



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

Štefanova ulica 5, 1000 Ljubljana

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

Številka: 170-29/2022/1

Datum: 12. 9. 2022

SMERNICE ZDRAVSTVENE POLITIKE 2023

Kazalo vsebine

Kazalo vsebine	2
Seznam uporabljenih kratic	3
1. UVOD	4
1.1 Pravna podlaga	9
1.2 Temeljna načela	9
2. NAMEN IN CILJI SMERNIC	11
3. SMERNICE ZDRAVSTVENE POLITIKE	12
3.1 Splošno	12
3.2 Izboljšanje dostopnosti do zdravstvene obravnave na primarni ravni	13
3.3 Razvoj, izvajanje in nadgradnje preventivnih programov	14
3.4 Javno zdravje	14
3.5 Nujna medicinska pomoč	14
3.6 Duševno zdravje	14
3.7 Zdravstvena dejavnost na sekundarni in terciarni ravni	15
3.8 Lekarniška dejavnost	15
3.9 Preskrba s krvjo, krvnimi pripravki in tkivi in celicami	15
3.10 Kakovost in varnost v zdravstvu	16
4. ZAKLJUČEK	17

Seznam uporabljenih kratic

EU – Evropska unija

NIJZ – Nacionalni inštitut za javno zdravje

ZZZS – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

NMP – nujna medicinska pomoč

CRPP – Centralni register podatkov o pacientu

CAR-T – Himerni antigenski receptor (CAR, angl. *Chimeric Antigen Receptors*) na limfocitu T.

OECD – Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj

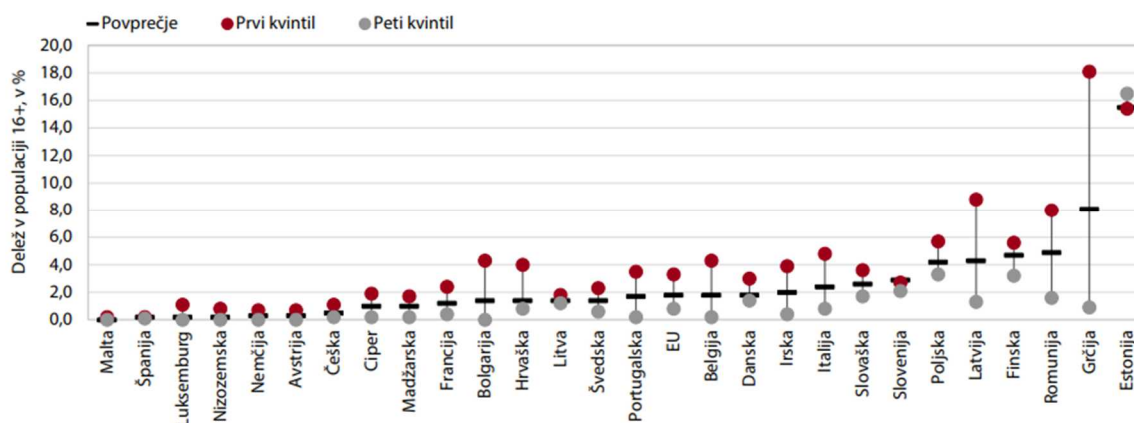
1. UVOD

Zdravje je naše največje bogastvo. Je naložba v prihodnost, tako na individualnem kot družbenem nivoju. Zdravje je pomembno za blaginjo posameznikov in družbe, zdravo prebivalstvo pa je tudi predpogoj za gospodarsko produktivnost in uspešnost države.¹ Zato je treba z usmerjenimi ukrepi spodbujati varovanje in krepitev zdravja ter zmanjševanje razlik v zdravju med prebivalci Republike Slovenije. Evropski zdravstveni sistemi, med njimi tudi slovenski, so bili v času epidemije COVID-19 pred ogromnim izzivom. Izkušnje s COVID-19 epidemijo so izpostavile vrzeli v zdravstvenih sistemih in njihove pomanjkljivosti, zato je z ustrezno strateško zdravstveno politiko treba zagotavljati njihovo dolgoročno učinkovitost, dostopnost, prožnost ter odzivnost na bodoče krize in zdravstvene grožnje. Zdravstveni sistemi imajo ključno vlogo pri razvoju družbe in gospodarstev, zato morajo biti prizadevanja za njihovo krepitev in odpornost eno izmed temeljnih načel zdravstvene politike.

Zaradi staranja prebivalstva, drugačnega življenjskega sloga, multimorbidnosti in nenazadnje razvoja sodobnih oblik zdravljenja, ki omogočajo (daljše) preživetje, potrebe po zdravstvenih storitvah hitro naraščajo. Spreminjajo se tudi bolezenski vzorci. Zdravstveni sistem se temu ne prilagaja dovolj hitro, kar se kaže v slabši dostopnosti oziroma neizpolnjenih potrebah po kakovostni zdravstveni obravnavi, neprilagojenosti zdravstvenih programov določenim ranljivim skupinam ljudi itd. Posledično se kažejo razlike v zdravstvenem stanju posameznih skupin prebivalstva in po regijah ter se povečuje neenakosti v zdravju.

Glede na podatke Eurostata so neizpolnjene potrebe po zdravstveni obravnavi v Sloveniji zelo visoke predvsem zaradi čakalnih dob. O neizpolnjenih potrebah po zdravstveni obravnavi v Sloveniji je v letu 2019 poročalo 2,3 %, v povprečju držav EU pa 1,7 % prebivalcev. Razlike med državami so velike v deležu populacije, ki poroča o neizpolnjenih potrebah in v razlogih zanje ter v neenakostih glede na dohodek. Glavni razlogi so finančni (visoki izdatki iz žepa), čakalne dobe ali oddaljenost (slika 16.20). V Republiki Sloveniji največji izziv predstavljajo čakalne dobe (slika 16.21).²

Slika 16.20: Neizpolnjene potrebe po zdravstveni oskrbi zaradi finančnih razlogov, čakalne dobe ali oddaljenosti ter razlike glede na dohodek, leta 2019 (v %)

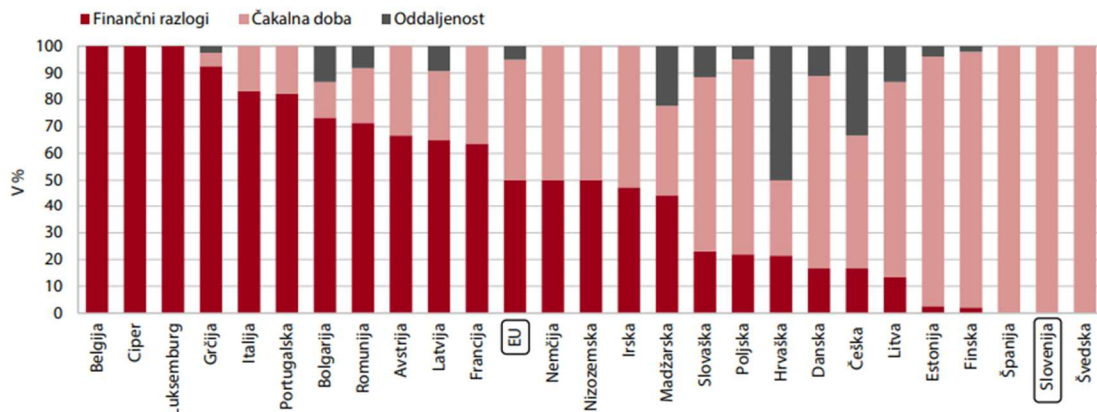


Vir: Eurostat (2020); EU-SILC-2019.

¹ Bela Knjiga; Skupaj za zdravje: strateški pristop EU za obdobje 2008-2013; Evropska komisija, Bruselj, 23. 10. 2013

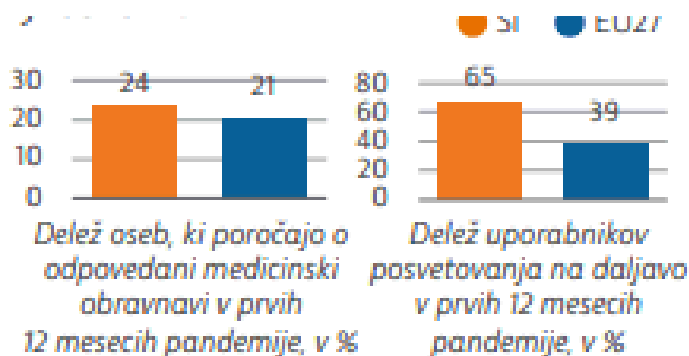
² Evropski steber socialnih pravic, Slovenija 2000-2020, UMAR

Slika 16.21: Neizpolnjene potrebe po zdravstvenih oskrbi glede na razlog, leta 2019 (v %)



Vir: Eurostat (2020); EU-SILC-2019.

K povečanju neenakosti v zdravju je prispevala tudi epidemija COVID-19 in z njo povezani ukrepi. Po podatkih publikacije Zdravstveni profil države Slovenije 2021 (OECD 2021) je bila pred epidemijo stopnja neizpoljenih potreb po zdravstveni obravnavi nizka, znašala je 2,9 % prebivalstva, glavni razlog za njo so bile čakalne dobe. V letu 2020 je bil zdravstveni sistem preobremenjen zaradi potreb po obravnavi, povezani s COVID-19. V prvih 12 mesecih epidemije je približno 24 % prebivalstva poročalo o tem, da so iskali pomoč pozneje, ali pa so se ji odrekli.



Izsek iz publikacije Zdravstveni profil države Slovenije 2021 (OECD 2021)

S čakalnimi dobami se v Sloveniji soočamo že dalj časa. Zaskrbljujoče je, da kljub vsem vladnim projektom za skrajševanje čakalnih dob in dodatnim sredstvom, ki so bila v ta namen namenjena, čakalne dobe naraščajo. Tako tudi zadnji objavljeni Nacionalni razpis za leti 2021 in 2022 za izboljšanja dostopnosti do zdravstvenih storitev (v nadaljnjem besedilu: nacionalni razpis), ki ga določa Zakon o nujnih ukrepih na področju zdravstva (Uradni list RS, št. 112/21, 189/21 in 206/21 – ZDUPŠOP) ni dosegel pričakovanih rezultatov. Skupno število izbranega nabora dodeljenih zdravstvenih storitev v okviru nacionalnega razpisa je bilo 18.963 v okvirni vrednosti 18 mio EUR. Po začasnih podatkih, ki jih je ministrstvo prejelo od NIJZ, je bilo do vključno julija 2022 realiziranih 2260 zdravstvenih storitev v okvirni vrednosti 1.835.532,07 EUR. Čakalne dobe so kljub navedenemu nacionalnemu razpisu narasle, kar je razvidno tudi iz primerjave podatkov o čakajočih pacientih in čakajočih nad najdaljšo dopustno čakalno dobo, ki jih je pripravil NIJZ.

Iz primerjave podatkov o vseh čakajočih na dan 25. 8. 2022 glede na podatke o vseh čakajočih na dan 1. 2. 2021, za istovrstne storitve, ki so v naboru podatkov (25 zdravstvenih storitev na prvi pregled in naboru 379 terapevtsko diagnostičnih storitev) izhaja, da se je skupno število vseh čakajočih pacientov na dan 25. 8. 2022 v primerjavi s skupnim številom vseh čakajočih na dan 1.

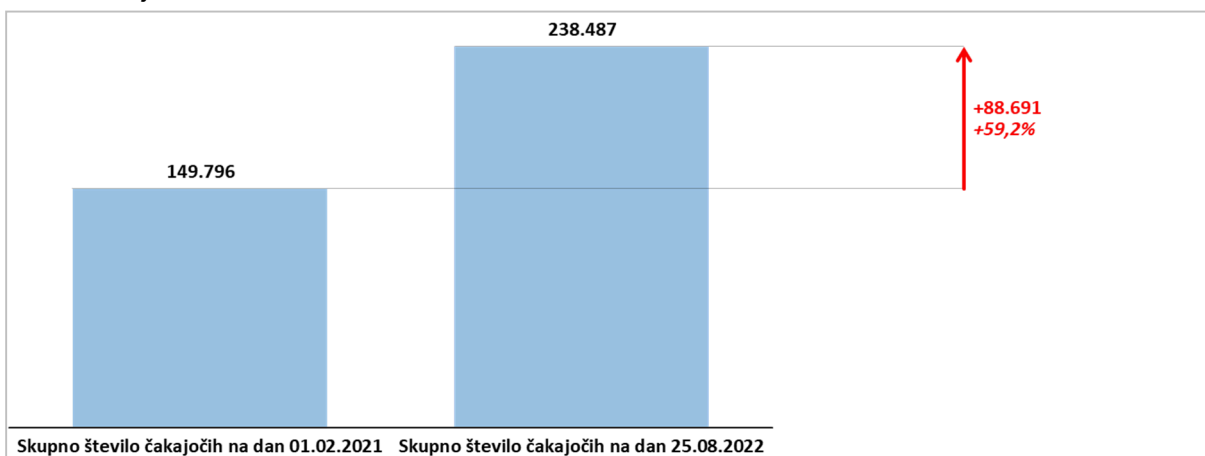
2. 2021 povečalo za 88.691 oseb oziroma za 59,2 %. Pri prvih pregledih se je skupno število vseh čakajočih v enakem obdobju povečalo za 43.261 oseb oziroma za 75,7%. Pri ostalih zdravstvenih storitvah se je skupno število vseh čakajočih v enakem obdobju povečalo za 45.430 pacientov oziroma za 49,0 %.

Skupno število čakajočih nad dopustno čakalno dobo (v nadaljnjem besedilu: ČD) se je na dan 25. 8. 2022 v primerjavi s skupnim številom čakajočih nad dopustno ČD na dan 1. 2. 2021 povečalo za 59.756 oseb oziroma za 103,4 %. Pri prvih pregledih se je skupno število čakajočih nad dopustno ČD v enakem obdobju povečalo za 32.036 oseb oziroma za 149 %. Pri ostalih zdravstvenih storitvah se je število vseh čakajočih nad dopustno ČD v enakem obdobju povečalo za 27.720 oseb oziroma za 76,4 %.

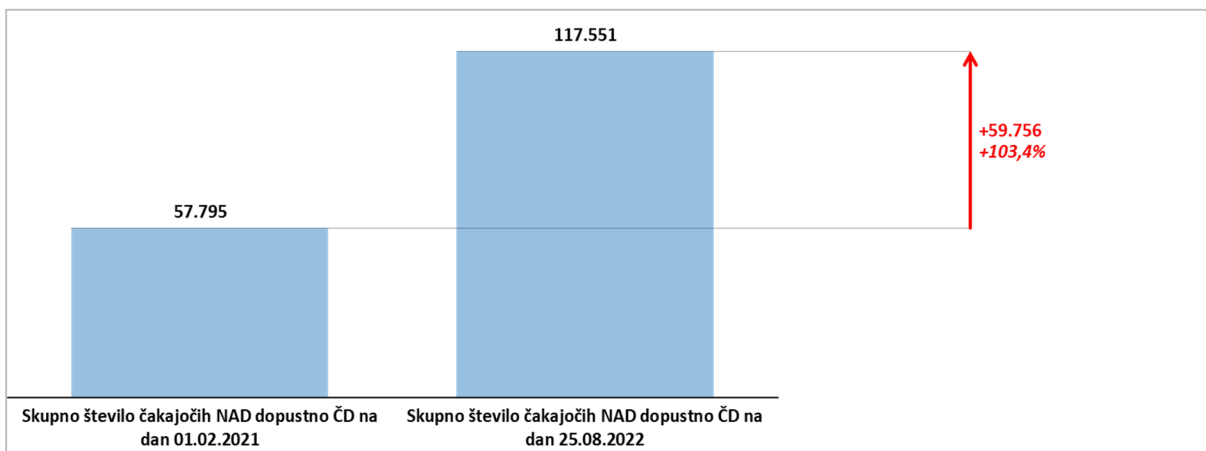
Tabela: Podatki o spremembah v skupnem številu čakajočih in čakajočih nad oziroma pod dopustno čakalno dobo

TIP VZS	Sprememba v skupnem številu čakajočih NAD dopustno ČD na dan 25. 8. 2022 glede na dan 1. 2. 2021	Sprememba v skupnem številu čakajočih POD dopustno ČD na dan 25. 8. 2022 glede na dan 1. 2. 2021	Sprememba v skupnem številu čakajočih na dan 25. 8. 2022 glede na dan 1. 2. 2021	Indeks = Skupno število čakajočih NAD dopustno ČD 25. 8. 2022/Skupno število čakajočih NAD dopustno ČD 21.8. 2022	Indeks = Skupno število čakajočih POD dopustno ČD 25. 8. 2022/Skupno število čakajočih NAD dopustno ČD 21.8. 2022	Indeks = Skupno število čakajočih 25. 8. 2022/Skupno število čakajočih 21.8. 2022
Prvi pregledi	32.036	11.225	43.261	249,0	131,5	175,7
Ostale zdravstvene storitve	27.720	17.710	45.430	176,4	131,4	149,0
SUM	59.756	28.935	88.691	203,4	131,5	159,2

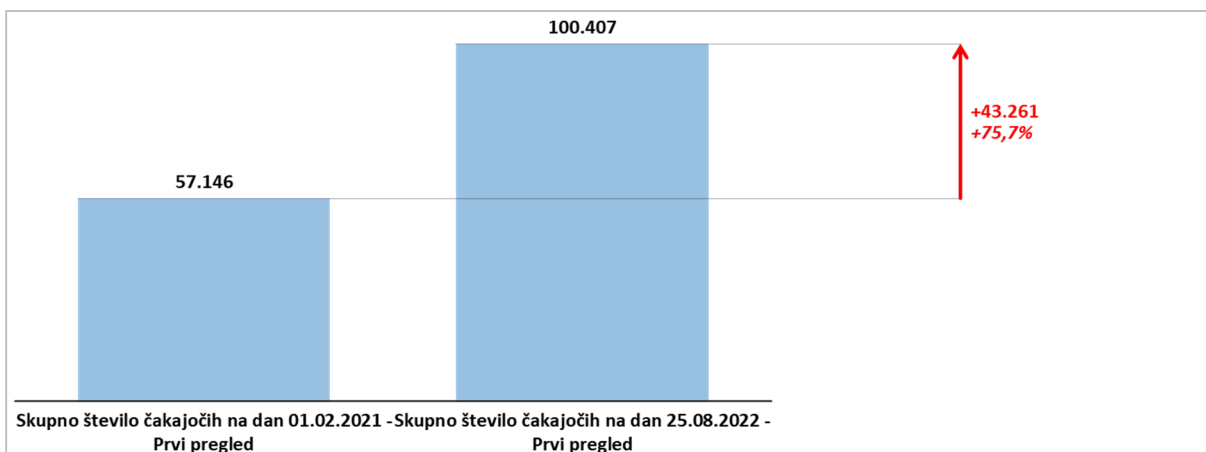
Graf: Podatki o skupnem številu čakajočih na dan 25.8. 2022 v primerjavi s podatki o skupnem številu čakajočih na dan 1. 2. 2021



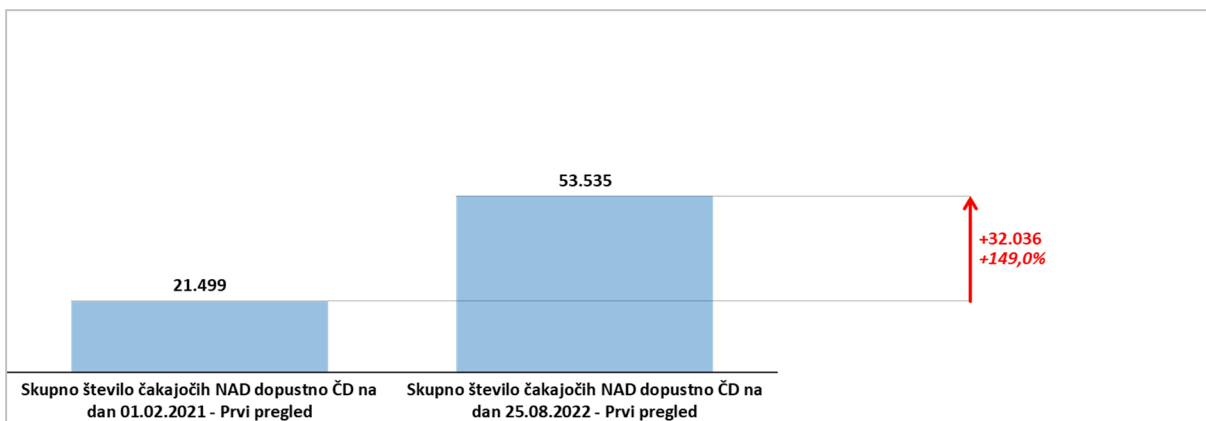
Graf: Podatki o skupnem številu čakajočih nad dopustno ČD na dan 25. 8. 2022 v primerjavi s podatki o čakajočih nad dopustno ČD na dan 1. 2. 2021



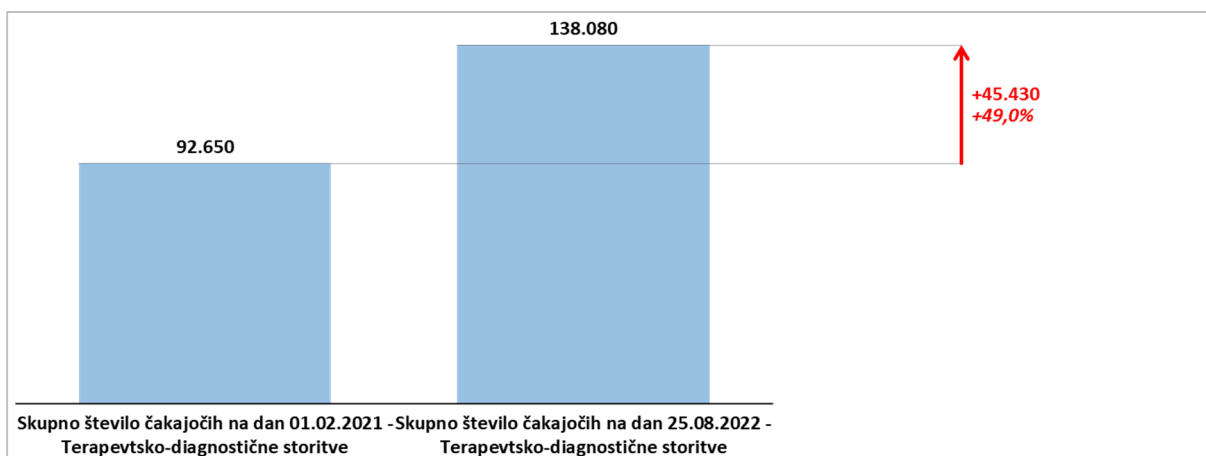
Graf: Podatki o skupnem številu čakajočih na prve preglede na dan 25. 8. 2022 v primerjavi s podatki o skupnem številu čakajočih na prve preglede na dan 1. 2. 2021



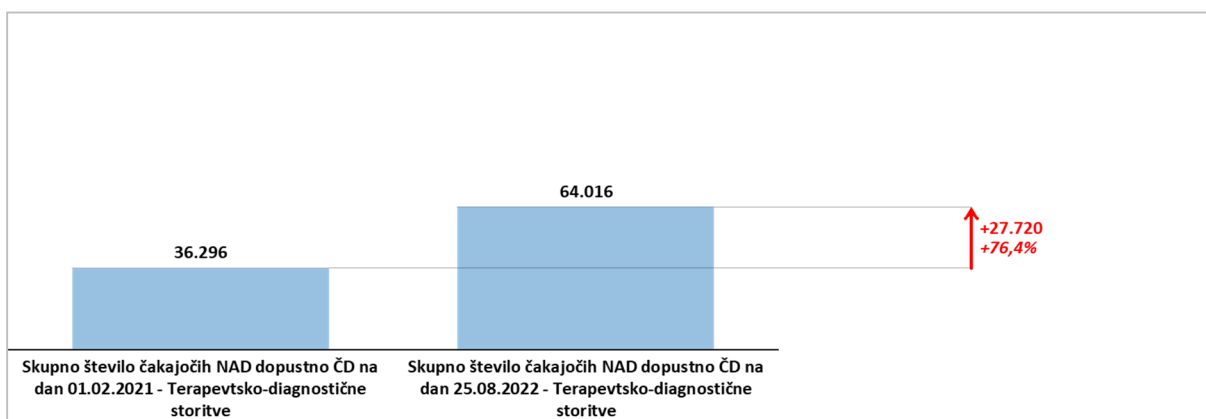
Graf: Podatki o skupnem številu čakajočih nad dopustno ČD na prve preglede na dan 25. 8. 2022 v primerjavi s podatki o skupnem številu čakajočih nad dopustno ČD na prve preglede na dan 1. 2. 2021



Graf: Podatki o skupnem številu čakajočih na terapevtsko diagnostične storitve na dan 25. 8. 2022 v primerjavi s podatki o skupnem številu čakajočih na terapevtsko diagnostične storitve na dan 1. 2. 2021



Graf: Podatki o skupnem številu čakajočih nad dopustno ČD na terapevtsko diagnostične storitve na dan 25. 8. 2022 v primerjavi s podatki o skupnem številu čakajočih nad dopustno ČD na terapevtsko diagnostične storitve na dan 1. 2. 2021



Kljub navedenim ukrepom in drugim prilagoditvam v okviru zdravstvenega sistema (npr. modificiran obračunski model na različnih ravneh zdravstvene dejavnosti), ki so bili uvedeni za namen povečanja dostopnosti do zdravstvenih storitev v preteklih obdobjih, ključne šibke točke na področju neenakosti in ČD v zdravju ostajajo. Spremenjen način dogovarjanja, ki je opredeljen v Zakonu o nujnih ukrepih za zagotovitev stabilnosti zdravstvenega sistema (Uradni list RS, št. 100/22; v nadaljnjem besedilu: ZNUSZSZ), po našem mnenju zagotavlja učinkovitejši postopek in hitrejši zaključek pogajanj glede dogovora med deležniki. Z namenom skrajševanja ČD in povečanja dostopnosti do zdravstvenih storitev je bil v ZNUSZSZ določen ukrep zagotovitve plačila po realizaciji zdravstvenih storitev nad rednim obsegom programa za izvajalce zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe. Ta ukrep bo veljal tudi v letu 2023. Prvi učinki tega ukrepa bodo vidni v prvi polovici leta 2023.

Skupna prizadevanja vseh deležnikov v zdravstvu morajo biti osredotočena na pacienta in njegovo dobrobit. Zato v smernicah naslavljamo področja oziroma prednostne naloge na področju zdravstva, s katerimi bi v naslednjem letu:

- varovali zdravje prebivalcev,
- povečali dostopnost do zdravstvenih storitev,

- zmanjševali izkazane neenakosti med prebivalci na ravni države in posameznih regij,
- spodbujali dobre prakse in razvoj na področju zdravja,
- nudili zaščito pred grožnjami za zdravje, ki se obetajo v naslednjem letu ter odzivanje na morebitno čezmejno zdravstveno krizo v letu 2023 ali druga tveganja za zdravje ljudi.

Hkrati pa smo v smernicah upoštevali temeljna načela oziroma vrednote, na katerih temelji zdravstveni sistem, in sicer načela univerzalnosti, dostopnosti, solidarnosti, enakosti, nepridobitnosti in zagotavljanja visoko kakovostne zdravstvene obravnave.

1.1 Pravna podlaga

ZNUSZSZ v prvem odstavku 22. člena določa, da smernice zdravstvene politike za leto 2023 določi minister, pristojen za zdravje, najpozneje do 31. avgusta 2022.

Republika Slovenija glede na prvi odstavek 4. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C, 47/15 – ZZSDT, 61/17 – ZUPŠ, 64/17 – ZZDej-K, 36/19, 189/20 – ZFRO, 51/21, 159/21, 196/21 – ZDOsk, 15/22, 43/22 n 100/22 – ZNUZSZS; v nadaljnjem besedilu: ZZVZZ) uresničuje svoje naloge na področju zdravstvenega varstva, s tem da:

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

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

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

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

1.2 Temeljna načela

Univerzalnost pomeni, da vsakomur zagotovljen dostop do zdravstvenega varstva.

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

Solidarnost pomeni, da vsak prispeva v skladu s svojimi ekonomskimi zmožnostmi in prejema zdravstveno oskrbo v skladu z utemeljenimi potrebami zdravstvenega stanja.

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

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

Kakovostna zdravstvena obravnava pomeni dosledno doseganje izidov zdravljenja, ki so primerljivi s standardi ali najboljšimi praksami, ob upoštevanju temeljnih načel kakovosti, kot so uspešnost, varnost, pravočasnost, kontinuiteta, učinkovitost, enakopravnost in osredotočenje na pacienta.

2. NAMEN IN CILJI SMERNIC

Smernice predstavljajo izhodišča ZZZS za pripravo predloga programa storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, opredelitev zmogljivosti, potrebne za njegovo izvajanje, in določitev obsega sredstev (v nadaljnjem besedilu: dogovor) za leto 2023.

Namen smernic je nasloviti področja oziroma prednostne naloge na področju zdravstva v letu 2023.

Temeljni cilj smernic je zagotoviti dostop do primerne, kakovostne in varne zdravstvene obravnave z naslednjimi ukrepi:

1. s povečanjem dostopnosti do zdravstvenih storitev,
2. s krepitvijo in varovanjem ter izboljšanjem zdravja in preprečevanje bolezni ter poškodb
3. z optimizacijo zdravstvene oskrbe,
4. z izboljšanjem učinkovitosti sistema zdravstvenega varstva,
5. s pravičnim, solidarnim in vzdržnim financiranjem zdravstvenega varstva ter
6. s krepitvijo aktivne vloge in odgovornosti posameznika za lastno zdravje.

3. SMERNICE ZDRAVSTVENE POLITIKE

3.1 Splošno

1. Izvajalci zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe (v nadaljnjem besedilu: izvajalci) se soočajo z vse večjim administrativnim bremenom, tudi zaradi razdrobljenih pravil ravnanj in obračuna. ZZZS pristopi k pripravi lastnega informacijskega sistema, ki bo obračun v celoti izvedel na enem mestu in ne več pri izvajalcih, ki samo v skladu s predpisanimi standardi v sistem obračuna pošljejo podatke o izvedenih zdravstvenih storitvah. ZZZS naj posledično pristopi k zmanjšanju števila izdanih navodil in okrožnic.
2. Z vidika obsega in razdelitve programov ZZZS upošteva podatke Statističnega urada Republike Slovenije glede demografskih gibanj in njihovih projekcij ter vpliva na zdravstveno sliko prebivalstva. Hkrati ZZZS upošteva tudi podatke o zdravju prebivalcev v slovenskih občinah, ki jih pripravlja NIJZ.
3. ZZZS in izvajalci nadaljujejo z aktivnostmi digitalizacije in informatizacije v zdravstvu. V cenah zdravstvenih storitev se v kalkulacijah dvigne delež namenskih sredstev za informatizacijo in digitalizacijo.
4. ZZZS pristopi in pripravi spremembe kalkulacij cen in vrednotenj zdravstvenih programov na način, da bodo cene zdravstvenih programov v najvišji možni meri odražale dejanske stroške, pri čemer se sledi zahtevam vodenja stroškov po pacientu. Pri tem se upoštevajo zadnje makroekonomske napovedi gospodarskih gibanj, ki jih periodično pripravlja Urad Republike Slovenije za makroekonomske analize in razvoj.
5. Poveča se delež administrativno tehničnega kadra v cenah zdravstvenih storitev na sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti.
6. V standardih se iz administrativno tehničnega kadra izloči zdravstveni administrativni sodelavec in se prikaže kot samostojni zdravstveni sodelavec iz ur.
7. Vsebina dogovora smiselno upošteva ukrepe ZNUSZSZ.
8. V vsebino dogovora se vključi vsebina Uredbe o določitvi programov storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, opredelitev zmogljivosti, potrebnih za njegovo izvajanje, in določitev obsega sredstev za leto 2022 (Uradni list RS, št. 112/88).
9. Uvedejo se dodatne finančne spodbude za boljše sodelovanje med primarno in sekundarno ravno zdravstvene dejavnosti (npr. spodbujanje e-posveta, telemedicine, konzultacije med zdravniki različnih specializacij).
10. Kalkulacija za planiranje in financiranje programov diagnostičnega laboratorija se prilagodi pravilniku, ki določa pogoje, ki jih morajo izpolnjevati laboratoriji za izvajanje preiskav na področju laboratorijske medicine. Skupaj s stroko se pristopi k poenotenju šifrantov laboratorijskih izvidov in njihovega medsebojnega priznavanja.
11. Preveri se usklajenost kadrovskih standardov na področju zdravstvene nege v kalkulacijah za planiranje in financiranje programov v skladu s sprejetimi Poklicnimi kompetencami in aktivnostmi izvajalcev v dejavnosti zdravstvene nege z razlago https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2021/07/Z-Z_PoklicneKompetence_2021_splet_.pdf in ustrezno prilagodi odstopanja.

12. Za rehabilitacijo pacientov po prebolelem COVID-19 (»long covid«, postcovid sindrom), ki imajo zaradi bolezni dolgotrajne posledice v obliki več kot 200 dolgotrajnih in patoloških stanj ter simptomov, možnosti ponovitve, se pripravi standard planiranja, financiranja in vsebin kot sistemska rešitev na nacionalni ravni, novega programa storitev Rehabilitacija pacientov z dolgotrajnim COVID-19.

3.2 Izboljšanje dostopnosti do zdravstvene obravnave na primarni ravni

1. Nadaljuje se s povečanjem števila novih ambulant splošne/družinske medicine, otroškega in šolskega dispanzerja ter dispanzerja za žene na območju posamezne izpostave ZZZS v skladu s starostno strukturo prebivalcev oziroma v skladu s potrebami prebivalcev.
2. Za širitev programov splošnih/družinskih ambulant lahko izvajalec kot nosilca te dejavnosti prijavi tudi specializanta družinske medicine v zadnjem letniku specializacije, če izvajalec in specializant izpolnjujeta vse, v Zakonu o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 58/08, 107/10 – ZPPKZ, 40/12 – ZUJF, 88/16 – ZdZPZD, 40/17, 64/17 – ZZDej-K, 49/18, 66/19 in 199/21), predpisane pogoje, pri čemer se zahtevek za povračilo stroškov dela tega specializanta zmanjša za delež prijave kot nosilca splošne/družinske ambulante. Enako lahko izvajalec zdravstvene dejavnosti za nosilca otroškega in šolskega dispanzerja oziroma dispanzerja za žene ob izpolnjevanju vseh zakonskih pogojev prijavi tudi specializanta pediatrije oziroma ginekologije in porodništva v zadnjem letniku specializacije.
3. Ob enem obisku pacienta pri izbranem osebnem zdravniku se ob več opravljenih storitvah lahko obračunajo vse storitve, ki so bile izvedene.
4. Po odhodu (upokojitvi, prenehanju delovnega razmerja, smrti itd.) izbranega osebnega zdravnika je izvajalec dolžan zagotoviti drugega zdravnika, v nasprotnem primeru se mu program ustrezno zmanjša. Če izvajalec zaposli novega izbranega osebnega zdravnika, se mu nemudoma vzpostavi financiranje njegove ambulante s timom.
5. Med ločeno zaračunljiv material za ambulante splošne/družinske medicine in patronažno službo se vključi sodobne obloge za rane. Uporaba in obračunavanje sodobnih oblog mora biti v skladu s strokovnimi priporočili in smernicami. ZZZS skupaj s stroko določi najvišje priznane vrednosti posameznih skupin sodobnih oblog.
6. V seznam storitev za obračun zdravstvenih storitev se dodajo nove storitve, ki jih predlaga Razširjeni strokovni kolegij za družinsko medicino. Seznam ločeno zaračunljivega materiala se dopolni s predlogi Razširjenega strokovnega kolegija za družinsko medicino.
7. Izvajalcem ambulant splošne/družinske medicine ter otroškega in šolskega dispanzerjev se preko ZZZS zagotovijo sredstva za kritje stroškov in vse aktivnosti za nadgradnjo informacijskih sistemov zaradi uvedbe ePrijave nezgode in poškodbe pri delu.
8. Za področje zobozdravstva se:
 - normativi za obračun storitev uskladijo s spremenjenim načinom dela v zobozdravstvu ob upoštevanju sodobnih metod zdravljenja,
 - pripravi nov standard za plačevanje programa zobozdravstvene oskrbe in preventivnih pregledov oseb s posebnimi potrebami (npr. cerebralno, duševno in telesno težje prizadete osebe) glede na priporočila Varuha človekovih pravic Republike Slovenije.

9. Pripravi se standard financiranja novega programa Ambulanta za neopredeljene, v skladu z opredelitvami iz zakona, ki ureja nujne ukrepe za zaježitev širjenja in blaženje posledic epidemije COVID-19 na področju zdravstva.

3.3 Razvoj, izvajanje in nadgradnje preventivnih programov

Z namenom celovite preventivne obravnave odraslih in otrok, ki imajo povečana tveganja za razvoj kroničnih nenalezljivih bolezni se nadaljuje z vzpostavitvijo novih centrov za krepitev zdravja.

Hkrati se za doseganje enakih standardov obravnave in oskrbe na tem področju zagotovi nadgradnje preventivnih programov v obstoječih zdravstveno vzgojnih centrih na način, kot je to zagotovljeno v že delujočih Centrih za krepitev zdravja.

3.4 Javno zdravje

Stroške prostovoljnega cepljenja proti sezonski gripi za zavarovane osebe se po zaključku financiranja iz proračuna Republike Slovenije vključi v obvezno zdravstveno zavarovanje.

3.5 Nujna medicinska pomoč

Na področju NMP se izvede financiranje dejavnosti NMP v skladu s spremembo mreže pravilnika, ki ureja službo NMP, v letu 2023.

3.6 Duševno zdravje

1. Za stabilnost delovanja Centrov za duševno zdravje in Razvojnih ambulant z vključenim centrom za zgodnjo obravnavo otrok se zagotovi pogoj pričetka financiranja z zaposlitvijo nosilca programa in v 12 mesecih od zaposlitve nosilca programa mora izvajalec zagotoviti minimalno kadrovske sestavo tima, ki je določena v Splošnem dogovoru za pogodbeno leto 2022.
2. V Centrih za duševno zdravje otrok in mladostnikov in Centrih za duševno zdravje odraslih se določi normativ za specializanta klinične psihologije v višini 20 % norme za čas opravljanja specializacije in zagotovi sredstva za zaposlitev psihologa za pokritje preostale odsotnosti specializanta z delovišča v času specializacije z namenom opravljanja storitev v okviru kompetenc psihologov in skrajšanja čakalnih dob v navedenih dejavnostih.
3. Nadaljuje se širjenje mreže Centrov za duševno zdravje otrok in mladostnikov in Centrov za duševno zdravje odraslih v skladu z Resolucijo o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (Uradni list RS, št. 24/18; v nadaljnjem besedilu: Resolucija).
4. Zagotovi se finančna sredstva za širitev dejavnosti forenzične psihiatrije, ki je načrtovana v Resoluciji in Akcijskem načrtu za področje duševnega zdravja za leti 2022-2023 pri obstoječem izvajalcu, ki izvaja varnostni ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja.
5. V skladu z Resolucijo se skupaj s stroko pripravita in vzpostavita nova subspecialistična tima (bolnišnična in subspecialistična ambulanta), in sicer tim za obravnavo nekemične odvisnosti in komorbidnih stanj ter tim za osebe z motnjo v duševnem razvoju in pridruženo duševno motnjo.

3.7 Zdravstvena dejavnost na sekundarni in terciarni ravni

1. Za povečano dostopnost do zdravstvenih storitev se ponovno določi minimalno število prvih pregledov, ki jih mora doseči vsak izvajalec. Hkrati se uvede ustrezne spodbude za preseganje minimalnega števila prvih pregledov. Uvede se tudi sprotno mesečno spremljanje uspešnosti izvajanja števila prvih pregledov in poročanje doseganja prvih pregledov vzporedno s številom čakajočih nad najdaljšo dopustno čakalno dobo, na spletni strani ZZZS. V ta namen se izvajalce zaveže k zaključevanju obravnav, ki prihajajo v eZdravje³ preko procesa C. Če obravnava ni zaključena ter izvidi odloženi na CRPP, storitev ne more biti plačana.
2. ZZZS je dolžan posodobiti in uveljaviti nove obračunske modele na specialistični ambulantni dejavnosti na sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti.
3. Postopno se odpravi plačevanje zdravstvenih storitev v pavšalu, in sicer se standard spremeni vsaj za tri storitve.
4. ZZZS za prospektivne programe pripravi kalkulacijo cene, ki mora biti enaka za vse izvajalce.
5. V program zdravstvenih storitev se vključijo nove metodologije zdravljenja v skladu z rangirno tabelo in sklepi Zdravstvenega sveta.
6. Izvede se nadgradnja plačevanja storitev, ki se izvajajo v okviru mobilnega paliativnega tima s ciljem povečati dostopnost, celovitost in kakovost obravnav. Hkrati se nadaljuje z umeščanjem in financiranjem dveh dodatnih mobilnih paliativnih timov v skladu z Državnim programom razvoja paliativne oskrbe iz leta 2010.

3.8 Lekarniška dejavnost

Ključni cilji na področju lekarniške dejavnosti morajo slediti potrebam pacientov po varni in učinkoviti uporabi zdravil, preprečevanju neželenih učinkov zdravil, zmanjševanju obravnav na različnih nivojih zdravstva in zmanjševanju hospitalizacij, zmanjševanju količine neuporabljenih zdravil in predvsem izboljšanju kakovosti življenja pacientov.

Z namenom zagotavljanja ciljev se:

1. uvede kognitivne storitve pregled uporabe zdravil (PUZ) kot samodejne storitve in kot nadaljevanje programa brezšivne skrbi - kontrolni pregled zdravil (KPUZ).
2. prilagodi strukturo tima v kalkulativnih elementih lekarniške točke z dejanskim stanjem.

3.9 Preskrba s krvjo, krvnimi pripravki in tkivi in celicami

1. ZZZS skupaj s stroko preuči možnost vključitve novega programa zbiranja krvne plazme s postopkom plazmafereze za namen pridobivanja zdravil iz lastnega vira plazme v program zdravstvenih storitev.

³ eZdravje – zdravstveni informacijski sistem, ki je opredeljen v Zakonu o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (Uradni list RS, št. 65/00, 47/15, 31/18, 152/20 – ZZUOOP, 175/20 – ZIUOPDVE, 203/20 – ZIUPOP DVE, 112/21 – ZNUPZ, 196/21 – ZDOsk in 206/21 – ZDUPŠOP)

2. ZZS skupaj s stroko opredeli storitve, ki bodo potrebne za izvajanje celičnega zdravljenja, kot je CAR-T, ter pripravi standard financiranja teh storitev.

3.10 Kakovost in varnost v zdravstvu

1. Izvajalci na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti (tudi izvajalci, ki izvajajo zdravstveno dejavnost na podlagi 8. člena Zakona o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 23/05 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 23/08, 58/08 – ZZdrS-E, 77/08 – ZDZdr, 40/12 – ZUJF, 14/13, 88/16 – ZdZPZD, 64/17, 1/19 – odl. US, 73/19, 82/20, 152/20 – ZZUOOP, 203/20 – ZIUPOPDVE, 112/21 – ZNUPZ, 196/21 – ZDOsk in 100/22 – ZNUZSZS; v nadaljnjem besedilu: ZZDej)) do 1. 1. 2024 vzpostavijo sistem celovitega vodenja kakovosti in določijo osebo (skrbnika sistema kakovosti) izmed svojih zaposlenih (zdravstvenega delavca ali sodelavca z izkušnjami iz zdravstvenih procesov), ki bo zadolžen za izvedbo implementacije sistema vodenja kakovosti in v nadaljevanju skrbel za delovanje sistema vodenja kakovosti in z njim povezanih nalog.
2. Izvajalci na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti (tudi izvajalci, ki izvajajo zdravstveno dejavnost na podlagi 8. člena ZZDej) določijo osebo (pooblaščenca za varnost), ki bo zadolžena za obvladovanje varnostnih tveganj, spremljanje varnostnih odklonov in razvoj kulture varnosti pri izvajalcih.
3. Izvajalci na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti vzpostavijo in začnejo spremljati zadovoljstvo zaposlenih in pacientov (ter drugih uporabnikov) na podlagi sprejete metodologije Ministrstva za zdravje in o rezultatih/analizah ter ukrepih na dobljene rezultate/analize obeh anket poročajo konec leta na Ministrstvo za zdravje.
4. Izvajalci na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti obvezno poročajo o opravljenih zdravstvenih storitvah, vključno s poročanjem kazalnikov kakovosti preko spletnega portala, ki jih je Ministrstvo za zdravje določilo kot obvezne na svoji spletni strani <https://www.gov.si/teme/kakovost-zdravstvenega-varstva/>.

4. ZAKLJUČEK

Slovenski zdravstveni sistem se že od globalne finančne krize, ki se je začela leta 2008, srečuje z težkimi izzivi, ki so poleg iskanja rešitev za vzdržno financiranje zdravstvenega varstva, povezani tudi s starajočo se populacijo in posledično spremenjenim vzorcem patologije, vprašanji pomanjkanja strokovnega kadra (zdravnikov in zdravstveno negovalnega osebja) ter nedavno grožnjo epidemije COVID-19, ki še ni zaključena. Podobno je tudi na ravni držav članic EU. Pomembno je, da se na podlagi spoznanj in izkušenj v zvezi s preteklimi krizami pravočasno sprejme ustrezne ukrepe za krepitev zdravstvenega sistema ter ga pripravi na morebitne nove zdravstvene grožnje oziroma tveganja.

Danijel Bešič Loredan
minister