delujejo zdravniki družinske medicine, pediatri in ginekologi, otroški in mladinski zobozdravniki, patronažne medicinske sestre ter centri za krepitev zdravja (v nadaljnjem besedilu CKZ) in zdravstveno-vzgojni centri (v nadaljnjem besedilu ZVC) na primarni ravni zdravstvenega varstva. Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni zagotavlja preventivno zdravstveno varstvo na naslednjih področjih: reproduktivno zdravstveno varstvo, preventivno zdravstveno varstvo otrok, mladostnikov in študentov, zobozdravstveno varstvo otrok in mladine, preventivno

zdravstveno varstvo odraslih oseb na primarni ravni, zdravstveno varstvo za varovance obravnavane v patronažnem varstvu in zdravstveno varstvo športnikov.

Pomembna vsebinska in organizacijska nadgradnja preventivnih aktivnosti v PZV je vzpostavitev centrov za krepitev zdravja, ki so nasledili zdravstveno-vzgojne centre (ZVC) in predstavljajo samostojne enote zdravstvenega doma. To so ključne organizacijske strukture na primarni ravni zdravstvenega varstva, ki se povezujejo z zgoraj omenjenimi službami in strokovnjaki, s ciljem zagotavljanja zdravstveno vzgojne dejavnosti, ki je usmerjena v potrebe posameznikov. Pomembna naloga CKZ/ZVC je tudi vzpodbujanje k udeležbi na presejalnih programih in cepljenju. CKZ/ZVC je tudi povezovalno telo nevladnih organizacij na področju zdravja ter drugih deležnikov v lokalnem okolju, ki lahko prispevajo k boljšemu zdravju.

Vzpostavljanje CKZ poteka od 2013 dalje, trenutno delujejo v 42 zdravstvenih domovih po Sloveniji,¹¹⁰ v preostalih 19 zdravstvenih domovih delujejo ZVC. Načrtuje se preoblikovanje še preostalih ZVC v CKZ. V CKZ poteka na posameznika osredotočena preventivna obravnava, ki vključuje skupinske delavnice in individualna svetovanja. V CKZjih obravnavajo otroke, mladostnike in odrasle, osebe z visokim tveganjem za razvoj kroničnih bolezni oziroma osebe, ki so že zbolele. Dejavnost CKZ je usmerjena v skupnost in v povezovanje vseh deležnikov, ki lahko vplivajo na izboljšanje pogojev za zdravje v skupnosti. Priložnost za izboljšavo obstaja v stalnem preverjanju ustreznosti vsebin in oblik dela v CKZ ter njihovo prilagajanje glede na potrebe starajoče se populacije in povečevanja števila kroničnih bolnikov in oseb, ki se po bolezni vračajo na delovno mesto. Prožno prilagajanje vsebin in oblik dela, ki so tudi dokazano učinkovite ter prilagajanje potrebam ljudi in skupnosti, da bodo programi aktualni in zanimivi za paciente. Trenutno vsebino dela v teh centrih določa NIJZ, za zaposlitev in realizacijo programa pa je odgovoren zdravstveni dom, kar je problematično v smislu nejasne odgovornosti in pristojnosti obeh inštitucij.

Za bodoči razvoj bo potrebna analiza učinkovitosti obstoječih preventivnih dejavnosti in krepitev zdravja v vseh specifičnih dejavnostih, jasnejša opredelitev vlog obeh inštitucij (NIJZ, ZD), boljše sodelovanje med njima in drugimi izvajalci (tudi zasebniki s koncesijo) in uvedba prilagoditev. NIJZ mora zagotavljati podporo razvoju inovativnih pristopov na področju preventive in krepitev zdravja, vključno z analizo učinkovitosti.

Aktivnost 19: Okrepitev in nadgradnja preventivnih dejavnosti in krepitev zdravja v PZV – ukrepi:

- a) Uvedba kazalnikov kakovosti za oceno uspešnosti preventivnih programov v PZV
- b) Posodobitev protokolov sodelovanja med NIJZ in nosilci posameznih dejavnosti v PZV
- c) Opredelitev vloge OZD pri izvajanju javnozdravstvene dejavnosti

Rehabilitacija, fizioterapija in delovna terapija

Opis stanja in ključni izzivi

Področje fizikalne medicine in rehabilitacije (v nadaljnjem besedilu FRM) je usmerjeno v vzpostavljanje funkcij in omogočanje samostojnega življenja pri ljudeh vseh starosti s posledicami bolezni ali poškodb gibalnega sistema. Rehabilitacija lahko poteka v različnih ustanovah, od specializiranih rehabilitacijskih centrov in oddelkov v bolnišnicah do dnevnišnic in ustanov v lokalni skupnosti.

V Sloveniji imamo en terciarni center za FRM. Na sekundarni ravni poteka akutna rehabilitacijska obravnava v obeh univerzitetnih kliničnih centrih in splošnih bolnišnicah.

V vsej Sloveniji dela na primarni ravni manj kot deset specialistov FRM. Od ostalih članov rehabilitacijskega tima imamo številne fizioterapevte, psihologe in logopede. Vendar pa psihologi in logopedi na primarni ravni niso vključeni v rehabilitacijske time in mnogi tudi nimajo izkušenj z rehabilitacijo oseb. Na primarni

¹¹⁰ NIJZ (2023). Zdravstvenovzgojni centri / Centri za krepitev zdravja (ZVCT). Dostopno na: <https://nijz.si/podatki/podatkovne-zbirke-in-raziskave/zdravstvenovzgojni-centri-centri-za-krepitev-zdravja-zvct/>

ravni bi nujno potrebovali delovne terapevte, nujno pa je tudi, da bi lahko vsi člani rehabilitacijskega tima izvajali obravnavo na domu, ena od možnosti je tudi telerehabilitacija.¹¹¹

Vzpostavitev in delovanje regijskih rehabilitacijskih centrov v PZV bi pripomoglo k zmanjševanju dolgotrajnih bolniških staležev in hitrejšemu vračanju oseb s kostno-mišičnimi motnjami nazaj v delovno okolje.

Aktivnost 20: Vzpostavitev regijskih rehabilitacijskih centrov na primarni ravni zdravstvenega varstva – ukrepi:

- a) Vzpostavitev mreže rehabilitacijskih centrov na primarni ravni
- b) Opredelitev procesov, števila zaposlenih in njihove izobrazbeno strukturo tako, da se bo lahko uspešno izvajalo vse potrebne zdravstvene dejavnosti v rehabilitacijskih centrih
- c) Vzpostaviti pogoje za izvajanje rehabilitacije na domu

Lekarniška dejavnost

Opis stanja in ključni izzivi

Lekarniški strokovni delavci so neposredno dostopni, brez predhodnega naročanja, 24/7 vse dni v letu. Poleg preskrbe z zdravili, je namen lekarniške dejavnosti tudi svetovanje, podpora zdravljenju in ohranitev zdravja. Več kot 80 % vseh zdravstvenih intervencij je povezanih z uporabo zdravil. Nabor zdravil se povečuje, prav tako se povečuje število oseb, ki uporabljajo 5 ali več zdravil sočasno. Ustrezno svetovanje, preverjanje potencialnih součinkovanj in drugih potencialnih težav, povezanih z uporabo zdravil je časovno in strokovno vedno bolj zahtevno.

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 najbolj ranljive skupine prebivalcev. Mreža je opredeljena z demografskimi in geografskimi kriteriji, opredeljenimi v zakonu, ki ureja lekarniško dejavnost (ZLD-1). Spreminjanje pogojev za ustanovitev lekarn na primarni ravni lahko zelo poslabša dostopnost na oddaljenih področjih.

Razvoj lekarniških storitev sledi potrebam pacientov in javnega zdravja. S celostno farmacevtsko obravnavo pacientov magistri farmacije izboljšujejo varnost in učinkovitost uporabe zdravil, izide zdravljenja in kakovost življenja ljudi. Farmacevti svetovalci so del ambulant PZV in izvajajo farmakoterapijski pregled zdravil, v začetni fazi pilotnega projekta je odvisno predpisovanje v ambulantah farmacevtov svetovalcev. Kot primer nove, od leta 2023, uvedene dodatne storitve je brezplačna skrb, ki vključuje pregled uporabe zdravil, kontrolni pregled in posodobitev osebne kartice zdravil. Uvaja se premostitvena (nujna) izdaja zdravila, kjer bo magister farmacije v lekarni lahko samostojno izdal po eno škatlico zdravil. Obstajajo neizpodbitni dokazi o prednostih izvajanja cepljenja v lekarnah. Zaupanje, ki ga imajo pacienti v farmacevte, možnost neposrednega razgovora, pogosti stiki in dostopnost so prednosti lekarn. Odpirajo se nove možnosti sodelovanja, ki posredno lahko razbremenijo zdravnike in druge zdravstvene delavce, hkrati pa krepijo vlogo magistrstov farmacije v zdravstvenem sistemu.¹¹²

¹¹¹ 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/vsebina/Rehabilitacija_2015_S1_p011-016.pdf

¹¹² 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 so ukrepi za zmanjšanje potreb po osebju splošne prakse vključevali nove kompetence za farmacevte v skupnosti, da lahko predpisujejo zdravila, vključno s protivirusnimi zdravili in antibiotiki, za sedem zdravstvenih stanj, vključno z gnojno angino in nezapleteno okužbo sečil. To je opisano kot pobuda " Pharmacy First ", ki razširjajo obseg lekarniške prakse za posebne skupine bolnikov. Zavezana je bila tudi razširitev obstoječih pobud za farmacevte za posvetovanja o krvnem tlaku in predpisu peroralne kontracepcije.

Zaradi vsega navedenega je potrebno pristopiti z ukrepi, ki bodo motivirali farmacevte, da iščejo zaposlitev v OZD, urediti ustrezno vrednotenje dela in odgovornosti ter omogočiti strokovni karierni razvoj (specializacije, specialna znanja).

Aktivnost 21: Okrepitev in nadgradnja vloge farmacevta v PZV – ukrepi:

- a) Vzpostavitev mreže in krepitev kliničnih farmacevtov svetovalcev v PZV, ki postanejo del timov v PZV
- b) Aktivnejša vključitev, primerna umestitev in omogočanje pridobivanja novih znanj in kompetenc lekarniških farmacevtov

Zobozdravstveno varstvo

Opis stanja in ključni izzivi

SZO pravi, da je ustno zdravje neločljivi del splošnega zdravja in pomembno vpliva na blagostanje in na kakovost življenja posameznika. Slovenija spada med države, ki imajo relativno urejen sistem zobozdravstvenega varstva. Preventivna zobozdravstvena dejavnost in predvsem lastna skrb za ustno zdravje lahko bistveno pripomorejo k ohranitvi in izboljšanju ustnega zdravja. Vlaganje sredstev in krepitev področja preventive ustnega zdravja sta učinkovit način zmanjševanja stroškovnega bremena ustnih in zobnih bolezni.

Celovita strategija razvoja zobozdravstva v Sloveniji z določitvijo mreže zobozdravstvene dejavnosti, opredelitvijo programa in prenovo modela financiranja zobozdravstvenih storitev ima podlago za sprejetje v Resoluciji o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja« (ReNPZV16–25), ki med aktivnostmi za krepitev primarnega zdravstvenega varstva predvideva tudi ukrep sprejetja take strategije.

Skladno z usmeritvami v 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 analize in usmeritev ReNPZV16–25 je bila pripravljena Strategija ustnega zdravja v Republiki Sloveniji za obdobje 2020–2030,¹¹³ ki je bila potrjena na Zdravstvenem svetu na 12/2022 seji dne 17.5.2022.

Preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog na primarni zdravstveni ravni

Opis stanja in ključni izzivi

Zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog poteka v zdravstvenih ustanovah skladno z zakonom, ki ureja zdravstveno dejavnost.¹¹⁴ Uporabnike obravnavajo na primarni ravni zdravstvenega varstva v za to specializiranih centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (v nadaljevanju CPZOPD). V Sloveniji deluje dobro organizirana mreža dvajsetih CPZOPD, ki so umeščeni v organizacijsko strukturo zdravstvenih domov v območjih, kjer je problematika izrazitejša.¹¹⁵ V okviru mreže se letno obravnava preko 3500 oseb, odvisnih od različnih psihoaktivnih snovi.. V to številko so zajeti vsi, od uporabnikov do njihovih svojcev in družinskih članov. Koordinacija CZOPD se redno sestaja in oblikuje doktrino zdravljenja odvisnosti. V centrih je na voljo posvetovalnica za uporabnike drog in svojce, nudijo individualno, skupinsko in družinsko terapijo in pripravo na bolnišnično obravnavo. Nudijo pomoč pri rehabilitaciji in integraciji zdravljenih odvisnikov v družbo. Hkrati skrbijo za konzultacije za zdravstveno in socialno službo, patronažno službo in povezavo s terapevtskimi skupinami in skupinami za samopomoč, ambulantno detoksikacijo in programom zdravljenja z opioidnimi zdravili.

¹¹³ MZ (2022). Ni zdravja brez ustnega zdravja. Dostopno na: <https://www.gov.si/novice/2022-05-26-ni-zdravja-brez-ustnega-zdravja>

¹¹⁴ MZ (2023). Prepovedane droge. Dostopno na: <https://www.gov.si teme/prepovedane-droge/>

¹¹⁵ Infodroga (2023). Mreža centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog. Dostopno na: <https://www.infodroga.si/kam-po-nasvet/seznam-centrov-cpzopd/>

Akcijski načrt na področju drog za leti 2024-2025¹¹⁶ sledi smernicam Resoluciji o nacionalnem programu na področju prepovedanih drog 2023–2030 (ReNPPD23–30),¹¹⁷ zato ne navajamo specifičnih aktivnosti na tem področju.

SPREMLJANJE IZVAJANJA STRATEGIJE

Samo z doslednim spremljanjem izvajanja strategije in ob ustrezni koordinaciji vseh deležnikov pri njenem izvajanju bomo lahko zagotovili uresničevanje zastavljenih ciljev razvoja zdravstvene dejavnosti na primarni ravni zdravstvene dejavnosti do leta 2031. Za ta namen bo v roku enega leta od sprejetja Strategije na Vladi, vzpostavljena koordinativna delovna skupina na ministrstvu za zdravje, ki bo zadolžena za pripravo in spremljanje (dvoletnih) akcijskih načrtov in poročanje o izvajanju.

Minister za zdravje bo imenoval tudi usmerjevalni odbor, ki bo spremljal uresničevanje ciljev Strategije in akcijskih načrtov na podlagi te Strategije in bo vključeval predstavnike uporabnikov, izvajalcev, plačnika in stroke.

¹¹⁶ MZ (2023). Osnutek Akcijskega načrta na področju prepovedanih drog za obdobje 2024 – 2025. Dostopno na: <https://www.gov.si/zbirke/javne-objave/osnutek/>

Javna razprava je potekala od 15. decembra 2023 do vključno 5. januarja 2024.

¹¹⁷ Resolucija o nacionalnem programu na področju prepovedanih drog 2023–2030 (Uradni list RS, št. 75/23)

PRILOGA

Pregled kazalnikov in ciljnih vrednosti

Strateški cilj ali področje	Kazalnik učinka	Merska enota	Izhodiščna vrednost v letu 2024	Ciljna vrednost	Rok izvedbe	Poročevalc
Zagotavljanje dostopnosti	Posodobljen načrt mreže za posamezne dejavnosti PZV upoštevajoč kazalnike zdravja, gostoto prebivalstva objavljena na spletni strani MZ	Število	0	1	2025	MZ
	Posodobljena mreža izvajalcev s podeželskimi ambulantami, objavljena v Uredbi o določitvi programov storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, opredelitev zmogljivosti, potrebnih za njegovo izvajanje, in določitev obsega sredstev za leto 2025	Število	0	1	2025	MZ
	Posodobljena mreža izvajalcev z ambulantami za specializante družinske medicine, objavljena v Uredbi o določitvi programov storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, opredelitev zmogljivosti, potrebnih za njegovo izvajanje, in določitev obsega sredstev za leto 2024	Število	0	1	2024	MZ
	Delež oseb brez izbranega osebnega zdravnika	Delež	7 %	< 5 %	2031	ZZS
	Delež obiskov v splošni zunajbolnišnični zdravstveni dejavnosti znotraj upravne enote svojega bivališča	Delež	84%	> 87%	2031	NIJZ
	Opolnomočenost in vključenost posameznikov	Delež prebivalcev, ki redno uporablja storitve e-zdravja	Delež	<25 %	> 50 %	2027
Vzpostavljeno avtomatizirano elektronsko obveščanje pacienta o skorajšnjem poteku roka za dvig naslednje izdaje zdravila, medicinskih pripomočkov, o izdaji bolniškega lista, napotnice		Število	0	1	2025	NIJZ
Načrt sodelovanja nevladnih organizacij pri dvigu zdravstvene pismenosti pacientov in pomoč pri njihovi obravnavi, kot del Strategije javnega zdravja		Število	0	1	2025	NIJZ
Vzpostavljeno nacionalno sprejeto izobraževanje za zdravstvene delavce za stopenjsko obravnavo nenujnih telefonskih klicev, vključno s protokolom telefonske triaže s svetovanjem		Število udeležениh	0	200	2025	MZ, izvajalci
Delež prebivalcev, ki uporablja nacionalno digitalno spletno orodje samotriaže s svetovanjem		Delež	0	20 %	2027	NIJZ
Vzpostavljen enotni klicni center za seznanjanje pacientov s pravicami in obveznostmi na področju zdravstva		Število	0	1	2024	ZZS

Strateški cilj ali področje	Kazalnik učinka	Merska enota	Izhodiščna vrednost v letu 2024	Ciljna vrednost	Rok izvedbe	Poročevalc
Celovita in integrirana obravnava pacienta	Delež storitev, ki jih samostojno obravnavajo usposobljeni zdravstveni delavci namesto zdravnikov na področju družinske medicine, pediatrije in ginekologije ter duševnega zdravja	Delež za vsako področje	0	> 33%	2028	ZZZS
	Prenovljen model timskega dela v PZV, objavljen v Uredbi o določitvi programov storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, opredelitev zmogljivosti, potrebnih za njegovo izvajanje, in določitev obsega sredstev za leto 2024	Število	0	1	2024	MZ
	Uporaba e-posvetov v primerjavi s klasičnimi napotitvami	Delež	< 1%	> 10%	2028	NIJZ
	Delež zdravnikov na primarni ravni, ki uporablja storitev e-posvet in konzultacijo s sekundarnim in terciarnim nivojem	Delež	< 10 %	> 50 %	2025	ZZZS
	Število oseb, ki letno opravi usposabljanje za izvajalce neformalne oskrbe	Število na leto	0	200	2025	MSP
	Število oseb, ki so usposobljeni za nudenje laične podpore kroničnim (in drugim) pacientom v skupnosti	Število na leto	0	50	2026	Izvajalci
Kakovostna in varna zdravstvena obravnava	Znotraj nacionalnega telesa za kakovost in varnost v zdravstvu ustanovljena skupina za kakovost in varnost na primarni ravni zdravstvenega varstva	Število	0	1	2026	MZ
	Vključitev izvajalcev zdravstvene dejavnosti v javni mreži v sistem spremljanja kakovosti po mednarodno veljavnih standardih	Število	Posamezni izvajalci	Vsi izvajalci	2025	Izvajalci, MZ
	Izvajalci zdravstvene dejavnosti v javni mreži uporabljajo nacionalno sprejete kazalnike za merjenje kakovosti, varnosti, uspešnosti in učinkovitosti ter spremljanjem izkušenj pacientov v PZV	Delež	0	>90%	2027	NIJZ
Vodenje in upravljanje	Vzpostavljena ustrezna notranja struktura na MZ, ki se prednostno ukvarja s PZV	DA/NE	NE	DA	2024	MZ
	Ustanovitev centra za strokovno podporo razvoju PZV	DA/NE	NE	DA	2024	NIJZ
Financiranje PZV	Stabilni viri financiranja za razvoj PZV (izobraževanja in usposabljanja, razvoj in uvajanje novih metod dela,...) v obliki letnih razpisov	Število	0	1/leto	2031	MZ
	Stabilni viri financiranja za stalno posodabljanje infrastrukture v obliki razpisov na leto	Število	1	2/leto	2025	MZ
	V Splošnem dogovoru/Uredbi uveden prenovljen model financiranja zdravstvene dejavnosti na primarni ravni, ki temelji na učinkovitosti in kakovosti obravnave za vsako	Število	0	3	2026	MZ/ZZZS

Strateški cilj ali področje	Kazalnik učinka	Merska enota	Izhodiščna vrednost v letu 2024	Ciljna vrednost	Rok izvedbe	Poročevalc
	dejavnost specifično (družinska medicina, pediatrija, ginekologija)					
	Posodobitev glavarinskih količnikov, objavljen v Splošnem dogovoru/Uredbi	Število	0	1	2024	MZ
Kadrovski viri in ustrezni delovni pogoji	Povečati število kadrovskih štipendij za deficitarne poklice v PZV	Število	110	150	2025	MZ
	Število zasedenih mest iz specializacije DM	Število/leto	70	>100	2026	ZZS
	Uvedba kroženja specializantov drugih strok v PZV	Število	0	10	2025	ZZS
	Izdela načrt kadrov vključno z morebitnimi novimi poklici v sistemu ZV od leta 2025 do 2035	Število	0	1	2025	MZ
Digitalizacija	Vzpostavitev enotnega e-kartona	DA/NE	NE	DA	2026	NIJZ
	Razvoj nacionalnega sistema za storitve na daljavo	Število	0	1	2026	NIJZ
	Vzpostavitev enotnega nacionalnega sistema za varno komunikacijo s pacientom	Število	0	1	2026	NIJZ
	Prenova analogne v digitalno telefonijo z razširjenimi storitvami	Delež digitalne telefonije	50 %	>90 %	2026	izvajalci
	Zagotovitev povezljivosti vseh IT sistemov za zdravstvo s prednostno uporabo elektronskih zdravstvenih zapisov »OpenEHR«	Število	0	1	2026	NIJZ
Zdravstvene dejavnosti PZV	Vzpostavljena pravna podlaga za institucijo na terciarni ravni družinske medicine	Število	0	1	2025	MZ
	Vzpostavljeni pediatrični timi enakomerno na območju celotne države (popolnitev mreže)	DA/NE	NE	DA	2031	ZZZS
	Vzpostavljeni timi RZVŽ enakomerno na območju celotne države (popolnitev mreže)	DA/NE	NE	DA	2031	ZZZS
	Vzpostavljeni multidisciplinarni timi za celotno zdravstveno obravnavo na domu	Število	0	1	2031	ZZZS
	Na območju celotne države vzpostavljen prenovljen sistem NMP vključno z delovanjem dispečerske službe	DA/NE	NE	DA	2024	MZ
	Delujoči centri za duševno zdravje (popolnitev mreže)	Število	CDO – 17 CDZOM - 21	CDO - 25 CDZOM - 30	2028	NIJZ
	Vzpostavljeno ocenjevanje uspešnosti preventivnih programov s pomočjo kazalnikov kakovosti	Število	0	1	2026	NIJZ
	Vzpostavljena mreža rehabilitacijskih centrov	Število	0	1	2031	ZZZS