



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

Štefanova ulica 5, 1000 Ljubljana

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

Številka: 172-6/2024-2711-5
Datum: 30. 8. 2024

USMERITVE ZDRAVSTVENE POLITIKE ZA LETO 2025 IN 2026

Smernice kot podlaga za sprejem Splošnega dogovora o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivosti, potrebnih za njegovo izvajanje in obsega sredstev za leto 2025

Kazalo vsebine

1. UVOD	3
1.1 PRAVNA PODLAGA.....	3
1.2 TEMELJNA NAČELA.....	4
1.3 NAMEN IN CILJI SMERNIC	4
2. KAKOVOST	6
3. DOSTOPNOST	7
4. UČINKOVITOST.....	11
5. MOTIVIRAN IN ZAVZET KADER IN ZDRAVSTVENA OPOLNOMOČENOST VSEH PREBIVALK IN PREBIVALCEV SLOVENIJE	12

1. UVOD

Skupna prizadevanja vseh deležnikov v zdravstvu so osredotočena na pacienta in njegovo dobrobit. V smernicah naslavljamo področja oziroma prednostne naloge na področju zdravstva, s katerimi bomo v naslednjih dveh letih zagotovili stabilnost zdravstvenega sistema, povečali dostopnost do zdravstvenih storitev, izboljšali izide zdravljenja preko izmenjave dobrih praks med zdravstvenimi izvajalci in zagotavljanja razvoja in optimizacije organizacije dela in procesov ter zmanjševali izkazane neenakosti med prebivalci na ravni države in posameznih regij. Smernice upoštevajo temeljna načela in vrednote, na katerih temelji zdravstveni sistem, in sicer načela univerzalnosti, dostopnosti, solidarnosti, enakosti, nepridobitnosti ter učinkovitosti.

1.1 PRAVNA PODLAGA

ZNUSZSZ v tretjem odstavku 11. člena določa, da smernice zdravstvene politike vsako leto do konca avgusta določi ministrica, pristojna za zdravje.

Republika Slovenija glede na prvi odstavek 4. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C, 47/15 – ZZSDT, 61/17 – ZUPŠ, 64/17 – ZZDej-K, 36/19, 189/20 – ZFRO, 51/21, 159/21, 196/21 – ZDOsk, 15/22, 43/22, 100/22 – ZNUZSZS, 141/22 – ZNUNBZ, 40/23 – ZČmIS-1 in 78/23; v nadaljnjem besedilu: ZZVZZ) uresničuje svoje naloge na področju zdravstvenega varstva, s tem da:

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

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

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

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

1.2 TEMELJNA NAČELA

Univerzalnost pomeni, da je vsakomur zagotovljen dostop do zdravstvenega varstva.

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

Solidarnost pomeni, da za zdravstvo vsak prispeva v skladu s svojimi ekonomskimi zmožnostmi.

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

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

Učinkovitost pomeni doseganje optimalnih zdravstvenih izidov brez razsipavanja s človeškimi, materialnimi, finančnimi in časovnimi viri.

1.3 NAMEN IN CILJI SMERNIC

Smernice predstavljajo izhodišča Ministrstva za zdravje (v nadaljnjem besedilu: MZ) Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: ZZS) za pripravo predloga programa storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, opredelitev zmogljivosti, potrebne za njegovo izvajanje, in določitev obsega sredstev (v nadaljnjem besedilu: dogovor) za leto 2025 ter srednjeročne

usmeritve zdravstvene politike za leto 2026. Namen smernic je nasloviti področja oziroma prednostne naloge na področju zdravstva.

Temeljni cilji smernic za leto 2025 so:

1. povečati predvsem časovno dostopnost pacientov do zdravstvenih storitev,
2. zagotoviti merljivost kakovosti in varnosti zdravstvenih storitev za paciente preko merjenja izidov zdravljenja,
4. izboljšanje učinkovitosti izvajanja zdravstvene oskrbe,
5. izboljšati motivacijo in zavzetost zaposlenih v sistemu zdravstvenega varstva z ustrežnejšimi pogoji dela,
6. spodbujati aktivno vlogo in odgovornost posameznika za lastno zdravje.

2. KAKOVOST

Zagotavljanje in sprotno izboljševanje kakovostne in varne zdravstvene oskrbe predstavlja prednostno aktivnost pri vzpostavitvi varnega, učinkovitega, pravočasnega, pravičnega in uspešnega zdravstvenega sistema, osredotočenega na pacienta. Upoštevanje in vpeljevanje mednarodno sprejetih načel kakovosti predstavlja najenostavnejšo pot za zagotavljanje kakovostne zdravstvene oskrbe: najboljše možne oskrbe z najboljšimi možnimi izidi zdravljenja v pravem trenutku. Tako zagotavljanje storitev predstavlja optimalno izrabo razpoložljivih sredstev, zato mora predstavljati glavni cilj poslovanja vseh delov in s tem celotnega sistema, od regulatorja in plačnika do posameznega izvajalca: regulator preko strateških in zakonskih sprememb, plačnik s pravičnim sistemom financiranja za vzpodbujanje kakovostnih in varnih metod obravnave ter izvajalci z optimalno in racionalno uporabo vseh virov. Zagotavljanje kakovosti in varnosti v zdravstveni organizaciji temelji na učinkovitem sodelovanju in prepletanju znanj vseh zaposlenih pri obvladovanju procesov za usklajeno delovanje posameznih členov znotraj poslovanja. Tako se bodo rezultati približevali pričakovanjem uporabnikov in udeležencev v zdravstvenem sistemu.

Usmeritve:

1. Za paciente s srčno-žilnimi boleznimi se s 1.1.2025 vzpostavi Slovenski register bolezni srca in ožilja, ki je del platforme EuroHEART. Za vzpostavljanje in koordinacijo dejavnosti registra EuroHEART je odgovorno Združenje kardiologov Slovenije. Dejavnost registra EuroHEART je organizirana v 4 modulih, s slovenskim registrom sodelujemo v vseh 4 modulih, s postopnim povečevanjem dejavnosti. S 1.1.2025 se priključimo moduloma bolnikov z akutnim koronarnim sindromom in PCI (AKS-PCI) in TAVI ter vzpostavimo modul bolnikov v srčno-žilni rehabilitaciji. Najkasneje s 1.1.2026 se prične s spremljanjem vseh 4 obstoječih (plus modul bolnikov v srčno-žilni rehabilitaciji) modulov. V register se v ustrezne module vključijo naslednje mere izidov: AFEQT (atrijska fibrilacija), SAQ-7 in Rose Dyspnea Scale (koronarna bolezen), KCCQ in PHQ-2 (srčno popuščanje) ter generični vprašalnik EQ-5D-5L v vseh modulih. Vse mere pripravi in validira MZ. S 1.1.2025 se za vodenje in vzdrževanje delovanja registra v UKC Ljubljana za prvo leto zagotovi kadrovska podpora v obsegu 1 FTE zdravnika in 2 FTE administrativno-tehničnega delavca (50% za administrativno podpora in 50% za tehnično podpora), v nadaljevanju pa skladno z razvojem registra še 1 IT strokovnjak. Za vzdrževanje registra se po njegovi vzpostavitvi postopoma zagotovi kadrovska podpora tudi vsem drugim sodelujočim zavodom:

	Zdravnik (FTE)	Admin/Tehn (FTE)
UKC Ljubljana (nosilec)	1,0	2,0
UKC Maribor	0,6	0,6
SB Celje	0,4	0,4
SB Novo Mesto	0,2	0,2
SB Izola	0,2	0,2
SB Nova Gorica	0,2	0,2
SB Murska Sobota	0,2	0,2
SB Slovenj Gradec	0,2	0,2

MZ pokrije pristojbino za uporabo e-platforme EuroHEART, ki znaša v prvem letu do 40.000 EUR, v vsakem naslednjem letu pa 30.000 EUR.

2. ZZZS v letu 2025 in 2026 evidenčno in postopoma uvaja ter nadgrajuje širitev in uporabo kazalnikov kakovosti v obračunske modele za dejavnosti, za katere MZ pripravi ustrezno prevedene in validirane ter informatizirane kazalnike kakovosti.
3. V letu 2025 se kazalniki izidov zdravljenja, ki so bili pripravljene s strani partnerjev in stroke v letu 2024, digitalno podprejo in pričnejo ustrezno spremljati v sklopu sistema zVem. Kazalniki se takoj po vzpostavitvi avtomatiziranega zbiranja pričnejo analizirati z namenom primerjave in izmenjave dobrih praks med izvajalci, sprejetja ukrepov za izboljšanje strukture in procesov obravnave.
4. Z namenom kakovostne in varne obravnave se na področju ambulant družinske medicine in otroško šolskega dispanzerja najkasneje s 1.1.2025 uvede degresijska lestvica, ki motivira posamezne time k optimalnemu opredeljevanju števila prebivalc in prebivalcev ter kakovostne obravnave na podlagi prenovljenih glavarinskih količnikov (ki upoštevajo ustrezne demografske in socialne spremenljivke ter ki najboljše, glede na razpoložljive podatke na nacionalni ravni, odražajo način dela in zahtevnost pacientov), obračunskega modela in celovitega spremljanja kakovosti.
5. Do 1.3.2025 ZZZS vzpostavi sistem, ki zagotavlja vezavo plačila zdravstvene storitve na predhodno posredovanje obveznih podatkov in dokumentov v CRPP, šifrante prvega paketa z obveznimi tipi dokumentov in podatkov objavi najkasneje do konca januarja 2025.
6. V skladu z izdelanim kalkulatorjem za merjenje ogljičnega odtisa zdravstvenih ustanov, ki ga predloži MZ, v 3 mesecih po prejemu kalkulatorja zdravstvene ustanove izmerijo svoj ogljični odtis. Na podlagi meritev izvajalci zdravstvenih storitev v sodelovanju z MZ pristopijo k izdelavi Strategij za zmanjšanje ogljičnega odtisa.

3. DOSTOPNOST

Dostopnost do zdravstvenih storitev predstavlja eno najpomembnejših vrednot z vidika prebivalc in prebivalcev: ekonomska, geografska in fizična, informacijska in časovna. Ob nepopolnem zdravju je namreč osnovna želja posameznika pravočasni vstop v zdravstveni sistem. Težavnost simptomov in znakov ter prioriteta obravnav narekujejo uvedbo strokovnih kriterijev za umestitev na seznam čakajočih. Vsem nedopustno čakajočim pacientom so s tem kratene osnovne ustavne pravice.

V letu 2025 in 2026 je potrebno spodbuditi hitrejšo prenovo sistema financiranja na odhodkovni strani preko določanja in racionalizacije pravic ter strateškega nakupa zdravstvenih storitev («strategic purchasing») ter prenove modelov financiranja posameznih dejavnosti. Strateško nakupovanje zdravstvenih storitev omogoča selektivnost, usmerjenost na izide zdravljenja, zagotavljanje kakovosti sistema ter optimiziranje dostopnosti ob ustreznih spodbudah. Strateško nakupovanje ne potrebuje spremembe zakonodaje, zahteva pa veliko znanja.

Celovit pristop k optimizaciji dostopnosti mora vključevati opolnomočenje primarne ravni, povečevanje deleža prospektivnega programa in postopno umestitev vzpodbud plačila glede na izide zdravljenja (do zagotovitve kakovostnih in preverjenih podatkov evidenčno).

Usmeritve:

1. Na čakalne seznime za določeno storitev se lahko pacienti uvrstijo le takrat, ko čakajo na to storitev in imajo opravljeno vso diagnostiko, ki jo izvedba te storitve zahteva. V kolikor čakajo na diagnostično storitev, ki je pogoj za neko storitev, se uvrstijo le na čakalni seznam za diagnostično storitev.
2. NIJZ do konca leta 2024 pripravi z deležniki usklajen predlog poročila o čakajočih pacientih, ki upošteva podaljšanje veljavnosti napotnice "do konca zdravljenja" in podatka o kaskadnih napotnicah - poročilo naj odraža število oseb, ki čaka za razrešitev določenega stanja (tudi če ima za to stanje izdano še napotnico za slikovno preiskavo, kardiologa in anesteziološki pregled ter določa termin predoperativnega pregleda in operacije, je to en čakajoč pacient).
3. Stroka ustreznih specialnostih (internih medicinskih strok, ortopedija, gastroenterologija, radiologija, oftalmologija itd.)¹ na sekundarnem nivoju v koordinaciji z MZ in Zdravstvenim svetom pripravi, RSKji ustreznih specialnosti ter RSK za družinsko medicino pa potrdijo, seznam napotnih diagnoz in stanj pacientov, pri katerih je utemeljena

¹po vzoru kardiologije, kjer so bile usmeritve pripravljene v letu 2024

napotitev po posameznih stopnjah nujnosti, prioriteto za zelo hitro, do konca marca 2025.

4. Dokončna implementacija modela PP (prvi pregledi) za celotno SAD z določitvijo standardiziranega števila PP, dinamiko rasti do optimalnega števila PP na posamezni tim ter vzpodbudami ob preseganju standardnega števila in penalih ob nedoseganju standardiziranega števila in rasti nedopustno čakajočih.
5. Do konca leta 2025 se prenovi kalkulacija nadzorovane obravnave. Ponovno se preveri klinične poti, potrebne storitve in vrednotenje storitev nadzorovane obravnave na način, da bo plačilo v večji meri vezano na dejansko opravljene storitve.
6. NIJZ do 1.10.2024 na podlagi poglobljene analize učinkovitosti delovanja, analize zakonskih podlag in v skladu s potrebami prebivalstva pripravi izhodišča za nadgradnjo preventivnih programov za obravnavo kroničnih bolnikov za vse populacijske skupine in oblikuje predlog normativov za izvajanje dejavnosti. Cilj je nadgradnja modelov delovanja Razvojnih ambulant s centri za zgodnjo obravnavo, CKZ, CDZOM in CDZO. Analiza se obravnava na Zdravstvenem svetu, rezultate potrdi MZ. Mreža centrov se brez rezultatov analize in rezultatov stroškovne učinkovitosti ne širi.
7. Nove zdravstvene tehnologije se v skladu z rangirno tabelo in sklepi Zdravstvenega sveta od leta 2022 naprej po odločitvi ministra za zdravje ustrezno vključijo v javno financiranje najkasneje do 1.7.2025. ZZZS v skladu s seznamom pridobi od predlagateljev podatke o stroških, obsegu izvajanja ter pripravi obračunski model.
8. Z namenom vključitve žensk v državni presejalni program DORA v starostni skupini med 45 in 49 let in med 70 - 74 let se v letu 2025:
 - a. zagotovi dodaten krog presejanja za ženske po 70. letu starosti, ki sicer ne bi bile več vabljeni v program DORA;
 - b. zagotovi tudi širitev programa DORA za ženske stare od 45 - 49 let v omejenem obsegu, na način, da bo v pilotno širitev programa DORA v tej starostni skupini vključenih 5.000 žensk. Na podlagi odzivnosti in potreb po dodatni diagnostiki v tej starostni skupini bo pripravljen izračun dodatnih kapacitet za širitev programa na celotno populacijo žensk v tej starostni skupini v prihodnjih letih.
9. Izbrani osebni zdravniki kronične primere bolečin namesto na fizioterapevtsko obravnavo napotujejo v CKZ. Fizioterapevtski pogodbeni obseg enega tima fizioterapevta zavezuje, da tedensko

opravi vsaj 3 skupinske delavnice za kronične bolečine na fizioterapijo napotenih zavarovanih oseb.

10. Način plačila CKZ se izenači z načinom plačila ZVC (plačilo delavnic po dejanski realizaciji in ne pavšalu).
11. Elektronsko se podpre proces odločanja o začasni nezmožnosti za delo, o kateri odloča ZZZS, in o pravici do zdraviliškega zdravljenja, tako da vsi izvajalci začnejo posredovati elektronske predloge imenovanemu zdravniku in začnejo elektronsko sprejemati e-odločbe ZZZS.
12. Planirata se nova prospektivna programa endoproteza komolca in endoproteza čeljusti (programa se izločita iz ostale ABO).
13. Planira se nov prospektivni program kirurški posegi na srcu in/ali pripadajočih velikih žilah brez zunajtelesnega krvnega obtoka (program se izloči iz ostale ABO).
14. Planira se nov prospektivni program kirurško zdravljenje refluksne bolezni požiralnika.
15. Povečanje števila oftalmoloških timov v javni mreži, upoštevajoč razvoj stroke in sodobne metode zdravljenja.
16. Ambulante za neopredeljene zavarovane osebe se s 1.1.2025 preoblikujejo v ambulante za boljšo dostopnost. Določi se nov standard ambulante za boljšo dostopnost.
17. Na podlagi Akcijskega načrta, ki bo na podlagi sprejetega Načrta dela na področju redkih bolezni v Republiki Sloveniji 2021 – 2030, pripravljen do konca leta 2024, se v letu 2025 pripravijo ukrepi in njihova stroškovna analiza ter prouči možnost vključitve v javno financiranje v letu 2026. Cilj ukrepov je zagotovitev dobre dostopnosti, ustrezne diagnostike in zdravljenja bolnikov z redkimi boleznimi.
18. Do konca junija 2025 se standardizira mreža službe NMP po enotnih kriterijih za celotno državo in vzpostavi območja delovanja v okviru regije.
 - a. Do konca junija 2025 se na podlagi analize dela in organizacije dežurnih mest v bolnišnicah vzpostavi standardizirana dežurna mesta na podlagi strokovnih kriterijev za zagotavljanje NZV v bolnišnicah.
 - b. Do konca marca 2025 MZ predpiše pogoje izvajalcem za organizacijo službe NMP, kateri bodo podlaga za financiranje programov v naslednjem letu 2026.

- c. ZZZS v sodelovanju z MZ prenovi model plačevanja službe NMP in NZV po principu kalkulacije pavšalnega zneska in variabilnega zneska za stroške dela, ki bo omogočalo plačevanje po realizaciji opravljenih storitev oz. obremenitvah dežurnega mesta.
 - d. Javni zdravstveni zavodi (bolnišnice) pod koordinacijo MZ do konca leta 2025 na osnovi strategij, usmeritev, načrtov, programov, ukrepov, opremljenosti in izvajanja zdravstvene dejavnosti prenovijo načrte delovanja in s tem zagotovijo učinkovit celovit pristop za preprečevanje, pripravljenost in odzivanje izvajalcev zdravstvene dejavnosti na grožnje in tveganja zaradi izrednega ali vojnega stanja, kriz, naravnih ali drugih nesreč.
 - e. MZ, ZZZS in Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije do junija 2026 pripravijo predlog modela centralnega upravljanja in financiranja službe NMP.
19. Zdravstveni svet skupaj s predlagateljem (Lekarniška zbornica Slovenije) in strokovnimi službami MZ presodi uspešnost in stroškovno učinkovitost ambulant farmacevtov svetovalcev in predlaga ustrezne rešitve glede možnosti napolitve s strani zdravnikov specialistov z vseh ravni zdravstvene dejavnosti kot npr. kardiolog, psihiater, ginekolog, pediater ipd., ter s strani magistrov farmacije s kompetenco za izvajanje PUZ, in ne le s strani specialista družinske medicine. Presodi se tudi uvedba kontrolnega FTP, njegova stroškovna učinkovitost in smiselnost pred umestitvijo v financiranje.
20. Lekarniška zbornica Slovenije v sodelovanju z MZ in ZZZS uskladi način financiranja izdaje zdravil z zahtevnejšim svetovanjem in pogoji preskrbe. Uskladitev zajema natančno definicijo, na katera zdravila se storitev nanaša (poleg Plaxlovida) ter definicijo, ali se storitev uporablja v okviru ambulante farmacevta svetovalca ali znotraj bolnišnice z aktivnim sodelovanjem kliničnega farmacevta v timu. Določi se dinamika umestitve v sistem financiranja.
21. Na podlagi izkušenj z izvajanjem brezšivne skrbi v preteklih letih se v letu 2025 Lekarniška zbornica v sodelovanju z ZZZS izvede revizijo storitve, vključno z opredelitvijo minimalnih standardov kakovosti in potrebnim časom za izvajanje. Ob upoštevanju zmožnosti (predvsem kadrovskih) se preučijo možnosti postopne širitve programa, pri čemer je potrebno opredeliti prioritete skupine (npr. bolnike z več (recimo 5) hkrati predpisanimi zdravili ali posebne skupine bolnikov (npr. dializni bolniki, presejanci, geriatrja, PBZ itd.).
22. S 1.1.2026 se uvede nova lekarniška storitev premostitvena izdaja zdravil za paciente, ki prejemajo terapijo za zdravljenje kronične bolezni

(urejeni kronični bolniki) v skladu s strokovno presojo magistrov farmacije in protokolom, ki je usklajen med predstavniki Lekarniške zbornice Slovenije in predstavniki družinske medicine. Storitve predvideva tudi nov Pravilnik o razvrščanju, predpisovanju in izdajanju zdravil za uporabo v humani medicini.

4. UČINKOVITOST

Potrebno bo dvigniti zavest o nujni potrebi po racionalnem obnašanju in stroškovni učinkovitosti s strani vseh deležnikov v zdravstvu. Prioritetne bodo tiste storitve, ki pokrivajo ključne zdravstvene potrebe prebivalstva, se pravi standardizirane storitve, ki morajo biti dostopne vsem prebivalcem in prebivalkam, ne glede na njihovo finančno stanje ali katero drugo značilnost. Nabor vseh storitev mora pregledati medicinska stroka in pripraviti osnovo dogovora partnerjev v okviru razpoložljivih sredstev. Pregled nabora mora vključiti vse storitve, tudi doslej financirane in ne le nove metode zdravljenja.

Potrebno je vzpostaviti spremljanje učinkovitosti izvajalcev po posameznih boleznih in uvesti strokovno-finančne nadzore v sodelovanju z zbornicami.

1. Do konca leta 2025 ZZZS pripravi plačilo po svežnju za diagnozo kronična atrijska fibrilacija in kronična ledvična bolezen, ki ustrezno zajame vse storitve.
2. Za namene usmerjenega nadzora nad učinkovitostjo izvajalcev mora ZZZS pripraviti letni načrt nadzorov, analizirati obračunane storitve po pacientu po posameznih dejavnostih/bolezni in ugotavljati odklone. Na podlage rezultatov analiz ZZZS izvaja ciljne zavarovalniško medicinske nadzore pri tistih izvajalcih, za paciente, kjer so ugotovljena večja odstopanja, z ustreznimi strokovnjaki.
3. ZZZS sledi planu prenov modelov plačevanja ambulantne dejavnosti ter planu usmeritev EU projekta "Posodobitev ambulantnih modelov plačevanja" kot to izhaja iz smernic v letu 2023.
4. Do 1.1.2025 se prenove in implementira model financiranja ambulantne družinske medicine in otroško šolskega dispanzerja z novimi glavarinskimi kličniki, ki predstavljajo pretežni del financiranja družinskih ambulant.
5. Spremljanje in nadzor ravni standardizacije na vseh področjih zdravstvenega varstva preko zavez pogodbenih izvajalcev za vzpostavitev podatkovne zbirke o cenah in kakovosti vložkov, infrastrukture ter medicinske opreme kot podpora izvajalcem pri javnih razpisih, nabavah in investicijah se vzpostavi pri MZ s sodelovanjem z vsemi partnerji, predvsem Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije.

6. NIJZ do 1.10.2024 v okviru izvajanja dejavnosti pripravi izhodišča za nadgradnjo preventivnih programov za obravnavo kroničnih bolnikov za vse populacijske skupine in oblikuje predlog normativov za izvajanje dejavnosti. Cilj je poenotenje modela financiranja različnih tipov centrov za krepitev zdravja.
7. ZZZS do 15.11.2024 konča prenovo modela plačevanja akutnih bolnišničnih obravnav na podlagi SPP. Spremembe se uvedejo s 1.1.2025.
8. Delovni nalog (DN) za fizioterapijo se digitalizira in v celoti implementira do 20. 12. 2024. ZZZS zagotovi njegovo vpeljavo v produkcijo v predvidenem roku v okviru sredstev, ki so namenjena za informatizacijo ali zagotovi posebna namenska sredstva.
9. Cene zdravstvenih storitev v okviru akutne bolnišnične obravnave, ki se plačuje na podlagi SPP, se uskladijo glede na zahtevnost obravnav, vključno z izvajanjem NZV. Vsi izvajalci, ki ne zagotavljajo 24/7 sprejema bolnikov v NZV, izvajajo svoj celoten program kot prospektivni program po enotni ceni. Pri ostalih izvajalcih se delež prospektivnega programa postopoma povečuje ter doseže povprečno ciljno vrednost 45% do konca leta 2025 in 50% do konca leta 2026.

5. MOTIVIRAN IN ZAVZET KADER IN ZDRAVSTVENA OPOLNOMOČENOST VSEH PREBIVALK IN PREBIVALCEV SLOVENIJE

Skrb za motiviran, zavzet in zadovoljen zdravstveni kader je ena ključnih prioritiet vseh deležnikov v zdravstvenem sistemu. Brez motiviranih in zavzetih zaposlenih v javnem zdravstvenem sistemu ne moremo zagotoviti stabilnega, kakovostnega in vzdržnega zdravstvenega sistema. Opolnomočenje pacientov in vzdržnostna informatizacija morata biti usklajena in uravnotežena s kadrovskimi potenciali.

1. Do 1. 6. 2025 RSK za družinsko medicino preuči možnost vzpostavitve ambulate specializanta družinske medicine z namenom izboljšanja kakovosti specializacije iz družinske medicine in povečanja zanimanja za specializacijo iz družinske medicine.
2. Uvedba obveznih obnovitvenih tečajev temeljnih in nadaljnjih postopkov oživljanja, ki temeljijo na učenju s simulacijami, za vse zdravstvene delavce, glede na pogostost srečevanja z nujnimi stanji v praksi.
3. CKZ pripravijo:

- a. izobraževalne vsebine s področja zdravja in ukrepanja v primeru najpogostejših simptomov v vse osnovne šole. Izobraževalne vsebine na temeljijo na modernih pristopih učenja (npr. igrifikacija).
 - b. Vsebino obveznih obnovitvenih tečajev temeljnih postopkov oživljanja, ki temeljijo na učenju s simulacijami, za vse osnovne in srednje šole ter za vse zaposlene osebe v RS.
 - c. Nacionalni program t.i. oseb, ki nudijo laično oskrbo v skupnosti, za najpogostejše kronične bolezni.
4. MZ v sodelovanju z NIJZ in stroko do konca leta 2025 pripravi predlog za razvoj nacionalne platforme, namenjene samo-triaži pacientov. Platforma bo omogočala, da pacient, preden stopi v stik z zdravstveno službo, preveri, ali simptomi, ki jih ima, zahtevajo pregled pri zdravniku, ali pa so dovolj ukrepi samozdravljenja. MZ izdelavo platforme finančno podpre po odobritvi Zdravstvenega sveta, ZZZS jo ustrezno umesti v sistem obravnave.

Dr. Valentina Prevolnik Rupel
Ministrica za zdravje