

2333. Nacionalni program zdravstvenega varstva Republike Slovenije – zdravje za vse do leta 2004 (NPZV), Stran 6650.

Na podlagi 6. člena zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 9/92, 13/93, 9/96, 29/98 in 6/99) in 168. člena poslovnika Državnega zbora Republike Slovenije (Uradni list RS, št. 40/93, 80/94, 28/96 in 26/97) je Državni zbor Republike Slovenije na seji dne 30. maja 2000 sprejel

NACIONALNI PROGRAM ZDRAVSTVENEGA VARSTVA REPUBLIKE SLOVENIJE – ZDRAVJE ZA VSE DO LETA 2004 (NPZV)

1. UVOD

Eden od temeljnih družbenih ciljev Republike Slovenije je ohranjanje, krepitev in povrnitev zdravja prebivalcev.

Zdravje ni zgolj odsotnost bolezni, temveč je čim večje telesno, duševno in socialno blagostanje posameznika oziroma čim večjega števila ljudi, uravnoteženo z okoljem, v katerem živijo in delajo.

Zdravje je tako obsežen pojem, da ni dela politike, ki ne bi vplival na zdravstveno stanje prebivalstva. Zato je zdravje možno zagotoviti le z usklajenim vključevanjem zdravstvenega interesa v politiko. Za zdravstveno stanje prebivalstva je med družbenimi subjekti najbolj odgovorna država. Ta mora skrbeti za uravnotežen osebni, ekonomski in socialni razvoj. Država iz te dolžnosti črpa pristojnosti za temeljne odločitve na vseh področjih. Zdravje je hkrati kazalec in rezultat ekonomskega in socialnega razvoja.

Zdravje ljudi je tako ekonomsko kot tudi humanitarno vprašanje. Veliko število bolnih, invalidnih in prezgodaj umrlih zmanjšuje ustvarjalno in ekonomsko moč naroda in njegovo kakovostno preživetje.

S spreminjanjem in dopolnjevanjem sedanjega sistema zdravstvenega varstva se vključujemo v sodobne usmeritve na področju varovanja zdravja ljudi. Odločamo se za zdravstveno politiko, katere cilj je, da imajo vsi prebivalci Slovenije zagotovljeno zdravo rast, telesni in duševni razvoj ter da ostanejo čim dlje zdravi, polno sposobni prispevati k razvoju družbe. Država pa mora ustvariti take pogoje življenja družin in posameznikov, da bodo za zdravje lahko skrbeli. Ti pogoji so predvsem kreativno in dostojno plačano delo, ki bo posameznika zadovoljevalo ter mu omogočalo kvalitetno življenje nad nivojem revščine, da bo imel dovolj časa in sredstev za telesno in duševno rekreacijo ter za počitek in da bo živel v ljudeh prijaznem okolju, tolerantnem do vseh različnosti v družbi.

Zdravstveno varstvo je le eden izmed sektorjev družbe, ki lahko prispeva k boljšemu zdravju prebivalstva. Sodi med temelje socialne varnosti in politične stabilnosti.

Republika Slovenija mora na temelju zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju omogočiti uresničevanje zdravstvenega varstva in nalog pri pospeševanju in povrnitvi zdravja.

Za načrtovanje in izvajanje zdravstvenega varstva je pristojno ministrstvo za zdravstvo. Država ima pravico in dolžnost, da z zakonom določa zagotovljeni obseg, kakovost in dostopnost zdravstvenega varstva za vse prebivalce in določa prednosti pri uresničevanju zdravstvenega varstva.

Za zdravje ljudi so odgovorni tako posamezniki kot celotna družba. Država in vsi javni sektorji so soodgovorni za oblikovanje, sprejem in izvajanje zdravstvene politike in programov za krepitev zdravja.

Nacionalni program zdravstvenega varstva upošteva strateške usmeritve iz dokumenta Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) "Zdravje za vse do leta 2000", zdravstveno stanje prebivalstva Slovenije, pogoje za politiko krepitev zdravja, zmanjševanje razlik v možnostih za zdravje različnih skupin prebivalcev in krepitev osebne odgovornosti za zdravje, zagotavljanje pravice do življenjskega okolja, ki omogoča najvišjo raven zdravja in blagostanja, dvigovanje kakovosti zdravstvenega varstva in raziskave problematike zdravja.

Nacionalni program zdravstvenega varstva opredeljuje način zagotavljanja teh usmeritev ob upoštevanju celovitega sistema zdravstvenega varstva, gospodarskih in družbenih razmer v Sloveniji in vseh dejavnikov, ki pomembno vplivajo na zdravje prebivalstva. Programi za krepitev zdravja posegajo na mnoga področja zunaj zdravstva.

Na podlagi zdravstvenega stanja prebivalstva, njegovih demografskih značilnosti (predvsem večanja deleža starih nad 60 let), socialno ekonomskih značilnosti (naraščanje števila revnih) in razvoja sodobne medicinske stroke, lahko pričakujemo povečane zahteve po zdravstvenih storitvah in zato povečevanje stroškov za zdravstvene programe. Nujna je tudi zahteva po večji učinkovitosti in uspešnosti izvajalcev. Podlago za to daje smotrna mreža javne zdravstvene službe, v kateri enakopravno sodelujejo javni zdravstveni zavodi in zasebniki koncesionarji. Sredstva za zdravstveno vzgojo, spremljanje zdravstvenega stanja prebivalstva, uresničevanje republiških programov krepitev zdravja, nacionalne programe za razvoj terciarne dejavnosti, socialnomedicinsko, higiensko-epidemiološko in zdravstveno-ekološko dejavnost, preprečevanje nalezljivih bolezni, vključno z okužbo z virusom HIV in boleznimi odvisnosti ter dopolnilna sredstva za delovanje javne zdravstvene službe na primarni ravni na demografsko in socialno ogroženih območjih zagotavlja država iz proračuna, oziroma občine za programe, ki niso zajeti v državnem programu.

Zdravstvene programe in storitve določene z zakonom, zagotavljamo v sistemu obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja.

Tudi v Republiki Sloveniji želimo oblikovati politiko zdravstvenega varstva.

Odgovornost za zdravje oziroma pravica do zdravja je v prvi vrsti odvisna od zavedanja, ravnanja in odgovornosti posameznika za varovanje in ohranjanje lastnega zdravja, država pa mora zagotoviti uresničevanje te odgovornosti z razporeditvijo na vse nosilce razvoja zdravstvene in socialne varnosti. Ta odgovornost države mora biti usklajena z globalnimi usmeritvami razvoja zdravstvenega varstva v državah EU in evropsko listino o socialni varnosti ter upoštevati dejstvo, da je zdravstvena dejavnost tudi ena izmed nosilcev razvoja. Usmeritve, ki jih priporoča SZO, kažejo v smer krepitev zdravja, kar pomeni, da imajo posamezniki in skupnosti večjo možnost in odgovornost vplivati na svoje zdravje. V ta namen bo država z zakonodajo, s programi izobraževanja in drugimi ukrepi podpirala usmeritve k preventivnim zdravstvenim programom za krepitev zdravja in preprečevanja bolezni. Skladno s temi usmeritvami bomo prilagajali tudi način delovanja zdravstvene službe.

Ta dokument nacionalnega programa zdravstvenega varstva vsebuje:

- zdravstveno varstvo prebivalcev Slovenije v primerjavi z nekaterimi državami v Evropi,
- strategijo in razvojne usmeritve zdravstvenega varstva,

- prednostna razvojna področja,
- usmeritve in merila za oblikovanje mreže javne zdravstvene službe,
- spremljanje razvoja zdravstvenega varstva in zdravstvenega stanja in
- odgovornosti za izvajanje nacionalnega programa zdravstvenega varstva.

2. ZDRAVSTVENO VARSTVO PREBIVALSTVA SLOVENIJE IN PRIMERJAVA Z DRUGIMI DRŽAVAMI

V nadaljevanju tega poglavja so predstavljeni najpomembnejši kazalniki in ugotovitve, ki opredeljujejo zdravstveno stanje, zmogljivosti na vseh nivojih zdravstvenega varstva, ekonomske razmere in pogoje financiranja zdravstvenega varstva, mehanizme plačevanja programov ter naložbena dejavnost. Podatki so zajeti iz številnih dostopnih virov in se nanašajo pretežno na leto 1998, predstavljene pa so za leta 1996 oziroma 1997 (razpoložljivost podatkov) primerjave glavnih kazalnikov zdravstvenega stanja in financiranja v primerjavi z EU in s štirimi razvitimi državami Evropske unije: Avstrijo, Nemčijo, Nizozemsko in Veliko Britanijo.¹

2.1. Prebivalstvo

Prebivalstvo Slovenije se bo ob upoštevanju projekcije demografskih gibanj v naslednjih letih rahlo zmanjševalo. Do leta 2020 naj bi se zmanjšalo za približno 5%. K temu bo prispevala nizka rodnost in minimalni selitveni prirast prebivalcev. Ocene temeljijo na projekcijah Statističnega urada Republike Slovenije, da bo rodnost Slovencev znašala 1,3 do leta 2000 in 1,5 do leta 2020, selitvenega prirasta pa praktično ne bo. Pričakovana življenjska doba pri moških v Republiki Sloveniji je 72 let, pri ženskah pa 79,5 let, kar je nekoliko nižje kot v razvitih evropskih državah. Koeficient rodnosti (1,3) v Republiki Sloveniji je dosegel spodnjo raven rodnosti v državah Evropske unije. Spremembe je mogoče pričakovati tudi v starostni strukturi prebivalstva. Srečevali se bomo z upadanjem deleža prebivalstva, starega do 19 let, povečeval pa se bo delež prebivalstva starejšega od 65 let. Iz demografskih projekcij izhaja, da se bo ta trend nadaljeval vse do leta 2015. Do leta 2005 se bo nekoliko krepila starostna skupina prebivalcev od 20 do 64 let, v naslednjih letih pa bo zlagoma upadala. Staranje prebivalstva in podaljševanje življenjske dobe pri Slovencih bo povečalo zahteve za različne oblike zdravstvene nege in pomoči. V socialno ekonomski strukturi prebivalstva lahko pričakujemo po oceni gibanja števila upokojencev in delovno aktivnih prebivalcev rahel porast aktivnega prebivalstva (v starosti 15-64 let) do leta 2003, nato pa se bo začel zmanjševati. Razmerje med upokojenci in delovno aktivnimi prebivalci v obdobju od leta 1995–2005 se bo zmanjšalo na 0,5, v letu 2010 pa se bo pričelo to razmerje povečevati in bo do leta 2020 doseglo raven 0,6.

Prilivi iz šol bodo višji od odlivov aktivnega prebivalstva. V naslednjih letih lahko pričakujemo povečan priliv diplomantov, priliv mladih brez končane poklicne ali srednje izobrazbe pa se zmanjšuje. Sedanja starostna struktura aktivne populacije ne bo zahtevala bistvenega povečanja upokojitev. Zato bo število upokojencev v tem obdobju le počasi naraščalo. Tudi število kmečkih in družinskih upokojencev se predvidoma ne bo povečevalo.

Zaradi spreminjanja strukture gospodarstva lahko pričakujemo tudi strukturni problem neuskladenosti med ponudbo delovne sile in potrebami delodajalcev. Glede na večje potrebe po zaposlitvah, zlasti v storitvenih dejavnostih, se bomo srečevali z zahtevami po prekvalifikacijah in dodatnem izobraževanju. Do leta 2015 lahko

pričakujemo 1% rast zaposlenosti, kar pa je v pretežni meri odvisno od uspešnosti ekonomske politike.

Demografska gibanja in potrebna rast produktivnosti ne bosta omogočali hitrega zmanjševanja brezposelnosti. Stopnja brezposelnosti se bo od 8% v letu 2000 znižala na povprečno 7,5% v obdobju 2001–2003 (metodologija ILO).

Leta 1990 smo prebivalci Slovenije zaostajali po pričakovanem trajanju življenja za EU za 2,4 leta (leta 1985 pa za 3,1 leto). Prebivalci Slovenije v letu 1990 zaostajamo za EU 3,0 leta ob rojstvu za moške (leta 1985 pa za 3,9 let) in 1,8 let za ženske (leta 1985 pa za 2,0 let). Slovenija je edina država v tranziciji, ki je dosegla 6. cilj SZO (do leta 2000 naj bi bilo za evropsko območje pričakovano trajanje življenja ob rojstvu vsaj 75 let). V 90 letih se je nadaljeval trend podaljševanja pričakovanega trajanja življenja ob rojstvu, ki je v letu 1997 že 75,26 let.

2.2. Zdravstveno stanje

V Sloveniji smo dosegli uspeh na področju zmanjševanja umrljivosti dojenčkov, ki je v letu 1996 znašala 4,7 na 1000 živorojenih, v EU pa 5,7.

Maternalna umrljivost se je v Sloveniji v zadnjih 20 letih močno zmanjšala. Po letu 1995 ponovno beležimo porast maternalne umrljivosti, saj je v letu 1997 znašala 11,1 maternalnih smrti na 100.000 živorojenih otrok, kar je več kot beležijo enako razvite evropske države.

Glavni vzroki umrljivosti v Sloveniji so podobni kot v državah EU: na prvih treh mestih so bolezni srca in ožilja, rak in poškodbe.

Bolezni srca in ožilja so vodilni vzrok smrti pri prebivalcih, starih 65 let in več, kot pomemben vzrok smrti pa se pričnejo pojavljati že v starosti 45 let in več. Starostno standardizirana umrljivost zaradi bolezni srca in ožilja počasi upada, je pa še vedno nekoliko višja kot v državah EU.

Stopnja incidence raka se iz leta v leto veča. V primerjavi z letom 1985 je bila stopnja incidence v letu 1995 za dobro tretjino večja (11% večja pri moških kot pri ženskah). Pri moških je najpogostejši rak pljuč, sledijo rak debelega črevesa in danke, rak kože, rak grla, žrela in ustne votline, rak želodca in rak prostate. Pri ženskah je najpogostejši rak dojke, sledijo rak kože, rak debelega črevesa in danke, rak telesa maternice, rak želodca, rak materničnega vratu in rak pljuč.

Še vedno je zaskrbljujoča visoka umrljivost zaradi poškodb in zastrupitev. Smrti zaradi poškodb in zastrupitev se kot vodilni vzrok smrti pojavljajo po 1. letu starosti in predstavljajo vodilni vzrok umrljivosti prebivalstva vse do približno 45. leta starosti.

Čeprav se število smrti zaradi poškodb in zastrupitev rahlo znižuje (bolj izraženo pri moški populaciji) ima Slovenija še vedno eno najvišjih stopenj te umrljivosti v Evropi in za 100% presega povprečje držav EU.

Na podlagi podatkov o vzrokih za obisk v zunajbolnišničnem zdravstvenem varstvu ugotavljamo, da so v Sloveniji bolezni dihal na prvem mestu. Sledijo bolezni gibal in kosti, poškodbe, bolezni živčevja in čutil, itd.

V Sloveniji se povečuje stopnja hospitalizacije zaradi bolezni srca in ožilja in novotvorb, medtem, ko stopnja hospitalizacije zaradi poškodb in zastrupitev v desetletnem obdobju nekoliko niha, vendar kaže trend povečanja.

Najpomembnejši vzrok za odsotnost z dela so bolezni kosti, mišic in vezivnega tkiva, ter poškodbe in zastrupitve.

Tabela 1: Ključni kazalniki zdravja v Republiki Sloveniji v primerjavi z nekaterimi drugimi evropskimi državami (Avstrija, Nemčija, Nizozemska, Velika Britanija) in EU

VB	EU	SI	A	ZRN	NL
Prebivalstvo 1997	1996	1997	1997	1997	1997
Prebivalstvo (v 1.000) 15277	58105	1986	8072	82057	
Pod 15. leti starosti (v %) 19,7	17,3	17,2	17,2	16,0	18,4
Nad 65. leti starosti (v %) 15,2	15,6	13,0	15,3	15,9	12,6
Rojstev na 1.000 prebivalcev 12,5	10,9	9,1	10,4	9,9	12,2
Smrti na 1.000 prebivalcev 10,8	10,0	9,5	9,8	10,5	8,9
Zdravje 1997	1996	1997	1997	1997	1996
Pričakovana življenjska doba 74,8	74,2	71,2	74,4	73,8	74,8
ob rojstvu (moški)					
Pričakovana življenjska doba 79,9	80,8	79,2	80,9	80,0	80,9
ob rojstvu (ženske)					
Pričakovana življenjska doba 15,2	15,5	14,1	15,5	15,0	15,0
pri 65. letih (moški)					
Pričakovana življenjska doba 18,7	19,5	18,0	19,3	18,8	19,7

pri 65. letih (ženske)

Umrljivost dojenčkov na 1.000 5,2 4,7 4,9 5,7
5,9 5,7
živorojenih

Umrljivost

Smrti na 100.000 živorojenih 1997 1997 1997 1996
1997 1996

SSU - vsi vzroki* 865,6 709,7 724,1
703,9 737,0 712,4

SSU - vsi vzroki, moški 1173,6 932,4 951,8
934,4 918,5 906,2

SSU - vsi vzroki, ženske 649,4 552,6 566,1
545,0 603,1 594,3

SSU - vsi vzroki, 0-64 let 309,4 230,1 239,1
213,7 224,1 221,7

SSU - vsi vzroki, 0-64, moški 449,5 315,4 321,7
267,3 277,9 273,4

SSU - vsi vzroki, 0-64, ženske 175,5 146,9 156,3
160,0 170,8 171,9

SSU - vsi vzroki, nad 65 let 5365,6 4589,9 4648,6
4670,5 4886,4 4673,4

SSU - vsi vzroki, nad 65, 7032,2 5924,7 6050,0
6331,8 6101,7 6059,2
moški

SSU - vsi vzroki, nad 65, 4483,5 3835,3 3881,8
3660,2 4100,4 3824,8
ženske

SSU - bolezni krvnih obtočil 338,0 355,7 323,8
253,9 292,1 284,7

SSU - bolezni krvnih obtočil, 431,2 451,6 412,2
341,1 376,0 360,7
moški

SSU - bolezni krvnih obtočil, 272,8 288,5 262,8
190,4 227,1 228,2
ženske

SSU - ishemiija srca 122,5 146,8 142,6
106,0 162,6 114,4

SSU - ishemiija srca, moški 174,6 209,0 201,3
156,2 231,7 164,4

SSU - ishemiija srca, ženske 87,2 103,7 103,2 69,2
109,8 77,7

SSU - cerebrovaskularne 96,6 80,5 70,9 58,3
69,8 74,6
bolezni

SSU - cerebrovaskularne 117,1 91,2 81,5 65,2
74,0 83,8
bolezni, moški

SSU - cerebrovaskularne 82,7 72,9 63,9 52,8
65,9 67,7
bolezni, ženske

SSU - maligne neoplazme 218,6 182,3 189,4
206,4 198,1 193,7

SSU - maligne neoplazme, moški 308,2 241,7 251,7
279,9 243,9 262,9

SSU - maligne neoplazme,	161,8	145,3	150,6	
159,7	168,8	145,8		
ženske				

Umrljivost porodnic na 100.000	11,1	2,4	6,0	13,2
5,4	7,1			
živorojenih otrok				

Umrljivost dojenčkov na 1.000	5,7	4,7	5,4	6,3
6,4	6,3			
živorojenih, moški				

Umrljivost dojenčkov na 1.000	4,7	4,7	4,3	5,1
5,3	5,1			
živorojenih, ženske				

Vir: HFA WHO Data Basis *SSU – standardizirana stopnja umrljivosti.

2.3. Zmogljivosti

Zmogljivosti zdravstvene službe predstavljajo prostori javnih zdravstvenih zavodov in koncesionarjev, medicinska in nemedicinska oprema ter kadrovske zmogljivosti. Ključni kazalniki zmogljivosti in njihove izrabe potrjujejo, da na področjih osnovne zdravstvene dejavnosti, bolnišnične dejavnosti in zdravil na recept Slovenija dosega podobne ravni kot države članice EU (glej tabelo 2). Tabela 2: Ključni kazalniki slovenskega zdravstvenega sistema v primerjavi z nekaterimi drugimi evropskimi državami (Avstrija, Nemčija, Nizozemska, Velika Britanija in državami EU)

VB	EU	Enota	SI	A	ZRN	NL

Zmogljivosti in izraba			1997	1997	1997	
1997	1997	1996				

Zdravnikov na 1.000 preb.		Število	2.24	3.60	3.45	
1.80	1.53	3.46				

Spl. zdravnikov na 1.000		Število	0.7	0.5	0.7	0.8
0.6	1.00					
preb.						

Obiskov na prebivalca	Število	6.4	6.3	13.0	5.9
5.9 7.3					

Zobozdravnikov na 1.000 preb.	Število	0.64	0.48	0.76	
0.52 0.32 0.68					

Farmacevtov na 1.000 preb.	Število	0.34	0.55	0.57	
0.17 0.36 0.78					

Predpisanih zavitkov zdravil na prebivalca	Število	15.60	17.20	11.60	
9.80					

Bolnišničnih postelj na 1.000 preb.	Število	5.8	8.9	9.4	5.5
4.9 7.3					

Bolniških zdravljenj na 1.000 preb.	Število	16.9	24.6	20.8	
10.5 17.1 19.0					

Povpr. trajanje boln. zdravljenja	Dnevi	10.0	10.8	12.5	
14.3 9.0 11.0					

Stopnja zasedenosti	%	80.2	81.3	76.2	
74.7 84.9 77.1A					

Boln. osebja na posteljo	Število	1.7	1.8	1.5	2.1
2.9					

Boln. postelj za akut. primere

na 1.000 preb.	Število	4.8	5.6	6.6	3.6
2.2 4.5					

Gospodarstvo

Delež zaposlenih v % 47.2 45.7 prebivalstva	%	45.2	45.7	41.3
BDP na preb. (nominalni) 23280 21740	USD	9161	25549	25470
BDP na preb. (metoda PPP) 22142 20483 20359B	USD	14000	23077	22049
Stopnja inflacije v % 2.6 1.2 C	%	9.1	2.2	2.0 2.3
Stopnja brezposelnosti v % 7.8 9.3 C	%	7.4	4.3	9.1 6.3
Nominalni tečaj 1.95 0.61 1.05 C	USD	159.69	12.20	1.73
Tečaj USD po metodi PPP 2.05 0.65	USD	104.54	13.50	2.00

PPP = Purchasing Power Parity (metoda kupne moči)

A = podatek velja za leto 1995

B = podatek velja za leto 1997

C = podatek velja za leto 1999

Vir: Urad za statistiko RS, WHO.

Zasebna zdravstvena dejavnost se usklajeno in pod pogoji enakih kadrovskih in storitvenih normativov postopoma uvaja na vseh področjih zdravstvenega varstva, razen na tistih, ki jih izvzema zakon. Zdravstveni delavci izvajajo zasebno zdravstveno dejavnost s koncesijo ali brez nje. Možnost pridobitve koncesije imajo vsi samostojni zdravstveni poklici v mreži javne zdravstvene službe, ob pogojih obstoječega obsega javne zdravstvene mreže.

Skupna količina storitev, ki jih na področju obveznega zdravstvenega zavarovanja vsako leto opravijo zdravniki s koncesijo in zdravstveni zavodi, ne sme presežati finančnih okvirov, ki jih za tisto leto določa dogovor med partnerji in omogoča prispevna stopnja za zdravstvo. To pomeni, da zdravstveni zavodi z odhodom svojih delavcev med zasebnike izgubijo tudi ustrezen obseg dogovorjenega programa dela. V letu 1998 je bilo sklenjenih za izvajanje programov v mreži javne zdravstvene službe 877 pogodb z zasebniki (vključno z lekarnami). Od vseh splošnih zdravnikov in pediatrov je v letu 1998 delalo v zasebni dejavnosti že 173 zdravnikov oziroma 14,1%, od vseh zobozdravnikov je bilo zasebnih že 380 zobozdravnikov ali 37,04%.

Od vseh specialistov pa je bilo v zasebni dejavnosti 163 zdravnikov specialistov ali 12,74%.

Delež zasebnih izvajalcev v finančnih sredstvih za zdravstvene programe pa je znašal v letu 1998 6,95%.

2.3.1. Kadri

Število zaposlenih v zdravstvu je bilo po podatkih Inštituta za varovanje zdravja Republike Slovenije ob koncu leta 1998 34.834 zdravstvenih delavcev in sodelavcev. Število zdravnikov je bilo 4.436, zobozdravnikov 1165 in 556 farmacevtov. Kazalniki zdravstvenih zmogljivosti, izraženi s številom zdravnikov na 1000 prebivalcev kažejo, da imamo v Republiki Sloveniji enega zdravnika na 446 prebivalcev, enega zobozdravnika na 1.700 prebivalcev in enega farmacevta na 3.561 prebivalcev. Število zaposlenih (iz delovnih ur), ki izvajajo zdravstvene storitve in programe in jih ZZS plačuje po sklenjenih pogodbah, je bilo po podatkih za leto 1998 34.520 in se v zadnjih petih letih ni bistveno spreminjalo.

V zdravstvenih zavodih v Republiki Sloveniji se po podatkih zaključnih računov za obdobje 1996 –1998 število fizično zaposlenih nekoliko zmanjšuje, in sicer v povprečju za 2% letno. Podoben trend je v zadnjih letih razviden tudi iz podatkov o gibanju števila zaposlenih iz ur.

Zmanjševanje števila zaposlenih v zdravstvenih zavodih je v pretežni meri posledica povečevanja zasebnega načina izvajanja zdravstvene dejavnosti, kar je v zadnjih treh letih zmanjšalo število zaposlenih v zdravstvenih domovih za približno 600 zaposlenih. V bolnišnicah je rahlo upadanje števila zaposlenih posledica racionalnejših oblik izvajanja posameznih dejavnosti in postopno oddajanje vzdrževalnih in režijskih del zunanjim izvajalcem.

V zavodih za zdravstveno varstvo in Inštitutu za varovanje zdravja Republike Slovenije se je število zaposlenih v zadnjih letih rahlo zvišalo.

Kazalniki o številu farmacevtov v Republiki Sloveniji v primerjavi z državami EU kažejo, da močno zaostajamo, najbolj pa v bolnišničnih lekarnah.

Spremembe v zaposlenosti zdravstvenega sektorja je mogoče pričakovati zaradi sprememb v starostni strukturi posameznih poklicnih skupin in zaradi sprememb v vsebinskih in organizacijskih oblikah izvajanja zdravstvenih dejavnosti.

2.3.1.1. Primarna zdravstvena dejavnost

2.3.1.1.1. Osnovna zdravstvena dejavnost

V osnovni zdravstveni dejavnosti je leta 1999 na enega zdravnika v splošni medicini 1756 prebivalcev, na pediatra 873 otrok, na specialista šolske medicine 1969 šolskih otrok in mladine, na specialista medicine dela 6336 zaposlenih in na ginekologa 7003 žensk, starih več kot 13 let, na zobozdravnika (skupaj z zobozdravniki specialisti) 1911 prebivalcev in v patronažni službi medicinska sestra na 2761 prebivalcev.

Kadri za izvajanje otroškega in mladinskega zdravstvenega varstva so planirani ločeno od kadrov za zdravstveno varstvo odrasle populacije, kadri za izvajanje reproduktivnega zdravstvenega varstva pa so načrtovani ločeno od drugih zdravnikov v osnovni zdravstveni dejavnosti.

Zmogljivosti zdravstvenega doma za študente in železniškega zdravstvenega doma so glede števila in vrste ekip vključene v osnovno zdravstveno dejavnost na podlagi

standardov, ki veljajo za osnovno zdravstveno dejavnost.

Tabela 3: Stanje dogovorjenega števila kadra za osnovno zdravstveno varstvo v letu 1999

	Zaposleni	Preb. na enega
Zdravniki*	1.357,98	1.465
od tega:		
- ZV žensk	124,24	
- ZV otrok 0-6 let	158,46	
- ZV šol otrok in mladine	167,63	
Zobozdravniki	912,00	2.171
Spec. zobozdravniki	124,35	15.923
Medicinske sestre**	3.907,47	509
vsi zaposleni	9.838,08	202

* V številu ni upoštevano dežurstvo; v skupnem seštevku so upoštevani tudi zdravniki na področju zdravstvene vzgoje, v ambulantah za zdravljenje odvisnikov in v razvojnih ambulantah.

** Medicinske sestre in medicinski tehniki (tudi v reševalni službi).
Tabela 4: Stanje nosilcev osnovne zdravstvene dejavnosti po območnih enotah Zavoda za zdravstvenega zavarovanja Slovenije v primerjavi s slovenskim povprečjem

Število nosilcev je povzeto iz pogodb ZZZS za leto 1998/99. Nosilci so preračunani iz ur dogovorjenega obsega dela. Drugi kadri so v pogodbah določeni po standardih sestave ekipe posameznega nosilca in so pri vseh izvajalcih iste dejavnosti enaki. V sestavi ekip je v vseh dejavnostih priznana še 19% upravno-tehničnih delavcev.

	Leta	Število	Število
Prebivalcev Slovensko			
nosilca povprečje	starosti	prebivalcev	nosilcev na

(100)

OE CELJE

Splošne ambulante 1.618 107,40	19 in več	149.547	92,41

Dispanzerji za otroke 986 88,48	0-6	13.810	14,00

Disp. za šolsko mladino 2.572 76,56	7-18	33.436	13,00

Skupaj 1.648 100,47		196.794	119,41

Dispanzerji za ženske 7.540 92,88	ž nad 13	86.029	11,41

Patronaža in nega 2.741 100,72	vsi	196.557	71,70

Fizioterapija 5.049 94,37	vsi	196.794	38,98

Mladinsko zobozdravstvo 1.459 95,03	0-18	47.754	32,73

Zobozdravstvo za odrasle 2.424 96,76	Nad 19	149.040	61,48

Ortodontija 9.539 82,89	3-18	42.257	4,43

Skupaj zobozdravstvo 1.995 95,76		196.794	98,64

Skupaj vsi nosilci 579 98,09		196.794	340,14

Reševalna služba 4.061 87,16	vsi	196.794	48,45

Skupaj	vsi nosilci		135.066	242,16
558	101,75			

Reševalna služba		vsi	135.066	46,66
2.894	122,30			

OE KRANJ

Splošne ambulante		19 in	146.508	88,59
1.654	105,10			
		več		

Dispanzerji za otroke		0-6	14.590	14,36
1.016	85,91			

Disp. za šolsko mladino		7-18	34.299	12,02
2.854	69,00			

Skupaj			195.397	114,97
1.700	97,43			

Dispanzerji za ženske		ž nad 13	85.069	9,93
8.567	81,74			

Patronaža in nega		vsi	195.397	55,18
3.541	77,97			

Fizioterapija		vsi	195.397	29,01
6.736	70,73			

Mladinsko zobozdravstvo		0-18	49.315	30,75
1.604	86,45			

Zobozdravstvo za odrasle		nad 19	146.082	56,22
2.598	90,27			

Ortodontija		3-18	43.639	6,00
7.273	108,71			

Zobozdravstvo za odrasle 2.585	nad 19 90,74	53.693	20,77

Ortodontija 15.260	3-18 51,81	15.260	1,00

Skupaj zobozdravstvo 2.226		70.938	31,87

Skupaj vsi nosilci 645		70.938	109,93

Reševalna služba 3.890	vsi 91,00	70.938	18,24

OE LJUBLJANA			

Splošne ambulante 1.794	19 in več 96,89	448.722	250,14

Dispanzerji za otroke 742	0-6 117,56	41.778	56,27

Disp. za šolsko mladino 1.523	7-18 129,33	96.893	63,64

Skupaj 1.587		587.393	370,05

Dispanzerji za ženske 6.064	ž nad 13 115,48	260.440	42,95

Patronaža in nega 2.806	vsi 98,38	587.393	209,30

Fizioterapija 6.105	vsi 78,03	587.393	96,21

Mladinsko zobozdravstvo 0-18 139.853 117,91
1.186 116,89

Zobozdravstvo za odrasle nad 19 447.540 199,58
2.242 104,61

Ortodontija 3-18 123.756 17,55
7.052 112,12

Skupaj zobozdravstvo 587.393 335,04
1.753 108,97

Skupaj vsi nosilci 587.393 1.053,55
558 101,79

Reševalna služba vsi 587.393 150,97
3.891 90,98

OE MARIBOR

Splošne ambulante 19 in 251.419 139,35
1.804 96,33
več

Dispanzerji za otroke 0-6 21.183 25,64
826 105,65

Disp. za šolsko mladino 7-18 51.269 25,44
2.015 97,70

Skupaj 323.871 190,43
1.701 97,36

Dispanzerji za ženske ž nad 13 144.027 17,50
8.230 85,09

Patronaža in nega 2.185	126,38	vsi	323.871	148,24

Fizioterapija 3.607	132,10	vsi	323.871	89,80

Mladinsko zobozdravstvo 1.302	106,47	0-18	73.200	56,21

Zobozdravstvo za odrasle 2.324	100,95	nad 19 let	250.671	107,88

Ortodontija 7.181	110,10	3-18	64.774	9,02

Skupaj zobozdravstvo 1.871	102,12		323.871	173,11

Skupaj vsi nosilci 523	108,48		323.871	619,08

Reševalna služba 3.316	106,76	vsi	323.871	97,68

OE MURSKA SOBOTA				

Splošne ambulante 1.816	95,73	19 in več	98.946	54,50

Dispanzerji za otroke 938	93,03	0-6	8.585	9,15

Disp. za šolsko mladino 2.136	92,20	7-18	21.142	9,90

Skupaj 1.749	94,65		128.673	73,55

Dispanzerji za ženske ž nad 13 57.043 9,10
6.269 111,71

Patronaža in nega vsi 128.673 46,50
2.767 99,78

Fizioterapija vsi 128.673 24,12
5.335 89,31

Mladinsko zobozdravstvo 0-18 29.677 16,10
1.843 75,22

Zobozdravstvo za odrasle nad 19 98.996 40,00
2.475 94,78

Ortodontija 3-18 26.261 1,60
16.413 48,17

Skupaj zobozdravstvo 128.673 57,70
2.230 85,67

Skupaj vsi nosilci 128.673 210,97
610 93,04

Reševalna služba vsi 128.673 41,86
3.074 115,15

OE NOVA GORICA

Slošne ambulante 19 in 78.701 46,17
1.705 101,97
več

Dispanzerji za otroke 0-6 6.724 5,80
1.159 75,29

Disp. za šolsko mladino	7-18	16.268	7,28
2.235	88,11		

Skupaj		101.693	59,25
1.716	96,47		

Dispanzerji za ženske	ž nad 13	44.881	7,55
5.944	117,80		

Patronaža in nega	vsi	101.693	37,15
2.737	100,87		

Fizioterapija	vsi	101.693	20,48
4.965	95,95		

Mladinsko zobozdravstvo	0-18	23.162	18,42
1.257	110,26		

Zobozdravstvo za odrasle	nad 19	78.531	34,69
2.264	103,62		

Ortodontija	3-18	20.496	2,50
8.198	96,44		

Supaj zobozdravstvo		101.693	55,61
1.829	104,47		

Skupaj vsi nosilci		101.693	180,04
565	100,47		

Reševalna služba	vsi	101.693	28,39
3.581	98,84		

OE NOVO MESTO			

Splošne ambulante	19 in	77.671	46,12
1.684	103,20		
	več		

Dispanzerji za otroke	0-6	8.577	7,55
1.136	76,83		

Disp. za šolsko mladino	7-18	19.006	7,75
2.452	80,29		

Skupaj		105.254	61,42
1.714	96,62		

Dispanzerji za ženske	ž nad 13	44.529	6,32
7.046	99,39		

Patronaža in nega	vsi	105.254	33,43
3.148	87,69		

Fizioterapija	vsi	105.254	23,48
4.483	106,28		

Mladinsko zobozdravstvo	0-18	27.898	16,10
1.733	80,01		

Zobozdravstvo za odrasle	nad 19	77.356	33,50
2.309	101,58		

Ortodontija	3-18	24.687	2,90
8.513	92,88		

Skupaj zobozdravstvo		105.254	52,50
2.005	95,30		

Skupaj vsi nosilci		105.254	177,15
594	95,51		

Reševalna služba	vsi	105.254	27,45
3.834	92,33		

OE RAVNE

Splošne ambulante 1.620	107,27	19 in več	100.683	62,14
Dispanzerji za otroke 913	95,63	0-6	9.867	10,81
Disp. za šolsko mladino 2.157	91,30	7-18	24.371	11,30
Skupaj 1.601	103,39		134.921	84,25
Dispanzerji za ženske 6.303	111,10	ž nad 13	57.357	9,10
Patronaža in nega 3.013	91,64	vsi	134.921	44,78
Fizioterapija 3.023	157,59	vsi	134.921	44,63
Mladinsko zobozdravstvo 1.614	85,91	0-18	34.600	21,44
Zobozdravstvo za odrasle 2.174	107,91	nad 19	100.321	46,15
Ortodontija 8.481	93,22	3-18	30.618	3,61
Skupaj zobozdravstvo 1.895	100,82		134.921	71,20
Skupaj vsi nosilci 531	106,82		134.921	253,96

Reševalna služba 2.985 118,57	vsi	134.921	45,19

SLOVENIJA SKUPAJ			

Splošne ambulante 1.738 100,00	19 in več	1.511.624	869,71

Dispanzerji za otroke 873 100,00	0-6	138.307	158,46

Disp. za šolsko mladino 1.969 100,00	7-18	330.069	167,63

Skupaj 1.656 100,00		1.980.000	1.195,80

Dispanzerji za ženske 7.003 100,00	ž nad 13	870.009	124,24

Patronaža in nega 2.761 100,00	vsi	1.979.763	717,03

Fizioterapija 4.764 100,00	vsi	1.980.000	415,60

Mladinsko zobozdravstvo 1.386 100,00	0-18	472.563	340,84

Zobozdravstvo za odrasle 2.346 100,00	nad 19	1.507.437	642,64

Ortodontija 7.906 100,00	3-18	418.171	52,89

Skupaj zobozdravstvo 1.911 100,00		1.980.000	1.036,37

Skupaj	vsi nosilci	1.980.000	3.489,04
567	100,00		

Reševalna služba	vsi	1.980.000	559,34
3.540	100,00		

Opomba:

- pri patronažni negi ter fizioterapiji so nosilci višje medicinske sestre in višji fizioterapevti
- pri mladinskem zobozdravstvu so vključeni tudi pedontologi
- pri zobozdravstvu za odrasle so vključeni tudi specialisti protetiki, oralni kirurgi in specialisti za ustne bolezni
- pri reševalni službi so upoštevani le šoferji in spremljevalci
- pri fizioterapiji so prišteti tudi fizioterapevti, ki delajo ambulantno v bolnišnicah in zdraviliščih po strukturi koriščenja prebivalcev posameznih OE.

2.3.1.1.2. Lekarniška dejavnost

Lekarniško dejavnost kot javno službo za preskrbo prebivalstva z zdravili opravljajo javne lekarne.

Lekarniško službo izvajajo lekarniški zavodi in zasebni lekarnarji. Konec leta 1998 je bilo v Sloveniji 220 javnih lekarn in lekarniških podružnic, od tega 53 zasebnih lekarn in 3 zasebne podružnice. Lekarna je v poprečju oskrbovala 8973 prebivalcev.

Lekarne opravljajo poleg javne službe tudi del preskrbe z medicinskimi pripomočki, sredstvi za nego in za varovanje zdravja ter veterinarskimi zdravili. V javni lekarniški dejavnosti v Republiki Sloveniji je bilo ob koncu leta 1998 1470 zaposlenih, od tega 584 farmacevtov, 28 inženirjev farmacije in 389 farmacevtskih tehnikov. Od skupnega števila zaposlenih v lekarniški dejavnosti je 1155 financiranih iz javnih sredstev, od tega 575 farmacevtov in 404 farmacevtskih tehnikov, kar se predvidoma ne bo spreminjalo.

2.3.1.2. Sekundarna in terciarna zdravstvena dejavnost

Sekundarna raven zdravstvene dejavnosti podpira primarno in obsega specialistične ambulante ter bolnišnice.

Izvajalci terciarne zdravstvene dejavnosti izvajajo kot nacionalne referenčne ustanove zahtevnejše zdravstvene obravnave, raziskovalno, izobraževalno in drugo strokovno delo za določeno medicinsko stroko.

2.3.1.2.1. Specialistična ambulantna dejavnost

Specialistična ambulantna in bolnišnična dejavnost sta funkcionalno povezani v celoto, saj se med seboj dopolnjujeta.

Specialistična ambulantna dejavnost se izvaja v bolnišnicah, zasebnih specialističnih ambulantah s koncesijo, zdravstvenih domovih in v naravnih zdraviliščih.

Mreža ambulantno specialistične dejavnosti v Republiki Sloveniji je razvidna iz tabele

5.

Zdravniki specialisti so navedeni posebej zaradi ugotavljanja izpolnitve standardov v specialističnih ambulantah v bolnišnici in v zdravstvenih domovih ter pri dodeljevanju koncesije zasebnim specialistom in naravnim zdraviliščem.

Število specialistov zajema tudi tiste, ki opravljajo storitve funkcionalne diagnostike, storitve v urgentnih ambulantah in pri nujnih sprejemih.

Geografska območja se večinoma pokrivajo z Območnimi enotami Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Odstopanja za 10% nad ali pod povprečjem (standardom) se izračunava le v seštevku vseh specialističnih ambulantnih dejavnosti, ki se opravljajo na določenem območju. V nobenem območju preskrbljenost ne sme presegati zgornje meje (2.114 prebivalcev na specialista) in ne sme biti pod spodnjo mejo preskrbljenosti (2.584 prebivalcev na specialista).

Tabela 5: Stanje preskrbljenosti z nosilci v specialistični ambulantni dejavnosti v letu 1999 (število prebivalcev na enega nosilca dejavnosti)

Specialnost Zdravnikov	Največ	Stanje 1999	Najmanj	
Internistika	9.721	8.749	7.954	226,31
Infektologija	289.801	260.820	237.110	7,59
Kirurgija	14.920	13.428	12.208	147,45
Okulistika	35.547	31.992	29.084	61,89
ORL	48.458	43.612	39.648	45,40
Ortopedija	87.163	78.447	71.315	25,24
Pedriatrija	86.478	77.830	70.755	25,44
Ginekologija	52.720	47.448	43.134	41,73
Dermatologija	76.469	68.822	62.565	28,77
Nevrologija	103.578	93.220	84.746	21,24
Onkologija	125.757	113.181	102.892	17,49

Rehabilitacija	101.010	90.909	82.645	21,78
Radiologija	22.244	20.020	18.200	98,90
Psihijatrija	25.620	23.058	20.962	85,87
Skupaj	2.573	2.315,51	2.105	855,10

Opomba: Nevrologija brez EMG, EEG.
Radiologija zajema RTG, NMR, CT in UZ.

2.3.1.2.2. Bolnišnična zdravstvena dejavnost

Bolnišnična zdravstvena dejavnost obsega diagnostiko, zdravljenje, medicinsko rehabilitacijo, bolnišnično lekarniško službo, zdravstveno nego, nastanitev in prehrano v splošnih in specialnih bolnišnicah. Nivo strokovnega dela v posamezni bolnišnici mora biti skladen s kategorizacijo bolnišnice in zahtevami po kakovosti opravljenega dela.

Organiziranje bolnišničnega oddelka za določene specialnosti je dopustno, kadar gravitacijsko območje bolnišnice potrebuje vsaj 15 postelj za to specialnost. Pri tem vzpodbujamo, da se sorodni oddelki organizacijsko povezujejo v večje enote.

Gravitacijsko območje se določa s splošnim in področnim dogovorom.

Organiziranost bolnišnice na posamezne specialistične oddelke ne sme omejevati timske obravnave bolnika in njegove obravnave na enem samem mestu.

Bolnišnična lekarniška služba se organizira v bolnišnicah za oskrbo z zdravili in medicinskimi pripomočki, ki se uporabljajo za zdravljenje in nego hospitaliziranih oseb.

V bolnišnicah je v letu 1998 delovalo 25 bolnišničnih lekarn, v katerih je bilo zaposlenih 52 farmacevtov (od tega 20 specialistov), 12 inženirjev farmacije in 93 farmacevtskih tehnikov.

Za normalno zasedenost postelj se šteje 85%, razen v intenzivnih enotah, kjer je 70%, na infektoloških in pediatričnih oddelkih 80% in na psihiatričnih oddelkih 90%. Realizacija v letu 1998 pa je pokazala, da je prišlo do skrajšanja ležalnih dob tako, da je bil ves program opravljen z 3,187.470 dnevi, kar pomeni ob normalni zasedenosti postelj 10.364 postelj ali 5,21 na 1000 prebivalcev.

Delitev programov med posamezne bolnišnice, oziroma njihove oddelke je vsako leto opravljena na osnovi realizacije preteklega leta in določena s področnim dogovorom za bolnišnice, ob upoštevanju možne stopnje hospitalizacije, priliva pacientov od drugod in odhajanja pacientov v druge bolnišnice.

Tabela 6: Bolnišnično oskrbni dnevi, potrebne postelje in število bolniških postelj na 1000 prebivalcev v letu 1998

Bolnišnično	Potrebne	Število
-------------	----------	---------

	oskrbni dnevi	bolniške postelje	bolniških postelj na 1000 prebival.
Internistika 1	847.182	2.796	1,41
Kirurgija 2	829.256	2.673	1,34
Pediatrija	216.346	741	0,37
Ginekologija	375.478	1.210	0,61
Okulistika	59.141	191	0,10
ORL	82.828	267	0,13
Dermatologija	57.790	186	0,09
Onkologija 3	99.601	321	0,16
Rehabilitacija 4	59.074	190	0,10
Psihiatrija	520.685	1.678	0,84
Inv. mladina	40.089	110	0,06
Skupaj	3.187.470	10.364	5,21

1. internistika zajema internistiki v ožjem smislu, nevrologijo, infektologijo in pulmologijo,
2. kirurgija zajema kirurgijo v ožjem smislu, ortopedijo, urologijo in maksilofacialno kirurgijo,
3. samo Onkološki institut,
4. samo Institut za rehabilitacijo,
5. Zavod Šentvid pri Stični in Stara gora.

Po kadrovskih standardih v letu 1998 je za bolnišnično zdravljenje potrebno 14.349 zdravstvenih delavcev in sodelavcev, preračunano iz delovnih ur. Od tega števila je 1.533 zdravnikov specialistov. Na vsakega zdravnika pride 209 zdravljenih bolnikov v bolnišnici in na vsakega farmacevta 2.100 zdravljenih bolnikov.

Minimalni standardi preskrbljenosti z zaposlenimi v bolnišnični zdravstveni dejavnosti so za 5% nižji od dogovorjenega stanja za posamezno kategorijo bolnišnice, oziroma oddelka. Pod temi minimalnimi standardi bolnišnica ne sme poslovati.

V kadrovskih standardih so zajeti tudi delavci, ki jih sicer, zaradi racionalnosti, bolnišnica sama nima, temveč sklene z drugimi izvajalci pogodbe za opravljanje določenih opravil.

Tabela 7: Stanje zaposlenosti glede na planirane zasedene postelje po posameznih dejavnostih v letu 1998***

št.

št. vseh

št. vseh

	zdravnikov na zasedeno posteljo	delavcev na zasedeno posteljo	zdravnikov
Skupaj	0,18	1,65	1,532,72
Kirurgija	0,21	2,05	477,58
Internistika	0,17	1,67	418,37
Pedriatrija	0,24	1,73	113,90
ORL	0,17	1,53	40,07
Okulistika	0,24	1,46	37,75
Psihiatrija	0,08	0,85	113,17
Ginekologija	0,21	1,99	216,10
Dermatologija	0,14	1,34	21,76
Onkologija	0,24	1,71	65,01
Rehabilitacija	0,16	1,54	29,02

*** Številke predstavljajo povprečje vseh kategorij bolnišnic, vključno s terciarno dejavnostjo. Število delavcev in zdravnikov v posamezni kategoriji in posamezni dejavnosti določijo partnerji v vsakoletnem Področnem dogovoru za bolnišnice. Skupno število pa ne more preseči dogovorjenega stanja v letu 1999. S krajšanjem ležalnih dob se bo število zdravnikov in ostalega kadra na zasedeno posteljo vzporedno večalo.

2.3.1.2.3. Dejavnost varovanja zdravja prebivalstva

Socialnomedicinska, higienska, epidemiološka in zdravstvenoekološka dejavnost je organizirana v okviru zavodov za zdravstveno varstvo in Inštituta za varovanje zdravja Republike Slovenije. Dejavnost je urejena tako, da omogoča spremljanje in poznavanje zdravstvenega stanja prebivalstva in zdravstvenega varstva, izvajanje zdravstvenoekološke dejavnosti in epidemiologije nalezljivih bolezni, predvsem pa nadzor nad izvajanjem zdravstvenovzgojnih in preventivnih programov. Zavodi za zdravstveno varstvo delujejo na vseh zdravstvenih območjih.

Tabela 8: Število zaposlenih na IVZ in v ZZV v letu 1998

1998		
	Zaposlenih	Preb. na enega
Območni ZZV	772	2580

Inštitut za varovanje zdravja	240	8300

Skupaj	1012	1970

Od tega je 298 zaposlenih financiranih iz proračuna po pogodbi z Ministrstvom za zdravstvo.

2.3.1.2.4. Zdraviliška zdravstvena dejavnost

Zdraviliška zdravstvena dejavnost obsega preventivno zdravstveno varstvo ter specialistično ambulantno in bolnišnično rehabilitacijo, ki jo izvajajo naravna zdravilišča. V Sloveniji imamo 15 naravnih zdravilišč za odrasle in 2 zdravilišči za otroke. Obseg programov se določa letno s splošnim in področnim dogovorom za zdravilišča.

2.3.1.2.5. Zdravstvena dejavnost v socialnovarstvenih zavodih in zavodih za usposabljanje

Zmogljivosti socialnovarstvenih zavodov ureja socialnovarstveni program Republike Slovenije. Zavodi izvajajo in organizirajo v okviru osnovne zdravstvene dejavnosti splošno medicinsko dejavnost, rehabilitacijo in zdravstveno nego ter specialistično ambulantno dejavnost v skladu z naravo dejavnosti zavoda. Kadrovske normativi, kvalifikacijska struktura in posamezni profili se določajo z vsakoletnim področnim dogovorom za socialno varstveno dejavnost. To velja tudi za kadrovske standarde v varstvenih delovnih centrih in v zavodih za usposabljanje. Vse morebitne specifičnosti se upoštevajo v vsakoletnem področnem dogovoru.

2.4. Zdravstveno zavarovanje

Zdravstveno zavarovanje je sestavni del celovitega sistema zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji. Sestoji iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki vključuje po zakonu vse prebivalce Slovenije ter prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja za doplačila, nad z zakonom določenim odstotkom od vrednosti zdravstvenih storitev. Osnovni model obveznega zdravstvenega zavarovanja smo nadgradili s prostovoljnim in na ta način vzpostavili določeno smiselno delitev pokrivanja stroškov za zdravstvo z javnimi in zasebnimi viri ter omogočili obvladovanje naraščajočih stroškov za zdravstvene storitve.

V Republiki Sloveniji zagotavlja obvezno zdravstveno zavarovanje obsežen obseg pravic do zdravstvenih storitev in denarnih nadomestil, ki je primerljiv z državami EU. To se nanaša tako na pravice do zdravstvenih storitev, ki jih izvaja javna zdravstvena mreža, kot na denarna nadomestila (nadomestila plače med odsotnostjo z dela, povračila potnih stroškov, posmrtnine in pogrebne).

Struktura in število zavarovanih oseb se v Republiki Sloveniji od leta 1992 spreminja; število zavarovanih oseb se zaradi različnih vzrokov zmanjšuje.

V strukturi zavarovanih oseb v Republiki Sloveniji se zmanjšuje delež zaposlenih in kmetov. Povečuje se delež zavarovancev, ki plačujejo prispevke iz prihodkov, pridobljenih iz drugih skladov (osebe, za katere plačuje prispevke občina, upokojenci, itd.).

Z vidika porazdelitve bremen med različnimi skupinami zavarovancev je mogoče ugotoviti, da obremenitve populacijskih skupin pri plačevanju prispevkov niso enakomerne. Nekatere kategorije zavezancev za plačilo zdravstvenih prispevkov ne prispevajo v skladu s svojimi materialnimi možnostmi, kot na primer samostojni podjetniki in obrtniki. Razmerje med prispevki posameznih kategorij zavezancev in višino odhodkov za zdravstvene storitve teh kategorij kaže na sorazmerno manjšo obremenjenost kmetov in upokojenцев.

Obvezno zdravstveno zavarovanje se financira preko prispevne stopnje za zdravstvo. Programi obveznega zdravstvenega zavarovanja so opredeljeni po vsebini in količini. Prostovoljno zdravstveno zavarovanje, ki dopolnjuje osnovni model obveznega zdravstvenega zavarovanja, zagotavlja pomemben dopolnilni vir sredstev za zdravstvene storitve. V obdobju po uveljavitvi zdravstvenega zavarovanja se je ta dopolnilni vir za financiranje programov zdravstvenih storitev pomembno povečeval in je znašal leta 1998 13%. Naraščanje deleža zasebnih sredstev v celotnih sredstvih za zdravstvo lahko štejemo med glavne dosežke reforme sistema zdravstva, saj pomeni uvajanje novega finančnega vira tudi uresničevanje pravic v nezmanjšanem obsegu in praktično enak nivo kakovosti in standardov.

2.5. Ekonomske razmere in finančni pogoji zdravstvenega varstva

Sistem zdravstvenega varstva opredelujeta predvsem ekonomska moč države, oblike delovanja in njegova organiziranost. Glavni parametri so število in struktura prebivalstva, zaposlenost in višina sredstev za zdravstvo.

V Republiki Sloveniji v obdobju od leta 1993 bruto domači proizvod (BDP) narašča; v letu 1995 je znašal 2.202 milijard tolarjev, v letu 1996 2.552 milijard tolarjev, v letu 1997 2.907 milijard tolarjev, za leto 1998 pa je ocenjen v višini 3.279 milijard tolarjev (vrednosti so izražene v tekočih cenah).

Republika Slovenija je imela v obdobju 1995-1998 uravnoreženo gospodarsko rast.

Po mednarodno primerljivih kazalnikih razvitosti Republika Slovenija zmanjšuje zaostanek za razvitimi. V letu 1997 je dosegla 68% povprečnega bruto domačega proizvoda na prebivalca po kupni moči v EU; S 13.000 ECU (14.000 USD) bruto domačega proizvoda na prebivalca po kupni moči v letu 1997 (Eurostat, 1998) je Slovenija najbolj razvita med kandidatkami za vstop v EU. Ob uporabi kazalnika človekovega razvoja, ki indikatorje gospodarske razvitosti dopolnjuje z indikatorji zdravja in izobrazbe prebivalstva, se je po mednarodnih primerjavah Slovenija v letu 1995 uvrstila na 26. mesto med 175 državami, oziroma tudi pred nekatere države, ki so pred Republiko Slovenijo po gospodarski razvitosti.

Delež BDP za zdravstvo, upoštevaje javne izdatke za zdravstvo in sredstva prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja je bil v obdobju od leta 1995 do vključno leta 1998 relativno stabilen in je znašal v letu 1995 7,72 BDP, v letu 1998 pa 7,74 BDP. V okviru celotnih izdatkov za zdravstvo je prisoten trend zmanjševanja deleža BDP iz javnih sredstev, saj se je zmanjšal od 6,71 v letu 1995 na 6,59 v letu 1998. Istočasno se je povečal delež zasebnih sredstev za zdravstvo v BDP, izraženo v višini in deležu sredstev BDP za zdravstvo.

2.5.1. Financiranje zdravstvenega varstva

Na področju zdravstvenega varstva zagotavljamo v Republiki Sloveniji vse od leta 1992, po spremenjeni zdravstveni zakonodaji, in postopni reformi zdravstvenega varstva sorazmerno stabilno in uravnoreženo financiranje. Delež BDP za zdravstvo iz

javnih virov je znašal za leto 1998 6,60%; delež zasebnih sredstev, oziroma sredstev prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja pa je znašal 0,90% BDP. Ocenjen delež BDP iz obeh virov za leto 1998 je 7,9% BDP in ostaja nespremenjen glede na leto 1997.

V zadnjih petih letih je bil delež javnih izdatkov za zdravstvo uravnotežen in ni presegel 7% BDP. Zasebni del sredstev, upošteva sredstva prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja od leta 1992 narašča in je predstavljal za leto 1998 že 13% celotnih izdatkov za zdravstvo. Če bi poleg navedenih virov sredstev upoštevali tudi celotna zasebna sredstva, ki jih zavarovane osebe plačujejo za različna plačila v zdravstvene namene (osebni nakupi zdravil, samoplačniške storitve, prostovoljno zavarovanje pri Adriaticu in drugi izdatki povezani z zdravstvenimi potrebami), bi celoten delež zasebnih sredstev za zdravstvo v Republiki Sloveniji že presegel 20% in bi bil primerljiv z državami EU.

Obseg zasebnih sredstev za zdravstvo narašča ne le zaradi prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, ampak predvsem zaradi vse večjega obsega samoplačniških specialističnih in bolnišničnih zdravstvenih storitev in zaradi dolgih čakalnih dob v obveznem zdravstvenem zavarovanju. Čakalne dobe so se podaljšale v času nedodelanih pravil širjenja zasebnega dela v zdravstvu.

Prispevna stopnja za obvezno zdravstveno zavarovanje je od leta 1996 praktično nespremenjena in znaša 13,25%.

V Republiki Sloveniji namenjamo za zdravstvo, upošteva podatke za leto 1998, 770 USD na prebivalca. Ob upoštevanju preračuna na primerljivo kupno moč po PPP metodi namenjamo za zdravstvo v Republiki Sloveniji 1170 USD na prebivalca, od tega 1036 USD iz javnih sredstev in 141 USD iz zasebnih virov. Pri tem pa je potrebno opozoriti, da PPP metoda za primerjavo ni primerna glede na stroškovno strukturo izdatkov za zdravstvo; skoraj 50% izdatkov v zdravstvu predstavljajo materialni stroški, ki so v pretežni meri vezani na uvoz, s tem pa na cene materialov in izdelkov na tujih trgih. Povprečje 15 izbranih držav EU znaša 1067 USD na prebivalca. Za ustrezno primerjavo podatkov o porabi sredstev v naši državi z drugimi državami bi bila potrebna standardizirana mednarodna metodologija; razpoložljivi podatki pa kažejo, da je ocenjena poraba sredstev za zdravstvo v Republiki Sloveniji pod evropskim povprečjem, saj so sredstva za zdravstveno varstvo upošteva te primerjave na spodnji meji držav EU.

Višina finančnih sredstev za zdravstveno varstvo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja je znašala 216 mlrd tolarjev, iz proračunskih virov države pa smo namenili 5,7 mlrd tolarjev. Iz premij za prostovoljno zdravstveno zavarovanje je bilo za leto 1998 zbranih 29,5 mlrd tolarjev. Skupna sredstva iz vseh navedenih virov za zdravstveno varstvo so za leto 1998 znašala 251,4 mlrd tolarjev.

Z obvladovanjem zdravstvenih izdatkov so bile v preteklih letih dosledno upošteva globalne letne omejitve na državni ravni. S partnerskim dogovarjanjem o vsebini, obsegu programov in osnovah za financiranje med izvajalci, ZZZS, zbornicama ter ministrstvom je bilo zagotovljeno relativno stabilno financiranje. Kljub stalnemu obvladovanju izdatkov za zdravstveno varstvo je bilo zagotovljeno ohranjanje dosežene ravni zdravstvene varnosti prebivalstva. Financiranje zdravstvenih programov in izvajalcev je potekalo tekoče.

Tabela 9: Ključni kazalniki slovenskega zdravstvenega sistema v primerjavi z nekaterimi drugimi evropskimi državami

VB	Enota	SI	A	ZRN	NL

Celotna poraba za zdravstvo 1996	1997	1996	1997	1997	

Celotna poraba za zdravstvo 8,1	% BDP	7,9	8,3	10,8	9,1

Javno zdravje 0,5	% BDP	0,1	0,2	0,3	1,0

Osnovna dejavnost* 1,3	% BDP	1,5	1,6	2,0	1,1

Specialist. dejavnost, vklj. 3,8 bolnišnična	% BDP	3,7	4,4	4,4	3,7

Nega 0,9	% BDP	0,3	0,8	1,1	1,5

Zdravila 1,0	% BDP	1,5	0,8	1,4	1,0

Tehnični pripomočki 0,3	% BDP	0,5	0,2	0,6	0,3

Administracija/raziskave 0,3	% BDP	0,2	0,3	1,0	0,4

Poraba sredstev obveznega 1996 zdravstvenega zavarovanja	1997	1996	1997	1997	

Zdravstveni programi + 5,7 administracija	% BDP	5,9		6,3	

Javno zdravje 0,5	% BDP	0,0	0,1

Osnovna dejavnost* 0,7	% BDP	1,2	1,2

Specialist. dejavnost, vklj. 3,6 bolnišnična	% BDP	3,1	3,1

Nega 0,1	% BDP	0,3	0,1

Zdravila 0,6	% BDP	0,9	0,9

Tehnični pripomočki 0,0	% BDP	0,2	0,6

Administracija/raziskave 0,2	% BDP	0,2	0,3

* Vključno z zobozdravstveno dejavnostjo.
Vir: BASYS, lastni izračuni.

2.5.2. Mehanizmi plačevanja programov in zdravstvenih storitev

Mehanizmi financiranja zdravstvenih programov in storitev so pomembna sestavina zdravstvenega varstva, ki v veliki meri vpliva na njegovo učinkovitost. Obračunski modeli lahko spodbujajo racionalno gospodarjenje s sredstvi pri uresničevanju zdravstvenih programov.

V Republiki Sloveniji smo po uveljavitvi nove zdravstvene zakonodaje in zdravstvenega zavarovanja postopoma spreminjali predhodno uveljavljen storitveni sistem. Spremembe so bile izvedene z uvedbo glavarine in količnikov, povprečnih bolniško oskrbnih dni, pavšalnimi plačilom nekaterih storitev in podobno. Programi zdravstvene vzgoje se načrtujejo in financirajo z letno planirano vrednostjo. Uporaba storitvenega sistema ostaja v veljavi za svetovanje in izdajo zdravil v lekarnah, kar predstavlja dobro ureditev, hkrati pa posebnost načina plačevanja lekarniške dejavnosti glede na ureditev v evropskih državah.

Na sekundarni in terciarni ravni je pri načrtovanju obsega programa bolnišnic uvedeno plačevanje po številu bolnikov, pri čemer je ob standardizirani povprečni ležalni dobi vzpostavljen sistem, ki zagotavlja bolj učinkovito plačevanje bolnišničnih kapacitet. S spremembami v sistemu financiranja bolnišnic je že zagotovljeno, da "denar sledi bolniku". Skrajševanje ležalnih dob in večje število obravnavanih

primerov bo možno, poleg večjega obsega zdravljenja na način "dnevne bolnišnice", tudi z boljšo organizacijo in izvedbo diagnostičnih postopkov na ambulantni način ter z učinkovitejšo izrabo moderne diagnostične tehnologije.

Ob zagotavljanju pogojev kakovosti bo nujno potrebno dodatno opredeliti nivoje strokovnega dela v posamezni kategoriji bolnišnic in temu prilagoditi tudi program financiranja.

2.5.3. Investicije v zdravstvenem varstvu

Z investicijami v zdravstveni mreži se oblikujejo pogoji za delovanje, spremembe in razvoj zdravstvenih dejavnosti in programov na državni ravni. Zdravstveni izvajalci načrtujejo za naslednja obdobja dokaj intenzivna investicijska vlaganja v opremo, prostore in za investicijsko vzdrževanje.

Ob upoštevanju obstoječe zdravstvene mreže na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti in načrtovana vlaganja na posameznih ravneh lahko ugotovimo, da imamo v Republiki Sloveniji na primarni zdravstveni ravni sorazmerno dobro zdravstveno mrežo. Zdravstveni domovi ne načrtujejo večjih vlaganj v novogradnje, temveč predvsem investicijske posege v obnovo obstoječih objektov, in v posodobitev medicinske in druge opreme. Pretežni del investicij v zdravstvu za naslednje obdobje (nad 80%) je planiran v bolnišnicah in drugih zdravstvenih zavodih na sekundarni in terciarni ravni, katerih ustanovitelj je Republika Slovenija. Po vsebini investicijskih programov je pretežni del načrtovanih sredstev namenjen dokončanju in nadaljevanju obstoječih začelih investicij, v preostalem delu pa gre za adaptacije, modernizacije ter dograditve obstoječih zmogljivosti. Bolnišnice načrtujejo občutna investicijska vlaganja za nadomestitve v iztrošene ali nabavi nove medicinske opreme, ki se v pretežni meri financira iz lastnih amortizacijskih sredstev zavodov, iz sredstev donacij ter v posameznih primerih v sklopu investicijskih vlaganj po letnih programih investicij, ki jih skladno z zakonom o investicijah določa Vlada Republike Slovenije. Vse te investicije morajo biti skladne z zahtevami stroke in temeljiti na zahtevanem in priznanem nivoju oziroma programu dela.

Srednjeročni program investicij v javne zdravstvene zavode za obdobje 1994–1999 skladno z zakonom o investicijah v javne zdravstvene zavode, katerih ustanovitelj je Republika Slovenija, je omogočil usklajeno politiko investiranja v zdravstvu v odnosu na razpoložljiva proračunska sredstva v ta namen in po zakonu zbrana sredstva iz drugih virov. Zaradi prenizko ocenjenega programa investicij za to obdobje, precejšnjega porasta investicijskih stroškov spričo ostrejših predpisov in zahtev, podaljšanje rokov za dokončanje večjih investicij ter podražitev investicij, se je pokazala potreba po spremembah in dopolnitvah obstoječega zakona o investicijah v zdravstvu. Po obstoječem zakonu bo do konca leta 1999 realiziranih predvidoma 13,4 mlrd tolarjev (od tega ca. 30% iz drugih virov).

3. STRATEGIJA IN RAZVOJNE USMERITVE ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

Osnovna strategija zdravstvene politike v nadaljnjem razvoju zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja je dvig kakovosti zdravja prebivalstva Slovenije in prilagajanje ter izboljševanje delovanja sistema v skladu s finančnimi možnostmi. Zdravstveno varstvo naj zagotavlja ustrezno zdravstveno varnost državljanov Republike Slovenije ob izvajanju razvojnih usmeritev in predlogov ukrepov za izpeljavo potrebnih nadaljnjih organizacijskih, kadrovskih in ekonomskih sprememb na vseh področjih varovanja in ohranjanja zdravja.

Cilj tega dokumenta je celovito usmerjanje nadaljnjega razvoja zdravstvenega varstva države za predlagano obdobje v katerem je potrebno ob uresničevanju strategij Svetovne zdravstvene organizacije, še posebej pa načel Ljubljanske listine, sprejete v Ljubljani junija 1996, dograditi obstoječo zdravstveno zakonodajo in v sklopu pridruževanja Slovenije Evropski uniji prevzeti pravne okvire in se vključiti v programe na področju zdravstva.

3.1. Zdravstveno zavarovanje

3.1.1. Obvezno zdravstveno zavarovanje

Ohranili, in z dopolnitvami z zakonodaji, bomo razvijali ureditev obveznega zdravstvenega zavarovanja, uvedenega leta 1992. Obvezno zdravstveno zavarovanje je avtonomno področje, ki ga bodo skladno z zakonskimi opredelitvami opravljali predstavniki delojemalcev in njihovih interesnih skupin ter delodajalcev. Ohranjena bo njegova vloga zagotavljanja zdravstvene in socialne varnosti vsemu slovenskemu prebivalstvu s kritjem stroškov za zdravstvene storitve in druge pravice v skladu z zakonom. Izvajali ga bomo v skladu z načeli solidarnosti med zavarovanimi osebami, enakopravnosti (pravičnosti) v obravnavi in pravicah do zdravstvenih storitev, skrbi za zagotavljanje kvalitete in za spoštovanje ter varstvo pravic zavarovanih oseb in postopnim izenačevanjem dostopnosti storitev na območju Republike Slovenije.

Vlada bo pred vložitvijo predlogov za širjenje ali ožjenje pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja pridobila soglasje socialnih partnerjev v okviru ekonomsko-socialnega sveta.

Solidarnostna raven bo izhajala iz prioritete javnega zdravstvenega interesa. Določiti je potrebno z najširšim družbenim konsenzom vsako širitev in zožitev pravic, ker je tesno povezano z razpoložljivimi finančnimi sredstvi. Spodbujali bomo enakomernejšo obremenitev populacijskih skupin ob upoštevanju načela solidarnosti in dohodkovnih zmožnosti zavezancev za prispevek.

Odločanje o programih zdravstvenih storitev in merilih za njihovo vrednotenje se bo odvijalo v postopkih pogajanj med partnerji, ki ga bo skladno s prakso držav EU potrebno dograditi. Z dopolnitvijo zakonodaje bodo tudi cene zdravil in medicinskih ter tehničnih pripomočkov postale predmet pogajanj med predstavniki plačnika (obvezno zavarovanje, izvajalci) ter proizvajalci in drugimi dobavitelji zdravil.

3.1.2. Prostovoljno zdravstveno zavarovanje

Sledili bomo strategiji razvoja takšnega sistema prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, ki bo z zdravo konkurenčnostjo spodbujal kvaliteto zavarovalne ponudbe in reguliral cene zavarovanj.

Za doplačila do polne cene zdravstvenih storitev, ki štejejo v obvezno zavarovanje bo preoblikovano v dolgoročno zavarovanje, ki bo zagotavljalo zavarovancem zdravstveno in socialno varnost tudi v starejših letih življenja. Vzajemnost in medgeneracijski odnos med zavarovanci bomo omogočili dostopnost tega zavarovanja predvsem starejšim osebami, pri katerih so potrebe po zdravstvenih storitvah in s tem tveganja višja.

Poseben poudarek bo dan tudi razvoju drugih zdravstvenih zavarovanj, predvsem za stroške in storitve, ki niso vključene v obvezno zdravstveno zavarovanje ali pa bodo na zahtevo zavarovancev opravljene v višjem in drugačnem standardu, kot ga

zagotavlja obvezno zavarovanje. Sem sodijo tudi storitve, ki so sicer v programu obveznega zdravstvenega zavarovanja, vendar je njihova dostopnost težja, zdravljenja v tujini in nekatere druge storitve. Z dopolnitvijo zakonodaje bodo dane možnosti v okviru prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, da bodo lahko zavarovali svoje delavce za določene zdravstvene storitve tudi delodajalci. Sredstva za prostovoljna zdravstvena zavarovanja bodo v naslednjih letih dosegla okrog 1% BDP.

3.2. Zdravstvena dejavnost

Odločitve o strokovnem razvoju in obsegu zdravstvene dejavnosti bomo sprejemali na podlagi ocene zdravstvenih in ekonomskih koristi, ob upoštevanju vseh stroškov (cost benefit analize). Posebno pozorno bo treba uvajati nove diagnostične in terapevtske metode, ki so za posameznika lahko neprecenljive, malo ali nič pa doprinesejo k boljšemu zdravju vseh ljudi. Pri tem bo treba upoštevati, da je uvajanje novih diagnostičnih in terapevtskih metod, tudi vrhunskih, v mrežo javne zdravstvene službe, nujno za strokovni razvoj zdravstva, vendar le v obsegu, ki ga zmoremo plačati iz solidarnostno in namensko zbranih javnih sredstev ter z ekonomsko znosno, neposredno udeležbo ljudi. Razvoj zdravstvene dejavnosti zagotavlja tudi država, z delnim sofinanciranjem dejavnosti na terciarni ravni (univerzitetne dejavnosti), ki jo izvajajo klinike in inštituti.

Uvrščanje strokovnih in zdravstvenih novosti v program obveznega zdravstvenega zavarovanja bo usmerjalo Ministrstvo za zdravstvo preko zdravstvenega sveta, razširjenih strokovnih kolegijev in strokovnih utemeljitev klinik ter inštitutov. Organizacija in delovanje zdravstvene službe bosta izhajali iz organizacijske prilagodljivosti, ki bo omogočila prehajanje osebja in zmogljivosti na tista medicinska področja, kjer bodo zdravstvene potrebe naraščale. Pri tem je treba paziti, da bodo ustrezna dela opravljali delavci s potrebno strokovno usposobljenostjo, ki bo zagotavljala ustrezno strokovno raven opravil.

Ob omejenih sredstvih za vse oblike zdravstvenega zavarovanja, je mogoče višjo vrednost dela dosežati le z boljšo organizacijo dela, z boljšo izrabo delovnega časa in zdravstvene opreme, z smotrno porabo sanitetnega in zdravstvenega materiala in s prodajo zdravstvenih storitev, znanja in kapacitet na domačem in tujem tržišču. Za doseganje teh ciljev je potrebno delavce ustrezno motivirati; v ta namen je potrebno določiti mehanizme stimulacije in kazalnike vrednotenja.

3.2.1. Osnovna zdravstvena dejavnost

Izvajanje zdravstvene dejavnosti v zdravstvenih domovih je tudi v svetovnem merilu primer uspešnega vzorca izvajanja zdravstvene dejavnosti in organizacijske povezanosti vseh nosilcev javne zdravstvene službe na primarni ravni. Zdravstveni dom mora zato ostati tudi v prihodnje osrednji izvajalec osnovne zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe, kar naj upoštevajo tudi koncedenti pri izdajanju koncesij.

Zdravstveni domovi ohranijo vsebino dela, ki jim jo nalaga zakon (zakon o zdravstveni dejavnosti, 9. člen) v obsegu, ki omogoča uspešno poslovanje. Občine kot ustanoviteljice zdravstvenih domov (zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, 8. člen) se morajo zavedati, da s podeljevanjem koncesij ne smejo ogroziti obstoja zdravstvenega doma, kot je definiran v 7. členu zakona o zdravstveni dejavnosti, v katerem je določen obseg osnovne zdravstvene dejavnosti.

Za usklajevanje zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe in za učinkovito urejanje skupnih nalog javnih zdravstvenih zavodov in koncesionarjev bo na območju več občin oziroma regij potrebno ustanoviti svete javne zdravstvene službe kot posvetovalnega organa ustanovitelja javnega zdravstvenega zavoda oziroma koncedentov.

Naloge sveta javne zdravstvene službe so:

- predlogi za ureditev skupnih nalog javnih zdravstvenih zavodov in koncesionarjev pri opravljanju zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe,
- predlogi za izdajo koncesij ali izvedbo razpisa za koncesije,
- mnenja in stališča o smotrnem delovanju in razvoju zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe in zunaj nje,
- predlogi o potrebnem investicijskem vzdrževanju in naložbah v materialne zmogljivosti v mreži javne zdravstvene službe,
- reševanje sporov med javnimi zdravstvenimi zavodi in koncesionarji pri opravljanju skupnih nalog in drugih interesnih sporih.

Svet javne zdravstvene službe sestavljajo predstavniki ustanoviteljev oziroma koncedentov, javnih zdravstvenih zavodov, koncesionarjev, Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije in Zavoda za zdravstveno varstvo. Način imenovanja predsednika in članov sveta javne zdravstvene službe ter način njihovega dela določi ustanovitelj oziroma njegov pooblaščenec s posebnim aktom.

Pod pogoji enakih kadrovskih in storitvenih normativov bomo nadzorovano, usklajeno in postopoma uvajali zasebno delo, predvsem v ordinacijah sedanjih zdravstvenih domov.

Uvajanje zasebnega dela ne bo vplivalo na nepretrgano in nemoteno zdravstveno preskrbljenost prebivalcev.

Dokler bo obseg mreže javne zdravstvene službe nespremenjen lahko pridobijo koncesijo le nosilci zdravstvene dejavnosti ter drugi zdravstveni delavci in sodelavci, ki bodo prenehali opravljati zdravstveno dejavnost kot uslužbenci v javnih zdravstvenih zavodih. Novi koncesionarji se lahko vključujejo v mrežo javne zdravstvene službe v primerih, ko se zniža število nosilcev ter drugih zdravstvenih delavcev oziroma sodelavcev zaradi drugih vzrokov (prenehanje z delom zaradi upokojitve, smrti, bolezni, vrnitve ali odvzema koncesije ipd.).

V primeru, da zdravnik ali zdravstveni delavec ali sodelavec, ki mu je bila podeljena koncesija za določen obseg in vrsto dejavnosti, ne sklene pogodbe z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije, mora koncedent na ustrezen način zagotoviti izvajanje in pristop do teh zdravstvenih storitev na svojem območju.

Nosilci zdravstvenih dejavnosti, ki opravljajo preventivno zdravstveno dejavnost oziroma skrbijo za zdravstveno varstvo določenih skupin prebivalcev (otroci in mladina, ženske v zvezi z reproduktivnim zdravjem, telesno in duševno prizadeti ipd.) lahko dobijo koncesijo, če bodo še naprej opravljali isto zdravstveno dejavnost enako ali bolj učinkovito in uspešno in to v enakem obsegu in kakovosti.

Za to, da se zagotovi podeljevanje koncesij pod enakimi pogoji Ministrstvo za zdravstvo Republike Slovenije izda navodilo z bistvenimi elementi za izdajo odločb in sklenitev pogodb o koncesiji.

3.2.2. Koordinacija in usmerjanje celovite zdravstvene dejavnosti

V okviru celovite zdravstvene dejavnosti bodo posebne pozornosti in spodbude deležni programi osnovne zdravstvene dejavnosti. S strokovnimi merili za ugotavljanje kakovosti dela se bo bolje vrednotilo uspešno izvajanje njenih storitev in

programov. Pri tem bo dana prednost izvajanju in financiranju preventivnih programov v skladu z navodili ministra za zdravstvo. Na ta način bo mogoče doseči večji delež sredstev za osnovno zdravstveno dejavnost.

Bolj razpršeno zdravstveno dejavnost bodo na posameznih širših območjih, ki bodo pokrivala območja več novih občin, spremljali in usklajevali koordinatorji zdravstvene dejavnosti. Delovali bodo v območnih zavodih za zdravstveno varstvo za preventivo. Zavodi za zdravstveno varstvo bodo skupaj z občinami, zdravstvenimi domovi in lekarnami sodelovali pri oblikovanju mreže javne zdravstvene službe na primarni ravni. Medtem ko so za koordinacijo organizacije nujne medicinske pomoči, dežurno službo in reševalne prevoze na primarni ravni odgovorni pristojni zdravstveni domovi.

3.2.3. Lekarniška dejavnost

Postopna privatizacija lekarn bo odvisna od zakonskih predpisov. Lekarniška dejavnost lahko postopno preide v zasebno dejavnost. S povečanjem števila lekarn in farmacevtov se bo izboljševala lekarniška mreža in konkurenčnost v kakovosti preskrbe z zdravili. Z enakomerno porazdelitvijo lekarniških enot bo zagotovljena boljša dostopnost do zdravil.

Posebna skrb bo namenjena svetovanju bolnikom o varni uporabi zdravil, tudi pri samozdravljenju, tesnejšemu sodelovanju z zdravniki pri predpisovanju zdravil, kar bo prispevalo k racionalnejši porabi zdravil in uveljavitvi koncepta farmacevtske skrbi v Sloveniji.

3.2.4. Specialistična ambulantna dejavnost

Izvajala bo strokovno usmerjeno specialistično zdravstveno varstvo nehospitaliziranih bolnikov. Ministrstvo, pristojno za zdravstvo bo pripravilo kriterije za podeljevanje koncesij za opravljanje javne službe v specialistično ambulantni dejavnosti, v katerih bodo upoštevani kadrovske in storitveni normativi ter načelo za ohranjanje zdravstvenih storitev na lokaciji zdravstvenega doma. Koncesije za opravljanje teh storitev na drugih lokacijah bodo možne le kadar bodo istovrstne storitve zagotovljene tudi na lokaciji zdravstvenega doma. Pogoje in oblike takega sodelovanja bo predpisal poseben pravilnik, ki ga bo izdalo Ministrstvo za zdravstvo. S spremembo načina financiranja specialistične ambulantne dejavnosti bomo skrajšali čakalne dobe in omogočili enako dostopnost pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Potrebno bo določiti in nadzorovati cene zdravstvenih storitev tudi za zasebno zdravstveno dejavnost brez koncesije.

3.2.5. Bolnišnična dejavnost

Za zmanjšanje stroškov bolnišnične dejavnosti se uvedejo takšni načini bolnišničnega zdravstvenega varstva, ki bodo zmanjševali ležalno dobo oziroma število bolnikov, ki bivajo v bolnišnicah preko noči.

Zato bomo uvedli negovalne bolnišnice, bolnišnice na domu, bolnišnice v katerih bivajo bolniki kratek čas in dnevne bolnišnice.

Določili bomo vsebino njihovega dela in pogoje za njihovo uvajanje. Uvajanje novih oblik bolnišnic bo pogojevalo postopno prilagajanje kadrovskega normativov na področju bolnišnične zdravstvene dejavnosti, na področju zdravstvene nege pa poglobljeno sodelovanje z osnovno zdravstveno dejavnostjo in področjem socialnega

varstva.

Zaradi boljše izmenjave znanja in izkušenj naj bi se bolnišnice bolj povezale med seboj tudi z izmenjavo strokovnjakov. Diagnostični in terapevtski ukrepi vezani na drago opremo se bodo opravljali le v bolnišnicah, katere bo verificiralo Ministrstvo za zdravstvo. Pri teh preiskavah bodo lahko sodelovali usposobljeni strokovnjaki iz vseh bolnišnic.

Bolnišnice bodo poskrbele za racionalno, klinično učinkovito, varno in strokovno učinkovito terapijo z zdravili, kar pogojuje tudi razvoj bolnišnične lekarniške dejavnosti in vpeljavo metod farmakoeekonomskih analiz v načrtovanju terapije.

3.2.6. Zdravstvena nega

Zdravstvena nega se bo razvijala skladno s kadrovskimi, izobraževalnimi in materialnimi pogoji na osnovi dolgoročnega programa razvoja zdravstvene nege v Republiki Sloveniji s posebnim poudarkom na negi kroničnih bolnikov na domu in v zavodih.

Patronažna služba je posebna oblika dela zdravstvene nege. Je edina zdravstvena služba, katere osnovna dejavnost je zaznava zdravstvenih razmer v lokalni skupnosti, v okolju, kjer ljudje živijo in pravočasno usmerjanje bolnikov v zdravstveni sistem. Patronažna služba mora letno izdelati analizo zdravstvenega stanja prebivalstva na geografskem področju, ki ga pokriva zdravstveni dom (število ostarelih, kroničnih bolnikov, nosečnic, ogroženih zaradi revščine, invalidov itd.) in poročilo o tem, kolikšen delež skupin s posebnimi potrebami je patronažna služba v tekočem letu obiskala.

3.2.7. Nujna medicinska pomoč

Zagotovili bomo razvoj nujne medicinske pomoči na vseh treh nivojih delovanja službe (predbolnišnična nujna medicinska pomoč, bolnišnična medicinska pomoč in nujni reševalni prevozi). Na tem področju delovanja bomo vzpostavili tesno povezavo tudi z nemedicinskimi udeleženci izvajanja nujne medicinske pomoči in organizirali primeren transport akutno ogroženih bolnikov in poškodovancev ter preučili možnost uvedbe novih pristopov pri izvajanju nujne medicinske pomoči poškodovancem v prometu (npr. reševanje z motornim kolesom ...). Strokovne pogoje, organizacijo in izvajanje urgentne medicine bo uredil poseben zakon. Posebno pozornost bomo posvetili tudi zagotavljanju pogojev za razvoj katastrofne medicine oziroma zdravstvenega varstva v izrednih razmerah.

3.2.8. Dolgotrajna nega

Da bi vzpostavili enoten sistem dolgotrajne nege v državi in zagotovili ustrezno vsebinsko koordinacijo nosilcev nege, ki naj bi s svojim delom omogočili starejšim osebam, telesno prizadetim osebam in drugim posameznikom potrebnim dolgotrajne nege, kakovostne zdravstvene, socialne in druge storitve bo potrebno v Sloveniji vzpostaviti enotno obvezno javno zavarovanje za dolgotrajno nego. Upravičenci bi bili deležni pravic v naravi (storitve v ustanovah) in/ali pravic v obliki denarnih nadomestil. Takšen sistem dolgotrajne nege, ki bi temeljil na enotni organiziranosti in javnem zavarovanju ne bo zahteval bistveno povečanje javnih sredstev, prinesel pa bo večjo pravičnost in s tem zadovoljstvo ljudi.

3.2.9. Zagotavljanje kakovosti v zdravstvu

Pospešili bomo pripravo projektov za dvig kakovosti v sistemu zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, vključno z ekonomičnostjo poslovanja, predvsem pa za smotrno uporabo javnih sredstev.

Z usposabljanjem zdravstvenega osebja, smotrno uporabo ustrezne tehnologije, definiranjem postopkov in programov kakovosti bomo postopno uvajali celovito kakovost obravnave bolnikov v postopkih zdravljenja.

Razvijali bomo prostovoljno delo v bolnišnicah kot eno izmed oblik izboljšanja kvalitete življenja bolnikov med hospitalizacijo in kot eno od oblik razbremenitve strokovnega kadra pri zadovoljevanju laičnih potreb bolnikov.

3.2.10. Poboljnišnična skrb

Izdelali bomo programe skupnostne skrbi za ljudi z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju, ki jih bodo izvajale nevladne organizacije s področja duševnega zdravja. Programi bodo usmerjeni v področju rehabilitacije in preventive, s posebnim poudarkom pri reševanju kriznih situacij.

Programi nevladnih organizacij za duševno zdravje bodo prispevali k zmanjševanju stopnje hospitalizacije duševno bolnih in omogočanju kakovostnejšega bivanja v skupnosti.

3.3. Izobraževanje in strokovno usposabljanje

3.3.1. Dodiplotmsko izobraževanje

Vpis na medicinsko fakulteto in na druge zdravstvene šole naj izhaja iz strokovno ocenjenih in preverjenih potreb po določenih zdravstvenih poklicih v mreži javne zdravstvene službe in izven nje (zasebniki brez koncesije, slovenski zdravniki na tujem, tuji študenti, samoplačniki itd.). V učne programe vseh zdravstvenih šol naj bo vključeno poznavanje zdravstvene ekonomike, kakor tudi vsebine in ciljev SZO "Zdravje za vse" in zmožnosti ter načinov njihovega doseganja v Sloveniji. Predvsem zdravniki naj v zadnjem letu šolanja dobijo izbrana znanja o ekonomskem in socialnem okolju, v katerem bodo opravljali svoj poklic, pa tudi psihološka znanja, ki so pomembna za odnose med zdravnikom in bolnikom.

3.3.2. Podiplomsko izobraževanje

Javni zdravstveni zavodi in koncesionarji morajo zaposlovati pripravnike, sekundarije in specializante do pridobitve pravice za samostojno delo. Programe pripravništva je potrebno prilagoditi tudi potrebam delodajalcev. Za to jim pripadajo tudi ustrezna sredstva. Z administrativnimi in finančnimi ukrepi, kot so štipendije (država, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, lokalne skupnosti, podjetja), zagotovljeno delovno razmerje, ustrezna plača in kadrovska stanovanje, naj se zdravstvene delavce spodbuja in zaveže, da se bodo usposabljali in kasneje tudi zaposlili v strokah in krajih, kjer so v mreži javne zdravstvene službe najbolj potrebni. Konkretni pogoji za podiplomsko usposabljanje zdravstvenih delavcev bodo vneseni v vsakoletne dogovore med partnerji.

Pri odločanju o specializacijah v osnovni dejavnosti mora imeti absolutno prednost specializacija iz družinske medicine, razen v tistih večjih mestih, kjer je mogoče in

smiselno zagotoviti 24-urno zdravstveno varstvo otrok. Vsebino specializacije iz družinske medicine bo nujno potrebno posebej določiti in jo obogatiti z znanji iz področja preventivne in urgentne medicine za vse starostne skupine prebivalstva. Dosedanjim specialistom splošne medicine, in tistim v dispanzerjih, je potrebno omogočiti pridobitev ustreznih znanj v obliki podiplomskega tečaja z izbranimi poglavji iz vsebine specializacije družinske medicine.

Pri odločanju o specializacijah v lekarniški dejavnosti naj imajo prednost tiste, ki prispevajo k varni in racionalni uporabi zdravil.

Pri specializacijah, usmerjenih specializacijah in ožje usmerjenih specialističnih znanjih bo omogočeno strokovnjakom, da znanja pridobivajo tudi v tujini. Prednost pa bomo dajali izobraževanju, pri katerem se bodo strokovnjaki vključevali v mednarodne strokovne tokove na enakopravni ravni oziroma če bodo vanj vključeni vrhunski strokovnjaki iz tujine.

Potrebe po novih zdravstvenih delavcih v mreži javne zdravstvene službe, ki bodo nastale zaradi upokožitev, odhodov v zasebno delo zaradi prilagoditve delovnega časa direktivam EU ali zaradi drugih vzrokov, bodo zdravstveni zavodi in koncesionarji pravočasno vnaprej prijavili Ministrstvu za zdravstvo. To jim bo priznalo sredstva za šolanje bodočih strokovnjakov do pridobitve pravice za samostojno opravljanje poklica. Zdravnike, ki mimo teh potreb po končanem sekundarijatu nadaljujejo s specializacijo, bodo plačevali javni zdravstveni zavodi in koncesionarji sami. Možnost volontiranja bo za vse in povsem odprta.

Za tista strokovna področja, za katera zaradi premajhnega zanimanja ni mogoče zagotoviti dovolj strokovnega kadra se bodo zagotovila posebna finančna sredstva.

3.3.3. Strokovno usposabljanje

Zaradi naglega razvoja medicinske in farmacevtske znanosti le redno sprotno usposabljanje in izobraževanje omogoča ustrezno strokovno raven dela. Zato bo treba v posameznih zdravstvenih zavodih in na posameznih strokovnih področjih, pomembnih za sistem slovenskega zdravstvenega varstva, finančno podpirati strokovno usposabljanje in raziskovalno delo. Potrebno bo vzpodbujati izobraževanje strokovnih stanovskih združenj. Pri tem naj sodelujejo tudi zdravstvene šole, še zlasti medicinska fakulteta in fakulteta za farmacijo. Omogočiti bo treba tudi kupovanje strokovne literature in vključevanje v mednarodno informacijsko mrežo, ki zdravstveno osebje hitro in enostavno seznanja z najnovejšimi dosežki.

Za organizacijo strokovnih srečanj na domači ali mednarodni ravni, bo potrebno predpisati splošne pogoje, ki naj določijo tako njihovo pogostnost, kakor tudi organizacijske in finančne pogoje oziroma vse oblike odgovornosti organizatorjev.

3.4. Financiranje, upravljanje in vodenje zdravstvenega varstva

V prihodnjih letih bomo zaradi zagotavljanja nespremenjene ravni zdravstvenega varstva ohranili delež javnih izdatkov za zdravstvo v višini 7% BDP. Zaradi napredka medicinske tehnologije in zahtevnejših medicinskih postopkov bo možno ohranjanje sedanje ravni zdravstvenih programov le ob doslednem obvladovanju stroškov in upoštevanju prioritet.

Pri urejanju odnosov med državo, izvajalci in poklicnimi združenji bomo ohranili razvoj partnerstva, ker dolgoročno zagotavlja večjo učinkovitost, soodgovornost in uspešnost pri oblikovanju, financiranju ter izvajanju zdravstvenih storitev in programov.

3.4.1. Obvladovanje javnih izdatkov za zdravstvo

V pogojih omejenih sredstev iz javnih virov za zdravstveno varstvo in ob enakih pravicah do zdravstvenega varstva bo mogoče čim večjo dostopnost do zdravstvenih storitev vzdrževati le z obvladovanjem stroškov in širitvijo prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja.

Predvsem bomo to dosegali z načinom financiranja programov in storitev v zdravstvenem varstvu z uvajanjem stimulacij izvajalcev za smotrno izvajanje programov, zmanjševanje nepotrebnih storitev, spodbujanje razvoja strokovnosti in čimbolj gospodarnega ravnanja s sredstvi.

Zaostreni bodo pogoji in odgovornosti vodilnih delavcev v zdravstvenih zavodih za gospodarjenje z vnaprej znanimi in dogovorjenimi sredstvi. Potrebno jim bo omogočiti, da bodo o morebitnih prihrankih odločali sami. Hkrati pa bodo morali biti zagotovljeni mehanizmi vzpodbud za zdravstveno osebje, da z racionalnim ravnanjem prispevajo k zniževanju stroškov zdravstvenih zavodov.

Skladno s temi usmeritvami je mogoče pričakovati, da bodo ostala javna sredstva za zdravstvo ob obvladovanju javnih izdatkov za zdravstvo na ravni rasti družbenega bruto proizvoda.

3.4.2. Mehanizmi plačevanja programov in zdravstvenih storitev

V prihodnjih sistemih plačevanja zdravstvenih programov bosta morala biti ključna dejavnika učinkovitost izvajalcev in kakovost zdravstvenih storitev, da bo opravljeno delo tudi učinkovito in transparentno. Opravljeno delo bomo morali evidentirati in meriti tako po fizičnih kazalnikih (število bolnikov, število obiskov) kot po opravljenih medicinskih storitvah in ugotoviti kakovost opravljenega dela in njegov vpliv na nivo zdravstvenega stanja prebivalstva. V ta namen se vpeljuje kartica zdravstvenega zavarovanja oziroma zdravstvena kartica.

V dograjevanju mehanizmov financiranja programov zdravstvenih storitev na vseh ravneh, bo potrebno zagotoviti vzpodbude za zasebne zdravnike in javne zdravstvene zavode za večji obseg zdravstvenih storitev na primarni ravni pred napotitvijo na sekundarno in terciarno raven, oziroma da bodo izvajali bolj kakovostno celovito obravnavo pred napotitvijo na sekundarno in terciarno raven. Skrajševanje ležalnih dob in večje število obravnavanih primerov bo možno poleg večjega obsega zdravljenja na način "dnevne bolnišnice", tudi z boljšo organizacijo in izvedbo diagnostičnih postopkov na ambulantni način ter z učinkovitejšo izrabo moderne diagnostične tehnologije.

Na področju specialistično ambulantne dejavnosti v bolnišnicah bo potrebno po predhodnem spremljanju učinkovitosti dela s pacienti in finančne učinkovitosti standardizirati posamezen specialistični pregled. V smislu racionalizacije zdravstvenega varstva bomo izvedli racionalno delitev dela v korist boljše izrabe zdravstvenega varstva.

V naslednjem obdobju bomo razvijali in dograjevali obstoječe sisteme financiranja programov zdravstvenih storitev tako, da bo zagotovljen skladen razvoj medicinskih strok, zdravstvene mreže v Republiki Sloveniji ter ustrežnejše vrednotenje rezultatov dela zdravstvenih delavcev.

Za zagotavljanje pravičnejše delitve sredstev med izvajalci, skladnejšega razvoja strok in zdravstvene mreže in kakovostnega uresničevanja pravic zavarovanih oseb bomo uveljavili različne pristope v financiranju posameznih zdravstvenih dejavnosti.

Način financiranja zdravstvenih programov in storitev bo prospektiven, kar pomeni da

bodo vrednosti programov po dejavnostih v naprej znane oziroma določene v skladu z razpoložljivimi sredstvi zdravstvenega zavarovanja. Podrobnejše načine, metode vrednotenja programov in storitev bodo določali partnerji v sistemu zdravstvenega varstva. Pri tem bodo upoštevali naslednje usmeritve:

a) V osnovni zdravstveni dejavnosti se bo še nadalje uporabljal sistem glavarine, ki naj bi v dejavnostih splošnih ambulant, otroških in šolskih dispanzerjev ter dispanzerjev za ženske prinašal polovico prihodka, medtem ko bi poenostavljeni storitveni sistem prinašal drugo polovico prihodka. Količina upravičeno opravljenih storitev bo odvisna v teh dejavnostih od števila opredeljenih zavarovanih oseb, ob istočasnem upoštevanju različnega koriščenja glede na starost opredeljenih (količniki glede na starost). Vrednost posamezne standardne ekipe bo v vsej Sloveniji enaka, kar pomeni tudi enake cene za storitve in za glavarino. Prihodek standardnih ekip pa bo odvisen od števila opredeljenih zavarovanih oseb. Stroški laboratorijske dejavnosti bodo še nadalje sestavni del cene storitev in glavarine.

b) Zdravstvena nega na domu bo imela storitveni sistem, ki bo vseboval le nekaj cenovno različnih opravil, patronažna dejavnost pa sistem realizacije letnega načrta.

c) V zobozdravstveni dejavnosti bo ohranjen storitveni sistem, pri čemer je potrebno število storitev bistveno zmanjšati in uvesti odvisnost števila upravičenih storitev od števila opredeljenih zavarovanih oseb. Tudi v tej dejavnosti bodo cene storitev še nadalje enake v vsej Sloveniji.

d) V reševalni službi bo cena prevoženih kilometrov pri nenujnih prevozi enaka pri vseh prevoznikih. Nujne prevoze pa bodo opravljale le reševalne postaje v javnih zavodih in to v okviru dogovorjenih pavšalnih zneskov.

e) V bolnišnični zdravstveni dejavnosti se bo sistem financiranja spreminjal v smeri plačevanja po primerih ob opuščanju plačevanja bolnišnično oskrbnih dni. Uvedena bo postopoma diferencirana cena primera glede na diagnozo, težo obolenja in s tem zvezanimi stroški. V ceni primera bodo zajeti vsi stroški diagnostike in terapije. Število primerov in njihova struktura pa bo vnaprej dogovorjena in bo odvisna od gravitacijskega območja posameznega oddelka posamezne bolnišnice ob upoštevanju dogovorjene stopnje hospitalizacije. Realizacija programa pa bo osnova za dogovorjeni program v naslednjem letu. Cena primera bo na vseh oddelkih iste stroke posameznih bolnišnic enaka. Dokler ne bo izdelan sistem plačevanja po primerih v celoti, bo razlika v ceni primera enaka le v vseh oddelkih iste kategorije. Razlika med bolnišnicami različne kategorije pa bo odvisna od kadrovskih in materialnih standardov za posamezne kategorije in oddelke, ki jih bodo partnerji vsako leto dopolnjevali in sprejemali v področnem dogovoru za bolnišnično zdravstveno dejavnost.

f) V zdraviliški zdravstveni dejavnosti bo še nadalje veljal sistem plačevanja nemedicinskega dela in medicinskega dela dnevne oskrbe.

g) V specialistični ambulantni dejavnosti bo še nadalje uveljavljen storitveni sistem, ki pa bo doživel temeljito prenovu in posodobitev, kjer bo dan večji poudarek neposrednemu delu s pacientom, zlasti prvemu pregledu in določen možen odstotek preiskav funkcionalne diagnostike. Število opravljenih prvih pregledov bo poleg skupnega števila storitev merilo doseganja programa in upravičenosti do planiranega dogovorjenega prihodka. Cene storitev bodo v istih dejavnostih v vsej državi enake in bodo vsebovale tudi sredstva za kritje stroškov laboratorijske dejavnosti. Enakost cen pa pomeni tudi enakost kadrovske sestave ekip, enake kvalifikacijske strukture in enakost stroškov na ekipo.

h) V lekarniški dejavnosti se bo financiranje dejavnosti uskladilo z evropskimi sistemi.

a) V socialno-varstvenih zavodih bo sistem financiranja še nadalje slonel na

zaračunavanju treh vrst dnevnih neg. Cena posamezne vrste nege bo v vsej državi enaka.

j) Cene storitev zavodov in drugih izvajalcev, ki opravljajo zdravstvene storitve za izvajalce obveznega zdravstvenega zavarovanja, niso pa pogodbeni partnerji z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije, bo odobral minister za zdravstvo in bodo temeljile na istih kalkulativnih elementih, kot bodo veljali za druge izvajalce obveznega zdravstvenega zavarovanja.

3.4.3. Materialne zmogljivosti

Ministrstvo za zdravstvo bo določilo standarde materiala in materialnih zmogljivosti v mreži javne zdravstvene službe. To so standardi porabe medicinskega in nemedicinskega materiala in zdravil, uporabe zgradb in prostorov, za medicinsko in nemedicinsko opremo in podobno. Te standarde bo mogoče prilagajati razvoju zdravstvene službe, pa tudi spreminjanju zdravstvenega standarda, ki bo posledica spremenjene zbolewnosti in zahtevnosti ljudi.

Ministrstvo za zdravstvo določi standarde najkasneje v treh letih po sprejetju nacionalnega programa.

Vzpostavili bomo strokovna telesa, ki bodo ocenjevala utemeljenost za nabavo, uvajanje in uporabo novih tehnologij (zdravila, nove metode dela, medicinska oprema, tehnični pripomočki) ter pripomočkov v diagnostiki in postopkih zdravljenja, ki se financirajo iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja, ob upoštevanju strokovnih doktrin zdravljenja in ekonomskih možnosti države.

3.4.4. Investicije v zdravstvu

Politika investicij bo sledila racionalni izrabi objektov in drugega premoženja na osnovi izkustvenih standardov prostorov in opreme, oziroma tovrstnih standardov, ki so v pripravi. Posebej po upoštevanju skrajševanje ležalne dobe in s tem prilagojenih potreb po posteljnih zmogljivostih in vključevanje drugih zdravstvenih programov. Pri investicijah v opremo pa bo imela, ob upoštevanju zahtev novih medicinskih tehnologij, prioriteto smotrna izraba medicinske opreme in strategija na področju zdravstvenega varstva. V ta namen bodo zaradi celovite odgovornosti vključeni v zagotavljanje finančnih sredstev tudi uporabniki – upravljalci investicij.

Cilj zakonskih in drugih podlag za politiko investicij v zdravstvu je, ustvariti pogoje za razvoj sodobnega zdravstva, z vsebinsko in krajevno uravnoteženimi naložbami v javno zdravstveno mrežo, kot izhaja iz tega dokumenta. S spremembami zakonodaje bo zagotovljena podlaga za nadaljevanje proračunskega financiranja in za financiranje iz drugih virov. Hkrati bo določen program investicij za srednjeročno in letno obdobje v skladu z dejanskimi potrebami za delovanje javne zdravstvene službe.

Na podlagi teh kriterijev bo potrebno v tem planskem obdobju zagotoviti ustrezna sredstva zaradi nerealiziranega programa investicijskih naložb iz zakona za program nujnih investicij v zdravstveno mrežo, predvsem na področju urejanja infrastrukture, požarne in druge varnosti ter za zagotavljanje standardov prostorov in opreme, ki bodo zagotavljali verifikacijo vseh javnih zavodov, katerih ustanovitelj je Vlada Republike Slovenije.

Posebno prioriteto morajo imeti investicije za urgentno medicino, sicer ne bo zagotovljena nujna pomoč, skladno z že veljavnim pravilnikom.

3.4.5. Zaposlovanje v mreži javne zdravstvene službe

Število vseh zaposlenih v mreži javne zdravstvene službe za potrebe obveznega zdravstvenega zavarovanja se praviloma ne bo povečalo. Nove prioritete naloge zdravstvenega varstva se bodo urejevale s prerazporejanjem in prekvalifikacijo obstoječega osebja. Javni zdravstveni zavodi ne bodo nadomeščali z novimi zaposlitvami tistih zdravstvenih delavcev, ki bodo od njih odšli in postali zasebniki s koncesijo, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije pa jim bo za ustrezen odstotek znižal program iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Kjer bodo tehnično-servisni deli zdravstva prenesli na zasebno področje izven zdravstva, se bodo stroški reševalnih, tehničnih in finančnih služb sicer vračunali v ceno storitev, ne bodo pa se računali več zaposleni na teh področjih. Zagotovila se bodo javna sredstva za pre zaposlitev, nujno potrebno prekvalifikacijo, dokvalifikacijo in druge ustrezne ukrepe za zaposlene v zdravstvu, katerih delo ne bo več potrebno. V lekarniški dejavnosti se bo za izvajanje javne službe povečalo število zaposlenih zaradi predvidene širitve lekarniške mreže in izboljšanja lekarniške službe v bolnišnicah.

3.4.6. Zdravstveno informacijski sistem

Za zagotavljanje informacij o izvajanju programov in zdravstvenih storitev v vseh zdravstvenih dejavnostih potrebnih za vodenje politike, načrtovanje, usmerjanje razvoja in uspešno ter učinkovito funkcioniranje zdravstvenega varstva bo vzpostavljanje enotnega zdravstveno informacijskega sistema ena izmed prednostnih nalog v naslednjih letih. To je namreč pogoj za nadaljnji strokovni dvig in kakovost zdravstvenega varstva, možnost izmenjave podatkov in mnenj med zdravniki (telemedicina), za večjo preglednost nad poslovnimi dogodki, spremljanjem ukrepov za racionalnost in stroškov poslovanja, hkrati pa podlaga za pridobitev potrebnih podatkov o uresničevanju partnerskih pogajanj za oblikovanje zdravstvenih programov. Tem usmeritvam bo prilagojena tudi naložbena politika v zdravstvenih zavodih in usposabljanje zaposlenih. Ministrstvo za zdravstvo Republike Slovenije bo skupaj z ostalimi odgovornimi vladnimi resorji in inštitucijami v sistemu zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja v obravnavanem obdobju pripravilo projekt posodobitve zdravstvenega sektorja s poudarkom na modernizaciji zdravstveno informacijskega sistema na nacionalni ravni. Projekt predvideva vzpostavitev nacionalnega centra za izmenjavo podatkov zdravstvenega resorja (National Health Information Clearinghouse) in podatkovnih skladišč pri izvajalcih javne zdravstvene službe. Pri tem bodo dosledno upoštevani mednarodno uveljavljeni standardi na področju zdravstvene informatike in zagotovljeni vsi potrebni ukrepi za varovanje podatkov.

3.4.7. Usposabljanje strokovnjakov za vodstvene funkcije

Za čimboljšo izrabo zdravstvenih zmogljivosti bo vse pomembnejše učinkovito vodenje in upravljanje. Razvijali in strokovno krepili bomo vodstvene funkcije. Vodstvom zdravstvenih izvajalcev mora biti zagotovljena čimvečja stopnja avtonomije v okviru pogojev gospodarjenja z javnimi financami. Hkrati pa si bomo prizadevali za večjo stopnjo deregulacije in decentralizacije predvsem pri upravljanju bolnišnic s ciljem čimbolj učinkovitega upravljanja z razpoložljivimi sredstvi. Zaradi zagotavljanja

večje preglednosti in učinkovitosti pri upravljanju ter gospodarjenju bomo pri organiziranju zavodov zasledovali princip najustrežnejših organizacijskih in upravljaljskih nivojev in po potrebi decentralizacijo obstoječih zavodskih oblik. Zaradi zahtevnosti upravljanja in vodenja bolnišnic in drugih zdravstvenih zavodov bomo v tem planskem obdobju zagotovili ločitev upravne in strokovne funkcije vodstvenih delavcev v zdravstvenih zavodih.

Omogočili bomo usposabljanje vodilnih delavcev, da si bodo morali pridobiti ustrezna znanja za vodenje poslovnih procesov. Imeti morajo takšna znanja in veščine, da bodo odgovorni za učinkovito organizacijo dela, gospodarno porabo in izrabo vseh virov za poslovni rezultat zavoda. Te veščine bodo postale pogoj za prevzem vodilnih nalog.

3.4.8. Trženje zdravstvenih storitev

Zaradi izraženih potreb in tržne zanimivosti bomo z ustreznimi predpisi spodbujali interese izvajalcev v javni zdravstveni mreži, da razvijajo ponudbe dodatnih zdravstvenih storitev, ki ne obremenjujejo javnih finančnih sredstev, hkrati pa kakovostno dopolnjujejo ponudbo zdravstvenih storitev v državi. Ti dodatni programi ne bodo smeli zmanjševati uresničevanja pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in dostopnosti prebivalcev do zdravstvenih storitev, hkrati pa bodo spodbujali izvajalce v konkurenčno organiziranost dela in kakovostnejše izvajanje storitev nadstandardnih zdravstvenih programov. Država bo ustrezno spodbujala tržno uspešnost in učinkovitost izvajalcev, da se bodo prilagajali potrebam trga s kakovostjo in cenovno sprejemljivimi zdravstvenimi storitvami.

3.4.9. Nadzor

Zaradi doseganja čim višje kakovosti strokovnega dela, ustrezne organiziranosti zdravstva in uravnoteženosti finančnega poslovanja, pravičnosti in dostopnosti do zdravstvene službe, bomo okrepili strokovni, upravni in nadzor nad uresničevanjem pravic zavarovancev.

Strokovni nadzor posameznih zdravnikov in zobozdravnikov bo izvajala Zdravniška zbornica, drugih strokovnjakov pa njihove poklicne zbornice. Strokovni nadzor zdravstvenih zavodov bo izvajalo Ministrstvo za zdravstvo. Upravni nadzor bo izvajalo Ministrstvo za zdravstvo, nadzor nad uresničevanjem pravic in pogodbenih obveznosti zdravstvenih zavodov in zasebnih koncesionarjev pa Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Za strokovno svetovanje z nadzorom bodo za odgovarjajoče področje posamezni strokovnjaki, skupine strokovnjakov, razširjeni strokovni kolegiji, poklicne zbornice in stanovska društva pripravila strokovne smernice.

V vse oblike strokovnega ali upravnega nadzora bomo po potrebi lahko vključevali tudi ustrezne strokovnjake iz tujine.

3.4.10. Sodelovanje ljudi

Glede na pomen pravice do zdravja in zdravstvenih storitev kot ene izmed temeljnih pravic človeka bomo razvojne in tekoče probleme zdravstvenega varstva reševali z aktivnim sodelovanjem ljudi. Zato bomo spostavili pogoje za aktivnejše delovanje sveta za zdravje pri Vladi Republike Slovenije, območnih svetov zavarovancev in delodajalcev ter podpirali združevanje in vključevanje potrošnikov

oziroma uporabnikov zdravstvenih storitev in zainteresiranih nevladnih organizacij v reševanju specifičnih vprašanj zdravstvenega varstva v državi in na posameznih območjih. Za doseg te ciljev bomo razvijali strategije za promocijo pravic in dolžnosti bolnikov ter sodelovanje zavarovancev, uporabnikov oziroma potrošnikov zdravstvenih storitev v načrtovanju, izvajanju in nadzorovanju sistema pravic iz zdravstvenega zavarovanja.

4. PREDNOSTNA RAZVOJNA PODROČJA

Za uresničitev predlagane strategije in razvojnih usmeritev v prejšnjem poglavju bomo v tem planskem obdobju v procesu vstopanja v EU uresničevali naslednje prednostne naloge:

- a) Vzpodbujali bomo vse nosilce zdravstvenega varstva, da bodo sodelovali pri oblikovanju in izvajanju programov za promocijo zdravja. Pri tem bodo posebej podprte samozaščitne dejavnosti prebivalstva, organiziranje medsebojne pomoči pri obvladovanju določenih kroničnih bolezni kot jih opredeljuje SZO in vse tiste dejavnosti, ki bodo pripomogle k bolj humani in neinstitucionalni obravnavi določenih skupin prebivalstva in bolnikov.
- b) Posebno skrb bomo posvetili vzgoji otrok in mladine za zdrav način življenja, v kateri bodo sodelovali vsi strokovnjaki, ki so vključeni v vzgojo, tako da bodo oblikovali in izpeljali vzgojne programe z aktivnim sodelovanjem staršev in otrok. Zavezati je potrebno vzgojno-izobraževalni in zdravstveni sektor k sodelovanju zlasti na področju šolske medicine in zobozdravstva.
- c) V prizadevanjih za preprečevanje številnih dejavnikov tveganja, ki lahko iz okolja vplivajo na zdravje ljudi bodo sprejeti ustrezni zakonski predpisi za varovanje zdravja pred škodljivimi posledicami fizikalnih, kemičnih in bioloških ter socialnih dejavnikov.
- d) Zaradi nacionalnega pomena zdravstvenega varstva in glede na pomen pravice do zdravja in zdravstvenih storitev, kot ene izmed temeljnih človekovih pravic, bodo promovirani ukrepi varovanja zdravja in življenjskega okolja.
- e) Spodbujali bomo raziskave zdravja prebivalstva v okviru interdisciplinarnih preiskav, s posebno pozornostjo spremljanja življenjskih navad in vzorcev obnašanja ljudi, zlasti glede njihovega vpliva na velike zdravstvene probleme: nalezljive in nenalezljive bolezni, travmatizem in duševne motnje.
- f) Zadostili bomo osnovnim potrebam po zdravstvenem varstvu vsega prebivalstva, z dostopno, široko in dobro razvejano mrežo javne zdravstvene službe.
- g) Vzpostavili bomo mednarodno sodelovanje pri razreševanju problemov zdravja prebivalcev, ki se lahko rešujejo le s širšim mednarodnim sodelovanjem. Hkrati bomo krepili na posameznih zdravstvenih področjih sodelovanje z drugimi državami, kar bo omogočalo sproten dotok novih znanj in možnost mednarodnih primerjav. Vključevali se bomo v integralne programe promocije zdravja svetovne zdravstvene organizacije in javnega zdravstva EU kot so: zdrava mesta, zdrave šole in drugi.
- h) Usklajeno bomo izvajali strategijo varovanja zdravja v skladu z usmeritvami dokumentov svetovne zdravstvene organizacije. To usklajevanje bo prevzel svet za zdravje pri Vladi Republike Slovenije, katerega sestavo in način delovanja bomo uskladili s tem planskim dokumentom. V sestavo sveta za zdravje bodo vključeni predstavniki socialnih partnerjev, ki so reprezentativni za področje države kot predstavniki interesov zavarovancev in zavezancev za plačilo prispevkov zdravstvenega zavarovanja.
- i) O zdravju prebivalcev Slovenije bo na podlagi analiz, stališč in ukrepov Vlade

Republike Slovenije v določenih časovnih obdobjih poglobljeno razpravljaj Državni zbor Republike Slovenije.

4.1. Prednostni cilji razvoja zdravstvenega varstva

V skladu z metodologijo SZO je potrebno v načrtovanem planskem obdobju razvoja zdravstvenega varstva izpolniti šest prednostnih ciljev. Za uresničevanje vsakega cilja so v tem dokumentu predlagani ukrepi, ki jih bo morala država uresničiti za zagotavljanje ustrezne ravni zdravstvene varnosti državljanov.

4.1.1. PRVI PREDNOSTNI CILJ: Oblikovanje politike varovanja zdravja

Ukrepi:

1. Zagotavljanje razmer za oblikovanje politike krepitve in povrnitve zdravja
Državni zbor Republike Slovenije bo spremljal izvajanje nacionalnega programa zdravstvenega varstva Republike Slovenije. Predvsem pa bodo Vlada Republike Slovenije in vsa njena ministrstva poskrbela v skladu s svojimi pristojnostmi, da bo pri vseh razvojnih projektih upoštevano varovanje zdravja prebivalstva.

2. Usklajevanje aktivnosti vladnih resorjev

Svet za zdravje Vlade Republike Slovenije bo usklajeval aktivnosti vladnih resorjev ob sprejemanju projektov, ki lahko kakorkoli vplivajo na zdravje ljudi. Usklajevanje bo zlasti potrebno pri določanju davčne politike, obrambe, prehranske politike, pri določanju športnih in kulturnih programov, vpeljavi novih tehnologij in opuščanju starih, prostorskih rešitvah, in posodobitvi učnih programov, varstva udeležencev v cestnem prometu, varovanja zdravja pri delu.

Čeprav so v posameznih sektorjih že prisotna vlaganja v zdravje, je očitno, da je potrebno vzpostaviti učinkovito medsektorsko sodelovanje z jasnimi razmerji in odgovornostmi.

3. Zdravstveno osveščanje in vzgojni programi

Zdravstvenovzgojne vsebine, predvsem o dejavnikih tveganja, ki ogrožajo zdravje ljudi, bodo vgrajene v vse izobraževalne programe na vseh stopnjah in zunaj šol, tako za mladino in odrasle. Aktivnosti bodo načrtovane usklajeno in enotno za vso državo in jih bo vodilo Ministrstvo za zdravstvo.

4. Navajanje na zdrav način življenja

Zdravstvenovzgojna aktivnost med prebivalci bo usmerjena v navajanje na zdrav način življenja; pri tem bodo aktivnosti usmerjene v premagovanje tistih dejavnikov, ki najbolj ogrožajo zdravje in življenje prebivalcev posameznega območja. Socialno-ekološki programi in projekti za promocijo zdravja so glavna usmeritev tako strategije SZO "Zdravje za vse do leta 2000", ki jo podpira večina evropskih držav in z njo dopolnjuje obstoječe sisteme zdravstvenega varstva ter integralne in medsektorske programe obravnave zdravja prebivalstva v določeni oblikovani skupnosti.

5. Varovanje zdravja na lokalni ravni

V reševanje zdravstvenih problemov na lokalni ravni se bomo vključevali poleg prebivalcev samih in zdravstvenih delavcev, tudi strokovnjaki drugih ved in predstavniki lokalnih skupnosti, gospodarstva ter nevladnih organizacij.

6. Izdelava analiz zdravstvenega stanja prebivalstva za pripravo prednostnih rešitev za izboljšanje zdravja prebivalstva

Prednost bodo imele predvsem multidisciplinarnе analize in projekti za izboljševanje zdravja prebivalstva s sodelovanjem strokovnjakov vseh ved, ki lahko prispevajo k izboljšanju zdravstvenega stanja ljudi.

7. Izobraževanje strokovnjakov za krepitev in povrnitev zdravja
Spodbujali bomo izobraževanje na področju krepitve zdravja in medsebojno izmenjavo znanj med strokovnjaki različnih ved.

4.1.2. DRUGI PREDNOSTNI CILJ: Zmanjševanje razlik v zdravstvenem varstvu in zdravstvenem stanju prebivalcev

Ukrepi:

1. Iskanje vzrokov za razlike in njihovo zmanjševanje

Izdelali bomo raziskave o razlikah v zdravstvenem varstvu in zdravstvenem stanju različnih skupin prebivalstva po spolu, starosti, socialnem položaju, izobrazbi in območjih. Pri tem bodo raziskave usmerjene tudi v preučevanje različnih dejavnikov tveganja, ki najbolj ogrožajo zdravje in življenje prebivalcev posameznih območij. Ukrepanje pa bo usmerjeno v njihovo zmanjševanje. Na podlagi teh raziskav bodo pripravljene predloge za zmanjšanje razlik.

2. Zagotavljanje pravične dostopnosti do zdravstvenih storitev

Zagotovili bomo potrebno enakomernejšo obveščenost prebivalstva o zdravstvenih pravicah in o možnostih, ki jih nudi zdravstveno varstvo.

Za delovanje sistema zdravstvenega zavarovanja bo ključnega pomena dobra obveščenost zavarovancev o njihovih pravicah. V ta namen bodo določeni standardi za njihovo obveščenost: vsaka čakalnica oziroma prostor, kjer zavarovanec plača za samoplačniško ali nadstandardno zdravstveno storitev, oziroma doplačilo k ceni zdravstvene storitve, bo opremljen s preglednimi informacijami o pravicah zavarovancev. Zavarovanec bo na teh mestih obveščen vsaj o dogovorjenih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve v okviru obveznega zavarovanja, o standardih storitev, za katera doplačil ni in o višini doplačil za nadstandard oziroma za samoplačniško storitev. Dodano mora biti tudi navodilo o izbiri osebnega zdravnika ter mesto za pritožbe v primeru kratenja pravic.

Zmanjševali bomo potrebne razlike v financiranju zdravstvenih programov po območjih, če niso objektivno utemeljene.

Če zaradi omejenih finančnih možnosti prihaja pri zagotavljanju zdravstvenih pravic do čakalnih dob, je nujno potrebno zagotoviti pravično dostopnost. Morebitna prednostna obravnava je lahko pogojena samo s strokovnimi kriteriji.

3. Skladen razvoj zdravstvenih dejavnosti

Prednost bodo imele tiste vrste zdravstvene dejavnosti oziroma stroke v posameznih območjih, ki bodo najbolj učinkovito zmanjševale razlike. Izhodišče za ukrepe bo ugotovljeno epidemiološko stanje bolezni in preskrbljenost prebivalstva z zdravstvenimi programi.

4. Smotrna uporaba sredstev za zdravstveno varstvo po območjih

S smotrnim vlaganjem v zdravstvene zmogljivosti po območjih, s spodbujanjem gospodarnega ravnanja, uvajanjem zasebnega dela in ustrezno ceno storitev, bomo zagotovili čim bolj pravične možnosti do koriščenja zdravstvenih storitev in kakovost storitev za zadovoljevanje potreb prebivalcev.

4.1.3. TRETJI PREDNOSTI CILJ: Spreminjanje zdravju škodljivih vzorcev vedenja

Spreminjanje vzorcev vedenja posega na kajenje, prehrano, telesne aktivnosti, čezmerno uživanje alkoholnih pijač in drog, duševno zdravje, spolno in reproduktivno zdravje. Aktivnosti temeljijo na zdravstvenovzgojnih vsebinah in učenju veščin za

njihovo udejanjanje.

Ukrepi:

1. Aktivnosti za preprečevanja kajenja

Aktivnosti bodo usmerjali na štiri področja: uveljavljanje programov za preprečevanje kajenja, razvijanje razmer za možnost izbire okolja brez kajenja, priprava in izvajanje programov za odvajanje kajenja. Zaposleni bodo promovirali delovna mesta brez tobačnega dima. Predlagali pa bomo tudi, da se del davščin od prodaje tobačnih izdelkov nameni za vzgojo in osveščanje prebivalstva ter financiranje preventivne dejavnosti.

2. Uvajanje zdrave in uravnotežene prehrane

Aktivnosti bodo usmerjali predvsem v osveščanje prebivalcev o načelih zdrave, uravnotežene prehrane in uvajanje prehranskih navad v smislu pravilne izbire živil in biološke sestave hrane. Organiziran bo stalen prehranski nadzor zaradi proučevanja zdravstveno statističnih podatkov o obolevnosti in smrtnosti, ki so v posredni in neposredni zvezi z načinom in kakovostjo prehrane, ugotavljanje stanja prehranjenosti predvsem ogroženih skupin prebivalstva in sodelovanje pri vodenju prehranske politike v državi, usmerjanju v pridobivanje in ponudbo zdrave hrane. Za spremljanje problematike na področju prehrane bo Vlada Republike Slovenije ustanovila Urad za prehrano, pri Ministrstvu za zdravstvo pa bomo ustanovili komisijo za živila in prehrano, ki bo strokovno posvetovalno telo izključno za reševanje zdravstvene problematike.

3. Povečanje števila telesno in športno aktivnih prebivalcev

Z načrtovanimi aktivnostmi bomo povečevali število telesno in športno aktivnih prebivalcev vseh starosti, predvsem odraslih, s ciljem fizične in psihične krepitve ter preprečevanja bolezni srca in ožilja in drugih kroničnih degenerativnih bolezni.

4. Preprečevanje čezmernega uživanja alkoholnih pijač in nedovoljenih drog

Izdelali in uresničevali bomo nacionalni program za preprečevanje čezmernega uživanja alkoholnih pijač in nedovoljenih drog; aktivnosti bodo usmerjene predvsem v delo z mladino, družino in šolo. Predlagali bomo, da se del davščin od prodaje alkohola uporabi za zdravstveno varstvene aktivnosti.

5. Izboljšanje duševnega zdravja

Izdelali in uresničevali bomo programe za zdravo duševno življenje, predvsem otrok in mladine, s spodbujanjem vključevanja v programe za obvladovanje stresov zaposlenih na delovnem mestu in ostarelih.

6. Pospeševanje spolnega in reproduktivnega zdravja

Pripravili in izvajali bomo program za zdravo spolnost, ki bo posegal na tri področja: na spolno vzgojo, načrtovanje družine in na preprečevanje spolno prenosljivih bolezni. Pri obvladovanju okužbe z virusom HIV bomo izvajali nacionalni program borbe proti aidsu.

4.1.4. ČETRTI PREDNOSTNI CILJ: Kakovostno življenjsko okolje

Proučevanju kakovosti življenjskega okolja bo zaradi njegovega vpliva na zdravje ljudi namenjena posebna pozornost. Za doseg zastavljenih ciljev bomo načrtovali in uresničevali priporočila svetovne zdravstvene organizacije, zajeta v 'Evropski listini o življenjskem okolju in zdravju', ter Helsinški in Londonski deklaraciji o okolju in zdravju.

Ukrepi:

1. Vzpostavitev informacijskega sistema za spremljanje zdravstveno ekoloških razmer.

2. Ugotavljanje onesnaženja elementov življenjskega (pitne vode, živil, zraka, zemlje) in proučevanje njihovih vplivov na zdravje ljudi, ocena nevarnosti, viri, vrste, metode odkrivanja, zmanjševanje oziroma odstranjevanje škodljivosti. Ugotavljanje in proučevanje vpliva onesnaženosti naravnih prvin (zrak, zemlja, voda itd.) in splošne obremenjenosti okolja na zdravje ljudi, ocena nevarnosti, predlogi za zmanjševanje in odstranjevanje škodljivosti.
3. Preučevanje škodljivih vplivov na zdravje posameznih občutljivih skupin prebivalcev: nosečnice, otroci, starostniki, kronični bolniki in delavci s predlogi ukrepov za zmanjševanje škodljivih vplivov.
4. Osveščanje ljudi o posegih v okolje, ki vplivajo na njihovo zdravje, da se bodo lahko aktivno vključevali v sprejemanje vseh odločitev zaradi zmanjševanja škodljivih vplivov in s tem povezanega ogrožanja zdravja ljudi.
5. Osveščanje o prednostih sodobnih, okolju in delavcem manj škodljivih tehnologij, ki zmanjšujejo ogrožanje zdravja v življenjskem, delovnem in bivalnem okolju.
6. Preverjanje vseh zakonskih predpisov iz vidika preprečitve škodljivih vplivov na zdravje ljudi ter iz vidika usklajenosti z direktivami EU.
7. Priprava ter izvajanje nacionalnega programa okolje in zdravje z natančno zastavljenimi zdravstveno ekološkimi cilji in sodelovanje pri pripravi nacionalnega programa varstva okolja.

4.1.5. PETI PREDNOSTI CILJ: Spodbujanje razvoja stroke in izboljšanje kakovosti dela zdravstvene dejavnosti

Ukrepi:

1. Smotrno organiziranje zdravstvene dejavnosti
Razvijali bomo sistem, ki bo čim bolj povezal skrb za bolnika na vseh treh ravneh (primarni, sekundarni in terciarni), pri čemer mora ostajati zagotavljanje večine zdravstvenih potreb čim bližje prebivalstvu. Osnova sistema mora še naprej ostati primarno zdravstveno varstvo z izbranim zdravnikom kot osebo, preko katere vstopa posameznik v zdravstveni sistem in ki izvaja sam ali s pomočjo nasvetov usmerjenih strokovnjakov zdravstveno varstvo vsakega posameznika v vseh njegovih življenjskih obdobjih. Sekundarno in terciarno zdravstveno varstvo pa zagotavlja sistem občasnega usmerjenega svetovanja in izvajanja zahtevnejših diagnostičnih, zdravstvenih in rehabilitacijskih postopkov. Možnost, da specialist na sekundarni ali terciarni ravni postane bolnikov stalni zdravnik za določen zdravstveni problem, je potrebno omejiti samo na najbolj medicinsko zahtevne primere. Z ustreznim izobraževanjem in povezovanjem med zdravniki na primarni in sekundarni ravni pa omogočiti, da bo večje število bolnikov kot doslej ostajalo v trajni oskrbi na primarni ravni.
S pomočjo stalnega izobraževanja, standardov, pisnih navodil o najprimernejšem načinu izvajanja posameznih zdravstvenih postopkov ter izvajanjem strokovnega nadzora bo potrebno krepiti upoštevanje načel dobre klinične prakse in s tem zagotavljati, da se določena storitev izvaja v mejah pričakovane kakovosti ne glede na to, ali se izvaja na primarni, sekundarni ali terciarni ravni.
2. Razvoj enotnega zdravstvenega informacijskega sistema
Zagotavljali bomo koordiniran razvoj in poenotenje obstoječega zdravstvenega informacijskega sistema in informacijskih podsistemov. Tako razvit informacijski sistem bo podpiral načrtovanje, spremljanje in vrednotenje razvijanja zdravja, zdravstvenega varstva in zdravstvenih dejavnosti ter ocenjevanje kakovosti zdravstvenega varstva.

Prednostni cilj je zagotovitev ustrezno razvite, hitre in varne informacijske in komunikacijske infrastrukture, elektronski dostop do strokovnih medicinskih revij na internetu.

3. Spodbujanje analitike na vseh ravneh zdravstvenega varstva

Analitika opravljenega dela in njegovih učinkov bo postala sestavni del delovanja zdravstvene dejavnosti na vseh ravneh. Na regionalni in državni ravni bomo pospešili izobraževanje analitičnih ekip, ki bodo sposobne opravljati kakovostne analize učinkovitosti sistema zdravstvenega varstva in analize zdravstvenega stanja prebivalstva.

4. Uvedba primernih ekonomskih in finančnih instrumentov

Mehanizmi financiranja morajo spodbujati racionalen način izvajanja zdravstvenih programov in vplivati na višjo raven kakovosti zdravstvenih storitev.

Način plačevanja zdravstvenih programov mora spodbujati zagotavljanje kakovostne in učinkovite obravnave čim večjega števila bolnikov, "po načelu, da denar sledi bolniku".

5. Uvedba sistema celovite kakovosti dela (integriranega razvoja kakovosti)

Na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti bomo uveljavljali sistem celovite kakovosti dela s ciljem, da razvijamo zmogljivosti sistema zdravstvenega varstva tako, da bo bolj ustrezal željam in potrebam bolnikov in vsega prebivalstva ob smotrni uporabi sredstev.

Integriran razvoj kvalitete mora vpeljati in povezati poklicne zdravstvene, vodstvene (menedžerske) in organizacijske metode za izboljševanje kvalitete in hkrati povečevati vlogo bolnika. Temeljiti mora na razvoju managementa ob hkratnem sodelovanju zdravstvenih delavcev, izboljševanju procesov, meritvah in analizah učinkov.

Na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti bosta vzpostavljena strokovni nadzor in kontrola kakovosti dela. Spodbujali bomo dvig strokovnosti in stroškovne zavesti.

6. Preskrba z zdravili in medicinskimi pripomočki

Z upoštevanjem principov sodobne farmakoterapije si bomo prizadevali za čim bolj racionalen način predpisovanja zdravil in medicinskih pripomočkov. Ohranili bomo vpliv države na njihovo ceno, skladno s sistemom oblikovanja cen v EU.

Zakonodajo s področja zdravil in medicinskih pripomočkov bomo popolnoma harmonizirali z evropskim pravnim redom in s tem omogočili zaščito javnega zdravja po evropskih standardih, lažji dostop slovenski farmacevtski industriji do tržišča EU in prost pretok teh izdelkov.

7. Izobraževanje zdravstvenih delavcev

Izobraževanje za vse zdravstvene poklice bomo uskladili z zahtevami EU.

4.1.6. ŠESTI PREDNOSTI CILJ: Raziskave varovanja zdravja

Upoštevali bomo priporočila strokovnjakov SZO, ki pripisujejo raziskavam na področju varovanja zdravja pomembno vlogo, bomo v Republiki Sloveniji pospeševali epidemiološke, antropološke in sociološke raziskave o zdravstvenem stanju prebivalcev o vplivu življenjskega sloga na zdravje, o medsebojnem vplivu duševnega, telesnega in socialnega okolja na zdravje, o preskrbljenosti prebivalstva z zdravstveno dejavnostjo in njene učinkovitosti ter o procesih načrtovanja in odločanja na področju varovanja zdravja. Vključili se bomo v programe EU s področja javnega zdravstva.

4.2. Prednostne naloge po skupinah prebivalstva

Zaradi različnih potreb posameznih skupin prebivalstva, v tem dokumentu izpostavljamo posebne prednostne naloge po skupinah prebivalstva.

4.2.1. Varovanje zdravja otrok in mladostnikov

Ukrepi:

1. Izboljšanje zdravstvene vzgoje

Ciljne populacije bodo otroci, mladostniki, mladi odrasli (študenti, mladi delavci) in njihovi starši. Vsebine bodo vnešene tudi v dodiplomske in podiplomske študije za vzgojitelje, učitelje ter druge strokovnjake, ki delajo z mladimi.

Namen vzgoje za zdravje je ozavestiti in motivirati posameznika, da bo aktivno skrbel za svoje zdravje in zdravje drugih, ki pa mu mora biti s strani družbe tudi omogočena tako v bivalnem kot delovnem okolju.

2. Izboljšanje zdravstvenega in zobozdravstvenega varstva

Pomeni zagotoviti mladim dostopno zdravstveno in zobozdravstveno varstvo, ki ga bodo izvajali za delo z mladimi usposobljeni kadri (spec. pediatrije, šolske medicine, spec. pedontologije, otroški/mladinski zobozdravniki, subspecialisti...).

Zakonsko, finančno in organizacijsko je potrebno zagotoviti 24-urno pediatrično zdravstveno skrb na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvenega varstva prilagojeno potrebam otrok in mladostnikov ter možnostim posameznih krajev v Sloveniji (mladostniške posvetovalnice, centri za otroke in mladostnike, bolnišnični oddelki, dnevna bolnišnična oskrba, konziliarni zdravniki...).

3. Celostno varovanje zdravja predšolskih otrok, šolskih otrok in mladostnikov

Varovanje zdravja predšolskih otrok, šolskih otrok in mladostnikov (tudi študentov in mladih delavcev), bo še naprej potekalo celostno (kurativno in preventivno varstvo skupaj) po dispanzerski metodi dela (neprekinjeno, aktivno iskanje potencialno bolnih in ogroženih posameznikov in skupin). Preventivne programe bomo vsebinsko in organizacijsko posodobili.

Namen preventivnih programov pri predšolskih otrocih, šolskih otrocih in mladostnikih, je aktivno spremljanje zdravja posameznika in vrstniške skupine, odkrivanje zdravstvene problematike (tudi oralnega zdravja), ukrepanje in svetovanje (otroku, staršem, vzgojiteljem). Obsega oceno telesne rasti in razvoja, ugotavljanje telesnega, duševnega in socialnega zdravja, življenjskih navad in tveganih vedenj, ki izhajajo iz otrokove družine in okolice (pozitivni in negativni kazalniki zdravja).

Preventivni pregledi otrok in mladostnikov se bodo izvajali skladno s strokovnimi navodili o izvajanju preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni.

Posebna skrb se bo namenila otrokom in mladostnikom z motnjami v duševnem in telesnem razvoju pri obravnavi na vseh treh ravneh zdravstvenega varstva (na finančnem, organizacijskem in zakonskem področju).

Spodbujali bomo medsektorsko sodelovanje v skrbi za zdravje otrok, mladostnikov in mladih odraslih na vseh nivojih družbe izhajajoč iz strategije promocije zdravja od lokalne skupnosti do vladnih teles.

4. Zdravstveno varstvo nabornikov

Ocena zdravstvene sposobnosti mladostnika za vojaško službo bo temeljila na celoviti oceni zdravja in razvoja otroka od rojstva dalje, na oceni otrokovega prilagajanja na okolje v predšolski in šolski dobi in na oceni zmožnosti za specifična dela in opravila (poklicno usmerjanje). Prizadevali si bomo, da se obdobje služenja vojaškega roka nameni spreminjanju zdravju škodljivih vzorcev obnašanja.

4.2.2. Varovanje zdravja odraslih

1. Varovanje reproduktivnega zdravja

Pravice do celostnega varovanja reproduktivnega zdravja bodo uveljavljali ženske in moški vseh starostnih skupin v javnih in zasebnih zdravstvenih zavodih, skladno z doktrinarnimi stališči in po dispanzerski metodi dela, ki pomeni aktivno skrb za zdravje, izvajanje preventivnih programov ter spodbujanje k večji skrbi za svoje zdravje s posebnim poudarkom na skupinah populacije s povečanim tveganjem. S strani družbe moramo zagotoviti čim boljšo dostopnost do zdravstvenih služb in storitev, kar je temelj za uspešno varovanje reproduktivnega zdravja ter za učinkovito uveljavljanje pravic.

2. Razvoj medsektorskega načrtovanja varovanja reproduktivnega zdravja

Izdelali bomo strategijo varovanja reproduktivnega zdravja ter njihove vsebine vključevali v vse zakonske akte na državni in lokalni ravni ter se ustrezno povezovati z drugimi relevantnimi sektorji (izobraževanje, socialno skrbstvo, zaposlitev, okolje). Aktivno bomo vključili tudi nevladne organizacije, ki lahko bistveno pripomorejo k večji dostopnosti in sprejemljivosti uslug reproduktivnega zdravstvenega varstva kot tudi k boljši osveščenosti vseh plasti prebivalstva.

3. Krepitev zdravstveno vzgojnega dela na področju spodbujanja varovanja reproduktivnega zdravja

Za izboljšanje reproduktivnega zdravja in kvalitete življenja žensk in moških moramo zagotoviti medsektorsko sodelovanje pri zagotavljanju zdravega načina življenja, zadovoljajočega in varnega spolnega življenja ter odgovornega starševstva. Zagotoviti moramo dostopnost informacij, vzgoje in preventivnih programov za reproduktivno zdravje za odgovorne in prostovoljne odločitve o spolnem življenju, rojstvu otrok in dostopnost do čim večje izbire sodobnih metod za načrtovanje družine in drugih metod za urejanje plodnosti po izbiri, ki niso v nasprotju z zakonom. Z dopolnilnim izobraževanjem in doslednim izvajanjem preventivnih programov bomo lahko bistveno zmanjšali nenačrtovane zanositve in dovoljene splave, kakor tudi zboleznost zaradi spolno prenosnih boleznih in kasnejše neplodnosti. Potrebno je osvestiti mladostnike in še posebej otroke pred zlorabami (spolne zlorabe, nasilje, poraba nedovoljenih drog) ter jih dopolnilno izobraževati o sodobnih konceptih načrtovanja rojstev in spoštovanja reproduktivnih pravic. Sprejeti moramo prednostne cilje in strategije za krepitev zdravja z zmanjšanjem potrošnje alkoholnih pijač, tobaka in drugih drog ter zdravju škodljivih vzorcev vedenja.

4. Izboljšanje prednosečnostnega, predporodnega, obporodnega in poporodnega zdravstvenega varstva

Zagotovili bomo celovite storitve za zadovoljitev vseh potreb prebivalcev na področju reproduktivnega zdravja v različnih življenjskih obdobjih glede na različne reproduktivne namene; zagotovili bomo kakovostne in dostopne storitve, ki zagotavljajo ženskam varno nosečnost in porod, parom pa najboljše možnosti za zdravega otroka. Večjo pozornost bomo namenili posebnim potrebam mladostnikov in jih pritegnili k sodelovanju načrtovanju programov, ki ustrezajo njihovim potrebam. Razvijanje strategij in preventivnih programov je temeljna naloga stroke in načrtovalcev izvajanja reproduktivnega zdravstvenega varstva.

5. Izvedba organiziranega odkrivanja raka na materničnem vratu in dojkah

Izdelali bomo program aktivnega presajanja za zgodnje odkrivanje žensk z rakom na materničnem vratu, s katerim bomo zmanjšali umrljivost žensk zaradi te bolezni, ki sodi med glavne vzroke umrljivosti žensk. Za zmanjšanje umrljivosti zaradi raka dojke, ki je pri ženskah vodilni vzrok umiranja (med 20. in 40. letom), moramo omogočiti dostopne in kvalitetne storitve zgodnjega odkrivanja in zdravljenja. Načrtovalci preventivnih programov na področju varovanja reproduktivnega zdravja

so dolžni razvijati strategije skladno z doktrinarnimi, stališči in dejanskimi potrebami ter ustrezno dopolnilno izobraževati ženske v borbi proti tem boleznim.

6. Sistematično spremljanje zbolewnosti in invalidnosti

S posebnimi programi (CINDI, namenskimi preventivnimi pregledi, pregledi nabornikov ipd.) bomo odkrivali dejavnike tveganja za pojav kroničnih bolezni (bolezni srca in ožilja, rakave bolezni, sladkorne bolezni, duševne bolezni, bolezni odvisnosti in druge) in izdelali program ukrepanja na podlagi analiz ter tako zmanjšali obolevnost in umrljivost zaradi kroničnih bolezni. Z zagotavljanjem varnega delovnega okolja, optimalizacije delovnih pogojev bomo zmanjšali obolevnost in invalidnost delovno aktivnih prebivalcev zaradi bolezni gibal ter odsotnost z dela. Z zdravstveno vzgojnimi programi bomo omogočili posameznikom dostop do informacij, ki jim bodo služile za oblikovanje zdravih vedenjskih vzorcev.

4.2.3. Varovanje zdravja delavcev in športnikov

Ukrepi:

1. Zdravstveno varstvo delavcev bo prilagojeno kriterijem EU in mednarodnim konvencijam.

Vzpostavljeno in poglobljeno bo sodelovanje pri izvajanju ukrepov za zagotavljanje varnosti in zdravja pri delu s strokovnjaki s področja medicine dela, splošne in šolske medicine, zdravniškimi in invalidskimi komisijami ter drugimi pristojnostmi za varnost in zdravje pri delu.

2. Varnost in zdravje pri delu

V okviru nalog, ki jih je za zagotavljanje varnosti in zdravja pri delu dolžan zagotavljati delodajalec po zakonu o varnosti in zdravju pri delu (Uradni list RS, št. 56/99) bo naloge pooblaščenega zdravnika opravljal zdravnik specialist medicine dela, zaposlen v javnem zdravstvenem zavodu, oziroma pravne ali fizične osebe, ki jim bo minister za zdravstvo podelil koncesijo za opravljanje medicine dela v mreži javne zdravstvene službe.

Kurativno zdravstveno varstvo delavcev bo v okviru zdravstvenega zavarovanja opravljal osebni zdravnik, ki bo ugotavljal in ocenjeval tudi začasno delanezmožnost v povezavi s pooblaščenim zdravnikom delodajalca. Inštitut za medicino dela bo opravljal tudi naloge, ki jih določa zakon o varnosti in zdravju pri delu (Uradni list RS, št. 56/99).

Za oblikovanje strokovne doktrine na področju medicine dela, za proučevanje vzrokov za nastanek poklicnih bolezni, poškodb pri delu, odsotnosti z dela, spremljanje poklicnih bolezni, za izvajanje medicine dela na sekundarni in terciarni ravni, za opravljanje znanstveno raziskovalnega in izobraževalnega dela na področju medicine dela ter za druga strokovna dela se bo ustanovil Inštitut za medicino dela, kot vrhunška strokovna institucija v državi.

Zaradi neenakomerne preskrbljenosti zaposlenih s specialisti medicine dela in zaradi novih nalog zdravnikov specialistov medicine dela po zakonu o varnosti in zdravju pri delu bo potrebno uvesti več novih prostih specializantskih delovnih mest oziroma zaposliti več specialistov medicine dela.

3. Absentizem

Za zmanjšanje absentizma bomo spodbudili aktivnosti glavnih nosilcev za izobraževanje in informiranje, predvsem delodajalcev in njihovih združenj. S spremembo zakonodaje bomo predpisali spodnjo mejo pravic do nadomestil na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja, zaostri nadzor nad delom zdravnikov in zavarovancev posameznih primerih ugotovljene nezmožnosti za delo in postavili

gornje meje trajanja začasne odsotnosti ter z dopolnitvijo zakonodaje izvršili prenos večje odgovornosti za zdravstveni absentizem na delodajalce, posebej za primere ko so vzroki za odsotnost z dela nastali pri delu.

4. S fakulteto za šport bomo sodelovali pri oblikovanju institucije, ki naj bi na področju zdravstvenega varstva športnikov proučevala fiziologijo in biomehaniko športa, športni travmatizem, prehrano športnikov in psihologijo športa.

Zdravniki športne medicine bodo sodelovali s športnimi pedagogi.

4.2.4. Varovanje zdravja ostarelih

Ukrepi:

1. Omogočanje čim daljšega neodvisnega življenja v okolju, ki so ga navajeni, predvsem v krogu svoje družine

V okviru skrbi za stare bodo izvajalci zdravstvenega varstva v mreži javne zdravstvene službe razvijali:

- zdravljenje na domu in zdravstveno nego,
- bolnišnice za podaljšano hospitalno zdravljenje.

V okviru socialnovarstvenih programov bomo sodelovali pri razvijanju in delovanju:

- dnevnih centrov za ostarele,
- pomoči starim na domu,
- storitev v varovanih stanovanjih.

V delo domov za ostarele naj bi se bolj vključevali tudi družinski člani in prostovoljci.

V domovih za starejše občane in v posebnih socialnovarstvenih zavodih bomo zagotavljali ustrezno zdravljenje, rehabilitacijo in zdravstveno nego oskrbovancev.

V pripravi na starost bomo dali poudarek izobrazbi vseh ljudi, da bodo bolje poznali procese in pojave, ki so vključeni ali spremljajo normalno staranje in spremembe, ki nastopijo z boleznimi ostarelih.

2. Zagotavljanje ustreznega zdravstvenega varstva

Primarno zdravstveno varstvo bomo zagotavljali in približali ostarelim. Bolnišnično oskrbo bomo usmerili v hitro in učinkovito diagnostiko, terapijo in rehabilitacijo, katerih cilj je čim hitrejša vrnitev bolnika v domače okolje.

Staranje prebivalstva bo posledično terjalo povečanje obsega zdravstvenih storitev na vseh nivojih zdravstvenega varstva.

3. Organiziranje neinstitucionalnih oblik življenja ostarelih

Po spoznanjih mednarodne znanosti bodo zagotavljale ostarelim možnost neodvisnega življenja zunaj institucij tudi ustrezne službe na ravni lokalne skupnosti.

4. Skrb za neozdravljivo bolne in umirajoče

Njim in njihovim najbližjim družinskim članom bomo posvetili večjo skrb. Izdelali bomo programe pomoči družinam umirajočih.

5. Vzpostavitev enotnega obveznega zavarovanja za dolgotrajno nego

Z vzpostavitvijo enotnega obveznega zavarovanja za dolgotrajno nego bomo predvsem izenačili pravice za dolgotrajno nego, zagotovili kakovost izvajanja storitev, zagotovili enake pogoje in enake možnosti za uveljavitev pravic do dolgotrajne nege, dosegli večjo stopnjo humanizacije skrbi za ostarele, bolne in osamele, zmanjšali stopnjo hospitalizacije ter omogočili osebam kakovostno bivanje v svojem najbližjem socialnem okolju.

4.2.5. Varovanje zdravja invalidov

Ukrepi:

1. Organiziranje kakovostne rehabilitacije

Rehabilitacijske programe bomo prilagodili nacionalni patologiji vseh skupin prebivalstva in jih izvajali na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti ter vključili možnosti reparativnega zdravljenja po končani rehabilitaciji. Poudarjen bo sodobni vidik rehabilitacije s ciljem preprečevanja invalidnosti, vzdrževanja psihosocialne in fizične kondicije invalidov po zaključenem procesu rehabilitacije.

2. Uveljavljanje interesov invalidov

Pristojna ministrstva bodo sodelovala pri omogočanju čimbolj neodvisnega življenja invalidov v okolju brez arhitekturnih, prometnih in socialnih ovir. Zanje bo organizirana smotrna oskrba z medicinsko tehničnimi pripomočki, ki jim bodo olajšali obvladovanje okolja. Sodelovala bodo tudi pri oblikovanju in uveljavljanju njihovih posebnih interesov, da jim bodo zagotovljene enake možnosti kot drugim. Sodelovala bodo tudi pri izdelavi tipologije invalidnosti.

3. Sodelovanje pri pripravi nacionalne strategije invalidskega varstva

Pristojna ministrstva bodo sodelovala pri izoblikovanju nacionalne strategije in celostnem uresničevanju načrtovanega invalidskega varstva v Sloveniji. Izvajanje nacionalnega programa varstva invalidov bomo poverili socialnovarstvenim, medicinskim, rehabilitacijskim, izobraževalnim in raziskovalnim zavodom in organizacijam, zavodom za usposabljanje in zaposlovanje invalidov in drugim oblikam zaposlovanja invalidov, stanovanjskemu gospodarstvu, invalidskim organizacijam, upravnim organom in zakonodajalcem.

Prizadevali si bomo invalidom omogočiti čimbolj neodvisno življenje, enakost in ustrezen ekonomski in družbeni položaj, temelječ v kar največji možni meri na lastnem delu in ustvarjalnosti, oziroma na aktivni vlogi invalidov pri rehabilitaciji, šolanju, usposabljanju in zaposlovanju.

5. USMERITVE IN MERILA ZA OBLIKOVANJE MREŽE JAVNE ZDRAVSTVENE SLUŽBE

Mreža javne zdravstvene službe pokriva potrebe po zdravstvenem varstvu državljanov Republike Slovenije in vseh drugih, ko iščejo zdravstveno pomoč. Mreža javne zdravstvene službe se ločeno določi za primarno in sekundarno raven izvajanja zdravstvene dejavnosti.

Merila za postavitev mreže javne zdravstvene službe na primarni ravni težijo k zmanjševanju razlik med gravitacijskimi območji posameznih zdravstvenih domov.

Merila za postavitev mreže javne zdravstvene službe na sekundarni ravni težijo k zmanjševanju razlik med gravitacijskimi območji izvajalcev po posameznih specialističnih dejavnostih.

Gravitacijsko območje za določitev javne zdravstvene mreže na terciarni dejavnosti je vsa država.

Vlada Republike Slovenije bo določila minimalne kadrovske standarde v zdravstveni dejavnosti najkasneje v enem letu po sprejetju nacionalnega programa. Pri opredelitvi minimalnih kadrovskih, pa tudi drugih standardov v zdravstvu bo izhajala iz razpoložljivih javno-finančnih in zasebnih sredstev. Prilagajanje kadrovskih standardov poteka usklajeno in načrtovano tako, da se bodo do leta 2004 zmanjšale razlike med posameznimi gravitacijskimi območji do največ 10% zaostajanja oziroma preseganja slovenskega povprečja.

V Republiki Sloveniji bomo imeli leta 2004 enega zdravnika na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti na 503 do 593 prebivalcev, zobozdravnika na 1211 do 1995

prebivalcev, farmacevta na 2710 do 3140 prebivalcev, medicinsko sestro na 150 do 192 prebivalcev in enega zaposlenega v zdravstveni dejavnosti na 56 do 71 prebivalcev.

Najmanjše območje za preverjanje preskrbljenosti je izpostava ZZZS. Preskrbljenost znotraj območja izpostav usklajujejo prizadete občine. Do desetodstotne razlike se ne nanašajo na posamezne dejavnosti, temveč na seštevke vseh dejavnosti osnovnega zdravstva.

Mrežo javne zdravstvene službe v Republiki Sloveniji na primarni ravni bo na podlagi meril in navodil ministra, pristojnega za zdravstvo, določila za svoje območje občina oziroma mestna občina. Mrežo javne zdravstvene službe v Republiki Sloveniji na sekundarni in terciarni ravni bo določila Vlada Republike Slovenije s posebnim predpisom v štirih mesecih po sprejemu tega programa. Vsako spremembo tega predpisa mora za naslednje leto minister, pristojen za zdravstvo določiti najkasneje do 31. oktobra v tekočem letu.

5.1. Primarna raven zdravstvene dejavnosti

Primarna raven zdravstvene dejavnosti je dostopna vsem ljudem na lokalni ravni brez predhodnih napotitev ali posredovanja drugih zdravstvenih zavodov oziroma posameznikov.

Mrežo javne zdravstvene službe na primarni ravni oblikuje in uresničuje občina, na podlagi kadrovskih standardov za osnovno zdravstveno dejavnost in lekarniško dejavnost. Če je v gravitacijskem območju zdravstvenega doma več občin, se te med seboj dogovorijo o uresničevanju mreže zaradi potrebe, da ne presežejo obsega mreže gravitacijskega območja ZD.

Mrežo na primarni ravni za zdravstveno varstvo študentov zagotavlja Republika Slovenija.

Območni zavod za zdravstveno varstvo koordinira izvajanje programa cepljenja in drugih preventivnih programov na primarni ravni.

Na demografsko ogroženih območjih sodeluje pri zagotavljanju mreže javne zdravstvene službe na primarni ravni Republika Slovenija.

5.1.1. Osnovna zdravstvena dejavnost

5.1.1.1. Vsebina in organizacija zdravstvene službe

Temelj organizacije in izvajanja osnovne zdravstvene dejavnosti na primarni ravni bo še nadalje predstavljal zdravstveni dom, ki bo v skladu z zakonom o zdravstveni dejavnosti zagotavljal najmanj:

- nujno medicinsko pomoč,
 - ustrezne dispanzerske enote za izvajanje preventivnih in drugih programov za predšolske in šolske otroke in mladino, študente, ženske in druge posebne skupine prebivalstva,
 - službo medicine dela, prometa in športa,
 - službo splošne medicine,
 - patronažno službo,
 - zobozdravstveno službo,
 - laboratorijske in druge diagnostične dejavnosti,
 - reševalno službo, če ta ne bo organizirana v bolnišnici ali na drug način.
- Z uvajanjem specializacije iz družinske medicine bo zdravstveni dom lahko postopno

združeval nekatere sedaj ločeno organizirane dejavnosti.

Zdravstveni dom je lahko organiziran za več občin, odvisno od velikosti in števila prebivalcev. Hkrati bo lahko po pogodbi v skladu z zakonom opravljal za druge občine tiste dejavnosti, ki jih ne opravlja njihov zdravstveni dom.

Manjša organizacijska enota je zdravstvena postaja, ki mora imeti v svoji sestavi najmanj:

- službo splošne oziroma družinske medicine in dispanzer za otroke in mladino oziroma enoto družinske medicine,
- zagotovljeno službo nujne medicinske pomoči,
- osnovno diagnostično dejavnost.

Z vidika ustanoviteljstva in lastništva javnih zdravstvenih zavodov bomo pri vključevanju zasebnega dela zagotavljali v kar največji meri smotrno in namensko uporabo obstoječih zmogljivosti teh zavodov za opravljanje zdravstvene dejavnosti, in sicer tako, da se praviloma zasebna izvaja v obstoječih kapacitetah in ob upoštevanju neprofitnih najemnin.

5.1.1.2. Kadri

Zdravstvene delavce bomo načrtovali po enakih izhodiščih za vso Slovenijo, da bomo s tem dosegli zagotovljeno zmanjšanje razlik v dostopnosti primarnega zdravstvenega varstva vsem prebivalcem. Število zaposlenih se bo spreminjalo v skladu z merili. O spremembi števila zaposlenih bo odločilo Ministrstvo za zdravstvo v soglasju s pooblaščenimi zbornicami in Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije, tako da bo zvečanje števila zaposlenih finančno pokrito.

Zdravstvena ekipa v zasebni zdravstveni dejavnosti bo obvezno vključevala zdravstvenega tehnika.

Na spremembe števila zaposlenih bodo vplivali naslednji dejavniki:

- starostna struktura prebivalcev (stari nad 65 let) za splošno oziroma družinsko medicino,
- poseljenost in komunikacije za zdravljenje na domu, dežurno službo, reševalno službo in patronažno varstvo družin,
- epidemiološke in zdravstveno ekološke razmere občine oziroma območja,
- urbaniziranost območja,
- vsebinska ali količinska širitev programov.

Ministrstvo za zdravstvo bo najkasneje v šestih mesecih izdelalo natančnejša merila za uresničevanje tega programa.

Zmogljivosti ZD za študente in železniškega ZD so glede števila in vrste ekip vključene v osnovno zdravstveno dejavnost na podlagi standardov, ki veljajo za osnovno zdravstveno dejavnost.

Za ambulantno obravnavo in rehabilitacijo otrok in mladine z duševnimi in telesnimi motnjami v razvoju bomo oblikovali v osnovni zdravstveni dejavnosti razvojne ambulante.

Na območju, kjer je preskrbljenost z zdravniki in zobozdravniki zelo slaba, se bo število le-teh zvečalo, zmanjšalo pa se bo na območjih, kjer že presegajo ciljne standarde. S tem bomo v planskem obdobju zmanjšali razlike med posameznimi območji tako, da se bodo razlike postopoma zmanjševale do +/-10%.

Standarde za ekipe nujne medicinske pomoči bo določilo Ministrstvo za zdravstvo.

5.1.2. Lekarniška dejavnost

Lekarniško dejavnost bodo izvajali lekarniški zavodi in zasebni lekarnarji s koncesijo.

5.1.2.1. Javna lekarniška služba

Preskrbo prebivalstva ter zdravstvenih zavodov z zdravili opravljajo v skladu z zakonom o lekarniški dejavnosti lekarniški zavodi in lekarnarji v lekarnah, v lekarniških podružnicah in organiziranih priročnih zalogah zdravil. Lekarniški zavodi in lekarnarji opravljajo poleg javne službe tudi preskrbo z medicinskimi pripomočki, veterinarskimi zdravili in sredstvi za nego in za varovanje zdravja. Lekarne bodo organizirale tudi galenske in kontrolno analizne laboratorije ter farmakoinformativno službo.

Mreža javne lekarniške službe se oblikuje v okviru gravitacijskih območij tako, da se organizira lekarna v povprečju na 7000 prebivalcev in najmanj na 5000 prebivalcev. Medsebojna razdalja nove lekarnice od obstoječe znaša najmanj 400 m cestne razdalje.

Podružnica lekarnice se organizira v kraju, ki ima manj kot 5000 prebivalcev, organizirano osnovno zdravstveno službo in je od najbližje lekarnice oddaljena več kot 6 km cestne razdalje.

Lekarna organizira priročno zalogo zdravil v zdravstveni postaji ali pri zasebnem zdravniku, če je najbližja lekarna ali lekarniška podružnica oddaljena več kot 10 km cestne razdalje.

Ministrstvo za zdravstvo bo sodelovalo pri oblikovanju in delovanju mreže javne lekarniške službe na demografsko ogroženih področjih.

5.1.2.2. Kadri

Število farmacevtov v lekarniški dejavnosti se bo do leta 2004 postopoma povečevalo zaradi zgoščevanja javne lekarniške mreže in postopnega približevanja stanju v EU.

V letu 2004 je v lekarniški dejavnosti predviden 1 farmacevt na 2 755 prebivalcev, ter 1 specialist farmakoinformatike na 65 000 prebivalcev za preskrbo z zdravili iz sredstev javnih financ in za oskrbo prebivalstva z zdravili, medicinskimi pripomočki in drugimi izdelki iz tržnega dela poslovanja. Povečalo se bo število specialistov oblikovanja zdravil in specialistov preizkušanja zdravil. Povečano število ne bo dodatno vplivalo na povečanje števila farmacevtov.

Število zaposlenih farmacevtskih tehnikov v javni lekarniški službi se bo spreminjalo s številom ekip v lekarnah. Število farmacevtskih tehnikov bo zaostajalo za številom farmacevtov, kar se ne predvideva tehnika v vsaki lekarni. Predvidoma jih bo 30% manj kot farmacevtov.

Število nezdravstvenih delavcev v lekarnah se bo zmanjšalo na račun zaostrenih standardov.

Število farmacevtov se bo v planskem obdobju povečevalo do izpolnitve kadrovskega normativa.

5.2. Sekundarna in terciarna raven zdravstvene dejavnosti

Mrežo javne zdravstvene službe na sekundarni in terciarni ravni oblikuje in uresničuje Republika Slovenija.

5.2.1. Specialistična ambulantna zdravstvena dejavnost

Načrtovano zmanjšanje bolnišničnega zdravljenja bo povečalo potrebe po specialističnih ambulantah, pripravljeni bodo strokovni kriteriji za sprejem v bolnišnico samo tistih bolnikov, pri katerih diagnostika, zdravljenje in rehabilitacija niso možne brez hospitalizacije. Specialistično ambulantna dejavnost bomo izvajali v bolnišnicah, zasebnih specialističnih ambulantah s koncesijo, zdravstvenih domovih in v naravnih zdraviliščih.

5.2.1.1. Zavodi

Posebnih zavodov za specialistično ambulantno dejavnost ne načrtujemo. Specialistične ambulante bodo nameščene v bolnišnicah, zdravstvenih domovih, naravnih zdraviliščih in zasebnih prostorih. Zasebni specialisti se bodo lahko povezovali med seboj v zadruga.

Za potrebe vojske bodo organizirane tiste specialistične ambulante, ki so nujno potrebne za nemoten potek vojaškega usposabljanja.

Za verifikacijo specialističnih ambulant bo standarde opremljenosti določilo Ministrstvo za zdravstvo.

Kot posebna oblika specialistične dejavnosti se bodo oblikovali centri za preprečevanje, zdravljenje in rehabilitacijo odvisnikov. Merila za te centre bo izdelalo Ministrstvo za zdravstvo.

5.2.1.2. Kadri

Mreža ambulantno specialistične dejavnosti v Republiki Sloveniji ne bo večja od sedanjega stanja.

Število zdravniških ekip v ambulantni specialistični dejavnosti se bo spreminjalo glede na število prebivalcev. Zaradi nadomeščanja bolnišničnega zdravljenja z drugimi sodobnimi načini zdravljenja (dnevna bolnišnica, ambulantna dejavnost, podaljšanje zdravljenja na domu) se bo število ekip v ambulantni specialistični dejavnosti zvečalo na račun zmanjšanja specialistične dejavnosti na bolnišničnih oddelkih.

Preskrbljenost z ambulantnim specialističnim zdravstvenim varstvom se bo ugotavljala na območju posameznih geografskih območjih bolnišnic, ob upoštevanju dejanskega koriščenja te dejavnosti tudi pri drugih izvajalcih izven območja in koriščenja drugih prebivalcev v tem območju.

5.2.2. Specialistična bolnišnična zdravstvena dejavnost

Cilj sodobne bolnišnične dejavnosti je kakovostna obravnava dogovorjenega števila bolnikov v čim krajšem času in na najbolj racionalen način. Osnovna usmeritev bo enaka stopnja hospitalizacije ob krajši ležalni dobi. Tem ciljem bomo prilagajali število bolniških oddelkov in bolniških postelj.

Klinični center bo še naprej istočasno opravljal specialistično bolnišnično zdravstveno dejavnost na sekundarni ravni za svoje gravitacijsko območje, ter posebej zahtevne storitve na terciarni ravni za območje celotne države. Onkološki inštitut in Inštitut za rehabilitacijo Republike Slovenije opravljata specialistično bolnišnično zdravstveno dejavnost tako na sekundarni kot terciarni ravni za področje celotne države.

5.2.2.1. Zavodi

Število in razporeditev splošnih bolnišnic bomo prilagajali standardom, v skladu z razvojnimi usmeritvami. Prilagajali bomo število postelj, kakor tudi ustanavljanje in opuščanje oddelkov v posameznih bolnišnicah.

5.2.2.1.1. Specialistični bolnišnični oddelki

Če se število bolnikov zniža letno pod raven 15 postelj za posamezno specialnost, se bo začel postopek za ukinitve oddelka. Ob ukinitvi oddelka bodo ostale v bolnišnici potrebne specialistične ekipe za izvajanje specialistične konzultantske službe, razen tistih, ki so zastopane v primarnem zdravstvenem varstvu. Potrebo po obstoju specialističnih ekip določi minister za zdravstvo.

Če v splošni bolnišnici ne bo samostojnega oddelka, delujejo pa v njej specialistične ekipe, ki oskrbijo najmanj toliko bolnikov, da zasedajo 20 postelj na strokovno sorodnem oddelku, bo Ministrstvo za zdravstvo začelo s postopkom za ustanovitev samostojnega oddelka.

Hospitalizirani bolnik bo imel pravico do ustreznega specialista tudi, če bolnišnica, v kateri se zdravi, nima ustrezne specialistične dejavnosti.

Za verifikacijo bodo morali biti na oddelkih izpolnjeni pogoji glede opremljenosti.

Standarde opremljenosti bo določilo Ministrstvo za zdravstvo.

Na podlagi pravilnika o merilih za razvrščanje bolnišnic (Uradni list RS, št. 43/98) in drugih predpisov ter ob upoštevanju strokovne opremljenosti in usposobljenosti kadrov bo Ministrstvo za zdravstvo razvrstilo bolnišnice v skupine.

5.2.2.1.2. Stopnja hospitalizacije (število zdravljenih v bolnišnicah na 1000 prebivalcev)

Stopnja hospitalizacije se v seštevku do leta 2004 ne bo bistveno spremenila. Spreminjale pa se bodo stopnje hospitalizacije v posameznih dejavnostih zaradi staranja prebivalstva in zaradi manjše rodnosti. Dokler ne bodo izdelana merila za ugotavljanje specifičnosti v posameznih geografskih območjih, ki narekujejo različnost v stopnji hospitalizacije, bodo dopustne razlike med območji največ v razponu 90 do 110% slovenske povprečne stopnje hospitalizacije. Tabela 4.5. Stopnja hospitalizacije po dejavnostih do leta 2004 ***

Dejavnost	Najmanj	Največ
Internistika	24,37	29,79
Infektologija	4,63	5,65
Pulmologija	5,29	6,47
Nevrologija	2,84	3,48
Kirurgija	39,12	47,82
Ortopedija	5,62	6,86

Mf kirurgija	0,72	0,88
Pediatrija	12,39	15,15
Ginekologija	30,67	37,49
ORL	5,12	6,26
Okulistika	3,98	4,86
Dermatologija	1,70	2,08
Onkologija	4,02	4,92
Rehabilitacija	0,72	0,88
Skupaj	141,20	172,58
Psihijatrija	4,67	5,71
Vse skupaj	145,87	178,29

*** Stopnja hospitalizacije zajema tudi primere v enodnevni bolnišnici. Tako stopnja hospitalizacije ne bo v nobenem območju višja od 178,29 na 1000 prebivalcev in ne nižja od 145,87 na 1000 prebivalcev. V povprečju pa bo dosegala okrog 172 primerov na 1000 prebivalcev.

Povprečna trajanja zdravljenja ne bodo presegala z vsakoletnim dogovorom določenih ležalnih dob.

Ob tako določenih maksimalnih ležalnih dobah, bomo za program bolnišničnega zdravljenja potrebovali 3,187.470 bolnišnično oskrbnih dni ali 10.364 postelj ob normalni zasedenosti (80–85%), oziroma 5,21 postelje na 1000 prebivalcev. S skrajševanjem ležalnih dob se bodo potrebe po številu bolnišničnih postelj še nadalje zmanjševale ob nespremenjeni stopnji hospitalizacije. Prihranjena sredstva bodo bolnišnice uporabile predvsem za uvajanje novih načinov zdravljenj, nove diagnostične postopke in nove tehnologije.

Med posameznimi strokami bo možno prelivanje posteljnih zmogljivosti od strok, ki načrtovano število bolniških postelj lahko zmanjšajo, v tiste stroke, kjer se bodo izkazale večje potrebe. Osnova za spremembe bosta stopnja hospitalizacije in dejanska gravitacija bolnikov.

5.2.2.1.3. Terciarna raven zdravstvene dejavnosti

Izvajalci terciarne zdravstvene dejavnosti izvajajo kot nacionalne referenčne ustanove zahtevnejše zdravstvene obravnave, raziskovalno, izobraževalno in drugo strokovno delo za določeno medicinsko stroko.

Kot osnova za izračun potrebnih sredstev za terciarno dejavnost bomo upoštevali 12% vseh planiranih postelj v Sloveniji, razen psihiatričnih, kjer se bo upoštevalo le 6%. Skupaj to predstavlja 996 postelj. Na teh posteljah, razen psihiatričnih, se planira 1,9-krat več kadra kot je to v regionalnih bolnišnicah in 2,43-krat višji materialni stroški in amortizacija. Na psihiatrični kliniki pa se planirajo 20% višje cene. Delitev

sredstev bomo opravili med posameznimi nosilci terciarne dejavnosti vsako leto na predlog Zdravstvenega sveta v področnem dogovoru za terciarno zdravstveno dejavnost. Odstotki in koeficienti služijo le za izračun skupne mase potrebnih sredstev, nikakor pa za delitev med dejavnostmi.

5.2.2.2. Kadri

Število zdravstvenega osebja in njihovih sodelavcev vključenega v mrežo javne zdravstvene službe bomo določali po sprejetih standardih v vsakoletnem področnem dogovoru za bolnišnice, pri čemer se skupno število zaposlenih na področju bolnišničnega zdravljenja ne bo večalo. Spreminjalo se bo le med dejavnostmi, odvisno od sprejetih programov bolnišničnega zdravljenja. Število zaposlenih na bolnišničnih oddelkih pa se bo zmanjševalo, kolikor bo prišlo do prenosa dejavnosti na specialistično ambulantno dejavnost. Znižanje bo sorazmerno višanju v specialistični ambulantni dejavnosti. Med zaposlenimi zdravstvenimi delavci jih bo 85% delalo samo na bolniških oddelkih. V planskem obdobju se v strukturi zaposlenih v bolnišnični dejavnosti praviloma ne bo zmanjševalo število zaposlenih medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.

5.3. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije in zavodi za zdravstveno varstvo

Organiziranje in delovanje Inštituta za varovanje zdravja (IVZ) in zavodov za zdravstveno varstvo (ZZV), bo urejeno tako, da bo omogočalo spremljanje in poznavanje zdravstvenega stanja in zdravstvenega varstva, učinkovito izvajanje zdravstveno ekološke dejavnosti in epidemiologije nalezljivih bolezni, nadzor nad izvajanjem preventivnih in zdravstveno vzgojnih programov ter izboljšanje analiz na določenem območju.

Za izboljšanje kakovosti dela in uspešnejše izvajanje nalog bodo IVZ in ZZV negovali in spodbujali timsko delo in vzpostavili sodelovanje s strokami, ki so povezane z njihovo dejavnostjo. Sodelovali bodo med seboj, z inštituti Medicinske fakultete in drugimi ustreznimi zavodi.

5.3.1. Zavodi

ZZV bodo v planskem obdobju delovali v vseh zdravstvenih območjih. Ustanovljene bodo enote ZZV za Posavje, Zasavje, Notranjsko, Ptuj in Velenje.

5.3.2. Kadri

Število zaposlenih zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev, zdravstvenih ter drugih strokovnih sodelavcev se bo v planskem obdobju zviševalo vzporedno z zmanjševanjem števila nezdravstvenih delavcev. Skupno število zaposlenih bo raslo skladno z rastjo prebivalcev.

Glede na strategijo Zdravje za vse do leta 2004, ki nalaga ZZV še posebne naloge, pridejo v poštev samo ciljni standardi. Število zdravstvenih delavcev in sodelavcev z visoko in višjo izobrazbo bo raslo na račun zmanjševanja števila delavcev s srednjo in nižjo izobrazbo. V ZZV bodo delali poleg zdravnikov tudi drugi delavci z visoko izobrazbo. Za nezdravstvene delavce in upravo bomo upoštevali standard 18%

delavcev, izračunan na podlagi števila zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev.

5.4. Zdravstvena dejavnost v socialnovarstvenih zavodih in zavodih za usposabljanje

Zmogljivosti socialnovarstvenih zavodov ureja socialno-varstveni program Republike Slovenije. Zavodi bodo za svoje oskrbovance izvajali oziroma organizirali v okviru osnovne zdravstvene dejavnosti splošno medicinsko dejavnost, rehabilitacijo in zdravstveno nego ter specialistično ambulantno dejavnost v skladu z naravo dejavnosti zavoda in mrežo javne zdravstvene službe.

5.4.1. Osebe v domovih za ostarele

Zdravniki vseh specialnosti bodo na koncu planskega obdobja oskrbovali po 300 varovancev.

Za zdravstveno nego I. bo upoštevano na 6,5 do 7,5 varovancev en delavec.

Za zdravstveno nego II. bo upoštevano na 4,5 do 5,5 varovancev en delavec.

Za zdravstveno nego III. bo upoštevano na 3 do 4 varovancev en delavec.

Natančni kadrovske normativi, kvalifikacijska struktura in posamezni profili se določijo z vsakoletnim področnim dogovorom za socialno varstveno dejavnost.

5.4.2. Osebe v posebnih socialnovarstvenih zavodih, varstveno delovnih centrih in zavodih za usposabljanje

Praviloma bodo kadrovske standardi enaki kot v domovih za ostarele.

5.5. Naravna zdravilišča

5.5.1. Posteljne zmogljivosti

V nacionalnem programu zdravstvenega varstva ne načrtujemo zmogljivosti naravnih zdravilišč, se pa v njih odvija v skladu z zakonom specialistična ambulantna in bolnišnična rehabilitacija na sekundarni ravni.

V mrežo javne zdravstvene službe bo letno vključno okoli 290.000 oskrbnih dni v naravnih zdraviliščih, oziroma ne več kot 10% oskrbnih dni v vseh bolnišnicah v enem letu.

Če zdravilišče pridobi koncesijo za ambulantno specialistično dejavnost, zanj veljajo določila poglavja 5.2.1. tega dokumenta.

Zdravilišča lahko pridobijo koncesijo tudi za izvajanje ambulantne rehabilitacije bolnih in poškodovanih na primarni ravni in za laboratorijsko diagnostiko.

6. IZOBRAŽEVANJE ZDRAVSTVENIH DELAVCEV IN KADROVSKE POTREBE V JAVNI ZDRAVSTVENI MREŽI

Ukrepi v zvezi z izobraževanjem zdravstvenih delavcev bodo vplivali na tri področja:

- na vsebino študijskih programov,
- na odvisnost od števila zaposlenih v zdravstveni dejavnosti,
- na zmogljivosti zdravstvenih šol.

6.1. Študijski programi

Podpirali in priporočili bomo uvedbo takih izobraževalnih in študijskih programov, ki bodo prilagojeni priporočilom SZO in bodo poleg usmeritev tega plana upoštevali tudi:

- novo strategijo Zdravje za vse do leta 2000 in priporočila EU, da bi usmerili izobraževanje v uveljavljanje in ohranitev zdravja,
- priporočila EU pri izobraževanju zdravnikov splošne medicine,
- predlagane spremembe v izobraževanju na osnovi dolgoročnega programa razvoja zdravstvene nege v Republiki Sloveniji, ki je usklajen s priporočili SZO in Mednarodnega združenja medicinskih sester pri izobraževanju kadrov za zdravstveno nego,
- dolgoročne potrebe po zdravstvenih delavcih in zdravstvenih sodelavcih,
- novo strategijo pri programih podiplomskega izpopolnjevanja in usposabljanja,
- potrebo po vključitvi vzgoje za delo z ljudmi v vse izobraževalne programe,
- postopno vključevanje vsebin s področja zdravstvene ekonomike v študijske programe na vseh ravneh.

Učni program za zdravstvene tehnike bomo spremenili tako, da bodo zdravstveni tehniki in zobotehniki v večji meri praktično usposobljeni za delo, zdravstveni tehniki pa v celoti bistveno bolj usmerjeni v svoj poklic, kot so zdaj.

6.2. Potrebe po zdravstvenih delavcih in zdravstvenih sodelavcih

Ne glede na zmogljivosti zdravstvenih šol na vseh ravneh dolgoročno potrebujemo za mrežo javne zdravstvene službe v Republiki Sloveniji do leta 2004 na 100.000 prebivalcev največ naslednje število zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev:

- 1780 vseh zaposlenih v zdravstveni dejavnosti,
- 200 zdravnikov v vseh medicinskih strokah,
- 70 zobozdravnikov vključno s specialisti zobozdravniki,
- 20 medicinskih sester z univerzitetno izobrazbo,
- 37 farmacevtov vključno s specialisti,
- 180 diplomiranih medicinskih sester z visoko strokovno izobrazbo,
- 490 zdravstvenih tehnikov s srednjo strokovno izobrazbo,
- 800 vseh drugih zaposlenih v zdravstveni dejavnosti.

7. SPREMLJANJE RAZVOJA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA IN ZDRAVSTVENEGA STANJA

Spremljanje zdravstvenega varstva je tudi povezano z njegovim nadzorom. Kakovostna povezava med obema je, ko zdravstvena statistika pokaže na probleme v zdravstvenem varstvu, na podlagi analiz pa se raziščejo vzroki zanje in najdejo rešitve.

Sodoben pristop k analitiki zdravstvenega varstva pomeni, da vsak analizira svoje delo. To je možno, če so v vsaki dejavnosti strokovnjaki za analitiko. Na območni in republiški ravni bomo okrepili službo za analiziranje dela zdravstvene dejavnosti in potreb prebivalstva. Služba bo strokovna podpora ministrstva, zdravstvenega sveta, pristojnih zbornic in izvajalcev. Nadzor nad strokovnim delom posameznika bo v pristojnosti zbornice z javnimi pooblastili in ministrstva za zdravstvo.

Na državnem nivoju bomo zagotovili spremljanje dogovorjenih kazalnikov. V skladu z

metodologijo in priporočili SZO. Preverili bomo zbrane podatke, določili potrebne ter opredelili njihove uporabnike. Te bomo tudi izobrazili, da jih bodo znali vrednotiti. Do sedaj smo analizirali samo kazalnike umrljivosti in obolevnosti, premalo pa kazalnike zdravja. To pomanjkljivost bomo odpravili z vzorčnimi raziskavami.

SZO je izdelala metodologijo spremljanja zdravstvenega varstva, ki jo bomo sprejeli tudi pri nas. Kakovost dela bodo regionalno zagotavljali neodvisni analitiki. Nadzor bosta izvajala Razširjeni strokovni kolegij za varovanje zdravja in Zdravstveni svet. Spremembe v sistemu zdravstvenega varstva prinašajo večji poudarek na ekonomski učinkovitosti. To bomo spremljali z makroekonomskimi in mikroekonomskimi kazalniki. Precej pozornosti bomo posvetili izobraževanju managerjev v zdravstvu. Nadzor nad uresničevanjem pravic in pogodb nosilcev zdravstvene dejavnosti bo izvajal Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije v okviru svojih pristojnosti. Makroekonomski nadzor je naloga Ministrstva za zdravstvo.

S konkurenčnostjo v zdravstvu bo prišla v ospredje nuja po spremljanju potreb prebivalstva. Omogočili bomo izvedbo vzorčnih raziskav, s katerimi bomo raziskali potrebe uporabnikov.

Naš zdravstveno-informacijski sistem omogoča, da s SZO izmenjujemo zahtevane podatke. SZO je izdelala tudi kazalnikov zdravstvenega stanja prebivalstva. Z njihovo primerjavo imajo države možnost primerjave glede doseganja ciljev "Zdravje za vse". Njihova vsakoletna objava in tolmačenje bosta nalogi Inštituta za varovanje zdravja Republike Slovenije, ki bo o tem poročal ministrstvu, opozarjal na težave in predlagal ukrepe. Pod okriljem SZO so nastale tudi mreže mednarodno primerljivih in javno dostopnih informacij na področju preprečevanja bolezni in pospeševanja zdravja, v katerem se bo Republika Slovenija vključila. Okrepili bomo tudi sodelovanje z EU, v procesu vključevanja v EU in meddržavne stike.

8. ODGOVORNOSTI ZA IZVAJANJE NACIONALNEGA PROGRAMA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

Odgovorno ravnanje vseh družbenih sektorjev, ki vplivajo na zdravje ljudi, je ključni pogoj za izvajanje nacionalnega programa zdravstvenega varstva in za oblikovanje ter izvajanje politike pospeševanja zdravja. Odgovornost je porazdeljena v okviru njegovih zakonskih pristojnosti med naslednje nosilce:

- Državni zbor Republike Slovenije,
- Vlada Republike Slovenije,
- svet za zdravje,
- Ministrstvo za zdravstvo, Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, Ministrstvo za okolje in prostor, Ministrstvo za šolstvo in šport, Ministrstvo za kmetijstvo, gozdarstvo in prehrano in Ministrstvo za finance,
- Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije,
- druga ministrstva, vsako na svojem področju delovanja,
- občine,
- izvajalci zdravstvenega varstva na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti,
- zbornice, združenja in Slovensko zdravniško društvo,
- Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje.

Pri izvajanju nacionalnega programa zdravstvenega varstva sodelujejo tudi nevladne organizacije, mediji in civilna družba.

9. KONČNA DOLOČBA

Ta nacionalni program začne veljati petnajsti dan po objavi v Uradnem listu Republike Slovenije.

Št. 500-01/89-1/206

Ljubljana, dne 30. maja 2000.

Predsednik
Državnega zbora
Republike Slovenije
Janez Podobnik, dr. med. l. r.