



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

SKUPAJ ZA DRUŽBO ZDRAVJA

Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025



Resolucija o nacionalnem planu
zdravstvenega varstva 2016-2025
"Skupaj za družbo zdravja"
(ReNPZV)

Besedilo, izdajatelj in založnik:
Ministrstvo za zdravje RS,
Štefanova 5, 1000 Ljubljana

Fotografije:
Arhiv Ministrstva za zdravje RS;
Svetovna zdravstvena organizacija
(WHO/Franz Henriksen); EU/EC
Audiovisual Service (Etienne Ansotte)

Produkcija: BK komunikacije

Število izdanih izvodov: 300
Leto izida: 2018

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

614.2(497.4)"2016/2025"

SKUPAJ za družbo zdravja : resolucija o
nacionalnem planu zdravstvenega varstva
2016-2025 / [besedilo Ministrstvo za zdravje
RS ; fotografije arhiv Ministrstva za zdravje
RS]. - Ljubljana : Ministrstvo za zdravje RS,
2018

ISBN 978-961-6523-64-6

295021056



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

SKUPAJ ZA DRUŽBO ZDRAVJA

RESOLUCIJA O NACIONALNEM PLANU
ZDRAVSTVENEGA VARSTVA 2016–2025

Na podlagi 6. 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 in 47/15 – ZZSDT) in 109. člena ter drugega odstavka 169.a člena Poslovnika državnega zbora (Uradni list RS, št. 92/07 – uradno prečiščeno besedilo) je Državni zbor Republike Slovenije na seji dne 29. marca 2016 sprejel
RESOLUCIJO O NACIONALNEM
PLANU ZDRAVSTVENEGA VARSTVA
2016–2025 »SKUPAJ ZA DRUŽBO
ZDRAVJA«



Milojka Kolar Celarc
Ministrica za zdravje

Spoštovani,

ko je Državni zbor 29. marca 2016 z absolutno večino potrdil Resolucijo o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016 - 2025 "Skupaj za družbo zdravja", smo dobili temeljni državni razvojni dokument za področje zdravstva. Z njim smo določili cilje in začrtali, kako bomo v izzivov polnem času odgovorili na spremenjene zdravstvene potrebe in uresničili cilj, da bomo prebivalci Sloveniji bolj zdravi.

Z Resolucijo ohranjamo vizijo kakovostnega in vsem dostopnega javnega zdravstva in potrjujemo evropske vrednote zdravstvenih sistemov, ki so ob dostopnosti še univerzalnost, solidarnost in pravičnost.

Resolucija zavezuje vsakokratne politične odločevalce, da upoštevajo zastavljeni strateški okvir za upravljanje in razvoj sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji in ključne usmeritve za pripravo in sprejem ustreznih zakonov s področja zdravstvenega zavarovanja in zdravstvene dejavnosti.

Na Ministrstvu za zdravje smo strateški dokument, ki je pred vami, oblikovali odgovorno z mislijo na velike izzive, ki bodo preizkušali njegovo širino in vizijo. Upoštevali smo izsledke Analize zdravstvenega sistema v Sloveni-

ji, ki smo jo izvedli v sodelovanju s strokovnjaki Svetovne zdravstvene organizacije in Evropskega observatorija za spremljanje zdravstvenih sistemov. V končno besedilo smo vključili pripombe več kot sto institucij, organizacij in strokovnih ter drugih zainteresiranih javnosti.

Ponosna sem, da smo v dokumentu prepoznali tudi specifične potrebe in možnosti zdravstvenega varstva ranljivih skupin prebivalstva, ki že dolgo niso več skoncentrirane na posameznih območjih, ampak jih najdemo v ruralnih in v urbanih okoljih, med mladimi in starejšimi ter tam, kjer je večja brezposelnost.

Verjamem, da Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva prepoznava dejansko stanje in daje najbolj ustrezne odgovore ter, kar je za zdravo družbo nujno, odraža resnična pričakovanja prebivalstva.

Prav zato je zelo pomembno, da Resolucija zavezuje sedanjo in prihodnje vlade, da se zdravje upošteva kot vrednota in cilj pri politikah na vseh področjih, v središče pa postavlja uporabnika in izvajalca, pacienta in zdravstvenega delavca. Zdravje je nedeljivo, skupnost tudi.

Skupaj za družbo zdravja!

Milojka Kolar Celarc

Spoštovani,



Vytenis Andriukaitis
Evropski komisar za zdravje
in varnost hrane

pozdravljam objavo slovenskega nacionalnega načrta zdravstvenega varstva 2016–2025. Tekoče izvajanje načrta je skladno s programom EU za učinkovite, dostopne in prožne zdravstvene sisteme EU. Cilj načrta je izboljšanje promocije zdravja in preprečevanja bolezni ter optimizacija izvajanja zdravstvenega varstva in krepitev delovanja ter vzdržnost zdravstvenega sistema v dobrobit državljanov.

Slovenijo pozivam, da še naprej sodeluje in se uči v okviru sodelovanja na ravni EU, ki spodbuja oblikovanje politike, ki temeljijo dokazih kot tudi izmenjavo znanja, izkušenj in dobrih praks.

Vytenis Andriukaitis

Spoštovani,



Dr. Zsuzsanna Jakab

Regionalna direktorica
Regionalnega urada Svetovne
zdravstvene organizacije
za Evropo

Nacionalna zdravstvena politika, strategija ali načrt je edinstven glede na kontekst vsake države; omogočajo ga kritični trenutki, v katerih se lahko zberejo dokazi, orodja in ukrepi za izboljšanje zdravja in dobrega počutja prebivalstva. Tak dokument je predpogoj in gonilna sila za vključevanje zdravja in trajnostnega razvoja v procese oblikovanja politike v vsaki državi.

Za podporo nacionalne zdravstvene politike, ki poudarja potrebo po političnem in strokovnem vodenju, dobro in sodobno upravljanje zdravja, strukture in prakse, ki spodbujajo učinkovito celovito vladno, družbeno in medsektorsko delo, je potrebno resnično soglasje znotraj zdravstvenega sektorja ter vladne, družbene in široke populacijske ravni. Obnovljeni interes za uporabo nacionalnih zdravstvenih politik, strategij in načrtov za povečanje uspešnosti zdravstvenega sektorja ter izboljšanje zdravja in dobrega počutja prebivalstva zahteva oddaljevanje od procesa načrtovanja vodenja in nadzora proti procesu, osredinjenem na dialog in razpravo, in od bolj statičnega cikla načrtovanja, ki je večinoma v lasti oddelka za načrtovanje ministrstva za zdravje, proti dinamičnemu, fleksibilnemu, odprtemu in pluralističnemu procesu načrtovanja, proti splošnemu zdravstvenemu kritju v lasti skupnosti deležnikov.

Slovenski *Nacionalni načrt zdravstvenega varstva 2016–2025: Skupaj za bolj zdravo družbo* je odličen primer, da lahko dosežemo navedene ambiciozne cilje: osnovan je na trdnem in dinamičnem vseobsegajočem političnem

dialogu, ki temelji na dokazih in je usmerjen v rezultate, si prizadeva za transformativne spremembe, ki so potrebne za doseg kompleksnih zahtev za izboljšanje zdravja in dobrega počutja naroda v dobi trajnostnih razvojnih ciljev.

Veseli me, da je evropski okvir za zdravje in dobro počutje Zdravje 2020 (Zdravje 2020) služil kot svetilnik za razvoj načrta ter da so njegove temeljne vrednote in načela v celoti vključena. Načrt kaže na zdravje kot naložbo v razvoj in na aktivno sodelovanje pri zmanjševanju neenakosti in obravnavanju socialnih determinant zdravja. To obljublja, da načrt ne le prispeva k uresničevanju ciljev »Zdravja 2020«, ampak tudi uspešno prenaša agendo SDG in približuje državo k doseganju cilja, da nihče ne ostane zadaj. Izrecna navedba enakega dostopa do storitev javnega zdravstva, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe, ki je čim bližje ljudem, poudarja pomembnost na močne ljudi osredinjenega zdravstvenega sistema, ki temelji na integriranih zdravstvenih storitvah.

Želim izraziti priznanje za aktivno sodelovanje Slovenije ne samo pri oblikovanju regionalnih in globalnih agend za zdravje in dobro počutje, ampak še bolj za njihovo izvajanje na nacionalni ravni. Ministrstvu za zdravje čestitam za uspeh v svojih prizadevanjih za motiviranje in delo z drugimi sektorji v smeri boljšega zdravja in dobrega počutja prebivalstva. SZO bo še naprej podpiral in spremljal ministrstvo za zdravje poti k *bolj zdravi družbi*.

Dr. Zsuzsanna Jakab

	SEZNAM KRATIC
1	UVOD
	1.1 Razlogi za nov nacionalni plan zdravstvenega varstva
	1.2 Namen in vsebina Resolucije nacionalnega plana zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja«
	1.3 Pristop do priprave predloga Resolucije 2016–2025.
2	SLOVENIJA V LUČI MEDNARODNIH PRIMERJAV IN GLOBALNIH IZZIVOV
	2.1 Kazalniki slovenskega zdravstvenega varstva
	2.2 Globalni izzivi na področju zdravja prebivalstva.
	NARAŠČANJE KRONIČNIH BOLEZNI IN STANJ TER ŠTEVILA OSEB, ODVISNIH OD TUJE POMOČI, NEENAKOSTI V ZDRAVJU, GROŽNJE ZDRAVJU, FINANČNA VZDRŽNOST ZDRAVSTVENIH SISTEMOV, MOBILNOST PACIENTOV
3	POSLANSTVO IN VREDNOTE
4	RAZVOJNA VIZIJA
5	KROVNI CILJI IN PREDNOSTNA PODROČJA RAZVOJA
6	AKTIVNOSTI IN UKREPI NA PREDNOSTNIH PODROČJIH RAZVOJA
	6.1 Krepitev in varovanje zdravja ter preprečevanje bolezni – javno zdravje
	6.1.1 Zdravje v vseh politikah
	6.1.2 Krepitev dejavnosti javnega zdravja
	6.1.3 Okrepitev preventivnih pristopov na primarni ravni zdravstvenega varstva
	6.1.4 Nalezljive bolezni in druge nevarnosti za zdravje, vključno z agensi iz okolja.
	6.1.5 Zdravje na delovnem mestu
	6.1.6 Programi krepitve zdravja v vzgojno-izobraževalnih ustanovah, na delovnem mestu, v lokalnih okoljih
	6.2 Optimizacija zdravstvene oskrbe – zdravstvena dejavnost.

6.2.1 Celovito obvladovanje kroničnih bolezni in stanj	
6.2.2 Zdravstvena dejavnost na primarni ravni	
6.2.3 Celovita/integrirana zdravstvena oskrba	
6.2.4 Rehabilitacija in reintegracija pacientov	
6.2.5 Organizacija nujne medicinske pomoči	
6.2.6 Dejavnost laboratorijske medicine	
6.2.7 Duševno zdravje	
6.2.8 Geriatrija	
6.2.9 Dolgotrajna oskrba	
6.2.10 Paliativna oskrba	
6.2.11 Preskrba z zdravili in medicinskimi pripomočki ter lekarniška dejavnost	
6.2.12 Zdravilstvo	
6.2.13 Čezmejno zdravstveno varstvo	
6.2.14 Izboljšano zdravstveno varstvo otrok s posebnimi potrebami	
6.3 Povečanje uspešnosti sistema zdravstvenega varstva – vodenje in upravljanje zdravstvenega varstva	
6.3.1 Mreža javne zdravstvene službe	
6.3.2 Upravljanje kadrovske vire v zdravstvu	
6.3.3 Javno-zasebno partnerstvo	
6.3.4 Celovito upravljanje in nenehno izboljševanje kakovosti in varnosti	
6.3.5 Upravljanje in vodenje	
6.3.6 Nagrajevanje po uspešnosti	
6.3.7 Čakalne dobe	
6.3.8 Razvoj IKT v zdravstvu	
6.3.9 Upravljanje z investicijami	
6.4 Solidarno, pravično in vzdržno financiranje zdravstvenega varstva	
6.4.1 Solidarnost in pravičnost financiranja	
6.4.2 Vzdržnost financiranja sistema zdravstvenega varstva	
6.4.3 Zdravstveno zavarovanje	
6.4.4 Nadzor nad porabo v zdravstvu	

7 IZVAJANJE NACIONALNEGA PLANA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

Priloge

Priloga 1: Izbrani kazalniki doseganja rezultatov po prednostnih področjih	
Priloga 2: Kazalniki izida	
Priloga 3: Pojmovnik	

Seznam kratic

BDP – Bruto domači proizvod

CDSS – Sistem za podporo pri kliničnem odločanju (Clinical Decision Support System)

CRP – Centralni register prebivalstva

CSD – Center za socialno delo

ČD – Čakalne dobe

DPOR – Državni program za obvladovanje raka

EHIF – Estonski sklad za zdravstveno zavarovanje

EK – Evropska komisija

ESS – Ekonomsko-socialni svet

EU – Evropska unija

EUNetHTA – Evropska mreža za vrednotenje zdravstvenih tehnologij (European Network for Health Technology Assessment)

EUR – Euro (evro)

GINI – Ginijev koeficient

HIA – Ocena vplivov na zdravje (Health Impact Assessment)

HIAP – Zdravje v vseh politikah (Health in All Policies)

HSPA – Ocenjevanje uspešnosti zdravstvenih sistemov (Health System Performance Assessment)

HTA – Vrednotenje zdravstvenih tehnologij (Health Technology Assessment)

IKT – Informacijsko komunikacijska tehnologija

IT – Informacijska tehnologija

ITM – Indeks telesne mase

JAZMP – Javna agencija za zdravila in medicinske pripomočke

KOPB – Kronična obstruktivna pljučna bolezen

KPK – Komisija za preprečevanje korupcije

MDDSZ – Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti Republike Slovenije

MF – Ministrstvo za finance

MF-LJ – Medicinska fakulteta v Ljubljani

MF-MB – Medicinska fakulteta v Mariboru

MIZŠ – Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport Republike Slovenije

MZ – Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije

NIJZ – Nacionalni inštitut za javno zdravje

NLZOH – Nacionalni laboratorij za zdravje, okolje in hrano

NMP – Nujna medicinska pomoč

OECD – Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj

OND – Opozorilni nevarni dogodek

OZN – Organizacija združenih narodov

PMP – pridobljena možganska poškodba

PPP – Pariteta kupne moči

PZV – Primarno zdravstveno varstvo

RADM – Referenčne ambulante družinske medicine

Resolucija – Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva

RS – Republika Slovenija

RSK – Razširjeni strokovni kolegij

SB – Splošna bolnišnica

SURS – Statistični urad Republike Slovenije

SZD – Slovensko zdravniško društvo

SZO – Svetovna zdravstvena organizacija

SŽB – Srčno-žilne bolezni

UC – Urgentni center

UKC – Univerzitetni klinični center

UL – Uradni list Republike Slovenije

UMAR – Urad Republike Slovenije za makroekonomske analize in razvoj

UNEP – Okoljski program Združenih narodov

ZD – Zdravstveni dom

ZDRZZ – Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije

ZDUS – Zveza društev upokojencev Slovenije

ZPacP – Zakon o pacientovih pravicah

ZS – Zdravstveni svet

ZZS – Zdravniška zbornica Slovenije

ZZVZZ – Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju

ZZZS – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije



1



UVOD

1. Uvod

V Sloveniji smo leta 1992 z domišljeno in takrat sodobno zakonodajo postavili trdne temelje sistema zdravstvenega varstva na evropskih vrednotah solidarnosti, enakosti in pravičnosti. Ta je državljanom Slovenije zagotavljala dostopno in kakovostno zdravstveno varstvo. V mednarodnih primerjavah se Slovenija lahko pohvali z dobrimi rezultati, ki kljub bremenom tranzicije v marsičem presegajo rezultate bolj razvitih držav. Načelo Sveta Evrope, da zavarovanim osebam zagotavljamo preventivno in/ali kurativno zdravstveno varstvo¹, smo v Sloveniji še nadgradili z zagotavljanjem nujnega zdravljenja tudi osebam brez zdravstvenega zavarovanja.

Na posameznih področjih zdravstvenega varstva smo se s strateškimi in zakonskimi rešitvami uspešno prilagajali novim potrebam prebivalstva ter sledili zahtevam Evropske unije (EU) in naprednim procesom razvoja v evropskem prostoru.

Ob več poskusih strateškega načrtovanja smo dvakrat tudi sprejeli celovit obdobjni strateški načrt za razvoj zdravstvenega varstva:

- Nacionalni plan zdravstvenega varstva – Zdravje za vse do leta 2004,
- Resolucijo o nacionalnem planu zdravstvenega varstva „Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev“ za obdobje od 2008 do 2013.

Slednji dokument je povzemal smernice zdravstvene strategije EU „Skupaj za zdravje: strateški pristop EU za obdobje 2008–2013“ in priporočila strategije Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) „Zdravje v 21. stoletju“ ter osrednje mesto v sistemu zdravstvenega varstva namenil uporabniku. Pomanjkljivost tega dokumenta je bila predvsem v tem, da ni predvidel orodij, ki bi zagotavljala in spremljala njegovo izvajanje: kratkoročni izvedbeni načrti, delovno telo za koordinacijo in nadzor nad izvajanjem, redno spremljanje procesnih kazalnikov in kazalnikov izida ter poročanje o napredku. Nacionalni plan zdravstvenega varstva za obdobje 2008–2013 se je iztekel, zato je treba sprejeti novega in z njim začrtati razvojne možnosti sistema zdravstvenega varstva za obdobje 2016–2025. Ta bo predstavljal strateški okvir za upravljanje in razvoj sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji in podlago za pripravo in sprejem ustreznih zakonov s področja zdravstvenega zavarovanja in zdravstvene dejavnosti kot tudi izhodišče za črpanje evropskih virov v okviru Operativnega programa za izvajanje kohezijske politike v programskem obdobju 2014–2020 in tretjega programa za ukrepe EU na področju zdravja (2014–2020).

¹ UREDBA (EU) št. 282/2014 EVROPSKEGA PARLAMENTA IN SVETA z dne 11. marca 2014 o vzpostavitvi tretjega programa za ukrepe Unije na področju zdravja (2014–2020) in razveljavitvi Sklepa št. 1350/2007/ES, <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/SL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32014R0282&from=EN>.

1.1. Razlogi za nov nacionalni plan zdravstvenega varstva

Spremenjene zdravstvene potrebe prebivalstva zaradi dolgožive družbe, povečevanje neenakosti v zdravju, drage zdravstvene tehnologije, grožnje zdravju in mobilnost pacientov so pomembnejši izzivi, s katerimi se soočajo v večini evropskih držav. Od leta 2009, ko se je začela gospodarska kriza, je finančna vzdržnost zdravstvenih sistemov tudi v tem delu sveta postala večji izziv kot prej.

V zadnjih letih je v Sloveniji potekala vrsta razprav in polemik v strokovnih in političnih okoljih, kako naprej. Zaključki teh razprav predstavljajo dobro izhodišče za oblikovanje predloga sprememb, s katerimi bomo lahko tudi v prihodnje zagotavljali stabilen javen sistem zdravstvenega varstva in omogočili čim večjo dostopnost do sodobne, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe za vse prebivalce Slovenije.

Pomemben okvir za spremembe predstavljajo tudi nova strateška izhodišča EU in SZO, predvsem Evropska socialna listina z načelom dostopnosti zdravstvenih sistemov; strategija „Evropa 2020“, ki jo je EU sprejela za pametno, vzdržno in vključujočo rast v letu 2010; EU zdravstvena strategija „Vlaganje v zdravje“ iz leta 2013; zdravstvena strategija evropske regije SZO „Zdravje 2020: Evropska strategija za zdravje in blagostanje“, ki je bila sprejeta na 62. zasedanju Regionalnega odbora SZO za Evropo leta 2012. V EU je zdravje prepoznano kot vrednota, pravica do socialne varnosti in varovanja zdravja pa sodi med temeljne pravice posameznika.^{2,3} Univerzalnost, dostop do kakovostnega zdravstvenega varstva, enakost in solidarnost ostajajo pglavitne vrednote zdravstvenih sistemov.⁴ Zdravje ni blago, ne glede na stroške in ceno zdravstvenih storitev, in ne sme biti odvisno od kupne moči državljana. Vlaganja v zdravje ne smemo razumeti kot strošek, temveč kot naložbo v prihodnost, saj boljše posameznikovo zdravje prispeva h gospodarski blaginji in socialni koheziji v smislu večje produktivnosti, ponudbe delovne sile in javne porabe.⁵

Sporočilo Evropske komisije o učinkovitih, dostopnih in prožnih zdravstvenih sistemih (COM (2014) 215 final), ki se sklicuje na delo v preteklih letih, se osredotoča na naslednje ukrepe:

1. krepitev učinkovitosti zdravstvenih sistemov,
2. izboljšanje dostopnosti zdravstvenega varstva,
3. povečanje prožnosti zdravstvenih sistemov.

SZO v svoji strategiji Zdravje 2020 po drugi strani opozarja, da se zdravje Evropejcev sicer izboljšuje, vendar ne povsod in ne za vse enako. K razlikam v zdravju pomembno prispevajo razlike v dostopnosti do zdravstvene oskrbe in tudi neenakosti v izobrazbi, socialno-ekonomski status, delovno in bivalno okolje in druge determinante zdravja. Zavezanost k zdravju mora zato postati odgovornost vseh resorjev, saj zdravstvo zgolj v enem delu prispeva k pogojem za zdravo in aktivno življenje v vseh življenjskih obdobjih. K boljšemu doseganju ciljev zdravja prispevajo tudi partnerstva s sindikati, združenji delodajalcev, zbornicami, nevladnimi organizacijami, lokalnimi skupnostmi ter, na nekaterih področjih, z industrijo in zasebnim sektorjem. Tak vsevladni in vsedružbeni pristop imenujemo „zdravje v vseh politikah“.

² Listina Evropske unije o temeljnih pravicah (2010/C 83/02), Uradni list Evropske unije, C 83/389.

³ Evropska socialna listina, Uradni list RS, št. 24/1999, z dne 10. aprila 1999.

⁴ EK, Sporočilo Komisije o učinkovitih, dostopnih in prožnih zdravstvenih sistemih, http://ec.europa.eu/health/healthcare/docs/com2014_215_final_sl.pdf.

⁵ sklepi Sveta glede razmisleka o sodobnih, odzivnih in vzdržnih zdravstvenih sistemih (2013), Sklepi Sveta o skupnih vrednotah in načelih zdravstvenih sistemov Evropske unije (2006), Sklepi Sveta: na poti k sodobnim, odzivnim in vzdržnim zdravstvenim sistemom (2011).

1.2. Namen in vsebina Resolucije nacionalnega plana zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja«

Z Resolucijo nacionalnega plana zdravstvenega varstva 2016–2025 „Skupaj za družbo zdravja“ izpolnjujemo zavezo določbe 6. člena ZZVZZ, da se sprejme nacionalni plan zdravstvenega varstva, ki vključuje strategijo razvoja zdravstvenega varstva z namenom, vizijo in poslanstvom, načeli, cilji, prednostnimi razvojnimi področji (poglavja 3–5), skratka ključnimi elementi strateškega načrtovanja.

V poglavju 2.2, kjer so tema neenakosti v zdravju, so prepoznane specifične potrebe in možnosti zdravstvenega varstva ranljivih skupin prebivalstva, ki že dolgo niso več skoncentrirane na posameznih območjih, temveč jih najdemo tako v ruralnih kot v urbanih okoljih, med mladimi in starejšimi, pa tudi tam, kjer je večja brezposelnost. Na neenakosti v zdravju ob drugih determinantah zdravja (ekonomsko-socialni status, izobrazba, etnična pripadnost, kultura, okolje) pomembno vpliva tudi sistem zdravstvenega varstva (dostopnost do kakovostnih in varnih programov preprečevanja bolezni, zdravljenja in rehabilitacije).

Resolucija je dokument, s katerim naslavljammo ključne probleme zdravja in sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji in postavljamo temelje za zdravje v vseh politikah. Z vlaganji v zdravje in zdravstvo, ki jih predvideva Resolucija, naj bi v prihodnje tudi bolj učinkovito prispevali k trajnostnemu razvoju Slovenije.

Resolucija predstavlja podlago za razvoj zdravstva v Sloveniji v naslednjih desetih letih in za pripravo in sprejem ustreznih zakonov s področja zdravstvenega zavarovanja in zdravstvene dejavnosti ter ohranja vizijo kakovostnega in vsem dostopnega javnega zdravstva. V središče postavlja uporabnika in izvajalca in si v predvidenih ukrepih prizadeva za:

- **krepitev in varovanje zdravja ter preprečevanje bolezni;**
- **optimizacijo zdravstvene oskrbe;**
- **povečanje uspešnosti sistema zdravstvenega varstva;**
- **pravično, solidarno in vzdržno financiranje zdravstvenega varstva.**

To so tudi naslovi prednostnih področij za razvoj javnega zdravja, zdravstvene dejavnosti na vseh ravneh, vodenja in upravljanja v zdravstvu ter financiranja zdravstvenega varstva, za katera so podrobneje opredeljeni izzivi, specifični cilji, aktivnosti, ukrepi, kazalniki in finančni ter terminski okvir (poglavje 6).

Skladno z ZZVZZ so v Resoluciji: predstavljene podlage za razvoj dejavnosti javnega zdravja in zdravstvenih dejavnosti na posameznih ravneh (6.1, 6.2, 6.3), vključno z izobraževanjem in izpopolnjevanjem kadrov, opredeljene prednostne naloge (aktivnosti in ukrepi), ki se načrtujejo za predvideno obdobje, kot tudi podlage za razvoj sistema zdravstvenega zavarovanja (6.4).

Nosilci za uresničevanje plana zdravstvenega varstva so –tako kot tudi procesni kazalniki za spremljanje napredka, roki in viri, iz katerih se bodo aktivnosti lahko financirale – navedeni pri posameznih aktivnostih in ukrepih. Kriteriji za mrežo zdravstvenih zmogljivosti so predstavljeni v poglavju 6.3.2.

Za zagotavljanje izvajanja Resolucije in spremljanje učinkov predvidenih aktivnosti in ukrepov so predvidena različna orodja (poglavje 7) in nabor kazalnikov doseganja rezultata ter izida (prilogi 1 in 2). V pojmovniku na koncu dokumenta (priloga 3) so definicije pojmov in besednih zvez, ki se uporabljajo v zdravstvu.

1.3. Pristop do priprave predloga Resolucije 2016–2025

Pravne podlage za pripravo in sprejem Resolucije:

- Ustava Republike Slovenije (Uradni list RS, št. 33/91-I, 42/97 – UZS68, 66/00 – UZ80, 24/03 – UZ3a, 47, 68, 69/04 – UZ14, 69/04 – UZ43, 69/04 – UZ50, 68/06 – UZ121, 140, 143, 47/13 – UZ148 in 47/13 – UZ90, 97, 99), ki v svojem 51. členu neposredno omenja pravico do zdravstvenega varstva, v členih 2, 50 in 72 pa se vsaj posredno dotika področja zdravja in socialne varnosti;
- pravni red EU in zavezujoče mednarodne pogodbe;
- 6. člen ZZVZZ (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 in 47/15 – ZZSDT);
- drugi področni zakoni:
 - a) Zakon 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 in 14/13);
 - b) Zakon o lekarniški dejavnosti (Uradni list RS, št. 36/04 – uradno prečiščeno besedilo);
 - c) Zakon o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 15/08);
 - d) Zakon o zdravilih (Uradni list RS, št. 17/14);
 - e) Zakon o nalezljivih boleznih (Uradni list RS, št. 33/06 – uradno prečiščeno besedilo);
 - f) Zakon o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZpacP, 58/08, 107/10 – ZPPKZ in 40/12 – ZUJF);
 - g) Zakon o duševnem zdravju (Uradni list RS, št. 77/08);
 - h) Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (Uradni list RS, št. 65/00);
 - i) Zakon o medicinskih pripomočkih (Uradni list RS, št. 98/09);
 - j) Zakon o zdravilstvu (Uradni list RS, št. 94/07 in 87/11);
 - k) Zakon o varstvu in zdravju pri delu (Uradni list RS, št. 43/11 – ZVZD-1);
- priporočila mednarodnih organizacij za področje zdravja in socialne varnosti, katerih članica je Republika Slovenija (OZN, OZN-SZO, OZN-UNEP, Svet Evrope, OECD idr.).

Prvi predlog besedila Resolucije je nastal v delovni skupini Ministrstva za zdravje Republike Slovenije (MZ) na podlagi vrste izhodišč, ki so jih različne vlade in posamezni deležniki pripravili v preteklosti. V delovni skupini so sodelovali predstavniki MZ in organov v sestavi, predstavniki Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ) in Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS). Temelji na evropskih vrednotah zdravstvenega varstva in priporočilih mednarodne skupnosti glede razvoja zdravstvenih sistemov in hkrati upošteva v javnih razpravah izražene potrebe različnih deležnikov po spremembah. Kot izhodišče za opredelitev specifičnih izzivov v Sloveniji so bili uporabljeni zaključki posveta: Strokovna izhodišča za reformo sistema zdravstvenega varstva. Posveta, ki je bil 16. junija 2014 v Ljubljani, se je udeležilo 177 predstavnikov ključnih deležnikov, potekal pa je pod častnim pokroviteljstvom predsednika Republike Slovenije, Boruta Pahorja. Upoštevani so bili tudi zaključki številnih drugih posvetov in razprav, ki so potekale na temo zdravstvenih sistemov, in rezultati sodelovanja Ministrstva za zdravje s SZO in Evropskim observatorijem za spremljanje zdravstvenih sistemov in politik na tem področju v zadnjih letih. Še posebej dragocena so bila mnenja uporabnikov sistema zdravstvenega varstva, ki so jih med drugim predstavili na posvetu Slovensko zdravstvo na razpotju, in sicer 26. februarja 2015 v organizaciji Zdravniške zbornice Slovenije (ZZS). Predlog Resolucije je bil pred vložitvijo v javno razpravo predstavljen stroki, politiki in predstavnikom civilne družbe, in sicer 13. junija 2015 na Brdu pri Kranju.

Končni predlog besedila upošteva tudi izsledke Analize zdravstvenega sistema v Sloveniji, vključno s pregledom izdatkov za zdravstvo (Health Expenditure Review), ki jo je izvedlo MZ v sodelovanju s SZO in Evropskim observatorijem za spremljanje zdravstvenih sistemov.

Predlog je bil v javno razpravo posredovan 16. junija 2015. Do konca javne razprave 16. avgusta 2015 sta se nanj odzvali tako strokovna javnost kot tudi splošna. Konkretne predloge in mnenja so prispevali različni deležniki, med njimi predvsem predstavniki vseh ključnih institucij v zdravstvu, socialnih partnerjev, nevladnih organizacij, ki delujejo na področju zdravja in tistih, ki zastopajo interese skupin državljanov, kot je npr. Zveza društev upokojencev Slovenije (ZDUS). S predlogi za večjo preglednost in zagotavljanje spremljanja izvajanja Resolucije so v javni razpravi sodelovali tudi predstavniki EK in SZO.

Končni predlog, ki ga je v sprejem Državnemu zboru Republike Slovenije (RS) predložila Vlada RS, je rezultat usklajevanja z vsemi ključnimi deležniki in upošteva priporočila mednarodnih institucij in zaveze Socialnega sporazuma za obdobje 2015–2016.



2.

SLOVENIJA
V LUČI
MEDNARODNIH
PRIMERJAV
IN GLOBALNIH
IZZIVOV

2. Slovenija v luči mednarodnih primerjav in globalnih izzivov

Po ocenah SZO in Organizacije za gospodarsko sodelovanje in razvoj (OECD) je sistem zdravstvenega varstva v Sloveniji med boljše delujočimi v Evropi in dosegamo visoko raven zdravja. Ta ocena temelji na kazalnikih, s katerimi ti organizaciji spremljata uspešnost zdravstvenih sistemov (pričakovano trajanje življenja ob rojstvu, pričakovana zdrava leta življenja, umrljivost dojenčkov, maternalna umrljivost, precepljenost, razlike v zdravju, število zdravstvenih delavcev, povprečna ležalna doba v bolnišnici).

Podobno kot v drugih državah članicah EU, OECD in širše pa se v Sloveniji soočamo z globalnimi izzivi, ki bodo pomembno vplivali na odločitve zdravstvene politike v prihodnosti:

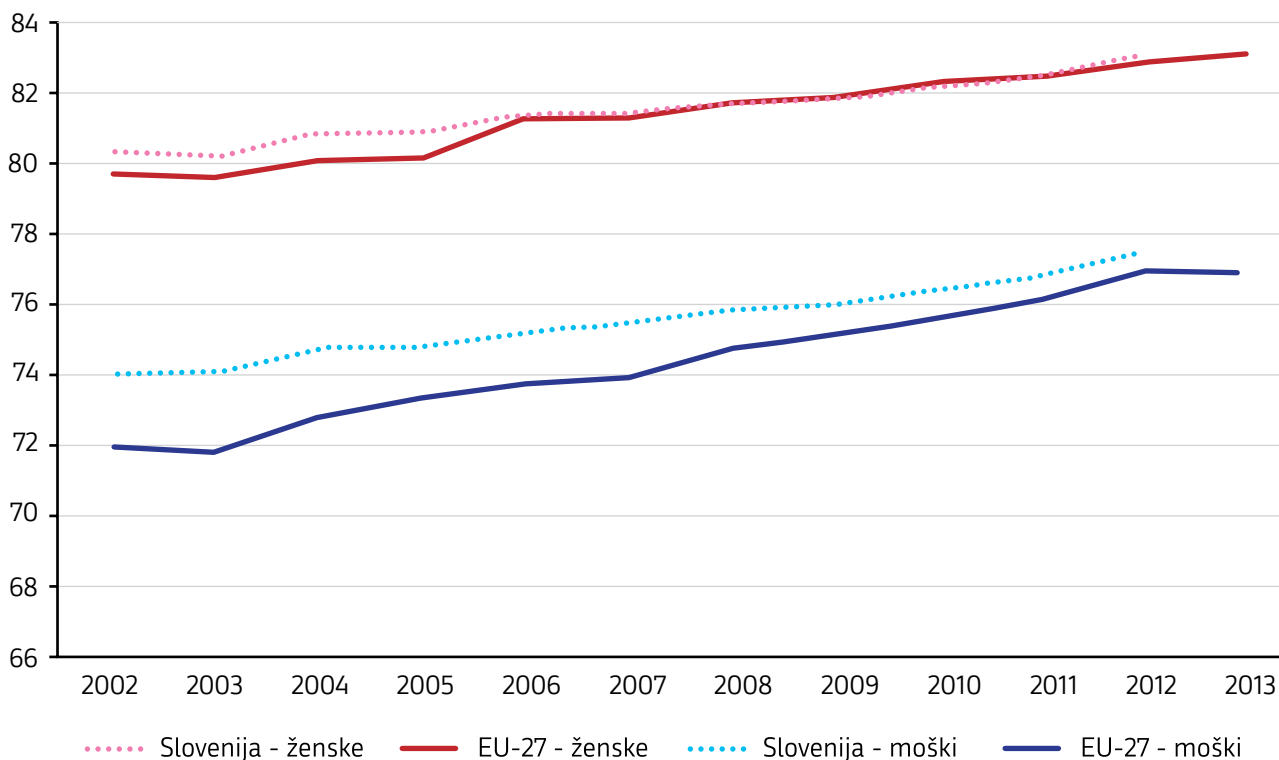
- naraščanje bremena kroničnih bolezni in stanj ter tistih, ki so odvisni od tuje pomoči;
- povečevanje neenakosti v zdravju;
- grožnje zdravju, ki jih predstavljajo nove nalezljive bolezni, odpornost mikrobov na zdravila in agensi iz okolja;
- finančna vzdržnost zdravstvenih sistemov;
- mobilnost pacientov.

Demografske spremembe, razvoj novih tehnologij (vključno z biotehnologijo) in čezmejno zdravstveno varstvo so po drugi strani lahko tudi priložnost za inovacije, ustvarjanje novih delovnih mest in spodbujanje gospodarske rasti.

2.1 Kazalniki slovenskega zdravstvenega varstva

Pričakovano trajanje življenja je v Sloveniji preseglo 80 let in je za eno leto nad povprečjem EU-28 (a še vedno pod povprečjem EU-15). Visoko izobraženi prebivalci Slovenije živijo dlje in so v boljšem zdravstvenem stanju kot prebivalci z najnižjo stopnjo izobrazbe.

Slika 1: Pričakovana leta življenja (SI, EU), NIJZ 2015



Umrljivost novorojenčkov, kazalnik, ki govori o dostopnosti in kakovosti zdravstvene oskrbe nasploh, je v Sloveniji med najnižjimi v državah OECD. V letu 2012 je znašala 1,6 smrti novorojenčkov na 1.000 živorojenih otrok in so bili po tem kazalniku od nas boljši samo v Islandiji. Tudi glede maternalne umrljivosti v obdobju od 2009 do 2011 se Slovenija uvršča med uspešnejše države (triletna povprečna stopnja znaša 1,5 smrti mater na 100.000 živorojenih otrok).

Precepljenost populacije zaradi otroških bolezni – kazalnik, ki govori o vključenosti populacije v preventivne programe – je v Sloveniji enaka povprečju EU, in sicer je za davico, tetanus in oslovski kašelj cepljenih 96 odstotkov populacije (enako kot v EU), za ošpice pa 95 odstotkov (v EU 94 odstotkov).

Po podatkih OECD ima Slovenija izmed vseh držav EU najnižji delež oseb, ki si niso mogle privoščiti zdravstvene oskrbe zaradi finančnih ali drugih razlogov. Sodimo med 17 evropskih držav, ki vsem svojim prebivalcem, tudi migrantom, zagotavljajo dostop do zdravstvenega varstva. Po obstoječem ZZVZZ⁶ so v obvezno zdravstveno zavarovanje vključene vse skupine oseb, med katerimi največjo skupino zavarovancev predstavljajo zaposleni, sledijo jim upokojenci.⁷

⁶ <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO213>, gl. poglavje 1. Zavarovane osebe, 2. Pravice iz obveznega zavarovanja.

⁷ Poslovno poročilo ZZVS 2014 – poglavje 1.3 Vključevanje in urejanje zavarovanj zavarovanih oseb, [http://www.zzvs.si/zzvs/info/egradiva.ns-f/0/9b52139ed62405f7c1257dfd00573af8/\\$FILE/Poslovno%20poro%C4%8Dilo%20ZZVS%20za%20leto%202014_april%](http://www.zzvs.si/zzvs/info/egradiva.ns-f/0/9b52139ed62405f7c1257dfd00573af8/$FILE/Poslovno%20poro%C4%8Dilo%20ZZVS%20za%20leto%202014_april%).

Med zavarovane osebe (tj. zavarovance in njihove družinske člane – zakonci in otroci) sodijo še druge pomembne skupine, med katerimi so tudi posamezniki, ki so socialno ogroženi in nezaposleni. Z obveznim zavarovanjem se zavarovanim osebam zagotavlja v obsegu, ki ga določa omenjeni zakon, plačilo zdravstvenih storitev, vključno z zdravili in medicinskimi pripomočki. Zagotavljajo se jim tudi tiste pravice iz zdravstvenega zavarovanja, s katerimi se zagotavlja socialna varnost v primeru bolezni, poškodbe ali poroda. Zdravstveno varstvo v določenem obsegu pa je v breme proračuna RS zagotovljeno tudi tistim, ki bodisi niso zavarovani ali pa kot tujci potrebujejo zdravstveno oskrbo, a je niso bili zmožni poravnati.⁸

Neenakosti v zdravju med posameznimi skupinami prebivalstva in med regijami so bile v Sloveniji po podatkih poročila Neenakosti v zdravju v Sloveniji (2011)⁹ relativno majhne. Pričakovati je, da so se v času krize in posledične brezposelnosti poglobile tudi na račun manjšega dostopa do zdravstvenega zavarovanja. Razlike lahko pripišemo tudi zmanjšani dostopnosti do preventivnih programov in programov zdravljenja oziroma slabšemu koriščenju programov, ki so zagotovljeni v okviru zdravstvenega varstva, v posameznih skupinah prebivalstva, kot so na primer tisti, z nižjo stopnjo izobrazbe.

V letu 2012 smo imeli v Sloveniji 2,5 zdravnika na 1.000 prebivalcev, povprečje EU-28 pa je znašalo 3,4 zdravnika na 1.000 prebivalcev. V istem letu je bilo število sester na 1.000 prebivalcev 8,2, medtem ko je bilo povprečje EU-28 8,0. Upoštevane so tako medicinske sestre z visoko izobrazbo kot tiste z višjo in srednjo izobrazbo (medicinski tehniki). Število farmacevtov na 1.000 prebivalcev je bilo v državah EU v povprečju 0,75, v Sloveniji pa 0,56, pri čemer so upoštevani farmacevti, ki delajo na področju zdravstva.¹⁰

Slovenci zdravnika obiščemo enako pogosto kot Nizozemci, in sicer približno šestkrat na leto.¹¹ S spremembami v financiranju zdravstvenih storitev smo uspešno zmanjšali tudi število bolniških postelj na prebivalca in smo po tem kazalniku pod povprečjem EU-28. Povprečna ležalna doba pri nas je krajša od povprečja EU. Tudi glede porabe zdravil imamo razmeroma ugodne rezultate. Porabimo nekaj več zdravil za nižanje krvnega tlaka, zniževanje ravni holesterola in za sladkorno bolezen kot v povprečju v državah EU. Poraba antidepressivov je rahlo pod povprečjem EU. Poraba antibiotikov je skoraj za tretjino manjša kot v EU-28.

Čeprav so podatki za Slovenijo glede ključnih zdravstvenih kazalnikov relativno ugodni oziroma ne predstavljajo večjega odstopanja od evropskega povprečja, obstaja še precej področij, kjer bo treba aktivnosti na nacionalni ravni okrepiti ali jih na novo vzpostaviti. Na pomanjkljivosti v organizaciji in financiranju zdravstvenega varstva nas med drugim opozarjajo tudi čakalne vrste in nezadovoljstvo zdravstvenih delavcev z razmerami v zdravstvu.

Analiza zdravstvenega sistema, ki smo jo izvedli s SZO v sodelovanju z Evropskim observatorijem za zdravstvene sisteme in politike in ob podpori številnih domačih strokovnjakov ter institucij, je pokazala, da manjkajo ustrezni mehanizmi za zagotavljanje in spremljanje kakovosti ter vrednotenje zdravstvenih tehnologij. Manjkajo tudi spodbude za doseganje večje učinkovitosti in kakovosti, modeli plačevanja zdravstvenih storitev pa so potrebni prenove. Za zagotavljanje finančne stabilnosti sistema zdravstvenega varstva bo treba zagotoviti večjo diverzifikacijo finančnih virov, saj se sistem zdravstvenega varstva v Sloveniji financira pretežno iz prispevkov obveznega zdravstvenega

8 7. člen ZZZVZ.

9 Buzeti T in ostali, Neenakosti v zdravju v Sloveniji, Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2011.

10 Health at a Glance: Europe 2014.

11 Health at a Glance: Europe 2014.

zavarovanja. Nedorečene so tudi vloge in odgovornosti javne mreže izvajalcev in povezovanje med njimi, vključno s podporo informacijskih tehnologij, za integracijo zdravstvene oskrbe.

Študija iz leta 2013, ki jo navaja analiza in je bila opravljena v 31 državah v Evropi, je pokazala, da Slovenija sodi med države z dobro razvitim in zelo dostopnim primarnim zdravstvenim varstvom, slabši pa smo pri zagotavljanju kontinuitete (sledljivosti gibanja pacienta v sistemu zdravstvenega varstva) in celovitosti obravnave. Razdrobljenost sistema in sodelovanje med različnimi ravni, izvajalci in profili predstavlja velik izziv.

K bolj sistematični ureditvi nadzora nad kakovostjo in varnostjo zdravstvene oskrbe ter k napredku na področju e-zdravja nas zavezuje tudi Direktiva 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu (Direktiva o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu).¹²

¹² Direktiva 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu, dostopna na spletni strani: <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:EN:PDF>.

2.2 Globalni izzivi na področju zdravja prebivalstva

Naraščanje kroničnih bolezni in stanj ter števila oseb, odvisnih od tuje pomoči

Tako kot drugje v razvitem svetu v Sloveniji umiramo največ zaradi srčno-žilnih bolezni in raka. V letu 2013 smo lahko pripisali raku in srčno-žilnim boleznim 70 odstotkov vseh smrti.

Program zgodnjega odkrivanja in obvladovanja dejavnikov tveganja za srčno-žilne bolezni ter izboljšanje dostopnosti do celovite zdravstvene obravnave sta pomembno prispevala k zmanjšanju prezgodnje umrljivosti zaradi srčno-žilnih bolezni. Pred 30 leti smo povprečje EU presegali za 30–40 odstotkov, v zadnjih 20 letih pa se je umrljivost zaradi teh bolezni zmanjšala za polovico (Vir: NIJZ). Izjema je možganska kap, pri kateri v Sloveniji beležimo slabše rezultate v primerjavi z državami OECD. Obvladovanje visokega krvnega tlaka in obravnava prizadetih po možganski kapi še vedno predstavljata velik izziv.

Rak je postal eden glavnih vzrokov umrljivosti v Sloveniji. Pojavnost raka se je v obdobju od leta 2000 do leta 2009 povečala za 35 odstotkov pri moških in za 26 odstotkov pri ženskah. Povečano število obolelih za rakom je posledica staranja prebivalstva, ne pa povsem, saj v Sloveniji denimo še vedno kadi skoraj četrtnina odraslih prebivalcev, visoko nad povprečjem EU pa je tudi poraba čistega alkohola na prebivalca. Velik napredek je bil na področju obvladovanja raka v zadnjih letih narejen z uvedbo organiziranih presejalnih programov zgodnjega odkrivanja raka na materničnega vratu – ZORA, raka dojke – DORA in raka debelega črevesa in danke – SVIT, ki so pomemben del Državnega programa obvladovanja raka. Še vedno pa odstopamo od povprečja EU po nižji stopnji preživetja obolelih za rakom, kar lahko pripišemo poznemu odkrivanju nekaterih oblik raka, deloma pa slabši dostopnosti do specifičnega onkološkega zdravljenja. Eden od ključnih izzivov na tem področju bo zato na primer širitev presejalnega programa zgodnjega odkrivanja raka dojke – DORA v vse slovenske regije.

Povečevanju debelosti in prekomerne telesne teže lahko pripišemo tudi porast števila pacientov s sladkorno boleznijo. Prekomerna teža in debelost naraščata tako pri odraslih kot pri otrocih. V Sloveniji uživa zelenjavo enkrat na dan manj kot 50 odstotkov odraslih, pri uživanju sadja pa obstajajo velike razlike med spoloma. Visoko nad povprečjem EU smo po zaužitih sladkih pijačah, predvsem pri otrocih. V Sloveniji je odraslih s prekomerno telesno težo za 1,6 odstotka več kot v Evropi (18,3 odstotka vseh prebivalcev, starejših od 18 let). Vsako leto beležimo približno 8.000–9.000 novih primerov sladkorne bolezni.

Primerjave med tridesetimi evropskimi državami na področju preprečevanja, zgodnjega odkrivanja in zdravljenja sladkorne bolezni (Euro Diabetes indeks 2014) uvrščajo Slovenijo na 6. mesto, kar je boljši rezultat kot v letu 2008, ko smo bili na 18. mestu. Uspeh lahko deloma pripišemo celostnemu pristopu k obvladovanju sladkorne bolezni, s katerim v okviru izvajanja Nacionalnega programa za obvladovanje sladkorne bolezni povezujemo vse ključne partnerje: plačnika, izvajalce in uporabnike. Po drugi strani nas je OECD v letošnjem poročilu¹³ uvrstil na zadnje mesto po amputacijah spodnjih okončin zaradi sladkorne bolezni, kar kaže na to, da prepoznavanje in obravnava tako imenovane diabetične noge, enega hujših zapletov sladkorne bolezni, še ni povsod v Sloveniji ustrezno zagotovljeno.

¹³ Health at Glance: Europe 2015

Med dejavniki tveganja v Sloveniji največji izziv ob debelosti predstavljata alkohol in tobak. Glede alkoholne politike nas je SZO v svojem poročilu o alkoholu in alkoholni politiki v Evropi^{14,15} opozorila, da še nismo uspeli dovolj zvišati cen alkoholnih pijač, prepovedati oglaševanja in zmanjšati dostopnosti do alkohola z učinkovitimi ukrepi, kot je uvedba specializiranih trgovin ali licenc na prodajo alkohola. Registrirana poraba alkohola je leta 2003 v Sloveniji znašala 11,5 litra čistega alkohola na prebivalca, leta 2013 pa 9,5 litra čistega alkohola na prebivalca, kar nas uvršča nad povprečje EU. Po podatkih SZO se Slovenija po skupni (registrirana in neregistrirana) porabi alkohola na prebivalca uvršča na peto mesto med državami članicami EU. Za nas značilno je tudi bolj tvegano pivsko vedenje v vseh starostnih skupinah. V zadnjih 15 letih je samo zaradi zastrupitve z alkoholom umrlo 48 ljudi, mlajših od 29 let. Temu in drugačnim vzorcem pitja alkoholnih pijač v Sloveniji lahko pripišemo, da v primerjavi z državami, npr. Francijo, kjer imajo podobno registrirano porabo alkohola na prebivalca kot pri nas, umiramo več zaradi z alkoholom povezanih bolezni. Na področju nadzora nad tobakom je Slovenija že leta 1996 sprejela restriktivno zakonodajo in leta 2007 prepovedala kajenje v vseh zaprtih javnih in delovnih prostorih. S temi ukrepi smo zmanjšali število kadilcev in tistih, ki so izpostavljeni tobačnemu dimu, še vedno pa kadi četrtina prebivalstva in vsako leto zaradi bolezni, ki jih pripisujemo kajenju tobaka, umre 3.600 oseb (10 na dan).

Pri obvladovanju dejavnikov tveganja smo v Sloveniji v preteklih letih dosegli napredek, obstaja pa še veliko priložnosti za izboljšanje stanja, predvsem v uveljavljanju dokazano učinkovitih javnozdravstvenih ukrepov, kot so zvišanje cen za zdravju škodljive izdelke, zmanjšanje njihove dostopnosti in prepoved oglaševanja. Kljub visoki podpori javnosti, predvsem na področju tobaka in alkohola, ti ukrepi doslej še niso dobili ustrezne politične podpore.

Izziv predstavlja tudi vrsta drugih kroničnih bolezni in stanj, kot so npr. kronične bolezni dihal, nevrodegenerativne bolezni, depresija, avtizem, epilepsija, kostno-mišične bolezni in bolezni zob in ustne votline. V prihodnjih letih lahko predvsem zaradi staranja populacije pričakujemo npr. porast nevrodegenerativnih bolezni. Poseben problem predstavljajo različne oblike demence, ki so s finančnega vidika tretja najdražja skupina bolezni, takoj za boleznimi srca in ožilja ter rakom.¹⁶

Z zdravim načinom življenja in ustrezno obravnavo dejavnikov tveganja za kronične bolezni, kjer so ti znani, bi lahko pomembno zmanjšali pojavnost kroničnih bolezni in njihovega bremena za posameznika, sistem zdravstvenega varstva in družbo kot celoto. Za potek zdravljenja teh bolezni je ključno, da jih čim prej prepoznamo in ustrezno zdravimo ter s tem zmanjšamo njihove zaplete in tudi izboljšamo kakovost življenja in čas preživetja pacientov. Uspeh zdravljenja je odvisen od sodelovanja vseh, ki pri njem sodelujejo, vključno pacienta. Govorimo o povezani, celoviti oziroma integrirani obravnavi: v kateri zdravstveni delavci k pacientu pristopajo načrtovano in usklajeno; ki upošteva ob zdravstvenem stanju pacienta tudi socialne in druge okoliščine; ki si prizadeva za opolnomočenje pacienta, da sam v največji meri prispeva k uspehu zdravljenja in vključuje tudi celovito medicinsko rehabilitacijo in, kadar je potrebno, ukrepe za pacientovo vrnitev na delovno mesto oziroma socialno reintegracijo. V podporo takšni obravnavi obstaja vrsta orodij, ki vključujejo klinične smernice, klinične poti, protokol sodelovanja, načrt obravnave in načrt odpusta ter zahtevajo ustrezno spremljanje procesa zdravljenja s podporo informacijske tehnologije. Za nenehno izboljševanje uspešnosti obravnave kroničnih bolezni in stanj je ključno zagotoviti tudi celovit sistem spremljanja kakovosti oskrbe.

Duševne bolezni pomenijo veliko izgubo in obremenitev za gospodarstvo, pokojninsko-invalidski sistem in socialno varstvo, izobraževanje ter pravosodni sistem in sistem izvrševanja kazenskih

14 Alcohol in the European Union, Consumption, harm and policy approaches, Edited by: Peter Anderson, Lars Moller and Gauden Galea, WHO 2012

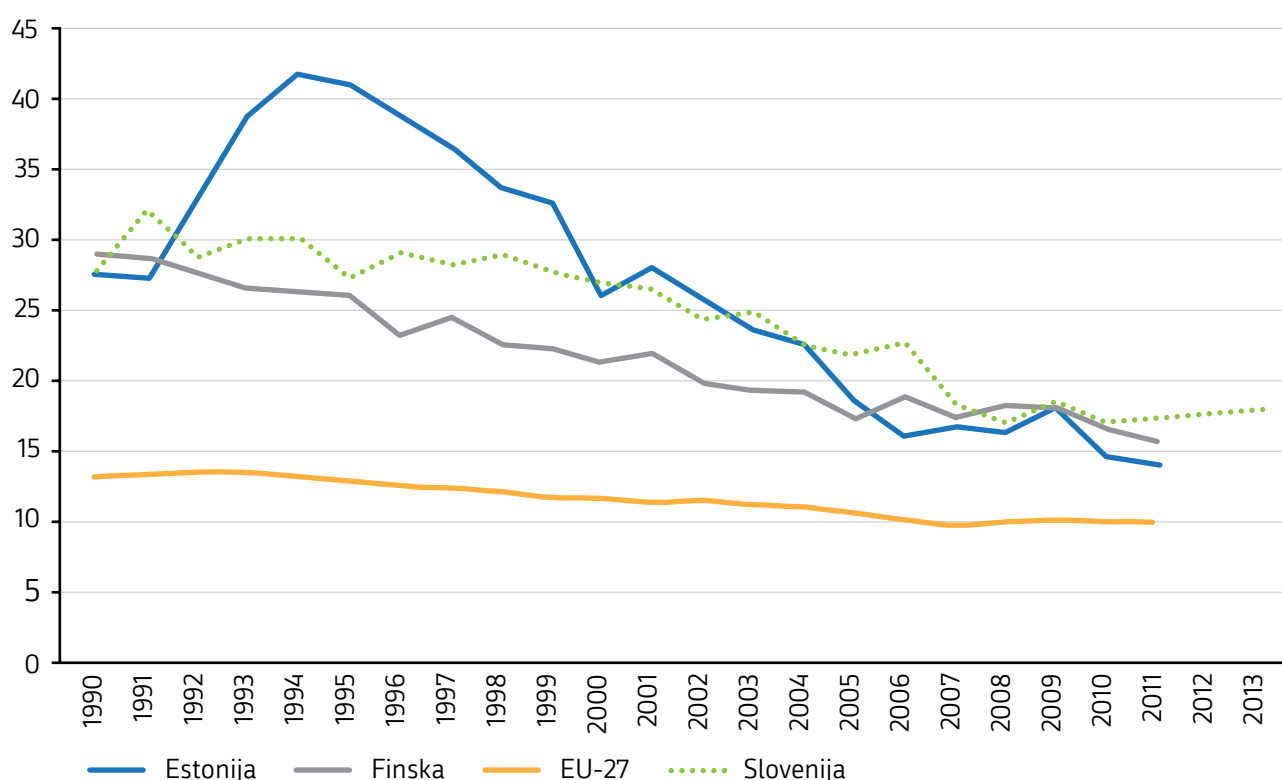
15 Status Report on alcohol and health in 35 European countries 2013, WHO 2013

16 Wimo A, Winblad B, Jönsson L. An estimate of the total worldwide societal costs of dementia in 2005. *Alzheimer Dement.* 2007; Kirschstein R. (2002). Disease-specific estimates of direct and indirect costs of illness and NIH support.

sankcij. V Sloveniji se je uporaba antidepresivov samo v letih od 2002 do 2008 podvojila. V državah EU v povprečju za obravnavo pacientov z duševnimi boleznimi namenimo 3–4 odstotke bruto domačega proizvoda (BDP). Vplivajo na zmanjšanje produktivnosti zaradi odsotnosti z dela, nezmožnosti za delo in zgodnjega upokojevanja. Kar 65 odstotkov stroškov zaradi duševnih bolezni nastane zunaj zdravstva. Pri ljudeh s težavami v duševnem zdravju je pogostejša tudi multimorbidnost (več bolezni hkrati v istem času pri isti osebi), kar še poveča kompleksnost obravnave.

Pomemben kazalnik duševnega zdravja je umrljivost zaradi samomora. V Sloveniji smo še vedno v samem vrhu EU-27. Stopnja umrljivosti od leta 1990 do 2011 je v Sloveniji upadla skoraj za polovico, vendar je v času krize začela spet naraščati.

Slika 2: Umrljivost zaradi samomora (SI, EU, Finska, Estonija, 1990–2013), starostno standardizirane stopnje na 100.000 prebivalcev, NIJZ 2015



Podatki o zdravstvenem stanju delavcev v Sloveniji kažejo, da so poškodbe pomemben zdravstveni problem zaposlenih. Poškodbe pri delu so bistveno pogostejše pri moških kot pri ženskah – deloma je to posledica dela na nevarnejših delovnih mestih. Poseben problem predstavljajo mladi delavci do 19. leta starosti, ki se v naši državi poškodujejo 2,5-krat pogosteje kot druge starostne skupine delavcev. V negativnem smislu odstopamo od povprečja EU tudi po umrljivosti zaradi prometnih nezgod pri moških.

Dodatno k povečevanju bremena kroničnih bolezni in stanj ob dejavnih tveganja za te bolezni prispeva staranje prebivalstva. V Sloveniji je bilo leta 2010 že okoli 17,5 odstotka prebivalcev starejših od 65 let (pod povprečjem EU), leta 2020 naj bi bilo starejših več kot 20 odstotkov (nad povprečjem EU), leta 2050 pa 30 odstotkov prebivalcev.¹⁷ Čeprav študije kažejo, da se poleg življenjske dobe podaljšuje tudi čas zdravega življenja, starejši od 65 let zagotovo vseh preostalih let življenja

¹⁷ Urad Republike Slovenije za makroekonomske analize in razvoj – UMAR, Poročilo o razvoju 2015, Ljubljana, 2015

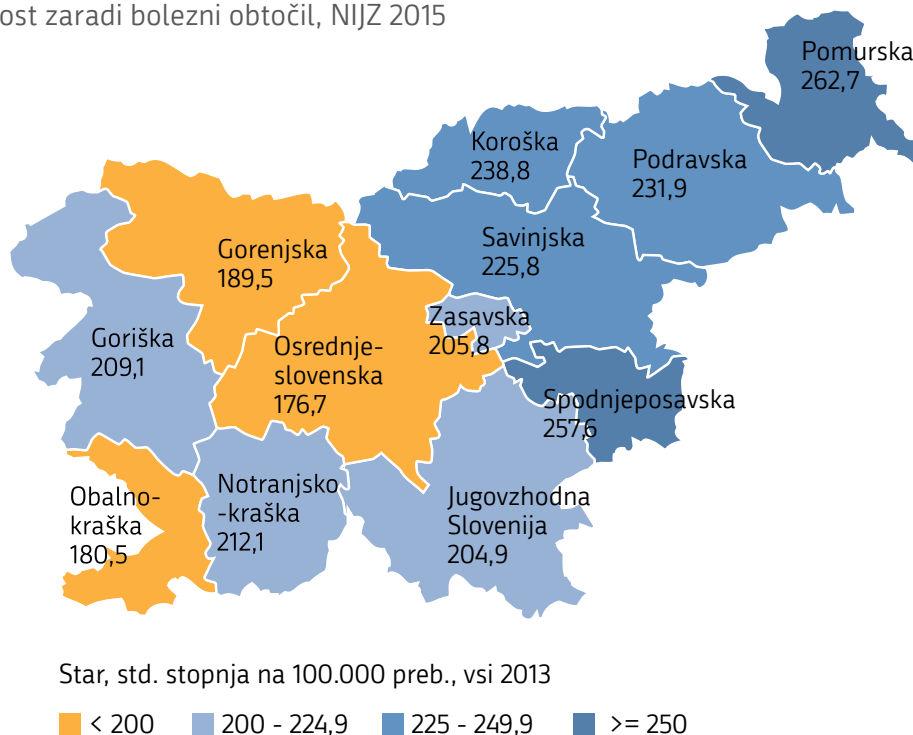
ne bodo preživel v polnem zdravju. Tveganje za razvoj kroničnih bolezenskih stanj, akutnih bolezenskih zapletov in multimorbidnosti se s staranjem večja, stopnja hospitalizacij po 65. letu pa pomembno naraste. Hkrati s starostjo se povečuje tudi število ljudi s funkcionalnim upadom oziroma nezmožnostjo ali onemoglostjo, povečujejo pa se tudi poškodbe, ki so posledica padcev pri starejših. Pri osnovnih dnevni aktivnostih, kot sta npr. oblačenje in hranjenje, bi v Sloveniji po oceni pomoč potrebovalo 20 odstotkov starejših od 70 let in 28 odstotkov starejših od 85 let.¹⁸ Naraščajoči delež starih ljudi bo zato v prihodnje predstavljal izziv tako za sistem zdravstvenega kot socialnega varstva.

Neenakosti v zdravju

Izhajajoč iz podatkov, objavljenih v publikaciji »Health at Glance: Europe 2014«, ki jo izdaja OECD skupaj z EK,¹⁹ sta več let trajajoči ekonomska in finančna kriza poglobili neenakosti v zdravju, in sicer tako na meddržavni ravni kot znotraj posameznih držav. OECD in EU sta državam priporočila sprejem ustreznih javnozdravstvenih strategij za zmanjševanje neenakosti v zdravju.

Tudi v Sloveniji ugotavljamo, da so razlike v zdravju vedno bolj odraz socialno-ekonomskih dejavnikov (izobrazba, dohodek, zaposlenost), ki vplivajo na posameznikovo zdravje ne glede na kraj oziroma regijo bivanja. Tako sicer pri standardizirani umrljivosti ostaja pomembna razlika med prebivalci iz skupin občin z najvišjo in najnižjo osnovo za dohodnino na prebivalca, takšne razlike pa obstajajo tudi znotraj vseh občin. Če pogledamo prej omenjene kazalnike zdravja, vidimo, da je npr. zaradi bolezni obtočil umrljivost večja v severovzhodni Sloveniji.

Slika 3: Umrljivost zaradi bolezni obtočil, NIJZ 2015



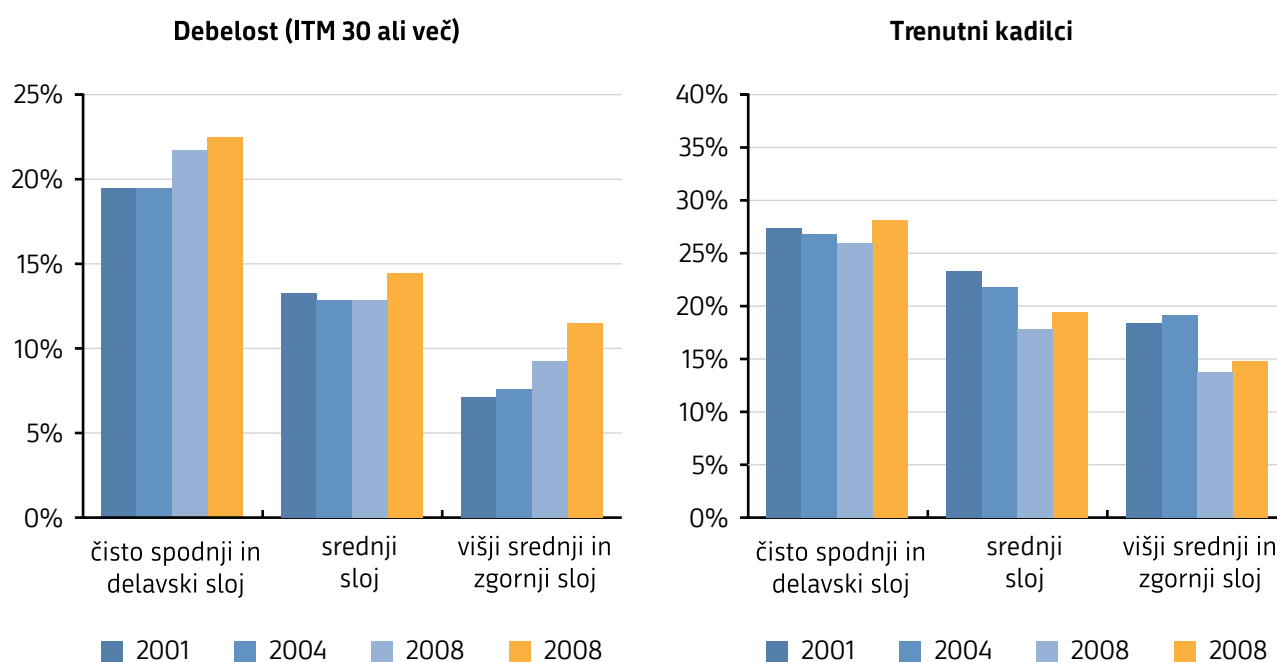
Pri tem lahko ugotovimo, da je prav v teh območjih večji tudi delež kadilcev, prekomerno hranjenih in debelih odraslih.

Po drugi strani je iz podatkov razvidno, da je več tistih z dejavniki tveganja nasploh med prebivalci z nizkim socialno-ekonomskim položajem in nižjo izobrazbo.

18 Ramovš J (ur.) (2013). Staranje v Sloveniji: raziskava o potrebah, zmožnostih in stališčih nad 50 let starih prebivalcev Slovenije. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje.

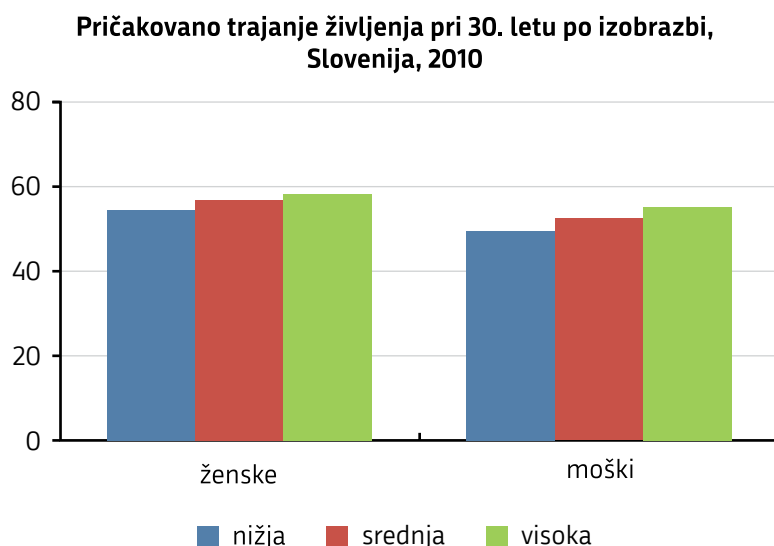
19 <http://www.oecd.org/els/health-at-a-glance-europe-23056088.htm>.

Slika 4: Dejavniki tveganja, NIJZ, 2015



Navedene razlike med različnimi skupinami prebivalcev vplivajo tudi na pričakovano trajanje življenja oziroma na umrljivost. 30-letni moški z visoko izobrazbo lahko pričakuje 7,3 leta daljše življenje kot moški z nizko izobrazbo in 4,3 leta krajše življenje kot 30-letna ženska z visoko izobrazbo; pa tudi 1,8 leta krajše življenje kot ženska z nizko izobrazbo. Umrljivost dojenčkov pri materah z največ osnovnošolsko izobrazbo je 2,6-krat večja kot pri materah z najmanj višješolsko izobrazbo.

Slika 5: Pričakovano trajanje življenja pri 30. letu po izobrazbi, Slovenija, 2010



Vir: Buzeti T in ostali, Neenakosti v zdravju v Sloveniji, Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2011.

Ugotovljene razlike v zdravju so primerljive z neenakostmi v zdravju v drugih državah EU.

K neenakostim v zdravju prispeva tudi slabša dostopnost do kakovostne zdravstvene oskrbe posameznih skupin prebivalstva zaradi njihove drugačne etnične pripadnosti, slabega socialno-ekonomskega položaja (revni, brezposelni, osebe v negotovih zaposlitvah, starejši z nizkimi prihodki) ali različnih oblik oviranosti ali odvisnosti. Poleg ovir pri dostopu, s katerimi se sooča večina prebivalstva (npr. čakalne dobe), imajo ranljive skupine težave tudi zaradi geografske oddaljenosti, neprilagojenosti zdravstvenih ustanov za osebe z različnimi oviranostmi, doplačil za zdravstvene storitve in zdravila, stigmatiziranosti, jezikovnih in kulturnih razlik ter neprilagojenosti programov njihovim potrebam.

Za te skupine je nujna senzibilizacija sistema zdravstvenega varstva za njihove specifične potrebe in prilagoditev tako zdravstvene obravnave kot zdravstvenih programov.

V času gospodarske krize se je povečalo tudi število oseb, ki iz različnih razlogov nimajo urejenega zdravstvenega zavarovanja in jim je zagotovljena samo nujna medicinska pomoč. Razlogi so predvsem v neplačevanju prispevkov za zdravstveno zavarovanje, neureditvi statusa pri dolgotrajni brezposelnosti in nestalnih oblikah zaposlitve (prekarne zaposlitve). Za ureditev tega problema je potrebna boljša koordinacija med sistemom zdravstvenega varstva in sistemom socialnega varstva.

Pomemben napredek v zdravstvenih izidih populacije lahko dosežemo: če ob dostopnosti do kakovostne zdravstvene oskrbe izboljšamo širše socialno, ekonomsko in fizično okolje, v katerem živijo prebivalci; če izboljšamo izobrazbeno strukturo prebivalstva, zmanjšamo nezaposlenost, zagotovimo dostop do varne in zdrave hrane in omogočimo zdrav način življenja za vse prebivalce. V Sloveniji moramo zato ohraniti izvajanje univerzalnih politik (npr. na področju socialnega varstva, šolstva, zdravstva, davčne politike), ki predstavljajo ključno osnovo za zmanjševanje neenakosti v zdravju in tudi sicer.

Grožnje zdravju

Med grožnje zdravju uvrščamo izbruhe nalezljivih bolezni ali okoljska tveganja, do katerih pride spontano, zaradi nesreč, onesnaženja okolja, bioterorizma ali drugih okoliščin, kot so ekstremni vremenski pogoji. Poseben izziv predstavlja tudi odpornost mikrobov na zdravila. Z vsem tem se v zadnjem desetletju države soočajo predvsem v luči globalizacije.

Prenovljena Mednarodni zdravstveni pravilnik SZO in zakonodajni okvir EU zagotavljata učinkovit odgovor držav na grožnje zdravju. Ta vključuje ustrezne načrte pripravljenosti, sistem zbiranja podatkov, poročanja in obveščanja. Pripravljenost za obvladovanje groženj in tveganj za zdravje zahteva celovit in organiziran pristop, ki ga lahko zagotovimo le z usklajenim delovanjem različnih deležnikov oziroma sektorjev, ki sodelujejo pri upravljanju groženj zdravju tako znotraj države kot tudi v okviru EU in širšem mednarodnem okolju.

Tudi dejavniki iz okolja lahko pomenijo nenadno grožnjo zdravju in zahtevajo javnozdravstveno ukrepanje. Nekateri dejavniki okolja predstavljajo tveganje za zdravje tudi v primeru, ko smo jim izpostavljeni daljši čas.

NIJZ in Nacionalni laboratorij za zdravje, okolje in hrano (NLZOH) imata ključno vlogo pri pravočasnem zaznavanju groženj zdravju, oceni tveganja in pripravi strokovnih podlag za sistemske

ukrepe, aktivnosti in programe na tem področju v Sloveniji. Kompleksnost področja okolja in zdravja zahteva vsevladni odziv in dogovorjeno povezovanje strokovnjakov in institucij na različnih področjih.

Na področju obvladovanja odpornosti mikrobov na zdravila mednarodna skupnost poudarja skupen pristop pristojnih za zdravje ljudi in zdravje živali. Kot za vsa druga področja, kjer je ključno dobro sodelovanje med različnimi resorji in deležniki, se priporoča strateški pristop na ravni države.

Finančna vzdržnost zdravstvenih sistemov

Ekonomska kriza v Evropi ni prizadela vseh držav enako. Posledice so se kazale v večjem ali manjšem upadu BDP in povečevanju nezaposlenosti. V Sloveniji smo se soočili z enim največjih padcev gospodarske aktivnosti med državami EU in tudi z enim največjih poslabšanj razmer v javnih financah. Raven BDP na prebivalca v standardih kupne moči se je od začetka krize znižala z 89 odstotkov na 82 odstotkov povprečja EU, kar je enako relativni razvitosti Slovenije v letu 2002 (UMAR, 2015). V kratkem obdobju od začetka krize se je Slovenija premaknila iz skupine nizko zadolženih držav EU v skupino srednje zadolženih. Zaradi počasnega gospodarskega okrevanja in majhnega manevrskega prostora za dvig davkov in prispevkov se fiskalna politika sooča z nujnostjo nadaljevanja konsolidacije z omejevanjem izdatkov in njihovim prilagajanjem zmožnostim gospodarstva, kar pomembno vpliva tudi na vzdržnost sistema zdravstvenega varstva. Omejitev rasti izdatkov za zdravstvo je v kriznih letih potekala večinoma z varčevalnimi ukrepi, kot so umiritev rasti plač, cen zdravil, močno znižanje cen storitev in odlaganje investicij, ki z vidika dolgoročne vzdržnosti ne morejo biti uspešni. Razmeroma dolgo obdobje krize je vplivalo tudi na blaginjo prebivalstva. Temeljni vzrok poslabšanja materialne blaginje je bil upad zaposlenosti in povečanje brezposelnosti. Realno so se znižale tudi plače, pokojnine in socialni transferji. Ob poslabševanju kupne moči se je zniževala zasebna potrošnja.

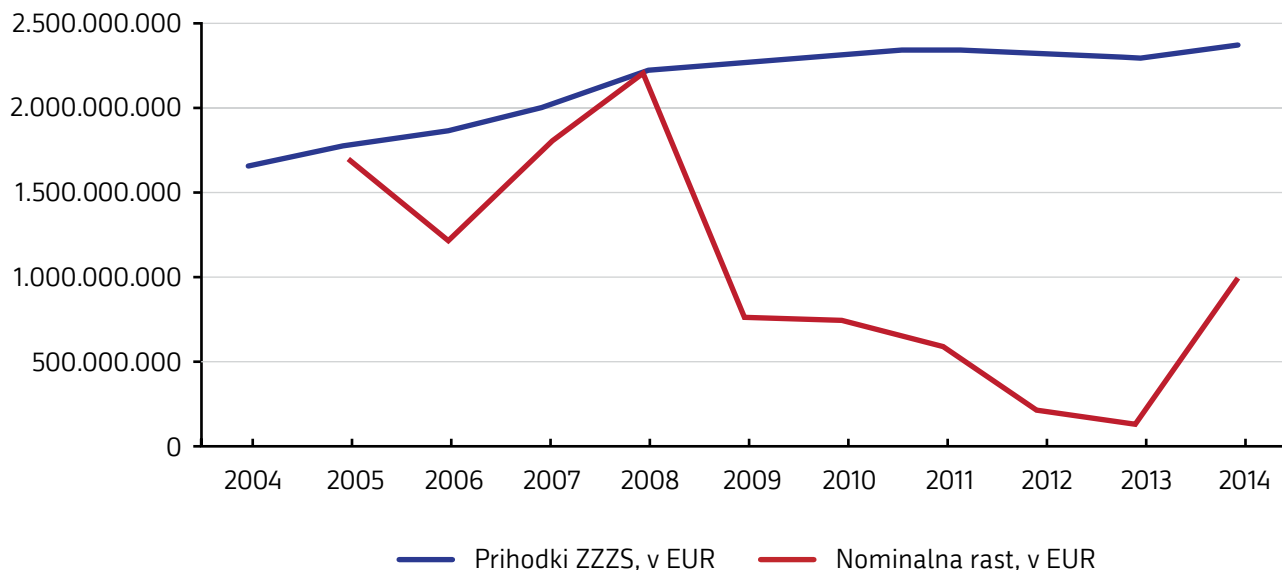
Demografske projekcije kažejo, da naj bi se že v prihodnjih letih število delovno sposobnih prebivalcev (20–64 let) zniževalo, in sicer v povprečju vsako leto za okoli 10.000, do hitrejše rasti deleža starejših od 65 let pa bo prišlo že v obdobju 2020–2030 (UMAR, Poročilo o razvoju 2015). Tako lahko že v naslednjih desetih letih pričakujemo, da bo delež upokojencev močno porasel in predstavljal precej večji delež zavarovancev kot zdaj, kar predstavlja na dolgi rok izziv vzdržnemu financiranju sistema zdravstvenega varstva.

Čeprav je Slovenija še vedno med evropskimi državami, v katerih je stopnja tveganja revščine nizka, se je število prebivalcev v tej skupini od začetka krize povečalo za 22 odstotkov, kar je več kot povprečje EU. Dostopnost javnih storitev, merjena z vključenostjo v izvajanje posameznih storitev, se je po začetku krize še izboljševala in je bila v primerjavi z državami EU razmeroma visoka. Od leta 2012 pa pri večini javnih storitev ni bilo nadaljnega izboljšanja. Zastoj je posledica ukrepov za konsolidacijo javnih financ in hkrati poslabšanega socialnega položaja prebivalstva, saj je nekatere javne storitve treba plačati ali doplačati iz zasebnih virov. V zdravstvu so se v zadnjih letih krize podaljšale čakalne dobe. Zaradi znižanja plač, brezposelnosti in manj razpoložljivega dohodka gospodinjstev, mnogi zavarovanci komaj še zmorejo plačevati premijo prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja ali pa tudi ne.

Po podatkih ankete o potrošnji gospodinjstev so revnejša gospodinjstva tudi močno znižala neposredne izdatke iz žepa za zdravje, premožnejša gospodinjstva pa so jih celo nekoliko povečala. S tem so se v obdobju krize še povečale neenakosti v zdravju glede na socialno-ekonomski položaj gospodinjstev.

Z upadom zaposlenosti in plač se je v prvih letih krize močno upočasnila rast prihodkov od prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje, v letih 2012 in 2013 so celo upadli, šele v letu 2014 so se ti prihodki ponovno povečali.

Slika 6: Prihodki ZZZS v obdobju 2004–2014, ZZZS 2015



Ob zasledovanju cilja programa stabilnosti, da se financiranje zdravstva izvaja brez zadolževanja, dviga prispevne stopnje ali prilivov iz proračuna, so javni izdatki za zdravstvo od leta 2010 do leta 2013 realno upadali.

V Sloveniji je bila že v desetletju pred krizo rast javnih izdatkov za zdravstvo v primerjavi z državami EU v povprečju nižja. V letih 2003–2007 se je zmanjševal delež sredstev za obvezno zdravstveno zavarovanje v BDP, s čimer se je dejansko zniževal sorazmerni obseg javnih sredstev za zdravstveno varstvo. Prav tako je bila v tem obdobju rast celotnih izdatkov za zdravstvo pod povprečjem OECD. Relativno nizka rast javnih izdatkov za zdravstvo že pred krizo lahko pomeni, da smo bili učinkoviti pri obvladovanju njihove rasti, po drugi strani pa je lahko tudi odraz omejevanja javnih izdatkov za zdravstvo: prepočasnega uvajanja novih tehnologij, zaostajanja v opremljenosti in razvoju zdravstvenih zmogljivosti, vključno z omejitvami pri zaposlovanju v zdravstvu.²⁰ Poleg tega je nizko rast javnih izdatkov v Sloveniji deloma omogočala tudi možnost prenosa financiranja rastočih zdravstvenih potreb prebivalstva na dopolnilno zdravstveno zavarovanje.

V času krize je bilo krčenje izdatkov za zdravstvo zaznati v vseh državah EU, vendar je bilo znižanje v Sloveniji znatno nad povprečjem. V državah OECD je bila v letih 2010–2013 realna letna rast še vedno pozitivna, na ravni 0,2 odstotka letno, v Sloveniji pa so se izdatki v tem obdobju v povprečju vsako leto realno znižali za 1,2 odstotka.

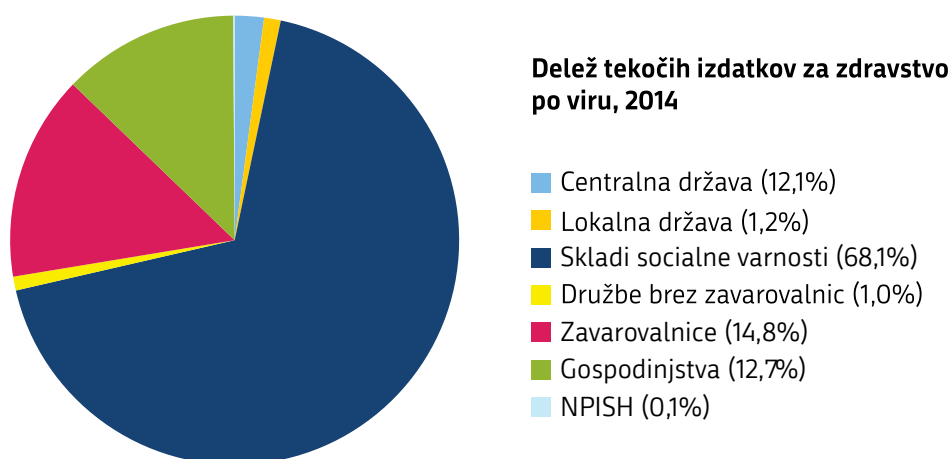
²⁰ Poročilo o razvoju, UMAR, 2012. Dostopno na: http://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/publikacije/pr/2012/PoR_2012.pdf.

Slika 7: Realna rast izdatkov za zdravstvo v obdobju 2003–2014



Vir: SURS, Izdatki in viri financiranja zdravstva, julij 2015; OECD Health Data 2015; preračuni UMAR. Opomba: Za leto 2014 so podatki prva ocena; prikazani so tekoči izdatki za zdravstvo, brez investicij; za preračun v stalne cene je uporabljen deflator BDP.

Slika 8: Delež tekočih izdatkov za zdravstvo po viru v letu 2014, SURS 2015



V letih 2009–2013 je bila uveljavljena vrsta ukrepov za uravnoteženo poslovanje ZZZS, ki pa večinoma niso bili strukturne narave. Glavnina ukrepov je bila usmerjenih v zniževanje cen zdravstvenih storitev, prenos dela plačil za zdravstvene storitve na dopolnilno zdravstveno zavarovanje, zniževanje izdatkov za zdravila, medicinske pripomočke, bolniškega nadomestila ter obveznosti po mednarodnih sporazumih. Ukrepi so pri izvajalcih zdravstvenih storitev znižali prihodke, kar je vplivalo na povečanje izgub izvajalcev, zlasti bolnišnic. Po štirih letih upadanja so se javni izdatki za zdravstvo v letu 2014 povečali. K višjim prihodkom so največ prispevale spremembe v prispevnih stopnjah in osnovah ter višja rast zaposlenosti in plač. Na razpoložljiva sredstva ZZZS so pozitivno vplivali še prenos pravice do pogrebne in posmrtnine med socialnovarstvene prejemke ter prihranki na področju zdravil. ZZZS je lahko dodatna sredstva namenil za širitev nekaterih prioritarnih programov in skrajševanje čakalnih dob (UMAR, 2015).

V Sloveniji smo v letu 2014 po prvi mednarodno primerljivi oceni za zdravstvo namenili okoli 3,2 milijarde EUR (8,6 odstotka BDP) tekočih izdatkov za zdravstvo oziroma 3,3 milijarde EUR (8,9 odstotka BDP) celotnih izdatkov za zdravstvo (vključno z investicijami). Realno so se izdatki v letu 2014 sicer povečali, kot delež BDP pa so upadli, v letu 2013 so tekoči izdatki znašali 8,8 odstotka BDP, celotni pa 9,1 odstotka BDP. Zadnja mednarodna primerjava za države EU kaže, da smo leta 2012 namenili 2.003 EUR po pariteti kupne moči (PPP) na prebivalca (povprečje EU je bilo 2.193 EUR). Tekoči izdatki so se v obdobju 2009–2012 znižali enako kot v povprečju EU (letno realno 0,5 odstotka). V enakem obdobju se je BDP znižal bolj kot povprečno v EU, zato se je delež izdatkov za zdravstvo v BDP nadpovprečno povečal. V primerjavi z državami, ki imajo podoben način financiranja zdravstva, je v Sloveniji delež sredstev iz državnega in občinskih proračunov v skupnih sredstvih, namenjenih za zdravstvo, eden od najnižjih (v letu 2014 je po prvi oceni izključno z investicijami predstavljal 6,3 odstotka, v tekočih izdatkih pa le 3,3 odstotka).

V obdobju krize 2009–2014 so se javni izdatki za zdravstvo realno znižali za 1,4 odstotka oziroma s 6,3 odstotka BDP v letu 2009 na 6,1 odstotka BDP v letu 2014. Če upoštevamo še znižanje investicij, so v navedenem obdobju realno upadli za 4,6 odstotka oziroma s 6,8 odstotka na 6,4 odstotka BDP oziroma na raven povprečja EU v letu 2012. V času krize se je močno spremenilo tudi razmerje med javnimi in zasebnimi izdatki za zdravstvo. Javni izdatki v celotnih izdatkih za zdravstvo so leta 2009 znašali 73,8 odstotka, leta 2014 pa so po prvi oceni upadli na 71,9 odstotka (povprečje EU 2012: 73 odstotkov). Mednarodno primerljivi podatki kažejo, da je delež zasebnih izdatkov za zdravstvo (prostovoljno zavarovanje, neposredna plačila za storitve iz žepa), ki zadnja tri leta raste, v letu 2014 znašal 28,1 odstotka in je nad povprečjem držav EU (26,5 odstotka leta 2012).

Na finančno dostopnost do zdravstvenih storitev navadno najbolj vplivajo neposredni izdatki iz žepa za zdravje, saj lahko revnejšim gospodinjstvom predstavljajo veliko finančno breme, ker so nepredvidljivi, neomejeno visoki, poleg tega najbolj obremenjujejo kronične bolnike in starejše. V Sloveniji so ti izdatki še relativno nizki (12,2 odstotka v letu 2014; v EU v povprečju 21 odstotkov), saj se večina zdravstvenih storitev, zdravil in medicinskih pripomočkov pokriva iz obveznega in dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj. Je pa ta delež višji kot v državah z najbolj primerljivim sistemom financiranja zdravstvenega varstva, kot je npr. Francija (8 odstotkov).

Tudi v obdobju krize neposredni izdatki niso porasli, ker je dopolnilno zdravstveno zavarovanje nadomestilo del izpada javnih sredstev, breme dodatnih zasebnih virov pa se je enakomerno porazdelilo na vse zavarovance in starostne skupine (neposredni izdatki bi obremenili le bolne in starejše). Povečal pa se je delež izdatkov iz dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj (z 12,4 odstotka v letu 2009 na 14,2 odstotka v letu 2014).²¹

²¹ Poročilo o razvoju, UMAR, 2012. Dostopno na: http://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/publikacije/pr/2012/PoR_2012.pdf.

Finančna kriza je vplivala tudi na aktivnejši pristop mednarodne skupnosti do zdravstvenih sistemov, še posebej v okviru EU. Za zmanjšanje ranljivosti zdravstvenih sistemov v času gospodarske krize je Svet EU sprejel Sklepe o gospodarski krizi in zdravstvenem varstvu,¹² s katerimi države članice poziva, da »pri oblikovanju politik bolje uporabljajo ocenjevanje uspešnosti zdravstvenih sistemov (*Health System Performance Analysis – HSPA*) in izboljšajo preglednost in odgovornost na nacionalni ravni«. Slovenija te metodologije še ni uveljavila.

Prav tako za doseganje večje učinkovitosti kot pomembno orodje priporočajo metodologijo za vrednotenje zdravstvenih tehnologij (*Health Technology Assessment – HTA*). Vzpostavljena je bila tudi Evropska mreža za vrednotenje zdravstvenih tehnologij (EUNetHTA), ki državam članicam EU omogoča sodelovanje na tem zahtevnem področju. Slovenija je od leta 2009 članica te mreže, kar nam omogoča pridobitev kompetenc za izvajanje HTA.

Ob finančnih nihanjih poseben izziv za finančno vzdržnost zdravstvenih sistemov predstavljajo tudi velike migracije prebivalstva, ki zahtevajo akutno povečanje kapacitet sistema zdravstvenega varstva in koordinacijo na nacionalni in mednarodni ravni.

Mobilnost pacientov

Po obstoječem ZZVZZ imajo zavarovane osebe pravico do zdravljenja v tujini, pravice iz tega naslova pa so podrobno opredeljene s Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja. Pravice do čezmejnega zdravstvenega varstva izhajajo tudi iz evropskega pravnega reda,^{22,23} in dvostranskih sporazumov²⁴ o socialnem zavarovanju. Gre za primere, ko se osebe začasno ali stalno nahajajo na ozemlju druge države in na podlagi teh predpisov uveljavljajo zdravstvene storitve v določenem obsegu.

Na podlagi Direktive o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu (v nadaljevanju: direktiva) je minister za zdravje izdal še Odredbo o seznamu zdravstvenih storitev, za katere se zahteva predhodna odobritev (Uradni list RS, št. 6/14), ZZVS pa je sprejel spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja. Od 6. novembra 2013 dalje pri ZZVS deluje tudi Nacionalna kontaktna točka (<http://www.nkt-z.si/wps/portal/nktz/home>), kjer so dostopne informacije za uporabnike.

Po podatkih Poslovnega poročila ZZVS za leto 2014 je skupni delež stroškov iz naslova mednarodnega zavarovanja (zdravljenje v tujini za leto 2014) v vseh stroških znašal 2,69 odstotka. V letu 2014 je bilo ZZVS javljenih 82.200 primerov slovenskih zavarovanih oseb, ki so v tujini uveljavljale zdravstvene storitve med začasnim in stalnim bivanjem v tujini oziroma so bile napotene na zdravljenje v tujino, kar predstavlja 94,7 odstotka več primerov kot v letu 2013. Velik pritisk na vzdržnost financiranja bi lahko predstavljalo povpraševanje po nekaterih visoko zahtevnih preiskavah, za katere je v Sloveniji dolga čakalna doba.

²² UREDBA (ES) št. 883/2004 EVROPSKEGA PARLAMENTA IN SVETA z dne 29. aprila 2004 o koordinaciji sistemov socialne varnosti (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CONSLEG:2004R0883:20130108:SL:HTML>) in UREDBA (ES) št. 987/2009 EVROPSKEGA PARLAMENTA IN SVETA z dne 16. septembra 2009 o določitvi podrobnih pravil za izvajanje Uredbe (ES) št. 883/2004 o koordinaciji sistemov socialne varnosti (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CONSLEG:2009R0987:20130108:SL:HTML>).

²³ DIREKTIVA 2011/24/EU EVROPSKEGA PARLAMENTA IN SVETA z dne 9. marca 2011 o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:sl:PDF>).

²⁴ Dvostranski sporazumi o socialnem zavarovanju med Republiko Slovenijo in Republiko Makedonijo, Bosno in Hercegovino, Republiko Srbijo in Črno goro ter Sporazum o zagotavljanju zdravstvenega varstva med Vlado Republike Slovenije in Vlado Avstralije.

Direktiva postavlja temelje tudi za evropsko sodelovanje med zdravstvenimi sistemi na področju evropskih referenčnih mrež, obravnave redkih bolezni, v okviru prostovoljnih mrež pa pri vrednotenju zdravstvenih tehnologij in e-zdravju ter priznavanju receptov, izdanih v drugi državi članici, v kar je RS že vključena. Prav tako se z navedeno direktivo države članice spodbuja k medsebojnemu sklepanju sporazumov in sodelovanju pri zagotavljanju čezmejnega zdravstvenega varstva na obmejnih območjih.

3.



POSLANSTVO
IN VREDNOTE

3. Poslanstvo in vrednote

Slovenija z Resolucijo izpolnjuje ustavne in zakonske obveze pri zagotavljanju dostopa do primerne, kakovostnega in varnega javnega zdravstvenega varstva vsem prebivalcem. S širšim povezovanjem na državni ravni in ukrepi na področju davčne, gospodarske, izobraževalne, socialne, okoljske in drugih politik ustvarjamo zdravju naklonjene življenjske razmere in pogoje za bolj zdrav način življenja prebivalcev. Z ukrepi na področju upravljanja, organizacije in financiranja znotraj sistema zdravstvenega varstva vzpostavljamo pogoje za učinkovito, kakovostno in finančno vzdržno zdravstveno oskrbo prebivalstva. Z vlaganji v raziskovanje, načrtovanje in razvoj kadrovskih virov, informacijski sistem in druge zdravstvene zmogljivosti omogočamo trajnostni razvoj in zagotavljamo pogoje za nenehno izboljševanje zdravstvene oskrbe. Prizadevamo si za zmanjšanje neenakosti na področju zdravja in zagotavljanje storitev, ki so odraz posameznikovih potreb. Resolucija s predlaganimi ukrepi uresničuje sprejete zaveze EU in strategijo Zdravje 2020, ki jo je kot država članica potrdila septembra 2012 na 62. zasedanju Regionalnega odbora SZO za Evropo za obdobje do 2020.

Univerzalnost, solidarnost, enakost, pravičnost financiranja, dostopnost, kakovost in varnost zdravstvene oskrbe ostajajo pglavlitve vrednote sistema zdravstvenega varstva tako pri nas kot v drugih državah EU:

SOLIDARNOST

je načelo, po katerem vsak prispeva glede na svoje zmožnosti in koristi zdravstveno varstvo glede na potrebe; odraža odnos posameznika do skupnosti in skupnosti do posameznika, po katerem v sistemu zdravstvenega varstva vsak posameznik prispeva sorazmerno enak delež svojega dohodka in ima enake pravice kot drugi; je tesno povezana s finančno ureditvijo nacionalnih zdravstvenih sistemov in potrebo po zagotovitvi dostopnosti za vse;

UNIVERZALNOST

pomeni, da vsi lahko dostopajo do zdravstvenega varstva;

ENAKOST

je odnos, v katerem imajo vsi enake pravice in dostopnost do zdravstvenih storitev in so deležni enake obravnave ne glede na starost, spol, versko, etično ali drugo pripadnost, višino plačanega prispevka ali materialni položaj;

PRAVIČNOST FINANCIRANJA

pomeni, da denar za zdravstvo zbiramo skladno s svojimi zmožnostmi, npr. progresivno v odvisnosti od dohodka;

DOSTOPNOST

(geografska, do kakovostnih storitev, finančna), **kakovost in varnost** se nanašajo na zdravstveno oskrbo.

V javnih razpravah se kot vrednota poudarja tudi **odgovornost** vseh deležnikov v javnem zdravstvu, vključno z nosilci zdravstvene politike, izvajalci, plačniki zdravstvenih storitev in uporabniki.



4.



RAZVOJNA
VIZIJA

4. Razvojna vizija

Do leta 2025 bomo za izboljšanje zdravja in blagostanja prebivalstva ter zmanjševanje neenakosti v zdravju na ravni države ustvarili zdravju naklonjene življenjske razmere in zagotovili pogoje za bolj zdrav način življenja in udejanjanje osebne odgovornosti za zdravje. Sprejeli in izvajali bomo ukrepe za krepitev, varovanje zdravja in preprečevanje bolezni ter za izboljšanje zdravstvene pismenosti prebivalcev Slovenije; nadgradili bomo kapacitete sistema javnega zdravja; zdravje v vseh politikah in vrednotenje vpliva politik vseh resorjev pa bosta postala ključna zaveza nosilcev izvršilne oblasti. Okrepili bomo medsektorske ukrepe, ki bodo imeli pozitivne učinke na zdravje ljudi, še posebej ukrepe na področju zdrave prehrane in gibanja, nadzora nad tobačnimi izdelki in na področju škodljivega pitja alkohola. Za boljše obvladovanje dejavnikov tveganja za bolezen in preprečevanje bolezni v vseh življenjskih obdobjih in okoljih bomo nadgradili preventivno dejavnost v zdravstvu, še posebej v primarnem zdravstvenem varstvu in medicini dela. Okrepili bomo sposobnost odziva Slovenije na morebitna zdravstvena tveganja in grožnje zdravju zaradi novih nalezljivih bolezni in drugih groženj zdravju ter zagotovili najvišjo stopnjo varovanja zdravja na delovnem mestu.

Izboljšali bomo dostopnost do kakovostne zdravstvene oskrbe za vse prebivalce Slovenije in povečali zmogljivosti zdravstvene dejavnosti skladno s potrebami prebivalstva. S krepitvijo primarne zdravstvene dejavnosti bomo še izboljšali dostopnost do celovite, kakovostne in varne zdravstvene obravnave pacientov ter vzpostavili pogoje za njihovo opolnomočenje in upoštevanje njihovih pričakovanj. Z vertikalnim in horizontalnim povezovanjem, s prenosom med ravnmi in med različnimi zdravstvenimi profili ter povezovanjem s socialnim varstvom bomo dosegli bolj celovito in integrirano obravnavo pacientov, učinkovitejšo rehabilitacijo in reintegracijo pacientov in hkrati boljše izrabo finančnih in kadrovskih virov. Sistem zdravstvenega varstva bomo nadgradili s krepitvijo urgentne zdravstvene dejavnosti, zagotovili bomo tudi ustrezen razvoj laboratorijske dejavnosti. Zdravstveno dejavnost na področju duševnega zdravja bomo prilagodili spremenjenim potrebam ljudi in glede na potrebe starajoče se populacije sistem zdravstvenega varstva nadgradili s sistemom dolgotrajne oskrbe, omogočili ponoven razvoj geriatrije in zagotovili dostopnost do kakovostne paliativne oskrbe. Zagotovili bomo boljše dostopnost do zdravil ob upoštevanju stroškovne učinkovitosti in uredili področje zdravilstva. Izkoristili bomo priložnosti, ki jih ponuja čezmejno zdravstveno varstvo (referenčni centri) in izboljšali obravnavo bolnikov z redkimi boleznimi in otrok s posebnimi potrebami.

S spremembami na področju upravljanja in organizacije v sistemu zdravstvenega varstva ter s pomočjo pospešene informatizacije in poenostavitve administrativnih postopkov se bo sistem zdravstvenega varstva v Sloveniji hitreje odzival na potrebe in pričakovanja pacientov, hkrati pa bodo zagotovljeni boljši pogoji dela za vse zaposlene v zdravstvu. Z načrtovanjem kadrovskih in materialnih virov glede na potrebe prebivalstva bomo zagotovili boljše dostopnost do zdravstvene oskrbe in preprečili nezaposlenost med zdravstvenimi delavci. Izboljšali bomo uspešnost vodenja in nadzora nad javnimi zdravstvenimi zavodi; v procese odločanja bomo bolje vključili uporabnike in plačnike

prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje. Z vzpostavitvijo celovitega sistema spremljanja in nenehnega izboljševanja kakovosti in varnosti v zdravstvu bomo vsem državljanom zagotovili enak dostop do kakovostnih in varnih storitev. Z načrtovanjem razvojnih virov bomo v zdravstvu omogočali neodvisno raziskovalno dejavnost in strokovni razvoj. Zagotovili bomo pogoje za boljše medpoklicno sodelovanje in boljšo komunikacijo v zdravstvu in komunikacijo zdravstva z drugimi deležniki.

Zagotovili bomo finančno vzdržnost obveznega zdravstvenega zavarovanja ob bolj solidarni prispevni obremenitvi zavarovancev, večji raznolikosti virov, ohranitvi obstoječih pravic in vzpostavitvi proticikličnih mehanizmov v financiranje. Uveljavili bomo pregleden sistem javnega naročanja v zdravstvu; zmanjšali administrativna bremena; zagotovili transparentne obračunske modele; uvedli pozitivne spodbude in nagrajevanje po uspešnosti; in v sistem umestili vrednotenje novih tehnologij v zdravstvu. Prvenstveno bomo okrepili javno zdravstvo in hkrati vzpostavili transparenten sistem podeljevanja koncesij. Razvoj sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji bomo neprestano spremljali glede uspešnosti in o napredku redno poročali.

V okviru pristojnosti si bomo prizadevali za razvoj in krepitev mednarodnega sodelovanja s ciljem izvajanja bilateralnih in multilateralnih mednarodno zavezujočih aktov ter zagotavljanja napredka na tem področju na nacionalni in mednarodni ravni.

5.



KROVNI CILJI IN
PREDNOSTNA
PODROČJA

5. Krovni cilji in prednostna področja razvoja

Z aktivnostmi in ukrepi, ki jih predvideva Resolucija, bomo prispevali k uresničevanju naslednjih krovnih ciljev na področju zdravja:

- **boljše zdravje in blagostanje ter manj neenakosti v zdravju prebivalcev Slovenije;**
- **dostopen, uspešen in stabilen sistem zdravstvenega varstva, ki se učinkovito prilagaja potrebam prebivalstva;**
- **zadovoljni pacienti in izvajalci;**
- **večji prispevek zdravstva k razvoju Slovenije.**

V prvih dveh ciljih povzemamo krovne cilje strategije Zdravje 2020, ki jo je 53 evropskih držav članic SZO sprejelo leta 2012 na 62. zasedanju Regionalnega odbora SZO za Evropo. Cilji strategije Zdravje 2020 so: zmanjšati prezgodnjo umrljivost v Evropi do leta 2020; povečati pričakovano življenjsko dobo v Evropi; zmanjšati neenakosti v Evropi; povečati blagostanje prebivalcev Evrope; zagotoviti univerzalno pokritost z zdravstvenim varstvom in uresničevanje „pravice do zdravja“; vzpostaviti spremljanje doseganja nacionalnih ciljev v posameznih državah.

K drugemu in tretjemu cilju so usmerjena prizadevanja, da se bo sistem zdravstvenega varstva bolje prilagajal potrebam pacientov in njihovim pričakovanjem glede zdravljenja in obravnave. V tretjem cilju je izpostavljeno tudi zadovoljstvo izvajalcev, ki pomembno prispevajo k uspešnosti sistema zdravstvenega varstva.

Četrty cilj temelji na dejstvu, da zdravstvo ne predstavlja zgolj stroška za državo, temveč je pomemben dejavnik trajnostnega razvoja ter s svojo dejavnostjo in inovacijami na področju zdravja in zdravstva pomembno prispeva k produktivnosti in ekonomski rasti. Z vlaganji v krepitev zdravja in preprečevanje bolezni v celotnem življenjskem obdobju po drugi strani ohranjamo tudi funkcionalne sposobnosti zaposlenih, da lahko delajo dlje in da se aktivno in zdravo starajo.

S krovnimi cilji povzemamo tudi cilje strategije Evropa 2020, ki se zavzema za pametno, trajnostno in vključujočo rast, in cilje zdravstvene strategije EU „Skupaj za zdravje“, ki izpostavlja, da zdravje ni le vrednota sama po sebi, temveč tudi pogoj za gospodarsko uspešnost. Sledimo priporočilom evropskega semestra, da z razvojem sistema zdravstvenega varstva zagotovimo večjo dostopnost do zdravstvenih storitev, vzdržnost sistema zdravstvenega varstva in njegovo učinkovitost. Tako kot Evropa tudi Slovenija potrebuje pametne naložbe v zdravje za vzdržen sistem zdravstvenega varstva, zdrave ljudi in zmanjševanje neenakosti.

Za doseganje opisane razvojne vizije bomo do leta 2025 v Sloveniji izvajali aktivnosti in ukrepe na naslednjih štirih prednostnih področjih razvoja zdravstvenega varstva:

KREPITEV IN VAROVANJE ZDRAVJA TER PREPREČEVANJE BOLEZNI

1

gre za prizadevanja na področju javnega zdravja, ko s populacijskimi pristopi nagovarjamo celotno populacijo in posamezne skupine prebivalcev z namenom izboljševanja zdravja.

OPTIMIZACIJA ZDRAVSTVENE OSKRBE

2

gre za prizadevanja na področju zdravstvene dejavnosti, ko na različnih ravneh zdravstvenega varstva posamezniku zagotavljamo zdravstveno oskrbo, ki vključuje preventivne storitve in programe, zdravljenje, rehabilitacijo in reintegracijo.

POVEČANJE USPEŠNOSTI SISTEMA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

3

gre za prizadevanja, da bi z izboljšanjem procesov vodenja in upravljanja zagotovili najboljše rezultate in povečali učinkovitost.

PRAVIČNO, SOLIDARNO IN VZDRŽNO FINANCIRANJE SISTEMA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

4

gre za prizadevanja, da bi zagotovili finančno stabilen zdravstveni sistem, v katerem bi za razpoložljive finančne vire vsem prebivalcem Slovenije lahko zagotavljali najboljšo možno zdravstveno oskrbo.

6.



AKTIVNOSTI
IN UKREPI

6. Aktivnosti in ukrepi na prednostnih področjih razvoja

V nadaljevanju je opisano trenutno stanje s specifičnimi izzivi in cilji po posameznih področjih zdravstvenega varstva v Sloveniji in, kjer je to potrebno za razumevanje, tudi širši evropski kontekst. Na vseh štirih področjih Resolucije načrtujemo aktivnosti, ki so ključne za uresničevanje krovnih in specifičnih ciljev za razvoj v naslednjih desetih letih. Za izvajanje aktivnosti so predvideni konkretni ukrepi, s katerimi bomo lahko v procesu usklajevanja in doseganja konsenza z vsemi ključnimi deležniki zagotovili potrebne spremembe za boljše odzivanje sistema zdravstvenega varstva na potrebe prebivalstva. Kot ukrep štejejo spremembe zakonodaje, sprejem strategij in nacionalnih politik na posameznih področjih, finančna vlaganja v razvoj posameznih področij, vzpostavitev novih modelov upravljanja in organizacije zdravstvenega varstva, nove institucionalne rešitve ipd. Desetletno obdobje je dovolj širok časovni okvir, da bomo lahko zagotovili proces, s katerim ne bo ogrožena stabilnost sistema in ki bo omogočal skrbno načrtovanje sprememb in preverjanje njihovih učinkov pred uvajanjem v sistem. Za spremljanje izvajanja aktivnosti so določeni procesni kazalniki, predvideni pa so tudi nosilci aktivnosti, vir financiranja in časovni okvir. S ciljem sprotnega spremljanja izvajanja strategije so v večini podpoglavij opredeljeni tudi vmesni kazalniki, ki se navezujejo na končne kazalnike rezultatov v tabeli v prilogi 1.

V tabelah o procesnih kazalnikih so predstavljeni tudi viri, s katerimi bomo pokrili predvidene aktivnosti in ukrepe. Poglavitni vir financiranja zdravstvenega varstva v Sloveniji so sredstva Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ki skladno z vsakoletnim Splošnim dogovorom razporedi sredstva med posamezne zdravstvene dejavnosti in poddejavnost glede na potrebe prebivalcev in prioritete, ki jih kot okvir delovanja zdravstvene politike zastavi Ministrstvo za zdravje. Splošni dogovor se sprejema v okviru partnerskega dogovarjanja osmih ključnih deležnikov v zdravstvenem sistemu, in sicer: Ministrstva za zdravje, Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije, Zdravniške zbornice Slovenije, Lekarniške zbornice Slovenije, Skupnosti socialnih zavodov Slovenije, Skupnosti organizacij za usposabljanje Slovenije ter Skupnosti slovenskih naravnih zdravilišč. Partnerji se vsako leto dogovorijo o programu storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, opredelijo zmogljivosti, potrebne za njegovo delovanje in določijo obseg sredstev. Na tej osnovi določijo izhodišča za izvajanje programov in oblikovanje cen programov oziroma sredstev ter druge podlage za sklepanje pogodb z zdravstvenimi zavodi in drugimi zavodi ter zasebniki, ki opravljajo zdravstveno dejavnost.

Partnerji izhodišča sprejemajo soglasno. Če vsa izhodišča niso sprejeta s soglasjem, o njih odloči arbitražna, ki jo sestavljajo isti partnerji. Če sporazuma ni mogoče doseči v okviru arbitraže, o spornih vprašanjih odloči Vlada RS.

Vir financiranja za financiranje aktivnosti in ukrepov v okviru Resolucije bodo tudi proračunska sredstva. V Sloveniji se sprejemata proračuna za dve leti, tj. za prihodnje leto ($t + 1$) in leto, ki temu sledi ($t + 2$). Postopka tečeta sočasno, s tem pa se zagotavlja kontinuirano financiranje države za dve

leti. Navodila za pripravo proračuna oziroma proračunski priročnik Ministrstvo za finance posreduje neposrednim proračunskim uporabnikom kot podlago za pripravo predlogov finančnih načrtov. Priročnik vsebuje sklepe proračunske seje vlade, temeljna ekonomska izhodišča in predpostavke za pripravo predloga državnega proračuna, s strani vlade določen razrez odhodkov po posameznih področjih ter natančnejša navodila in roke za pripravo predlogov finančnih načrtov. Skladno z zastavljenimi cilji in prioriteta, ministrstvo pripravi finančno in opisno opredeljen predlog proračuna, ter ga posreduje Ministrstvu za finance. Le-to posreduje zbirni predlog proračuna države v obravnavo Vladi RS. Vlada RS posreduje predloge proračunov v obravnavo in potrditev v Državni zbor RS.

Nekatere aktivnosti in ukrepi v okviru Resolucije bodo financirane tudi s sredstvi evropskih strukturnih in investicijskih skladov v vsebini in obsegu, kot jih definira Operativni program za izvajanje evropske kohezijske politike v obdobju 2014 - 2020 v 9. prednostni osi, ki se nanaša na spodbujanje socialnega vključevanja in boja proti revščini, in sicer na podlagi potrjenega Izvedbenega načrta operativnega programa, ki ga z odlokom sprejme Vlada RS. Ukrepi se bodo izvajali v okviru naslednjih prednostnih naložb oziroma specifičnih ciljev: opolnomočenje ciljnih skupin za približevanje trgu dela, preprečevanja zdrsa v revščino oziroma socialno izključenost in zmanjševanje neenakosti v zdravju, pilotnih pristopov za boljšo integracijo storitev dolgotrajne oskrbe in izboljšanje skupnostnih storitev oskrbe.

Za financiranje aktivnosti in programov v okviru Resolucije si bomo prizadevali zagotavljati tudi EU sredstva, ki se namenjajo državam članicam v okviru različnih programov skupnosti, kot so npr. EU Program na področju javnega zdravja 2014-2020 (EU Public Health Programme), Program Obzorje 2020 (Horizon 2020) in številni drugi.

Nepovratna sredstva Norveškega finančnega mehanizma se namenjajo financiranju programskih področij, kot jih opredelita Kraljevina Norveška in Republika Slovenija. Med leti 2013 in 2017 se financirajo programi in projekti iz programskega področja „pobude za javno zdravje“. Za aktivnosti in ukrepe iz Resolucije, ki se nanašajo na področje javnega zdravja, si bomo prizadevali pridobiti finančna sredstva tudi po letu 2017.

6.1 Krepitev in varovanje zdravja ter preprečevanje bolezni – javno zdravje

Zdravje je v večini sodobnih družb spoznano kot največja vrednota, saj je predpogoj za povečanje blaginje. Aktivnosti, za katere mora poskrbeti družba, da zagotovi ustrezne razmere in okolje, v katerem bodo ljudje zdravi, lahko v širšem smislu opredelimo kot javno zdravje.

Da bi uresničili končni cilj – boljše zdravje in podaljšanje pričakovanih zdravih let življenja, je potrebno poglobljeno razumevanje kompleksnosti in prepletenosti vplivov širših socialno-ekonomskih, okoljskih, kulturnih in drugih dejavnikov ter individualnih danosti na zdravje posameznika in populacije. Ti dejavniki pomembno vplivajo na življenjski slog, dejavnike tveganja, koriščenje zdravstvenih in drugih storitev ter v končni fazi na obolevnost, umrljivost in pričakovano trajanje življenja.

SZO v svoji strategiji „Zdravje 2020“ medsektorsko delovanje in povezovanje izpostavlja kot ključno za uspeh pri krepitvi zdravja in zmanjševanju neenakosti v zdravju. Medsektorsko delovanje pojmuje kot najširši okvir za zdravje v vseh politikah in skupnostni pristop. Hkrati izpostavlja, da so determinante zdravja v 21. stoletju zelo kompleksne, zdravje pa je politična izbira. Vlade pogosto, še

posebej v času ekonomskih omejitev, dajejo prednost konkurenčnosti in gospodarskemu razvoju ter krčenju proračunskih sredstev za zdravstvo in socialno varstvo, in to kljub temu, da je dokazano, da vlaganje v zdravje pomembno prispeva k trajnostnemu razvoju, vključno z ekonomskim. Prav iz tega razloga mu je namenjena pomembna vloga v razvojni agendi OZN po letu 2015 „Spremenimo svet: Agenda za trajnostni razvoj do leta 2030“, v kateri zdravje ni le samostojni cilj, temveč tudi pogoj za doseganje drugih razvojnih ciljev tisočletja. Medsektorsko delovanje se mora osredotočiti na ključne javnozdravstvene prioritete, determinante zdravja in enakost v zdravju, navezovati na mednarodne in globalne procese ter iskati skupne interese in sinergije z drugimi sektorji. Vse to zahteva nadgradnjo obstoječih in izgradnjo novih kapacitet za medsektorsko delovanje za zdravje in zmanjševanje neenakosti na vseh ravneh (lokalni, regionalni, nacionalni in mednarodni), in v različnih okoljih (SZO, 2015).

Eden ključnih izzivov javnega zdravja je, kako ozavestiti in opolnomočiti posameznika in vse ključne institucije, ki lahko s svojim ukrepanjem in aktivnostmi prispevajo k izboljšanju zdravja prebivalstva in zmanjševanju neenakosti v zdravju. Samo informiran in opolnomočen posameznik lahko prevzame odgovornost za svoje lastno zdravje; delodajalec zagotovi varne in zdrave delovne pogoje v tvornem sodelovanju s sindikati; lokalna skupnost ustvari pogoje za kakovostno življenje; nevladna organizacija v svoji vlogi izvajalca in zagovornika zdravja in pravic bolnikov prispeva k pogojem za bolj zdrav način življenja in bolj odziven zdravstveni sistem; država s svojimi politikami in zakonodajo na področju zagotavljanja socialne varnosti, zaposlovanja, okolja, stanovanjske politike, vzgoje in izobraževanja, prometa, kmetijstva, davkov ter ne nazadnje z zagotavljanjem dostopnega, varnega, učinkovitega in kakovostnega zdravstvenega varstva prispeva k boljšemu zdravju prebivalstva.

Za obvladovanje dejavnikov tveganja in zgodnje odkrivanje bolezni danes poznamo dokazano (tudi cenovno) učinkovite politike, ukrepe in programe, ki ob zagotavljanju boljšega zdravja in večje kakovosti življenja pomenijo tudi prihranek za sistem zdravstvenega varstva in družbo kot celoto. Škodljive razvade, pomanjkanje gibanja, neustrezna prehrana in izpostavljenost stresu so pogosti razlogi za prezgodnjo obolevnost in umrljivost zaradi kroničnih bolezni, kot so srčno-žilne bolezni, sladkorna bolezen, bolezni dihal, rak in duševne bolezni. Večino bolezni, povezanih z življenjskim slogom, lahko preprečimo, če zanje pravočasno prepoznamo dejavnike tveganja in ukrepamo. Pri tistih, ki so že zboleli, je ključno, da bolezen čim prej odkrijemo in z ustrežno zdravstveno obravnavo preprečimo zaplete. Da vseh učinkovitih politik in ukrepov še nismo sprejeli, lahko pripišemo pomanjkanju zmogljivosti na področju javnega zdravja, slabi informiranosti odločevalcev in pritisku interesnih skupin, pa tudi neustreznemu financiranju nevladnih organizacij, pomanjkanju njihove profesionalizacije ter pomanjkanju sredstev za medijske kampanje, ki bi informirale in mobilizirale široko javnost. Krepitev zmogljivosti javnega zdravja in usposabljanja na tem področju je nujna tudi za izvajanje sprotih analiz zdravstvenega stanja in razvoja sistema zdravstvenega varstva, sodelovanje pri vrednotenju novih zdravstvenih tehnologij in pripravo strokovnih podlag za učinkovito zdravstveno politiko in spremljanje izvajanja Resolucije.

Tudi posameznik mora prevzeti odgovornost za lastno zdravje, predpogoj pa je, da je ustrezno zdravstveno pismen in opolnomočen. V tej luči izpostavljamo nacionalne populacijske presejalne programe ZORA, DORA in SVIT in ostale utečene preventivne programe, ki jih ciljne skupine (še) ne koristijo v polni meri. Poseben izziv pri preprečevanju in obvladovanju bolezni, povezanih z življenjskim slogom, vključno s sodelovanjem v presejalnih in preventivnih programih, predstavljajo ranljive skupine prebivalstva.

V Sloveniji se, tako kot v večini drugih držav, za preventivno dejavnost v zdravstvu namenja le manjši del zdravstvenega denarja, čeprav prav vlaganja v preventivne dejavnosti lahko pomembno prispevajo

k zagotavljanju vzdržnosti sistema zdravstvenega varstva kot tudi k preprečevanju neenakosti v zdravju. Priporočila o povečanju vlaganj v preventivo in njihovi predvsem dolgoročni stroškovni učinkovitosti izhajajo tudi iz študij OECD. Premalo se zavedamo ekonomskega bremena z življenjskim slogom povezanih kroničnih bolezni. Stroški zdravljenja pogosto presegajo finančne koristi, ki jih ima družba od prodaje zdravju škodljivih izdelkov. Zato tudi ne uresničujemo v dovolj veliki meri dokazano učinkovitih ukrepov, ki jih priporočata domača in mednarodna javnozdravstvena stroka.

Še vedno ni vzpostavljeno ustrezno povezovanje sistema javnega zdravja s primarno ravno in drugimi deli zdravstva za podporo izvajalcem zdravstvene dejavnosti pri vključevanju preventive v njihovo delo. Doseči moramo komplementarnost in sinergistične učinke med sistemom javnega zdravja in primarnim zdravstvenim varstvom. Javno zdravje mora prevzeti svojo vlogo pri načrtovanju, spremljanju, izobraževanju in vrednotenju preventivnih programov v tesnem sodelovanju s primarnim zdravstvenim varstvom. Izvajanje zdravstvene vzgojne in preventivne dejavnosti pa mora postati pomembna naloga zdravstvenega doma v lokalnem okolju, ki naj v ospredje postavlja potrebe prebivalcev in skupnostni pristop. Aktivnosti v lokalnih okoljih morajo biti usmerjene v čim širši krog prebivalcev in hkrati zadovoljiti potrebe ranljivih skupin in tistih, ki so socialno-ekonomsko ogroženi in pri katerih prihaja do kopičenja in prepletanja težav – tako z vidika zdravja kot tudi z vidika socialne varnosti in blaginje.

Kljub temu, da je v Sloveniji že dolgo časa prisotno zavedanje o pomenu skladnega razvoja celotne države, vseeno obstajajo razlike v zdravju prebivalstva po regijah in tudi med različnimi socialnimi skupinami. Nič od tega ni izvirno slovenski problem, nujno pa bo načrtovati ukrepe za preseganje tovrstnih razlik, še posebej v okviru zdravstvenega varstva. Za prepoznavanje specifičnih potreb populacije in za delo z ranljivimi skupinami je pomembno krepiti kapacitete tako primarnega zdravstvenega varstva kot javnega zdravja.

Kot je pokazal primer ebole, so nalezljive bolezni stalna in težko odstranljiva grožnja prebivalcem, v celoti pa predstavljajo globalno grožnjo zdravju. Zaradi svojega obsega in globalnih razsežnosti širjenja lahko privedejo do pomembnejših motenj v gospodarskih tokovih, mednarodni trgovini ter migracijah. Zato moramo v Sloveniji slediti vsem domačim in mednarodno sprejetim obveznostim v sklopu celovitega obvladovanja groženj zdravju.

Na podlagi konvencij 155. in 161. Mednarodne organizacije za delo in Direktive EU 89/391/EGS je nastala slovenska zakonodaja s področja varnosti in zdravja pri delu, ki določa obveznosti delodajalcev v zvezi z varnim in za zdravje čim bolj ugodnim delom ter naloge specialistov medicine dela. Na podlagi celovite analize izvajanja dejavnosti medicine dela ter novih potreb in razmer na trgu dela bo treba proučiti to področje in ga ustrezneje urediti.

Krepitev in varovanje zdravja ter preprečevanje bolezni – javno zdravje:

- uveljavitev zdravja kot vrednote in cilja v vseh nacionalnih, regionalnih in lokalnih politikah;
- vzpostavitev vrednotenja učinkov politik in ukrepov države na zdravje;
- večja ozaveščenost odločevalcev in prebivalstva za večjo odgovornost družbe in posameznika za zdravje;
- premik od bolezni k zdravju in nadgradnja kurativne dejavnosti s preventivno, s posebnim poudarkom na ranljivih skupinah.

6.1.1 Zdravje v vseh politikah

V Sloveniji zdravje med odločevalci še vedno ni prepoznano kot ena najpomembnejših vrednot naše družbe, ki jo je treba upoštevati pri načrtovanju politik na vseh ravneh in v vseh resorjih. Zdravje v vseh politikah je koncept, ki ga bo treba v Sloveniji šele uveljaviti. S tem namenom bo treba zagotoviti oceno vplivov posameznih ukrepov na zdravje že pri njihovem načrtovanju (presoja vplivov na zdravje). V postopkih medresorskega usklajevanja in javne razprave se zdravstveni resor sicer vključuje v pripravo za zdravje pomembnih politik in ukrepov drugih resorjev, vendar pa se zaradi pomanjkanja kadrovske kapacitete na MZ in v ostalih relevantnih institucijah večinoma ne uspejo pripraviti ustrezne presoje vpliva na zdravje in na sistem zdravstvenega varstva. To je tudi razlog, da se ne more omogočiti polno uresničevanje pristopa k zdravju v vseh politikah. Področje, na katerem v Sloveniji že vrsto let uspešno uveljavljamo koncept zdravja v vseh politikah, je področje prehrane in gibanja. Na tem področju potekajo aktivnosti tudi v okviru EU, kjer so v Sklepih Sveta o prehrani in telesni dejavnosti (2014/C, 213/01) izpostavili nujnost vključevanja vseh političnih sektorjev in deležnikov na primeru ozaveščanja o pomenu zdrave prehrane in telesne dejavnosti, zlasti kar zadeva otroke in najstnike, ter preprečevanja zavajajoče, pretirane ali neustrezne oblike oglaševanja in trženja.

Aktivnost: Sprejem in izvajanje učinkovitih, medresorsko usklajenih ukrepov, politik in programov za doseganje najvišje ravni zdravja in blaginje

V sodelovanju z vladnimi resorji, stroko, civilno družbo, socialnimi partnerji in gospodarstvom (kjer je to primerno), bomo aktivno sooblikovali politike in sprejeli dokazano učinkovite ukrepe za podporo krepitvi in ohranjanju zdravja. Pripravili bomo strategije in izvedbene načrte ter zagotovili koordinacijo njihovega izvajanja na področjih prehrane in gibanja, tobaka, alkohola in prepovedanih drog. Posebna pozornost pri vseh ukrepih bo namenjena ranljivim skupinam, med njimi še posebej socialno izključenim in tistim s slabšim socialno-ekonomskim položajem.

Ukrep 1 Aktivno vključevanje zdravstvenih ciljev in ukrepov v vladne, regionalne in lokalne politike drugih resorjev

Ukrep 2 Izvajanje Resolucije o nacionalnem programu o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje

Ukrep 3 Sprejem celovite nacionalne alkoholne politike z izvedbenimi načrti; spremembe področne zakonodaje za večjo učinkovitost ukrepanja; razvoj modelov obravnave tistih, ki tvegano in škodljivo pijejo, in pomoči njihovim svojcem

Ukrep 4 Spremembe zakonodaje za nadzor nad tobakom in razvoj modela učinkovite obravnave kajenja v zdravstvu

Ukrep 5 Razvoj in uvajanje integriranih programov pomoči uživalcem prepovedanih drog v zdravstvu in socialnem varstvu in vzpostavitev nadzora nad njihovim izvajanjem

Specifični cilji: S to aktivnostjo in ukrepi prispevamo k uveljavitvi zdravja v vseh nacionalnih, regionalnih in lokalnih politikah kot vrednote in cilja, k vzpostavitvi vrednotenja učinkov politik in ukrepov države na zdravje ter k večji ozaveščenosti odločevalcev in prebivalstva za večjo odgovornost družbe in posameznika za zdravje.

Specifični cilj	Kazalniki učinka	Merska enota	Izhodiščna vrednost	Izhodiščno leto	Ciljna vrednost v letu 2025	Vir podatka	Časovni okvir	Viri sredstev za predvidene ukrepe
Uveljavitev zdravja v vseh nacionalnih, regionalnih in lokalnih politikah kot vrednote in cilja	Nove politike in ukrepi drugih resorjev s cilji krepitve in varovanja zdravja ter preprečevanja bolezni, objavljeni v UL	število	0	2015	10	MZ	Do 2025	Proračun RS, sredstva EU, ²⁵ ZZS
Vzpostavitve vrednotenja učinkov politik in ukrepov države na zdravje	Medresorske strategije in akcijski načrti za različna področja obvladovanja dejavnikov tveganja (debelost, tobak, alkohol, droge, poškodbe), objavljeni na spletni strani MZ	število	2	2015	18	MZ	Do 2025	
Večja oza-veščenost odločevalcev in prebivalstva za večjo odgovornost družbe in za posameznikovo zdravje		število	0	2015	3	MZ	Do 2025	
		število	6	2015	9	NIJZ	Do 2025	

Nosilec: Vlada RS (resorna ministrstva), lokalne skupnosti, NIJZ, ZZS

²⁵ Sredstva EU se v tem in vseh nadaljnjih navajanjih nanašajo na sedanjo in prihodnjo finančno perspektivo.

6.1.2 Krepitev dejavnosti javnega zdravja

Z združitvijo institucij javnega zdravja v dve krovni instituciji NIJZ in NLZOH, je dejavnost javnega zdravja dobila pomembnejše mesto v sistemu zdravstvenega varstva ter širše in stabilnejše financiranje, ki pa se je v času gospodarske krize žal pomembno zmanjšalo. Med ključne funkcije, ki jih država zagotavlja v okviru dejavnosti javnega zdravja, štejemo spremljanje zdravstvenega stanja in blaginje prebivalstva, spremljanje in analizo zagotavljanja zdravstvenega varstva, pripravljenost za obvladovanje zdravstvenih tveganj in nevarnosti za zdravje, varovanje zdravja (obvladovanje nalezljivih bolezni in ukrepanje na področjih okolja in zdravja ter zdravja pri delu), krepitev zdravja ter preprečevanje in zgodnje odkrivanje bolezni.

V prihodnje bo treba okrepiti zlasti NIJZ kot izvajalca javne službe – predvsem v smislu zagotavljanja podatkov, analiz in strokovne podpore Ministrstvu za zdravje, drugim delom sistema zdravstvenega varstva, drugim resorjem, nevladnim organizacijam in ostalim deležnikom (lokalna skupnost, delovne organizacije, socialni partnerji), ki delujejo na področju javnega zdravja. Na tem področju se poleg odsotnosti jasnih strateških usmeritev soočamo tudi s pomanjkanjem zmogljivosti in usposobljenosti izvajalcev dejavnosti javnega zdravja za izvajanje sprotnih analiz zdravstvenega stanja in sistema zdravstvenega varstva, sodelovanja pri vrednotenju novih zdravstvenih tehnologij in pripravo strokovnih podlag za učinkovito zdravstveno politiko in drugih resornih politik ter ocenjevanja vplivov na zdravje.

Aktivnost: Izvajanje ključnih javnozdravstvenih funkcij

Za dejavnost javnega zdravja bomo sprejeli jasen strateški razvojni načrt, v katerem bodo opredeljeni cilji in ukrepi za izvajanje ključnih javnozdravstvenih funkcij, ki so v javnem interesu in se izvajajo v okviru javne službe na NIJZ in NLZOH ter s strani drugih deležnikov.

Ukrep 1 Sprejem in izvajanje Strategije razvoja dejavnosti javnega zdravja do leta 2025

Specifični cilji: S to aktivnostjo in ukrepi prispevamo k uveljavitvi zdravja v vseh nacionalnih, regionalnih in lokalnih politikah kot vrednote in cilja, k vzpostavitvi vrednotenja učinkov politik in ukrepov države na zdravje, k večji ozaveščenosti odločevalcev in politike za večjo odgovornost družbe in posameznika za zdravje ter k premiku od bolezni k zdravju in nadgradnji kurativne dejavnosti s preventivno, s posebnim poudarkom na ranljivih skupinah.

Specifični cilj	Kazalniki učinka	Merska enota	Izhodiščna vrednost	Izhodiščno leto	Ciljna vrednost v letu 2025	Vir podatka	Časovni okvir	Vir sredstev za predvidene ukrepe
Uveljavitev zdravja kot vrednote in cilja v vseh nacionalnih, regionalnih in lokalnih politikah	Strategija razvoja dejavnosti javnega zdravja, objavljena na spletni strani MZ	Število	0	2015	1	MZ	Do 2017	Proračun MZ
Vzpostavitve vrednotenja učinkov politik in ukrepov države na zdravje								
Večja ozaveščenost odločevalcev in politike za večjo odgovornost družbe in posameznika za zdravje	Letni načrti NLZOH in NIJZ, objavljeni na njihovi spletni strani	Število	0	2015	18	MZ	Vsako leto do 2025	
Premik od bolezni k zdravju in nadgradnja kurativne dejavnosti s preventivno, s posebnim poudarkom na ranljivih skupinah								

Nosilec: MZ

6.1.3 Okrepitev preventivnih pristopov na primarni ravni zdravstvenega varstva

Za nadgradnjo kurative s preventivo v zdravstveni dejavnosti je ključno, da predvsem primarna raven, še posebej zdravstveni dom kot organizacijska enota, prevzame vlogo preventivnega centra v lokalnem okolju in se aktivno vključi v prizadevanja za vzpostavljanje pogojev za zdrav način življenja in izboljševanje zdravstvene pismenosti. Še vedno ni vzpostavljeno ustrezno povezovanje dejavnosti javnega zdravja s primarno ravno in drugimi deli zdravstva (ob upoštevanju pristojnosti in odgovornosti vseh sodelujočih), preventivni programi pa zaenkrat tudi ne upoštevajo dovolj potreb ranljivih skupin prebivalstva.

Aktivnost: Krepitev preprečevanja in zgodnjega odkrivanja dejavnikov tveganja ter zmanjševanja neenakosti v zdravju na primarni ravni

S širitvijo referenčnih ambulant in uvajanjem novih preventivnih pristopov v vseh ambulantah na primarni ravni in v lekarnah bomo zagotovili enako dostopnost do preventivnih programov za vse, s posebnim poudarkom na dostopnosti programov za ranljive skupine. Zdravstveni dom mora zagotavljati celovito preventivno-kurativno dejavnost za potrebe lokalnega prebivalstva. Obstoječi preventivni programi bodo nadgrajeni in razširjeni s ciljem uspešnejšega preprečevanja in obvladovanja kroničnih bolezni in drugih stanj, še posebej v luči specifičnih potreb ranljivih skupin in starejše populacije, ki preventivnih storitev ne koristijo v polni meri. Pilotno testiranje posodobljenih preventivnih programov in pristopov že poteka in je financirano v okviru norveškega finančnega mehanizma. Na podlagi izkušenj se bo model nadgradil in razširil po zdravstvenih domovih v Sloveniji, kar bo prispevalo h krepitvi primarnega zdravstvenega varstva, ki je podrobneje obravnavano v poglavju 6.2.

Ukrep 1 Nadgradnja in razvoj preventivnih programov ter njihovo izvajanje v primarnem zdravstvenem varstvu in lokalni skupnosti s spremembami Pravilnika za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni

Specifični cilji: S to aktivnostjo in ukrepi prispevamo k ozaveščenosti odločevalcev in politike za večjo odgovornost družbe in posameznika za zdravje in k premiku od bolezni k zdravju ter nadgradnji kurativne dejavnosti s preventivo, s posebnim poudarkom na ranljivih skupinah.

Specifični cilj	Kazalniki učinka	Merska enota	Izhodiščna vrednost	Izhodiščno leto	Ciljna vrednost v letu 2025	Vir podatka	Časovni okvir	Vir sredstev za predvidene ukrepe
Večja oza-veščenost odloče-valcev in politike za večjo od-govornost družbe in posame-znika za zdravje	Zdravstveni domovi, kjer se izvajajo nadgrajeni preventivni programi v centrih za krepitev zdravja	Število	0	2015	25	NJZ	Do 2020	ZZZS, sredstva EU
	Poročilo o neenakostih v zdravju	Število	1	2015	3	MZ	Do 2025	
	Pravilnik o preventivnih zdravstvenih pregledih, objavljen v UL	Število	0	2015	1	MZ	Do 2019	
Premik od bolezni k zdravju in nadgradnja kurativne dejavnosti s preven-tivno, s posebnim poudarkom na ranljivih skupinah								

Nosilec: MZ, NIJZ

6.1.4 Nalezljive bolezni in druge nevarnosti za zdravje, vključno z agensi iz okolja

Obvladovanje nalezljivih bolezni ostaja med javnozdravstvenimi prioritetami, predvsem zaradi pojava novih nalezljivih bolezni, globalizacije in hitrosti njihovega širjenja. Zaradi omenjenih razlogov je njihovo obvladovanje mogoče le v sodelovanju na mednarodni ravni. Prav s tem namenom so bile sprejete številne zaveze in obveznosti, ki jim sledi tudi naša država, med njimi je tudi Sklep št. 1082/2013/EU Evropskega parlamenta in Sveta o resnih čezmejnih nevarnostih za zdravje. Slovenija je zaradi celovitega pristopa uspešna pri obvladovanju okužbe s HIV/AIDS, zato bomo z aktivnostmi nadaljevali tudi v prihodnje.

Aktivnost: Obvladovanje nalezljivih bolezni in drugih nevarnosti za zdravje, vključno z agensi iz okolja

Ohranitev visoke stopnje precepljenosti prebivalstva bo glavno vodilo pri pripravi ukrepov, saj je cepljenje najučinkovitejši javnozdravstveni ukrep za preprečevanje nalezljivih bolezni. Sistem spremljanja, pripravljenosti in odziva v primeru nalezljivih bolezni in drugih zdravstvenih groženj bomo stalno preizkušali in ga nadgrajevali, k čemur nas zavezuje tudi Mednarodni zdravstveni pravilnik SZO in pravni red EU (Sklep o čezmejnih nevarnostih za zdravje, Sklepi Sveta o cepljenju kot učinkovitem načinu zagotavljanja javnega zdravja (2014/C, 438/04).

Okužbo s HIV/AIDS bomo tudi v prihodnje obvladovali z usklajenim medresorskim delovanjem, sodelovanjem stroke, nevladnih organizacij in pacientov.

Ukrep 1 [Novela Zakona o nalezljivih boleznih](#)

Ukrep 2 [Načrti pripravljenosti in protokoli ravnanja v primeru izbruhov nalezljivih bolezni ali drugih groženj zdravju in zagotavljanje zmogljivosti, strokovne usposobljenosti in opremljenosti strokovnih služb za obvladovanje nalezljivih bolezni ter drugih groženj zdravju](#)

Ukrep 3 [Strategija obvladovanja okužbe s HIV/AIDS do leta 2025](#)

Specifični cilji: S to aktivnostjo in ukrepi bomo prispevali k večji ozaveščenosti odločevalcev in politike za večjo odgovornost družbe in posameznika za zdravje ter k premiku od bolezni k zdravju in k nadgradnji kurativne dejavnosti s preventivno, s posebnim poudarkom na ranljivih skupinah.

Specifični cilj	Kazalniki učinka	Merska enota	Izhodiščna vrednost	Izhodiščno leto	Ciljna vrednost v letu 2025	Vir podatka	Časovni okvir	Vir sredstev za predvidene ukrepe
Večja oza-veščenenost odloče-valcev in politike za večjo od-govornost družbe in posame-znika za zdravje Premik od bolezni k zdravju in k nadgradnji kurativne dejavnosti s preven-tivno, s posebnim poudarkom na ranljivih skupinah	Novela Zakona o nalezljivih boleznih, objavljena v UL	Število	0	2016	1	NJZ	2017	Proračun MZ
	Izdelani načrti pripravljenosti in protokoli ravnanja v primeru izbruhov nalezljivih bolezni ali drugih gro-ženj zdrav-ju, objavlje-ni na spletni strani MZ in NIJZ	Število	0	2015	1	MZ, NIJZ	2017	
	Strategija obvladova-nja okužbe s HIV/AIDS do 2025, objavljena na spletni strani MZ in NIJZ	Število	0	2015	1	MZ	2017	

Nosilci: MZ, NIJZ

6.1.5 Zdravje na delovnem mestu

Zdrava delovna populacija je temelj ekonomskega razvoja v Sloveniji. V času ekonomske krize smo se soočili z dodatnimi izzivi, ki vključujejo večje obremenitve zaposlenih, pomanjkanje prostega časa, stres in včasih tudi prezentizem (nekoriščenje bolniškega staleža v primeru bolezni). Slovenija je v primerjavi z državami OECD tudi bistveno nad povprečjem števila bolniških odsotnosti z dela (2013 SI 11,6, OECD 9). Takšni spremenjeni, pogosto tudi zaostreni, pogoji dela zahtevajo drugačne pristope pri zagotavljanju zdravja in varnosti pri delu, z ustreznimi ukrepi na področju zdravja in varstva pri delu pa bi bilo treba zmanjšati število dni bolniške odsotnosti z dela.

Zakonodaja, ki ureja področje varnosti in zdravja pri delu, je del evropskega pravnega reda in sledi konvencijam Mednarodne organizacije za delo. Zakonodajo smo že nadgradili z obveznostjo delodajalcev, da načrtujejo in izvajajo promocijo zdravja na delovnem mestu. Programi promocije zdravja na delovnem mestu so v Sloveniji komplementarni z ukrepi za zagotovitev varnosti in zdravja delavcev ter drugih oseb, ki so navzoče v delovnem procesu, vključno s preprečevanjem, odpravljanjem in obvladovanjem nevarnosti in poškodb pri delu, obveščanjem in usposabljanjem delavcev, z ustrezno organiziranostjo in potrebnimi materialnimi sredstvi, kakor predpisuje zakon. Pomembno mesto na tem področju imajo specialisti medicine dela. Da bodo delavci delali v varnem in spodbudnem delovnem okolju in bodo zato produktivnejši in ustvarjalnejši, redkeje zbolevali in redkeje odhajali v bolniški stalež ter se aktivno in zdravo starali, bomo morali na tem področju ovrednotiti sedanje prakse, dosledno izvajati zakonodajo in aktivnosti za ohranjanje in izboljševanje zdravja zaposlenih. K temu lahko pomembno prispevajo tudi socialni partnerji. Pomembna prioriteta je ugotavljanje poklicnih bolezni.

Aktivnost: Ohranjanje zdravja delovno aktivne populacije

Ovrednotili bomo sedanjo prakso izvajanja medicine dela, prometa in športa, njenega financiranja ter umeščenosti v sistem zdravstvenega varstva ter na njeni podlagi sprejeli ustrezne prilagoditve, vključno s sistemom za ugotavljanje poklicnih bolezni. Vzpostavili bomo mehanizem izmenjave dobrih praks in izkušenj pri izvajanju promocije zdravja na delovnem mestu.

Ukrep 1 Celovita analiza izvajanja dejavnosti medicine dela, vključno z njenim financiranjem in predlogi za spremembe ter izvedbo sprememb

Ukrep 2 Ureditev ugotavljanja poklicnih bolezni in njihovo spremljanje s Pravilnikom o poklicnih boleznih

Ukrep 3 Vzpostavitev spletnega portala za izmenjavo informacij in dobrih praks na področju promocije zdravja na delovnem mestu – informacijska točka

Specifični cilj: S to aktivnostjo in ukrepi bomo prispevali k večji ozaveščenosti odločevalcev in politike za večjo odgovornost družbe in posameznika za zdravje.

Specifični cilj	Kazalniki učinka	Merska enota	Izhodiščna vrednost	Izhodiščno leto	Ciljna vrednost v letu 2025	Vir podatka	Časovni okvir	Vir sredstev za predvidene ukrepe
Večja ozaveščenost odločevalcev in politike za večjo odgovornost družbe in posameznika za zdravje	Pravilnik o poklicnih boleznih, objavljen v UL	Število	0	2016	1	MZ	2016	MZ, ZZZS, MG, sredstva EU
	Analiza izvajanja dejavnosti medicinske dela, objavljena na spletni strani MZ	Število	0	2015	1	MZ	2017	
	Spletni portal za izmenjavo informacij in dobrih praks na področju promocije zdravja na delovnem mestu – informacijska točka	Število	0	2015	1	MZ	2018	

Nosilci: MZ, ZZZS, ESS, MDDSZ

6.1.6 Programi krepitve zdravja v vzgojno-izobraževalnih ustanovah, na delovnem mestu, v lokalnih okoljih

Za uresničevanje nacionalnih strateških usmeritev s ciljem izboljšanja zdravja in kakovosti življenja je ključno izvajanje aktivnosti v okoljih, kjer ljudje živijo, delajo in preživljajo prosti čas. Takšnih programov ni mogoče zagotoviti zgolj v okviru javnih služb, saj morajo doseči vsakega posameznika v njegovem lokalnem okolju. Nevladne in neprofitne organizacije lahko pomembno prispevajo k dostopnosti do kakovostnih programov ozaveščanja o zdravem načinu življenja in zagotavljajo pogoje za zdrave izbire. Pri tem je ključno, da tovrstne programe spremljamo z vidika kakovosti in učinkovitosti in da izvajalcem zagotavljamo strokovno pomoč pri njihovem načrtovanju. Manjkajo tudi usmeritve, kakšni naj bi bili programi in projekti ter za katero populacijo naj bi bili določeni programi in projekti ustrezni. Smernice za preventivne programe v delovnem okolju so pomemben doprinos, potrebujemo še usmeritve za programe, ki se izvajajo v šolskem okolju in v lokalni skupnosti.

Aktivnost: Podpora izvajanju krepitev zdravja v različnih okoljih (v vzgojnoizobraževalnih ustanovah, na delovnem mestu, v lokalnih okoljih)

V naslednjih desetih letih bomo zagotovili strokovno podporo za izvajanje krepitev zdravja v šolskem in delovnem okolju ter v lokalni skupnosti. O pomenu zdravja in zdravem načinu življenja bomo ozaveščali in opolnomočili posameznika in vse ključne institucije, ki lahko s svojim ukrepanjem in aktivnostmi prispevajo k izboljšanju zdravja prebivalstva in zmanjševanju neenakosti v zdravju. Zagotovili bomo vrednotenje programov krepitev zdravja, ki se izvajajo v teh okoljih, še posebej tistih, ki jih izvajajo nevladne organizacije. Posebna pozornost bo namenjena krepitevi kapacitet za delo z ranljivimi skupinami ter krepitevi partnerstev z lokalnimi skupnostmi, nevladnimi organizacijami, delovnimi organizacijami, vzgojno-izobraževalnimi organizacijami in socialnim varstvom.

Ukrep 1 Izdelava orodij za ozaveščanje prebivalstva o pomenu zdravja in zdravem načinu življenja ter opolnomočenje za lastno skrb za svoje zdravje – dvig zdravstvene pismenosti, vključno z izvedbo nacionalnih kampanj in pripravo gradiv, primernih orodij ter smernic za pomoč pri izvajanju programov krepitev zdravja v vseh okoljih

Ukrep 2 Pilotna izvedba vrednotenja programov neprofitnih zavodov in nevladnih organizacij ter društev, ki se financirajo iz javnih virov

Specifični cilji: S to aktivnostjo in ukrepi bomo zagotovili vzpostavitev vrednotenja učinkov politik in ukrepov države na zdravje in večjo ozaveščenost odločevalcev in prebivalstva za večjo odgovornost družbe in posameznika za zdravje.

Specifični cilj	Kazalniki učinka	Merska enota	Izhodiščna vrednost	Izhodiščno leto	Ciljna vrednost v letu 2025	Vir podatka	Časovni okvir	Vir sredstev za predvidene ukrepe
Vzpostavitev vrednotenja učinkov politik in ukrepov države na zdravje	Orodja za dvig zdravstvene pismenosti – objava v medijih	Število	0	2015	5	NIJZ	Do 2025	Proračun RS, sredstva EU
Večja ozaveščenost odločevalcev in prebivalstva za večjo odgovornost družbe in posameznika za zdravje	Poročila o evalvacijah programov in projektov neprofitnih zavodov in nevladnih organizacij, ki se financirajo iz javnih virov, objavljena na spletni strani MZ	Število	0	2015	5	MZ	Do 2025	

Nosilec: MZ

6.2 Optimizacija zdravstvene oskrbe – zdravstvena dejavnost

Pri zagotavljanju zdravstvene oskrbe se sistem zdravstvenega varstva srečuje z mnogimi izzivi. Ob finančnih omejitvah, naraščanju kronično bolnih in novih grožnjah zdravju se spreminjata tudi struktura zaposlenih in tehnologija, ki je na voljo zdravstvu. Tudi v Sloveniji rasteta tako število novih primerov kronično bolnih kot tudi skupno število vseh pacientov, kar povečuje breme za sistem zdravstvenega varstva ter slabša delovni in razvojni potencial družbe, in sicer v smislu absentizma, slabše produktivnosti, prezgodnjega upokojevanja in skrajševanja zdravih let življenja. Na področju zdravstvenega varstva se povečujejo stroški za diagnostiko, zdravljenje in rehabilitacijo kronično bolnih, prav tako pa se soočamo z vse večjimi pričakovanji uporabnikov. Izziv predstavlja tudi pojav (praviloma dragih) novih tehnologij.

Kot enega ključnih odgovorov na spremenjene zdravstvene potrebe in razmere mednarodna strokovna skupnost predlaga: krepitev primarnega zdravstva, ki lahko zagotovi večjo odzivnost sistema zdravstvenega varstva na spremenjene potrebe; bolj celovito obravnavo pacientov; povečanje uspešnosti sistema zdravstvenega varstva nasploh. Hkrati lahko deluje kot povezovalac in usmerjevalec med zdravstveno in socialno obravnavo kroničnega bolnika in starostnika. Dokazano je, da so sistemi zdravstvenega varstva v evropskih državah z močnim primarnim zdravstvom uspešnejši: boljše je zdravje prebivalstva, manjše so razlike v zdravju in manj je nepotrebnih hospitalizacij (D. S. Kringos et al., Building primary care in a changing Europe, Evropski observatorij za spremljanje zdravstvenih sistemov in politik, 2015).

Mnogi bolniki imajo več kroničnih bolezni hkrati (multimorbidnost), narašča pa tudi število tistih, ki so odvisni od tuje pomoči in potrebujejo dolgotrajno oskrbo. Preplet simptomov, krhkost, kompleksnejše zdravljenje, raba več različnih zdravil v istem času pri isti osebi (polifarmacija) in psihosocialne potrebe bolnikov z več kroničnimi boleznimi imajo za posledico večje število stikov z zdravstveno službo, zahtevnejšo in daljšo zdravstveno obravnavo in večje stroške zdravljenja in tudi večje stroške psihosocialne obravnave.

Po drugi strani je dostopnost tako do preventivnih programov kot do zdravstvene obravnave na posameznih območjih Slovenije različna. Nepovezana in neustrezna je tudi zdravstvena obravnava tistih, ki imajo hkrati več zdravstvenih problemov, socialne in druge probleme, potrebujejo geriatrično obravnavo, rehabilitacijo, paliativno oskrbo, dolgotrajno oskrbo ali pomoč na domu po zaključenem zdravljenju pri skrbi za svojo kronično bolezen in pri dnevni aktivnosti. Prav tako bomo morali v prihodnje boljše povezati zdravstveno varstvo s socialnim varstvom pri skrbi za tiste, ki zaradi bolezni in onemoglosti potrebujejo pomoč na domu oziroma dolgotrajno oskrbo.

Za celovit in integriran pristop k obvladovanju problema staranja populacije so ob razvoju dolgotrajne oskrbe nujni tudi krepitev patronažne službe, umestitev geriatrične obravnave v dejavnost primarne in sekundarne ravni zdravstvenega varstva, vzpostavitev centrov za demenco, razvoj skupnostne skrbi za duševno zdravje ipd. Skladno s tem bo treba več pozornosti nameniti izobraževanju zdravstvenega osebja za obravnavo kroničnih bolnikov in prilagajanju kapacitet za kakovostno oskrbo starejših, nujno pa bo tudi vključevanje lokalne skupnosti in nevladnih organizacij pri zagotavljanju pomoči in podpore pacientom, ki potrebujejo tujo pomoč v dnevni aktivnosti in so zaradi bolezni in onemoglosti socialno izključeni.

Zagotoviti je treba povezanost med posameznimi deležniki za usklajeno delovanje, ki bo omogočalo prepoznavanje posameznikovih specifičnih potreb, ustrezno diagnostiko in smeri zdravljenja. Na večini področij manjkajo ključna orodja za poenotenje zdravstvene obravnave, kot so strokovne smernice in klinične poti, pomanjkljiv pa je tudi nadzor nad kakovostjo oskrbe. Zagotoviti bo treba tudi ustrezne oblike usposabljanja za vse profile zdravstvenih delavcev.

Da bi bili pri zdravljenju in rehabilitaciji lahko res uspešni, potrebujemo dobro sodelovanje bolnika. Pacient mora biti opolnomočen: seznanjen s cilji zdravstvene obravnave, potekom zdravljenja, možnimi izidi in postopki zdravljenja. Opolnomočen in motiviran pacient lahko tudi sam bolje prispeva v procesu zdravljenja in prevzame odgovornost za svoje zdravje.

SZO v poročilu (EUR/RC65/8, Regionalni odbor SZO za Evropo, Vilnius, Litva 2015)²⁶ o izvajanju Talinske listine²⁷ o razvoju zdravstvenih sistemov v Evropi, ki je bila sprejeta leta 2008 in predstavlja nadaljevanje zavez Ljubljanske listine iz leta 1996,²⁸ izpostavlja kot največje izzive pri razvoju zdravstvenih sistemov krepitev sistema javnega zdravja in primarnega zdravstvenega varstva ter zagotavljanje boljše koordinacije med vsemi deli sistema zdravstvenega varstva, skladno s potrebami pacientov. Poročilo kot ključno izhodišče za spremembe postavlja potrebe ljudi, poudarja pa tudi nujnost krepitve upravljanja v sistemu zdravstvenega varstva in vlaganja v načrtovanje in usposabljanje delovne sile, ki bo sposobna izvajati storitve in programe po novih konceptih in modelih.

Specifični cilji: Optimizacija zdravstvene oskrbe:

- **integrirana in celovita obravnava;**
- **enaka dostopnost do kakovostne in varne oskrbe čim bližje prebivalcem;**
- **usmerjenost v preventivno zdravstveno varstvo;**
- **boljša povezanost med ravnmi zdravstvene dejavnosti in s socialnim varstvom;**
- **upoštevane spreminjajoče se zdravstvene potrebe starajoče se populacije;**
- **usmerjenost v uporabnika in njegovo opolnomočenje.**

6.2.1 Celovito obvladovanje kroničnih bolezni in stanj

Obvladovanje najbolj razširjenih kroničnih bolezni, ki predstavljajo velik delež umrljivosti prebivalstva in veliko ekonomsko breme, zahteva celovit pristop, ki bo vključeval ukrepe primarne preventive, zgodnje odkrivanje bolezni in presejanje, diagnostiko in zdravljenje, rehabilitacijo in paliativno oskrbo. V Sloveniji smo v preteklosti na nacionalni ravni sprejeli nekaj strateških dokumentov za zagotavljanje celovitejšega pristopa in integrirane obravnave nekaterih kroničnih bolezni (Pravilnik o preprečevanju srčno-žilnih bolezni, Državni program obvladovanja raka, Nacionalni program obvladovanja sladkorne bolezni, Strategija za preprečevanje in obvladovanje okužbe s HIV), nimamo pa krovnega dokumenta, v katerem bi opredelili vizijo, cilje, aktivnosti, ukrepe in kazalnike za spremljanje napredka na področju obvladovanja kroničnih bolezni. Vertikalni pristopi, ki obravnavajo posamezno bolezen, so razkrili pomanjkljivosti sistema zdravstvenega varstva in zagotovili nekaj dobrih praks. Za enoten pristop k različnim kroničnim boleznim, ki bi omogočal povezovanje med specialnostmi in med ravnmi za bolj celovito/integrirano obravnavo v Sloveniji potrebujemo krovno strategijo za obvladovanje kroničnih bolezni. Samo tako bomo lahko omogočili, da bo enake pozornosti deležen bolnik s sladkorno boleznijo, rakom, nevrodegenerativno boleznijo, duševno boleznijo ali katero koli drugo kronično boleznijo. Pomemben element celovite obravnave je tudi opolnomočenje bolnika, da lahko najbolje prispeva k obravnavi svoje bolezni.

Obvladovanje kroničnih bolezni in stanj je pomembna tema tudi v razpravah na ravni EU. Na področju obvladovanja kroničnih bolezni, vključno z rakom in nevrodegenerativnimi boleznimi, so bile sprejete številne zaveze tudi na politični ravni, kot so npr. sklepi Sveta EU, ki jih upoštevamo tudi v Sloveniji.

26 WHO EUR/RC65/8, Final report on implementation of the Tallinn Charter – summary.

27 The Tallinn Charter: Health systems for Health and Wealth, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/88613/E91438.pdf.

28 Božidar V. Načela Ljubljanske listine in stališča Svetovne zdravstvene organizacije v zdravstvenem varstvu starejših ljudi, <http://www.inst-antonatrstenjaka.si/slike/481-1.pdf>.

Aktivnost: Celovit pristop k obvladovanju kroničnih bolezni

Zagotovili bomo dobro sodelovanje med vsemi deležniki, vključno z bolniki. Za področja obvladovanja sladkorne bolezni in raka imamo že sprejete celovite programe, ki sledijo najboljšim praksam na tem področju – tako doma kot v tujini. Na osnovi vrednotenja izvajanja teh programov v prvih petih letih in izkušenj pri izvajanju programa preprečevanja srčno-žilnih bolezni bomo te programe dopolnili in pripravili periodične načrte za njihovo nadaljnje izvajanje. Dobre prakse pri zagotavljanju celovite/integrirane obravnave bolnikov s kronično boleznijo bodo izhodišče za razvoj na področju obvladovanja drugih kroničnih bolezni.

Ukrep 1 Strategija za obvladovanje kroničnih bolezni

Specifični cilji: S to aktivnostjo in ukrepi bomo prispevali k integrirani in celoviti obravnavi; upoštevanju spreminjajočih se zdravstvenih potreb starajoče se populacije; k usmerjenosti v pacienta in njegovo opolnomočenje.

Specifični cilj	Kazalniki učinka	Merska enota	Izhodiščna vrednost	Izhodiščno leto	Ciljna vrednost v letu 2025	Vir podatka	Časovni okvir	Vir sredstev za predvidene ukrepe
Integrirana in celovita obravnava	Strategija za obvladovanje kroničnih bolezni, objavljena na spletni strani MZ	Število	0	2015	1	MZ	2018	Proračun RS, ZZZS
Upoštevanje spreminjajoče se zdravstvene potrebe starajoče se populacije	Akcijski načrti za izvajanje Strategije za obvladovanje kroničnih bolezni, objavljeni na spletni strani MZ	Število	0	2015	8	MZ	2025	
Usmerjenost v uporabnika in njegovo opolnomočenje								

Nosilec: MZ

6.2.2 Zdravstvena dejavnost na primarni ravni

Kakovostno organizirana zdravstvena dejavnost na primarni ravni mora zagotavljati hiter in enostaven dostop do najširšega možnega nabora storitev in omogočati celovito in kontinuirano obravnavo pacienta čim bližje domu. K uspešnosti sistema zdravstvenega varstva najbolje prispeva takrat, ko deluje kot koordinator oskrbe in se dobro povezuje z drugimi izvajalci zdravstvene oskrbe, socialnim varstvom in javnim zdravjem.

V primerjavi z drugimi državami OECD imamo nižjo preskrbljenost z zdravniki, vendar pa v primerjavi z nekaterimi državami EU v Sloveniji zdravnik družinske medicine le izjemoma obravnava otroke. Ob timih družinskih zdravnikov na primarni ravni s svojimi timi delujejo zobozdravniki, pediatri in ginekologi, brez napotitve pa so dostopni tudi psihiatri.

Za krepitev zdravstvene dejavnosti na primarni ravni, vključno s patronažno službo, potrebujemo predvsem oceno potreb po kadrovskih in finančnih virih in strategijo razvoja primarne zdravstvene dejavnosti, skladno s sodobnimi izzivi pa bo treba prenoviti tudi preventivne in druge programe (glej poglavje 6.1.3) ter zagotoviti boljše povezovanje z drugimi izvajalci zdravstvene oskrbe, vključno z lekarniškimi farmacevti ter socialnimi službami in javnim zdravjem.

Za izboljšanje dostopa in kakovosti zdravstvene oskrbe pacientov je bilo doslej na področju osnovne zdravstvene dejavnosti že izvedenih nekaj aktivnosti. Leta 2011 smo na področju družinske medicine začeli z uvajanjem t. i. referenčnih ambulant družinske medicine (RADM), ki predstavljajo organizacijsko in vsebinsko nadgradnjo dela v ambulanti osebnega zdravnika, saj se je timu za polovico delovnega časa pridružila diplomirana medicinska sestra. Ta prispeva k celoviti obravnavi pacientov s stabilno kronično boleznijo, vključno z izobraževanjem pacientov, in zagotavlja aktiven pristop k preventivni dejavnosti (preventivni pregledi). Za RADM je značilen prenos določenih aktivnosti z zdravnika na diplomirano medicinsko sestro oziroma diplomiranega zdravstvenika, saj diplomirana medicinska sestra spremlja paciente s kronično obstruktivno pljučno boleznijo, astmo, sladkorno boleznijo, srčnim popuščanjem, depresijo, bolečinami v križu, arterijsko hipertenzijo in kroničnim ledvičnim obolenjem. S pomočjo vprašalnikov svetuje glede dejavnikov tveganja, kot so alkohol, kajenje, visok pritisk, holesterol, depresija. Na področju obravnave kroničnih pacientov se že vzpostavljajo protokoli obravnave kroničnih bolezni, ki so dogovorna pot obravnave pacientov med primarno in sekundarno ravno. Trenutno deluje 585 tovrstnih ambulant in pomenijo pomemben napredek v timski obravnavi pacientov v ambulanti družinske medicine. Kazalniki kakovosti za spremljanje dela v RADM so dogovorjeni in predstavljajo dobro osnovo za spremljanje uspešnosti programa v prihodnosti.

V letu 2013 je MZ pripravilo Javno mrežo primarne zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji za področji ambulante splošne oziroma družinske medicine in pediatrije na primarni ravni.²⁹ Za določanje mreže na primarni ravni je MZ upoštevalo združen sistem glavarine, ki se meri s številom opredeljenih oseb, in sistem glavarinskih količnikov kot uteži, ki so vezane na starostne skupine opredeljenih oseb. Cilj ministrstva je bil na primarni ravni v obdobju 2014–2018 zagotoviti en tim specialistične ambulante družinske medicine oziroma pediatrične ambulante na 1.500 prebivalcev. Za doseganje kakovosti in varnosti ter enake dostopnosti prebivalstva pa naj obremenitev zdravnika ne bi bistveno presežala 2.000 glavarinskih količnikov. Do leta 2018 se bodo spremljale obremenitve ambulant na primarni ravni, na podlagi teh podatkov pa se bo ugotovilo, ali je obstoječi sistem glavarinskih količnikov še primeren, in se tako v sodelovanju z zdravniško stroko po potrebi določilo nove.

Za izboljšanje dostopnosti in zadovoljevanje specifičnih potreb prebivalcev v ruralnem okolju bo v okviru zdravstvene dejavnosti na primarni ravni treba zagotoviti dovolj kapacitet in vzpostaviti pozitivne spodbude za delo v teh okoljih. Na področju stomatologije, predšolskega in šolskega

²⁹ http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mreza_na_primarni__sekundarni_in_terciarni_ravni/Mreza_za_ZS_13-11-2013-lektorirano.pdf.

zdravstvenega varstva ter reproduktivnega zdravstvenega varstva žensk bo treba prenoviti preventivne programe. Za zagotavljanje dostopnosti do kakovostne obravnave za ranljive skupine prebivalstva in zmanjševanje neenakosti v zdravju bo ključen razvoj na področju patronažne dejavnosti.

Patronažno varstvo je bilo do neke mere kot prednostno področje umeščeno že v Resolucijo o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013 „Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev“ (Uradni list RS, št. 77/08). Že takrat je bilo ugotovljeno, da pomemben del dejavnosti preventive, zdravljenja na domu in paliativne oskrbe ter dolgotrajne oskrbe opravljajo patronažne medicinske sestre, ki so samostojne nosilke dejavnosti.

Zobozdravstvena dejavnost na primarni ravni v Sloveniji je kljub temu, da so zobozdravstvene storitve pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in da so formalno dostopne, pomanjkljivo urejena. Financiranje ni transparentno, kar je dediščina sprememb izpred 20 let. Zaradi pomanjkanja epidemioloških podatkov ni podlag za načrtovanje in pripravo strategije zobozdravstvene dejavnosti. Bolezni ustne votline so pomemben javnozdravstveni problem, saj slabo ustno zdravje pomembno vpliva na splošno zdravje prebivalstva. Nekatere bolezni ustne votline so povezane s kroničnimi boleznimi (npr. sladkorno boleznijo). Bolečina, motnje pri žvečenju, hranjenju, komunikaciji, ki so lahko posledica slabega ustnega zdravja, vplivajo tudi na kakovost življenja in produktivnost. Zagotoviti je treba kakovostno zobozdravstveno dejavnost na vseh ravneh, spremljano s kazalniki kakovosti. Uskladiti bomo morali potrebe prebivalstva, pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, pravice iz košarice pravic in razpoložljiva sredstva za zobozdravstveno dejavnost. Nujni bodo posodobitev in poenotenje preventivne dejavnosti na področju zobozdravstva za otroke in mladostnike in uvedba preventivne dejavnosti na področju odraslega zobozdravstva. Izboljšati bo treba dostopnost do najosnovnejših protetičnih nadomestkov za ogrožene skupine prebivalstva (starejši, socialno ogroženi ...) ter predvsem omogočiti pacientom z zmanjšanimi zmožnostmi in posebnimi potrebami enakopravno obravnavo.

V Sloveniji je trenutno število zobozdravnikov nad povprečjem EU, zato bo na področju splošnega zobozdravstva poleg enakomerne dostopnosti do zobozdravnika s sprejemljivimi čakalnimi dobami treba načrtovati tudi število zobozdravnikov in programov za izvajanje zobozdravstvene dejavnosti v skladu s potrebami prebivalstva in zmožnostmi financiranja.

Aktivnost: Krepitev primarnega zdravstvenega varstva

S krepitvijo mreže na primarni ravni zdravstvenega varstva bomo izboljšali dostopnost do zdravstvenih storitev čim bližje prebivalcem in omogočili celostno obravnavo ter usmerjenost v preventivno zdravstveno varstvo. Zagotovili bomo tudi boljšo povezanost primarnega zdravstvenega varstva z drugimi izvajalci zdravstvene dejavnosti, s socialnim varstvom in javnim zdravjem.

Ukrep 1 Sprejem strategije razvoja zdravstvene dejavnosti na primarni ravni

Ukrep 2 Evalvacija projekta RADM in širitev RADM v družinski medicini ter izdelava modela RADM za druge specialnosti na primarni ravni zdravstvenega varstva

Ukrep 3 Poročilo o obremenitvah ambulant na primarni ravni od leta 2013 do leta 2018 in predlog sprememb obstoječega sistema glavarinskih količnikov

Ukrep 4 Sprejem protokolov (pisnih dogovorov) o načinu sodelovanja med ravnmi, vključno z implementacijo modela vključevanja lekarniškega farmacevta in sodelovanja primarne zdravstvene dejavnosti s socialnim varstvom ter vzgojo in izobraževanjem

Ukrep 5 Projekt nadgradnje patronažnega varstva na primarni ravni (posvet in spremembe v organizaciji in financiranju – projekt)

Ukrep 6 Sprejem celovite strategije razvoja zobozdravstva v Sloveniji – z določitvijo mreže zobozdravstvene dejavnosti, opredelitvijo programa in prenovo modela financiranja zobozdravstvenih storitev

Specifični cilj	Kazalniki učinka	Merska enota	Izhodiščna vrednost	Izhodiščno leto	Ciljna vrednost v letu 2025	Vir podatka	Časovni okvir	Vir sredstev za predvidene ukrepe
Integrirana in celovita obravnava Enaka dostopnost do kakovostne in varne oskrbe čim bližje prebivalcem	Poročila o izvajanju Strategije razvoja zdravstvene dejavnosti na primarni ravni, objavljena na spletni strani	Število	0	2015	5	MZ, NIJZ	Sprejeta 2016, poročila na dve leti do 2025	ZZZS, sredstva EU
Usmerjenost v preventivno zdravstveno varstvo Boljša povezanost med ravnmi zdravstvene dejavnosti in s socialnim varstvom	Poročilo o obremenitvah ambulant na primarni ravni od leta 2013 do leta 2018 in predlog sprememb obstoječega sistema glavarinskih količnikov	Število	0	2013	1	MZ	2018	
Upoštevanje spremenjajoče se zdravstvene potrebe starajoče se populacije	Poročilo o evalvaciji referenčnih ambulant, objavljeno na spletni strani MZ	Število	0	2015	1	NIJZ	2018	
Usmerjenost v uporabnika in njegovo opolnomočenje	Model RADM za druge specialnosti na primarni ravni zdravstvenega varstva	Število	0	2015	1	MZ	2018	

Specifični cilj	Kazalniki učinka	Merska enota	Izhodiščna vrednost	Izhodiščno leto	Ciljna vrednost v letu 2025	Vir podatka	Časovni okvir	Vir sredstev za predvidene ukrepe
Integrirana in celovita obravnava Enaka dostopnost do kakovostne in varne oskrbe čim bližje prebivalcem	Protokoli sodelovanja med ravnmi in s socialnim varstvom ter vzgojo in izobraževanjem, objavljeni na spletni strani MZ	Število	0	2015	4	NIJZ, MZ	2017 - 2024	ZZZS, sredstva EU
Usmerjenost v preventivno zdravstveno varstvo Boljša povezanost med ravnmi zdravstvene dejavnosti in s socialnim varstvom	Poročilo o izvajanju modela vključevanja lekarniškega farmacevta	Število	0	2015	1	MZ	2020	
Upoštevanje spremenjajoče se zdravstvene potrebe starajoče se populacije Usmerjenost v uporabnika in njegovo opolnomočenje	Poročilo o izvedbi projekta razvoja patronažne službe, objavljen na spletni strani MZ	Število	0	2015	1	MZ	2017	
	Strategija za razvoj zobozdravstva, objavljena na spletni strani MZ	Število	0	2015	1	MZ	2018	

Nosilec: MZ, ZZZS, MDDSZ, MIZŠ

Specifični cilji: S to aktivnostjo in ukrepi bomo prispevali k: dostopnosti do kakovostne oskrbe na primarni ravni zdravstvenega varstva; učinkovitemu obvladovanju čakalnih vrst; integrirani in celoviti obravnavi; upoštevanju spreminjajočih se zdravstvenih potreb starajoče se populacije; usmerjenosti v uporabnika ter opolnomočenje pacientov.

6.2.3 Celovita/integrirana zdravstvena oskrba

Horizontalna in vertikalna povezanost obravnave v zdravstvu v Sloveniji še vedno ni ustrezno zagotovljena. Horizontalna povezanost obravnave se nanaša predvsem na sodelovanje različnih specialnosti in strok na isti ravni, vertikalna povezanost pa zagotavlja usklajeno zdravstveno obravnavo med različnimi ravnmi zdravstvene dejavnosti. Ključni cilj tovrstnega povezovanja je celovit oziroma integriran pristop k pacientu v celotnem procesu obravnave (diagnostika, zdravljenje, preprečevanje zapletov, rehabilitacija), ki zagotavlja najboljši rezultat.

Čeprav obstaja vrsta primerov dobrih praks na posameznih področjih, v Sloveniji v prakso še vedno niso vpeljana orodja, ki omogočajo načrtovanje in izvajanje celovite/integrirane oskrbe, kot so klinične smernice, klinične poti, koordinator obravnave in protokoli sodelovanja med ravnmi zdravstvenega varstva in s socialnim varstvom.

Pomemben izziv na sekundarni ravni predstavlja premik specialistične obravnave pacienta iz bolnišnice v specialistično ambulanto in domače okolje. Tovrstna nadgradnja sistema zdravstvenega varstva je še zlasti pomembna na področju paliativne dejavnosti, duševnega zdravja, obravnave demence, geriatrične in dolgotrajne oskrbe.

Aktivnost: Zagotovitev celovitega/integriranega pristopa do pacienta v celotnem procesu obravnave

Zagotovili bomo celovit/integriran pristop (projekt) do pacienta v celotnem procesu obravnave in uvedli funkcijo koordinatorja obravnave (case manager), ki bo bolniku načrtoval obravnavo, ga usmerjal in mu svetoval. Zagotovili bomo protokole sodelovanja med različnimi specialnostmi in ravnmi (glej poglavje 6.2.2). Vzpostavili bomo dosledno načrtovanje odpusta pacienta po končanem zdravljenju in prehod v druge oblike obravnave, v kar bodo vključeni izbrani zdravnik in diplomirana medicinska sestra v referenčni ambulanti, patronažna služba ter socialno varstvo, kadar bo to primerno. Osnova za izboljšanje povezovanja bodo opredeljena klinična pot, vzpostavljeni protokoli komunikacije med različnimi ravnmi, specialnostmi in službami (vključno s socialnim varstvom) in zagotovljen ustrezen informacijski sistem (poglavje 6.3). Zagotovili bomo klinične smernice, ki bodo podpirale integrirano/celovito zdravstveno oskrbo pacienta.

Ukrep 1 Projekt za celovit/integriran pristop do pacienta v celotnem procesu obravnave

Ukrep 2 Prenova usmeritev za vzpostavitev kliničnih poti

Ukrep 3 Nacionalne usmeritve za pripravo kliničnih smernic za posamezna področja medicinske obravnave

Specifični cilj: Z aktivnostjo in ukrepi na tem področju prispevamo k integrirani in celoviti obravnavi.

Specifični cilj	Kazalniki učinka	Merska enota	Izhodiščna vrednost	Izhodiščno leto	Ciljna vrednost v letu 2025	Vir podatka	Časovni okvir	Vir sredstev za predvidene ukrepe
Integrirana in celovita obravnava	Poročila o izvajanju projekta za celovito/integrirano obravnavo	Število	0	2015	2	MZ	2017 - 2022	Proračun RS
	Nacionalne smernice za vzpostavitve kliničnih poti, objavljene na spletni strani MZ	Število	0	2014	1	MZ	2018	
	Nacionalne klinične smernice, objavljene na spletni strani ZZS in SZD	Število	5	2015	1	ZZZS, SZD	2025	

Nosilci: MZ, RSK-ji

6.2.4 Rehabilitacija in reintegracija pacientov

Število invalidov druge in tretje kategorije je zelo visoko, s staranjem delovne populacije pa se še pričakuje povečevanje invalidnosti. Glavni vzrok za omejeno delazmožnost in socialno vključenost so kostno-mišične bolezni. Za čimprejšnjo vrnitev v delovno in socialno okolje sta ključni ustrezna rehabilitacija in reintegracija pacienta, ki večinoma še nista integralni del celovite zdravstvene oskrbe in se ne načrtujeta vzporedno z načrtovanjem zdravljenja oziroma nista predmet načrta odpusta. Programi rehabilitacije in reintegracije se izvajajo na različnih ravneh zdravstvene oskrbe. Poklicna rehabilitacija na primarni ravni in vračanje na delo sta področji, kjer sodelovanje ponekod že poteka, vendar ni sistemsko urejeno.

Pri možganskih poškodbah se npr. soočamo s problemom nadaljevanja akutne/postakutne obravnave oseb s pridobljeno možgansko poškodbo (PMP) (bolnišnična obravnava) v podaljšani intenzivni rehabilitaciji ali dolgotrajni rehabilitaciji z dnevnimi in celodnevnimi oblikami rehabilitacijskih obravnav, podpornimi obravnavami ter storitvami v skupnosti. Socialna in zdravstvena obravnava sta v dolgotrajni rehabilitaciji oseb s pridobljeno možgansko poškodbo (PMP) sicer vsaka zase strokovno opredeljeni, vendar manjkata opredelitev celovite obravnave z ustrežno povezavo med zdravstvom, socialnim varstvom in šolstvom ter oblikovanje mreže storitev glede na regionalna področja z ustrežno dostopnostjo do storitev dolgotrajne rehabilitacije.

Aktivnost: Zagotavljanje programov rehabilitacije in reintegracije, skladno s potrebami prebivalstva

Programne rehabilitacije in reintegracije bomo prilagodili, razvijali in širili glede na potrebe vseh skupin prebivalstva, zagotovili spremljanje in, kadar je to potrebno, nadaljnje zdravljenje. Preoblikovali bomo strokovne in kadrovske smernice in doktrino, ki bodo predstavljale izhodišče za širitev rehabilitacijskih programov. Za celovito rehabilitacijo in integracijo bomo vzpostavili rehabilitacijske time, v katere se bodo vključevali strokovnjaki različnih specialnosti in strok. Zagotovili bomo hitro in usklajeno rehabilitacijo z dobrim sodelovanjem v interdisciplinarnem timu različnih strokovnjakov za čimprejšnje vračanje na delo in socialno aktivacijo. Z razvojem skupnostne skrbi in mreže izvajalcev dolgotrajne rehabilitacije za osebe s PMP bomo povezali programe zdravstvene in socialne obravnave vseh izvajalcev, vključenih v mrežo, in jih približali uporabniku. Zagotovili bomo prostorske kapacitete za rehabilitacijo oseb po nevroloških obolenjih.

Ukrep 1 Analiza stanja in potreb po programih rehabilitacije in reintegracije

Ukrep 2 Smernice za programe rehabilitacije in reintegracije ter nadgradnja aktivnosti področja delovne rehabilitacije

Ukrep 3 Projekt dolgotrajne rehabilitacije oseb s PMP

Ukrep 4 Zagotovitev prostorskih kapacitet za rehabilitacijo in reintegracijo po nevroloških obolenjih in poškodbah glave ter zagotovitev prostorskih kapacitet za reintegracijo teh oseb po zaključeni rehabilitaciji

Specifični cilj: Z aktivnostmi in ukrepi na tem področju prispevamo k: integrirani in celoviti obravnavi, ki bo zagotavljala čimprejšnjo pacientovo družbeno in poklicno udejstvovanje; upoštevanju spreminjajočih se zdravstvenih potreb starajoče se populacije; usmerjenosti v pacienta ter opolnomočenju pacientov.

Specifični cilj	Kazalniki učinka	Merska enota	Izhodiščna vrednost	Izhodiščno leto	Ciljna vrednost v letu 2025	Vir podatka	Časovni okvir	Vir sredstev za predvidene ukrepe
Integrirana in celovita obravnava	Analiza stanja in potreb po programih rehabilitacije in re-integracije, objavljena na spletnih straneh MZ	Število	0	2015	1	MZ	2017	Proračun RS, sredstva EU
	Smernice za programe rehabilitacije in re-integracije, objavljene na spletnih straneh MZ, MDDSZ, ZZZS in ZZS	Število	0	2015	1	MZ	2020	
	Poročilo o izvajanju projekta dolgotrajne rehabilitacije oseb s PMP, objavljeno na spletni strani MZ	Število	0	2015	1	MZ	2022	
	Poročilo o zaključeni investiciji v kapacitete za rehabilitacijo in reintegracijo pacientov po nevroloških obolenjih in poškodbah glave, objavljeno na spletni strani MZ	Število	5	2015	1	MZ	2022	

Nosilec: MZ, ZZZS, MDDSZ, Uri – Soča, UKC – KIMPDŠ

6.2.5 Organizacija nujne medicinske pomoči

Sedanja organizacija nujne medicinske pomoči (NMP) v Sloveniji ne omogoča optimalne kakovosti in uspešnosti obravnave življenje ogrožajočih akutnih zdravstvenih stanj. Nadgradnja sistema zdravstvenega varstva za hitro in učinkovito obravnavo nujnih primerov, ki je v teku, temelji na reorganizaciji NMP – tako na primarni kot tudi sekundarni ravni zdravstvene dejavnosti. Vključuje vzpostavitev urgentnih centrov in enote dispečerske službe zdravstva ter posledično pomeni reorganizacijo obstoječe mreže ekip službe nujne medicinske pomoči. Področje ureja novi Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči (Uradni list RS, št. 81/15). S tem bodo zagotovljeni optimalna organizacija službe nujne medicinske pomoči, hitra oskrba pacienta ter učinkovito razpolaganje s kadrovskimi viri in opremo. Reorganizacija službe nujne medicinske pomoči pomeni nujno odpravo razlik med regijami v infrastrukturi za izvajanje NMP in zagotavlja uspešnost zdravljenja akutnih obolenj, ki zahtevajo hitro obravnavo.

Aktivnost: Okrepitev službe nujne medicinske pomoči in izboljšanje dostopnosti do nujne medicinske pomoči

Z umestitvijo urgentnih centrov za odrasle in otroke v mrežo izvajalcev zdravstvene dejavnosti in vzpostavitev enote dispečerske službe zdravstva bomo omogočili optimalno hitrost in uspešnost obravnave življenje ogrožajočih akutnih stanj.

Ukrep 1 Projekt vzpostavitve delovanja mreže urgentnih centrov in enotne dispečerske službe zdravstva (dispečerskih centrov) za zagotavljanje zmogljive in hitre podatkovne ter transportne povezave med omenjenimi deležniki in z regijskimi centri za obveščanje, ki sprejemajo klice v sili na številki 112

Ukrep 2 Protokoli za povezovanje mreže urgentnih centrov z ostalimi zdravstvenimi dejavnostmi

Specifični cilj: Z aktivnostmi in ukrepi na tem področju bomo zagotovili enako dostopnost do kakovostne in varne oskrbe čim bližje prebivalcem.

Specifični cilj	Kazalniki učinka	Merska enota	Izhodiščna vrednost	Izhodiščno leto	Ciljna vrednost v letu 2025	Vir podatka	Časovni okvir	Vir sredstev za predvidene ukrepe
Enaka dostopnost do kakovostne in varne zdravstvene oskrbe čim bližje prebivalcem	Poročilo o izvajanju projekta vzpostavitve urgentnih centrov in dispečerskih centrov, objavljeno na spletni strani MZ	Število	0	2015	3	MZ	2016	Proračun RS, sredstva EU
	Protokoli za povezovanje mreže urgentnih centrov z ostalimi zdravstvenimi dejavnostmi, objavljeni na spletni strani MZ	Število	0	2015	20	MZ	2019	

Nosilec: MZ, ZZZS, SZD, ZZS, RSK-ji

6.2.6 Dejavnost laboratorijske medicine

Dejavnost laboratorijske medicine je po veljavni zakonodaji del zdravstvene dejavnosti. Po nekaterih podatkih iz tujine je več kot tri četrtine kliničnih odločitev v zdravstvu vezanih na izvide laboratorijskih preiskav. Področje laboratorijske medicine je torej izjemno pomembno za zagotavljanje kakovostne obravnave pacientov in njihovo varnost kot tudi za obvladovanje stroškov zdravstvene obravnave.

V Sloveniji je laboratorijska dejavnost razdrobljena, rezultati laboratorijskih preiskav pogosto niso primerljivi med različnimi izvajalci in za izvajanje posameznih vrst preiskav niso določeni nacionalni referenčni centri. Mreža laboratorijev (znotraj ZD, splošnih bolnišnic (SB), univerzitetnih kliničnih centrov (UKC) in samostojnih) ne ustreza potrebam po zadostni koncentraciji preiskav in ustrezni kadrovski zasedbi. Področje laboratorijskih preiskav/laboratorijske medicine je bilo do sprejetja Pravilnika o pogojih, ki jih morajo izpolnjevati laboratoriji za izvajanje preiskav na področju laboratorijske medicine, zanemarjeno in še posebej na področju primarnega zdravstva podnormirano. Ukrepi izvajanja tega pravilnika so se v zadnjih desetih letih izkazali za pomemben dejavnik dviga kakovosti in varnosti in jih je smiselno nadgraditi s strateško vizijo, ki bo opredelila tudi mednarodno usklajene, priznane in standardizirane postopke ugotavljanja usposobljenosti laboratorijev. Zagotavljanje kakovosti na področju laboratorijske dejavnosti v statistično opredeljenih regijah države ni enakomerno. Nujno je, da so laboratorijski izvidi, ki omogočajo zdravniku odločanje o ukrepih

in terapiji, zanesljivi, primerljivi skozi daljše časovno obdobje ter dostopni različnim zdravstvenim izvajalcem, ki obravnavajo bolnika.

Po podatkih EU se delež laboratorijskih preiskav v povprečju na letni ravni povečuje za več kot 8 odstotkov, kar predstavlja razlog za ukrepanje. Ukrepi za obvladovanje stroškov za laboratorijske preiskave morajo temeljiti na: integraciji in povezovanju izvajalcev laboratorijske dejavnosti v regijah; sodelovanju z naročniki diagnostičnih storitev; upoštevanju kadrovskega normativov za minimalno laboratorijsko ekipo, ki lahko učinkovito podpira obravnavo pacientov (24/7 oziroma 12/5); odgovornosti specialista ustrezne laboratorijske smeri (na primarni ravni predvsem specialist medicinske biokemije) za kakovost izvedbe laboratorijskih storitev.

Na področju mikrobiološke laboratorijske dejavnosti je nujno opredeliti mrežo laboratorijev, ki je zaradi obvladovanja nalezljivih bolezni, obvladovanja odpornosti mikroorganizmov in preprečevanja in obvladovanja okužb, povezanih z zdravstveno oskrbo, v javnem interesu. Zagotoviti je treba diagnostično javnozdravstveno pedagoško in raziskovalno dejavnost s ciljem hitrega in učinkovitega odziva na izredne dogodke.

Aktivnost: Krepitev nacionalne mreže laboratorijev

Definirali bomo javno laboratorijsko dejavnost za zdravstvo, mrežo izvajalcev, zmogljivosti in standarde kakovosti. Vzpostavil bomo nacionalne referenčne centre za izvajanje posameznih preiskav.

Ukrep 1 Strategija razvoja laboratorijske dejavnosti

Ukrep 2 Projekt vzpostavitve referenčnih centrov in mreže medicinskih laboratorijev

Specifični cilj: Z aktivnostmi in ukrepi na tem področju bomo zagotovili enako dostopnost do kakovostne in varne oskrbe čim bližje prebivalcem.

Specifični cilj	Kazalniki učinka	Merska enota	Izhodiščna vrednost	Izhodiščno leto	Ciljna vrednost v letu 2025	Vir podatka	Časovni okvir	Vir sredstev za predvidene ukrepe
Enaka dostopnost do kakovostne in varne laboratorijske oskrbe čim bližje prebivalcem	Strategija razvoja laboratorijske dejavnosti, objavljena na spletnih straneh MZ	Število	0	2015	1	MZ	2018	Proračun RS, ZZS, sredstva EU
	Poročilo o izvedbi projekta vzpostavitve referenčnih centrov in mreže medicinskih laboratorijev	Število	0	2015	1	MZ	2022	

Nosilec: MZ, NLZOH

6.2.7 Duševno zdravje

Duševne bolezni predstavljajo družbeno in ekonomsko breme, ki naj bi po ocenah strokovnjakov v prihodnje še naraščalo. Kakovostni programi krepitve duševnega zdravja, preprečevanja, zgodnjega odkrivanja in zdravljenja duševnih motenj, psihoterapije, rehabilitacije in socialne integracije oseb s težavami v duševnem zdravju še niso enako dostopni za vse skupine prebivalstva. To še zlasti velja za ranljive skupine, kamor uvrščamo otroke in mladostnike, starejše, revne, osebe z različnimi oblikami oviranosti, priseljence in etnične manjšine, vključno z Romi, in nekatere druge skupine prebivalstva. Čeprav obstaja nekaj primerov dobre prakse, skupnostna skrb v Sloveniji še ni ustrezno umeščena v celovito in integrirano obravnavo pacientov s težavami v duševnem zdravju. Manjka strateški pristop do zagotavljanja oskrbe pacientov s težavami v duševnem zdravju, ki bo zagotavljal dobro povezanost različnih profilov znotraj zdravstva in omogočal optimalno sodelovanje zdravstvenega varstva z resorjem socialnega varstva in drugimi resorji na tem področju, tako da bo pacient deležen celovite oskrbe in pomoči v okolju, kjer dela in živi.

Aktivnost: Razvoj in krepitev področja duševnega zdravja

Naredili bomo oceno potreb po celovitem zdravljenju in obravnavi oseb s težavami v duševnem zdravju, ki bo izhodišče za načrtovanje zmogljivosti in na podlagi katere se bodo lahko različne službe povezale in zagotovile celovito zdravstveno in socialno obravnavo pacienta s težavami v duševnem zdravju. Zdravljenje osebe s težavami v duševnem zdravju v hospitalni in izvenhospitalni dejavnosti ter njegova psihosocialna in zaposlitvena rehabilitacija v skupnosti bosta predstavljala sestavni del istega procesa. Da bi zagotovili nepretrgano in učinkovito obravnavo oseb z duševnimi motnjami, bomo razvijali povezovanje med primarno in sekundarno ravno zdravstvene dejavnosti ter skupnostno skrb čim bližje domu uporabnika. Posebna pozornost bo namenjena prehodu z različnih oblik institucionalne oskrbe do storitev v skupnosti in pacientom s težavami v duševnem zdravju iz ranljivih skupin prebivalstva, tudi v smislu boljše povezanosti med zdravstvom in socialnim varstvom, šolstvom in nevladnimi organizacijami.

Izziv predstavlja tudi forenzična obravnava psihiatričnih bolnikov, za katero bomo vzpostavili multidisciplinarni sistem obravnave po modelu modernih evropskih psihiatričnih bolnišnic, ki ga bosta sestavljala zdravljenje in poforenzična psihosocialna rehabilitacijska obravnava, za kar bo potrebno tesno sodelovanje področja zdravstva, sociale in pravosodja. V tem trenutku namreč beležimo opazen delež povratnikov, ki krožijo v sistemu zdravstvene, socialne in skupnostne obravnave.

Pri krepitvi duševnega zdravja in preprečevanju duševnih motenj bomo zagotovili promocijo duševnega zdravja v različnih življenjskih obdobjih in okoljih, zlasti na primarni ravni zdravstvenega varstva s poudarkom na ranljivih skupinah prebivalstva.

Ukrep 1 Ocena potreb po celovitem zdravljenju in obravnavi oseb s težavami v duševnem zdravju

Ukrep 2 Sprejem novega nacionalnega programa varovanja duševnega zdravja

Ukrep 3 Spremembe Zakona o duševnem zdravju

Ukrep 4 Protokol sodelovanja zdravstvenega varstva z izvajalci na področju socialnega varstva in izobraževanja

Ukrep 5 Razvoj programov integrirane skupnostne obravnave in podpore osebam z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju

Ukrep 6 Smernice za programe in storitve, ki jih bodo izvajale nevladne organizacije, prostovoljci, svojci in drugi

Ukrep 7 Razvoj modela nacionalne mreže služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov

Specifični cilj: Z aktivnostmi na tem področju bomo zagotavljali: celovito/integrirano obravnavo pacienta z duševnimi motnjami; enako dostopnost do kakovostne obravnave čim bližje prebivalcem; boljšo povezanost med ravnmi zdravstvene dejavnosti in s socialnim varstvom in usmerjenost v uporabnika in njegovo opolnomočenje.

Specifični cilj	Kazalniki učinka	Merska enota	Izhodiščna vrednost	Izhodiščno leto	Ciljna vrednost v letu 2025	Vir podatka	Časovni okvir	Vir sredstev za predvidene ukrepe
Celovita/integrirana obravnava pacienta z duševnimi motnjami	Nacionalni program varovanja duševnega zdravja, objavljen v UL	Število	0	2015	1	MZ	2017	Proračun RS, sredstva EU
Enaka dostopnost do kakovostne obravnave čim bližje prebivalcem	Poročila o izvajanju Nacionalnega programa varovanja duševnega zdravja, objavljena na spletni strani MZ	Število	0	2015	3	MZ	2025	
Boljša povezanost med ravnmi zdravstvene dejavnosti in s socialnim varstvom	Spremembe Zakona o duševnem zdravju, objavljene v UL	Število	0	2015	1	MZ	2018	
Usmerjenost v uporabnika in njegovo opolnomočenje	Protokol sodelovanja z izvajalci na področju socialnega varstva in izobraževanja, objavljen na spletnih straneh	Število	0	2015	1	MZ	2019	

Specifični cilj	Kazalniki učinka	Merska enota	Izhodiščna vrednost	Izhodiščno leto	Ciljna vrednost v letu 2025	Vir podatka	Časovni okvir	Vir sredstev za predvidene ukrepe
Celovita/integrirana obravnava pacienta z duševnimi motnjami	Smernice za programe in storitve, ki jih bodo izvajale nevladne organizacije, prostovoljci, svojci in drugi, objavljene na spletni strani MZ	Število	0	2015	1	MZ	2019	Proračun RS, sredstva EU
Enaka dostopnost do kakovostne obravnave čim bližje prebivalcem	Poročilo o izvedbi modela nacionalne mreže služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov, objavljeno na spletni strani MZ	Število	0	2015	1	MZ	2017	
Boljša povezanost med ravni zdravstvene dejavnosti in s socialnim varstvom								
Usmerjenost v uporabnika in njegovo opolnomočenje								

Nosilec: MZ, MDDSZ

6.2.8 Geriatrija

Nepovezana, različno dostopna in nedorečena je tudi zdravstvena obravnava tistih, ki imajo hkrati več zdravstvenih problemov (multimorbidnost), socialne in druge probleme, potrebujejo geriatrično obravnavo, rehabilitacijo, paliativno oskrbo in dolgotrajno oskrbo na domu po zaključenem zdravljenju ali pomoč pri skrbi za svojo kronično bolezen ter pri dnevnih aktivnostih.

V Sloveniji nimamo vzpostavljenega sistema, ki bi zagotavljal sistematično prepoznavanje (geriatrična ocena) in najbolj optimalno oskrbo pacientov, ki so krhki, multimorbidni in izpostavljeni tveganju za razvoj nezmožnosti ali izgubo avtonomije. Ti pacienti potrebujejo celovit pristop, ki ga zagotavlja interdisciplinarni tim s ciljem izboljšanja posameznikove funkcije in kakovosti bivanja. Pomen usklajenosti oskrbe je pri vodenju geriatričnega pacienta še bistveno večji kot pri vodenju pacienta

s kronično boleznijo. Polifarmacija, ki je posledica multimorbidnosti, in na drugi strani omejena mobilnost ter zmanjšane kognitivne funkcije geriatričnih pacientov so pogosto vzrok za neskladno jemanje zdravil. Osebna dostava zdravil in hkratno preverjanje in svetovanje za njihovo pravilno jemanje pomembno prispevajo k podalšanju samostojnosti takih pacientov ter dokazano zmanjšajo resnost in pojavnost z zdravili povezanih problemov.

Med letoma 1966 in 1988 je v Ljubljani že deloval Inštitut za gerontologijo in geriatrijo, drugod po Sloveniji pa gerontološki dispanzerji. Danes oskrbo doma živečih in institucionaliziranih starih oseb vodijo specialisti družinske medicine. Na sekundarni ravni so starostniki obravnavani pri specialistih za posamezne organske sisteme. Poleg Centra za geriatrično medicino v UKC Ljubljana na področju geriatrične medicine usmerjeno delujejo gerontopsihiatrični oddelki v psihiatričnih bolnišnicah. Izobraževanje je na dodiplomski ravni v obliki samostojnega predmeta na Medicinski fakulteti Maribor (MF-MB) in v obliki integralnega poučevanja na Medicinski fakulteti Ljubljana (MF-LJ). Podiplomskega izobraževanja z možnostjo pridobitve dodatne usposobljenosti ali specializacije v Sloveniji ni.

Stroka je pripravila predlog razvoja geriatrične medicine v Sloveniji, ki v prvi fazi predvideva ustanovitev in financiranje ustreznih enot v UKC Ljubljana in UKC Maribor, v nadaljevanju pa tudi v drugih bolnišnicah, kjer bo izkazan interes in izpolnjeni ustrezni prostorski in kadrovski pogoji. Ker se s starostniki najprej in največ srečujejo zdravstveni delavci v primarnem zdravstvenem varstvu, jim bo treba zagotoviti ustrezna znanja in kapacitete za prepoznavanje in obravnavo krhkosti pri pacientih. Tudi na tem področju bo ključno zagotoviti dobro horizontalno in vertikalno povezanost znotraj zdravstva in sodelovanje s socialnim varstvom.

Aktivnost: Zagotavljanje celovite geriatrične obravnave krhkih in multimorbidnih pacientov

Geriatrsko obravnavo bomo umestili v zdravstveno dejavnost na vseh ravneh zdravstvenega varstva in zagotovili povezovanje s socialnim varstvom za boljše prepoznavanje in zadovoljevanje potreb po tovrstni obravnavi.

Ukrep 1 Vzpostavitev geriatričnih oddelkov in drugih oblik geriatrične obravnave na sekundarni ravni zdravstvenega varstva (npr. ambulate za obravnavo padcev)

Ukrep 2 Smernice in protokol za obravnavo krhkosti oziroma ogroženosti za razvoj nezmožnosti in izgube avtonomije ter usposabljanje za izvajanje smernic

Ukrep 3 Protokoli povezovanja zdravstva in socialnega varstva z namenom čim daljšega bivanja teh pacientov v domačem okolju

Ukrep 4 Smernice za vzpostavitev individualizirane preskrbe z zdravili, vključno z njihovo dostavo in skrbjo za varno in pravilno jemanje za krhke in multimorbidne paciente – tako v institucionalni kot domači oskrbi

Specifični cilj: Z aktivnostjo in ukrepi na tem področju bomo zagotovili za vse enako dostopnost do kakovostnih in varnih zdravstvenih storitev, integrirano in celovito obravnavo in upoštevanje spreminjajočih se zdravstvenih potreb starajoče se populacije.

Specifični cilj	Kazalniki učinka	Merska enota	Izhodiščna vrednost	Izhodiščno leto	Ciljna vrednost v letu 2025	Vir podatka	Časovni okvir	Vir sredstev za predvidene ukrepe
Za vse enaka dostopnost do kakovostne in varne oskrbe čim bližje prebivalcem	Poročilo o vzpostavitvi geriatričnega oddelka oziroma druge oblike geriatrične obravnave na sekundarni ravni, objavljeno na spletni strani MZ	Število	0	2015	3	MZ	2017	Proračun RS, ZZZS, sredstva EU
Integrirana in celovita obravnava								
Upoštevanje spremenjajoče se zdravstvene potrebe starajoče se populacije	Smernice in protokol, objavljeni na spletni strani SZD, poročilo o usposabljanjih, objavljeno na spletni strani SZD	Število	0	2015	1	ZDS	Smernice in protokol do 2020, usposabljanja do 2025	
	Protokol sodelovanja zdravstva in socialnega varstva, objavljen na spletnih straneh MZ in MDDSZ	Število	0	2015	1	MZ	2020	

Nosilec: MZ, MDDSZ

6.2.9 Dolgotrajna oskrba

S staranjem prebivalstva se povečuje število oseb, ki imajo več bolezni hkrati (multimorbidnost), upad funkcionalnih sposobnosti in potrebujejo storitve dolgotrajne oskrbe oziroma pomoč pri osnovnih dnevni aktivnostih (umivanje, oblačenje, skrb za inkontinenco, vstajanje iz postelje, hranjenje...) ter instrumentalnih dnevni aktivnostih (na primer nakupovanje, plačevanje položnic, upravljanje s telekomunikacijskimi napravami, gospodinjstvo). Pomoč pri osnovnih in podpornih dnevni aktivnostih potrebujejo tudi osebe z različnimi oviranostmi, ki niso odvisne od starosti. Dolgotrajna oskrba je izrazito medsektorsko področje, zato jo je mogoče urediti le s sodelovanjem med zdravstvenim in socialnim varstvom in vključevanjem svojcev, prostovoljcev, nevladnih organizacij in zasebnega sektorja.

V Sloveniji smo v letu 2013 za dolgotrajno oskrbo porabili 9,6 odstotka celotnih zdravstvenih izdatkov. Delež sredstev za dolgotrajno oskrbo, ki se financira iz zdravstva, se večja bistveno hitreje kot celotni izdatki za zdravstveno varstvo (v letu 2003 8,1 odstotkov), večina sredstev pa se zagotavlja iz javnih virov (SURs 2015, Izdatki in viri za zdravstveno varstvo). Pomembno hitreje se povečujejo stroški za socialni del dolgotrajne oskrbe, ki se pretežno krijejo iz zasebnih virov (v letu 2013 75 %).

Slovenija glede vključenosti ljudi v dolgotrajno oskrbo zaostaja za povprečjem OECD, vendar se delež vključenih postopoma večja. Delež populacije nad 65 let, ki je vključen v dolgotrajno oskrbo, je po podatkih SURs v letu 2011 znašal 11,9 odstotkov (povprečje OECD 12,9 odstotkov). 35 odstotkov prejemnikov dolgotrajne oskrbe je institucionaliziranih, 34 odstotkov je deležnih dolgotrajne oskrbe na domu, približno 30 odstotkov pa prejema zgolj dodatek za pomoč in postrežbo, da lahko plačajo pomoč na domu, in 1 odstotek je tistih, ki so v institucijah deležni zgolj dnevne oskrbe. Pri tem gre 78 odstotka (2013) sredstev za dolgotrajno oskrbo za institucionalne oblike dolgotrajne oskrbe, 22 odstotka za dolgotrajno oskrbo na domu. V skandinavskih državah je ta delež obrnjen, v povprečju v EU pa je razmerje okoli 50 : 50. V Sloveniji je v obdobju 2000-2011 delež izdatkov za dolgotrajno oskrbo na domu (patronaža, denarni prejemki, storitve pomoči na domu), ki se financira iz javnih sredstev, v primerjavi z 19 državami OECD rasel najpočasneje. Večina držav je v navedenem obdobju pospešila javna vlaganja v dolgotrajno oskrbo na domu, v Sloveniji pa se še vedno največ investira v institucionalno oskrbo (UMAR, Poročilo o razvoju 2015).

Ključni izziv v Sloveniji je zato vzpostavitev celovitega in integriranega sistema dolgotrajne oskrbe, s poudarkom na de-institucionalizaciji in razvoju skupnostnih oblik bivanja in varstva. Neustrezna je tudi kadrovska struktura za dolgotrajno oskrbo na primarni ravni, v domovih za starejše občane, v drugih socialnih zavodih, kakor tudi za zagotavljanje dolgotrajne oskrbe v domačem okolju. Na področju dolgotrajne oskrbe prepoznavamo potrebo po povečanju mreže patronažne službe ter sodelovanju strokovnjakov različnih specialnosti, ki sodelujejo na področju dolgotrajne oskrbe. Zlasti v domačem okolju bo treba zagotoviti večjo povezanost socialne in zdravstvene obravnave. S finančnimi viri, ki so že na voljo za zagotavljanje dolgotrajne oskrbe, ne bo mogoče ustrezno urediti in razvijati dostopne, usklajene in kakovostne dolgotrajne oskrbe, v kateri bodo upoštevane naraščajoče potrebe in sodobni pristopi in oblike delovanja, ki so usmerjene na zagotavljanje nege in pomoči na domu.

Velik izziv pri zagotavljanju dolgotrajne oskrbe predstavlja tudi porast oseb z demenco. Zdravljenje demence zahteva neprestano vključenost ter sodelovanje svojcev, kasneje pa tudi dolgotrajno oskrbo. Zgodnja diagnostika, izobraževanje svojcev in zdravljenje pacientov z blagim upadom umskih sposobnosti oziroma demenco pomembno upočasnijo napredovanje bolezni, izboljša pa tudi kakovost življenja pacientov in svojcev ter zmanjša število bolnišničnih sprejemov in odloži premestitev bolnih v domsko oskrbo.

V reševanje problematike posledic demence se vključujeta predvsem MZ in Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti RS (MDDSZ), zato je ključno stalno medsebojno sodelovanje in povezovanje, tako med ministrstvi kot med pristojnimi inštitucijami na obeh področjih. V prihodnosti so med pomembnejšimi nalogami krepitev storitev v domačem okolju in ustanovitev centrov za demenco (dnevna oskrba, informacije o zdravljenju in drugo), kjer osebe z demenco in njihovi svojci dobijo pomoč na enem mestu s pomočjo zdravstvenega in socialnega tima.

Aktivnost: Vzpostavitev sistema dolgotrajne oskrbe

V prihodnje bomo zagotovili celovito ureditev financiranja in izvajanja storitev socialne in zdravstvene pomoči za osebe, ki so dolgotrajno odvisne od pomoči drugih. Sistem dolgotrajne oskrbe, ki vključuje tudi osebno asistenco, bo temeljil na enotnem ocenjevanju potreb in dostopu do storitev ter usklajenem izvajanju dejavnosti v različnih oblikah. Vzpostavili bomo pogoje za razvoj različnih oblik dolgotrajne oskrbe in podpore samostojnemu bivanju v domačem okolju in zagotovili povezovanje resorja zdravstva in socialnega varstva in vključevanje lokalne skupnosti in nevladnih organizacij. Hkrati si bomo z namenom čim daljšega bivanja v domačem okolju prizadevali tudi za zagotovitev pogojev za zdrav način življenja in socialno vključenost v vseh življenjskih obdobjih, tudi v starosti. Zagotovili bomo dostopnost do informacij o storitvah in pomoči iz nevladnega, javnega in zasebnega sektorja na enem mestu.

Ukrep 1 Sprejem Zakona o dolgotrajni oskrbi in osebni asistenci (MDDSZ)

Ukrep 2 Razvoj modelov skupnostnih oblik dolgotrajne oskrbe, vključno s spodbujanjem preventive, zgodnje rehabilitacije in uporabe IKT na področju dolgotrajne oskrbe in osebne asistenc

Ukrep 3 Izvedba pilotnega projekta enotne vstopne točke za dolgotrajno oskrbo in osebno asistenco in koordinacije obravnave v skupnosti za uporabnike storitev dolgotrajne oskrbe in osebne asistenc

Ukrep 4 Vzpostavitev enotne informacijske točke za dolgotrajno oskrbo in enotnega postopka ugotavljanja potreb po tuji pomoči in oskrbi

Specifični cilj: Z aktivnostmi in ukrepi na tem področju bomo zagotovili za vse enako dostopnost do kakovostnih in varnih zdravstvenih storitev, integrirano in celovito obravnavo, upoštevanje spreminjajočih se zdravstvenih potreb starajoče se populacije.

Specifični cilj	Kazalniki učinka	Merska enota	Izhodiščna vrednost	Izhodiščno leto	Ciljna vrednost v letu 2025	Vir podatka	Časovni okvir	Vir sredstev za predvidene ukrepe
Enaka dostopnost do kakovostne in varne oskrbe čim bližje prebivalcem	Sprejem Zakona o dolgotrajni oskrbi in osebni asistenci, objavljen v UL	Število	0	2015	1	MDDSZ	2016	MDDSZ, ZZZS, MZ, sredstva EU
Integrirana in celovita obravnava	Protokol sodelovanja s socialnim varstvom, vključno z izobraževanjem za delo na tem področju, objavljen na spletni strani MZ in MDDSZ	Število	0	2015	1	MZ, MDDSZ	2016, izobraževanje do leta 2020	
Upoštevanje spremenjajoče se zdravstvene potrebe starajoče se populacije	Poročilo o izvedbi pilotnega projekta implementacije dolgotrajne oskrbe v praksi, objavljeno na spletni strani MZ in MDDSZ	Število	0	2015	1	MZ, MDDSZ	2018	
	Enotna informacijska točka za dolgotrajno oskrbo, vzpostavljena na spletni strani MZ in MDDSZ	Število	0	2015	1	MZ, MDDSZ	2018	

Nosilec: MDDSZ, MZ, ZZZS, lokalne skupnosti

Aktivnost: Ureditev področja obravnave pacientov z demenco

Za kakovostno obravnavo demence bomo zagotovili celovit pristop, usklajeno delovanje različnih zdravstvenih profilov, sodelovanje različnih ravni zdravstvenega varstva in povezovanje s socialnim varstvom.

Ukrep 1 Sprejem strategije za obravnavo pacientov z demenco

Ukrep 2 Protokol sodelovanja s socialnim varstvom, vključno z izobraževanjem za delo na tem področju

Ukrep 3 Pilotni projekt implementacije dolgotrajne oskrbe pacientov z demenco

Specifični cilj	Kazalniki učinka	Merska enota	Izhodiščna vrednost	Izhodiščno leto	Ciljna vrednost v letu 2025	Vir podatka	Časovni okvir	Vir sredstev za predvidene ukrepe
Enaka dostopnost do kakovostne in varne oskrbe čim bližje prebivalcem	Strategija za obravnavo pacientov z demenco, objavljena na spletni strani MZ	Število	0	2015	1	MZ	2016	MDDSZ, MZ, ZZZS, lokalne skupnosti
Integrirana in celovita obravnava	Protokol sodelovanja s socialnim varstvom, vključno z izobraževanjem za delo na tem področju, objavljen na spletni strani MZ in MDDSZ	Število	0	2015	1	MZ	2017	
Upoštevane spremenjajoče se zdravstvene potrebe starajoče se populacije	Poročilo o izvedbi Pilotnega projekta implementacije dolgotrajne oskrbe pacientov z demenco, objavljeno na spletni strani MZ, MDDSZ	Število	0	2015	1	MZ	2021	

Nosilec: MDDSZ, MZ, ZZZS, lokalne skupnosti

6.2.10 Paliativna oskrba

Paliativna oskrba se izvaja v sodelovanju zdravstvenega in socialnega varstva in mora biti dostopna vsem, ki jo potrebujejo. Izvaja se v skladu z državnim programom za paliativo. Je aktivna celostna pomoč pacientom vseh starosti z napredovalo kronično neozdravljivo boleznijo in njihovim bližnjim – slednjim tako v času bolezni kot v procesu žalovanja. Paliativna oskrba ni opredeljena z določenim obolenjem, temveč temelji na oceni stanja pacienta s katero koli napredovalo kronično boleznijo, oceni verjetne napovedi njegove bolezni in oceni specifičnih potreb pacienta in njegovih bližnjih. Oskrba se lahko začne že zgodaj po diagnozi napredovale kronične neozdravljive bolezni in se nadaljuje v procesu umiranja, smrti in žalovanja.

Namen paliativne oskrbe je izboljšati kakovost življenja pacientom in njihovim bližnjim s preventivnimi ukrepi in lajšanjem trpljenja tako, da ga zgodaj prepoznamo, ustrezno ocenimo in obravnavamo. Paliativno oskrbo izvajajo multidisciplinarni paliativni tim in prostovoljci na vseh ravneh zdravstvenega varstva, in sicer v socialnovarstvenih zavodih in na domu.

Na primarni ravni se paliativna oskrba izvaja na pacientovem domu, v institucionalnem varstvu in dnevnem varstvu. Timi osnovne oskrbe se oblikujejo na ravni sodelujočih zdravstvenih domov, socialnovarstvenih ustanov, centrov za socialno delo in hospicev. V obravnavo pacienta na primarni ali sekundarni ravni se lahko vključijo tudi mobilni timi.

Paliativna oskrba je kljub državnemu programu paliativne oskrbe še vedno marsikje v Sloveniji nepovezana, različno dostopna in nedorečena. Najpogostejše pomanjkljivosti paliativne oskrbe na primarni ravni zdravstvenega varstva so: nezadostna priprava pacienta na odpust iz bolnišnice, slaba ocena pacientovih telesnih, psiholoških, socialnih in duhovnih potreb ter ciljev, neustrezna in prepozna obravnava simptomov, nezadostna informiranost pacienta (seznanitev s prognozo bolezni), pomanjkanje informacij o pacientu, pomanjkljiva koordinacija med službami in izvajalci, nepokritost izvajanja paliativne oskrbe prek celega dneva vse dni v tednu, nezadostna psihološka, socialna in duhovna podpora pacientu in njegovim bližnjim.

Aktivnost: Zagotavljanje dostopnosti do paliativne oskrbe

Poenotili in uredili bomo področje paliativne oskrbe, ki bo dostopna vsem, ki jo potrebujejo. Izboljšali bomo kakovost obravnave in omogočiti celosten pristop vsem pacientom s kronično napredovalo neozdravljivo boleznijo in njihovim bližnjim. Zagotovili bomo vsem pacientom enako dostopnost do storitev paliativne oskrbe ter omogočili pravočasno obravnavo pacientov v okolju, kjer živijo. Vrednotenje in izvajanje paliativne oskrbe na vseh ravneh bomo umestili v redni program storitev zdravstvenega varstva.

Ukrep 1 [Evalvacija državnega programa za paliativo](#)

Ukrep 2 [Kriteriji za vključitev pacientov v določene programe paliativne obravnave](#)

Ukrep 3 [Pilotni projekt izvajanja paliativne oskrbe](#)

Specifični cilj: Z aktivnostmi in ukrepi na tem področju bomo zagotovili za vse enako dostopnost do kakovostnih in varnih zdravstvenih storitev; integrirano in celovito obravnavo; upoštevali spreminjajoče se zdravstvene potrebe starajoče se populacije; uresničili usmerjenost v pacienta in njegovo opolnomočenje.

Specifični cilj	Kazalniki učinka	Merska enota	Izhodiščna vrednost	Izhodiščno leto	Ciljna vrednost v letu 2025	Vir podatka	Časovni okvir	Vir sredstev za predvidene ukrepe
<p>Za vse enaka dostopnost do kakovostne in varne oskrbe čim bližje prebivalcem</p> <p>Integrirana in celovita obravnava</p> <p>Upoštevanje spremenjajoče se zdravstvene potrebe starajoče se populacije</p> <p>Usmerjenost v uporabnika in njegovo opolnomočenje</p>	<p>Evalvacija državnega programa za paliativo, objavljena na spletni strani MZ</p>	Število	0	2015	1	MZ	2017	<p>ZZZS, sredstva EU, MDDSZ, MZ</p>
	<p>Seznam kriterijev za vključitev pacientov v paliativno oskrbo, objavljen na spletni strani MZ</p>	Število	0	2015	1	MZ	2017	
	<p>Poročilo o izvedbi pilotnega projekta izvajanja paliativne oskrbe, objavljeno na spletni strani MZ</p>	Število	0	2015	1	MZ	2024	

Nosilec: MZ, MDDSZ, ZZZS, NVO

6.2.11 Preskrba z zdravili in medicinskimi pripomočki ter lekarniška dejavnost

Preskrbo z zdravili na splošno lahko ocenjujemo kot dobro in sorazmerno stopnji razvitosti in potreb javnega zdravstva kot tudi kupni moči sistema javnega financiranja zdravil v Republiki Sloveniji. Slovenija po podatkih OECD porabi za zdravila 358 EUR na prebivalca letno (razpon v 25 državah članicah EU je bil leta 2012 od 195 EUR na Danskem do 550 EUR v Belgiji). Za Slovenijo omenjeni znesek predstavlja 1,8 odstotka BDP, kar jo v okviru držav članic EU (povprečje 1,5 odstotka) uvršča na proporcionalno mesto ob upoštevanju njenih makroekonomskih parametrov. Približno polovica teh stroškov je krita z javnimi sredstvi.³⁰ Podatki kažejo, da se poraba zdravil nenehno povečuje, delež zasebnih sredstev, namenjenih zdravilom, pa bistveno presega tistega, ki ga prebivalci tudi sicer namenjajo za zdravstvene storitve, kar je vsaj delno odraz ukrepov razbremenjevanja javnih izdatkov za zdravila, izvedenih v preteklih letih.

Razvrščanje novih zdravil na liste zdravil³¹ poteka redno. Težave pri dostopnosti do zdravil se pojavljajo na dveh ravneh – oteženi sta dostopnost do novih in dragih inovativnih zdravil in dostopnost do starih zdravil, ki izginjajo s trga. Dostopnost do novih in dragih inovativnih zdravil omejujejo finančna sredstva, dostopnost do že uveljavljenih starejših zdravil pa je motena predvsem zaradi majhnega trga in ukinjanja proizvodnje na svetovni ravni. Slovenija ima vse značilnosti majhnega trga, ki se kažejo v: razmeroma majhnem naboru zdravil, ki so v prometu (približno 6.000 avtoriziranih, od tega 4.000 v sistemu javnega financiranja); dokaj nizki stopnji konkurence med različnimi proizvajalci originalnih, generičnih in podobnih bioloških zdravil; stalnih tveganjih za nastanek motenj v preskrbi z zdravili; začasnih in trajnih odhodih zdravil s trga, ki so posledica proizvajalčevih poslovnih odločitev. JAZMP zato stalno obravnava in odloča o izrednem pravnem statusu nekaterih zdravil, ker jih proizvajalci v Republiki Sloveniji ne registrirajo oziroma jih registrirajo pozno, to pa ima negativen vpliv na njihovo dostopnost.³²

Glede prihoda novih zdravil in njihovega vključevanja v sistem zdravstvenega varstva smo primerljivi z drugimi članicami EU. Postopki za vstop zdravila na tržišče se med državami članicami razlikujejo, cenovna politika je razdrobljena, izmenjava informacij o cenah zdravil pa je omejena in neučinkovita. Preprečevanje vstopa na trg ponarejenim zdravilom v legalno distribucijsko verigo v Sloveniji ureja novi Zakon o zdravilih v skladu z evropsko direktivo.

Pomembno področje preskrbe z zdravili predstavljajo ukrepi za obvladovanje stroškov za zdravila, ki lahko dolgoročno vplivajo na preskrbo z zdravili. Nelojalna konkurenca bi lahko dolgoročno povzročila erozijo trga in nenadzorovano rast cen zdravil v Republiki Sloveniji. Prav tako se Slovenija kot majhen trg stalno srečuje s tveganji za nastanek motenj v preskrbi z zdravili in dostopu do novih in dragih inovativnih zdravil.

Pacienti med zdravljenjem v bolnišnici prejemajo določena zdravila, s katerimi morajo nadaljevati zdravljenje po odpustu iz bolnišnice ali pa morajo po operativnem posegu uporabljati določen medicinski pripomoček, ki ga še ne poznajo (npr. stoma, kateter). S krajšanjem ležalne dobe in čedalje zahtevnejšim zdravljenjem se povečuje tudi tveganje za zgodnje rehospitalizacije zaradi težav,

30 OECD Health Statistics, Pharmaceutical Market, OECD, Pariz, 2015 [online], [datum ogleda 7. 8. 2015] Dostopno na: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics/oecd-health-data-pharmaceutical-market_data-00545-en?isPartOf=/content/datacollection/health-data-en.

31 Liste zdravil (pozitivna, vmesna ali bolnišnična) določajo delež kritja cene zdravila iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja.

32 Position Paper and Recommendations (Platform on access to medicines in Europe – Project Group on Facilitating the supply of medicinal products in small markets), Evropska komisija, 2013, Bruselj, [online], [datum ogleda 7. 8. 2015] Dostopno na: <http://ec.europa.eu/DocsRoom/documents/7625?locale=en>.

povezanih z zdravili. Brezšivna (neprekinjena) oskrba pacienta z zdravili in medicinskimi pripomočki, ki pomeni velik napredek za varnejše in učinkovitejše zdravljenje, še ni vzpostavljena. Sedanja lekarniška dejavnost v bolnišnicah ni podprta z ustrežno informacijsko tehnologijo, ki bi takšno oskrbo omogočala. Zagotavljanje pravilne in varne uporabe zdravil zahteva nadgradnjo oziroma razširitev farmacevtske obravnave še na primarno raven, medtem ko bo na sekundarni in terciarni ravni že obstoječo obravnavo treba razširiti.

Sočasno jemanje več zdravil (polifarmakoterapija) pomeni jemanje več kot pet različnih zdravil hkrati. Običajna je pri osebah, ki imajo več bolezni hkrati. V Sloveniji je v porastu predvsem pri starejših kroničnih pacientih. Eno od pomembnih vodil pri zdravljenju z zdravili mora biti, da se z zdravili zdravijo le tiste bolezni in simptomi, pri katerih ima pacient nedvoumno korist, le-ta pa mora biti večja od morebitnega tveganja za razvoj neželenih učinkov posameznih zdravil ali interakcij med njimi. Sočasno zdravljenje z več različnimi zdravili v mnogih primerih zelo zmanjša varnost zdravljenja pacienta in poveča možnost razvoja resnih zdravstvenih zapletov, ki zmanjšajo kakovost pacientovega življenja, poslabša pacientovo zdravstveno stanje, posledično poveča število hospitalizacij ali celo ogroža preživetje. Slednje pa ima za posledico tako zdravstveno kot tudi ekonomsko škodo. Ta škoda na letni ravni je ocenjena na 25 milijonov EUR in predstavlja 3–4 odstotke vseh hospitalizacij. Poseben problem predstavlja kopičenje že izdanih, neporabljenih zdravil v domačem okolju, kar konča kot odpadek.

Lekarniška dejavnost je v Republiki Sloveniji glede na ostale države članice srednje regulirana. Z nekaterimi korekcijami te regulacije bi lahko preprečili odliv sredstev iz lekarniške dejavnosti, ustvarjanje oligopolnih struktur in izkrivljanje konkurence ter okrepili osebno profesionalno odgovornost farmacevta za pravilno in varno uporabo zdravil.

Aktivnost: Zagotovitev pravilne in varne uporabe zdravil ter boljše dostopnosti ob hkratni stroškovni učinkovitosti na področju porabe zdravil

Z različnimi ukrepi bomo zagotovili racionalno rabo zdravil in boljšo dostopnost do kakovostne farmacevtske oskrbe. Več pozornosti bomo namenili problemom, ki izhajajo iz specifikacije majhnega trga, suboptimalne izkoriščenosti resursov in neuravnotežene regulacije. Vzpostavili bomo sistem preskrbe z redkimi zdravili, in sicer ne glede na to, ali gre za nova zdravila s centraliziranim dovoljenjem za promet ali za stara, uveljavljena zdravila, ki so zaradi majhnega obsega prometa v Sloveniji nedosegljiva, in okrepili ukrepe za preprečevanje nelojalne konkurence ter osebno profesionalno odgovornost farmacevta za pravilno in varno uporabo zdravil. Nadgradili bomo tudi dejavnost klinične farmacije in vključili klinične farmacevte v procese uporabe zdravil na vseh ravneh zdravstvene obravnave (primarni, sekundarni in terciarni). Zagotovili bomo tudi optimizacijo predpisovanja in izdajanja zdravil.

Ukrep 1 [Nov Zakon o lekarniški dejavnosti z določitvijo kriterijev in meril za določitev lekarniške mreže](#)

Ukrep 2 [Zagotovitev informacijske podpore pri predpisovanju, spremljanju, učinkovitosti, varnosti porabe in stroškov dragih inovativnih zdravil](#)

Specifični cilji: Z uresničevanjem aktivnosti in ukrepov na tem področju bomo zagotovili: za vse enako dostopnost do kakovostne in varne zdravstvene oskrbe čim bližje prebivalcem; integrirano in celovito obravnavo; upoštevanje spreminjajoče se zdravstvene potrebe starajoče se populacije; usmerjenost v uporabnika in njegovo opolnomočenje.

Specifični cilj	Kazalniki učinka	Merska enota	Izhodiščna vrednost	Izhodiščno leto	Ciljna vrednost v letu 2025	Vir podatka	Časovni okvir	Vir sredstev za predvidene ukrepe
Za vse enaka dostopnost do kakovostne in varne oskrbe čim bližje prebivalcem	Sprememba Zakona o lekarniški dejavnosti, objavljena v UL	Število	0	2015	1	MZ	2016	MZ, ZZZS
Integrirana in celovita obravnava								
Upoštevanje spremenjajoče se zdravstvene potrebe starajoče se populacije	Informacijska podpora lekarnam, ki omogoča brezšivno (neprekinjeno) oskrbo	Število	0	2015	1	MZ	2022	
Usmerjenost v uporabnika in njegovo opolnomočenje								

Nosilec: MZ, ZZZS, Lekarniška zbornica Slovenije, Združenje zdravstvenih zavodov

6.2.12 Zdravilstvo

Ob dejstvu da 60–80 odstotkov pacientov s kronično boleznijo išče pomoč tudi pri komplementarni oziroma alternativni medicini, je ta na področju zagotavljanja ustrezne kakovosti in varnosti pomanjkljivo urejena.

S sprejemom Zakona o zdravilstvu v letu 2007 se je v Republiki Sloveniji zdravilstvo tudi uradno reguliralo, določili so se pogoji za izvajanje zdravilstva, metode in sistemi ter tudi nadzor nad izvajanjem zakona. Zakon v praksi ni nikoli povsem zaživel. V Sloveniji zdravniki, ki izvajajo zdravniško službo, zaenkrat ne morejo opravljati zdravilske dejavnosti.

Iz poročila projekta EU Cambrella (vključuje podatke 39 držav članic EU) je razvidno, da v večini držav članic komplementarno medicino oziroma alternativno medicino izvajajo le osebe, ki imajo primarno pridobljeno zdravstveno ali celo medicinsko izobrazbo. Nekaterne metode, kot so akupunktura, homeopatija, kiropraktika, osteopatija in tradicionalna kitajska medicina, pa lahko izvajajo le zdravniki. Zakon o zdravilstvu trenutno omogoča opravljanje večino metod zdravilcem, ki opravijo le izpit iz zdravstvenih vsebin. Treba ga je posodobiti in ga tako približati ureditvi alternativnega zdravljenja v drugih državah članicah EU.

Aktivnost: Ureditev zdravilstva

Na podlagi analize praks v EU bomo pripravili nov Zakon o zdravilstvu.

Ukrep 1 [Novi Zakon o zdravilstvu](#)

Specifični cilj: Na tem področju bomo z aktivnostmi in ukrepi zagotovili usmerjenost v pacienta in njegovo opolnomočenje.

Specifični cilj	Kazalniki učinka	Merska enota	Izhodiščna vrednost	Izhodiščno leto	Ciljna vrednost v letu 2025	Vir podatka	Časovni okvir	Vir sredstev za predvidene ukrepe
Usmerjenost v uporabnika in njegovo opolnomočenje	Novi Zakon o zdravilstvu, objavljen v UL	Število	0	2015	1	MZ	2018	MZ

Nosilec: MZ

6.2.13 Čezmejno zdravstveno varstvo

Ob upoštevanju nacionalne zakonodaje in evropskega pravnega reda, ki omogoča dostop pacientom do varnega in kakovostnega čezmejnega zdravstvenega varstva, je ključno, da Slovenija zagotovi te možnosti zdravljenja pacientov v drugih državah in čim bolj izkoristi strokovne priložnosti na področjih sodelovanja med zdravstvenimi sistemi, npr. na področju evropskih referenčnih mrež, obravnave redkih bolezni, pri vrednotenju zdravstvenih sistemov in e-zdravju ter pri priznavanju receptov, izdanih v drugi državi članici EU.

Direktiva o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu pa še posebej poudarja preglednost pravic za paciente ter kakovost in varnost storitev zdravstvenega varstva, zato je na nacionalni ravni nujno okrepanje informiranja na tem področju. Na podlagi te direktive bo Slovenija zagotavljala pacientom iz drugih držav članic ustrezne informacije, še posebej tiste, ki so potrebne za sprejemanje ozaveščenih odločitev, vključno o možnostih zdravljenja, o razpoložljivosti, kakovosti in varnosti zdravstvenega varstva, o cenah zdravstvenih storitev ter o sistemu zavarovanja poklicne odgovornosti. Pregledne objave izidov zdravljenja oziroma podatkov o kakovosti in varnosti zdravljenja so tudi nujna osnova za uveljavitev t. i. centrov odličnosti za 'evropske paciente' zdravstvenih storitev na posameznih področjih, na katerih se strokovno že uveljavljamo v mednarodnem prostoru. Strokovno povezovanje in sodelovanje z namenom večje koristi za pacienta je zlasti pomembno na obmejnih območjih držav članic EU.

Še posebej je čezmejno zdravstveno varstvo pomembno za obravnavo redkih bolezni. Med redke bolezni uvrščamo bolezni, ki prizadenejo manj kot pet oseb na 10.000 prebivalcev in je zato sodelovanje na ravni EU smiselno tako z vidika zagotavljanja kakovostne zdravstvene oskrbe kot tudi z vidika obvladovanja stroškov.

Aktivnost: Informiranje o čezmejnem zdravstvenem varstvu in vzpostavitev referenčnih centrov

Zagotovili bomo kakovostno informiranje pacientov o čezmejnem zdravstvenem varstvu za domače in tuje paciente; sodelovanje pri zagotavljanju čezmejnega zdravstvenega varstva na obmejnih območjih in sodelovanje pri zagotavljanju čezmejnega zdravstvenega varstva na regionalni in lokalni ravni ter prek IKT in z drugimi oblikami čezmejnega sodelovanja. Prepoznali bomo priložnosti za slovenske izvajalce zdravstvene dejavnosti.

Spodbujali bomo postopno imenovanje slovenskih referenčnih centrov, ki bodo nato lahko kandidirali za člane evropskih referenčnih mrež, katerih cilj je izboljšati dostop do diagnoze, zdravljenja in izvajanja visokokakovostnega in visoko specializiranega zdravstvenega varstva za paciente, katerih zdravstveno stanje zahteva posebno koncentracijo virov ali strokovnega znanja, hkrati pa bodo tudi osrednje točke za medicinsko usposabljanje in raziskave, širjenje informacij in ocenjevanje.

Ukrep 1 Vzpostavitev nacionalne kontaktne točke za obveščanje o čezmejnem zdravstvenem varstvu

Specifični cilj: S to aktivnostjo in ukrepi bomo zagotovili za vse enako dostopnost do kakovostne in varne oskrbe čim bližje prebivalcem.

Specifični cilj	Kazalniki učinka	Merska enota	Izhodiščna vrednost	Izhodiščno leto	Ciljna vrednost v letu 2025	Vir podatka	Časovni okvir	Vir sredstev za predvidene ukrepe
Za vse enaka dostopnost do kakovostne in varne oskrbe čim bližje prebivalcem	Poročilo o delovanju nacionalne kontaktne točke, objavljeno na spletni strani ZZZS	Število	1	2015	4	ZZZS	2017	MZ

Nosilec: MZ, ZZZS

Aktivnost: Izboljšano zdravstveno varstvo pacientov z redkimi boleznimi

Redke bolezni so večinoma vezane na genetski zapis, izrazijo se že v otroški dobi in so praviloma neozdravljive. Pogosto zahtevajo prilagoditev celotnega pacientovega življenja bolezni, ki ga bo spremljala prek vseh življenjskih obdobj. Zgodnje usmerjeno presejanje za nekatere redke bolezni ni zagotovljeno. Referenčni center bi predstavljal specializirano referenčno točko z najvišjo stopnjo strokovne usposobljenosti za obravnavo pacienta in svetovanje zdravstvenim delavcem, ki zanj skrbijo v njegovem lokalnem okolju.

Prizadevamo si, da aktivnosti na področju redkih bolezni izvajamo v luči Poročila o izvajanju Sporočila Komisije o redkih boleznih: Izzivi za Evropo [COM(2008) 679 final] in sprejetih Priporočil Sveta z dne 8. junija 2009 o evropskem ukrepanju na področju redkih bolezni (2009/C 151/02).

Zagotovili bomo celovito zgodnje presejanje za redke bolezni, celovito obravnavo v referenčnih centrih in podporo za izboljšanje kakovosti življenja pacientov, vključno z možnostjo prejemanja zdravila doma v sodelovanju resorjev zdravstva, šolstva in izobraževanja ter socialnega varstva.

Ukrep 1 Ustanovitev referenčnega centra za obravnavo pacientov z redkimi boleznimi

Ukrep 2 Izdelava kazalnikov kakovosti obravnave pacientov z redkimi boleznimi

Ukrep 3 Medresorsko sodelovanje s socialnim varstvom in izobraževalnim sistemom

Specifični cilji: Z aktivnostmi in ukrepi na tem področju bomo zagotovili za vse enako dostopnost do kakovostnih in varnih zdravstvenih storitev; integrirano in celovito obravnavo; usmerjenost v pacienta in njegovo opolnomočenje.

Specifični cilj	Kazalniki učinka	Merska enota	Izhodiščna vrednost	Izhodiščno leto	Ciljna vrednost v letu 2025	Vir podatka	Časovni okvir	Vir sredstev za predvidene ukrepe
Za vse enaka dostopnost do kakovostne in varne oskrbe čim bližje prebivalcem	Referenčni center/točka v Sloveniji oziroma vzpostavljena povezava z referenčnimi centri v EU, objava na spletni strani MZ	Število	0	2015	2	MZ, ZZZS	2018	MZ, ZZZS
Integrirana in celovita obravnava								
Usmerjenost v uporabnika in njegovo opolnomočenje								

Nosilec: MZ, ZZZS

6.2.14 Izboljšano zdravstveno varstvo otrok s posebnimi potrebami

Otroci s posebnimi potrebami so otroci, ki so gibalno ovirani, otroci z različnimi stopnjami okvare čutil (vida, sluha), motnjami v duševnem razvoju, otroci, ki imajo različne razvojne in vedenjske motnje. Število otrok s posebnimi potrebami je v porastu, kar je delno odraz boljše prepoznavne, natančnejše klasifikacije, boljšega preživetja otrok, ki se rodijo prezgodaj, in še nekaterih dejavnikov. Socialno-ekonomske determinante pogojujejo različne izide otrokove oviranosti in vodijo v neenakost v zdravju. Z izboljšano primarno preventivo lahko zmanjšamo pojavnost razvojnih motenj in bolezenskih stanj, vendar ne v vseh primerih. Učinkovita sekundarna preventiva zazna otrokove težave dovolj zgodaj, da je podana možnost razvoja otroka v smeri doseganja najboljšega možnega zdravja.

Avtizem denimo je ena od duševnih bolezni, ki v zadnjem obdobju skokovito narašča (Wingate M et al., 2014), zdravstvena obravnava otrok ne sledi naraščajočim potrebam, zdravstveni program za odrasle še ni vzpostavljen. Na področju avtizma je velikega pomena zgodnja obravnava, saj je mogoče z ustreznimi terapijami bistveno olajšati simptome avtizma in izboljšati kakovost življenja osebe z avtizmom, s tem pa tudi pozitivno vplivati na funkcionalno delovanje družine. Z ustreznimi terapijami lahko tako tudi pomembno znižamo stroške nadaljnje oskrbe osebe z avtizmom. Področje avtizma v Sloveniji pokrivajo MZ, MDDSZ in MIZŠ.

Obstoječa mreža razvojnih ambulant ni dovolj povezana s službami in institucijami, ki delujejo na področjih socialnega varstva ter vzgoje in izobraževanja. Klinične poti in obravnave otrok z motnjami v razvoju in protokoli o sodelovanju služb s področja zdravstva, šolstva in izobraževanja, socialnega varstva za celostno obravnavo otrok s posebnimi potrebami niso dovolj opredeljeni.

Aktivnost: Izboljšano zdravstveno varstvo otrok s posebnimi potrebami

Z boljšo preventivo bomo zmanjšali pojavnost razvojnih motenj in v primeru teh motenj zagotovili zgodnje prepoznavanje in ustrezno obravnavo. Zagotovili bomo povezovanje razvojnih ambulant z službami in institucijami na področju šolstva in izobraževanja ter socialnega varstva za celovito obravnavo teh pacientov in zagotovili klinične poti obravnave in strokovne time, ki bodo nudili podporo staršem, skrbnikom in otroku s posebnimi potrebami.

Ukrep 1 Ocena presejalnih programov za prepoznavo otrok s posebnimi potrebami

Ukrep 2 Vzpostavljanje strokovnih timov, ki nudijo oporo staršem, skrbnikom in otroku s posebnimi potrebami za optimalno vodenje bolezenskega stanja

Ukrep 3 Izdelava kazalnikov kakovosti obravnave otrok, ki majo posebne potrebe

Ukrep 4 Vzpostavitev protokolov za sodelovanje s socialnim varstvom in izobraževalnim sistemom

Ukrep 5 Implementacija smernic »Smernice za celostno obravnavo oseb s spektroatističnimi motnjami«

Ukrep 6 Izvedba pilotnega projekta vzpostavitve enotnih vstopnih točk za celostno zgodnjo obravnavo otrok s posebnimi potrebami na podlagi obstoječe mreže razvojnih ambulant

Specifični cilji: Z aktivnostmi in ukrepi na tem področju bomo zagotovili za vse enako dostopnost do kakovostne in varne oskrbe čim bližje prebivalcem; integrirano in celovito obravnavo; usmerjenost v pacienta in njegovo opolnomočenje.

Specifični cilj	Kazalniki učinka	Merska enota	Izhodiščna vrednost	Izhodiščno leto	Ciljna vrednost v letu 2025	Vir podatka	Časovni okvir	Vir sredstev za predvidene ukrepe
Za vse enaka dostopnost do kakovostne in varne oskrbe čim bližje prebivalcem	Poročilo o usposabljanju strokovnih timov za oporo staršem in skrbnikom, objavljeno na spletni strani MZ	Število	0		1	MZ	2017	Proračun RS, sredstva EU
Integrirana in celovita obravnava	Enotna vsotopna točka za celostno zgodnjo obravnavo otrok s posebnimi potrebami	Število	0		1	MZ	2018	
Usmerjenost v uporabnika in njegovo opolnomočenje	Klinična pot za obravnavo otrok z motnjami v razvoju	Število	0		7	MZ	2017	
	Protokoli sodelovanja služb s področja zdravstva, šolstva in izobraževanja ter socialnega varstva, objavljeni na spletnih straneh MZ in MDDSZ ter MIZŠ	Število	0		3	MZ	2019	

Nosilci: MZ, MDDSZ, MIZŠ

6.3 Povečanje uspešnosti sistema zdravstvenega varstva – vodenje in upravljanje zdravstvenega varstva

Področje vodenja in upravljanja v zdravstvu v Sloveniji – kljub nekaterim poskusom izboljšanja v preteklih letih – ni urejeno tako, da bi v največji meri prispevalo k večji učinkovitosti in uspešnosti sistema zdravstvenega varstva. Zdravstvena zakonodaja ne nudi dovolj podpore za učinkovito uveljavitev upravljanja in vodenja sistema zdravstvenega varstva na nacionalni ravni, omejene pa so tudi pristojnosti vodstev posameznih zdravstvenih zavodov glede organizacije in financiranja ter predvsem nagrajevanja uspešnosti posameznih izvajalcev zdravstvene dejavnosti. Manjkajo učinkoviti sistemi spremljanja učinkovitosti in kakovosti izvajanja zdravstvene dejavnosti oziroma so razpršeni po različnih institucijah, ki se v praksi ne povezujejo.

Brez ustreznega sistema načrtovanja, organiziranja, nadziranja, vodenja in upravljanja na nacionalni ravni sistem zdravstvenega varstva ni dovolj prožen oziroma se ne zmore uspešno prilagajati razvojnim potrebam in možnostim. Poleg tega pacientu nista povsod zagotovljena enaka kakovost in obseg tako preventivne kot kurativne obravnave, kar vse generira neenakosti v zdravju. ZZVZZ v 6. členu določa, da se v NPZV določijo merila za mrežo javne zdravstvene službe. Kot merilo se je v preteklosti upoštevala predvsem geografska dostopnost do primarnega zdravstvenega varstva in specialistične dejavnosti. Glede na podatke v Sloveniji pa ugotavljamo tako neenakosti v zdravju kot neenakosti v kakovosti obravnave med posameznimi skupinami prebivalstva. Zato bomo morali sprejeti merila, ki upoštevajo specifične potrebe različnih skupin prebivalstva (starejši, nezaposleni, migranti, etnične skupine, revni – ne glede na to, na katerem območju Slovenije živijo). Načrtovanje in usmerjanje razvoja, vključno z izobraževanjem kadrov, je eden od temeljnih dejavnikov kakovosti javnega sistema zdravstvenega varstva. Nacionalni načrt za razvoj in upravljanje kadrov v javnem sistemu zdravstvenega varstva je podlaga za načrtovanje mreže javne zdravstvene službe in mora izhajati iz obstoječega stanja ter opredelitve razvojnih potreb. Načrtovanje kadrovskih virov naj sledi cilju enake dostopnosti do kakovostnih zdravstvenih storitev, ki jo pogojujeta razpoložljivost in visoka usposobljenost zdravstvenega osebja.

Premajhno je povezovanje izvajalcev zdravstvene dejavnosti z namenom večje specializacije, racionalizacije pri obravnavah pacientov in zmanjševanja administrativnih obremenitev. Koncentracija znanja v visoko specializiranih centrih, mrežno sodelovanje specialistov, doseganje visokih standardov glede količine in zahtevnosti obravnavanih primerov so pogoj za izboljševanje uspešnosti zdravljenja in zagotavljanje enake dostopnosti do kakovostne in varne obravnave za vse.

Netransparentna prepletanja javnega in zasebnega v zdravstvu predstavljajo izziv predvsem v smislu zagotavljanja enake dostopnosti do primerne in kakovostne obravnave.

Za vzpostavitev celovitega upravljanja in nenehno izboljševanje kakovosti in varnosti v zdravstvu, kot ga predvideva tudi Direktiva o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu, potrebujemo ustrezno institucionalno umestitev tega področja v sistem zdravstvenega varstva in uvedbo ključnih orodij, ki bodo omogočala spremljanje kakovosti in varnosti in enako dostopnost do kakovostnih in varnih storitev vsem pacientom. Pregledne objave izidov zdravljenja oziroma podatkov o kakovosti in varnosti zdravljenja so tudi nujna osnova za uveljavitev t. i. centrov odličnosti za „evropske paciente“ oziroma „izvoza“ zdravstvenih storitev na posameznih področjih, na katerih se strokovno že uveljavljamo v mednarodnem prostoru.

Za oceno uspešnosti delovanja sistema zdravstvenega varstva (HSPA – Health System Performance Assessment) in za argumentirano načrtovanje ter odločanje o prioritetah v zdravstvu v Sloveniji bo

nujno zagotoviti potrebne strukturne in druge pogoje. Učinkovitost, kakovost, dostopnost in s tem uspešnost sistema zdravstvenega varstva bomo vrednotili s sistemom HSPA.

Vodenje, upravljanje in nadzor v javnih zdravstvenih zavodih v Sloveniji niso ustrezno urejeni. Poslovodstvo nima dovolj pooblastil in orodij za vodenje, neustrezno je tudi nagrajevanje vodstvenih delavcev. Organi upravljanja (sveti zavodov) zaradi pomanjkanja kompetenc marsikje ne opravijo svoje vloge.

Oviro predstavlja tudi sedanji plačni sistem, ki teži k uravnilovki in premalo nagrajuje uspešnost zaposlenih v zdravstvu. Dodatno nagrajevanje je vezano le na delovno dobo in stalnost v javnem sektorju. Za uveljavitev večje učinkovitosti in kakovosti zaposlenih v zdravstvu je plačni sistem treba spremeniti tako, da bo omogočal nagrajevanje po uspešnosti opravljenega dela.

Upravljanje s čakalnimi dobami je eno od področij, kjer so možne izboljšave, ki bi pomembno prispevale k dostopnosti do kakovostnih in varnih storitev, zadovoljstvu uporabnikov in posledično večji uspešnosti sistema zdravstvenega varstva.

V podporo vodenju in upravljanju bo v Sloveniji nujno nadaljevati s prizadevanji za celovito informacijsko in komunikacijsko podporo v zdravstvu (e-recept, e-karton, e-napotnice ipd.), ki bo omogočala učinkovito spremljanje v sistemu zdravstvenega varstva, zdravstvene delavce razbremenila nepotrebne administracije in omogočala informirano odločanje.

Nedorečen in razpršen je tudi nadzor nad izvajalci v zdravstvu (nadzor nad poslovanjem – sveti zavodov, upravni nadzor – MZ, strokovni nadzor ZZS, finančni nadzor ZZZS), hkrati pa je za boljšo odzivnost sistema na zahteve pacientov ključna boljša vključenost pacientov v procese odločanja, ki trenutno ni ustrezna.

Specifični cilji

Povečanje uspešnosti sistema zdravstvenega varstva:

- mreže izvajalcev zdravstvene dejavnosti, ki se hitro odzivajo na spremenjene potrebe prebivalcev in omogočajo celovito/integrirano obravnavo pacientov;
- specializacija ustanov za zagotavljanje visoke kakovosti zdravstvenih storitev;
- jasna razmejitev med javnim in zasebnim izvajanjem javne zdravstvene službe in zasebne zdravstvene dejavnosti;
- večja odgovornost in učinkovitost upravljanja v zdravstvu;
- učinkovito načrtovanje in upravljanje človeških virov v zdravstvu, vključno z modelom zagotavljanja kadrov na deficitarnih področjih zdravstvenega varstva in v depriviranih okoljih;
- delujoč sistem nenehnega izboljševanja kakovosti in varnosti zdravstvene oskrbe;
- nagrajevanje zaposlenih v zdravstvu po uspešnosti in kakovosti;
- enaka in pravična dostopnost do zdravstvenih storitev ter skrajšanje čakalnih dob;
- enotna in učinkovita informacijska podpora spremljanju in upravljanju v zdravstvu in dostopni podatki za zdravstveno oskrbo pacientov in poslovanje;
- posodobitev funkcionalnih prostorov za izvajanje zdravstvene dejavnosti s ciljem najbolj smotrne izrabe ter sledenje tehnološkemu napredku pri investiranju v drago medicinsko opremo;
- dvig komunikacijske kulture v zdravstvu;
- enostaven, pregleden in učinkovit način partnerskega dogovarjanja.

6.3.1 Mreža javne zdravstvene službe

Resolucija 2008–2013 je podala nekatera splošna merila za upravljanje mreže javne zdravstvene službe. Konkretnih nosilcev in rokov za določitev mreže ter drugih jasnih planskih opredelitev glede razvoja potrebnih zmogljivosti (ob kadrih še prostori, oprema idr.) za izvajanje zdravstvene dejavnosti na primarni, sekundarni in terciarni ravni, ki bi sledile zdravstvenim potrebam prebivalstva in finančno-ekonomskim možnostim, ni vsebovala. Zato v državi tudi v preteklem razvojnem obdobju nismo prišli do dogovorjene mreže javne zdravstvene službe. Sprejem ali opuščanje zdravstvenih programov kot tudi modifikacije zdravstvenih nosilcev so se izvajali na neargumentiran način, prepuščeni presoji posameznih izvajalcev in plačnika, brez systemskega nadzora, predvsem pa brez predhodne analize dejanskih potreb po posameznih zdravstvenih programih in storitvah. Utemeljenost fizične oziroma geografske razporeditve izvajalcev zdravstvene dejavnosti pravzaprav ni bila nikdar resno preverjena, temveč prepuščena posameznim predlagateljem. Glavni motiv in gonilo razprav o ‚mreži‘ je bilo tekmovanje različno močnih izvajalcev za posamezne programe, ki pa največkrat niso imeli zagotovljenih ustreznih kadrovskih in prostorskih virov ter medicinske opreme.

Pri sprejemanju vsakoletnega splošnega dogovora so pogajalci, v odsotnosti celovitega načrtovanja, nase vzeli pravico upravljanja z mrežo, ki jo zakonodaja nalaga le nosilcu zdravstvene politike – MZ. Čeprav so se partnerji glede določenih razvojnih vprašanj (npr. uvajanje t. i. ‚referenčnih ambulant‘ na primarni ravni, korekcije in širitve preventivnih programov idr.) odločali s konsenzom, se je zaradi pritiskov posameznih interesnih skupin velik delež razvojnih vprašanj reševal s pomočjo arbitraže.

Merila za postavitev mreže so:

- število prebivalcev, njihova starostna in spolna struktura in projekcije gibanja prebivalstva posameznega območja;
- zdravstveno stanje in potrebe prebivalstva;
- geografska in prometna dostopnost;
- posebne potrebe ranljivih skupin in demografsko ogroženih območij.

Poslovno povezovanje in povezovanje temeljnih procesov za večjo uspešnost sistema zdravstvenega varstva bo pripeljalo do specializacije ustanov za posamezna področja, kjer se bodo lahko koncentrirali in učinkovito uporabili vsi viri, vključno s kadri in opremo, ter se bosta dosegli višja kakovost storitev in nižja cena/enoto.

Aktivnost: Razvoj mreže javne zdravstvene službe z vidika dostopnosti in spreminjajočih se potreb prebivalstva

Mrežo javne zdravstvene službe, zdravstvene programe in storitve bomo načrtovali skladno s potrebami prebivalstva in zmogljivostjo obstoječega sistema zdravstvenega varstva. Načrtovanje mreže izvajalcev zdravstvene dejavnosti bo za primarno zdravstveno raven temeljilo na principu povečevanja dostopnosti do kakovostne zdravstvene oskrbe, za sekundarno raven zdravstvene dejavnosti pa ob dostopnosti tudi na principu zagotavljanja visoke kakovosti bolnišnične in ambulantne specialistične dejavnosti. Dostopnost do kakovostnih in varnih zdravstvenih storitev za vse bo ključno izhodišče za specializacijo javnih zdravstvenih zavodov na posameznih področjih, kjer se soočamo z manj pogostimi boleznimi in stanji.

Ukrep 1 Analiza potreb prebivalstva in zmogljivosti sistema zdravstvenega varstva**Ukrep 2** Vzpostavitev modela izračuna, izvajanja in spremljanja meril za mrežo izvajalcev zdravstvene dejavnosti, zdravstvene programe in storitve, ki se financirajo iz javnih sredstev**Ukrep 3** Določitev kriterijev za specializacijo in kriterijev za združevanje javnih zdravstvenih zavodov

Specifični cilj: S to aktivnostjo in ukrepi bomo prispevali k: takšnim mrežam izvajalcev zdravstvene dejavnosti, ki se hitro odzivajo na spremenjene potrebe prebivalcev in omogočajo celovito/integrirano obravnavo pacientov; specializaciji ustanov za zagotavljanje visoke kakovosti zdravstvenih storitev; enaki dostopnosti do kakovostnih in varnih zdravstvenih storitev; integrirani in celoviti obravnavi pacientov; večji povezanosti izvajalcev zdravstvene dejavnosti za doseganje sinergij s strokovnega in organizacijskega vidika.

Specifični cilj	Kazalniki učinka	Merska enota	Izhodiščna vrednost	Izhodiščno leto	Ciljna vrednost v letu 2025	Vir podatka	Časovni okvir	Vir sredstev za predvidene ukrepe
Mreže izvajalcev zdravstvene dejavnosti, ki se hitro odzivajo na spremenjene potrebe prebivalcev in omogočajo celovito obravnavo pacientov	Poročilo o analizi potreb prebivalstva in zmogljivosti sistema zdravstvenega varstva, objavljeno na spletni strani MZ	Število	0	2015	1	MZ	2018	Proračun RS, ZZZS
Specializacija ustanov za zagotavljanje visoke kakovosti zdravstvenih storitev	Model meril za mrežo, objavljen na spletni strani MZ	Število	0	2015	1	MZ	2021	
	Sprejeti kriteriji za specializacijo, objavljeni na spletni strani MZ	Število	0	2015	1	MZ	2018	
	Sprejetje kriterijev za združevanje, objavljeni na spletni strani MZ	Število	0	2015	1	MZ	2018	

Nosilec: MZ

6.3.2 Upravljanje kadrovskih virov v zdravstvu

Načrtovanje kadrovskih virov v državi ne poteka kot usklajen proces med vsemi ključnimi deležniki in ne temelji na ocenah potreb prebivalstva. Nenačrtovano povečevanje števila visokih zdravstvenih šol lahko denimo pripelje do neravnovesja na trgu delovne sile, lahko pa predstavlja tudi priložnost v primeru nadaljnjega prenosa kompetenc med zdravstvenimi profili (npr. referenčne ambulante) ali uvajanja novih aktivnosti v zdravstvu (npr. dolgotrajna oskrba, skupnostna obravnava pacientov z duševnimi motnjami ipd.).

Primerjave z državami EU kažejo, da imamo v Sloveniji manj zdravnikov in farmacevtov kot v povprečju v državah EU. V preteklem obdobju smo pri zdravnikih stanje urejali s povečevanjem vpisa na MF-LJ in MF-MB in poenostavljanjem postopka priznavanja kvalifikacij oziroma olajševanjem pogojev za pridobitev licence tujih zdravnikov.

V luči zagotavljanja dostopnosti do kakovostne zdravstvene oskrbe za vse prebivalce Slovenije je še posebej aktualno – glede na primerjave z državami EU in večje potrebe zaradi porasta kroničnih bolezni – ugotovljeno pomanjkanje zdravnikov na primarni ravni zdravstvenega varstva. In to ne glede na to, da v Sloveniji poleg zdravnikov splošne/družinske medicine za prebivalstvo skrbijo še pediatri in ginekologi. Na zagotavljanje ustrezne oskrbe je pozitivno vplivala uvedba t. i. referenčnih ambulant za oskrbo pacientov s kronično boleznijo (480 delujočih ambulant), ki predstavlja pomembno kadrovske popolnitev na primarni ravni, in sicer z visoko izobraženimi medicinskimi sestrami.

Po razpoložljivih kadrovskih virih smo v Sloveniji blizu povprečja držav EU na področju zobozdravnikov in medicinskih sester oziroma tehnikov, po številu farmacevtov in diplomiranih medicinskih sester pa pod povprečjem. Kadrovske politike v zdravstvu bo treba na novo urediti, vključno s sistemom specializacij, v katerem bodo opredeljene tudi nove specializacije glede na potrebe. V ta namen bo treba zagotoviti ustreznejše zakonske podlage in ustrezneje opredeliti pristojnosti MZ in drugih institucij na nacionalni ravni. Glede na to, da je izobraževanje za pridobitev poklicev v zdravstvu večinoma financirano iz javnih sredstev – tako kot tudi specializacije in drugih oblike usposabljanja – bo treba vzpostaviti boljši nadzor na tem področju.

Aktivnost: Načrtovanje kadrovskih virov v zdravstvu glede na potrebe prebivalstva

S predvideno reformo sistema zdravstvenega varstva in izhodiščnimi ukrepi bomo v prihodnjih petih letih zagotovili ustrezen način načrtovanja kadrovskih virov v zdravstvu, ki bo temeljil na potrebah prebivalstva in upošteval spreminjajočo se demografsko strukturo. Načrt bo poleg zdravstvenih delavcev vključeval tudi zdravstvene sodelavce, kot so klinični psihologi, psihologi, delovni terapevti, fizioterapevti, logopedi in drugi, saj menimo, da je pomemben tudi njihov razvoj znotraj zdravstva.

Pri načrtovanju zdravstvenih kadrov bomo sledili tudi Akcijskemu načrtu za zdravstvene delavce v EU (SWD(2012) 93), delu delovne skupine za zdravstvene kadre EU pri Komisiji ter izsledkom skupnega ukrepa EU (Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting), pri katerem tudi sodelujemo.

Posebna pozornost bo namenjena uravnoteženju zdravstvenega kadra – tudi s prenosom določenih kompetenc in odgovornosti med poklicnimi skupinami in uvajanjem novih vsebin v skladu z razvojem medicine in drugih zdravstvenih strok.

Potrebe javne zdravstvene mreže bodo pomembno merilo za izobraževanje in usposabljanje zdravstvenih delavcev. Za boljšo preglednost potreb in kapacitet bomo vzpostavili nacionalni register vseh zdravstvenih delavcev. Poleg formalnega izobraževanja je treba zagotoviti sistematično sprotno izobraževanje za potrebe delovnega mesta, ki bo sledilo spremenjenim potrebam v okolju.

Ukrep 1 Vzpostavitev sistema spremljanja kadrovskih potreb v sistemu zdravstvenega varstva in nacionalnega registra zdravstvenih delavcev

Ukrep 2 Sprejem Nacionalnega načrta razvoja in upravljanja kadrovskih virov v zdravstvu in ustrezne zakonodaje

Ukrep 3 V sodelovanju z lokalnimi skupnostmi uvedba spodbud za delo v območjih, ki so za zaposlitev manj privlačna

Ukrep 4 Sprememba načrtovanja, organiziranja, izvajanja in nadzora specializacij

Ukrep 5 Doizobraževanje srednjih medicinskih sester

Specifični cilj: S to aktivnostjo in ukrepi bomo dosegli učinkovito načrtovanje in upravljanje človeških virov v zdravstvu, vključno z modelom zagotavljanja kadrov na deficitarnih področjih zdravstvenega varstva in v depriviranih okoljih.

Specifični cilj	Kazalniki učinka	Merska enota	Izhodiščna vrednost	Izhodiščno leto	Ciljna vrednost v letu 2025	Vir podatka	Časovni okvir	Vir sredstev za predvidene ukrepe
Učinkovito načrtovanje in upravljanje človeških virov v zdravstvu, vključno z modelom zagotavljanja kadrov na deficitarnih področjih zdravstvenega varstva in v depriviranih okoljih	Register zdravstvenih delavcev, dostopen na spletni strani MZ	Število	0	2015	1	MZ	2022	Proračun RS
	Nacionalni načrt kadrovskih virov v zdravstvu, objavljen na spletni strani MZ	Število	0	2015	1	MZ	2021	
	Poročilo o uvedbi spodbud za delo v območjih, ki so za zaposlitev manj privlačna, objavljeno na spletni strani MZ	Število	0	2015	1	MZ	2021	
	Sprememba načrtovanja, organiziranja, izvajanja in nadzora specializacij, objavljena na spletni strani MZ	Število	0	2015	1	MZ	2021	
	Poročilo o doizobraževanju srednjih medicinskih sester na spletni strani MZ	Število	0	2015	1	MZ	2025	

Nosilec: MZ, zbornice in združenja (ki imajo javna pooblastila)

6.3.3 Javno-zasebno partnerstvo

Netransparentna prepletanja izvajanja javne zdravstvene službe in zasebne zdravstvene dejavnosti predstavljajo izziv predvsem v smislu zagotavljanja enake dostopnosti do primerne in kakovostne zdravstvene oskrbe.

Dejavnost izvajalcev je v Sloveniji opredeljena kot možno dopolnilo dejavnosti javnih zdravstvenih zavodov, predvsem takrat, ko dejavnost javnih zdravstvenih zavodov ne pokrije vseh zdravstvenih potreb prebivalstva v okviru javne zdravstvene službe. Vrsto let že potekajo prizadevanja, da bi sistem podeljevanja koncesij v zdravstvu potekal bolj pregledno in namensko, v skladu z Zakonom o javno-zasebnem partnerstvu. Po mnenju pacientov so nejasne meje med izvajanjem javne zdravstvene službe in zasebne zdravstvene dejavnosti, slaba regulacija ter različna in s tem povezana korupcijska tveganja ene od največjih slabosti sedanjega sistema zdravstvenega varstva. Zato so pričakovanja glede sistemskih sprememb za boljše upravljanje javno-zasebnega modela izvajanja zdravstvene dejavnosti zelo velika, med njimi so predvsem naslednja:

- podeljevanje koncesij ne sme ogroziti dejavnosti in nadaljnega obstoja javnih zdravstvenih zavodov in njihovih nalog ter funkcij, ki jih imajo po zakonu; iz tega razloga bo pred podelitvijo koncesije zahtevana predložitev analize posledic s strani javnega zdravstvenega zavoda, MZ pa bo na podlagi tega izdalo končno soglasje ali nesoglasje;
- storitve, ki se opravljajo v okviru javne zdravstvene službe, morajo biti jasno razmejene od zasebne zdravstvene dejavnosti;
- statusno preoblikovanje koncesionarja ne bo dovoljeno; v primerih, ko bi koncesionar želel statusno spremembo, bo koncesija prenehala in se bo ponovil razpis za koncesijo, na katerega se bodo lahko prijavi vsi izvajalci zasebne zdravstvene dejavnosti (ob izpolnjevanju zakonskih pogojev);
- koncesije se bodo podeljevale za omejeno časovno obdobje, in sicer glede na vrsto dejavnosti; za že podeljene koncesije pa se bo omejilo obdobje trajanja.

Aktivnost: Ureditev podeljevanja koncesij in razmejitev izvajanja javne zdravstvene službe in zasebne zdravstvene dejavnosti

V prihodnje bomo koncesije podeljevali glede na opravljeno analizo, kjer bodo upoštevana merila za mrežo in trenutne možnosti izvajalcev zdravstvene dejavnosti na določenem območju. Koncesije bodo podeljene glede na potrebe prebivalcev tam, kjer javni zdravstveni zavod nima zadostnih kadrovskih in prostorskih zmožnosti. Izdelali bomo revizijo upravičenosti in zakonitosti že podeljenih koncesij. Koncesije bodo podeljene na osnovi javnega razpisa za omejeno časovno obdobje, odvisno od vrste zdravstvene dejavnosti.

Treba je preprečiti nepravilnosti pri izvajanju javne zdravstvene službe, kadar se le-ta izvaja tudi v t. i. tržni dejavnosti, in zagotoviti večjo transparentnost in jasno razmejevanje med javnim in zasebnim v smislu vodenja ločenih prihodkov iz naslova javne zdravstvene službe in tržne dejavnosti.

Ukrep 1 Sprejem kriterijev za podeljevanje, podaljševanje in odvzem koncesij oziroma ureditev koncesijskih razmerij ter ureditev učinkovitega nadzora nad koncesionarji, vključno s sistemom obravnave pritožb pacientov

Ukrep 2 Priprava zakonskih sprememb na področju podeljevanj, podaljševanj in odvzemanja koncesij, ki bodo upoštevale tudi sistemske ukrepe

Ukrep 3 Ocena obstoječih pravil in določitev pogojev za izvajanje t. i. tržne dejavnosti v javnih zdravstvenih zavodih in priprava sprememb tega področja

Ukrep 4 Zakonska ureditev in poostren nadzor glede izvajanja javne zdravstvene službe ob hkratnem izvajanju t. i. tržne dejavnosti

Ukrep 5 Postavitev pravil, kjer pacient lahko od izvajalcev zasebne zdravstvene dejavnosti prestopi v sistem javnega zdravstva zdravstvene službe samo ob ustrezni napotitvi s strani izbranega osebnega zdravnika kot vratarja (gatekeeper) v sistem zdravstvenega varstva

Specifični cilj: S to aktivnostjo in ukrepi bomo prispevali k jasni razmejitvi med javnim in zasebnim izvajanjem javne zdravstvene službe in zasebne zdravstvene dejavnosti.

Specifični cilj	Kazalniki učinka	Merska enota	Izhodiščna vrednost	Izhodiščno leto	Ciljna vrednost v letu 2025	Vir podatka	Časovni okvir	Vir sredstev za predvidene ukrepe
Jasna razmejitev med javnim in zasebnim izvajanjem javne zdravstvene službe in zasebne zdravstvene dejavnosti	Sprejem kriterijev za podeljevanje, podaljševanje in odvzem koncesij	Število	0	2015	1	MZ	2016	Proračun RS
	Spremenjena zakonodaja, objavljena v UL	Število	0	2015	1	MZ	2021	
	Pogoji za izvajanje t. i. tržne dejavnosti v javnih zdravstvenih zavodih, objavljeni na spletni strani MZ	Število	0	2015	1	MZ	2016	
	Pravila prestopa iz zasebne zdravstvene dejavnosti v sistem javnega zdravstva, objavljena na spletni strani MZ	Število	0	2015	1	MZ	2021	

Nosilec: MZ

6.3.4 Celovito upravljanje in nenehno izboljševanje kakovosti in varnosti

V Sloveniji je bilo v preteklem obdobju sprejetih in uveljavljenih veliko sistemskih pobud in ukrepov na področju zagotavljanja kakovosti in varnosti, ki pa se navkljub visoko zastavljenim ciljem v praksi niso udeležile. Prve aktivnosti segajo v leto 2001, ko je bila izdana publikacija *Kakovost v sistemu zdravstvenega varstva v RS*. Leta 2002 je bil na MZ oblikovan Oddelek za kakovost. Sledili sta vzpostavitev sistema za poročanje in učenje iz opozorilnih nevarnih dogodkov ter izdaja številnih publikacij, priročnikov in usmeritev, ki naj bi vzpodbudile uvajanje in izboljševanje kakovosti v zdravstvenih organizacijah. MZ je v letu 2010 sprejelo Nacionalno strategijo kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010–2015), na osnovi katere je bil v Priročniku o kazalnikih kakovosti (2011) sprejet tudi ustrezen sistem nacionalnih kazalnikov kakovosti. V strategiji so bili prepoznani štiri strateški cilji: razvoj sistematičnega vodenja kakovosti, razvoj kulture varnosti, vzpostavitev sistema izobraževanja s področja kakovosti in varnosti ter razvoj sistemov za izboljšanje učinkovitosti zdravstvene obravnave. Istega leta je nastal dokument Model vzpostavitve sistema akreditacije zdravstvenih ustanov, ki je predstavljal priporočilo za akreditacije zdravstvenih ustanov v Sloveniji. Akreditacijo je spodbujal tudi Splošni dogovor med partnerji 2011, na podlagi katerega so se v proces pridobivanja mednarodno priznane akreditacije v letih od 2012 do 2014 vključile vse slovenske bolnišnice. Akreditacijo je v tem času od skupno 25 bolnišnic pridobilo 14 le-teh.

Upravljanje kakovosti in varnosti v zdravstvu v Sloveniji pa kljub številnim pobudam in strategiji še vedno ni ustrezno regulirano in vzpostavljeno. Predvsem niso jasno opredeljeni nosilci upravljanja kakovosti in varnosti na nacionalni ravni in na ravni posameznih organizacij (bolnišnic in drugih zdravstvenih zavodov) niti ni zagotovljeno financiranje ključnih aktivnosti sistema celovite kakovosti in varnosti. Obstoječi kadrovske viri in druge zmogljivosti za upravljanje, spremljanje in analizo kakovosti in varnosti so nezadostni tako na nacionalni ravni kot tudi na ravni bolnišnic in drugih zdravstvenih organizacij.

Postopki spremljanja in vrednotenja procesov v zdravstvu z vidika kakovosti in varnosti v zdravstvenih organizacijah še niso ustrezno dokumentirani in razširjeni. Kultura kakovosti in varnosti še ni vzpostavljena, o čemer pričajo tudi zadrege ob varnostnih zapletih.

Poseben razvojni problem predstavlja oblikovanje strokovnih smernic, standardov kakovosti, kliničnih poti oziroma doktrine zdravljenja na posameznem področju oziroma specialnosti. Priprava strokovnih smernic ne poteka enotno in usklajeno z vidika racionalne (učinkovite in kakovostne) izvedbe programov zdravstvenih storitev, optimalne delitve dela med primarno ravno in ostalimi ravni zdravstvenega varstva, kategorizacije bolnišnic oziroma zmogljivosti na sekundarni ter terciarni ravni.

Glede na izjemen pomen kontinuiranega opredeljevanja in dograjevanja kliničnih smernic za upravljanje kakovosti in varnosti bi bilo treba natančneje opredeliti institucionalni okvir oziroma pristojnosti in odgovornosti poglavitnih nosilcev te aktivnosti: MZ, ZS, SZD, razširjenih strokovnih kolegijev za posamezne stroke, nosilcev terciarne dejavnosti za posamezne stroke, strokovnih zbornic, NIJZ, ZZS in JAZMP.

Pomemben pokazatelj zagotavljanja celovite kakovosti in varnosti v zdravstvu je tudi obvladovanje protimikrobne odpornosti. V Sloveniji na ravni MZ od leta 2005 deluje večdisciplinska Komisija za smotrno rabo protimikrobnih zdravil. Komisija za smotrno rabo protimikrobnih zdravil v skladu s pravilnikom o obveznem poročanju o porabi protimikrobnih zdravil v bolnišnicah izvaja nadzor nad predpisovanjem protimikrobnih zdravil v bolnišnicah. Komisija tudi organizira posvete in ocenjuje porabo protimikrobnih zdravil. Vsaka bolnišnica ima skladno s pravilnikom uvedene ukrepe za smotrno rabo protimikrobnih zdravil, najpogosteje gre za omejitve predpisovanja nekaterih antibiotikov, v

uporabi pa so tudi druge intervencije. ZZZS na podlagi strokovnih priporočil regulira predpisovanje antibiotikov na recept z omejitvami na nekatere indikacije. Vzporedno potekajo aktivnosti preprečevanja in obvladovanja z zdravstvom povezanih okužb.

V Sloveniji smo že vzpostavili sistem spremljanja kazalnikov kakovosti, predvsem v bolnišnicah, vendar zbrani kazalniki niso prepoznani kot orodje za nenehno izboljševanje. V procese upravljanja kakovosti bo v prihodnje treba vključiti vse ključne akterje sistema, tudi uporabnike.

Pomembno vlogo pri zagotavljanju celovite kakovosti in varnosti imajo tudi zbornice in združenja, in sicer s podeljenim javnim pooblastilom, izvajanjem strokovnih nadzorov, svetovanjem in skrbjo za višjo raven znanja zdravstvenih delavcev.

Boljše upravljanje kakovosti in varnosti na nacionalni ravni je eden od temeljnih razvojnih izzivov tudi zaradi izvajanja Direktive o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu ter priporočil Sveta o varnosti pacientov, vključno s preprečevanjem in obvladovanjem okužb, povezanih z zdravstveno oskrbo (2009/C 151/01). Direktiva o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu zahteva zagotavljanje podatkov o kakovosti za paciente, kar narekuje vzpostavitev javno dostopnih podatkov o delovanju, kakovosti in varnosti slovenskih izvajalcev zdravstvenih storitev.

Aktivnost: Zagotavljanje kakovosti in varnosti zdravstvene oskrbe

Zagotovili bomo sistem celovite kakovosti v zdravstvu s kazalniki in poročili, ki bodo dostopni široki skupini uporabnikov – tako izvajalcem zdravstvene dejavnosti, pacientom in plačniku. Omogočili bomo spremljanje kakovosti posameznih izvajalcev zdravstvene dejavnosti in zagotovili dostopnost do ključnih kazalnikov kakovosti posameznih izvajalcev uporabnikom. Hkrati bomo spremljali tudi zadovoljstvo uporabnikov.

Ukrep 1 Spremembe zakonodaje za določitev pogojev in pristojnosti zagotavljanja nenehnega izboljševanja kakovosti in varnosti zdravstvene oskrbe ter osredotočanja na pacienta in ureditev pristojnosti posameznih institucij v zdravstvu za nadzor nad kakovostjo

Ukrep 2 Posodobitev nabora kazalnikov kakovosti, ki se spremljajo na nacionalni ravni, vključno s kazalniki zadovoljstva uporabnikov, ter njihova javna objava

Ukrep 3 Posodobitev sistema spremljanja in izvajanja ukrepov za opozorilne nevarne dogodke ter druge škodljive dogodke

Ukrep 4 Sprejem Nacionalne strategije smotrne rabe protimikrobnih zdravil in obvladovanja protimikrobne odpornosti v humani in veterinarski medicini

Ukrep 5 Vzpostavitev sistema izobraževanja in usposabljanja s področja kakovosti in varnosti ter osredotočanja na pacienta in svoje s podporo raziskavam na tem področju

Ukrep 6 Sprejem Nacionalne strategije za preprečevanje in obvladovanje okužb v zdravstvu

Ukrep 7 Izobraževanje o načinu komuniciranja v zdravstvu, s poudarkom na komuniciranju s pacientom

Ukrep 8 Zagotovitev kadrovske in finančne virov za razvoj sistema kakovosti in nadzor

Specifični cilj: S to aktivnostjo in ukrepi bomo prispevali k delujočemu sistemu nenehnega izboljševanja kakovosti in varnosti zdravstvene oskrbe.

Specifični cilj	Kazalniki učinka	Merska enota	Izhodiščna vrednost	Izhodiščno leto	Ciljna vrednost v letu 2025	Vir podatka	Časovni okvir	Vir sredstev za predvidene ukrepe
Delujoč sistem nenehnega izboljševanja kakovosti in varnosti zdravstvene oskrbe	Spremembe zakona, objavljene v UL	Število	0	2015	1	MZ	2017	Proračun RS
	Sprejete strategije, objavljene na spletni strani MZ	Število	0	2015	2	MZ	2017	
	Prenovljen nabor kazalnikov kakovosti in njihova objava na spletni strani MZ	Število	1	2015	3	MZ	2016	
	Poročilo o posodobitvi sistema spremljanja OND	Število	1	2015	1	MZ	2016	
	Poročilo o izvedenih izobraževanjih na področju kakovosti in varnosti	Število	0	2015	5	MZ	2025	
	Poročilo o izvedenih izobraževanjih na področju komunikacije v zdravstvu	Število	0	2015	3	MZ	2025	
	Poročilo o kadrovskih in finančnih virih za razvoj sistema kakovosti, objavljeno na spletni strani MZ	Število	0	2015	1	MZ	2018	

6.3.5 Upravljanje in vodenje

Osnovno orodje za učinkovito upravljanje sistema zdravstvenega varstva je strateški okvir, ki ga v našem primeru predstavlja pričujoča resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva.

V sistemu zdravstvenega varstva se prepleta delo številnih deležnikov, katerih vloge včasih niso dovolj jasno opredeljene. Zato je nujno, da se posamezne vloge deležnikov za uspešno izvajanje ciljev in ukrepov iz tega dokumenta v sistemu zdravstvenega varstva jasno opredelijo.

Za oceno uspešnosti delovanja sistema zdravstvenega varstva (HSPA – Health System Performance Assessment) in za argumentirano načrtovanje ter odločanje o prioritetah v zdravstvu v Sloveniji bo nujno zagotoviti potrebne strukturne in druge pogoje. Učinkovitost, kakovost, dostopnost in s tem uspešnost sistema zdravstvenega varstva bomo vrednotili s sistemom HSPA.

Vodenje, upravljanje in nadzor v javnih zdravstvenih zavodih ni ustrezno urejeno. Neustrezno je nagrajevanje vodstvenih delavcev.

Organi upravljanja (sveti zavodov) zaradi pomanjkanja kompetenc marsikje ne opravijo svoje vloge. Sveti zavodov imajo po Zakonu o zavodih upravljavsko in nadzorno funkcijo. Za izboljšanje upravljanja javnih zdravstvenih zavodov je ključno zagotoviti, da so člani svetov ustrezno usposobljeni za opravljanje svoje funkcije.

Aktivnost: Krepitev upravljanja

Za uspešno uresničevanje ciljev in ukrepov tega dokumenta je ključna okrepitev upravljanja celotnega sistema zdravstvenega varstva.

Ukrep 1 Jasna opredelitev vlog deležnikov v sistemu zdravstvenega varstva v ZZVZZ in zagotovitev enakopravnejše sestave v upravnem organu ZZS

Ukrep 2 Uvedba sistema spremljanja po metodologiji HSPA (Health System Performance Assessment)

Ukrep 3 Kadrovska okrepitev MZ

Ukrep 4 Sodelovanje in opolnomočenje pacientov pri oblikovanju zdravstvenih politik

Specifični cilj: S to aktivnostjo in ukrepi bomo prispevali k večji odgovornosti in učinkovitosti upravljanja v zdravstvu.

Specifični cilj	Kazalniki učinka	Merska enota	Izhodiščna vrednost	Izhodiščno leto	Ciljna vrednost v letu 2025	Vir podatka	Časovni okvir	Vir sredstev za predvidene ukrepe
Večja odgovornost in učinkovitost upravljanja v zdravstvu	Sprememba ZZVZZ	Število	0	2015	1	MZ	2016	Proračun MZ
	HSPA poročilo, objavljeno na spletni strani MZ	Število	0	2015	4	MZ	2022	
	Poročilo o kadrovski okrepitvi MZ, objavljeno na spletni strani MZ	Število	0	2015	1	MZ	2018	
	Poročilo o sodelovanju in opolnomočenju pacientov pri oblikovanju politik	Število	0	2015	1	MZ	2020	

Nosilec: MZ

Aktivnost: Optimizacija vodenja javnih zdravstvenih zavodov

V javnih zdravstvenih zavodih je nujno optimizirati vodenje, in sicer s povečanjem pooblastil vodstvu, boljšim nadzorom, spremenjenim načinom nagrajevanja za uspešnost vodstva in zaostrenimi pogoji glede zahtev po strokovnosti in izkušnjah vodstvenih kadrov ter njihove odgovornosti. Prav tako bomo uvedli kriterije za člane svetov zavodov s ciljem bolj strokovnega in učinkovitega upravljanja.

Ukrep 1 Vzpostavitev kriterijev za člane svetov zavodov s ciljem bolj strokovnega in učinkovitega upravljanja

Ukrep 2 Uvedba nagrajevanja za uspešnost vodenja

Specifični cilj: S to aktivnostjo in ukrepi bomo prispevali k večji odgovornosti in učinkovitosti upravljanja v zdravstvu.

Specifični cilj	Kazalniki učinka	Merska enota	Izhodiščna vrednost	Izhodiščno leto	Ciljna vrednost v letu 2025	Vir podatka	Časovni okvir	Vir sredstev za predvidene ukrepe
Večja odgovornost in učinkovitost upravljanja v zdravstvu	Sprejeti zakon, ki bo urejal področje poslovanja v zdravstvu, objavljen v UL	Število	0	2015	1	MZ	2015	Proračun MZ
	Poročilo o nagrajevanju za uspešnost vodenja	Število	0	2015	4	MZ	2018	

Nosilec: MZ

6.3.6 Nagrajevanje po uspešnosti

Čeprav ima plačni sistem javnega sektorja vgrajene določene mehanizme nagrajevanja delovne uspešnosti, pa je praksa pokazala, da je tovrstno nagrajevanje premalo povezano z rezultati dela na podlagi vnaprej dogovorjenih kriterijev oziroma meril. Za doseganje večje učinkovitosti in kakovosti je treba izvesti ustrezne spremembe, ki bodo omogočale nagrajevanje po uspešnosti opravljenega dela. Vlada RS je že sprejela izhodišča o izboljšavah plačnega sistema javnega sektorja in odpravi njegovih anomalij, na podlagi katerega se bo v dejavnosti zdravstva vzpostavil sistem stimulatивnejšega in bolj fleksibilnega nagrajevanja zaposlenih v odvisnosti od rezultatov dela (posameznika, tima oziroma zavoda) ter zmanjšalo avtomatizme, ki neodvisno od delovnih rezultatov povečujejo obseg sredstev za plače.

Aktivnost: Nagrajevanje po uspešnosti

Za doseganje večje učinkovitosti in kakovosti dela vseh zaposlenih v sistemu zdravstvenega varstva bomo spremenili plačni sistem tako, da bo omogočal nagrajevanje po uspešnosti opravljenega dela.

Ukrep 1 Izvedba pilotnega projekta modela nagrajevanja po uspešnosti v enem zdravstvenem domu in eni bolnišnici

Ukrep 2 Spremembe zakonodaje v podporo nagrajevanju po uspešnosti v zdravstvu ob sočasnem spremljanju, ali se ob tem zdravstvene storitve izvajajo kakovostno in varno

Specifični cilj: S to aktivnostjo in ukrepi bomo prispevali k nagrajevanju zaposlenih v zdravstvu po uspešnosti in kakovosti.

Specifični cilj	Kazalniki učinka	Merska enota	Izhodiščna vrednost	Izhodiščno leto	Ciljna vrednost v letu 2025	Vir podatka	Časovni okvir	Vir sredstev za predvidene ukrepe
Nagrajevanje po uspešnosti in kakovosti	Poročilo o izvedbi pilotnega projekta, objavljeno na spletni strani MZ	Število	0	2015	1	MZ	2018	MZ
	V zakonodajo vključen model za nagrajevanje po uspešnosti, objavljen v UL	Število	0	2015	4	MZ	2019	

Nosilec: MZ, MJU

6.3.7 Čakalne dobe

S problemom čakalnih dob se soočajo vse razvite države. Čakalnih dob ni možno skrajšati zgolj z dodajanjem finančnih sredstev, temveč s preglednostjo celotnega procesa vzpostavitve čakalne dobe in nadzorom nad pravilnim umeščanjem ter upravljanjem čakalnih vrst. Treba je stalno analizirati vzroke za čakalne dobe in odpravljati razloge za njihovo prekomerno nastajanje. Izvajalci zdravstvenih storitev morajo izvajati strokovno upravljanje čakalnih dob in prilagajati storitve spreminjajočim se potrebam. Pri tem morajo pravilno upravljati čakalne sezname, zahtevajo se ustrezno znanje skrbnikov, organiziranost postopka, način komunikacije z deležniki, sprotne analize, kreiranje ciljnih ukrepov, ustrezne evidence ter dostop do podatkov in izmenjave podatkov ob spoštovanju kliničnih poti na ravni izvajalca kot tudi na ravni države za obravnavo posameznega zdravstvenega problema ali bolezni.

Čakalne dobe so posledica spleta različnih vzrokov, od katerih je financiranje samo eden izmed njih. Večina od njih se nanaša na neprimerne modele financiranja, pomanjkanje finančnih virov, slabo učinkovitost in organiziranost izvajalcev, slabe kakovosti storitev, prekomerno napotovanje med različnimi ravni izvajalcev zdravstvenih storitev, slabo upravljanje čakalnih seznamov, neutemeljene pritiske pacientov po zdravstvenih storitvah in nepotrebne zdravstvene preglede zaradi administrativnih postopkov na področju socialnih pravic ali negativnih finančnih spodbud izvajalcev. Čakalne dobe vplivajo na kakovost sistema zdravstvenega varstva s posledicami, ki jih povzročajo. Zaradi prekomernih čakalnih dob prihaja do povečanja tveganja pri zdravljenju, višjih stroškov zdravljenja, daljše odsotnosti z dela in iz družinskega kroga, daljše in zahtevnejše rehabilitacije in slabšega stanja pacientov po zdravljenju.

Predolge čakalne dobe ne vplivajo neugodno samo na pacienta, temveč tudi predstavljajo dodatno breme za sistem zdravstvenega varstva s finančnega in organizacijskega vidika. Prav tako imajo slab vpliv na širšo družbo – tudi na gospodarstvo, kadar je tak pacient zaposlen.

Aktivnost: Krajšanje čakalnih dob (ČD)

Zagotovili bomo učinkovito spremljanje čakalnih dob in transparentno umeščanje na čakalne sezname ter dodatno financiranje v primeru upravičenega povečanja potreb. Nadgradili bomo sistem za obvladovanje neupravičenega napotovanja in uvrščanja v čakalne sezname ter uvedli informacijski sistem, ki bo podpiral delo zdravnikov in drugega zdravstvenega osebja pri njihovih odločitvah glede poteka zdravljenja.

Ukrep 1 Izvedba analize vzrokov in posledic za nastajanje čakalnih dob

Ukrep 2 Priprava in izvedba pilotnega projekta, na osnovi katerega se bodo sprejeli ukrepi za obvladovanje čakalnih dob

Ukrep 3 Spremembe Zakona o pacientovih pravicah in Pravilnika o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov

Ukrep 4 Vpeljava sistema CDSS (Clinical Decision Support System)

Specifični cilj: Z aktivnostmi na tem področju bomo zagotovili enako in pravično dostopnost do zdravstvenih storitev ter skrajšanje čakalnih dob.

Specifični cilj	Kazalniki učinka	Merska enota	Izhodiščna vrednost	Izhodiščno leto	Ciljna vrednost v letu 2025	Vir podatka	Časovni okvir	Vir sredstev za predvidene ukrepe
Enaka in pravična dostopnost do zdravstvenih storitev ter skrajšanje čakalnih dob	Analiza vzrokov in posledic za ČD	Število	0	2015	1	MZ	2016	Proračun MZ, ZZZS
	Poročilo o izvedbi pilotnega projekta, objavljeno na spletni strani MZ	Število	0	2015	1	MZ	2017	
	Sprememba Zakona o pacientovih pravicah, objavljena v UL	Število	0	2015	1	MZ	2018	
	Poročilo o vpeljavi sistema CDSS	Število	0	2015	1	MZ	2020	

Nosilec: MZ, ZZZS, NIJZ

6.3.8 Razvoj IKT v zdravstvu

Informatizacija sistema zdravstvenega varstva (e-zdravje) zajema informacijske sisteme in storitve, ki skupaj z organizacijskimi spremembami in razvojem novih veščin pripomorejo k napredku zdravstva, njegovim izboljšavam glede dostopnosti do zdravstvene oskrbe, kakovosti storitev ter njegovi učinkovitosti in produktivnosti. Rešitve podpirajo napredek v zdravstveni dejavnosti, omogočajo boljše upravljanje in širjenje zdravstvenega znanja ter pomagajo zdravstveni dejavnosti, temelječi na dokazih.

Projekt eZdravje konec leta 2015 vzpostavlja enoten zdravstveni informacijski sistem, ki s pomočjo povezovanja z informacijskimi sistemi različnih ponudnikov omogoča interoperabilnost in izmenjavo podatkov. S prenovo Zakona o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva smo vzpostavili zakonske podlage za zbirke podatkov eZdravja (Centralni register podatkov o pacientih, eRecept, eNapotnica in eNaročanje, Telekap, Register teleradioloških preslikav itd.) in njihovo povezovanje. Nacionalna uvedba eRecepta poteka, eNapotnica in eNaročanje pa se bosta uvedla v začetku leta 2016.

Vsebinsko bi bilo smiselno sredstva in napore usmeriti v zagotovitev enotnega informacijskega sistema za izvajalce zdravstvene dejavnosti, pri čemer pa se je treba pri tem nujno izogniti nevarnosti „vendor lock-in“ (vezanost na enega ponudnika). V ta namen je treba razviti sistem za certificiranje rešitev za uporabo v sistemu zdravstvenega varstva in predvsem zagotoviti mehanizme, da je prehod od enega ponudnika na drugega ponudnika sistema zdravstvenega varstva dejansko možen.

Glede na usmeritve EU (zelena knjiga o mZdravju) je treba pozornost nameniti tudi hitro razvijajočemu področju mZdravja, kjer bi predvsem morali zagotoviti, da imajo uporabniki sistema zdravstvenega varstva na voljo informacije o tem, katera od mnogih mobilnih aplikacij, ki so na voljo, je dejansko medicinsko in strokovno preverjena.

Aktivnost: Izboljšanje dostopnosti do kakovostnih podatkov v zdravstvu ob sočasnem razvoju novih načinov spremljanja zdravstvenega stanja s pomočjo sodobne informacijske podpore

Izboljšali bomo dostopnost do kakovostnih podatkov in informacij v zdravstvu. Za optimizacijo sistema zdravstvenega varstva bomo zagotovili naprednejšo uporabo informacijske tehnologije v zdravstvu. Z ustrežno zdravstveno informacijsko infrastrukturo bomo omogočili vzpostavitev elektronskih povezav med zdravstvenimi izvajalci ter izmenjavo zdravstvenih dokumentov na nacionalni ravni, s tem pa učinkovitejšo organizacijo dela zdravstvenih izvajalcev. Z uvedbo e-zdravja bomo povečali vključenost uporabnikov – pacientov za vpogled do lastnih zdravstvenih podatkov.

Ukrep 1 Prenova Zakona o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva

Ukrep 2 Nadgradnja elektronskega zdravstvenega kartona

Ukrep 3 Poenotenje informacijske podpore pri zdravstvenih izvajalcih

Ukrep 4 Nadgradnja sistema eZdravje

Ukrep 5 Povezljivost IKT eZdravja, ZZZS, drugih nacionalnih IKT, socialne in drugih relevantnih IKT

Ukrep 6 Uvedba enotnih standardov elektronske izmenjave podatkov v zdravstvu

Specifični cilj: Z aktivnostmi na tem področju bomo zagotovili enotno in učinkovito informacijsko podporo spremljanju in upravljanju v zdravstvu in dostopne podatke za obravnavo pacientov in poslovanje.

Specifični cilj	Kazalniki učinka	Merska enota	Izhodiščna vrednost	Izhodiščno leto	Ciljna vrednost v letu 2025	Vir podatka	Časovni okvir	Vir sredstev za predvidene ukrepe
Enotna in učinkovita informacijska podpora spremljanju in upravljanju v zdravstvu/ dostopni podatki za zdravstveno oskrbo pacientov in poslovanje	Sprejeti zakon o zbirkah podatkov v zdravstvu, objavljen v UL	Število	0	2015	1	MZ	2021	Proračun MZ
	Poročilo o uvedbi e-kartona, poenotenju informacijske podpore pri izvajalcih, nadgradnji e-zdravja in povezljivosti IKT na spletni strani MZ	Število	0	2015	1	MZ	2021	
	Enotni standardi elektronske izmenjave podatkov v zdravstvu, objavljeni na spletni strani MZ	Število	0	2015	1	MZ	2021	

Nosilec: MZ, NIJZ

6.3.9 Upravljanje z investicijami

Načrtovane aktivnosti uvajanja novih zdravstvenih tehnologij in posodabljanja obstoječih so tesno povezane z investicijami v obliki naložb v objekte, opremo, izobraževanje in usposabljanje, razvoj novih tehnologij, izboljšanje kakovosti dejavnosti itd. Zdravstvena infrastruktura mora biti urejena po veljavnih standardih, smernicah in predpisih, da zagotavlja primerno stopnjo kakovosti, varnosti in zanesljivosti. Urejeno stanje je predpogoj za izvajanje zdravstvene dejavnosti, uporabo zdravstvenih tehnologij in metod zdravljenja.

Vse investicije v zdravstveno infrastrukturo bodo temeljile na analizi in oceni potreb.

Na podlagi obstoječega stanja slovenske zdravstvene infrastrukture izhaja, da starejši dotrajani prostori v zdravstvenih objektih postajajo vse manj primerni za izvajanje zdravstvenih in spremljajočih dejavnosti, tudi z vidika potresne, požarne, poplavne varnosti, slabih pogojev bivanja, kot so pomanjkljive sanitarije, omejenosti, arhitekturne neustreznosti, neučinkovitosti obstoječih logističnih povezav in notranjega prometa, dragega vzdrževanja, energetske potratnosti itd. Investicijska vlaganja v obnavljanje ali nadomestne novogradnje so nujni. Zaradi omejenih finančnih sredstev bo v investicijski dokumentaciji treba dokazati ustrezne učinke in določiti uspešnost investicije. V ta namen bo treba pripraviti dolgoročen strateški program posodobitve slovenske zdravstvene infrastrukture. Področje investicij v javne zdravstvene zavode z vidika financiranja je ministrstvo delno uredilo v novem Zakonu o investicijah v javne zdravstvene zavode, katerih ustanovitelj je Republika Slovenija (Uradni list RS, št. 90/15).

Slovensko zdravstvo se po obdobju finančne krize in varčevalnih ukrepov, ki so najbolj prizadeli investicijsko področje in nenadomeščanje medicinskih aparatov, sooča tudi z višanjem povprečne starosti dragih medicinskih naprav, ki je že blizu pričakovane dobe koristnosti. Ob naraščanju števila preiskav in s tem izboljšanju diagnostičnih postopkov obstaja tveganje, da število naprav ne bo odražalo dejanskih potreb, starost naprav pa ne razvoja na področju medicinske tehnologije. Kot drago opremo je treba šteti najmanj naslednje aparature: MR, CT, PET-CT, linearni pospeševalnik.

Aktivnost: Povečanje učinkovitosti in uspešnosti investicijskih projektov z medicinsko opremo

Izboljšali bomo raven učinkovitosti in uspešnosti pri ravnanju z investicijskimi projekti, da bomo lahko dolgoročno uredili zdravstveno infrastrukturo, ki ustvarja podlago za izvajanje obstoječih in uvajanje novih zdravstvenih tehnologij ter izvajanje zdravstvene dejavnosti.

Eden pomembnejših delov v celoviti zdravstveni oskrbi je poleg ustreznega kadra medicinska oprema. V naslednjem obdobju bo ministrstvo vzpostavilo boljše načrtovanje nabav predvsem drage medicinske opreme ob sočasni vzpostavitvi tehničnih smernic za to opremo.

Ukrep 1 Priprava dolgoročnega strateškega programa posodobitve slovenske zdravstvene infrastrukture z nacionalnim načrtom investicij v JZZ

Ukrep 2 Izdelava študije potreb po dragih napravah v Sloveniji

Ukrep 3 Izdelava in vzdrževanje standardov drage medicinske opreme

Ukrep 4 Vzpostavitev vodenja ustrezne evidence drage medicinske opreme

Specifični cilj: Z aktivnostmi na tem področju bomo zagotovili posodobljene funkcionalne prostore za izvajanje zdravstvene dejavnosti s ciljem najbolj smotrne izrabe ter sledenje tehnološkemu napredku pri investiranju v drago medicinsko opremo.

Specifični cilj	Kazalniki učinka	Merska enota	Izhodiščna vrednost	Izhodiščno leto	Ciljna vrednost v letu 2025	Vir podatka	Časovni okvir	Vir sredstev za predvidene ukrepe
Posodobitev funkcionalnih prostorov za izvajanje zdravstvene dejavnosti s ciljem najbolj smotrne izrabe ter sledenje tehnološkemu napredku pri investiranju v drago medicinsko opremo	Sprejet strateški program posodobitve slovenske zdravstvene infrastrukture, objavljen na spletni strani MZ	Število	0	2015	1	MZ	Do 2021	MZ
	Študija potrebne količine dragih naprav v RS, objavljena na spletni strani MZ	Število	0	2015	1	MZ	Do 2021	
	Sprejeti standardi drage medicinske opreme, objavljeni na spletni strani MZ	Število	0	2015	1	MZ	Do 2021	
	Evidenca drage medicinske opreme, objavljena na spletni strani MZ	Število	0	2015	1	MZ	Do 2021	

Nosilec: MZ, NIJZ

6.4 Solidarno, pravično in vzdržno financiranje zdravstvenega varstva

Že v obdobju pred krizo je bila rast javnofinančnih izdatkov za zdravstvo v Sloveniji relativno nizka v primerjavi s sorodnimi državami EU. To lahko pomeni, da smo bili učinkoviti pri obvladovanju javnih izdatkov za zdravstvo, po drugi strani pa je to tudi odraz prepočasnega uvajanja novih tehnologij, slabše opremljenosti izvajalcev zdravstvene dejavnosti in zaostankov v številu zdravnikov (UMAR, 2012). V obdobju krize so se skladno z zahtevo po doslednem uravnoveženem poslovanju brez zadolževanja ZZZS izvajali zniževanje cen zdravstvenih storitev, stroge proračunske omejitve (zniževanje sredstev za investicije in za izvajanje javne službe), omejevanje cen zdravil, omejevanje zaposlovanja in drugi ukrepi. Vse to je imelo za posledico naraščanje kumulativnih izgub pri izvajalcih zdravstvenih storitev in poslabšanje njihove likvidnosti. Na zmanjšanje deleža javnih izdatkov v skupnih izdatkih za zdravstvo v Sloveniji je deloma vplival tudi prenos dela teh izdatkov na dopolnilno zdravstveno zavarovanje.

Javni izdatki (večinoma sredstva ZZZS oziroma obveznega zdravstvenega zavarovanja, manjši delež proračunska sredstva) so se v kriznem obdobju zaradi manjših prihodkov ZZZS in prenosa določenih obveznosti na dopolnilno zdravstveno zavarovanje znižali z 2,45 milijarde EUR v letu 2009 (6,8 odstotka BDP) na 2,39 milijarde EUR v letu 2014 (6,4 odstotka BDP). Projekcije nakazujejo, da bodo v Sloveniji, če ne bomo ukrepali, izdatki za zdravstvo naraščali znatno hitreje od rasti BDP.

V dopolnilno zdravstveno zavarovanje je zaradi velikega obsega storitev, ki zahtevajo doplačila, vključenih več kot 95 odstotkov zavezancev za doplačila. Financiranje dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, kot je zasnovano zdaj, pa ne temelji na principu pravičnosti in solidarnosti, saj so premije regresivne in predstavljajo nesorazmerno večje breme za socialno ranljivo prebivalstvo kot za srednji oziroma višji razred. Premije za dopolnilno zdravstveno zavarovanje so previsoke glede na izplačane škode (zdravstvene storitve), zavarovalnice ustvarjajo dobiček tudi zaradi varčevanja v zdravstvu – nižanja cen zdravstvenih storitev.

Pri preoblikovanju dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja bomo morali upoštevati:

- da je zaradi globine in obsega sedanjega sistema doplačil k zdravstvenim storitvam (vključno z zdravili in medicinskimi pripomočki) prehod na nov sistem treba izvesti postopno oziroma zmanjšati finančna tveganja na najmanjšo možno mero;
- da se mora z uvedbo nadomestnega vira zagotoviti dovolj široka populacija zavezancev za plačilo;
- da se morajo pri virih financiranja zdravstva zagotoviti njihova fleksibilnost in dolgoročna vzdržnost in večja razpršenost;
- naraščajoče izdatke za dolgotrajno oskrbo.

Trenutni sistem plačil zdravstvenih storitev ni dovolj pregleden. Izvajalcem zdravstvene dejavnosti pogosto financiramo predvsem kapacitete, ne glede na njihovo izkoriščenost, ali drugače povedano – denar ne sledi pacientu. Obračunske sisteme bo treba nadgraditi in zagotoviti, da bosta upoštevani tudi učinkovitost in kakovost.

Sistem partnerskega dogovarjanja in sprejemanja splošnega dogovora je zastarel in neučinkovit, saj temelji na praksi iz 80. let prejšnjega stoletja, ko so se uporabljale precej drugačne medicinske tehnologije. Pri tem mehanizmu sploh ne gre več za dogovarjanje, saj se partnerji skladno s pravili dogovorijo o relativno majhnem deležu predlogov, posledično pa o večini predlogov o spremembah in dodatnih programih odloča Vlada Republike Slovenije.

Z vidika solidarnosti in pravičnosti financiranja, zagotovitve finančne vzdržnosti sistema in njegove proticiklične naravnosti bo treba odpraviti anomalije, ki se kažejo v:

- neupravičenih razlikah v bremenih plačevanja prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje med posameznimi kategorijami zavezancev;
- neobremenjevanju nekaterih dohodkov s prispevki za zdravstvo;
- neporavnavanju obveznosti in neučinkoviti izterjavi prispevkov.

Dopolnilno zdravstveno zavarovanje ni progresivno in s tem pravično, saj vsi zavarovanci plačujejo enako premijo. Pri tem nastajajo tudi visoki administrativni stroški v sistemu. Tveganje doplačil, ki jih dopolnilno zavarovanje pokriva, je tako veliko in razširjeno, da posledično v resnici ne gre več za prostovoljno zavarovanje, temveč je v praksi za večino zavarovancev dejansko obvezno.

Za razvoj slovenskega zdravstva bo odločujoče tudi, ali bomo uspešno zagotovili nove javnofinančne vire in njihovo transparentno razdeljevanje za preventivno dejavnost, uvajanje novih tehnologij, raziskovanje ter izobraževanje in razvoj v zdravstvu.

Specifični cilji:

Pravično, solidarno in vzdržno financiranje zdravstvenega varstva:

- enakomerna in pravična obremenitev zavarovancev s prispevki;
- večja razpršenost virov za financiranje zdravstvenega varstva za zmanjšanje ranljivosti sistema zdravstvenega varstva, npr. v času ekonomske krize;
- s pravicami čim bolj polno obvezno zdravstveno zavarovanje, ki je očiščeno vsebin, ki vanj ne sodijo (kot npr. specializacije zdravnikov, pripravništvo ipd.);
- uvajanje oziroma opuščanje metod zdravljenja na osnovi preglednega sistema, ki upošteva finančno vzdržnost sistema zdravstvenega varstva in dokazano učinkovitost medicinskih tehnologij in načinov obravnave (HTA);
- enostaven, pregleden in učinkovit način partnerskega dogovarjanja;
- uvedba novih obračunskih modelov pri financiranju izvajalcev zdravstvene dejavnosti;
- plačevanje izvajalcev po uspešnosti in kakovosti.

6.4.1 Solidarnost in pravičnost financiranja

Pri financiranju iz javnih virov je problematična trenutna prevelika odvisnost od prihodkov iz naslova prispevne stopnje zaposlenih, kar povzroča precejšnje finančne pretrese pri makroekonomskih nihanjih v obdobjih gospodarskih kriz in negativen vpliv na prihodke ZZZS ob povečani nezaposlenosti.

Prispevno osnovo za obvezno zdravstveno zavarovanje bi lahko, ob upoštevanju dejanskega finančnega stanja zavarovanca, razširili na vse oblike dela (in na vse vrste prejemkov posameznika, tudi pasivne). Hkrati je treba tudi zmanjšati precejšnje razlike v prispevni stopnji. Trenutno imamo izjemno asimetrično obremenitev različnih kategorij zavarovancev. Medtem ko zaposlena populacija za obvezno zdravstveno zavarovanje v povprečju plačuje 203 EUR na mesec, za isti obseg pravic druge kategorije plačujejo bistveno manj. Ob tem pa so nekatere kategorije prebivalcev, predvsem osebe v negotovih zaposlitvenih pogojih in določene kategorije priseljencev, zaradi socialno-ekonomske prikrajšanosti izpostavljene tveganju, da ne zmorejo bremena za plačevanje prispevkov OZZ in zato do pravic iz OZZ ne morejo dostopati.

Aktivnost: Izenačevanje bremen in zaostritev odgovornosti pri plačevanju prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje

Okrepili bomo solidarnost pri plačevanju prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje. S prispevki za zdravstveno zavarovanje morajo biti obremenjeni vsi prihodki fizičnih oseb. Ob tem bomo zagotovili, da bodo vse kategorije zavezancev čim bolj enakomerno obremenjene s plačili prispevkov. Zaostri bomo tudi odgovornost za redno poravnavanje obveznosti in zagotovili učinkovitejšo izterjavo prispevkov.

Ukrep 1 Spremembe zakonodaje za zmanjšanje nekaterih neupravičenih razlik pri plačevanju prispevkov med posameznimi kategorijami zavezancev

Ukrep 2 Širitev prispevne osnove tudi na pasivne dohodke

Ukrep 3 Prenova sistemske ureditve vključevanja oseb brez urejenega zdravstvenega zavarovanja v obvezno zdravstveno zavarovanje

Ukrep 4 Izboljšava sistema za učinkovitejšo izterjavo neplačanih prispevkov za zdravstveno zavarovanje

Specifični cilj: S to aktivnostjo in ukrepi bomo prispevali k enakomerni in pravični obremenitvi zavarovancev s prispevki.

Specifični cilj	Kazalniki učinka	Merska enota	Izhodiščna vrednost	Izhodiščno leto	Ciljna vrednost v letu 2025	Vir podatka	Časovni okvir	Vir sredstev za predvidene ukrepe
Enakomerna in pravična obremenitev zavarovancev s prispevki	Novi Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, objavljen v UL	Število	0	2015	1	MZ	2016	Proračun RS, ZZZS
	Zmanjšanje deleža neplačanih prispevkov	Delež zmanjšanja	0	2015	50%	MZ	2016	

Nosilec: MZ, MF

6.4.2 Vzdržnost financiranja sistema zdravstvenega varstva

Finančna kriza je pokazala, da v Sloveniji nimamo ustreznega mehanizma, ki bi zagotavljal stabilnost sistema zdravstvenega varstva ob povečanju brezposelnosti v času gospodarske krize. Po mednarodnih primerjavah izstopamo tudi po zelo nizkem deležu proračunskih sredstev za zdravstvo (3,2 odstotka v tekočih izdatkih in 6,6 odstotka, vključno z investicijami v letu 2013), tudi v primerjavi z državami s podobnimi sistemi. Povečanje financiranja iz davčnih virov lahko pomembno prispeva k zagotavljanju dolgoročne stabilnosti sistema zdravstvenega varstva, še posebej v času gospodarskih kriz.

Čeprav zakonodaja (Zakon o omejevanju porabe alkohola, Zakon o omejevanju uporabe tobaknih izdelkov) mestoma že omogoča porabo dela sredstev od pobranih trošarin za tobakne izdelke in alkoholne pijače, doslej ta možnost v praksi ni bila uveljavljena. V prihodnje bo potrebno zagotoviti sredstva za financiranje programov zdravstvenega varstva in za razvoj v zdravstvu (terciar, raziskovalna dejavnost, izpopolnjevanje), tako kot je praksa drugod po Evropi.

Razvoj novih zdravstvenih tehnologij in zdravil, bioloških zdravil, cepiv, krvnih pripravkov, medicinske opreme in pripomočkov, predvsem pa boljša osveščenost pacientov ter omejenost finančnih virov, namenjenih za zdravstveno varstvo, kažejo na vedno večje potrebe po vzpostavitvi sistema za določanje prednostnih nalog v zdravstvu in učinkovito porabo sredstev.

V svetu je že uveljavljena metoda vrednotenja zdravstvenih tehnologij (HTA), ki jo v Sloveniji komaj začnemo uvajati. Bolj protokoliran proces za presojo metod in postopkov zdravljenja na državni ravni smo vzpostavili šele pred leti, ko je MZ sprejelo poseben pravilnik, ki ga uporablja Zdravstveni svet (ZS) kot najvišji strokovni posvetovalni organ ministra, pristojnega za zdravje, za ocenjevanje vlog za uvajanje novih metod in postopkov zdravljenja. Prav tako se HTA uporablja pretežno za uvajanje novih tehnologij zdravljenja, ne pa tudi za vrednotenje oziroma sprejemanje odločitev o opuščanju zastarelih tehnologij zdravljenja. Treba je zagotoviti strukturno podporo in vzpostaviti pregleden sistem HTA, v katerem bi jasno ločili strokovne in odločevalske procese in se s tem izognili nepotrebnim konfliktom interesov ali celo koruptivnim tveganjem. Zdravstveni svet bi ohranil ključno odločevalsko vlogo ob koncu procesa HTA, tj. ob pregledu in kritični presoji prioriteteznega seznama predlaganih novih tehnologij.

S tem bo Slovenija izvajala tudi Sklepe Sveta o inovacijah v korist pacientov, kjer je še posebej navedeno, naj države članice izvajajo strategijo ocenjevanja zdravstvenih strategij (HTA), ki jo je sprejela mreža HTA, in da gre za poglobljeno sodelovanje na ravni EU na področju ocenjevanja zdravstvenih tehnologij.

Aktivnost: Zagotavljanje dolgoročne finančne vzdržnosti sistema zdravstvenega varstva

Zaradi nujnosti zagotavljanja dolgoročne vzdržnosti sistema zdravstvenega varstva bomo zagotovili stabilnejše vire financiranja in vpeljali proticiklične mehanizme – tudi ob upoštevanju, da v tem trenutku v zdravstvenem sistemu ni dovolj sredstev, da bi zagotovili tudi financiranje dolgotrajne oskrbe. Zaradi uvedbe novih finančnih virov se bo v strukturi javnofinančnega financiranja zdravstvenega varstva zmanjšal delež iz naslova prispevkov iz osebnih dohodkov na račun povečanja v ostalih javnofinančnih virih, s čimer bomo prispevali k večji pestrosti virov za financiranje zdravstvenega varstva. Prenesli bomo nezdravstvene izdatke iz zdravstvene blagajne v državni proračun.

Ukrep 1 Novi Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju

Ukrep 2 Opredelitev dela trošarin na alkohol in tobak za preventivno zdravstveno varstvo

Ukrep 3 Povečanje proračunskih virov za izobraževanje, raziskovalno dejavnost in razvoj v zdravstvu

Specifični cilj: S to aktivnostjo in ukrepi bomo prispevali k večji pestrosti virov za financiranje zdravstvenega varstva za zmanjšanje ranljivosti sistema zdravstvenega varstva, npr. v času gospodarske krize ali v primeru akutno večjih obremenitev.

Specifični cilj	Kazalniki učinka	Merska enota	Izhodiščna vrednost	Izhodiščno leto	Ciljna vrednost v letu 2025	Vir podatka	Časovni okvir	Vir sredstev za predvidene ukrepe
Večja pestrost virov za financiranje zdravstvenega varstva za zmanjšanje ranljivosti sistema zdravstvenega varstva, npr. v času ekonomske krize	Novi Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, objavljen v UL	Število	0	2015	1	MZ	2016	Proračun RS
	Poročilo o zagotovitvi dela trošarin za preventivno zdravstveno varstvo	Število	0	2015	10	MF	Do 2025	
	Poročilo o virih za izobraževanje, raziskovalno dejavnost in razvoj v zdravstvu	Število	0	2015	8	MZ	Do 2025	

Nosilec: MZ, MF

Aktivnost: Ohranitev široke košarice pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in njeno razvojno prilagajanje

Analiza sistema zdravstvenega varstva je pokazala, da košarica pravic iz OZZ nudi visoko stopnjo zdravstvene varnosti in zagotavlja relativno nizko stopnjo neenakosti. Glede na naraščajoče potrebe prebivalstva je za ohranitev dostopnosti do široke košarice pravic le-to nujno prilagajati tehnološkemu napredku in dokazanim potrebam po zdravstvenih storitvah. Ohranili bomo košarico pravic in jo prilagajali glede na nove potrebe prebivalstva ter dokaze o učinkovitosti, kakovosti in varnosti posameznih zdravstvenih tehnologij. Urediti je treba tudi postopke določanja pravic v OZZ na transparenten način in z jasno določitvijo vlog posameznih deležnikov.

Ukrep 1 Sprememba postopkov načrtovanja, spremljanja in vrednotenja pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja v Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju

Ukrep 2 Preoblikovanje postopka partnerskega dogovarjanja

Specifični cilj: S to aktivnostjo in ukrepi bomo prispevali k: s pravicami čim bolj polnemu zdravstvenemu zavarovanju, ki bo očiščeno vsebin, ki vanj ne sodijo; enostavnemu, preglednemu in učinkovitemu načinu partnerskega dogovarjanja; uvajanju oziroma opuščanju metod zdravljenja na osnovi preglednega sistema, ki upošteva sistem zdravstvenega varstva, dokazano učinkovitost medicinskih tehnologij in načinov obravnave in finančno vzdržnost.

Specifični cilj	Kazalniki učinka	Merska enota	Izhodiščna vrednost	Izhodiščno leto	Ciljna vrednost v letu 2025	Vir podatka	Časovni okvir	Vir sredstev za predvidene ukrepe
S pravicami čim bolj polno obvezno zdravstveno zavarovanje, ki je očiščeno vsebin, ki vanj ne sodijo (specializacije zdravnikov, pripravništvo, terciar)	Novi Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, objavljen v UL	Število	0	2015	1	MZ	2016	Proračun RS
Enostaven, pregleden in učinkovit način partnerskega dogovarjanja								

Nosilec: MZ

Specifični cilj	Kazalniki učinka	Merska enota	Izhodiščna vrednost	Izhodiščno leto	Ciljna vrednost v letu 2025	Vir podatka	Časovni okvir	Vir sredstev za predvidene ukrepe
Uvajanje oziroma opuščanje metod zdravljenja na osnovi preglednega sistema, ki upošteva finančno vzdržnost sistema zdravstvenega varstva in dokazano učinkovitost medicinskih tehnologij in načinov obravnave	Novi Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, objavljen v UL	Število	0	2015	1	MZ	2016	Proračun RS
	Poročilo o kadrovskih in finančnih virih za HTA, objavljeno na spletni strani MZ	Število	0	2015	3	MZ	2017 - 2025	

Nosilec: MZ, ZZZS

6.4.3 Zdravstveno zavarovanje

Izziv predstavlja obstoječa ureditev zdravstvenega zavarovanja, kjer je treba ponovno preučiti trenutno strukturo in institucionalno ureditev javnega in zasebnega financiranja zdravstvenega varstva. Sistem zdravstvenega zavarovanja kot celota potrebuje izboljšave na področjih pravičnosti financiranja in solidarnosti.

Aktivnost: Preoblikovanje sistema doplačil oziroma dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja

Dopolnilno zdravstveno zavarovanje bomo preoblikovali v smeri večje učinkovitosti z vidika uporabnika in na način, ki bo povečal solidarnost in zmanjšal potrebo po doplačevanju zdravstvenih storitev. S spremenjenim dopolnilnim zavarovanjem ne bomo dodatno povečevali učinkovitosti obremenitve stroškov dela, temveč bo nova oblika dajatve bremenila zavezanca iz razpoložljivega (neto) dohodka.

Ukrep 1 Izdelava modela nadomestitve dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja

Specifični cilj: S to aktivnostjo in ukrepi bomo prispevali k bolj enakomerni in pravični obremenitvi zavarovancev s prispevki.

Specifični cilj	Kazalniki učinka	Merska enota	Izhodiščna vrednost	Izhodiščno leto	Ciljna vrednost v letu 2025	Vir podatka	Časovni okvir	Vir sredstev za predvidene ukrepe
Enakomerna in pravična obremenitev zavarovancev s prispevki	Novi Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, objavljen v UL	Število	0	2015	1	MZ	2016	ZZZS, proračun RS

Nosilec: MZ, ZZZS

6.4.4 Nadzor nad porabo v zdravstvu

Nujno je, da se stroški v zdravstvu sprotno obvladujejo in da se pravočasno identificirajo anomalije v sistemu, ki omogočajo neupravičeno odtekanje sredstev za zdravstvo.

Aktivnost: Boljši nadzor nad porabo v sistemu zdravstvenega varstva

Za dolgoročno stabilizacijo sistema bomo s strukturnimi spremembami zagotovili večjo učinkovitost zdravstvene oskrbe, vključno z boljšim obvladovanjem stroškov v zdravstvu.

V ta namen bomo uvedli redne analize porabe na posameznih področjih, nadgradili veljavne obračunske modele, uveljavili spodbude za bolj učinkovito in kakovostno izvedbo zdravstvenih programov ter okrepili sistem spremljanja in nadzora nad obračunom.

Ukrep 1 Vzpostavitev kontinuiranega spremljanja in nadzor porabe po posameznih področjih

Ukrep 2 Prenova obračunskih modelov financiranja zdravstvenih storitev

Ukrep 3 Izdelava modela plačevanja izvajalcev zdravstvene dejavnosti po uspešnosti in izbranih kazalnikih kakovosti

Specifični cilj: S to aktivnostjo in ukrepi bomo prispevali k uvedbi novih obračunskih modelov pri financiranju izvajalcev zdravstvene dejavnosti.

Specifični cilj	Kazalniki učinka	Merska enota	Izhodiščna vrednost	Izhodiščno leto	Ciljna vrednost v letu 2025	Vir podatka	Časovni okvir	Vir sredstev za predvidene ukrepe
Uvedba novih obračunskih modelov pri financiranju izvajalcev zdravstvene dejavnosti	Podzakonski akt novega Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, objavljen v UL	Število	0	2015	1	MZ	2021	Proračun MZ, sredstva EU
Nagrajevanje po uspešnosti	Model nagrajevanja po uspešnosti, opredeljen v splošnem dogovoru	Število	0	2015	1	MZ	2025	

Nosilec: MZ, MJU, ZZS

7



IZVAJANJE
NACIONALNEGA
PLANA

7 Izvajanje nacionalnega plana zdravstvenega varstva

Izvajanje Resolucije temelji na sodelovanju med partnerji v zdravstvu in zunaj zdravstva. Eden od ključnih partnerjev je civilna družba, vključno z združenji pacientov, katere naloga je, da skrbnike in izvajalce Resolucije informira o potrebah uporabnikov/pacientov in opozarja na morebitne zastoje v izvajanju. Prav uporabniki/pacienti so tisti, ki morajo imeti in tudi imajo največji interes, da zastavljene cilje tudi dosežemo.

Za zagotavljanje koordinacije in sodelovanja vseh partnerjev pri izvajanju Resolucije in za spremljanje napredka bo pri MZ imenovana koordinacijska skupina, ki bo pripravljala obdobjne usklajene izvedbene načrte za izvajanje Resolucije in poročila o uspešnosti izvajanja nacionalnega plana, ki bodo predstavljena Vladi Republike Slovenije, strokovni in splošni javnosti in bodo podlaga za načrtovanje prihodnjih izvedbenih načrtov. Poročila o uspešnosti izvajanja bodo vključevala tudi izbrane kazalnike doseganja rezultatov, kot so opredeljeni po prednostnih področjih.

Za spremljanje napredka na področju zdravja in blagostanja smo izbrali kazalnike, s katerimi pokrivamo pogosto uporabljene dimenzije zdravja. To so kazalniki izidov zdravja z vidika umrljivosti, obolevnosti, preživetja in samoocene zdravja, kazalniki dostopnosti do zdravstvenega varstva s finančnega in organizacijskega vidika, kazalniki razširjenosti dejavnikov tveganja za zdravje in izvajanja preventive ter kazalniki izbranih značilnosti financiranja in kadrovske pokritosti zdravstvenega sistema. Pri izbiri kazalnikov smo upoštevali merilo kakovosti in časovne razpoložljivosti podatka znotraj države, primerljivost v mednarodnih naborih kazalnikov ter povezanost s področji aktivnosti, ki jih obravnava resolucija.

Glede na merilo primerljivosti v mednarodnih naborih kazalnikov so izhodišče predstavljali kazalniki ECHI, katerih uporabnost za primerjavo z drugimi državami smo dodatno preverili v dokumentih, ki predstavljajo doslej usklajene in sprejete kazalnike v skupnem ocenjevalnem okviru za sklop Zdravje (JAF Health), ki po metodi odprte koordinacije poteka v podskupini za indikatorje Odbora za socialno zaščito Evropske komisije (SPC). V tem okviru so izbrani kazalniki, ki jasno pokažejo učinke ukrepov in so bili do medsebojne primerljivosti med državami v dolgoletnih postopkih razviti v SZO, Evrostatu in OECD ter številnih evropskih projektih.

V nabor so uvrščeni tudi v državi razpoložljivi kazalniki za spremljanje uresničevanja šestih ciljev strategije Zdravje 2020 SZO.

K mednarodno primerljivim kazalnikom smo dodali tudi kazalnike, ki so v Sloveniji uveljavljeni in ustrezne kakovosti ter kažejo na ključne probleme zdravja in zdravstvenega sistema v Sloveniji in ki se v določenih segmentih razlikujejo od prioritete v evropskem prostoru (smrti zaradi samomora, raba alkohola, dolgo čakanje na medicinske posege).

Vse izbrane kazalnike v Sloveniji že spremljamo in jih poročamo na skupnem vprašalniku Evrostat-SZO-OECD oziroma jih bo mogoče spremljati na podlagi obstoječih zbirk podatkov in informacij.

Želene ciljne vrednosti so postavljene ob upoštevanju nacionalnih in evropskih usmeritev za izboljšanje zdravja. Upoštevali smo, kam nas izhodiščne vrednosti postavljajo znotraj držav EU. Tako so ciljne vrednosti kazalnikov, kjer dosegamo boljše vrednosti v Evropi, manj ambiciozne od ciljnih vrednosti pri kazalnikih, kjer smo pod povprečjem EU. Sledili smo usmeritvam glede ciljev političnega ukrepanja in poskusili oceniti, kako bodo na določene kazalnike vplivale spreminjajoče se razmere v državi, na katere zdravstvo in zdravstvena politika nimata neposrednega vpliva. Kazalniki so v prilogi 1 in 2. Za lažje razumevanje besedila, pa je v prilogi 3 pojmovnik.

Obrazložitev

Z Resolucijo nacionalnega plana zdravstvenega varstva 2016–2025 „Skupaj za družbo zdravja“ izpolnjujemo zavezo določbe 6. člena ZZVZZ, da se sprejme nacionalni plan zdravstvenega varstva, ki vključuje strategijo razvoja zdravstvenega varstva z namenom, vizijo in poslanstvom, načeli, cilji, prednostnimi razvojnimi področji, skratka ključnimi elementi strateškega načrtovanja.

Nacionalni plan zdravstvenega varstva za obdobje 2008–2013 se je iztekel, zato je treba sprejeti novega in z njim začrtati razvojne možnosti sistema zdravstvenega varstva za obdobje 2016–2025. Novi nacionalni program bo predstavljal strateški okvir za upravljanje in razvoj sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji in podlago za pripravo in sprejem ustreznih zakonov s področja zdravstvenega zavarovanja in zdravstvene dejavnosti kot tudi izhodišče za črpanje evropskih virov v okviru Operativnega programa za izvajanje kohezijske politike v programskem obdobju 2014–2020 in tretjega programa za ukrepe EU na področju zdravja (2014–2020).

Prvi predlog besedila Resolucije je nastal v delovni skupini Ministrstva za zdravje Republike Slovenije (MZ) na podlagi vrste izhodišč, ki so jih različne vlade in posamezni deležniki pripravili v preteklosti. V delovni skupini so sodelovali predstavniki MZ in organov v sestavi, predstavniki Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ) in Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS).

Kot izhodišče za opredelitev specifičnih izzivov v Sloveniji so bili uporabljeni zaključki posveta: Strokovna izhodišča za reformo sistema zdravstvenega varstva, ki je bil 16. junija 2014 v Ljubljani in zaključki številnih drugih razprav strokovne javnosti v preteklih letih. Končni predlog temelji na evropskih vrednotah zdravstvenega varstva in priporočilih mednarodne skupnosti glede razvoja zdravstvenih sistemov in hkrati upošteva v javnih razpravah izražene potrebe različnih deležnikov po spremembah.

V Sloveniji se soočamo z globalnimi izzivi, ki bodo pomembno vplivali na odločitve zdravstvene politike v prihodnosti:

- naraščanje bremena kroničnih bolezni in stanj ter tistih, ki so odvisni od tuje pomoči;
- povečevanje neenakosti v zdravju;
- grožnje zdravju, ki jih predstavljajo nove nalezljive bolezni, odpornost mikrobov na zdravila in agensi iz okolja;
- finančna vzdržnost zdravstvenih sistemov;
- mobilnost pacientov.

Po podatkih OECD ima Slovenija izmed vseh držav EU najnižji delež oseb, ki si niso mogle privoščiti zdravstvene oskrbe zaradi finančnih ali drugih razlogov. Sodimo med 17 evropskih držav, ki vsem svojim prebivalcem, tudi migrantom, zagotavljajo dostop do zdravstvenega varstva. Po obstoječem ZZVZZ so v obvezno zdravstveno zavarovanje vključene vse skupine oseb, med katerimi največjo skupino zavarovancev predstavljajo zaposleni, sledijo jim upokojniki. Na nekaterih področjih (pričakovano trajanje življenja ob rojstvu; umrljivost dojenčkov in umrljivost mater, ki govorita o dostopnosti in kakovosti oskrbe; precepljenost; obvladovanje srčno-žilnih bolezni; dostopnost do zdravstvene oskrbe na primarni ravni; obvladovanje HIV/AIDSa; razlike v zdravju; kratka povprečna ležalna doba v bolnišnici) smo po rezultatih nad evropskim povprečjem.

Tudi analiza zdravstvenega sistema, ki smo jo izvedli s SZO v sodelovanju z Evropskim observatorijem za zdravstvene sisteme in politike in ob podpori številnih domačih strokovnjakov ter institucij, pa je pokazala, da Slovenija sodi med države z dobro razvitim in zelo dostopnim primarnim zdravstvenim varstvom, slabši pa smo pri zagotavljanju kontinuitete (sledljivosti gibanja pacienta v sistemu zdravstvenega varstva) in celovitosti obravnave. Razdrobljenost sistema in sodelovanje med različnimi ravni, izvajalci in profili predstavlja velik izziv. Manjkajo ustrezni mehanizmi

za zagotavljanje in spremljanje kakovosti ter vrednotenje zdravstvenih tehnologij. Manjkajo tudi spodbude za doseganje večje učinkovitosti in kakovosti, modeli plačevanja zdravstvenih storitev pa so potrebni prenove. Za zagotavljanje finančne stabilnosti sistema zdravstvenega varstva bo treba zagotoviti večjo diverzifikacijo finančnih virov, saj se sistem zdravstvenega varstva v Sloveniji financira pretežno iz prispevkov obveznega zdravstvenega zavarovanja. Nedorečene so tudi vloge in odgovornosti javne mreže izvajalcev in povezovanje med njimi, vključno s podporo informacijskih tehnologij, za integracijo zdravstvene oskrbe.

Končni predlog besedila upošteva izsledke Analize zdravstvenega sistema v Sloveniji. Upošteva tudi priporočila mednarodnih institucij in zaveze Socialnega sporazuma za obdobje 2015–2016 ter pripombe ključnih deležnikov.

Z aktivnostmi in ukrepi, ki jih predvideva Resolucija, bomo prispevali k uresničevanju naslednjih krovnih ciljev na področju zdravja:

- boljše zdravje in blagostanje ter manj neenakosti v zdravju prebivalcev Slovenije;
- dostopen, uspešen in stabilen sistem zdravstvenega varstva, ki se učinkovito prilagaja potrebam prebivalstva;
- zadovoljni pacienti in izvajalci;
- večji prispevek zdravstva k razvoju Slovenije.

Za doseganje opisane razvojne vizije bomo do leta 2025 v Sloveniji izvajali aktivnosti in ukrepe na naslednjih štirih prednostnih področjih razvoja zdravstvenega varstva:

1. Krepitev in varovanje zdravja ter preprečevanje bolezni – gre za prizadevanja na področju javnega zdravja, ko s populacijskimi pristopi nagovarjamo celotno populacijo in posamezne skupine prebivalcev z namenom izboljševanja zdravja.

2. Optimizacija zdravstvene oskrbe – gre za prizadevanja na področju zdravstvene dejavnosti, ko na različnih ravneh zdravstvenega varstva posamezniku zagotavljamo zdravstveno oskrbo, ki vključuje preventivne storitve in programe, zdravljenje, rehabilitacijo in reintegracijo.

3. Povečanje uspešnosti sistema zdravstvenega varstva – gre za prizadevanja, da bi z izboljšanjem procesov vodenja in upravljanja zagotovili najboljše rezultate in povečali učinkovitost.

4. Pravično, solidarno in vzdržno financiranje sistema zdravstvenega varstva – gre za prizadevanja, da bi zagotovili finančno stabilen zdravstveni sistem, v katerem bi za razpoložljive finančne vire vsem prebivalcem Slovenije lahko zagotavljali najboljšo možno zdravstveno oskrbo.

Za zagotavljanje koordinacije in sodelovanja vseh partnerjev pri izvajanju Resolucije in za spremljanje napredka bo pri MZ imenovana koordinacijska skupina, ki bo pripravljala obdobjne usklajene izvedbene načrte za izvajanje Resolucije in poročila o uspešnosti izvajanja nacionalnega plana, ki bodo predstavljena Vladi Republike Slovenije, strokovni in splošni javnosti in bodo podlaga za načrtovanje prihodnjih izvedbenih načrtov. Poročila o uspešnosti izvajanja bodo vključevala tudi izbrane kazalnike doseganja rezultatov, kot so opredeljeni po prednostnih področjih.



PRILOGE

Priloga 1: Izbrani kazalniki doseganja rezultatov po prednostnih področjih
Krepitev in varovanje zdravja ter preprečevanje bolezni - javno zdravje

Kazalniki dosega rezultatov	Merska enota	Izhodiščna vrednost	Izhodiščno leto	Ciljna vrednost v letu 2025
Manj prodanih cigaret	Število	3.827.739.000 (100%)	2014	2.679.417.300 zmanjšanje za 30%
Manj prodanega drobno rezanega tobaka	kg	197.975	2014	138.583 zmanjšanje za 30%
Manjše število alkoholiziranih povzročiteljev prometnih nesreč	Delež	31%	2013	20%
Delež vzgojno izobraževalnih inštitucij, ki upoštevajo smernice za zdravo prehranjevanje	Delež	89	2013	95
Število zdravstvenih domov, ki izvajajo preventivne programe v Centrih za krepitev zdravja	Število	3	2015	25
Precepljenost otrok proti otroški paralizni, davici, tetanusu in oslovskemu kašlju	Delež	95	2015	95
Incidenca okužbe s HIV/AIDS	Število	> 1/1000 prebivalcev	2015	> 1/1000 prebivalcev
Vzpostavljeno spremljanje in ugotavljanje poklicnih bolezni	Število	0	2015	1
Število izvedenih kampanj na področju osveščanja glede dejavnikov tveganja KNB na leto	Število	1/leto	2015	2/leto

Optimizacija zdravstvene oskrbe - zdravstvena dejavnost

Kazalniki dosega rezultatov	Merska enota	Izhodiščna vrednost	Izhodiščno leto	Ciljna vrednost v letu 2025
Delež oseb, ki se odzovejo na presejalne programe DORA, ZORA, SVIT	Delež	ZORA 71,3% DORA 77,2% SVIT 65,53%	2014	ZORA 75% DORA 75% SVIT 70%
Povečanje dostopnosti edukacije za sladkorno bolezen v zdravstvenih domovih za sladkorne bolnike	Delež	50%	2015	75%
Vzpostavljene nacionalne klinične poti za obravnavo najpogostejših kroničnih bolezní in stanj	Število	0	2015	4
Ambulante družinske medicine, ki so tudi referenčne ambulante	Število	585	2015	800
Vzpostavljeni dispečerski centri zdravstva v povezavi z delujočimi urgentnimi centri z novim načinom obravnave življenje ogrožujočih akutnih bolezenskih stanj	Število	0	2015	2
Število geriatričnih oddelkov v bolnišnicah	Število	1	2015	3
Število zaposlenih koordinatorjev v enotni vstopni točki in število vključenih v pilotne projekte dolgotrajne oskrbe	Število	0 0	2015	15 koordinatorjev 1000 vključenih
Vzpostavljena celovita paliativna oskrba v vseh (9) zdravstvenih regijah v Sloveniji	Število	1	2015	9

Povečanje uspešnosti sistema zdravstvenega varstva – Vodenje in upravljanje zdravstvenega varstva

Kazalniki dosega rezultatov	Merska enota	Izhodiščna vrednost	Izhodiščno leto	Ciljna vrednost v letu 2025
Imenovana mreža specializiranih javnih zavodov za diagnostiko in zdravljenje posameznih rakavih bolezni	Število	0	2015	1
Vzpostavljen enoten in transparenten postopek razpisovanja in podeljevanja koncesij	Število	0	2015	1
Uveden sistem periodičnega spremljanja uspešnosti zdravstvenega sistema (HSPA)	Število	0	2015	1
Povečanje števila zdravnikov na primarni ravni	Število glavarinskih količnikov	1800	2015	1500
Vzpostavljena organizacijska struktura na nacionalni ravni za celovito upravljanje in nenehno izboljševanje kakovosti in varnosti	Število	0	2015	1
Zmanjšanje števila čakajočih na diagnostične preiskave z MR in CT	Število	Stanje 2015	2015	80%
Uporabljeni posodobljeni standardi v vseh postopkih javnega naročanja za investicije v zdravstvene prostore in drago medicinsko opremo	Število	0%	2015	100%

Solidarno, pravično in vzdržno financiranje zdravstvenega varstva

Kazalniki dosega rezultatov	Merska enota	Izhodiščna vrednost	Izhodiščno leto	Ciljna vrednost v letu 2025
Razmerje med najmanj in največ obremenjenimi kategorijami zavezancev pri plačevanju prispevkov	Razmerje	1:10	2015	Znižanje razmerja
Spremenjena struktura po virih financiranja zdravstva	Delež	Država – 3% Skladi socialnega zavarovanja – 69% Komerzialna ZZ – 15% Plačilo iz žepa – 13%	2015	Diverzifikacija virov
Plačila iz žepa v strukturi finančnih virov za zdravstvo	Delež	12,8%	2014	Pod 15%
Vzpostavljena organizacijska struktura na nacionalni ravni za področje vrednotenja zdravstvenih tehnologij (HTA) z namenom večje uporabe HTA	Število	0	2015	1
Vzpostavljena organizacijska struktura na nacionalni ravni za stalno spremljanje, razvijanje in prilagajanje obratnih modelov, ki vključujejo tudi elemente kakovosti in učinkovitosti	Število	0	2015	1

Priloga 2: Kazalniki izida

Kazalniki za spremljanje Resolucije o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2015–2025, 'Skupaj za družbo zdravja'

Kazalnik	Izhodiščna vrednost	Ciljna vrednost	Primerljivost v Evropi	SLO vir podatkov, ref. leto
Pričakovano trajanje življenja ob rojstvu – skupaj, moški, ženske	S 80,5 let M 77,2 let Ž 83,6 let	S 81,5 let M 79 let Ž 84 let	JAF, ECHI, Eurostat EU-SDI	SURS 2013
Zdrava leta življenja pri 65. letu – moški, ženske	M 7,20 let Ž 7,60 let	M 8,5 let Ž 8,6 let	JAF, ECHI, Eurostat; JA EHLEIS, EU-SDI	SURS SILC, NIJZ 2013
Samoocena zdravja kot dobrega in zelo dobrega	64,7%	67,2%	JAF, ECHI, Eurostat; JA EHLEIS	SURS SILC, NIJZ 2013
Vrzel v samoocenjenem dobrem in zelo dobrem zdravju med najnižjo in najvišjo dohodkovno skupino	-24,9% točk (2013)	-20% točk	JAF, ECHI, Eurostat; JA EHLEIS	SURS SILC, NIJZ 2013
Bolniška odsotnost z dela	4,08%	4%		NIJZ 2013
Stopnja umrljivosti dojenčkov	2,9/1.000 živorojenih	2,5	JAF, ECHI, JQ ESTAT-OECD- -WHO	NIJZ 2013
Maternalna umrljivost	15/100.000 živorojenih	< 15	ECHI, WHO	NIJZ (povp. 2005 – 2009)
Potencialno izgubljena leta življenja (do 70 let)	3.561 let/100.000	3.000	JAF, ECHI, JQ ESTAT-OECD- -WHO	NIJZ 2012
Umrlijivosti zaradi samomora (SSU – skupaj, moški, ženske)	S 21,5 M 39,6 Ž 7,5	S 11,7 M 19,5 Ž 4,9	ECHI, JQ ESTAT- -OECD-WHO	NIJZ 2012
Umrlijivost zaradi prometnih nezgod (SSU)	7,9 /100.000	6,3	ECHI, JQ ESTAT- -OECD-WHO	NIJZ 2012
Nezadovoljene potrebe po stiku z zdravnikom (splošnim ali specialistom)	0,0%	0,0%	JAF, Eurostat	SURS-SILC 2013
Nezadovoljene potrebe po medicinski oskrbi – zaradi stroškov	0,0%	0,0%	JAF, Eurostat	SURS-SILC 2013
Nezadovoljene potrebe po medicinski oskrbi – zaradi čakalne dobe	0,0%	0,0%	JAF, Eurostat	SURS-SILC 2013
Nezadovoljene potrebe po medicinski oskrbi – zaradi oddaljenosti	0,0%	0,0%	JAF, Eurostat	SURS-SILC 2013
Vrzel nezadovoljenih potreb po medicinski oskrbi med najnižjim in najvišjim dohodkovnim razredom	0,0%	< 1%	JAF, Eurostat	SURS-SILC 2013
Pozna zdravstvena storitev zaradi dolge čakalne dobe	13,6%	10%	Eurostat	NIJZ EHS 2014

Kazalnik	Izhodiščna vrednost	Ciljna vrednost	Primerljivost v Evropi	SLO vir podatkov, ref. leto
Pokritost z obveznim zdravstvenim zavarovanjem (odšteti državljani s stalnim bivališčem celo leto brez OZZ)	99,89%	100%	JAF, ECHI, OECD	ZZZS 2014
Preživetje pacientov z rakom debelega črevesa in danke	52,1%	56,6%	JAF, ECHI, OECD, Eurocare	OI RR 2012 (2002 – 2007)
Preživetje pacientov z rakom dojke	78,5%	81,8%	JAF, ECHI, OECD, Eurocare	OI RR 2012 (2002 – 2007)
Preživetje bolnic z rakom materničnega vratu	68,2%	69%	JAF, ECHI, OECD, Eurocare	OI RR 2012 (2002 – 2007)
Precepljenost otrok proti poliomielitisu	96%	96,5%	JAF, ECHI, WHO	NIJZ 2013
Precepljenost otrok proti davici, tetanusu in oslovskemu kašlju	95%	96,3%	JAF, ECHI, WHO	NIJZ 2013
Precepljenost otrok proti ošpicam	95%	95%	JAF, ECHI, WHO	NIJZ 2013
Kadilci redni nad 15 let – skupaj, moški, ženske	S 18,9% M 21,5% Ž 16,4%	15 %	JAF, ECHI, Eurostat	NIJZ EHIS 2014
Vrzel med rednimi kadilci med najnižjo in najvišjo dohodkovno skupino	4,6% točk (4 skupine)	< 5% točk	JAF, Eurostat	NIJZ EHIS 2014
Debelost odraslih nad 15 let	18,7%	15%	JAF, ECHI, Eurostat	NIJZ EHIS 2007
Prekomerno hranjeni in debeli otroci	17,1%	10%	WHO	NIJZ HBSC 2014
Vrzel v debelosti odraslih med najnižjim in najvišjim dohodkovnim razredom	11,7% točk (4 skupine)	10%	JAF, Eurostat	NIJZ EHIS 2007
Čezmerni pivci alkohola	10,2%	8%	ECHI, Eurostat	NIJZ CINDI 2012, EHIS
Pitje alkoholnih pijač med mladostniki enkrat tedensko ali pogosteje	13,9%	0%	WHO	NIJZ HBSC 2014
Celotna evidentirana poraba alkohola na osebo, staro 15 let in več, v koledarskem letu (v litrih čistega alkohola)	9,53 litra	9	ECHI, OECD, WHO	NIJZ, SURS 2013
Tekoči izdatki za zdravstvo na osebo	2.003 EUR	(še v fazi dogovarjanja)	JAF, JQ ESTAT-OECD-WHO	SURS SHA 2013
Celotni tekoči izdatki za zdravstvo kot % BDP (brez investicij)	8,76%	(še v fazi dogovarjanja)	JAF, ECHI, JQ ESTAT-OECD-WHO	SURS SHA 2013

Kazalnik	Izhodiščna vrednost	Ciljna vrednost	Primerljivost v Evropi	SLO vir podatkov, ref. leto
Izdatki za zdravstvo iz žepa	11,1%	(še v fazi dogovarjanja)	OECD	SURS SHA 2013
Izdatki za kurativo kot % celotnih tekočih izdatkov za zdravstvo	51,09%	(še v fazi dogovarjanja)	JAF, JQ ESTAT-O-ECD-WHO	SURS SHA 2013
Izdatki za rehabilitacijo kot % celotnih tekočih izdatkov za zdravstvo	2,04%	(še v fazi dogovarjanja)	JAF, JQ ESTAT-O-ECD-WHO	SURS SHA 2013
Izdatki za dolgotrajno oskrbo kot % celotnih tekočih izdatkov za zdravstvo	9,59%	(še v fazi dogovarjanja)	JAF, JQ ESTAT-O-ECD-WHO	SURS SHA 2013
Izdatki za preventivo in javno zdravje kot % celotnih tekočih izdatkov za zdravstvo	3,62%	(še v fazi dogovarjanja)	JAF, JQ ESTAT-O-ECD-WHO	SURS SHA 2013
Število zdravnikov na 100 tisoč prebivalcev	263 /100.000	280	JAF, ECHI, JQ ESTAT-OECD-WHO	NIJZ 2013
Število medicinskih sester in babic na 100 tisoč prebivalcev	832 /100.000	850	JAF, ECHI, JQ ESTAT-OECD-WHO	NIJZ 2013

JAF (Joint Assessment Framework) – skupni ocenjevalni okvir za področje zdravja pri Odboru za socialno zaščito EK, ECHI (European Core Health Indicators) – priporočeni nabor kazalnikov zdravja pri Direktoratu za zdravje EK, JQ ESTAT-OECD-WHO (Joint Questionnaire) – skupno poročanje usklajenih podatkov iz evropskih držav za tri institucije Evrostat -OECD-SZO.

Kot pojasnjevalni kazalniki družbenih razmer se uporabljajo demografski, izobrazbeni, zaposlitveni in ekonomski kazalniki ter kazalniki za spremljanje socialnega varstva in izključenosti. V Sloveniji bi bilo smiselno spremljati tudi delež oseb, ki si ne morejo privoščiti obiska zdravnika. Glede na cilje pa se bodo z anketami spremljali tudi zadovoljstvo uporabnikov in izvajalcev zdravstvenih storitev ter kazalniki, s katerimi bo mogoče meriti prispevek zdravstva k večji produktivnosti (bolniške odsotnosti z dela; delež oseb med 15–64 let, ki so v zadnjih šestih mesecih ovirane ali močno ovirane pri dnevni aktivnosti zaradi zdravstvenega stanja; izgubljena leta življenja zaradi prezgodnje umrljivosti; zmanjšanje delazmožnosti; breme bolezni za izbrane bolezni ali dejavnike tveganja).

Priloga 3: Pojmovnik

Akreditacija bolnišnic (ang. accreditation): akreditacija zdravstvenih zavodov je formalen postopek, kjer zunanja institucija oceni in presodi, kako zdravstveni zavod izpolnjuje vnaprej pripravljene in objavljene standarde kakovosti in varnosti z namenom nenehnega izboljševanja kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave. (Vir: MZ, Terminološki slovar)

Arbitražna (ang. court of arbitration) je postopek pred posebnim nedržavnim razsodiščem (običajno treh arbitrov), ki sta mu obe stranki s sporazumno pogodbeno voljo zaupali, naj s pravnomočno odločbo, ki je neposredno izvršljiva, namesto sodišča odloči v sporu o njihovih medsebojnih pravicah in obveznostih; odločba se lahko izpodbija s tožbo le zaradi najhujših kršitev pravil postopka ali kršitev javnega reda. (Vir: MZ, Terminološki slovar)

Brezšivna zdravstvena oskrba je proces zagotavljanja neprekinjene oskrbe bolnika z zdravili ter neprekinjenega prenosa informacij o zdravilju bolnika z zdravili pri prehodu med različnimi ravni zdravstvenega sistema (Čufar A. Brezšivna skrb za bolnike pri prehodu iz bolnišnice v domače okolje. In: 14. Schrottovi dnevi. Med Razgl 2011; 50 (S1))

Celovito upravljanje kakovosti (ang. Total Quality Management – TQM): vnaprejšnja (preventivna) zasnova nadzora kakovosti namesto kasnejšega kontroliranja že narejenih izdelkov oziroma storitev; merila (kriteriji) vnaprejšnjega predvidevanja kakovosti upoštevajo uravnotežene koristi vseh zainteresiranih udeležencev v rezultatih in racionalno uporabo vseh proizvodnih tvorcev (dela, predmetov dela, delovnih priprav). (Vir: MZ, Terminološki slovar)

Demenca je kronična nevrodegenerativna, napredujoča in neozdravljiva bolezen možganov, ki prizadene možganske celice, odgovorne za spomin, mišljenje, orientacijo, razumevanje ter sposobnosti govornega izražanja in presoje. Te motnje pogosto spremljajo spremembe čustvovanja, socialnega vedenja in motivacije. Bolezen paciente ovira pri vsakodnevni aktivnosti in omejuje njihovo sposobnost obvladovanja vsakodnevnega življenja. Najpogostejša oblika demence je Alzheimerjeva demenca, ki predstavlja več kot 2/3 diagnosticiranih primerov demence. (Vir: Predlog Strategije obvladovanja demence v Sloveniji do leta 2020)

Dispečerski center/dispečerska služba zdravstva je služba, ki je sestavni del službe NMP in koordinira delo vseh, ki se vključujejo in izvajajo NMP ali prevoze pacientov. (Vir: Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči)

Dolgotrajna oskrba (ang. long-term care): 1. obsega niz storitev, namenjenih ljudem s ponavljajočo in kontinuirano potrebo po pomoči druge osebe ali drugi ustrezni pomoči pri opravljanju temeljnih in podpornih dnevnih opravil; 2. oblika organizacije za zagotavljanje socialnih storitev osebam, ki zaradi zmanjšane stopnje neodvisnosti in zmožnosti samostojnega življenja potrebujejo pomoč pri vsakodnevni opravih v daljšem časovnem obdobju (npr. več kot šest mesecev) ali trajno niso sposobne samoodločanja in opravljanja vsakodnevnih fizičnih, duševnih ali instrumentalnih opravil ter potrebujejo pomoč druge osebe; odvisnost od pomoči je lahko posledica fizičnih ali psihičnih omejitev, katerih posledica je nezmožnost samostojnega opravljanja: temeljnih dnevnih opravil (ADL) ali podpornih dnevnih opravil (IADL). (Vir: MZ, Terminološki slovar)

Dostopnost do zdravstvene oskrbe (ang. access to health care): pomeni prebivalcem določenega območja omogočiti ustrezne zdravstvene storitve in druge vire, potrebne za ohranitev ali izboljšanje zdravja. Dostopnost do zdravstvene oskrbe je odvisna od finančnih, organizacijskih in socialnih oziroma kulturnih ovir, ki vplivajo na izvajanje storitev. Na dostop do zdravstvene oskrbe vplivajo organiziranost in načini upravljanja, ki se uporabljajo v zdravstvenih sistemih. Dostopnost do visokokakovostne zdravstvene oskrbe se izvaja prek zagotavljanja geografske, kakovostne in finančne dostopnosti. V sklopu spoštovanja načel Evropske socialne listine o dostopnosti zdravstvenih sistemov Republika Slovenija zagotavlja dostop do zdravstvene oskrbe vsem svojim prebivalcem ne glede na njihov socialni status – tudi ranljivim skupinam, kot npr. otrokom, starejšim, tujcem in migrantom. (Vir: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12171751>; Poslovno poročilo ZZS 2014)

E-zdravje (ang. e-health) je splošna uporaba informacijskih in komunikacijskih tehnologij pri preprečevanju, diagnosticiranju, zdravljenju in spremljanju bolezni ter pri odločanju o zdravju in načinu življenja. Obsega sodelovanje med pacienti in izvajalci zdravstvenih storitev, prenos podatkov med ustanovami in medsebojno obveščanje pacientov in zdravstvenih delavcev. Zajema tudi zdravstvene informacijske mreže, elektronske zdravstvene kartoteke, telemedicino in komunikacijske sisteme za nadzor zdravstvenega stanja, ki jih pacienti nosijo na telesu.

E-karton je elektronski zdravstveni zapis (ang. Electronic Health Record – EHR) elektronsko vzdrževanih podatkov in informacij o zdravstveni obravnavi posameznika – to je tudi ustrezno orodje za upravljanje zdravstvenih informacij, ki daje opozorila in opomnike, povezane z zunanjimi viri znanja, in orodje za analizo podatkov.

E-napotnica je elektronski dokument napotitve pacienta na nadaljnji pregled, zdravstveno storitev. (Vir: MZ, Projekt e-Zdravje: http://www.mz.gov.si/si/pogoste_vsebine_za_javnost/projekt_e_zdravje/)

Epidemiologija (ang. epidemiology) je preučevanje porazdelitve bolezni oziroma pojava in dejavnikov zdravja s ciljem nadzora nad boleznijo in drugimi zdravstvenimi težavami. Različne metode se lahko uporabijo za izvedbo epidemiološke študije; nadzor in opisne študije se lahko uporabljajo za proučevanje razširjenosti; analitične študije se uporabljajo za preučevanje vzročne povezanosti. (Vir: MZ, Terminološki slovar)

Euro Diabetes indeks 2014 (Euro Consumer Diabetes Index) je enotni kazalnik evropskih držav za merjenje kakovosti zdravljenja diabetesa v evropskih državah. Pri merjenju upošteva razširjenost storitev, kakovost zdravljenja in mnenja pacientov. Vključuje tudi odstotek pacientov, ki dobijo preventivne preglede na področju oči, nog, in medicinsko osebje, ki je na voljo. (Vir: The Euro Consumer Diabetes Index 2008 Report)

Geriatrčna medicina/geriatrija (ang. geriatrics): kot posebna veja medicine se ukvarja s proučevanjem, preprečevanjem, ugotavljanjem in zdravljenjem bolezni ali stanj, ki posameznike prizadevajo v tretjem življenjskem obdobju. Kot vsako drugo področje medicine pozna geriatrija posebej usmerjene raziskave, svojo preventivo, diagnostiko in terapijo. Kot vse druge medicinske stroke tudi geriatrija zdravstvene poklice na vseh stopnjah izobražuje v posebnih znanjih in spretnostih, ki so potrebni za zdravstveno delo s starimi ljudmi. (Vir: MZ, Terminološki slovar)

Ginijev količnik (ang. Gini's Index – GI) je merilo neenakosti v razdelitvi ustvarjenega bogastva, ki pove, ali postajajo v določenem obdobju bogati še bogatejši in revni še revnejši. (Vir: MZ, Terminološki slovar)

Glavarina (ang. Capitation) je stroškovno predvidljiva (prospektivna) oblika plačevanja zdravstvene dejavnosti; izvajalec, najpogosteje izbrani zdravnik v osnovni zdravstveni dejavnosti, dobi za določeno obdobje (npr. letno) določen znesek za vsako zavarovano osebo, ki se je zanj odločila.

Glavarinski količnik je glede na spol ali starost zavarovane osebe ponderirana glavarina. (Vir: MZ, Terminološki slovar)

Integrirana oskrba (ang. integrated care): pomeni stalno in celovito zdravstveno oskrbo, prilagojeno potrebam posameznika. Pri tem so izvajalci storitev dobro povezani in informirani in sodelujejo pri izvajanju storitev. Proces oblikujejo dogovori med izvajalci zdravstvene in socialne oskrbe na podlagi zakonskih podlag, pri čemer se izvajalce stalno spodbuja k dobri koordinaciji, sodelovanju in iskanju skupnih rešitev in partnerstvu. (Vir: MZ, Terminološki slovar)

Javno zdravje (ang. public health): 1. kombinacija znanj, prepričanj, veščin in organiziranih aktivnosti posameznikov, družbenih skupin in družbe kot celote za vzdrževanje in krepitev zdravja, povečanje delovnih sposobnosti in podaljševanje zdravega življenja, s katerimi se zmanjšujejo bremena bolezni posameznika in skupnosti; 2. veda oziroma dejavnost, ki se ukvarja s preprečevanjem bolezni, s krepitvijo zdravja in podaljševanjem življenja skupnosti kot celote s pomočjo organiziranih dejavnosti vseh družbenih sektorjev. (Vir: SZO)

Javno zdravstvo: pomeni vse aktivnosti, javne ali zasebne, za preprečitev bolezni, promocijo zdravja, in podaljšanje življenja v populaciji kot celoti. Aktivnosti omogočajo ljudem, da so zdravi in da se osredotočajo na celotno populacijo, ne samo na posamezne paciente ali bolezni. Glavne tri značilnosti javnega zdravja so:

- ocena in merjenje zdravja v skupnostih in populaciji, ki je ogrožena, da bi določili zdravstvene probleme/ izzive in prioritete;
- izdelava javnih politik za reševanje lokalnih in nacionalnih izzivov in priorit;
- zagotovitev, da ima celotna populacija dostop do ustrezne in stroškovno učinkovite oskrbe, vključujoč zdravstveno promocijo in storitve preventivnega odkrivanja bolezni. (Vir: SZO)

Koncesija (ang. concession or contracted out): 1. s koncesijskim aktom (ta ni vselej potreben), koncesijsko odločbo pristojnega upravnega organa in koncesijsko pogodbo urejeno dvostransko pravno razmerje med državo oziroma lokalno skupnostjo (koncedentom) in pravno ali fizično osebo zasebnega prava (koncesionarjem), v katerem koncedent podeli koncesionarju pravico opravljati javno (zdravstveno) službo; koncesija je priložnost, ki jo ponuja pristojni organ in ne brezpogojna pravica zdravstvenega delavca; 2. pooblastilo, ki ga država podeli pravni ali fizični osebi za izvajanje javne zdravstvene dejavnosti. (Vir: MZ, Terminološki slovar)

Krhkost (ang. frailty) je pogost klinični sindrom pri starejših odraslih, ki vključuje povečano tveganje za slabše zdravstvene izide, vključno s padci, pojav nezmožnosti, hospitalizacije in umrljivost. Gre za klinično prepoznavno stanje povečane ranljivosti, ki je posledica s staranjem povezanega upada fizioloških rezerv in funkcij do te mere, da je sposobnost spopadanja z vsakodnevnimi ali akutnimi stresorji okrnjena. Alternativno se krhkost lahko obravnava kot kazalnik tveganja (FI – Frailty Index), v katerem se seštevajo težave, ki se kopičijo v času in vključujejo nezmožnosti, bolezni, fizični in kognitivni upad, psihosocialne dejavnike tveganja in geriatrične sindrome (npr. padci, delirij, urinska inkontinenca). (Vir: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3028599/>)

Norveški finančni mehanizem (NVO): Islandija, Lihtenštajn in Norveška so vzpostavile poseben finančni mehanizem (FM), namenjen zmanjševanju gospodarskih in socialnih razlik v Evropskem gospodarskem prostoru. V okviru finančnih mehanizmov je bilo vzpostavljeno programsko področje, namenjeno nevladnim organizacijam, ki omogoča dostop do finančnih sredstev, usmerjenih v krepitev zmogljivosti sektorja, ter spodbujanju njegovega prispevka k socialni pravičnosti, demokraciji in trajnostnemu razvoju. (Vir: <http://www.norveski.nvosklad.si/o-nvo-programu>)

Opolnomočenje (ang. empowerment for health): v promociji zdravja je opolnomočenje proces, preko katerega osebe dobijo večji nadzor nad odločitvami in aktivnostmi, ki vplivajo na njihovo zdravje. Opolnomočenje je lahko socialni, kulturni, psihološki ali politični proces, s katerim posamezniki in družbene skupine lahko izrazijo svoje potrebe, predstavijo svoje pomisleke, oblikujejo strategije za sodelovanje pri odločanju. Pri tem dosegajo politično, socialno in kulturno dejanje in zadovoljujejo svoje potrebe. Individualno opolnomočenje se nanaša predvsem na zmožnosti posameznikov, da sprejemajo odločitve in nadzor nad njihovim osebnim življenjem. (Vir: Health Promotion Glossary, SZO)

Pacient (ang. patient): bolnik ali drug uporabnik zdravstvenih storitev v odnosu do zdravstvenih delavcev oziroma izvajalcev zdravstvene dejavnosti ne glede na svoje zdravstveno stanje. (Vir: MZ, Terminološki slovar)

Paliativna oskrba (ang. palliative care) je sestavni del dolgotrajne oskrbe. Je aktivna celostna pomoč pacientom z napredujočo neozdravljivo boleznijo v obdobju trajanja bolezni in umiranja ter pomoč njihovim svojcem v času bolezni in žalovanja. (Vir: MZ, Terminološki slovar)

Patronažno varstvo (ang. community care) je oblika zdravstvenega varstva, ki zajema aktivno zdravstveno varstvo posameznika, družine in skupnosti, ki so zaradi bioloških lastnosti ali določenih obolenj posebno občutljivi na vplive okolja. Namen delovanja patronažnega varstva je pospeševanje zdravstvenega napredka vsega prebivalstva, cilj tega pa je preprečevanje bolezni in skrb za poškodovane in bolne. Globalni cilj patronažnega varstva je doseganje pozitivnega zdravja posameznika, družine in skupnosti s pomočjo storitev, ki so preventivne, kurativne in socialne narave. (Vir: MZ, Terminološki slovar)

Ranljive skupine (ang. vulnerable groups) so tiste družbene skupine, ki sta jim pri zdravstveni oskrbi zaradi zdravstvenih ali socialnih razlogov namenjeni dodatna pozornost in skrb. (Vir: MZ, Terminološki slovar)

Referenčna ambulanta (ang. medical model practice) je ambulanta družinske medicine z razširjenim timom zdravstvenega osebja: poleg zdravnika in medicinske sestre paciente referenčne ambulante spremlja tudi diplomirana medicinska sestra. (Vir: MZ, Terminološki slovar)

Skupnostni pristop (ang. community based care): izraz označuje širši pristop k zdravljenju, in sicer preventivne dejavnosti in dejavnosti zdravljenja bolnikov znotraj skupnosti. To vključuje promocijo zdravja in preprečevanje bolezni, diagnoze pacientov in zdravljenje ter upravljanje s kroničnimi boleznimi, rehabilitacijo in nego ob koncu življenja. Skupnostni pristop pri zdravljenju vključuje širok nabor strokovnjakov, in sicer socialne delavce, medicinske sestre, farmacevte, strokovnjake javnega zdravja, zdravnike in druge. (Vir: Svetovna zdravstvena organizacija)

Specialistična ambulantna dejavnost je zunajbolnišnična ambulantna dejavnost na sekundarni ravni. (Vir: Zakon o zdravstveni dejavnosti)

Standardi in normativi (ang. standards): 1. uzakonjena ali dogovorjena ustaljena merila (kazalniki stanja ter kriteriji za presojo in odločanje) virov, procesov in rezultatov za vsa zainteresirana strokovna področja, ki se vnašajo v prakso z enotnimi predpisi (standardizacija); 2. merilo kakovosti ali količine, ki ga določijo pristojna služba, stroka ali uporabnik in služi kot kriterij za presojo. (Vir: MZ, Terminološki slovar)

Svetovna zdravstvena organizacija (ang. World Health Organization – WHO) je specializirana agencija Organizacije združenih narodov za mednarodna zdravstvena vprašanja in javno zdravje. (Vir: Svetovna zdravstvena organizacija)

Telemedicina (ang. telemedicine): 1. izvajanje zdravstvenih storitev z uporabo informacijske in telekomunikacijske tehnologije (IKT), kjer sta izvajalec in pacient med seboj fizično oddaljena; je del e-zdravja; 2. zagotavljanje zdravstvenih storitev s pomočjo uporabe informacijskih komunikacijskih tehnologij v situaciji, ko udeleženci niso na isti lokaciji. (Vir: MZ, Terminološki slovar)

Terciarna dejavnost (tertiary care or tertiary level): terciarna raven zdravstvene dejavnosti (dejavnost klinik in inštitutov), na kateri se opravlja specializirana zdravstvena obravnava, ki zahteva storitve najvišje specializiranih zdravstvenih delavcev, lahko pa tudi posebno opremljenost delovnih mest, ter pedagoška in znanstveno-raziskovalna dejavnost na področjih zdravja in medicine. Dejavnost opravljajo klinike, inštituti in republiški zavodi. (Vir: MZ, Terminološki slovar)

Učinkovitost (ang. efficiency): razmerje med outputom in inputom je definirano kot delati/početi stvari na pravi način. Izvajanje določenega obsega zdravstvenih storitev (outputa) s čim manjšo porabo virov (inputov) oziroma s čim nižjimi stroški ali maksimiranje obsega zdravstvenih storitev z danimi vložki (inputi). Je rezultat prizadevanj poslovnega menedžmenta in zaposlenih v zdravstveni organizaciji za čim manjšo porabo virov za izvajanje danega programa zdravstvenih storitev. (Vir: MZ, Terminološki slovar)

Univerzalna pokritost (ang. universal health coverage): SZO se zavzema za univerzalno pokritost zdravja, ki pomeni zagotavljanje, da imajo vsi ljudje dostop do zdravstvenih storitev, ki jih potrebujejo, ne da bi se finančno preobremenili s plačevanjem storitev. Za to potrebujemo močan, učinkovit in dobro delujoč sistem zdravstvenega varstva. Prav tako potrebujemo sistem za financiranje zdravstvenih storitev, dostop do osnovnih zdravil in tehnologije in dovolj kapacitet za izobražene in motivirane zdravstvene delavce. (Vir: SZO)

Urgentni center (UC) je izvajalec bolnišničnega in predbolnišničnega dela službe NMP. (Vir: Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči)

Uspešnost (ang. effectiveness) je razmerje med rezultati dela (output) ter smotri in cilji organizacije (outcome). Pomeni delati/početi prave stvari. Je mera kakovosti in ustreznosti glede na postavljene cilje (narediti pravo stvar je pomembneje, kot narediti to takoj in z minimalnimi stroški). Z izvajanjem zdravstvenih programov čim bolje reševati zdravstvene probleme in doseči čim boljše zdravstvene izide (outcomes) glede na vložene vire (inpute) in ustvarjeni obseg zdravstvenih storitev (output). (Vir: MZ, Terminološki slovar)

Vzdržnost zdravstvenih storitev (ang. sustainability of health care): pomeni učinkovito in trajno izvajanje zdravstvenih storitev vsaj v prihodnosti, ki jo še lahko načrtujemo. Pomeni tudi široko pokritost področja z zdravstvenimi storitvami, vključenost in sodelovanje z okoljem in uporabo virov, ki jih zagotavljata skupnost in država. Vzdržnost določenemu številu prebivalcev zagotavlja koriščenje storitev, npr. vsaj 60 odstotkov prebivalstva, ki lahko do njih dostopa, kadar je to potrebno. (Vir: Svetovna zdravstvena organizacija).

Zdravje v vseh politikah (ang. health in all policies) je pristop uresničevanja univerzalne, zdravju naklonjene politike ali t. i. politike zdravja, ki je dolgoročna, medsektorska in skupna odgovornost celotne vlade. Izpostavlja, da morata biti boljše zdravje in zmanjševanje neenakosti v zdravju skupni cilj vseh sektorjev na različnih ravneh, ki ta cilj zasledujejo s skupnimi integralnimi politikami, strategijami in programi. (Vir: MZ, Terminološki slovar)

Zdravstvena dejavnost (ang. healthcare service/activity) na področju javnega zdravja je dejavnost, ki jo opravljajo javni zdravstveni zavodi in obsega družbene ukrepe za varovanje zdravja prebivalstva s pomočjo organiziranih aktivnosti, ukrepov in programov za krepitev zdravja, preprečevanja in zgodnjega odkrivanja dejavnikov tveganja za nastanek bolezni in poškodb, ter odkrivanjem, zdravljenjem in rehabilitacijo vsega prebivalstva ali posameznih skupin prebivalstva. (Vir: MZ, Terminološki slovar)

Zdravstvena oskrba (ang. healthcare treatment) so medicinski in drugi posegi za preprečevanje bolezni in krepitev zdravja, diagnostiko, terapijo, rehabilitacijo in zdravstveno nego ter druge storitve oziroma postopki, ki jih izvajalci zdravstvenih storitev opravijo pri obravnavi pacienta. (Vir: MZ, Terminološki slovar)

Zdravstvena pismenost (ang. health literacy) pomeni obseg/stopnjo, do katere lahko posameznik zbere, razume in sporoča osnovne zdravstvene informacije in storitve za sprejetje ustreznih zdravstvenih odločitev. Zdravstvena pismenost je odvisna od posameznika in sistemskih dejavnikov, kot so: komunikacijske sposobnosti posameznika in zdravstvenih strokovnjakov, znanja in kulture, zahtevnosti okoliščin in sistema zdravstvenega varstva.
(Vir: <http://health.gov/communication/literacy/quickguide/factsbasic.htm>)

Zdravstvene tehnologije (ang. medical technology, health technology): pojem zajema zdravila, cepiva, kri in krvne derivate, medicinsko opremo in medicinske pripomočke, preventivne in druge zdravstvene programe, diagnostične, terapevtske in rehabilitacijske postopke, s katerimi se varuje in vzdržuje zdravje. (Vir: MZ, Terminološki slovar)

Zdravstveni sektor (ang. health sector) so fizične in pravne osebe, ki opravljajo zdravstvene storitve na javni ali zasebni račun, upravni organi države na področju zdravstva. (Vir: MZ, Terminološki slovar)

Zdravstveno varstvo (ang. healthcare): obsega sistem družbenih, skupinskih in individualnih aktivnosti, ukrepov in storitev za krepitev zdravja, preprečevanja bolezni, zgodnje odkrivanje, pravočasno zdravljenje, nego in rehabilitacijo zbolelih in poškodovanih. (Vir: MZ, Terminološki slovar)

