



STROKOVNA IZHODIŠČA ZA PRENOVO SISTEMA NMP

Gradivo ni uradno stališče MZ, temveč pomeni skupinska izhodišča širše strokovne skupine.



Seznam uporabljenih kratic:

DCZ: dispečerski center zdravstva
DM: družinska medicina
DSZ: Dispečerska služba zdravstva
DS: dežurna služba
EHP: enota za hitre preglede
EMOUC: enotna metodologija delovanja urgentnih centrov
EzB: enota za bolezni
EzP: enota za poškodbe
HNMP: helikopterska nujna medicinska pomoč
IOZ: izbrani osebni zdravnik
MoE NRV: mobilna enota nujnega reševalnega vozila
MoE REA: mobilna enota reanimobila
MoE VDZ: mobilna enota – vozilo dežurnega zdravnika
MoE VUZ: mobilna enota – vozilo urgentnega zdravnika
MPS: mrliško-pregledna služba
MZ: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije
NHO: neodložljivi hišni obiski
NMP: nujna medicinska pomoč
PGD: prostovoljno gasilsko društvo
PUC: pediatrični urgentni center
ReCO: regijski center za obveščanje
RSK: razširjeni strokovni kolegij
RS: Republika Slovenija
SB: splošna bolnišnica
SloIn NMP: slovenski indeks za NMP
SUC: satelitski urgentni center
SZD: slovensko zdravniško društvo
UC: urgentni center
UKC: univerzitetni klinični center
UM: urgentna medicina
UNKIZ: Urad za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu
ZD: zdravstveni dom
ZdrDis: zdravstveni dispečer
ZZSISZ: Zakon o zagotavljanju finančnih sredstev za investicije v slovensko zdravstvo v letih od 2021 do 2031
ZZZS: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

KAZALO VSEBINE

1 UVOD	1
1.1 Osnovni deli sistema NMP, njihove značilnosti in izzivi	2
2 DISPEČERSKI SISTEM ZDRAVSTVA (DSZ)	3
2.1 Poglavitni izzivi DSZ v današnjem sistemu	3
2.1.1 Informacijski sistem	3
2.1.2 Radijske komunikacije	3
2.1.3 Zagotavljanje ekip NMP	3
2.1.4 Izvajanje NMP	4
2.1.5 Delovanje HNMP	4
2.1.6 Kadrovska zasedba v DSZ	4
2.1.7 Povezovanje DSZ s sistemom za zaščito in reševanje	5
2.1.8 Financiranje DSZ	5
2.1.9 Krepitev mreže NMP	5
2.1.10 Srečevalni način izvajanja NMP	6
2.1.11 Opolnomočenje zdravstvenih delavcev za izvajanje zunajbolnišnične NMP	6
2.2 Prenova odločitvenega modela slovenski indeks za NMP	6
3 AMBULANTE DRUŽINSKE MEDICINE	7
3.1 Poglavitni izzivi DM v današnjem sistemu NMP in razlogi za prenovo NMP in DS	7
3.1.1 Osnovni cilji prenove zunajbolnišnične mreže NMP	7
3.1.2 Vključevanje IOZ s področja DM v NMP in DS*	7
3.1.3 Struktura in načela nove mreže NMP in DS*	8
3.1.4 Vstopne točke ambulantne oskrbe za nujna stanja (NMP) in neodložljiva stanja (DS)	8
3.1.5 Vključevanje IOZ s področja DM v mrežo NMP in DS	8
3.2 Organizacija dežurne službe (DS)	9
3.3 Neodložljivi hišni obiski (NHO) – POZOR!*	9
4 ZUNAJBOLNIŠNIČNE MOBILNE ENOTE NMP	11
4.1 Mreža zunajbolnišničnih NMP in satelitskih urgentnih centrov (SUC)	11
4.2 Poglavitni izzivi mreže NMP v današnjem sistemu	12
5 URGENTNI CENTRI	13
5.1 Izzivi UC v današnjem sistemu	13
5.2 Pediatrični UC (PUC) in NMP otrok	14

6 USMERITVE IN NADALJNI KORAKI, POTREBNI ZA PRENOVO IN NADALJNI RAZVOJ SISTEMA NMP.....	15
6.1 Ključne pravne podlage.....	15
6.2 Dispečerski sistem zdravstva (DSZ).....	15
6.3 Ambulante družinske medicine.....	16
6.4 Predhospitalne enote.....	16
6.5 SUC – satelitski urgentni centri.....	16
6.6 Urgentni centri.....	17
6.7 NMP otrok in mladostnikov.....	18
6.8 Vodenje.....	19



1. UVOD

Sistem NMP je namenjen prepoznavi, začetni oskrbi in stabilizaciji (potencialno) kritično bolnih in poškodovanih. Dokončna oskrba kritično bolnih in poškodovanih je mogoča samo v bolnišnicah, zato sistem NMP pomeni verigo preživetja s povečevanjem gostote virov od terena do bolnišnic.

Sistem NMP ne temelji na samo enem profilu zdravstvenih delavcev, temveč je sestavljen iz številnih različnih profilov (zdravstveni dispečerji, reševalci/medicinske sestre, zdravniki, zdravstveni administratorji in drugi), delujočih v mobilnih enotah (MoE REA, MoE VUZ, MoENRV, HNMP) in stacionarnih deloviščih (SUC) v bolnišničnem okolju in zunaj njega (UC).

Sistem NMP je povezan tudi s sistemom zaščite in reševanja, še posebej v segmentu prvih posredovalcev, ki so večinoma člani PGD.

Sistem NMP ni namenjen zagotavljanju ambulantnih storitev družinske medicine izven rednega delovnika, niti ne more biti nadomestilo za hitri dostop do specialistične ravni oskrbe (UC ni poliklinika!).

Zdajšnja organizacija sistema NMP ni prilagojena razvoju stroke in resničnim potrebam prebivalstva po tovrstni oskrbi, zato pomeni čedalje večja varnostna tveganja. Manjka ji jasna vizija razvoja in povezujoče vodenje ter dolgoročno kadrovska ni vzdržna.

Ena izmed temeljnih prvin prenove sistema NMP je osredotočenost na regionalni pristop k organizaciji in upravljanju.

Sekcija za UM pri SZD in strokovni svet za UM pri SZD sta na letni skupščini 15. septembra 2022 potrdila načela upravljanja in razvoja UM v Sloveniji:

- Urgentna medicina je stroka, ki se ukvarja z začetno obravnavo in oskrbo (potencialno) kritično bolnih ter poškodovanih, in sicer na terenu in v urgentnem centru. Primarno delovišče urgentnega zdravnika je urgentni center.
- Za kakovostno oskrbo kritično bolnih/poškodovanih je pomembna enovitost sistema oziroma služba nujne medicinske pomoči, ki vključuje in povezuje izvajalce na različnih deloviščih tako v okviru bolnišnične NMP kot tudi zunaj nje. Prehajanje med delovišči je še posebej pomembno za zdravnike specialiste UM, koristilo bi tudi sodelavcem v zdravstveni negi.

- Sistem NMP je namenjen oskrbi (potencialno) kritično bolnih/poškodovanih in ni namenjen obravnavi pacientov, ki bi bili obravnavani drugje v zdravstvenem sistemu (ambulanta DM, specialistične ambulante).
- Samo standardni (oziroma skrajšani) delovnik in realistične obremenitve so sprejemljivi za (razvoj) UM.
- Razvoj UM je odvisen od spodbud, da se mladi zdravniki odločijo za specializacijo.
- Sistem NMP potrebuje stalni nadzor in upravljanje z zmožnostjo vplivanja in popravkov.

1.1 Osnovni deli sistema NMP, njihove značilnosti in izzivi

- Sistem NMP je postal odlagališče in nesojeno stičišče več sistemov.
- Ambulante “dežurne službe” v času dežurstva obiskujejo pacienti, ki ne morejo ali ne želijo obiskati svojega IOZ med rednim delovnikom.
- Intervencije NMP so pomešane z bolj ali manj nujnimi hišnimi obiski.
- Še zmeraj se vzporedno opravlja tudi dejavnost mrliško-pregledne službe.
- Zaradi neurejene geriatrične in paliativne oskrbe večino zdravstvene oskrbe ti bolniki prejmejo v sistemu NMP, kar s strokovnega vidika ni optimalno.
- Prevladujejo interesi lokalnih skupnosti, izgubila se je osredotočenost na kritično bolne/poškodovane, zato je vprašljiva tudi strokovnost nekaterih delov sistema NMP.
- Za povečanje kakovosti sta potrebni profesionalizacija in regionalizacija sistema NMP s centralnim vodenjem.
- Zaradi nedorečenih razmerij in predvsem zastale reforme iz prejšnjih let je ogrožen razvoj celotne urgentne medicine in NMP.
- Sistem NMP v današnji obliki čedalje večjih potreb prebivalstva ne ustreza potrebam po geriatrični, paliativni in pediatrični nujni oskrbi.

2. DISPEČERSKI SISTEM ZDRAVSTVA (DSZ)

DSZ je eden izmed temeljev sistema NMP. DSZ sprejema in analizira klice ter aktivira ustrezne mobilne enote na terenske intervencije. Zaradi različnih vzrokov DSZ še ne deluje po celotni državi; to se načrtuje do konca leta 2023, če bodo izpolnjeni vsi pogoji za to. Vzpostavljeni in delujoči DSZ po celotni državi je ključen tudi za pridobivanje verodostojnih podatkov s terena. Zdaj so podatki o številu in vrsti prevozov med različnimi enotami zaradi različne metodologije dela in sprejema klicev težko primerljivi.

2.1 Osnovni deli sistema NMP, njihove značilnosti in izzivi

2.1.1 Informacijski sistem

DSZ za učinkovito delovanje na državni ravni potrebuje novo celovito informacijsko rešitev. Na MZ deluje posebna projektna skupina z nalogo, da do konca leta 2023 pripravi strokovno- tehnične podlage za izvedbo javnega naročila.

2.1.2 Radijske komunikacije

Glavni razlog za zaustavitev procesa vključevanja izvajalcev NMP in drugih v delovanje DSZ je nedelujoči enotni državni radijski sistem za potrebe zdravstva (DRO DMR). Po prvotnih načrtih bi moralo to radijsko omrežje začeti delovati že 31. oktobra 2019, a je še vedno operativno nedelujoč. V radijsko omrežje DRO DMR je treba v čim krajšem možnem času vključiti oba dispečerska centra zdravstva, za kar je treba v letu 2023 izvesti ustrezno javno naročilo. Zaradi teh težav je DSZ izvedla popravni ukrep vzpostavitve rezervnega komunikacijskega sistema Intervencije.net, ki deluje v dveh omrežjih javne mobilne telefonije z uporabo namenske aplikacije za pametne telefone z operacijskim sistemom android.

2.1.3 Zagotavljanje ekip NMP

Osnovni pogoj za vključitev izvajalcev NMP v delovanje DSZ je zagotavljanje s pogodbo financiranega števila ekip NMP, ki so po opremljenosti, izobrazbi in usposobljenosti v skladu z določili Pravilnika o službi nujne medicinske pomoči (Uradni list RS, št. 81/15 in 93/15 – popr.) in Pravilnika o DSZ (Uradni list RS, št. 58/17). Ne glede na ta izhodišča in določila pravilnikov nekateri izvajalci NMP tudi po vključitvi v DSZ ne zagotavljajo zadostnega števila ekip za izvajanje zunajbolnišnične NMP (na primer ZD Ljubljana, UKC Ljubljana, SB Celje in drugi).

MZ in ZZZS morata nemudoma zagotoviti, da vsi izvajalci NMP brez izjem zagotavljajo takšno število ekip NMP, kot je določeno v pogodbi za izvajanje zdravstvenih storitev s posameznim izvajalcem. Če izvajalci NMP tega v določenem roku še vedno ne bodo zagotavljali, se jim trajno odvzame program NMP in se ga dodeli izvajalcu NMP, ki ga je pripravljen ter sposoben izvajati.

2.1.4 Izvajanje NMP

Pri izvajanju NMP pri izvajalcih NMP nastajajo različni odkloni, ki vplivajo na kakovost delovanja DSZ in zunajbolnišnične NMP ter kot taki ne delujejo v korist pacientov, ki potrebujejo NMP. Med najpogostejšimi tovrstnimi odkloni so:

- neustrezno razporejanje ekip NMP,
- neustrezne prijave članov ekip NMP v informacijski/komunikacijski sistem DSZ,
- neizvajanje predvidenih odzivov DSZ,
- nepravilno sporočanje statusnih sporočil,
- nestrokovno in žaljivo komuniciranje,
- izvajanje sekundarnih premestitev pacientov na nižjo raven oskrbe z ekipami NMP, kar bi se lahko izvajalo z ekipo za nenujne reševalne prevoze.

2.1.5 Delovanje HNMP

Od 15. oktobra 2022 DSZ koordinira izvajanje HNMP, sekundarnih prevozov s helikopterjem med bolnišnicami, ki vključujejo tudi prevoze z inkubatorjem na območju celotne države. V tem kratkem času so nastajale naslednje težave: predpisani aktivacijski čas ekipe HNMP pet minut se ne dosega, tretji helikopter (POPER 3) nikoli ni razpoložljiv za izvajanje sekundarnih prevozov ter načrt aktiviranja in uporabe državnih zrakoplovov za nujne naloge zaščite, reševanja in pomoči ob naravnih in drugih nesrečah ter za nujno medicinsko pomoč, medbolnišnične prevoze, prevoze otrok z inkubatorji ter za iskanje in reševanje zrakoplovov (načrt) je neuporaben in neskladen z dejanskim stanjem. Potrebna je prenova načrta glede poenostavitve postopkov aktivacije, doseganja predpisanih časovnih standardov in izvedbe vseh ukrepov, ki vodijo k ustreznemu delovanju HNMP in drugih služb za medicinske helikopterske prevoze v skladu z mednarodnimi standardi.

2.1.6 Kadrovska zasedba v DSZ

Drugi razlog za zaustavitev procesa vzpostavitve DSZ je nezadostna kadrovska zasedba. Za dokončno vzpostavitev delovanja DSZ in učinkovito delovanje te službe je potrebnih 92 diplomiranih medicinskih sester (DMS) oziroma diplomiranih zdravstvenikov (DZN), 33 zdravstvenih tehnikov ter 12 zdravnikov konzultantov. Največji kadrovski primanjkljaj je v DCZ Ljubljana, kjer primanjkuje 12,7 DMS oziroma DZN, 1 zdravstveni tehnik ter 4,8 zdravnika konzultanta. V DCZ Maribor manjkajo 4 DMS oziroma DZN ter 5,4 zdravnika konzultanta. Kadrovski primanjkljaj onemogoča doseganje predpisanih standardov kakovosti in upočasnjuje vzpostavljanje delovanja DSZ.

V čim krajšem možnem času je treba sprejeti različne sistemske ukrepe za zmanjšanje fluktuacije zaposlitev v DSZ in da bo delo v DSZ bolj zanimivo za kandidate za zaposlitev, kakor so stimulatивно plačilo in drugi predlagani sistemski ukrepi, na primer uvedba sistematične in redne psihosocialne podpore ZdrDis, uvedba obveznih odmorov za ZdrDis v določenih časovnih intervalih po vzoru kontrole letalskega prometa ter uvedba možnosti aktivnega odmora na delovnem mestu ZdrDis.

2.1.7 Povezovanje DSZ s sistemom za zaščito in reševanje

Pravilnik o DSZ (Uradni list RS, št. 58/17) natančneje predpisuje povezovanje DSZ s sistemom zaščite in reševanja (6. in 7. točka 20. člena ter priloga 8.), kar doslej še ni bilo uresničeno. Razvita je bila posebna prototipna aplikacija WebPLK, ki so je uspešno preskusili v ReCO Ljubljana in DCZ Ljubljana v obdobju od 10. februarja do 30. aprila 2022. Predlagano je bilo, da poskusna oblika izvajanja sprejema klicev na 112 ter izmenjave informacij med ReCO Ljubljana in DCZ Ljubljana preide v redno obliko dela in se po optimizaciji uporabniškega vmesnika prenese tudi na vse druge ReCO po Sloveniji ter se tako zagotovi poenotena, predvsem pa hitrejša in boljša oskrba vseh pacientov.

2.1.8 Financiranje DSZ

Podlaga za izdelavo kadrovskih načrtov in zaposlovanje ustreznega kadra v zdravstvu je zagotovljeno financiranje programov, ki jih posamezni zdravstveni zavod izvaja. Dejavnost DSZ zajema izvajanje dveh programov, in sicer NMP in nenujne reševalne prevoze pacientov. Stoodstotno financiranje izvajanja programa NMP je bilo DSZ zagotovljeno šele z Aneksom št. 1 k Splošnemu dogovoru za leto 2022, medtem ko financiranje programa nenujnih prevozov še ni dorečeno z vsemi deležniki.

2.1.9 Krepitev mreže NMP

Zaradi povečevanja števila intervencij ekip NMP in podaljševanja časa intervencij je treba mrežo NMP okrepiti z večjim številom ekip NMP. Na ta način poleg odprave navedenih šibkosti zagotovimo večjo odpornost sistema NMP proti raznim izpadom ekip NMP iz operativnega dela. Treba je tudi okrepiti mrežo NMP z namenski ekipami za izvajanje sekundarnih premestitev pacientov iz ene bolnišnice v drugo bolnišnico.

2.1.10 Srečevalni način izvajanja NMP

Srečevalni način izvajanja zunajbolnišnične NMP omogoča optimalno izrabo razpoložljivih virov za izvajanje NMP. Prehod na srečevalni način izvajanja zunajbolnišnične NMP je treba izvesti v čim krajšem možnem času oziroma še v času vzpostavljanja DSZ na območju celotne države.

2.1.11 Opolnomočenje zdravstvenih delavcev za izvajanje zunajbolnišnične NMP

Podlaga za izdelavo kadrovskega načrta in zaposlovanje ustreznega kadra v zdravstvu je zagotovljeno financiranje programov, ki jih posamezni zdravstveni zavodi izvajajo. Dejavnost DSZ zajema izvajanje dveh programov, in sicer NMP in nenujne reševalne prevoze pacientov. Stoodstotno financiranje izvajanja programa NMP je bilo DSZ zagotovljeno šele z Aneksom št. 1 k Splošnemu dogovoru za leto 2022, medtem ko financiranje programa nenujnih prevozov še ni dorečeno z vsemi deležniki.

2.2 Prenova odločitvenega modela slovenski indeks za NMP

Prepoznana je bila potreba za čimprejšnje spremembe SloIn NMP in objavo druge izdaje iz naslednjih razlogov:

- vgradnja doslej izvedenih popravilnih ukrepov po končanih obravnavah varnostnih odklonov ter rednih in izrednih evalvacij uporabe SloIn NMP v sklopu sistema stalnega izboljševanja kakovosti,
- vgradnja novih dispečerskih kartic, na primer za obravnavo pacientov s covidom-19,
- določitev novih pristopov za oceno dogodka in stanja pacienta,
- prilagoditve novim smernicam za oživljanje, ki so tik pred objavo in bodo bistveno vplivale na način izvajanja dispečerstva v zdravstvu (na primer video podprto oživljanje, e-klic in podobno),
- usklajitev z najnovejšo različico NIMN 4.2, ki je bila uradno objavljena oktobra 2020 (<https://www.nakos.no/>), ter
- prilagoditev predvideni reorganizaciji delovanja sistema NMP.

Ministrstvo za zdravje RS mora v čim krajšem možnem času storiti vse potrebno za pripravo in izdajo prenovljenega odločitvenega modela SloIn NMP (druga izdaja), smernice pa morajo biti usklajene z RSK za UM, DM in PED.

3. AMBULANTE DRUŽINSKE MEDICINE

3.1 Poglavitni izzivi DM v današnjem sistemu NMP in razlogi za prenovo NMP in DS

Čeprav izbranih osebnih zdravnikov (IOZ) na primarni ravni kritično primanjkuje za osnovno delo v rednih ambulantah, se ti še vedno v njihovem rednem ordinacijskem času razpisujejo na več delovišč hkrati. Tako pokrivajo 60 odstotkov mreže nujne medicinske pomoči (NMP) in dežurne službe (DS).

To pomeni, da sočasno z obravnavo svojih opredeljenih naročenih in nenaročenih bolnikov delujejo tudi kot urgentni zdravniki in v primeru nujnih stanj delajo tudi na terenu. Slovenija ima trenutno 24 ur dnevno sedem dni na teden (24/7) neprekinjeno odprtih 45 urgentnih ambulant ob dodatnih 12 UC. Ob kritičnem pomanjkanju IOZ se z njihovim sočasnim razpisovanjem na več delovišč hkrati še dodatno poslabšuje zdravstvena oskrba pacientov.

Kadrovski primanjkljaj in negospodarna porazdelitev obstoječih kadrovskih virov tudi v času dežurstva na primarni ravni in na terenu vodita v preobremenjenost UC na sekundarni ravni zdravstva. Začarani krog kadrovsko pomanjkljive in organizacijsko neučinkovito razdrobljene primarne ravni z nepotrebnim »prelivanjem« bolnikov na sekundarno raven vodi v neučinkovito trošenje in nenehno povečevanje celotnih stroškov zdravstvenega sistema ter nezadostno dostopnosti in kakovost zdravstvene oskrbe bolnikov.

3.1.1 Osnovni cilji prenove zunajbolnišnične mreže NMP

- Boljša kakovost in standardizacija službe NMP.
- Optimalna in dolgotrajno vzdržna razporeditev zdravnikov v službi NMP in DS*.
- Gospodarnejša poraba finančnih sredstev, namenjenih službi NMP in DS*.

3.1.2 Vključevanje IOZ s področja DM v NMP in DS*

Temeljni cilj reorganizacije NMP/DS* je, da zdravnikom DM omogočimo opravljanje dela v skladu z njihovimi kompetencami in le na enem delovišču hkrati. Prepoznavamo tudi dejstvo, da je predvsem ob pomanjkanju družinskih zdravnikov in posledicah tega primarno delovišče v okviru rednega dela zdravnikova redna ambulanta IOZ.

Urediti želimo tudi ločeno MPS od rednega dela zdravnika na področju DM in v DS/NMP.

3.1.3 Struktura in načela nove mreže NMP in DS*:

*Opredelitev DS in NMP: NMP v ambulantni in na terenu zagotavlja nujno medicinsko oskrbo (potencialno) kritično bolnih/poškodovanih, DS pa akutno oskrbo neodložljivih zdravstvenih storitev v ambulantni (ne izvaja NMP na terenu).

3.1.4 Vstopne točke ambulantne oskrbe za nujna stanja (NMP) in neodložljiva stanja (DS)

- Ambulante IOZ (per se ni del sistema NMP) in DS
- UC
- SUC

3.1.5 Vključevanje IOZ s področja DM v mrežo NMP in DS:

- Vključevanje v DS
- Ponoči, ob koncih tedna in med prazniki 24/7 (SUC, EHP v UC) po regijskem načelu
- Vključevanje DM v MoE VUZ (v skladu s potrebnimi kompetencami)

Dodatna razlaga glede razpisovanja

- Razpisovanje hkrati v redno ambulantno in na teren (tudi v obliki t. i. sekundarne urgence) ni dovoljeno.
- Razpisovanje zdravnikov družinske medicine v EHP UC in hkrati na teren (tudi v obliki t. i. sekundarne urgence) ni dovoljeno.
- EHP v okviru UC niso primarna delovišča zdravnikov DM v rednem delovnem času. Zdravniki DM se v delo v EHP/UC obvezno vključujejo v času dežurstva (delovniki 20.00–7.00; ob koncih tedna in praznikih 24/7) do zakonsko dopuščene meje 40 + 8 nadur na teden oziroma v skladu z deležem zaposlitve (več le ob predhodnem pisnem soglasju zdravnika).
- Pri razporejanju se upošteva zakonsko določeni počitek po opravljenem delu, pri čemer je treba razporejanje na delovišča optimizirati, da ne posega v delo redne ambulate.
- Med delovniki je kadrovska zapolnitev v EHP/UC v pristojnosti UC. Pogoje za vključevanje določi RSK/UM. Dnevna izmena EHP/UC je primerno finančno nagrajena. Standardi in normativi za vključevanje so navedeni spodaj (UC/EHP).

Razpisovanje zdravnikov DM poteka po prednostnem vrstnem redu:

- Redna ambulanta IOZ – 40 ur na teden
- EHP v UC
- SUC

Vsebina dela v EHP so bolniki, ki so tja napoteni po enotni, državni triažni matriki, zdravnikov se ne aktivira za delo na terenu, razen pri množičnih nesrečah.

MZ mora bdeti nad posodobitvijo enotne triažne matrike za vse UC (RSK UM, DM, PED).

Mrliško pregledna služba (MPS) naj se ne bi izvajala hkrati s službo NMP, a za zdaj predlagamo možnost izjeme v dveh primerih: MP, kadar se ugotovi smrt v okviru zdravniške intervencije NMP, in krajevni ogled na zahtevo Policije.

Sicer je želja urediti MPS kot mrežo regijskih mrliških preglednikov, dosegljivih 24/7.

Akutne obravnave neopredeljenih pacientov: poleg predvidenih organiziranih ambulant za neopredeljene jih lahko obravnava vsak zdravnik DM v svoji ambulanti s posebnim višjim količnikom.

3.2 Organizacija dežurne službe (DS):

Organizacija DS na primarni ravni je v pristojnosti lokalnih skupnosti in ni neposredni del sistema NMP. EHP v UC je v pristojnosti države in se organizira regijsko.

V dežurno službo se lahko vključujejo vsi zdravniki, ki imajo licenco za delo v družinski medicini, in specializanti po ustreznem preizkusu znanja. Pri tem je treba upoštevati tudi zakonsko omejeno kvoto ur.

3.3 Neodložljivi hišni obiski (NHO) – POZOR!*

***Izvedba še ni dorečena in je odvisna od končnega števila razpoložljivih zmogljivosti glede na končno mrežo, o bosta dorečena dokončna mreža sistema NMP in način izvajanja ter bodo izračunane kadrovske potrebe v obliki delovnih ur, svetujemo ponovni posvet stroke glede možne sistemske ureditve NHO.**

IOZ opravljajo hišne obiske, katerih naročilo sami sprejmejo in njihovo izvedbo sami organizirajo. Neodložljivi hišni obiski (NHO) so podskupina te dejavnosti, ki naj bodo opravljeni v nekaj urah, a vedno še v istem dnevu in zato ne spadajo niti med redne hišne obiske niti v NMP.

Zaradi čedalje večjega števila krhkih, težko pokretnih bolnikov so ti obiski zelo pomembni, saj drugače takšni pacienti ne pridejo do obravnave pri svojem IOZ (kar bi bila najboljša rešitev!), oziroma jih na pregled v UC odpelje MoE NRV ali sanitetni prevoz.

Neodložljivi hišni obiski so obiski pri krhkem in težje pokretnem pacientu, za katerega je razumljivo, da je v njegovo največjo korist predvsem konservativna terapija brez agresivne in invazivne diagnostike oziroma terapije, ki jo nudi UC ali bolnišnica.

Temeljni namen NHO je večino pacientov primerno obravnavati in pustiti na domu. To seveda zahteva povezanost in sodelovanje vseh deležnikov okoli bolnika; najprej IOZ (ki mu mora biti poslan vsaj izvid NHO), patronažne službe, MPT in drugih.

Organizacija NHO bo v pristojnosti lokalnih skupnosti, s katerimi se bo treba o tem dogovoriti. Vsekakor že v obstoječem sistemu priporočamo boljše finančno ovrednotenje hišnih obiskov kot spodbudo za njihovo izvajanje.

4. ZUNAJBOLNIŠNIČNE MOBILNE ENOTE NMP

Mobilne enote v službi NMP so MoE NRV (dva reševalca; DMS in NPK), MoE REA (dva reševalca (DMS in NPK)) in zdravnik (UM ali usposabljanja glede na pravilnik) ekipe HNMP (letalci in NMP; en reševalec (DMS), en zdravnik).

Oskrba kritično bolnega ali poškodovanega se začne že s klicem na DSZ in nadaljuje na kraju dogodka ter med prevozom z ekipo NMP ter nadaljuje v UC. Vse intervencije zunajbolnišnične NMP ne potrebujejo zdravnika, ker so ukrepi, ki jih opravi zdravnik, omejeni, še posebej pri kratkih odzivnih časih. Ocenjuje se, da prisotnost zdravnika na kraju dogodka potrebuje le približno petina do četrtna vseh pacientov. Zato temeljni steber zunajbolnišnične NMP čedalje bolj postajajo mobilne enote NRV brez zdravnika.

Poglavitna naloga MoE-NRV so takojšnji odziv in hitra prepoznavna ter osnovna oskrba vseh takoj in neposredno življenje ogrožajočih stanj. Prisotnost zdravnika je bistveno predvsem v okoljih, oddaljenih od UC (to so predlagani SUC). Reševalci imajo vedno možnost posvetovanja z zdravnikom NMP. Z uporabo sodobnih tehnologij lahko hitro pošljejo dokumentacijo, ki vpliva na pacientovo nadaljnjo oskrbo.

Poglavitni izzivi dela in upravljanja mobilnih enot v današnjem sistemu:

- Zdravniki, delujoči v MoE REA, praviloma ne delujejo v UC.
- Enote MoE REA niso prirojene UC, zato se zdravniki po specialističnem izpitu delno ali popolnoma zaposlijo izven UC, kjer ne uporabljajo vsega svojega znanja, pridobljenega med specializacijo, in ne razvijejo vseh svojih sposobnosti.

4.1 Mreža zunajbolnišničnih NMP in satelitskih urgentnih centrov (SUC)

Današnja mreža zunajbolnišnične NMP obsega 57 točk (skupaj z mesti z UC), kjer je zdravnik dostopen 24 ur na dan vse dni v tednu. Velika večina bolnikov dežurno službo obišče podnevi, ob koncih tedna in praznikih ter do polnoči. Večinoma gre za nizko akutnost, ki je konceptualno "neprimerna" za storitve sistema NMP.

Bogata in široko pokrita mreža dežurnih služb z zdravnikom prebivalcem omogoča hitri in preprosti dostop do zdravnika v času dežurstva, a te dežurne službe v večini ne kadrovsko, predvsem pa niti logistično niti materialno niso zmožne nuditi oskrbe kritično bolnih ali vsaj akutno obolelih višje triažne kategorije; predvsem povečini manjka vsaj minimalna laboratorijska in RTG/POCUS-diaagnostika, minimalni pogoji oziroma prostori za zdravljenje in opazovanje ter zaradi sočasnih izvozov čas njihovega odprtega ni 24 ur vse dni v tednu, predvsem pa je ta čas nepredvidljiv.

Namen ustanovitve SUC je okrepitev materialnih in kadrovskih zmožnosti oskrbe bolnikov, ki potrebujejo nujno oskrbo, ne potrebujejo pa vseh virov, ki so na voljo v UC.

SUC naj zagotavlja predvsem:

- vedno odprto točko, kamor se pacienti lahko zatečejo po pomoč;
- dodatnega in stalnega člana ekipe, ki opravi triažo in vedno ostaja v SUC, tudi ko je ekipa na terenu;
- osnovne dodatne diagnostične zmožnosti; P-o-C-LAB, PoC-US, majhno opazovalnico, šivalnico, RTG podnevi;
- namen SUC je predvsem približati diagnostične in terapevtske zmožnosti, ki jih zdaj omogočajo samo UC (manjši posegi, krajše zdravljenje, tudi parenteralno, osnovna diagnostika, ki v sedanjih dežurnih službah ni dostopna (PoC-LAB, PoC-US)) in poenotenje standarda ambulantne NMP v RS.

4.2 Poglavitni izzivi mreže NMP v današnjem sistemu

Ključni SUC so strateško pomembni za državo in najmanjši del mreže SUC. Poglavitna merila za njihovo ustanovitev so kombinacija pogojev:

- prevelika oddaljenost od UC (in sosednjega SUC); približno 40 km;
- večja gostota prebivalstva v regiji (vsaj približno 50 000);
- strateški pomen (prometne povezave, odročnost, mejno območje in podobno).

Ključni SUC (54. člen uredbe): Tolmin, Sežana, Ilirska Bistrica, Idrija, Postojna, Kranj, Kočevje, Sevnica, Velenje, Šmarje pri Jelšah.

Druge regije oziroma kraji, ki ne izpolnjujejo zgoraj navedenih meril, bodo glede ustanovitve dodatnih SUC obravnavani posamično oziroma regionalno.

SUC je konceptualno dislocirana enota UC. Potrebno je prehodno obdobje glede kadrovske zasedbe, sicer bodo SUC le nadomestno ime za dežurno službo in ne bodo opravljali svojega poslanstva v polnem obsegu.

5. URGENTNI CENTRI

Urgentni centri (UC) so temeljni gradniki nadaljnje in večinoma dokončne diagnostične obravnave ter oskrbe kritično bolnih ali poškodovanih. Velika večina kritično bolnih ali poškodovanih potrebuje hospitalizacijo, zato je edino smiselno, da sta obe vrsti UC v bolnišnicah kot njihovi samostojni oddelki.

5.1 Izzivi UC v današnjem sistemu

- Število bolnikov presega zmogljivosti zgrajenih UC (vseh UC v Sloveniji); ne pa nujno število zares kritično bolnih, ki bi praviloma v UC spadali.
- Odliv bolnikov iz UC (sprejem na oddelok) je otežen, počasen; zato v UC nastajajo zastoji (bolniki ostajajo v UC tudi več kot 24 ur, včasih kar celotna hospitalizacija poteka v UC).
- Ogromno bolnikov, ki jih obravnavamo v UC, bi morali oskrbeti drugje v zdravstvenem sistemu. UC se večkrat zlorablja kot način za hitrejši dostop do specialista.
- Zaradi številnih delovnih obveznosti (glej prejšnje alineje) so delovni pogoji v UC slabi, zato kader (vseh strok) beži iz UC; slabe delovne razmere so tudi posledica dejstva, da ta služba obratuje 24 ur dnevno vse dni v letu in s skoraj enako intenziteto ves čas. Nočno delo ima negativne fiziološke učinke in prispeva k slabim delovnim razmeram in kroničnim obolenjem.
- Za delo v UM niso sprejeti normativi in standardi; torej mora kadrovska zasedba, ki je razpisana ta posamezni dan, pregledati vse bolnike, ki v njihovem delovnem času obiščejo UC.
- Številne konzultacije glede obravnave in sprejema bolnikov (slaba pretočnost) so med večjimi stresnimi dejavniki pri delu v UC.
- Organizacija UC v SLO večinoma ne upošteva EMOUC, neenotna organizacija povzroča slabe odnose med zaposlenimi na oddelku in tudi med zaposlenimi na drugih oddelkih.
- EHP je svojevrsten izziv zaradi vprašanja, kdo naj bi “delal na tem delovišču” in kako široka/poglobljena naj bi bila ta obravnava ter zdravljenje.
- Delavci v UC so pogosto izpostavljeni nasilju (verbalnemu in tudi fizičnemu), ki ga večinoma ne prijavijo.
- Posledica vsega navedenega je, da zdravstveno osebje vseh profilov beži iz UC. Želimo si ustvariti zdravo okolje in delovne razmere, ki bi privabile kader, ki bi v UC gradil svojo kariero in v slovenskem prostoru razvijal urgentno medicino kot stroko.

5.2 Pediatrični UC (PUC) in NMP otrok

Pediatrična stroka se strinja z naslednjimi izhodišči:

- Pediatri podpirajo koncept PUC, v katerem deluje pediater. PUC so regionalna mreža NMP za otroke. Vsi pediatri v javni mreži in vsi koncesionarji se morajo vključevati v to mrežo NMP/DS za otroke.
- PUC mora biti v okviru UC, kjer je to mogoče, saj se na ta način lahko uporablja skupna infrastruktura.
- Izdelane morajo biti klinične poti, na voljo morajo biti druge specialistične stroke (anestezija, reanimacijska ekipa, kirurg, radiolog).
- Podnevi (od 7.00 do 20.00) primere akutno obolelih otrok obravnavajo pediatri v javnih zavodih in pri koncesionarjih.
- Pediatri v PUC delujejo ponoči (ob delovnikih od 20.00 do 7.00), ob koncih tedna in praznikih v turnusu po 12 ur; tam pediatrični timi pokrijejo vse termine v UC (predlagamo UC 1 in kjer je le mogoče UC 2, UC 3 in SUC pa glede na razpoložljivost kadra).
- Z novo organizacijo urgentnih centrov bodo tako v delo vključeni vsi specialisti pediatri (glede na zakonsko podlago) in vsi specializanti pediatrije v Sloveniji ne glede na plačnika specializacije. Ta sprememba bo vključena tudi v program specializacije iz pediatrije, kjer je že določeno število dežurstev, ki jih mora specializant med specializacijo opraviti.

6. USMERITVE IN NADALJNI KORAKI, POTREBNI ZA PRENOVO IN NADALJNI RAZVOJ SISTEMA NMP

6.1 Ključne pravne podlage:

- Potreben je krovni zakon o NMP.
- Prednostno je treba spremeniti zakonodajo, ki bo omogočala vključevanje v dežurno službo pri drugih delodajalcih tako, da bodo zdravniku omogočene pravice iz delovnega prava (pravica do počitka po nočnem delu in podobno).
- Določila pravilnika o službi NMP glede pogojev za vključevanje zdravnikov in reševalcev; postati morajo neodvisna od razvoja DSZ.
- Druga posebna določila, navedena spodaj.

6.2 Dispečerski sistem zdravstva (DSZ)

- vzpostavitev celovitega informacijskega sistema za potrebe DSZ in NMP;
- vzpostavitev popolne funkcionalnosti in operativnosti delovanja enotnega radijskega omrežja DRO DMR ter vklop obeh DCZ-jev;
- vsi izvajalci NMP brez izjem zagotavljajo število ekip NMP, kakor je določeno v pravilniku o SNMP oziroma v njihovih pogodbah za izvajanje zdravstvenih storitev s posameznim izvajalcem. V primeru neizpolnjevanja takojšnja izvedba že zdaj predvidenih sankcij oziroma ukrepov (pogodbene kazni, odvzem programa in podobno);
- MZ vzpostavi regulativno in nadzorno telo, ki bo zagotovilo izvajanje organizacijskega reda in discipline pri vseh deležnikih v NMP;
- vzpostavitev delovanja HNMP, ki bo v skladu s pravilnikom o pogojih izvajanja helikopterske nujne medicinske pomoči; vzpostavitev delovanja tretje baze oziroma ekipe HNMP;
- uravnoteženje plačnega količnika ZdrDis s plačnim količnikom zaposlenih v NMP, ki delajo na terenu;
- uvedba spremenljivega dela osebnega dohodka v obliki intervencijskega dodatka;
- uvedba sistematične in redne psihosocialne podpore ZdrDis;
- uvedba obveznih odmorov za ZdrDis na določene časovne intervale po vzoru kontrole letalskega prometa;
- uvedba možnosti aktivnega odmora na delovnem mestu ZdrDis;
- vzpostavitev predpisane informacijske povezave DSZ s sistemom zaščite in reševanja z uporabo optimizirane rešitve WebPLK v vseh regijskih centrih za obveščanje (112);

- urediti financiranje za dispečerstvo nenujnih prevozov pacientov;
- mrežo NMP je treba okrepiti z dodatnimi ekipami MoE NRV za izvajanje redne NMP in z dodatnimi ekipami MoE NRV za izvajanje sekundarnih premestitev;
- takojšnji prehod na srečevalni način izvajanja NMP (NRV in VUZ);
- spremeniti 48. člen pravilnika o SNMP, ki dopušča izpolnitev vseh pogojev glede kompetenc članov ekip NMP šele eno leto po vzpostavitvi DSZ; izvajalcem NMP je treba omogočiti, da se opolnomočijo še pred vključitvijo v delovanje DSZ;
- v čim krajšem možnem času je treba storiti vse potrebno za pripravo in izdajo prenovljenega odločitvenega modela SloIn NMP (druga izdaja).

6.3 Ambulante družinske medicine

Z navodili v prvem delu tega dokumenta je jasno določeno, kje naj akutno zboleli (ne kritično bolni) pacienti iščejo pomoč:

- ob delovnikih od 7.00 do 20.00 pri IOZ ali nadomestnem zdravniku v ZD (večji ZD morajo urediti dosegljivost zdravnika za akutno obolele med od 7.00 do 20.00 z ustreznimi organizacijskimi ukrepi);
- v času dežurstva v SUC, UC.

Zdravniki DM se obvezno vključujejo v:

- dežurno službo EHP UC (od 20.00 do 7.00, ob koncih tedna in praznikih 24 ur na dan vse dni v tednu);
- SUC v času dežurstva.

6.4 Predhospitalne enote

Predhospitalne enote oziroma MoE REA se preoblikujejo v MOE NRV in MoE VUZ. Program VUZ se dodatno uvede, kjer imajo program DS2, in v enotah, kjer imajo program triaža v SUC. V krajih, kjer so UC, se mobilne enote z zdravnikom VUZ, če je to mogoče, organizacijsko in/ali lokacijsko prenesejo v UC. Izvajalca lahko tudi skleneta sporazum o sodelovanju.

6.5 SUC – satelitski urgentni centri

- Prepoznana je mreža strateško pomembnih, ključnih SUC: Kočevje, Kranj, Postojna, Velenje, Sežana, Tolmin, Ilirska Bistrica, Idrija, Šmarje pri Jelšah, Sevnica (po 54. členu uredbe).
- MZ v najkrajšem času določi tehnične in kadrovske zahteve za izgradnjo SUC.

- Druge regije oziroma kraji bodo glede ustanovitve dodatnih SUC obravnavani posamično oziroma regionalno v skladu z geografskimi in strateškimi posebnostmi
- Za izvajalce službe NMP se pripravi poziv za pripravo dokumentacije za izgradnjo SUC na podlagi pogojev, ki jih bosta pripravila MZ in UNKIZ in bodo podlaga za financiranje po ZZSISZ ter za črpanje EU-sredstev.
- Izvajalci SUC morajo predložiti MZ kadrovske strategije za izpolnjevanje pogojev za izvajanje dela v SUC.

6.6 Urgentni centri

- Sprejeti je treba standarde in normative za delo in kader v UC, vključno s skrajšano delovno obveznostjo, ki bodo omogočili kakovostno, varno in učinkovito klinično delo ter pedagoško in raziskovalno delo, nujnega za obstanek in razvoj UM, UC in NMP.
- Povezljivost informacijskih sistemov.
- Odprava nesorazmerij, ki nastanejo pri neupoštevanju nedelj in praznikov v delovno obveznost.
- Specializacija UM mora biti prepoznana kot deficitarna in je zato treba ustrezno zvišati plače specializantov.
- Ustrezni popravek plačila za specialiste UM v UC.
- Navedeno mora biti upoštevano tudi pri dodatku za UC za zdravnike vseh strok (vključno UM, DM in pediatrije), ki (posamezni dan) delujejo v UC oziroma PUC (dodatek na ure v višini, ki bo z vidika plačila primerjalno glede na druge dele zdravstvenega sistema dovolj spodbuden za prehajanje specialistov in specializantov v UC).
- Ureditve delovnih razmer (vključno s pravicami iz pokojninskega zavarovanja), ki bodo za specializante in specialiste UM ter druge specialiste spodbuda za prehod v UC (na primer maksimalno število dni dopusta, opredelitev, da gre za posebno težka in zdravju škodljiva dela, dela, ki jih po določeni starosti ni mogoče uspešno poklicno opravljati, opravljanje dela v vseh enotah UC, vključno z VUZ in HNMP, uvedba sistematične psihosocialne podpore, obveznih odmorov, aktivnega odmora, družini prijaznega delovnega mesta in podobno).
- Uskladiti je treba tudi spodbude za druge profile, delujoče v UC.
- Predstojniku UC dodeliti in omogočiti učinkovita organizacijska pooblastila in orodja za vodenje celovitega UC kot nosilca dejavnosti in razvoja NMP na svojem območju (triaža, EzB, EzP, EHP, VUZ).
- Zagotoviti primerni odliv bolnikov iz UC.
- Učinkovita digitalizacija procesov, ki bo UC povezala s predbolnišnično in državno ravnanje, poenostavitev, preglednost, zmanjšanje birokratskih nekliničnih upravnih postopkov – zdravnik naj zdravi.

- Povečati število razpisnih mest za specializacijo UM.
- EHP se prenese v okvir UC:
 - 1.času dežurstva v EHP sodelujejo zdravniki DM po regijskem merilu, vključujejo pa se lahko tudi drugi zdravniki z ustreznimi znanji;
 - 2.opodnevi med delovnikom se v EHP vključujejo zdravniki različnih strok, ki izpolnjujejo pogoje za to delovišče, določene s strani RSK UM (osnovna licenca in dva meseca prakse v UC ter opravljeno preverjanje znanja). Vodji UC se podeli pooblastilo za razporejanje zdravnikov za nemoteno delovanje UC. Kot za druga delovišča v UC se uvede dodatna finančna spodbuda.
- **Zelo pomembno!** EHP/UC, še posebej podnevi med delovniki, ni namenjen nudenju DS, temveč je enota za pregled bolnikov, ki glede na triažno matriko izkazujejo nizko akutnost. Triažna modro-zelena oznaka ne izključuje možnosti resnega obolenja, ampak le triažira paciente glede na sprejemljivi čas do začetka obravnave. EHP zato ni zatočišče za bolnike, ki drugače ne dosežejo svojega IOZ ali izkazujejo nizko verjetnost za življenje ogrožajoče stanje. Prav zaradi možnosti, da gre kljub modro-zeleni triažni oznaki za življenje ogrožajoče stanje, mora biti obravnava v EHP ustrezno osredotočena in poglobljena, ker je to triažna varnostna mreža. V EHP se pričakujejo osredotočena anamneza, telesni pregled ter možnost osnovnega LAB in RTG, vse ustrezno dokumentirano. Zaradi teh pričakovanj je standard pričakovanih pregledov do največ štiri osebe na uro. To naj bo tudi podlaga za plačilo. Ker pa delo v EHP lahko poteka različno dinamično, se zavzemamo za dodatni spremenljivi del plačila za vsakega pacienta nad osnovno kvoto (več kot štirje pacienti na uro).
- Potrebne so pravne podlage, ki bodo dokončno in učinkovito odpravile nasilje nad zdravstvenimi delavci. Napad na zdravstvenega delavca se mora obravnavati enako kot napad na uradno osebo.
- Vzpostaviti sistem nekrivdne odgovornosti.

6.7 NMP otrok in mladostnikov

- Vzpostavi se mreža PUC, v kateri delajo zdravniki pediatri, specialisti in specializanti. V PUC se vključujejo po regijskem merilu.
- Podnevi (ob delovnikih od 7.00 do 20.00) se akutno zboleli otroci obravnavajo v okviru mreže primarnih pediatrov oziroma pri nadomestnem pediatru.
- Ponoči (od 20.00 do 7.00) ter ob koncih tedna in praznikih 24 ur na dan se zdravniki pediatri obvezno vključujejo v dežurno službo v PUC v okviru zakonsko določene 48-urne delovne obveznosti (več le po predhodnem pisnem soglasju).
- Vsi specializanti pediatrije se morajo vključevati v delo PUC.



6.8 Vodenje

- Za koordinacijo in nadzor sistema NMP je treba znova vzpostaviti samostojno službo ali sektor na MZ.
- V okviru nove zakonodaje je nujna vzpostavitev organa v sestavi MZ ali novega javnega zavoda, ki ga ustanovi RS in bo združeval DSZ, mobilne enote v vsaki regiji in mobilne enote VUZ v SUC, HNMP, UC ter centralno logistiko sistema NMP, kar je še posebej pomembno pri odzivanju na velike nesreče, epidemije in druge naravne ali druge nesreče kot pripravljenost zdravstvenega sistema na krizno delovanje.



Pri pripravi gradiva so sodelovali in končni dokument potrdili (po abecednem vrstnem redu):

- Denis Baš, predsednik Sekcije za primarno pediatrijo ZZP pri SZD
- Darko Čander, sekretar, Služba za strateški razvoj zdravstvenega varstva, Ministrstvo za zdravje RS
- asist. Andrej Fink, vodja Dispečerske službe zdravstva
- Azra Herceg, državna sekretarka na Ministrstvu za zdravje RS
- Andrej Hohnec, nam. predstojnika UC UKC MB
- Anita Jagrič Friškovec, Sekcija za primarno pediatrijo, Združenje za pediatrijo SZD
- Roman Kralj, predstavnik delovne skupine DS/NMP ZZS
- Uroš Lampič, vodja enote HNMP Brnik, OZG OE ZD Kranj
- Štefan Mally, vodja NMP ZD Maribor
- mag. Mitja Mohor, NMP OZD OE ZD Kranj
- dr. Hugon Možina, vodja IPP UKCL
- mag. Igor Muževič, predsednik sindikata Praktik.um
- Peter Najdenov, Združenje za pediatrijo SZD, RSK za pediatrijo
- prof. dr. Marija Petek Šter, predstojnica katedre za družinsko medicino MF LJ
- Tanja Petkovič, članica RSK za družinsko medicino
- Jože Prestor, predsednik RSK za zdravstveno in babiško nego
- dr. Gregor Prosen, predstojnik UC MB, predsednik Sekcije za urgentno medicino pri SZD
- Valentina Pugelj, specializantka urgentne medicine, predstavница Mladih zdravnikov Slovenije
- dr. Peter Radšel, predstojnik KOIIM UKCL
- Renata Rajapakse, Direktorat za zdravstveno varstvo, Ministrstvo za zdravje RS
- Rok Ravnikar, specialist družinske medicine
- prim. prof. dr. Danica Rotar Pavlič, predsednica RSK za družinsko medicino
- prim. asist. dr. Aleksander Stepanovič, član RSK za družinsko medicino, predsednik Združenja zdravnikov družinske medicine SZD
- prof. dr. Matej Strnad, predstojnik katedre za urgentno medicino MF Maribor in predsednik Stokovnega sveta za urgentno medicino pri SZD
- Hana Škaler, predstavnica delovne skupine DS/NMP ZZS
- prof. dr. Igor Švab, dekan MF UL
- Mihelca Žura Črešnar, Sekcija za primarno pediatrijo, Združenje za pediatrijo SZD