

»Na podlagi 6. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo in 91/07) in v zvezi s 109. členom in drugim odstavkom 169.a člena Poslovnika državnega zbora (Uradni list RS, št. 92/07 – uradno prečiščeno besedilo) je Državni zbor na seji dne 26. junija 2008 sprejel

R E S O L U C I J O

o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013 »Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev« (ReNPZV)

1. UVOD

Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva (v nadaljnjem besedilu: Plan) temelji na Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo in 91/07; v nadaljnjem besedilu: ZZVZZ) in upošteva smernice zdravstvene strategije Evropske unije Skupaj za zdravje: strateški pristop EU za obdobje 2008–2013 (vir: <http://register.consilium.europa.eu/pdf/sl/07/st14/st14689.sl07.pdf>), ki jo je sprejel Evropski svet v letu 2007.

Večina evropskih držav se v javnem zdravstvu srečuje s pritiski za dodatna sredstva zaradi povečanja cen zdravil in novih bioloških zdravil, uvajanja novih tehnologij za diagnostiko in zdravljenje. Plan s tem namenom poudarja in na prvo mesto postavlja krepitev zdravja in preventivo, upošteva pa tudi pomen rehabilitacije in ponovnega vključevanja že obolelih v delovno okolje, družino in širšo družbo.

Osrednje mesto v sistemu zdravstvenega varstva daje Plan pacientu, ki mora postati enakovreden partner v odnosu do zdravnika in drugih zdravstvenih delavcev, seznanjen s svojimi pravicami in dolžnostmi. Obravnava pacienta mora biti celostna, od spočetja do smrti, vključujoč paliativno oskrbo. Za zadovoljnega pacienta moramo ustvariti razmere za učinkovito in kakovostno delo ter za motivacijo izvajalcev zdravstvenih storitev. Gre za vprašanje organizacije dela, delitve dela med posameznimi ravni zdravstvenega varstva, med javnim in zasebnim delom, z upoštevanjem možnosti javno-zasebnega partnerstva. Poudarek mora biti na vidnih rezultatih, ki jih pacienti občutijo, in na kazalnikih, ki omogočajo merjenje kakovosti storitev izvajalcev.

Podaljševanje življenjske dobe in s tem vse večje število ljudi s kroničnimi boleznimi pomembno vplivata na kakovost življenja posameznika in tudi porabo sredstev, namenjenih za zdravstveno varstvo. Na to opozarjata tudi Evropska unija (v nadaljnjem besedilu: EU) in Svetovna zdravstvena organizacija (v nadaljnjem besedilu: SZO). S staranjem prebivalstva se spreminjajo in povečujejo potrebe posameznika po različnih zdravstvenih storitvah. Zaradi usmerjenosti k večji obravnavi pacientov tudi v domačem okolju oziroma na primarni ravni je treba predvsem organizirati različne službe, ki bi bile vsem dostopne in bi zadovoljile potrebe po celostni zdravstveni obravnavi ali integrirani celostni

obravnavi. Plan zato posebno pozornost namenja tudi obravnavi te skupine prebivalstva. Poudarja dejavno vlogo pacienta ter interdisciplinarni in integrirani pristop.

Zaradi uresničitve navedenega opredeljujemo ukrepe za delitev dela med primarno, sekundarno in terciarno ravno ob ustreznem nadzoru s spodbujanjem prenosa najboljših praks na vse ravni, zagotavljanjem razvoja zdravstvenega varstva na demografsko ogroženih območjih ter s prilagoditvijo zdravstvene dejavnosti novim epidemiološkim razmeram. To so področja, ki bodo ob postavitvi dolgoročnih strategij spodbudila učinkovitost sistema tudi kratkoročno.

Uvajanje telemedicine, telenega, telefarmacije in drugih informacijskih tehnologij bo omogočilo, da bodo specializirani vrhunski strokovnjaki v zdravstvu prevzemali vlogo konzultantov in usklajevalcev ter s tem dvignili kakovost, varnost in obseg zdravstvenih storitev.

Skrajšanje čakalnih dob bo ob pomoči informacijskih tehnologij mogoče doseči z natančnim načrtovanjem dela, naročanjem na določeno časovno enoto, stalnim spremljanjem in posodabljanjem nacionalnega čakalnega seznama ter uporabo slikovnih in diagnostičnih podatkov na spletnih straneh.

Glede na stanje ustnega zdravja prebivalstva, doseženo stopnjo zobozdravstvene dejavnosti in razpoložljive družbene možnosti je treba v Republiki Sloveniji na novo določiti usmeritev zobozdravstvenega varstva. Pomembna je dostopnost za vse državljane, poudarek je treba dati preventivi ter otroškemu in mladinskemu zobozdravstvu. Povečati je treba nadzor in zbirati podatke, ki bodo omogočali ustrezno načrtovanje oziroma ukrepanje.

Slovensko zdravstvo se poleg navedenega srečuje tudi s pomanjkanjem zdravnikov in diplomiranih medicinskih sester, pomanjkljivostmi v znanju vodenja in upravljanja zdravstvenih zavodov ter tudi omejenimi možnostmi odločanja vodstev zdravstvenih zavodov. Menedžment in upravljanje v zdravstvu mora postati osrednja tema kadrovskega razvoja, upravljanja in vodenja javnih zdravstvenih zavodov ter usklajenega delovanja vseh izvajalcev v mreži javne zdravstvene službe (v nadaljnjem besedilu: javna mreža). Ob tem je treba jasno opredeliti razmerja in pravila v odnosu izvajalcev v javni mreži z izvajalci zunaj javne mreže.

Kultura zaposlenih v zdravstvu se mora razvijati predvsem v smislu izboljšanja odnosov ter odgovornosti do pacientov ter zavedanja kakovosti dela in učinkovitega ravnanja s človeškimi, finančnimi in materialnimi viri. Prav zaradi tega je treba v zdravstvo uvesti kulturo poročanja o nevarnih dogodkih brez kaznovanja in sramotenja poročevalca ter pacientom omogočiti pregled nad organizacijo dela in dokumentacijo opravljenih nadzorov. Dobri medsebojni odnosi, spoštovanje različnosti in interdisciplinarnost timov je temeljni pogoj za kakovostno skupinsko delo, še zlasti ob uporabi zahtevnih tehnologij.

Komuniciranje z javnostjo ter obveščanje pacientov na prijazen in razumljiv način bosta pripomogla k zaupanju v sistem zdravstva za vse skupine prebivalstva, še zlasti za posamezne ogrožene skupine, in vplivali na ozaveščanje o skrbi za lastno zdravje.

Uradno priznanje zdravilstva in nadzor nad njim pomenita dopolnjevanje možnosti skrbi za pacienta, če se bo za to odločil.

Nosilec obveznega zdravstvenega zavarovanja (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije; v nadaljnjem besedilu: Zavod) mora izpeljati reformo lastnega administrativnega poslovanja, znižati stroške in realno oceniti najpogostejše skupine primerljivih primerov (v nadaljnjem besedilu: SPP). Ti morajo spodbujati k učinkovitosti na posameznih področjih in biti hkrati kazalnik te učinkovitosti. Uvedba dodatnih ponudb na področju (prostovoljnega) zdravstvenega zavarovanja, javno-zasebno partnerstvo in vključitev zasebnega kapitala bodo povečali učinkovitost uporabe sredstev ter s tem učinkovitost zdravstvenih storitev in dostopnost do njih.

Dolgoročni razvoj zdravstvenega varstva bo temeljil na strategiji in temeljnih aktih EU ob upoštevanju posebnosti zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji. Ta je predvsem vezan na sistem financiranja, mrežo zdravstvenih domov na primarni ravni, dostopnost do zdravstvenega varstva na demografsko ogroženih območjih in razporeditev izvajalcev ambulantne specialistične in bolnišnične dejavnosti.

Z ustanovitvijo pokrajin bodo pristojnosti in odgovornosti, vključno z vlaganjem, za sekundarno raven lahko prešle na pokrajine. Terciarna zdravstvena dejavnost, pa tudi organizacija in opredelitev nujne medicinske pomoči (v nadaljnjem besedilu: NMP) ter področje epidemiološkega spremljanja in obvladovanja nalezljivih bolezni bodo še naprej ostali v pristojnosti države.

Zbornice in strokovna združenja na področju zdravstva se bodo prilagajala delitvi strokovnih kompetenc in načinov financiranja ter prevzela naloge uvajanja sistemov kakovosti. Reprezentativni sindikati in drugi socialni partnerji ostajajo enakovredni partnerji pri dogovarjanju za delovne razmere in plačno politiko. V zdravstveno varstvo bo bolj vključena tudi civilna družba, ki se s svojo dejavnostjo v zdravstveno varstvo prebivalstva vključuje posredno.

Na področju zdravstvene dejavnosti bo v naslednjem obdobju postal pomemben izziv tudi mobilnost pacientov in zdravstvenih strokovnjakov v EU, kar bo treba upoštevati pri vseh usmeritvah in odločitvah. Na drugi strani pa se zaradi globalizacije srečujemo tudi z nevarnostmi širjenja nalezljivih bolezni in problemom njihovega obvladovanja.

Zdravje postaja sestavni del vseh politik, predvsem finančne, delovne in prometne politike, politike varovanja okolja, kmetijstva in pridelave hrane, izobraževanja, športa in sociale, da tako na vseh področjih naredimo kar največ, da ohranjamo zdravje kot največjo vrednoto.

Sprememba življenjskih razmer in življenjskega sloga je tisti dejavnik, ki lahko poveča kakovost življenja ljudi, njihovo pričakovano zdravo življenjsko dobo in zmanjšanje stroškov zdravstvenega varstva. Varnost, obvladovanje negativnega stresa, neuporaba psihoaktivnih snovi (prepovedane droge, alkohol, tobak), uravnotežena prehrana, redna telesna dejavnost, zdrava spolnost in higiena so ključna področja z zdravjem povezanega vedenja, ki jih kot ozaveščena družba lahko močneje spodbujamo in s tem podaljšamo zdravo življenjsko dobo.

2. USMERITVE NACIONALNEGA PLANA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

2.1 Vizija

Ozavestiti skrb in odgovornost za zdravje v družbi in pri posamezniku ter organizirati dostopen, kakovosten in dolgoročno vzdržan sistem zdravstvenega varstva, v katerem je pacient partner.

2.2 Poslanstvo

Oblikovanje pogojev in zdravju naklonjenih javnih politik v korist vseh prebivalcev Republike Slovenije.

2.3 Ključni cilj

Ključni cilj Plana so zdravi prebivalci Republike Slovenije, zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev.

2.4 Vrednote

- zdravje: to je največja vrednota posameznika, družine in celotne družbe, ki hkrati pomeni kakovost življenja;
- univerzalnost: dostop do zdravstvenega varstva mora biti omogočen vsakomur;
- enakost: vsakdo ima enake možnosti za čim boljše zdravje;
- solidarnost: vsak prispeva v zdravstveni sistem glede na svojo sposobnost, vsakomur so zagotovljene storitve glede na njegove potrebe;
- vključenost: dejavna vključenost vseh akterjev v sistemu zdravstvenega varstva pri odločanju;
- kakovost: zagotavljanje varne in visokokakovostne celostne zdravstvene obravnave;

- odgovornost: vsi smo odgovorni za svoje lastno zdravje in zdravje drugih, kar se kaže v dejavnem sodelovanju za ohranitev in izboljšanje zdravja ter zagotavljanju delovanja sistema zdravstvenega varstva;
- zaupanje: medsebojno zaupanje in spoštovanje med uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev ter med izvajalci samimi;
- etično ravnanje: etične norme ravnanja v zdravstvenih poklicih morajo segati od spoštovanja življenja do upoštevanja posameznika in njegove volje.

3. PREDNOSTNA RAZVOJNA PODROČJA S CILJI

Prednostna razvojna področja s cilji so:

3.1 Krepitev in varovanje zdravja

- podaljševanje pričakovane zdrave življenjske dobe in povečevanje kakovosti življenja za vse skupine prebivalstva,
- krepitev zdravja in zdravstvena vzgoja,
- zmanjšanje neenakosti v zdravju (med spoloma, posameznimi regijami in posameznimi družbenimi skupinami),
- prepoznavanje in obvladovanje dejavnikov tveganja za zdravje iz okolja,
- krepitev duševnega zdravja in zmanjšanje števila samomorov,
- zmanjšanje zasvojenosti (tobak, alkohol, droge),
- obvladovanje groženj zdravju (nalezljive bolezni, kemijska varnost, varnost pred sevanji),
- dobra pripravljenost na krizne razmere zaradi množičnih nesreč oziroma nalezljivih bolezni večjih razsežnosti,
- zgodnje odkrivanje raka in drugih kroničnih nenalezljivih bolezni,
- izboljšanje ustnega zdravja,
- preprečevanje škodljive izpostavljenosti na delovnem mestu in nastajanja poklicnih bolezni,
- zmanjševanje poškodb in smrti v prometu;

3.2 Zdravstvena dejavnost

- ureditev javne mreže (primarna, sekundarna in terciarna raven, NMP, lekarniška dejavnost, zobozdravstvena dejavnost, patronažno varstvo, dejavnost fizikalne in medicinske rehabilitacije, dejavnost laboratorijske medicine, paliativne oskrbe) kot osrednjega nosilca in izvajalca zdravstvenih storitev,
- učinkovito izvajanje zdravstvenih storitev,
- skrajševanje čakalnih dob,
- prestrukturiranje in opredelitev nove vloge, vsebine dela in odgovornosti izvajalcev zdravstvenih storitev na posameznih ravneh zdravstvenega varstva (poudarjena vloga zdravstvenih domov, Inštituta RS za varovanje zdravja, območnih zavodov za zdravstveno varstvo, bolnišnic, razširjenih strokovnih kolegijs in zdravstvene dejavnosti na terciarni ravni),
- povečanje vloge medicinskih sester in babic pri prevzemanju novih samostojnih vlog pri obravnavi kroničnih bolnikov in zdravih nosečnic,
- povečanje racionalnosti in izkoriščenosti obstoječih zdravstvenih zmogljivosti (kadrov, prostorov, opreme),
- zakonska in organizacijska razmejitev javnega in zasebnega interesa ter dejavnosti izvajalcev v javni mreži,
- zagotovitev varne in visokokakovostne zdravstvene oskrbe in nadzora,
- učinkovito izvajanje medicinske rehabilitacije,
- nadaljnji razvoj neakutne obravnave, ki je namenjena prehodni obravnavi pacientov in zmanjšanju potreb po dolgotrajni oskrbi,
- razvoj patronažnega varstva,
- razvoj dolgotrajne oskrbe,
- učinkovito izvajanje celostne zdravstvene obravnave pacientov s kroničnimi stanji,
- razvoj paliativne oskrbe,
- povečanje odgovornosti vsakega posameznika v zdravstvu, menedžmentu priskrbeti ustrezno orodje pri vodenju ter zagotavljanju ustreznega usposabljanja,

- povečanje motiviranosti zaposlenih v zdravstvu med drugim tudi z ukrepi za spodbujanje nadpovprečnega dela v sodelovanju s socialnimi partnerji,
- izobraževanje zaposlenih v zdravstvu,
- specializacija dejavnosti pri izvajalcih zdravstvenih storitev,
- nova opredelitev vloge zdravstvenih zbornic in strokovnih združenj v sistemu zdravstvenega varstva ter redno spremljanje uspešnosti njihovega dela,
- ureditev javno-zasebnega partnerstva;

3.3 Civilna družba

- sodelovanje civilne družbe v postopkih priprave predpisov s področja zdravstva,
- sodelovanje pri ključnih odločitvah s področja zdravstva,
- sodelovanje s pacienti in njihovimi organizacijami;

3.4 Zdravila in medicinski pripomočki

- regulacija cen zdravil: regulacija najvišjih dovoljenih cen zdravil in odprte možnosti za vključitev vseh plačnikov zdravstvenih storitev v pogajanje s partnerji ter izboljšanje nadzora nad cenami zdravil, ki bremenijo javna in zasebna finančna sredstva, zagotovitev ustreznega vrednotenja zdravil in opredelitev dodane vrednosti zdravila; oblikovanje politike cen, ki zagotavlja upoštevanje specifičnosti majhnega trga; ustrezna povezava načel relativne in stroškovne učinkovitosti zdravil,
- ohranitev kakovostnega nabora zdravil: glede na majhnost trga je posebej pomembno ohraniti kakovosten nabor zdravil ob upoštevanju nacionalnih meril o nujnosti posameznih skupin zdravil glede na njihov vpliv na javno zdravje, krepiti regulative zdravil na področju kakovostnih in dostopnih informacij za paciente ter na področju farmakovigilance oziroma spremljanja vrednotenja in hitrega reagiranja na neželene učinke zdravil; zasnovati sistem primerljivih zdravil na podlagi farmakoterapevtskih lastnosti zdravila in ozaveščene strokovne in splošne javnosti; pristojni organi odločitve v sistemu primerjalnega vrednotenja zdravil sprejemajo v luči prednostnih nalog nacionalnih zdravstvenih programov; povečevati dostopnost do zdravil na majhnih, ekonomsko nezanemljivih trgi in skrbeti za nadaljnji razvoj sistema medsebojno zamenljivih zdravil,
- povečanje nadzora nad področjem zdravil in medicinskih pripomočkov: potrebno je tesno sodelovanje farmacevtskega nadzorstva, zdravstvene inšpekcije in tržne inšpekcije za zagotavljanje kakovosti, učinkovitosti in sorazmernosti glede na razdeljene pristojnosti ter podlage enotnega delovanja sistema,
- povečanje konkurenčnosti: glede na posebnosti majhnega trga je posebej pomembno nameniti pozornost razvoju ugodnih razmer na trgu, da bi se izboljšali konkurenčnost in ponudba zdravil (ambulantno predpisanih zdravil, bolnišničnih zdravil, zdravil brez recepta) ter širitev prodajnih kanalov v primeru nekaterih zdravil brez recepta (specializirane trgovine),
- povečanje ozaveščenosti javnosti o:
 - racionalni uporabi zdravil,
 - pomenu in vrednosti generičnih ter inovativnih zdravil za nacionalni zdravstveni sistem,
 - pomenu ustrezne informacije o zdravilih in medicinskih pripomočkih ter dejavni vlogi pacientov pri zdravljenju,
- zagotavljanje kakovostnih, varnih in učinkovitih zdravil na trgu: krepitev regulative zdravil na področju kakovostnih in dostopnih informacij za paciente ter na področju farmakovigilance oziroma spremljanja vrednotenja in hitrega reagiranja na neželene učinke zdravil v smislu izboljšanja rednega poročanja zdravnikov o neželenih učinkih zdravil, vključno z vlogo pacientov v sistemu, izboljšano obvladovanje tveganj zaradi medsebojnega delovanja pri sočasni uporabi različnih zdravil, vključno z ustrezno uporabo možnosti, ki jih ponuja informacijska tehnologija, povezava med udeleženci v sistemu, posebna pozornost je potrebna pri občutljivih skupinah prebivalstva (nosečnice, otroci, starejši);

3.5 Informacijska tehnologija

- uporaba informacijske tehnologije kot temelja za celovito obravnavo pacientov,
- informatizacija zdravstvenega sistema, ki vključuje tudi elektronske laboratorijske napotnice in elektronske izvide,
- razvoj telemedicine;

3.6 Finančni sistem zdravstvenega varstva

- dolgoročna finančna vzdržnost sistema,
- ohranitev ravni javnih izdatkov na povprečju EU,
- povečanje učinkovitosti uporabe vseh virov;

3.7 Investicije in standardizacija

- standardizirati postopke in sistem vodenja investicij,
- postavitev struktur za vodenje in upravljanje investicij,
- priprava enotnih smernic za prostore in opremo,
- zagotavljanje učinkovitega črpanja evropskih sredstev,
- izločitev investicij z ministrstva na javne zdravstvene zavode;

3.8 Komuniciranje z javnostjo

- zagotovitev dvosmernega komuniciranja z javnostjo,
- posodobitev komunikacijskega načrta za morebitne naravne nesreče in izredne razmere.

4. STRATEGIJA RAZVOJA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

Plan je postavljen v kontekst že sprejete Strategije razvoja Slovenije (vir: <http://www.umar.gov.si/projekti/srs/StrategijarazvojaSlovenije.pdf>), zdravstvene strategije Evropske unije Skupaj za zdravje: strateški pristop EU za obdobje 2008–2013 ter smernic SZO (vir: Okvirna strategija SZO Zdravje za vse, <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800038.pdf>).

Okvirna strategija SZO Zdravje za vse opredeljuje temeljne vrednote za pripravo politik javnega zdravstva. Med vrednotami je na prvem mestu enakost, kar pomeni, da ima vsakdo enake možnosti za čim boljše zdravje. Ta vrednota zavezuje oblikovalce zdravstvene politike, da določijo primerne prednostne naloge. Zdravstvene politike, ki temeljijo na upoštevanju načela enakosti, zagotavljajo, da so zdravstvene storitve enakomerno dostopne prebivalstvu ter da je posebna pozornost namenjena revnim in drugim ranljivim skupinam ter skupinam, ki živijo na obrobju družbe. Okvirna strategija Zdravje za vse kot pomembno vrednoto opredeljuje tudi solidarnost, ki pomeni predvsem, da vsak posameznik prispeva v zdravstveni sistem glede na svojo sposobnost in da so vsakomur zagotovljene storitve glede na potrebe. Solidarnost pomeni tudi način doseganja enakosti, saj pomaga pri uravnoteženju vpliva različnih determinant zdravja in dostopnosti do zdravstvenih storitev. Enakost in solidarnost sta neposredno povezani s tretjo vrednoto, to je vključenost. Dejavna vključenost posameznikov in različnih organizacij v zdravstvenem sistemu bistveno izboljšuje kakovost odločanja.

Dopolnjena okvirna strategija Zdravje za vse iz leta 2005 (vir: <http://www.euro.who.int/document/e87861.pdf>) še posebej poudarja usmeritve za doseganje najboljšega zdravja vsakega posameznika in za zmanjševanje razlik v zdravju. Medtem ko je za izboljšanje zdravja nujno potrebna dejavna vloga vsakega posameznika, so temeljni pogoj za boljše zdravje usklajeni večsektorski in medsektorski pristopi, ki vplivajo na determinante zdravja. Vsak del družbe je odgovoren za učinke, ki jih imajo njegove dejavnosti na zdravje.

Zdravje je prednostna naloga pri opredeljevanju in izvajanju vseh politik in dejavnosti EU. Ustanovna pogodba (Pogodba o ustanovitvi Evropske skupnosti, vir: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/sl/oj/2006/ce321/ce32120061229sl00010331.pdf>) v 152. členu določa, da mora biti pri opredeljevanju in izvajanju vseh politik in dejavnosti Skupnosti zagotovljena visoka raven varovanja zdravja in zdravstvenega varstva.

Države članice morajo na tem področju dejavno sodelovati s sprejemanjem ukrepov, namenjenih predvsem spodbujanju, usklajevanju ali dopolnjevanju nacionalnih ukrepov na področju varovanja in izboljšanja zdravja ljudi, zmanjševanju škode zaradi odvisnosti od drog, zlorabe alkohola in zlasti

boja proti tobaku, obvladovanju najtežjih obolenj in čezmejnemu ogrožanju zdravja, spodbujanju čezmejnega sodelovanja in izmenjavi dobrih praks.

Evropska zdravstvena politika je pred pomembnimi skupnimi razvojnimi izzivi, zlasti z ukrepi za zmanjševanje razlik v zdravju, prilagajanje demografskim spremembam, zmanjševanje kroničnih nenalezljivih bolezni, večjo mobilnost zdravstvenega osebja in pacientov, obvladovanje čezmejnih in globalnih zdravstvenih groženj, zagotavljanje varnosti pacientov, hiter razvoj medicinskih tehnologij in nujnost ohranjanja dolgoročno vzdržnih, kakovostnih in socialno naravnanih zdravstvenih sistemov, ki bodo pripomogli h gospodarskemu razvoju in hkrati ustrezno odgovorili na vse večja pričakovanja ozaveščenih državljanov.

Sprejetje pristopa, ki preusmerja poudarek na preventivne ukrepe, je sestavni del strategije držav članic za zmanjšanje ekonomske obremenitve nacionalnih sistemov zdravstvenega varstva, saj spodbujanje zdravja in preventiva znatno prispevata k zmanjšanju stroškov zdravstvenega varstva ter s tem k finančni vzdržnosti sistema.

Konec leta 2007 sprejeta zdravstvena strategija EU Skupaj za zdravje: strateški pristop EU za obdobje 2008–2013 je potrdila zavezanost držav članic in Skupnosti k spoštovanju skupnih vrednot in načel zdravstvene politike, zagotavljanju možnosti za uresničevanje pravic in odgovornosti državljanov v skrbi za lastno zdravje v vseživljenjskem obdobju, njihovem dejavnem vključevanju v odločanje in prilagajanje zdravstvenega varstva potrebam pacientov, zmanjševanju neenakosti v zdravju med posameznimi družbenimi skupinami in regijami, upoštevanju naložb v zdravje kot pogoja gospodarskega razvoja in doslednemu vključevanju zdravja v politike na vseh ravneh na podlagi znanstvenih dokazov in preverjenih metodologij ocenjevanja vplivov.

Doseganje temeljnih strateških ciljev EU – dobro zdravje v starajoči se družbi, varovanje državljanov pred grožnjami za zdravje, vzdržni in prilagodljivi zdravstveni sistemi ter razvoj novih tehnologij – je predvsem odvisno od sodelovanja med nacionalnimi politikami in delovanjem na ravni EU.

Strategija razvoja Slovenije (vir: http://www.slovenijajutri.gov.si/fileadmin/urednik/dokumenti/strategija_razvoja_slovenije.pdf), ki opredeljuje vizijo in cilje razvoja Republike Slovenije ter pet prednostnih razvojnih nalog z akcijskimi načrti, v ospredje nove strategije postavlja celovito blaginjo vsakega posameznika. Strategija se ne osredotoča samo na gospodarska vprašanja, temveč vključuje tudi socialna, okoljska, politična, pravna in kulturna razmerja.

Razvojna naloga Povezovanje ukrepov za doseganje trajnostnega razvoja se dotika tudi zagotavljanja optimalnih pogojev za zdravje. Ti so dosegljivi s povezovanjem ukrepov in pogojev za varovanje zdravja v sektorske politike, zmanjševanjem razlik v zdravju med regijami in skupinami prebivalstva, spodbujanjem zdravih vedenjskih vzorcev in preprečevanjem zgodnje obolevnosti, izboljšanjem dostopnosti in kakovosti zdravstvenih storitev ter posodobitvijo zdravstvenih zmogljivosti.

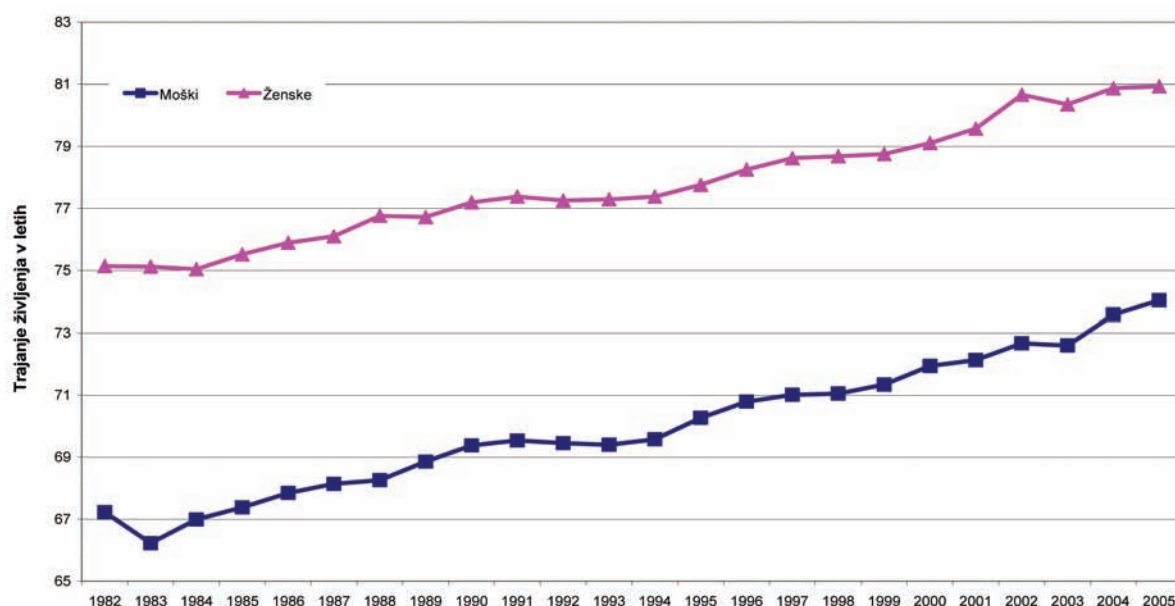
Strategija razvoja Slovenije za področje Zdravje kot del kakovosti življenja predvideva oblikovanje usmeritev za varovanje in krepitev zdravja ter zmanjševanje razlik v zdravju med regijami in skupinami prebivalcev; pripravo in uresničevanje programov varovanja zdravja s področja življenjskega sloga (prehranska politika, telesna dejavnost, alkohol, kajenje idr.); povečanje učinkovitosti sistema v smislu izboljšanja dostopnosti in kakovosti zdravstvenih storitev ter okrepitev preventivnih zdravstvenih programov; posodobitev zdravstvenih zmogljivosti na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti, še zlasti organizacijsko posodobitev NMP.

5. KAZALNIKI IN TRENDI ZDRAVSTVENEGA STANJA IN ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

5.1 Demografski kazalniki

Pričakovano trajanje življenja ob rojstvu se je v Republiki Sloveniji v zadnjih petindvajsetih letih podaljšalo, in sicer za 6 let pri ženskah in 6,5 leta pri moških ter je v letu 2005 znašalo 77,5 leta, in sicer 74 let za moške in 81 let za ženske.

Slika 1. Pričakovano trajanje življenja v Republiki Sloveniji v obdobju od 1982 do 2005



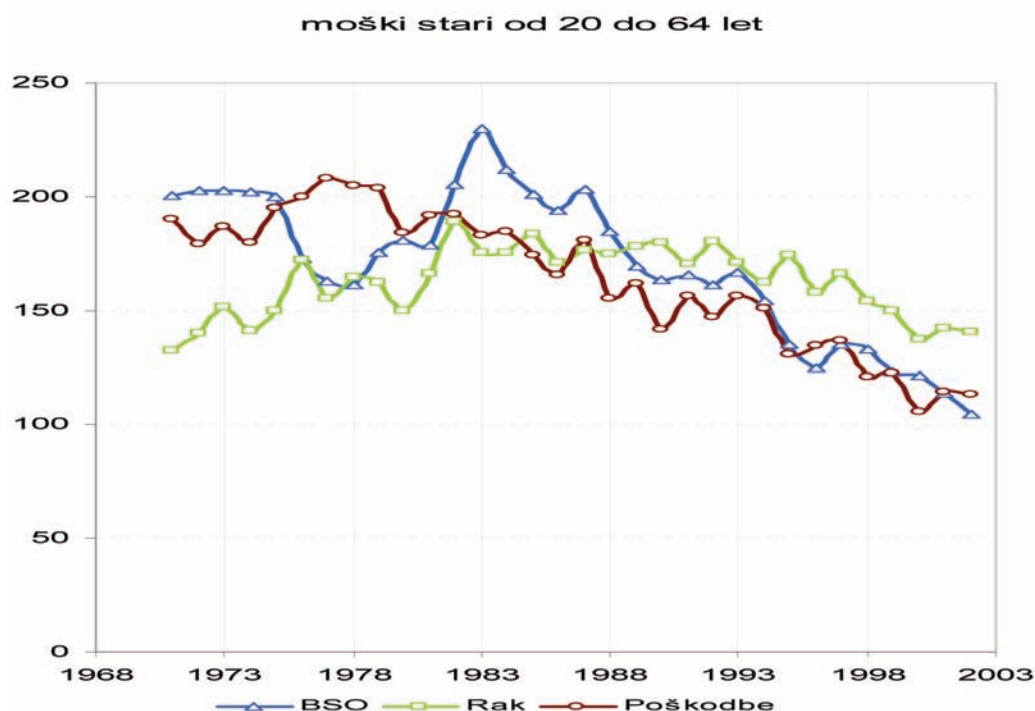
Vir: Statistični urad Republike Slovenije, 2007.

5.2 Kazalniki zdravstvenega stanja

5.2.1 Umrljivost in vodilni vzroki smrti

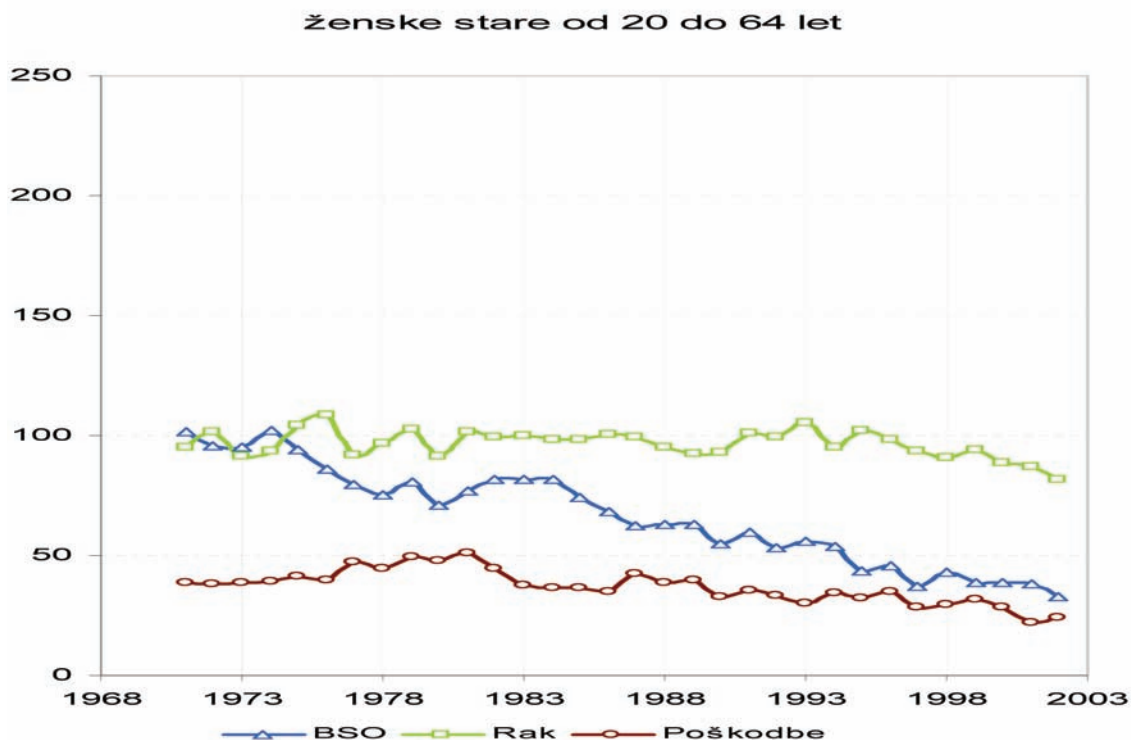
Glavni vzroki umrljivosti v Republiki Sloveniji so podobni kot v državah EU-15: na prvih treh mestih so bolezni srca in ožilja, rak in poškodbe. Stopnji umrljivosti zaradi bolezni srca in ožilja ter poškodb oziroma zunanjih vzrokov smrti sta se v zadnjih letih pomembno zmanjšali.

Slika 2. Umrljivost zaradi treh najpogostejših vzrokov smrti v Republiki Sloveniji pri moških, starih med 20 in 64 let, med letoma 1970 in 2002 (BSO – bolezni srca in ožilja).



Vir: Projekt Closing the Gap, 2007

Slika 3. Umrljivost zaradi treh najpogostejših vzrokov smrti v Republiki Sloveniji pri ženskah, starih med 20 in 64 let, med letoma 1970 in 2002 (BSO – bolezni srca in ožilja)



Vir: Projekt Closing the Gap, 2007

5.2.2 Prezgodnja umrljivost

Prezgodnja umrljivost je kazalnik, s katerim posebej prikazujemo umrljivost pred 65. letom starosti.

Prezgodnja umrljivost je pri moških v Republiki Sloveniji večja kot pri ženskah. V obdobju od leta 1997 do leta 2005 je bilo med vsemi umrlimi dobra četrтина mlajših od 64 let in kar 70 odstotkov med njimi je bilo moških.

Vodilni vzroki prezgodnje smrti so bili skupina rakavih bolezni, bolezni srca in ožilja ter zunanji vzroki obolenosti in umrljivosti. Skupaj so tvorili skoraj tri četrtine vseh prezgodnjih smrti.

Slika 4. Stopnje prezgodnje umrljivosti v Republiki Sloveniji po regijah v obdobju 2001 do 2005.

Vsi vzroki prezgodnje smrti 2001-2005



Vir: podatki IVZ RS; lastni izračuni

5.2.3 Bolezni srca in ožilja

Bolezni srca in ožilja so najpogostejši vzrok smrti v razvitih državah in eden glavnih vzrokov obolevnosti in zmanjšane kakovosti življenja. V Republiki Sloveniji s 3,59 umrlih na 1000 prebivalcev v letu 2006 so najpogostejši vzrok smrti in bolnišničnih obravnav ter šesti najpogostejši vzrok obravnav v primarnem zdravstvenem varstvu. Razširjenost bolezni srca in ožilja narašča s starostjo in so po 70. letu starosti najpogostejši vzroki smrti pri moških in ženskah.

5.2.4 Rakave bolezni

Rakave bolezni postajajo v Republiki Sloveniji vedno večji javnozdravstveni problem. Letno število novih primerov se hitro povečuje – med letoma 1992 in 1994 ter 2002 in 2004 se je incidenca (število novih primerov na časovno enoto) povečala za 39 odstotkov, število umrlih pa za 14 odstotkov med moškimi in za 12 odstotkov med ženskami. Čeprav pogosto videne kot bolezni poznega življenjskega obdobja, so med prezgodaj umrlimi že nekaj časa na prvem mestu in pomembno prispevajo k skrajšanju pričakovanega trajanja življenja v srednjem življenjskem obdobju, saj se pojavljajo bolj zgodaj kot bolezni srca in ožilja in so jih tudi že prehiteli po umrljivosti. Tako rakave bolezni prispevajo skoraj eno četrtno vseh prezgodaj izgubljenih let življenja v letu 2005. Kljub temu pa se kažejo pozitivni učinki pri preživetju, katerega ključni determinanta sta uspešnejše zgodnje odkrivanje in zdravljenje.

5.2.5 Poškodbe

V primerjavi z boleznimi obtočil in drugimi kroničnimi boleznimi poškodbe prizadenejo nesorazmerno velik delež otrok in mlajših odraslih in so glavni vzrok umrljivosti otrok, mladostnikov in odraslih do 40. leta starosti. To uvršča poškodbe na vodilno mesto po bremenu, saj prispevajo kar 30 odstotkov k vsem prezgodaj izgubljenim letom življenja. V ospredju sta predvsem samomor in umrljivost v prometnih nezgodah. Prezgodnje smrti pomenijo veliko izgubo človeškega kapitala in ekonomsko izgubo za družbo, saj zaradi prezgodnjih smrti zaradi poškodb v Republiki Sloveniji vsako leto po podatkih Inštituta za varovanje zdravja RS (v nadaljnjem besedilu: IVZ) izgubimo 134 milijonov evrov mogočega zaslužka, vplivajo pa tudi na demografska gibanja v Republiki Sloveniji, saj zaradi poškodb izgublamo predvsem otroke in mlade ljudi.

5.2.6 Duševno zdravje

Po podatkih Evropske komisije kar 27 odstotkov odraslih Evropejcev trpi za eno od oblik duševnih motenj. Med številnimi oblikami duševnih motenj je najbolj razširjena depresija, saj je v svetu glavni vzrok invalidnosti in je na četrtem mestu bremena bolezni. Trendi kažejo na naraščanje depresivnih motenj. Po projekcijah bo depresija do leta 2020 postala najpogostejši vzrok bolezni v razvitem svetu.

Pogostost depresivnih motenj v Republiki Sloveniji ni natančno znana. Podatki iz slovenske ankete kažejo, da 16 odstotkov vprašanih v zadnjem letu opaža znake, ki bi ustrezali depresiji. Glede na to, da nezdravljena depresija pripelje do manj kakovostnega življenja, pogosto pa tudi do samomora, bi bilo treba temu problemu nameniti več pozornosti. V povprečju imamo v Republiki Sloveniji 600 samomorov na leto, kar Republiko Slovenijo uvršča med najbolj ogrožene države. Skrb vzbujajoče je tudi to, da se po podatkih SZO za leto 2003 Republika Slovenija v standardizirani stopnji umrljivosti zaradi samomora oseb, starejših od 65 let, uvršča na prvo mesto.

5.3 Območne razlike v zdravju

V Republiki Sloveniji se je v prehodnem obdobju nadaljevala neenakomerna gospodarska razvitost regij z razlikami v indeksu človekovega razvoja, ki se po podatkih IVZ giblje med 0,851 na zahodu države in 0,819 na vzhodu države, razlikami v deležu upravičencev do denarnih socialnih pomoči in indeksu razvojne ogroženosti. Po podatkih nacionalne raziskave o dejavnih tveganja za kronične nenalezljive bolezni je prevalenca tveganega vedenja praviloma višja v regijah vzhodne Slovenije. Razlike v socialnoekonomskih kazalnikih in prevalenci tveganega vedenja med regijami sovpadajo z razlikami v zdravstvenem stanju. Prevalenca bolezni srca in ožilja, možganske kapi in sladkorne bolezni narašča v regijah od zahoda proti vzhodu Slovenije.

Tudi razlike v umrljivosti so povezane s socialnoekonomskimi dejavniki in izobrazbo, saj so stopnje umrljivosti v posameznih regijah obratnosorazmerne z bruto domačim proizvodom na prebivalca, z deležem študentov med prebivalci, starimi od 19 do 26 let, deležem prebivalcev z visokošolsko izobrazbo in netoplačo na zaposlenega ter premosorazmerne z registrirano in dolgotrajno brezposelnostjo, stopnjo prejemnikov denarne socialne pomoči ter indeksom ogroženosti. Stopnje umrljivosti, ki pomenijo najtežjo obolevnost med prebivalci, so bile v obdobju 2001 do 2005 razen notranjske regije višje v vzhodnem kot zahodnem delu Slovenije. Razlika med regijami z najvišjo (Pomurje in Notranjska) in najnižjo stopnjo umrljivosti (Gorenjska, Goriška in Primorska) je znašala pet umrlih na 1000 prebivalcev.

5.4 Zdravje skupin prebivalstva

5.4.1 Reprodukativno zdravje

Zdravstvena tveganja žensk se v različnih starostnih obdobjih razlikujejo, vendar je velik del bremena povezan prav z reprodukativnim zdravjem. Ženske so ogrožene zaradi svoje reprodukativne vloge, pa tudi zaradi bolezni, ki so značilne le zanje (rak dojke in ženskih spolnih organov, zapleti v nosečnosti ter drugo). Tako so pri ženskah bolezni in stanja, povezana z reprodukcijo in reprodukativnimi organi, med pomembnejšimi vzroki za obisk v primarnem zdravstvenem varstvu. Po pogostnosti prevladuje skupina nevnetnih, sledijo pa jim vnetne bolezni ženskih medeničnih organov. Prav tako so pri ženskah, predvsem mlajših, bolezni reprodukativnih organov ter bolezni in stanja, povezana z nosečnostjo, tudi med pomembnejšimi vzroki za napotitev na sekundarno oziroma terciarno raven obravnave ter na bolnišnično zdravljenje.

Rodnost v Sloveniji je v zadnjih dvajsetih letih prejšnjega stoletja izrazito upadla in je kljub temu, da se je ta trend po letu 2000 ustavil, ena najnižjih v EU.

Upadla je tudi stopnja splavnosti. Najvišja je bila leta 1982, ko je znašala 41,2 splava na 1000 žensk v rodni dobi, nato se je pričela zniževati in je v letu 2006 znašala le še 11,3 na 1000 žensk v rodni dobi. Republika Slovenija spada glede stopnje splavnosti v povprečje med članicami EU.

Zmanjševanje splavnosti je povezano z večjo uporabo zanesljive kontracepcije, ki se je še posebej povečala pri mladostnicah. Glede na to je število nosečnosti pri mladostnicah po podatkih IVZ pomembno upadlo.

Izvajalci predporodnega zdravstvenega varstva so večinoma ginekološki timi primarnega reprodukativnega zdravstvenega varstva, saj je manj kot desetina bodočih mamic za vodenje nosečnosti napotenih na terciarno raven. Povprečna starost vseh porodnic znaša že več kot 29 let in se še vedno povečuje. Z večanjem deleža starejših nosečnic narašča tudi število zapletov v nosečnosti. V obdobju 2003–2005 je bilo med nosečnostjo zdravljenih v bolnišnici 18 odstotkov nosečnic. Stopnja spontane splavnosti in primerov drugih patoloških oblik nosečnosti v zadnjem desetletju počasi narašča, prav tako tudi delež teh primerov med vsemi registriranimi nosečnostmi. V povprečju smo imeli v zadnjih letih nekaj več kot 5 spontanih splavov ter drugih patoloških oblik nosečnosti ter 0,7 primera zunajmaternične nosečnosti na 1000 žensk v rodni dobi.

Skoraj 93 odstotkov otrok, rojenih v letih 2003–2005, je bilo donošenih in le 0,6 odstotka rojenih pred 28. tednom nosečnosti, porodno težo, nižjo od 2500 gramov, pa je imelo nekaj manj kot 6 odstotkov otrok. Otroci iz večplodnih nosečnosti so predstavljali 3,5 odstotka vseh rojenih otrok, njihov delež pa je bil skoraj polovico višji kot pred desetimi leti.

Mrtvorojenost je v Republiki Sloveniji v zadnjem desetletju razmeroma visoka in ne kaže značilnega trenda upadanja. V obdobju 2002–2006 je znašala 5,3 na 1000 rojstev, kar je več od povprečja držav EU. Mrtvorojeni otroci so predstavljali dobrih 70 odstotkov vseh perinatalnih smrti.

Zgodnja neonatalna umrljivost je bila v istem obdobju nizka (2,2 na 1000 živorojenih), kar je za približno petino manj kot pred desetimi leti ter manj od povprečja v EU. Perinatalna umrljivost ne glede na porodno težo se v zadnjih desetih letih giblje med 6,1 in 9,2 na 1000 rojstev, perinatalna umrljivost otrok, težjih od 1000 gramov, pa med 3,5 in 5,7 na 1000 rojstev. V obdobju 2002–2006 je slednja v povprečju znašala 4,4 na 1000 rojstev, kar Republiko Slovenijo uvršča med uspešnejše države v EU.

Maternalna umrljivost je eden najpomembnejših kazalnikov uspešnosti delovanja sistema zdravstvenega varstva. V Republiki Sloveniji v zadnjih dvajsetih letih nismo dosegli pomembnejšega napredka pri znižanju stopnje maternalne umrljivosti. Najnižja do zdaj je bila v začetku devetdesetih let. V zadnjem preučevanem obdobju (2003–2005) znaša 9,4 maternalne smrti na 100.000 živorojenih otrok, in čeprav je nižja kot v predhodnem triletnem obdobju ter primerljiva z rezultati razvitega sveta, še vedno precej zaostajamo za najuspešnejšimi državami na tem področju.

Med desetimi najpogostejšimi rakavimi obolenji pri ženskah so kar trije raki ženskih spolnih organov (rak materničnega telesa na 5. mestu, rak materničnega vratu na 6. mestu in rak jajčnika na 9. mestu) ter rak dojke, ki zavzema vodilno mesto. V povprečju je v obdobju 2000 do 2004 za rakom dojke zbolelo 1030 žensk letno (101 na 100.000 prebivalk). Povprečna incidenčna stopnja raka materničnega telesa je znašala 28,0 na 100.000 žensk, povprečna incidenčna stopnja raka materničnega vratu pa 19,6 na 100.000 prebivalk (vir: Onkološki inštitut, 2007).

Za izboljšanje kazalnikov reproduktivnega zdravja je treba poskrbeti za sistematično ozaveščanje in obveščanje mladih, za čim boljšo dostopnost do reproduktivnega zdravstvenega varstva za vse ženske ter za načrtovanje, posodabljanje in izvajanje preventivnih programov na tem področju. Pare je treba motivirati, da starševstvo načrtujejo, prizadevati si je treba za čim širši izbor in dostopnost kontracepcijskih metod med celotnim rodnim obdobjem. Prav tako je ženske treba izobraževati o možnih zapletih v nosečnosti in v poporodnem obdobju ter drugih tveganjih na področju reproduktivnega zdravja.

5.4.2 Zdravje otrok in mladostnikov

V Republiki Sloveniji imamo zelo nizko stopnjo umrljivosti dojenčkov v primerjavi z drugimi državami, vendar ostaja veliko zdravstvenih težav v obdobju otroštva in mladostništva. Velika težava ostajajo poškodbe, ki so glavni vzrok umrljivosti. Naraščajo bolezni, kot so alergije, astma in sladkorna bolezen, veliko težav je na področju duševnega zdravja, kar bo v prihodnje ključno vplivalo na zdravje odraslih. Med šolarji in mladostniki je v primerjavi z drugimi starostnimi skupinami malo resnih bolezenskih stanj, vendar je pojav različnih bolezenskih znakov kar pogost. Velikokrat se kažejo znaki izpostavljenosti stresu.

V tem življenjskem obdobju se oblikuje življenjski slog od prehranskih navad, kajenja tobaka, pitja alkohola, telesne dejavnosti do spolnega vedenja.

Stanje v Republiki Sloveniji kaže, da je treba zmanjšati tveganje za nastanek nezdravega življenjskega sloga in s tem tveganje za nastanek bolezni.

5.4.3 Zdravje aktivnega prebivalstva

Za oceno zdravstvenega stanja aktivne populacije so pomembni kazalniki nezmožnosti za delo zaradi zdravstvenih razlogov, na katere pa vpliva tudi delovno in socialno okolje. Najvišje vrednosti nad 5 odstotkov povprečno odsotnih delavcev so bile dosežene sredi devetdesetih let prejšnjega stoletja.

Podatki kažejo, da slovenski delavci zbolevalo in se upokojujejo zaradi poškodb pri delu, pa tudi zunaj dela ter predvsem zaradi bolezni mišično-skeletnega sistema in duševnih oziroma vedenjskih motenj. Nenavadna je tudi visoka odsotnost z dela nosečih žensk, ne gre pa spregledati tudi pojava kroničnega stresa in pogoste izgorelosti delavcev.

Delovno aktivno prebivalstvo je poleg že omenjenih ergonomskih obremenitev izpostavljeno tudi kožnim in respiratornim alergenom, karcinogenom, organskim topilom in tudi hrupu.

Treba je na novo opredeliti vlogo Kliničnega inštituta za medicino dela, prometa in športa ter poskrbeti za popolno neodvisnost dejavnosti medicine dela pri delodajalcih. Poskrbeti je treba tudi za boljše komuniciranje med predpostavljenimi in zaposlenimi na samem delovnem mestu. Pri tem pa ne gre spregledati tudi odgovornosti zaposlenih in jo ustrezno opredeliti tudi v zakonodaji.

Med vzroki za izgubljene dneve zaradi nezmožnosti za delo so na prvem mestu poškodbe in zastrupitve, od katerih jih nekaj manj kot dve tretjini nastaneta zunaj dela, to je doma ali v prostem času. Na drugem mestu po količini izgubljenih dni je skupina mišično-kostnih bolezni. Največ primerov odsotnosti je zaradi bolezni dihal, med katere se uvrščajo tudi razna prehladna obolenja, vendar pa so to kratkotrajne odsotnosti.

Med odsotnimi je več žensk. Odsotnost se povečuje s starostjo delavcev, kar je posledica pogostejšega pojavljanja kroničnih bolezni.

Najhujše okvare zdravja privedejo do zmanjšane zmožnosti za delo, zaradi katere zaposleni postanejo invalidi. Glavni vzroki za popolno upokojitev so v več kot četrtini primerov iz skupine duševnih in vedenjskih motenj, sledijo rakave bolezni, srčno-žilne in kostno-mišične bolezni. Najštevilnejše so invalidnosti zaradi bolezni mišično-skeletnega sistema, vendar zaposleni s temi okvarami večinoma ostajajo delno delovno aktivni. Zmanjšana zmožnost za delo in upokojitev sta lahko tudi posledica poklicnih bolezni.

Zaradi družbenih stereotipov, da je vloga pacienta primernejša za ženske, otroke in starejše, ženske v povprečju slabše ocenjujejo svoje zdravje kot moški in so bolj pripravljene priznati bolezenska stanja, kar velja za fizične in psihosomatske težave. Anketirane ženske zaradi vseh vzrokov, razen zaradi poškodb in zastrupitev, pogosteje obiskujejo zdravnika, saj trikrat ali večkrat v letu obišče zdravnika 43 odstotkov žensk in le 33 odstotkov moških, poleg tega 53 odstotkov žensk letno obišče ginekologa.

Ženske bolj skrbijo za svoje zdravje, kar potrjujejo podatki nacionalne raziskave o dejavnikih tveganja za kronične nenalezljive bolezni v starosti 25 do 64 let, ki kažejo, da je odstotek kadilk (20,1 odstotka) nižji kot kadilcev (28,1 odstotka), delež oseb, ki se zelo nezdravo prehranjujejo je 1,5-krat višji pri moških kot pri ženskah, odstotek čezmernega pitja alkoholnih pijač pa 4.-krat višji pri moških kot pri ženskah. Po drugi strani pa je pri ženskah 1,4-krat višji odstotek nezadostne telesne dejavnosti in 1,3-krat višji odstotek tveganega stresnega vedenja, kar je pogosto povezano s pomanjkanjem časa zaradi obremenitev doma in na delovnem mestu.

Zaradi bolj zdravega načina življenja je med ženskami manj čezmerno prehranjenih oseb in oseb s sladkorno boleznijo kot pri moških, prav tako je prevalenca miokardnega infarkta 4-krat, možganske kapi pa dvakrat nižja pri ženskah kot pri moških v omenjeni starosti.

Ženske in moški najpogosteje umirajo zaradi bolezni srca in žilja, med odraslimi je tako med raki ravno tako najpogostejši vzrok smrti rak prebavil, sledi pa mu rak dojke. Tveganje, da bodo umrle zaradi bolezni, ki sta izrazito povezani s kajenjem, to sta pljučni rak in kronična obstruktivna pljučna bolezen, je pri ženskah štirikrat nižje kot pri moških. Prav tako je štirikrat nižje tveganje za samomor in smrt zaradi prometnih nezgod. Za smrt zaradi bolezni jeter in različnih nezgod, ki so povezane s čezmernim uživanjem alkohola, ishemične bolezni srca in raka prebavil, pa je tveganje dvakrat manjše.

5.4.4 Zdravje starostnikov

Že nekaj desetletij se v starostni strukturi prebivalstva povečuje delež ljudi, starejših od 65 let. Družbeno drevo življenja že dolgo nima več oblike trikotnika, ki je znak naraščanja prebivalstva, ampak ima obliko gobe, ki predstavlja družbo z nizkim številom otrok in visokim številom dolgo živčih starih ljudi. Govorimo o staranju prebivalstva, ki se bo verjetno nadaljevalo še v prihodnja desetletja.

V zdravstvenem varstvu starostnikov je verjetno najpomembnejše to, da potrebujejo več zdravstvenih storitev kot druge starostne skupine. Največ je in bo kroničnih bolezni, predvsem bolezni srca in ožilja, dihal, gibal, raka in presnovnih bolezni, številne pa so tudi poškodbe, zlasti zlomi in padci. To starostno obdobje zaznamujejo tudi različne oblike demenc in depresij.

5.5 Zdravstveno varstvo

5.5.1 Obravnave na primarni ravni

V letu 2005 je bilo v zunajbolnišničnem zdravstvenem varstvu na primarni ravni opravljenih več kot 10.300.000 obiskov pri zdravnikih in drugih dejavnosti (pri tem niso všteti kratki obiski), pri čemer jih je devet desetih prvih in ponovnih kurativnih obiskov ter le dobra desetina preventivnih obiskov in dejavnosti. Število obiskov je bilo med letoma 2000 in 2005 stabilno, po rasti za 30 odstotkov, do katere je prišlo v devetdesetih letih. Tako je bil vsak prebivalec v letu 2005 pri zdravniku na primarni ravni v povprečju 4,6-krat zaradi bolezni in vsak drugi prebivalec enkrat zaradi preventivnega obiska. Največ obiskov je bilo pri dojenčkih (7,2 obiska na dojenčka) in pri starostnikih nad 65. letom (6,9 obiska na starostnika). Najmanj obiskov je bilo v starostni skupini 10–19 let, in sicer 3 na otroka.

Najpogostejši razlogi, zaradi katerega obiščejo prebivalci zdravnika, so bolezni dihal, infekcijske in parazitarne bolezni, bolezni kože in podkožja, poškodbe in zastrupitve ter bolezni sečil in spolovil, ki se jim že zgodaj pridružijo bolezni mišično-skeletnega sistema ter endokrine, presnovne in prehranske motnje, predvsem težave s previsoko telesno težo in zvišanimi maščobami v krvi ter bolezni ščitnice in vse večja incidenca sladkorne bolezni. Vse večja težava med mlajšimi prebivalci so alergijske bolezni. Starejše življenjsko obdobje zaznamujejo bolezni srca in ožilja, bolezni prebavnega trakta, pri moških težave, povezane s prostato, in pri ženskah z rodili.

5.5.2 Ambulantne specialistične obravnave na sekundarni in terciarni ravni

Ker je v Republiki Sloveniji uveljavljen sistem izbranega osebnega zdravnika, ki tudi presoja o napotitvi na sekundarno in terciarno raven, sta pomembna kazalnik števila napotitev iz osnovnega zdravstva in delež napotitev med vsemi obiski. Med letoma 2001 in 2006 je delež napotitev med vsemi obiski vztrajno upadal, in sicer se je znižal s skoraj 11 odstotkov leta 2001 na dobrih 8 odstotkov leta 2006. Rast števila obiskov pri specialistu se je upočasnila zaradi manjšega naraščanja števila ponovnih obiskov. Struktura obiskov v obdobju 1990–2006 glede na štiri izbrane specialnosti kaže hiter porast števila obiskov v dejavnosti interne medicine, in sicer za več kot trikrat. Manjše povečanje je pri kirurgiji, kjer se je število obiskov povečalo za približno 50 odstotkov, in v okulistiki, kjer se je število obiskov povečalo za dobro tretjino. V dejavnostih, kjer je število obiskov absolutno manjše od prej navedenih, je do največjega povečanja prišlo v psihiatriji, in sicer za dvainpolkrat.

5.5.3 Poraba ambulantno predpisanih zdravil

V Republiki Sloveniji so zdravniki v letu 2006 ambulantno predpisali in izdali 14.373.502 recepta v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja in 482.445 samoplačniških receptov. Za samozdravljenje je bilo izdanih zdravil v vrednosti 32 mio. EUR, kar predstavlja 6,8 odstotka celotne vrednosti v letu 2006

izdanih zdravil (vir: Lekarniška zbornica). Med letoma 2005 in 2006 je bila stroškovna rast večja kot rast pri številu receptov.

V letu 2006 je bila povprečna vrednost enega recepta 6890 SIT. Povprečna vrednost izdanih receptov na enega prebivalca Slovenije pa je v letu 2006 znašala 50.556 SIT. Obe povprečni vrednosti sta nekoliko presegali povprečni vrednosti v letu prej.

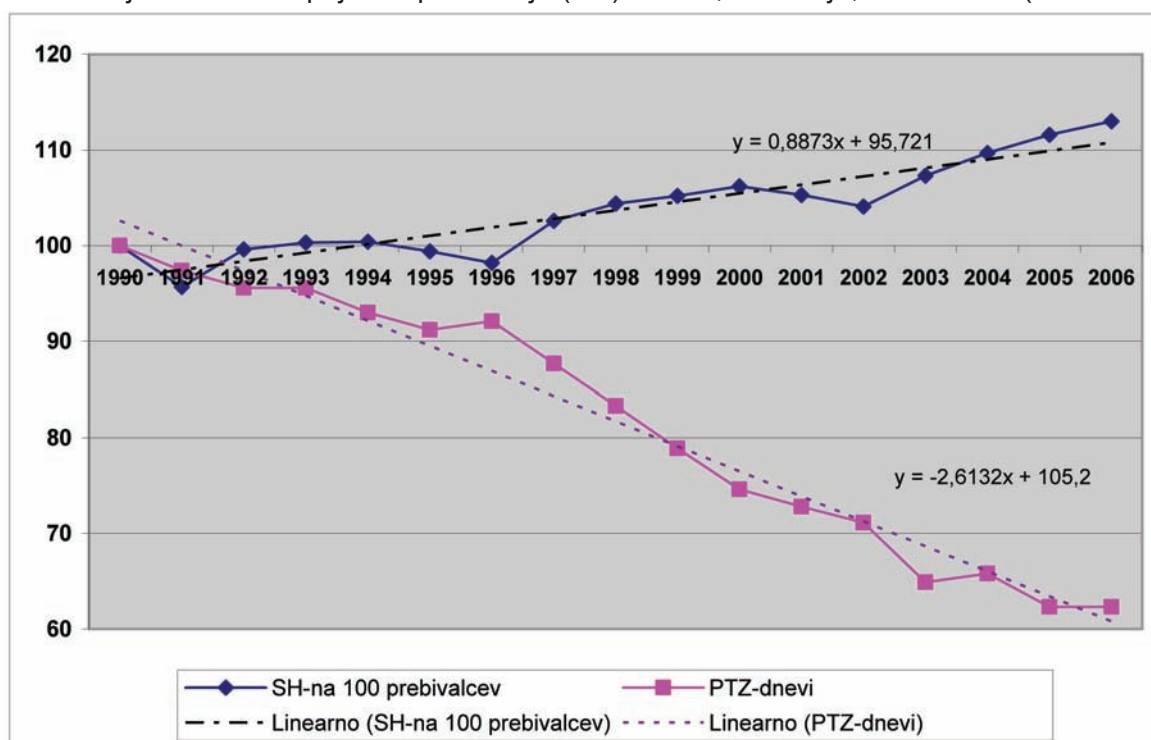
Povprečno so zdravniki predpisali 7,34 recepta na prebivalca. Pri obravnavanju celotnega števila receptov v obdobju od leta 1996 do leta 2006 se kaže trend rasti števila receptov. Po rasti v zadnjih nekaj letih se je število receptov s pozitivne liste med letoma 2005 in 2006 zmanjšalo ob sočasnem povečanju števila receptov z zdravili z vmesne liste. Še vedno pa je delež števila receptov z zdravili s pozitivne liste približno trikrat večji kot delež števila receptov z zdravili z vmesne liste. Število receptov z nerazvrščenimi zdravili je dosti manjše od števila receptov z vmesne liste in je bilo v zadnjih letih precej stalno. Pri primerjanju povprečne vrednosti enega recepta, izražene v ameriških dolarjih, lahko v istem obravnavanem obdobju od leta 1994 do leta 2006 ugotovimo največje povečanje povprečne vrednosti enega recepta z zdravili z vmesne liste. Za ambulantno predpisovanje zdravil v Republiki Sloveniji so značilne tudi bistvene razlike v pogostnosti predpisovanja posameznim starostnim skupinam prebivalcev. Poraba zdravil se precej povečuje po šestdesetem letu starosti. V letu 2006 je bilo v Republiki Sloveniji 15,75 odstotka ljudi starejših od 65 let, ki jim je bilo predpisanih 40,70 odstotka vseh receptov. V lekarnah je bilo izdanih približno 98 odstotkov zdravil, predpisanih na recept, preostalo pa so bili izdani izdelani magistralni in galenski pripravki.

5.5.4 Bolnišnične obravnave

V obdobju 1990 do 2006 se je stopnja hospitalizacije zaradi bolezni, poškodb, zastrupitev, porodov in splavov (vse skupine Mednarodne klasifikacije bolezni, poškodb in vzrokov smrti – MKB) v Republiki Sloveniji nekoliko povečala – leta 2006 je bila za 13 odstotkov večja kot leta 1990. Povprečno trajanje bolnišničnega zdravljenja (PTZ) zaradi istih vzrokov se je v Republiki Sloveniji postopoma skrajševalo (v opazovanem obdobju od 1990 do 2006 za 38 odstotkov).

Najpogostejši vzroki hospitalizacij v svetu in tudi pri nas so v zadnjih letih bolezni srca in ožilja, rak, poškodbe in zastrupitve, bolezni prebavil, bolezni dihal ter bolezni sečil in spolovil.

Slika 5. Gibanje indeksa stopnje hospitalizacije (SH) in PTZ, Slovenija, 1990–2006 (1990=100).



Vir: Health for All (HFA) podatkovna baza SZO (www.euro.who.int)

5.6 Nalezljive bolezni

Nalezljive bolezni in okužbe imajo z vidika bremena, vključno s finančnimi stroški, velik pomen za prebivalstvo in državo. Njihovo pojavljanje je povezano z dejavniki, ki vplivajo na nastanek in razširjenje nalezljivih bolezni in okužb s spremembami v okolju zaradi podnebnih sprememb, zaradi bolezni pri živalih ter tudi zaradi globalizacije, mobilnosti, ksenotransplantacij in ne nazadnje zaradi mogočega bioterorizma.

Deset najpogostejše prijavljenih nalezljivih bolezni predstavlja 85 odstotkov vseh prijav nalezljivih bolezni v opazovanem letu.

Preglednica 1. Deset najpogostejše prijavljenih nalezljivih bolezni v Republiki Sloveniji, 2005– 2006

DIAGNOZA	LETO 2005		LETO 2006	
	Štev. primerov	Inc./100.000	Štev. primerov	Inc./100.000
GASTROENTEROKOLIT-IS NEZNANEGA VZROKA	9800	489,1	11744	586,2
NORICE	9178	458,6	10840	541,7
AKUTNO VNETHJE MANDLJEV	3362	168,0	5628	281,2
LAJMSKA BORELIOZA	4123	206,0	4461	222,9
VIRUSNE ČREVESNE OKUŽBE	4328	216,3	4261	212,9
MIKROSPOROZA	2436	121,7	2698	134,8
ŠKRLATINKA	1785	89,2	2596	129,7
PASOVEC	1972	98,5	2325	116,2
ŠEN	1869	93,4	2062	103,0
SALMONELOZE	1519	75,9	1519	75,9
SKUPAJ	39388	1968,3	46956	2346,5

Vir: Register prijavljivih bolezni, IVZ RS

Okužba s HIV

V Republiki Sloveniji je s HIV okuženih manj kot ena oseba na 1000 prebivalcev, kar je razmeroma malo. Moški, ki imajo spolne odnose z moškimi, imajo največje breme okužb s HIV, vendar delež okuženih ni presegel 5 odstotkov teh moških.

Izrazit porast števila novih diagnoz okužbe s HIV po letu 2003 je izključno posledica porasta novih diagnoz med moškimi, ki imajo spolne odnose z moškimi. Razmeroma nizka obolevnost in umrljivost zaradi virusa HIV v zadnjih letih sta posledici dobre dostopnosti do zelo kakovostnega zdravljenja okužbe s HIV. Delež poznih diagnoz okužbe s HIV se znižuje, vendar je del novih diagnoz še vedno zelo poznih in zamujamo priložnosti za uspešno zgodnje zdravljenje.

Spolno prenosljive okužbe

Spolno prenesena okužba z bakterijo *Chlamydia trachomatis* (klamidijska okužba) je bila najpogostejše prijavljena spolno prenosljiva okužba (v nadaljnjem besedilu: SPO) v Republiki Sloveniji. V letu 2006 je bilo prijavljenih 141 primerov (7,0 na 100.000 prebivalcev), 40 odstotkov manj primerov kot v letu 2005. Breme SPO v Sloveniji je veliko, predvsem dveh najpogostejših SPO: okužbe z bakterijo *Chlamydia trachomatis* (klamidijske okužbe) in okužbe s *humanimi virusi papiloma* (v nadaljnjem besedilu: HPV).

V letu 2006 je bilo prijavljenih 35 primerov gonoreje (1,7 na 100.000 prebivalcev), 22 odstotkov manj primerov kot v letu 2005 in manj kot kadar koli prej. Breme gonoreje je bilo nesorazmerno veliko pri moških, ki imajo spolne odnose z moškimi. V letu 2006 je bilo med 33 prijavljenimi primeri gonoreje pri moških 12 primerov, pri katerih je pacient navedel vsaj enega moškega spolnega partnerja v zadnjih treh mesecih. V letu 2006 je bilo prijavljenih 15 primerov zgodnjega sifilisa (0,7 na 100.000 prebivalcev), kar je 50-odstotni upad prijavne incidence v primerjavi z letom 2005. Razmeroma velik porast prijavne incidence zgodnjega sifilisa v letu 2005 (1,5 na 100.000 prebivalcev) je bilo izključno posledica povečanega števila novo prepoznanih primerov med moškimi.

Genitalne bradavice, ki so posledica spolno prenesene okužbe s HPV, so najpogostejše prijavljene virusne SPO v Sloveniji in so zelo pogoste. Povzročajo jih približno 40 različnih genotipov HPV. Več kot 50 odstotkov spolno aktivnih oseb se v življenju okuži z vsaj enim spolno prenosljivim genotipom HPV. Raziskave so pokazale, da je dolgotrajna okužba z vsaj enim od najmanj 13 visokotveganih (onkogenih) genotipov HPV nujen vzrok za nastanek raka materničnega vratu. Ocenjujejo, da sta v Evropi, Severni Ameriki in Republiki Sloveniji za več kot 70 odstotkov raka materničnega vratu odgovorna dva od visokotveganih genotipov HPV (16 in 18). Dva med nizko tveganimi (neonkogenimi) genotipi HPV (6 in 11) pa povzročata skoraj vse genitalne bradavice.

Bolnišnične okužbe in protimikrobna odpornost

Bolnišnične okužbe so kljub občutnemu izboljšanju stanja v zadnjih sedmih letih velik javnozdravstveni problem v Sloveniji. Prve nacionalne podatke o obsegu tega problema v Republiki Sloveniji smo pridobili s prvo nacionalno prečno raziskavo, ki je bila izvedena v oktobru 2001. Vključeno je bilo vseh 19 slovenskih bolnišnic.

Najmanj eno bolnišnično okužbo je imelo 4,6 odstotka pacientov. Največ pacientov je imelo okužbe sečil (1,2 odstotka), sledile so pljučnice (1,0 odstotka) in okužbe kirurških ran (0,7 odstotka). Najmanj pacientov je imelo primarne okužbe krvi (0,3 odstotka). Dejavniki tveganja za nastanek bolnišničnih okužb so vključevali vstavljen centralni žilni kateter, periferni žilni kateter ali urinski kateter in hospitalizacijo v enoti intenzivne terapije. MRSA (proti meticilinu odporen *Staphylococcus aureus*) je bil dokazan pri 16,6 odstotka bolnišničnih okužb z znanimi povzročitelji. Od 34 bolnišničnih okužb, povzročenih samo s *Staphylococcus aureus*, jih je 61,8 odstotka povzročila MRSA.

V letih 2000–2007 je opazen upad deleža MRSA med invazivnimi izolati *Staphylococcus aureus* za 66 odstotkov. K temu so pripomogle uspešne strategije, ki jih je treba nadaljevati v naslednjih letih.

Program cepljenja

Slovenski program cepljenja določa obvezna in priporočena cepljenja za vse starostne skupine prebivalstva in posebne skupine (osebe, ki so pri opravljanju dela izpostavljene nalezljivim boleznim, potniki v mednarodnem prometu) ter ob izrednih razmerah.

Preglednica 2. Precepljenost proti nalezljivim boleznim v Republiki Sloveniji, 2006

Nalezljive bolezni proti katerim cepimo	Delež cepljenih
davica, tetanus, oslovski kašelj, otroška paraliza, okužbe s Hemofilusom influence tipa b	96,8 odstotka (delež cepljenih s 3 odmerki)
ošpice, mumps, rdečke	96,1 odstotka (delež cepljenih s 1. odmerkom)
hepatitis B	97,8 odstotka (delež cepljenih vstopnikov v OŠ)

Vir: Register cepljenj, IVZ RS

Program odprave ošpic in prirojenih rdečk v Sloveniji do leta 2010 predvideva doseči letno incidenco ošpic, nižjo kot 1 potrjen primer na 1.000.000 prebivalcev (ne upošteva je potrjene vnesene primere, ničelno incidenco kongenitalnih rdečk, incidenco okužb z rdečkami v nosečnosti pri ženskah, nižjo kot 1 primer na 100.000 živorojenih otrok, deleže dovzetnih za virus ošpic: < 15 odstotkov pri starostni skupini 1–4 leta, < 10 odstotkov pri starostni skupini 5–9 let in < 5 odstotkov pri starostni skupini 10–14 let in < 5 odstotkov pri vseh starostnih skupinah od 15. leta dalje, najmanj 95-odstotna precepljenost s prvim odmerkom in najmanj 90-odstotna precepljenost z drugim odmerkom proti obema boleznima na vseh območjih).

Program izkoreninjenja otroške paralize, ki je že pripeljal do odprave bolezni v Evropi – za vzdrževanje stanja pa je treba pravočasno zaznati morebitne vnesene primere otroške paralize in vzdrževati ustrezno precepljenost – se nadaljuje tudi v Republiki Sloveniji. Zato je potrebno vzročno pojasnjevanje vseh akutnih flakcidnih paraliz, ki po definiciji pomenijo sum na otroško paralizo. Poleg tega je potrebno pregledovanje iztrebkov in okoljskih vzorcev na polio-in druge enteroviruse.

5.7 Najpomembnejši dejavniki tveganja, povezani z življenjskim slogom

5.7.1 Alkohol

Registrirana poraba čistega alkohola se v Republiki Sloveniji v zadnjih letih počasi, vendar zanesljivo zmanjšuje – v letu 2005 je znašala 8,8 litra na prebivalca (oziroma 10,39 litra na odraslega prebivalca), medtem ko je povprečje v EU 10,3 litra na prebivalca. Največ alkohola Slovenci zaužijemo z vinom (skoraj polovico), sledi mu pivo (40 odstotkov), skrb vzbujajoče pa je povečanje deleža alkohola, zaužitega z žganimi pijačami (vir: IVZ, 2006).

Da je poraba alkohola na prebivalca v Republiki Sloveniji res visoka, potrjuje tudi večina kazalnikov posledic škodljive rabe alkohola. Republika Slovenija presega države Evropske regije in regije evro-A po standardizirani stopnji umrljivosti zaradi kroničnih bolezni jeter in ciroze, posledic prometnih nezgod, samomora in samopoškodovanja ter izbranih alkoholnih neposredno pripisljivih vzrokov. Primerjava s sosednjimi državami (Avstrijo, Hrvaško, Italijo in Madžarsko) pokaže, da je bila umrljivost zaradi omenjenih kazalnikov v zadnjih 20 letih le na Madžarskem višja kot v Republiki Sloveniji (podatkovna zbirka HFA 2007).

V Republiki Sloveniji je delež prometnih nezgod z udeležbo alkohola že veliko let okoli 10 odstotkov. Pomemben je podatek, da v prometnih nezgodah z udeležbo alkohola v povprečju 35 odstotkov oseb umre, 25 odstotkov pa je hudo telesno poškodovanih. V povprečju je izid prometnih nezgod z udeležbo alkohola težji kot v prometnih nezgodah brez udeležbe alkohola (vir: IVZ 2004 in 2005).

Umrljivost zaradi izbranih alkoholnih pripisljivih vzrokov se je v obdobju od leta 1985 do 2005 postopno zniževala. V obdobju 1985–1995 se je znižala za 19,7 odstotka, bolj kot v državah EU-15 in evro-A (podatkovna zbirka HFA 2007). Leta 2005 je zaradi alkoholnih neposredno pripisljivih vzrokov umrlo 499 oseb (77 odstotkov moških), stopnja umrljivosti je 27,62 na 100.000 prebivalcev.

Izsledki raziskav ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) kažejo, da je alkohol najbolj razširjena psihoaktivna snov v skupini 15- do 16-letnikov. Odstotek mladih, ki so do starosti 15 let in pol že popili kozarec alkoholne pijače, se je od leta 1995 do leta 2003 statistično značilno večal s 87 odstotkov na 92 odstotkov. V obdobju 1995–1999–2003 se je značilno povečal

odstotek anketiranih, ki pijejo redno, s 14,1 odstotka na 23,1 odstotka in 25,2 odstotka. Fantje pijejo statistično značilno pogostejše in večje količine alkoholnih pijač kot dekleta.

Primerjava podatkov za leta 1995, 1999 in 2003 kaže statistično značilne razlike v pogostosti pijanosti v vsem življenju. Odstotek anketirancev, ki so odgovorili, da še nikoli niso bili pijani, se je zmanjšal s 45,6 odstotka leta 1995 na 33,3 odstotka leta 1999. Leta 2003 pa je bilo anketiranih, ki so odgovorili, da v življenju še niso bili pijani, le še 30,5 odstotka. V omenjenih letih se je odstotek tistih, ki se redno opijajo, povečal s 3,5 na 9 odstotkov.

Med tistimi anketiranci, ki so odgovorili, da so že pili alkoholne pijače, jih je kar 42 odstotkov popilo prvi kozarec piva, ko so bili stari 11 let ali mlajši, 38 odstotkov jih je v tej starosti popilo prvi kozarec vina, 13 odstotkov pa prvi kozarec žgane pijače. 16 odstotkov se jih je prvič opilo v starosti 12 let ali manj, petina pri trinajstih, dobra tretjina pri štirinajstih in dobra četrtina pri petnajstih ali več. Med dekleti in fanti so statistično značilne razlike: več fantov kot deklet je začelo piti alkoholne pijače in se prvič opilo v nižji starosti.

5.7.2 Tobak

Tobak je najpomembnejši preprečljivi vzrok smrti v svetu. Na prvem mestu med vzroki smrti je tudi v Republiki Sloveniji z 19,7-odstotnim deležem. V Republiki Sloveniji v povprečju kadilci, ki umrejo zaradi bolezni, povzročenih s kajenjem, umrejo 16 let prej kot njihovi vrstniki, ki niso nikoli kadili. Kadilci, ki zaradi bolezni, povzročenih s kajenjem, umrejo prezgodaj, izgubijo 21 let svojega življenja. Velika večina, to je okoli tri četrtine prebivalcev Republike Slovenije, je nekadilcev.

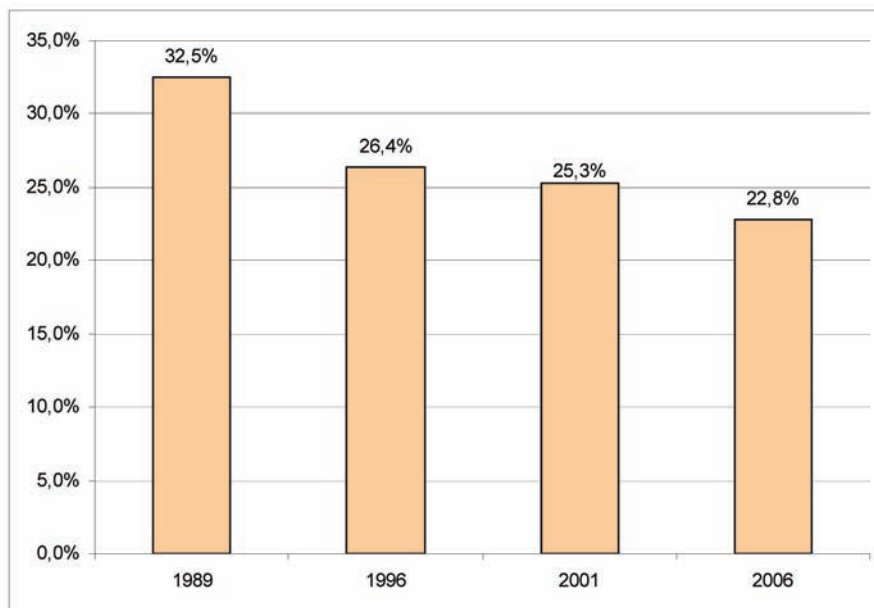
Delež kadilcev se med polnoletnimi prebivalci Republike Slovenije zmanjšuje. Po podatkih raziskave Slovensko javno mnenje je bilo v letu 1981 med odraslimi prebivalci 32,4 odstotka kadilcev, leta 2001 pa 25,3 odstotka kadilcev. Leta 2006 je bil delež kadilcev po letu 1981 najnižji, in sicer 22,8 odstotka kadilcev med polnoletnimi prebivalci. Med moškimi je delež kadilcev večji in znaša 26,5 odstotka, med ženskami pa je delež kadilk 19,5-odstoten. Redni kadilci v povprečju pokadijo okoli 18 cigaret dnevno.

Primerjava podatkov raziskav HBSC 2002 in HBSC 2006 (vir: Helath Behaviour in School-aged Children, www.hbsc.org) kaže na statistično značilno zmanjšanje uporabe tobaka pri mladostnikih; ugotavljamo statistično značilno manj prvih poskusov kajenja, statistično značilno manjši odstotek rednih kadilcev in statistično značilno višjo povprečno starost ob prvi pokajeni cigareti.

Izsledki ESPAD kažejo, da se je razširjenost kajenja tobaka med mladostniki statistično značilno večala od devetdesetih let do leta 2003, in sicer se je povečal odstotek iniciacij (z 59 na 67 odstotkov), pa tudi rednega kajenja (s 16 na 27 odstotkov) med šolanimi 15- do 16-letniki. Statistično značilno se je zmanjšal odstotek mladih, ki nikoli v življenju niso kadili tobaka (z 41 na 33 odstotkov), pa tudi tistih, ki so s kajenjem zgolj eksperimentirali. Med dekleti in fanti ni bilo statistično značilnih razlik v vseživljenjski uporabi tobaka.

Leta 2003 je v mesecu pred anketo kadilo 26,3 odstotka anketiranih. Med tistimi, ki so kadili, je bilo 61 odstotkov eksperimentatorjev (dobra tretjina je pokadila manj kot 1 cigareto na dan oziroma na teden, četrtina pa do 5 cigaret na dan), petina je pokadila 6–10 cigaret na dan, preostalih 19 odstotkov pa dnevno 11 ali več cigaret. Dekleta so kadila manj cigaret na dan kot fantje. Prve analize izsledkov ESPAD iz leta 2007 in izsledki primerjave HBSC 2002, 2006 kažejo na zmanjšanje razširjenosti kajenja tobaka, kar je nedvomno izraz pospešenega preventivnega dela v preteklih letih.

Slika 6. Trend deleža kadilcev (Slovensko javno mnenje in Raziskava o obsegu pasivnega kajenja med polnoletnimi prebivalci RS)



5.7.3 Prepovedane droge

V obdobju 1992–2004 je bilo v mreži centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od drog (v nadaljnjem besedilu: CPZOPD) v Republiki Sloveniji vsako leto zaradi prepovedanih drog obravnavanih več moških kot žensk v stalnem razmerju 3 : 1 v korist moških. Najnižja povprečna starost vseh obravnavanih je bila 22,4 leta leta 1998, najvišja pa 27,1 leta leta 2004. V obdobju 1992–2004 je v mreži CPZOPD v Sloveniji med evidentiranimi osebami močno prevladoval delež tistih, ki so iskali pomoč zaradi težav z opiaty oziroma heroinom.

V Republiki Sloveniji v obdobju od 1992–2004 med prvimi iskalci pomoči v vseh letih prevladujejo moški v približnem razmerju 3 : 1 v korist moških.

Več kot 60 odstotkov evidentiranih oseb uporablja več drog, hkrati vsak drugi uporablja kanabis, vsak četrti ali peti pa kokain.

Leta 1994 je 4,3 odstotka anketiranih iz reprezentativnega vzorca polnoletnih prebivalcev Slovenije (5,3 odstotka moških in 3,4 odstotka žensk) odgovorilo, da so v življenju uporabili eno ali več od naštetih drog: marihuana/hašiš, kokain, heroin, LSD, meskalin, druge droge (vir: Toš in drugi, SJM, 1994).

Leta 1999 je 10,6 odstotka anketiranih iz reprezentativnega vzorca polnoletnih prebivalcev Slovenije odgovorilo, da so v življenju uporabili eno ali več drog (marihuana/hašiš, heroin, kokain, amfetamin, LSD ali drug halucinogen, ekstazi, pomirjevala, ki jih ni predpisal zdravnik, kombinacijo alkohola in tablet, vbrizgal/-a drogo z injekcijsko iglo). 8,8 odstotka anketiranih je označilo, da so že uporabili marihuano, 2,3 odstotka pomirjevala, ki jih ni predpisal zdravnik, 1,4 odstotka ekstazi, 1,3 odstotka alkohol in tablete. Druge droge je uporabil manj kot 1 odstotek anketiranih. Večina tistih, ki so odgovorili, da so uporabili heroin, ekstazi, kokain, LSD, je uporabila tudi marihuano. Med uporabniki marihuane so bile ugotovljene statistično značilne razlike po spolu in starosti: marihuano so pogosteje uporabili mlajši anketiranci (18–29, 30–39 let starosti) in moški.

Raziskave ESPAD kažejo, da se je razširjenost uporabe katere koli od naštetih prepovedanih drog (marihuana/hašiš, heroin, kokain, krek, amfetamini, ekstazi, LSD/drugi halucinogeni, pomirjevala brez recepta) v letih 1995–1999–2003 med slovenskimi 15- do 16-letniki statistično značilno povečala. Katere koli prepovedano drogo je uporabilo leta 1995 13,4 odstotka, leta 1999 25,6 odstotka, leta 2003 pa 28,8 odstotka. Najznačilneje se je povečal odstotek rednih uporabnikov, in sicer z 1,3 odstotka v letu 1995 na 6,6 odstotka leta 2003. Večina razširjenosti uporabe katere koli prepovedane droge gre na račun uporabe marihuane.

V obdobju 1995–1999–2003 se je med mladostniki statistično značilno povečala razširjenost uporabe marihuane/hašiša, in sicer s 13,2 odstotka na 24,9 odstotka oziroma 28,4 odstotka. Izsledki ESPAD tudi kažejo izrazito povečanje odstotka tistih, ki so odgovorili, da so marihuano v življenju uporabili 40-krat ali večkrat: z 1,3 odstotka na 6,3 odstotka. Prav tako se je v obdobju 1995–1999–2003 statistično značilno povečal odstotek anketiranih, ki so odgovorili, da so marihuano uporabili v preteklem letu (z 10,4 odstotka na 21,2 odstotka in 22,9 odstotka) oziroma mesecu (s 5,7 odstotka na 12,8 odstotka in 13,8 odstotka).

Izsledki ESPAD kažejo, da je večina (90,2 odstotka) anketirancev, ki so odgovorili, da so že uporabili prepovedane droge, prvič uporabila marihuano/hašiš, 6,4 odstotka jih je vzelo pomirjevala brez zdravniškega recepta, 0,6 odstotka jih je vzelo ekstazi in 0,5 odstotka heroin. Dijakinje so pogostejše odgovorile, da niso nikoli vzele nobene od prepovedanih drog oziroma da so bila prva droga pomirjevala brez zdravniškega recepta. Dijaki so pogostejše kot prvo drogo navajali marihuano/hašiš. Dijaki so tudi pogostejše odgovorili, da se ne spomnijo, katera prepovedana droga je bila prva.

5.7.4 Prehrana in prehranjevalne navade

Prehranjevalne navade velikega dela prebivalcev Slovenije so slabe. Pojemo preveč maščob, sladkih izdelkov in preveč soljene hrane, premalo pa sadja in zelenjave. Tudi število dnevnih obrokov in ritem prehranjevanja povprečnega prebivalca nista ustrezna. Po izsledkih nacionalne raziskave Country-wide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention (CINDI) 2004 (vir: <http://www.euro.who.int/cindi>) se v Sloveniji zdravo in pretežno zdravo prehranjuje le 23 odstotkov ljudi. Posebej ogrožene skupine so moški, ljudje iz nižjih družbenih slojev, ljudje z nižjo izobrazbo, aktivno zaposleni ter prebivalci s podežolja in vzhodnega dela Slovenije.

Raziskava Obnašanje v zvezi z zdravjem v šolskem obdobju (2002–2006) kaže, da otroci in mladostniki še vedno ne uživajo sadja in zelenjave redno vsak dan, to navado ima skoraj polovica deklet in tretjina fantov. Uživanje sadja in zelenjave s starostjo upada. Velik delež otrok uživa sladkarije in sladkane pijače vsak dan.

5.7.5 Telesna dejavnost

Telesna dejavnost je eden najpomembnejših dejavnikov za varovanje zdravja. Študije o telesni oziroma gibalni dejavnosti otrok in mladostnikov ter odraslih kažejo, da smo v Sloveniji premalo telesno dejavni.

Najnovejša študija HBSC je bila v Republiki Sloveniji izvedena leta 2006 na vzorcu 5130 otrok in mladostnikov, starih 11, 13 in 15 let. Primerjava izsledkov raziskav HBSC 2002 in HBSC 2006 kaže na upadanje telesne dejavnosti med mladimi. Med dekleti in fanti je bilo leta 2006 v primerjavi z letom 2002 več tistih, ki v tednu pred anketiranjem sploh niso bili telesno dejavni, in manj tistih, ki so bili v enem tednu telesno dejavni vsak dan vsaj eno uro skupaj. Od leta 2002 do leta 2006 se je delež telesno nedejavnih fantov povečal z 2,9 odstotka na 3,2 odstotka. Delež telesno nedejavnih deklet pa se je v zadnjih štirih letih povečal s 3,8 odstotka na 5 odstotkov. Delež fantov, ki so bili telesno dejavni vsak dan v tednu pred odgovarjanjem na anketo, se je od leta 2002 do leta 2006 znižal z 29 odstotkov na 21,9 odstotka. Pri dekletih je ta podatek upadel s 16,4 odstotka na le 13,3 odstotka.

Tudi odrasli prebivalci Slovenije so premalo telesno dejavni za zaščito svojega zdravja. Raziskava Gibalna oziroma športna aktivnost za zdravje (CINDI 2002/03) ugotavlja, da je med odraslimi prebivalci Slovenije, starimi 25 do 65 let, 32,4 odstotka zadosti telesno (gibalno) dejavnih ter 16,8 odstotka nič telesno (gibalno) dejavnih. Metodologija raziskave določa, da so zadosti telesno dejavni tisti, ki so zmerno telesno (gibalno) dejavni pet in več dni v tednu. Študije Fakultete za šport o gibalno športni dejavnosti odraslih prebivalcev Slovenije ugotavljajo, da se leta 1996 polovica odraslih prebivalcev Slovenije sploh ni ukvarjala s športom. Podatki za leto 2000 pa opozarjajo na poslabšanje stanja na področju gibalno športne dejavnosti odraslih. Leta 2000 je bilo gibalno športno nedejavnih 44,1 odstotka moških in 63,2 odstotka žensk. S starostjo gibalna športna dejavnost še dodatno upada.

5.8 Delo in zdravje

Področje varnosti in zdravja pri delu opredeljuje Resolucija o varnosti in zdravju pri delu ter Zakon o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD; Uradni list RS, št. 56/99 in 64/01 – ZVZD-A). Po podatkih Kliničnega inštituta za medicino dela, prometa in športa slovenski delavci zbolevajo in se invalidsko upokojujejo zaradi poškodb na delu in zunaj dela, bolezni mišično-skeletnega sistema ter duševnih in vedenjskih motenj. Posebno skrb vzbuja dejstvo, da so mišično-skeletne bolezni tiste, ki zahtevajo 20 odstotkov vse bolniške odsotnosti, da pa se ta odstotek močno poveča pri delavcih nad 40. letom starosti, kar kaže, da bi bilo mogoče bolezen omejiti z ustreznimi dejavnostmi in ukrepi v mlajši dobi. Poškodbe (pri delu in zunaj dela) in mišično-skeletne bolezni se lahko preprečijo ali vsaj v veliki meri omilijo s primernimi ukrepi na delovnem mestu, vzgojo in ozaveščanjem delavcev in delodajalcev. Veliko večjo pozornost je treba nameniti tudi preobremenitvam na delu, od tu izhajajočemu kroničnemu stresu, pojavu izgorelosti, trpinčenju in psihosomatskim boleznim, ki izvirajo tudi iz medosebnih odnosov na delovnem mestu. Nikakor ne gre zanemariti izpostavljenosti karcinogenom pri delavcih, pri katerih se bolezen pojavi po več letih izpostavljenosti ali šele, ko so v pokoju.

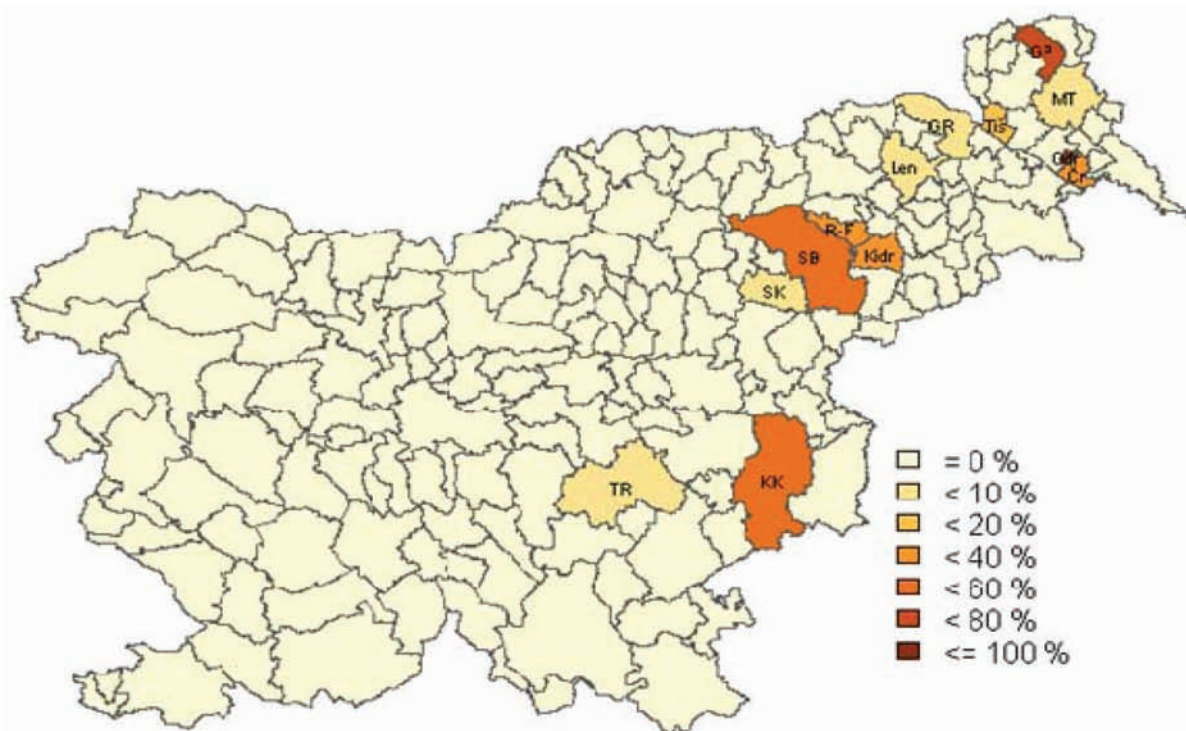
5.9 Okolje in zdravje

Eden od ključnih pogojev za ohranjanje in krepitev zdravja ter preprečevanje bolezni je zdravo okolje. Pomembne naloge javnozdravstvenih ustanov so preučevanje povezave med negativnimi dejavniki okolja in njihovimi učinki na zdravje ljudi, da se čim prej odkrijejo tveganja za zdravje ljudi in pripravijo ukrepi, pristopi in postopki za njihovo odstranitev ter s tem zaščitijo zdravja ljudi. Dejavniki tveganja so povezani z dejavniki iz širšega okolja, kot so atmosferski zrak, voda in zemlja, z živili, vključno s pitno vodo, ter predmeti splošne rabe, s katerimi smo v neposrednem stiku oziroma pomembno prispevajo k ožjemu bivalnemu okolju.

Problematika podnebnih sprememb kot sestavni del vplivov na okolje postaja vse pomembnejša. Podnebne spremembe že vplivajo na zdravje na različne načine: v letu 2003 je Evropa doživela najmočnejši vročinski val, leto prej je v 15 večjih poplavih umrlo 250 ljudi, prizadetih pa je bilo milijon ljudi. Zdravje ljudi je predvsem odvisno od zadostne količine in zdravstveno ustrezne pitne vode in hrane, ustrezne nastanitve in dobrih socialnih razmer. Spreminjajoče se podnebje bo verjetno vplivalo na vse te razmere. Študije kažejo, da lahko pričakujemo večjo pogostost in moč izrednih vremenskih dogodkov: posebno vročinskih valov, suše in močnih padavin, s tem več bolezni, povezanih s hrano in vodo, bolezni, ki jih prenašajo različni prenašalci – vektorji, in več alergijskih težav v Evropi.

Slika 7. Delež prebivalcev, izpostavljen kemičnemu onesnaženju pitne vode, po občinah v letu 2006 (IVZ RS)

arzenu – 1.700 preb.
 nitratom – 34.300 preb.
 pesticidom – 37.000 preb.
 skupno kemikalijam – pribl. 40.000 preb.



V Republiki Sloveniji je nekaj področij, kjer bi lahko okolje zaradi onesnaževanja vplivalo na zdravje. Poleg sprememb, za katere pričakujemo, da bodo prizadele vso Evropo, je treba posebno pozornost posvetiti tistim območjem v Republiki Sloveniji, na katerih je onesnaženost povečana, predvsem s težkimi kovinami, azbestom in polikloriranimi bifenili. Zaradi industrijskega onesnaževanja v preteklih letih na širših območjih (kot npr. Mežiška dolina, Soška dolina, Bela krajina), mogočega dolgoročnega učinka onesnaževal (težka razgradljivost) in dolge latentne dobe je treba pripraviti in izvesti sanacijske programe, ki vključujejo temeljito sanacijo okolja, preprečitev izpostavljenosti onesnaževalu, stalni ekološki in biološki monitoring ter zdravstveni nadzor nad izpostavljenimi ljudmi.

Dodatni kazalniki in trendi zdravstvenega stanja in zdravstvenega varstva so grafično in razporednično prikazani v prilogi 1.

6. KREPITEV IN VAROVANJE ZDRAVJA

6.1 Uvod

Dobro zdravje vpliva na večjo produktivnost ter s tem na konkurenčnost gospodarstva in povečanje blaginje, zato je vlaganje v zdravje v sodobnih družbah spoznano kot ena najboljših naložb. Dobro zdravje pripomore k večji zmožnosti za delo, podaljšanju zdrave pričakovane življenjske dobe, aktivnemu staranju in višji kakovosti življenja. Hkrati pomeni zmanjšanje bremena bolezni, obvladovanje zdravstvenih izdatkov za starajoče se prebivalstvo, manjšo obremenitev zdravstvene blagajne in krepitev vzdržnosti sistemov javnih financ. Krepitev zdravja in ohranjanje funkcionalnih sposobnosti tudi v poznem življenjskem obdobju je zato velik izziv za dolgožive družbe.

Prebivalci Slovenije uživamo v daljšem in bolj zdravem življenju kot kadar koli prej. Pričakovano trajanje življenja se enakomerno podaljšuje za približno eno leto v štirih letih, vendar primerjava z drugimi državami pokaže, da še vedno zaostajamo za najboljšimi v EU. Prav tako v Republiki Sloveniji opažamo velike regionalne razlike v zdravju in razlike v zdravju med posameznimi skupinami prebivalstva. Nezdrav življenjski slog in pojavnost kroničnih nenalezljivih bolezni ter prezgodnja umrljivost veliko bolj ogrožajo socialno šibkejšo sloje prebivalstva, ki imajo navadno tudi nižjo izobrazbeno strukturo. Na obolevnost za posledicami kroničnih bolezni, obremenjenost zdravstvene službe in rast stroškov, ki so s tem povezani, pa dodatno vpliva staranje prebivalstva.

Zaradi pričakovanih sprememb v starostni strukturi prebivalstva Slovenije je pričakovati zmanjšanje delovno aktivnega prebivalstva in povečanje zahtev po zdravstvenem varstvu. Ob nespremenjeni zdravstveni politiki naj bi v skladu z dolgoročnimi finančnimi projekcijami in ob nadaljevanju sedanjih demografskih gibanj javni izdatki za zdravstvo začeli hitro naraščati že po letu 2010 in se bodo kot delež v BDP predvidoma povečali s 6,2 odstotka BDP v letu 2005 na 8,9 odstotka v letu 2050. Po napovedih Evropske komisije pa je povečanje porabe za zdravstveno varstvo zaradi staranja prebivalstva lahko za polovico manjše, če ljudje ob daljši življenjski dobi ostanejo zdravi (vir: Bela knjiga, Skupaj za zdravje: strateški pristop EU za obdobje 2008–2013, http://www.ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_sl.pdf).

Za zagotavljanje najvišje stopnje zdravja prebivalcev vseh starostnih skupin in s tem podaljševanje zdrave pričakovane življenjske dobe je odgovorna celotna družba. Pri tem je potrebno usklajeno delovanje države, lokalne skupnosti, strokovne javnosti, nevladnih organizacij in posameznikov.

Pozornost bo treba preusmeriti od obvladovanja bolezni k ohranjanju in krepitvi zdravja. Pri tem je treba upoštevati demografske spremembe in globalne grožnje zdravju. Večjo skrb bo treba nameniti programom za posamezne skupine prebivalstva, kot so npr. starejši, otroci, mladostniki, ženske, ljudje v rodni dobi, invalidi.

6.2 Zdravje v vseh politikah

Usklajeno delovanje vseh družbenih področij, ki s svojimi politikami, ukrepi in delovanjem vplivajo na zdravje prebivalstva, zagotavlja zmanjševanje razlik v zdravju in izboljšanje zdravja v vseh življenjskih obdobjih.

Medresorsko in meddisciplinarno sodelovanje je bistvo koncepta »zdravje v vseh politikah«, ki je eden ključnih ukrepov za ohranjanje in krepitev zdravja. Če so revščina, neustrezna prehrana in kajenje med pomembnejšimi dejavniki, ki vplivajo na zdravstveno stanje, je za izboljšanje zdravja potrebno usmerjeno in usklajeno delovanje različnih partnerjev na številnih ravneh, od države, strokovnih služb in lokalnih oblasti do nevladnih organizacij in posameznikov. Šele s takim sodelovanjem se lahko doseže oblikovanje politik, strategij in programov, ki imajo ob doseganju svojih primarnih ciljev še vsaj nevtralen, optimalno pa ugoden, varovalni vpliv na zdravje.

Pozitivne vplive na zdravje je treba doseči z neprestanim spodbujanjem zdravega načina življenja ter različnimi finančnimi mehanizmi, zakonodajo in določanjem prednostnih nalog. Za sprejemanje pravih odločitev so poleg uveljavljenih vrednot, med katerimi je zdravje prav v vrhu, odločilne informacije, dokazi in zanesljive analize.

V Republiki Sloveniji je bilo sprejetih že nekaj ukrepov, ki so bili plod učinkovitega medsektorskega sodelovanja in so zgled oblikovanja zdravih politik. To so npr. Zakon o omejevanju porabe alkohola (Uradni list RS, št. 15/03), Zakon o omejevanju uporabe tobačnih izdelkov (Uradni list RS, št. 93/07), Resolucija o nacionalnem programu prehranske politike 2005–2010 (Uradni list RS, št. 39/05), Resolucija o varnosti in zdravju pri delu (Uradni list RS, št. 126/03), Nacionalni program kemijske varnosti (Uradni list RS, št. 119/06), Strategija Vlade Republike Slovenije o gibalni (telesni) dejavnosti za krepitev zdravja od 2007 do 2012 (vir: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podrocja/javno_zdravje/strategija_vlade_RS_podrocje_telesne_dejavnosti.pdf), Strategija varstva starejših do leta 2010 (solidarnost, sožitje in kakovostno staranje prebivalstva (vir: http://www.mdds.gov.si/fileadmin/mdds.gov.si/pageuploads/dokumenti_pdf/strategija_varstva_starejsih_splet_041006.pdf) in Akcijski načrt za izvajanje Svetovnega akcijskega načrta za izvajanje Mednarodne strategije za ravnanje s kemikalijami v Republiki

Sloveniji (vir: http://www.uk.gov.si/si/splosno/vstopna_stran/aktualno/akcijski_nacrt_za_izvajanje_svetovnega_akcijskega_nacrta_mednarodne_strategije_ravnanja_s_kemikalijami_saicm_v_republiki_sloveniji/).

V Republiki Sloveniji je treba še naprej podpirati oblikovanje zdravju naklonjenih politik. Država bo z zakonodajo, različnimi programi in drugimi ukrepi še naprej spodbujala skrb za lastno zdravje ter ukrepe za krepitev zdravja in zmanjševanje bremena bolezni ter skrbela za socialno vključenost ranljivih skupin. Kot temeljni pogoj za oblikovanje zdravih politik je treba zagotoviti preglednost priprave politik in odločanja, v postopke odločanja pa vključevati predstavnike civilne družbe.

Republika Slovenija bo strokovni in laični javnosti zagotavljala nujno potrebne pravočasne informacije o zdravstvenih stanju, trendih in determinantah zdravja ter načinih, kako lahko posameznik ali skupnost vpliva na krepitev zdravja. Dostopnost do informacij s področja varovanja in krepitev zdravja zagotavlja na dokazih utemeljeno odločanje po eni strani, po drugi pa spodbuja večjo osebno odgovornost posameznikov za zdrav način življenja. Prav tako bo zagotavljala možnosti za pretok znanja in informacij med strokovnjaki, zdravstveno politiko in javnostjo, da bodo lahko imeli dejavno vlogo pri oblikovanju politik in odločanju.

Pri medresorskem sodelovanju na področju zdravstvenega varstva bodo v pomoč Svet za zdravje pri Vladi Republike Slovenije in druga partnerstva, ki zagotavljajo izmenjavo informacij, obravnavo posameznih vprašanj in predlaganje ustreznih ukrepov.

V postopke odločanja pri oblikovanju zdravstvene politike bo vključena presoja učinkov na zdravje (Health Impact Assessment ali HIA). To so že do zdaj uporabljale številne evropske vlade kot orodje za pomoč pri sprejemanju odločitev v zdravstvenem sektorju in zunaj njega, pri nas pa je bil model uporabljen pri pripravi Nacionalnega programa prehranske politike 2005–2010.

V ukrepe za ohranjanje in krepitev zdravja bo poleg zdravstvenega dejavno vključenih več resorjev, predvsem pa kmetijstvo, okolje, promet, šolstvo in socialni resor. Med resorji se bodo dejavnosti usklajevale s pripravo medresorskih akcijskih načrtov.

Prednostna področja v načrtovanem obdobju bodo zdrav življenjski slog, kamor štejemo prehransko politiko s posebnim poudarkom na zdravi prehrani mladih in na stalnem ozaveščanju prebivalstva nasploh o zdravi prehrani, spodbujanje telesne dejavnosti, nadzor nad uporabo tobaka, preprečevanje škode zaradi uživanja alkohola, obvladovanje problematike prepovedanih drog, duševnega zdravja in preprečevanje samomora, pa tudi preprečevanje poškodb, obvladovanje kroničnih nenalezljivih in nalezljivih bolezni ter zmanjševanje tveganega vedenja in izboljšanje kakovosti življenja aktivnega prebivalstva tudi v delovnem okolju.

Večino odločitev, ki so povezane z zdravjem, sprejemajo ljudje v svojem domačem in delovnem okolju, v šolah in vrtcih ter v okolju, v katerem preživljajo svoj prosti čas. Zato je zelo pomembno, da taka okolja pomenijo podporo pozitivnim odločitvam in dajejo možnost zdravih izbir.

Z aktivnim konceptom zdravju naklonjenih javnih politik se bomo usmerili v krepitev delovanja skupnosti in nevladnih organizacij, pomoč najšibkejšim družbenim skupinam, otrokom in starejšim osebam ter v razvijanje osebnih sposobnosti in veščin posameznikov. Ključni cilj delovanja je spremeniti življenjski slog ljudi, preden se pojavi izguba ravnotežja in s tem bolezni.

V Republiki Sloveniji že imamo tradicijo izvajanja programov krepitev zdravja v mreži zdravih vrtcev, zdravih šol in delovnih organizacij, ki jo bomo nadaljevali in nadgrajevali. Posebna pozornost bo namenjena spodbujanju lokalnih skupnosti, ki bodo prispevale k boljšemu zdravju prebivalstva z uresničevanjem politik na področju zdravstvenega varstva.

V delovnem okolju bomo spodbujali izvajanje tistih programov in projektov, ki bodo prispevali k boljšemu zdravju zaposlenih ter manjši odsotnosti z dela zaradi bolezni in poškodb pri delu.

6.3 Obvladovanje groženj zdravju

Nalezljive bolezni so še vedno pomemben javnozdravstveni problem v nerazvitih, pa tudi razvitih industrializiranih državah, hkrati pa se človeštvo srečuje tudi z novimi grožnjami, kot so na primer grožnje,

povezane s podnebnimi spremembami. Javnozdravstveni ukrepi, kot so cepljenje, nadzor nad pitno vodo, urejene odplake ter ukrepi na področju varnosti živil so pripomogli, da nalezljive bolezni niso več med poglavitnimi vzroki umrljivosti pri nas in v razvitem svetu. Kljub temu pa se kot velika grožnja pojavlja odpornost bakterij na antibiotike, vračajo se tudi nekatere že obvladane nalezljive bolezni, kot je npr. tuberkuloza. Epidemija virusa HIV je preteča grožnja, ki kaže, da je za uspešno spopadanje z okužbo poleg izvajanja klasičnih epidemioloških ukrepov potrebno tudi poznavanje kulturnih in socialnoekonomskih dejavnikov v okoljih, v katerih se bolezen pojavlja. Poleg že znanih nalezljivih bolezni se srečujemo z novimi nevarnostmi in posledicami nalezljivih bolezni in drugih okužb, kar je posledica družbenih, pa tudi naravnih dejavnikov. Socialni premiki, rast števila prebivalstva, globalizacija in s tem veliko večja mobilnost prebivalstva terjajo prilagoditev ukrepov zdravstvenega varstva pri zagotavljanju varstva pred nalezljivimi boleznimi in vpeljavo novih, učinkovitejših metod preprečevanja in obvladovanja nalezljivih bolezni in z njimi povezanih nevarnosti. Obvladovanje pandemij ali bioloških nesreč ter groženj biološkega terorizma zahteva ustrezno oblikovane načrte in nenehno pripravljenost za hitro ukrepanje.

Sodobni sistemi nadzora nad nalezljivimi boleznimi terjajo učinkovitost in kakovost v sistemu zgodnjega prepoznavanja, obveščanja in ukrepanja na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti in v drugih resorjih. V naslednjem obdobju bo delovanje usmerjeno v prepoznavanje ključnih groženj, ki jih pomenijo nalezljive bolezni, in ukrepanje glede na prednostne naloge. Treba je zagotoviti posodobitev informacijske podpore za spremljanje nalezljivih bolezni. Zagotoviti je treba možnosti za pravočasno ukrepanje ob pojavu večjih groženj zdravju. Zakonsko bo treba urediti sistem spremljanja, preprečevanja in obvladovanja nalezljivih bolezni.

Povezanost med okoljem in zdravjem ter preučevanje vplivov fizičnega okolja na zdravje postajata vse pomembnejša. Nekateri okoljski dejavniki, kot na primer izpostavljenost onesnaževalom v vodi, hrani ali zraku, so pomembni dejavniki za zdravje. Po oceni Evropske komisije se ena šestina vseh smrti in bolezni otrok lahko pripiše okoljskim dejavnikom (vir: Evropska komisija, http://ec.europa.eu/health-eu/my_environment/environmental_health/index_sl.htm). Posamezniki se sami odločijo o načinu življenja, zanašajo pa se tudi na to, da jih bo pred nevarnostmi za zdravje obvarovala država. Dejavnikom okolja mora zato država nameniti posebno pozornost, saj na večino njih posameznik nima velikega vpliva oziroma ne more izbirati med različnimi možnostmi.

Povezovanje vplivov na zdravje in posameznih dejavnikov okolja, ki te učinke lahko povzročajo, je pomembna naloga javnega zdravja. SZO opredeljuje, da dejavnost okolja in zdravja obravnava neposredne škodljive vplive kemikalij, sevanj in bioloških dejavnikov ter druge vplive (pogosto posredne) fizičnega, psihičnega, socialnega in estetskega okolja, vključno z nastanitvijo, rabo prostora, urbanizacijo in prevozom, na zdravje in dobro počutje.

V prihodnje bo treba nameniti več pozornosti povezovanju podatkov o okolju, podatkov o zdravstvenem stanju in pripravi analiz o vplivu okolja na zdravje. Epidemiološke študije namreč imajo nenadomestljivo vlogo pri ocenjevanju vplivov na zdravje. Za take študije so potrebni kakovostni in verodostojni podatki. Različne zbirke podatkov o zdravstvenem stanju prebivalstva ter podatkov o dejavnostih okolja so za dejavnost javnega zdravja podlaga za pripravo analiz stanja in napovedi gibanja v prihodnje. Na teh podlagah se bodo pripravili predlogi promocijskih in preventivnih akcij ter splošna navodila za javnozdravstvene delavce na lokalni ravni, druge zdravstvene delavce in prebivalce. Tudi Strategija za okolje in zdravje Evropske unije (vir: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2003:0338:FIN:EN:PDF>) je kot glavni cilj poudarila boljše razumevanje groženj, ki jih za zdravje pomeni okolje, opredelitev bremena bolezni, na katere vplivajo dejavniki okolja, in opredelitev politike ravnanja z okoljem. Posebno pozornost je treba nameniti ekološko in zdravstveno razvrednotenim območjem ter pripravi dodatnih preventivnih programov za izpostavljene skupine (otroke, ljudi v rodni dobi, izpostavljeno prebivalstvo na delu).

Na podlagi usmerjenega pridobivanja podatkov bo mogoče izdelati analize o vplivu okolja na zdravje in s tem prepoznavati ključne dejavnike tveganja iz okolja ter zagotavljati učinkovit nadzor nad onesnaževanjem zraka, vode, zemlje.

Posebno področje varovanja zdravja prebivalstva se nanaša na zdravje v povezavi z delovnim mestom. Tudi SZO je v projektu Zdravje na delovnem mestu z vidika javnega zdravja (GP HESME) navedla, da odločitve delodajalcev in delavcev pomembno vplivajo na porabo naravnih virov, kakovost delovnega in življenjskega okolja, organizacijo dela in delovno kulturo.

Povezanost med delovnim okoljem in zdravjem ter preučevanje vplivov izpostavljenosti onesnaževalom in drugim dejavnikom tveganja na delovnem mestu mora biti v interesu delavca in delodajalca.

V Republiki Sloveniji se z varovanjem zdravja na delovnem mestu ukvarja stroka medicine dela, prometa in športa. V prihodnje bo morala biti njena preventivna vloga, ki je zastavljena v smislu varovanja zdravja delavcev, usmerjena predvsem v dejavnosti krepitve zdravja in ne le v ugotavljanje zdravstvenega stanja delavcev. Treba bo urediti tudi področje ugotavljanja in registracije poklicnih bolezni ter preventivnega ukrepanja v zvezi z njimi.

Poudarek v prihodnjih letih bo torej na ureditvi odkrivanja poklicnih bolezni, saj trenutno ni ustrezne statistike poklicnih bolezni, težavno pa je tudi dokazovanje, da je ugotovljena bolezen posledica poklicne izpostavljenosti. Zato bo predvsem treba prestrukturirati sistem preventivnih pregledov in doseči, da bodo pooblaščen zdravniki motivirani za odkrivanje poklicnih bolezni. Prav tako bo treba vzpostaviti sistem, ki bo delodajalca spodbujal k vlaganju v zaščito delavcev na delovnih mestih in zamenjavo tehnologij z manj nevarnimi.

Obremenjenost okolja z odpadki je v svetu in Sloveniji vedno večji problem. Velik delež k bremenu prispeva tudi bolnišnična in druga zdravstvena dejavnost z ustvarjanjem odpadkov. Zato mora biti odgovorno, strokovnoorganizacijsko in dosledno ravnanje z odpadki med cilje in obvezami vsakega posameznika, organizacije, zavoda in družbe. Premišljeno ravnanje z odpadki mora biti strateški cilj države, saj so posledice neustreznega ravnanja z njimi velikokrat obsežne in lahko odločilno vplivajo na življenje v sedanjosti in prihodnosti, ustrezno pa lahko ukrepa le država.

Količina odpadkov, ki nastaja v zdravstvenih zavodih, je odvisna od več dejavnikov, kot so velikost in vrsta zdravstvenega zavoda, število pacientov, število zaposlenih, tehnologija dela (uporaba materialov za enkratno uporabo), pa tudi ozaveščenost o obremenjenosti okolja z odpadki. Da bi v zdravstvenem zavodu gospodarno in ekološko ravnali z vsemi vrstami odpadkov, so ključnega pomena pravilno in dosledno ugotavljanje in ločevanje odpadkov na kraju nastanka, dodatno izobraževanje delavcev, ozaveščenost zaposlenih o nevarnostih, ki so povezane z odpadki, evidentiranje odpadkov po vrsti, količini, kraju in času nastanka itd.

V Republiki Sloveniji je bil narejen velik korak naprej na področju kemijske varnosti s sprejetjem Nacionalnega programa kemijske varnosti in Akcijskega načrta za izvajanje Mednarodne strategije ravnanja s kemikalijami na nacionalni ravni ter z Uredbo 1907/2006 o registraciji, evalvaciji, avtorizaciji in omejevanju kemikalij (REACH) (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2006:396:0001:0849:SL:PDF>). Pripravlja se akcijski načrt za kemijsko varnost otrok. Za ugotavljanje obremenjenosti s kemikalijami bo redno letno potekal biomonitoring, spremljala se bodo znanstvena spoznanja izvajale pa se bodo tudi študije za ugotavljanje morebitnih škodljivih posledic kemikalij za zdravje in okolje ter vzpostavile evidence o vzročnih povezavah med učinki posameznih kemikalij in boleznih. Varnejše ravnanje s kemikalijami bo pripomoglo k zmanjšanju prisotnosti kemikalij v organizmih in okolju.

K prizadevanjem za dejavno držo pri ravnanju s kemikalijami je treba pritegniti vse akterje (proizvajalce, pravne in fizične osebe, ki dajejo kemikalije v promet, uporabnike, potrošnike). Tako bomo dosegli dvig racionalne, varne in odgovorne uporabe kemikalij in ravnanja z njimi v vseh fazah njihovega življenjskega kroga. Pomembne dejavnosti za dvig ravni kemijske varnosti so ozaveščanje javnosti, vključitev kemijske varnosti v učni program na vseh ravneh izobraževanja ter vzpostavitev študijskih programov s tega področja.

Zaradi vključenosti kemijske varnosti v zdravstveno in okoljsko varnost v svetovnem merilu bo Republika Slovenija še naprej dejavna pri izboljševanju regionalne in globalne kemijske varnosti. S tem je povezano zavedanje o soodvisnosti zdravja in okolja ter dejstva, da je mogoče zdravo živeti le v zdravem okolju ter je zato treba reševati probleme zdravja in okolja v medsebojni povezavi.

Varovanje zdravja na področju varstva pred sevanji se zagotavlja s preprečevanjem, omejevanjem in zmanjševanjem zdravju škodljivih vplivov ionizirajočih in neionizirajočih sevanj. Zavzemanje za proaktivno uveljavljanje uporabe načel upravičenosti in optimizacije pri izvajanju sevalnih dejavnosti in uporabe virov ionizirajočih sevanj vodi k uporabi kakovostnejše opreme, boljši strokovni usposobljenosti in ozaveščenosti ljudi ter izvedbi postopkov v skladu z dobro radiološko prakso. Na področju varstva pred neionizirajočimi sevanji je poudarek na uveljavljanju načela previdnosti. Spremljanje

najnovejših znanstvenih spoznanj in izsledkov raziskav ter obveščanje najširše javnosti o tem omogočata objektivno prepoznavanje in razumevanje mogočih zdravstvenih in okoljskih tveganj ter skrb za občutljivejšo skupino prebivalstva.

V naslednjem obdobju bo posebna pozornost namenjena ukrepom za zmanjševanje ravni izpostavljenosti prebivalstva naravnim virom ionizirajočih sevanj v objektih, v katerih se izvajajo vzgojno-varstveni, kulturni ali izobraževalni programi in se posamezniki zadržujejo daljše obdobje. Treba bo spodbujati ukrepe za zmanjševanje ravni izpostavljenosti delavcev, ki delajo z viri ionizirajočih sevanj, in zmanjševanje ravni izpostavljenosti pacientov pri radioloških posegih, zlasti nadzor nad radiološko diagnostično in terapevtsko opremo ter izboljševanje kakovosti radioloških posegov. Potrebno bo stalno zagotavljanje informacij za ozaveščanje prebivalstva o vplivih izpostavljenosti elektromagnetnim sevanjem in možnostih zaščite.

Posebno grožnjo za zdravje prebivalstva pomeni možnost nastanka množičnih nesreč in drugih kriznih razmer, ki zahtevajo hitro odzivnost zdravstvenega sistema. V zadnjih letih se vedno bolj zavedamo nevarnosti terorističnih napadov in možnosti za pojav pandemij nalezljivih bolezni.

Zagotavljanje potrebnih zmogljivosti in pripravljenosti zdravstva za delovanje ob morebitnih množičnih nesrečah in v kriznih razmerah je ena najpomembnejših prednostnih nalog na področju zdravstva v vseh razvitih industrijskih državah. V zadnjih letih se je verjetnost tovrstnih groženj močno povečala zaradi globalizacije in večje nevarnosti terorističnih napadov, tudi z orožjem za množično uničevanje, zlorabo kemikalij, drog in zdravil ter bioloških agensov v te namene, pa tudi zaradi večje možnosti pandemij. V razvitih državah se službe za stalno pripravljenost na take grožnje krepijo, hierarhično se umeščajo višje kot do zdaj, izboljšujejo tudi opremo, povečujejo rezerve in zaloge ter izpopolnjujejo sisteme izobraževanja in usposabljanja, tudi z različnimi vajami za stalno pripravljenost na hitro in učinkovito ukrepanje in delovanje zdravstva v posebnih razmerah. Ti ukrepi lahko odločilno pripomorejo k pravočasnemu in učinkovitemu preprečevanju, omejevanju in obvladovanju posledic sodobnih varnostnih groženj in tveganj. Za učinkovito delovanje sistema je treba določiti ustrezno hierarhično umeščenost področja za delovanje zdravstva v posebnih razmerah, določiti jasno odgovornost, navodila za ukrepanje ter zagotoviti učinkovito medresorsko in medsektorsko sodelovanje.

Za pravočasno odzivanje na te grožnje bo treba zelo jasno urediti organizacijsko strukturo delovanja sistema zdravstvenega varstva v kriznih razmerah. Poleg zagotavljanja zalog in rezerv je treba zagotoviti sistem stalnega izobraževanja in usposabljanja za delo v posebnih razmerah, vključno z vajami za stalno pripravljenost na ukrepanje. Vzpostaviti je treba dovolj številčen in ustrezno usposobljen, dobro organiziran in učinkovito voden tim, ki bo z visoko motiviranimi sodelavci pripravljaj potrebne razvojno-usmerjevalne, konceptualno-doktrinarne in operativne dokumente ter skrbel za organiziranost, opremljenost, pripravljenost in delovanje vseh ravni zdravstvenega sistema v posebnih razmerah. To vključuje tudi izobraževanje in usposabljanje zdravstvenih delavcev in prebivalstva za izvajanje potrebnih ukrepov ob morebitnih posebnih vrstah ogrožanja (npr. teroristični napadi s kemičnim, biološkim, jedrskim orožjem, grožnje pandemij).

Prednostne naloge bodo usmerjene v zagotavljanje potrebnih zmogljivosti za delovanje v kriznih razmerah. Poleg priprave načrtov pripravljenosti bo treba zagotavljati preverjanje njihove ustreznosti z izvedenimi vajami pripravljenosti. Na vajah ugotovljene pomanjkljivosti bodo podlaga za dopolnjevanje načrtov ter dodatno izobraževanje in usposabljanje.

6.4 Presejalni programi

Presejalni programi so del preventivne zdravstvene dejavnosti, katere namen je čimprejšnje odkrivanje bolezni ali dejavnikov tveganja za nastanek bolezni.

Presejanje je storitev, s katero je mogoče posameznike, ki ne zaznavajo svojih zdravstvenih tveganj ali bolezni, spraševati ali testirati, da bi med navidezno zdravimi ljudmi odkrili tveganje ali skrito bolezen tako zgodaj, da izboljšamo možnosti ozdravitve. Kadar je bolezen odkrita v zgodnji fazi, je pogosto potrebno manj radikalno in obremenjujoče zdravljenje ter s tem boljša kakovost življenja.

Presejalni programi so brez dvoma pomembno orodje za izboljševanje zdravja, vendar je treba upoštevati vse pomembne znanstvene ugotovitve v zvezi z njihovimi izvajanjem. Le optimalna izvedba

programov zagotavlja, da za porabljenaa sredstva iztržimo najboljši mogoč učinek. Nepremišljena uvedba in izvajanje presejalnih programov povzroča številne etične, pravne, socialne, medicinske, organizacijske in ekonomske probleme. V izvajanje presejalnih programov morajo biti dejavno vključeni osebni izbrani zdravniki, da se prepreči podvajanje dela ter s tem neučinkovita uporaba kadra in sredstev.

V Republiki Sloveniji bomo izvajali tiste presejalne programe, katerih učinkovitost je znanstveno dokazana. Uvedeni morajo biti ob upoštevanju vseh mednarodnih smernic za njihovo kakovost. Izvajali se bodo tudi presejalni programi tveganih delovnih mest, na katerih je visoka ali povečana verjetnost nastanka poklicnih bolezni. Potrebno je posodabljanje presejalnih testov pri preventivnih programih spremljanja rasti in razvoja otrok in mladostnikov ter nosečnic.

Prednostno delovanje bo usmerjeno v zagotavljanje in izboljševanje izvajanj treh presejalnih programov za zgodnje odkrivanje raka in predrakavih sprememb, in sicer raka materničnega vratu, raka dojke ter raka debelega črevesa in danke. Izkušnje drugih držav kažejo, da so sistemi presejanj dosti učinkovitejši, če so centralno organizirani in nadzorovani, njihova izvedba pa je približana uporabnikom oziroma ciljni skupini prebivalstva.

V preventivne programe na primarni ravni so vključeni tudi nekateri drugi presejalni testi, kot na primer odkrivanje lipidov, holesterola in zvišanega krvnega tlaka, ki bodo ostali tudi v prihodnje med prednostnimi področji pri delovanju zdravstvene službe.

Za kakovostno izvedbo organiziranega presejanja bodo zagotovljena sredstva za centralno vodeno organizacijo in možnosti za kakovostno izvedbo programov. Pri financiranju zdravstvenih storitev bo zagotovljeno programsko financiranje presejanj, kar bo omogočilo spremljanje učinkovitosti.

Za učinkovito izvedbo presejalnih programov bo treba zakonsko določiti zbirke in vrste podatkov ter pooblastila za njihovo pridobivanje in obdelavo. Prav tako bo treba z ustreznimi predpisi urediti sam potek programov ter postaviti ustrezne nadzorne mehanizme za spremljanje in financiranje teh programov.

6.5 Skrb za zdravje starostnikov z besedilom:

Vpliv staranja prebivalstva bo imel po napovedih strokovnjakov v prihodnjih letih največji vpliv na rast javnih sredstev za zdravstveno zavarovanje. Zaradi tega je že sedaj potrebno pristopiti k ustreznemu obravnavanju te populacije in predvideti ustrezne ukrepe na področju ohranjanja in krepitev zdravja starejših ter njihove obravnave. Zato bodo pripravljeni naslednji ukrepi:

1. doseganje »zdrave starosti« in aktivnega načina življenja starejših v čim višja starostna leta;
2. specifični programi za krepitev zdravja starejših oseb in njihovo usposabljanje živeti z boleznijo (še posebej za sladkorne bolnike, srčno-žilnimi boleznimi, astmo in drugimi kroničnimi boleznimi) ter za zmanjšanje njihove »odvisnosti« od zdravstvene službe, pri katerih bi morala biti v ospredju tudi aktivnejša vloga starejših oseb samih;
3. potreba po širitvi dostopnosti do storitev zdravljenja in obravnave na domu ter na primarni ravni zdravstvene dejavnosti;
4. potreba po ponovni vzpostavitvi geriatrične dejavnosti v Sloveniji;
5. uvedba zavarovanja za dolgotrajno oskrbo kot veje socialnega zavarovanja, namenjenega pomoči osebam pri opravljanju dnevnih življenjskih aktivnosti.

7. ZDRAVSTVENA DEJAVNOST

V zdravstveni dejavnosti bo treba v prihodnje spremljati predvidene demografske spremembe in nadaljevanje epidemiološkega prehoda (prehod od velike obolevnosti za akutnimi nalezljivimi boleznimi h kroničnim nenalezljivim boleznim). Staranje prebivalstva bo imelo za posledico povečanje povpraševanja po zdravstvenih storitvah, tudi ob nespremenjenih stopnjah novih pojavov bolezni. Epidemiološki prehod prinaša nadaljnje povečevanje obolevanja za kroničnimi boleznimi, predvsem za rakom ter boleznimi srca in ožilja. Obe skupini skupaj že danes zajemata skoraj dve tretjini vseh vzrokov smrti in dobro tretjino vseh bolnišničnih obravnav. Celostno, integrirano

in kakovostno obravnavo bo treba zagotoviti pacientom s kroničnimi stanji in drugim ranljivim skupinam prebivalstva. Poseben poudarek pri obravnavi teh stanj mora biti na razvoju neakutne obravnave, ki je namenjena predhodni obravnavi pacientov in omogoča povečanje sposobnosti samooskrbe in prepreči ali zmanjša potrebo po dolgotrajni oskrbi. Pozornost bo treba nameniti tudi razvoju paliativne oskrbe, ki je v Republiki Sloveniji na začetku, zato bo treba sprejeti celosten program za njen razvoj. Pri nadaljnjem razvoju zdravstvene dejavnosti si bo treba prizadevati tudi za politiko ekonomije obsega in kakovosti. Pri tem bo treba upoštevati tudi lokalne interese, predvsem tiste, ki izhajajo iz razlik med regijami in se kažejo v razlikah v zdravstvenih potrebah, ter razvoj zdravstvene službe. Ob tem je nujno treba razvijati področje strokovnega razvoja in standardizacijo zdravstvenih storitev, ki vključuje tudi akreditacijo zdravstvenih ustanov. V prihodnje ne bi smelo priti do razlik v kakovosti in fizični dostopnosti do zdravstvenih storitev zaradi različnih ekonomskih možnosti posameznih pokrajin. Za uravnotežen razvoj je odgovorno Ministrstvo za zdravje, ki bo moralo na podlagi analiz ter socialnoekonomskih podatkov ukrepati v smislu izenačevanja.

7.1 Dejavnost javnega zdravja

Javno zdravje zajema preprečevanje bolezni, krepitev zdravja in podaljševanje življenja s pomočjo organiziranih ukrepov družbe. Pojem javnega zdravja vedno vključuje javni interes in populacijski pristop. Področje dela strokovnjakov javnega zdravja je zdravje prebivalstva in dejavniki, ki vplivajo na zdravje, pa naj gre za obvladovanje nalezljivih bolezni, nenalezljivih bolezni ali usklajevanje medsektorskih politik za izboljšanje zdravja.

7.1.1 Opredelitev stanja

Organizirana dejavnost javnega zdravja ima v Republiki Sloveniji dolgo tradicijo, saj je bil že leta 1923 ustanovljen Higienski zavod v Ljubljani (zdaj IVZ), kmalu za njim pa še okrajne higienske postaje (zametki sedanjih zavodov za zdravstveno varstvo – v nadaljnjem besedilu: ZZV). Zaradi različnih razlogov se pozneje to področje medicine ni razvijalo vzporedno s kurativno medicino in je v določenem času dejansko nazadovalo. Izvedenih je bilo več poskusov, s katerimi so želeli preventivno zdravstveno dejavnost uveljaviti predvsem z različnimi organizacijskimi posegi, ki niso imeli pričakovanih učinkov. Razpršenost kadrov in sredstev je onemogočala usklajen in učinkovit razvoj. Financiranje dejavnosti IVZ in ZZV ni bilo urejeno, nedorečen pa je bil tudi program dela, ki naj bi ga izvajali. V začetku devetdesetih let prejšnjega stoletja je prišlo do prvih korenitih sprememb, ki so vplivale na sedanji položaj in dejavnost IVZ ter ZZV. Določena je bila mreža zdravstvenih organizacij za področje javnega zdravja.

Zakon o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 23/05 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP in 23/08 – ZZDej-I; v nadaljnjem besedilu: ZZDej) določa, da se za izvajanje dejavnosti na področju javnega zdravja (ki je v tem zakonu opredeljena še kot socialno medicinska, higienska, epidemiološka in zdravstveno ekološka dejavnost) za območje države ustanovi IVZ, za območje več občin pa ZZV.

Na podlagi teh določb je Vlada RS konec leta 1992 z odloki o ustanovitvi tedanji Univerzitetni zavod za zdravstveno in socialno varstvo preoblikovala v IVZ, osem območnih zavodov za socialno medicino in higieno pa v osem ZZV, na novo pa je ustanovila še deveti ZZV Ravne na Koroškem.

IVZ in ZZV-ji izvajajo socialnomedicinsko, higiensko, epidemiološko in zdravstvenoekološko dejavnost, ki vključuje preučevanje in spremljanje zdravstvenega stanja in drugih razmer, ki vplivajo na zdravje prebivalstva ter spremljanje izvajanja ukrepov za odkrivanje in odpravljanje zdravju škodljivih ekoloških in drugih dejavnikov ter ukrepov za krepitev, ohranitev in povrnitev zdravja ljudi; pripravljanje strokovnih podlag za razvoj in organizacijo zdravstvene dejavnosti in za učinkovito zdravstveno ekonomiko ter upravljanje pri uresničevanju zdravstvenega varstva; strokovno izobraževalno, znanstvenoraziskovalno in strokovno publicistično delo na tem področju; načrtovanje, predlaganje in usklajevanje ukrepov in postopkov za napredek zdravstvene vzgoje in zdravstvene kulture prebivalstva; sodelovanje pri oblikovanju in izvajanju zdravstvenega in zdravstvenoekološkega informacijskega sistema.

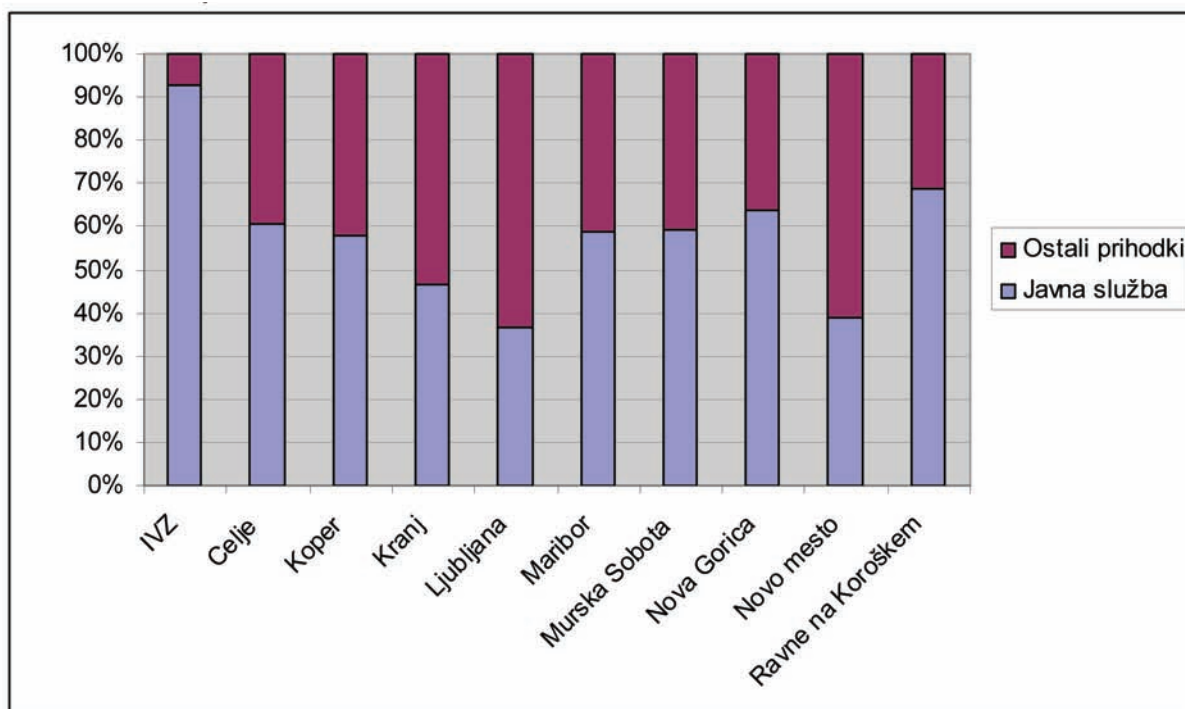
Regija	Število prebivalcev v regiji	Število zaposlenih	Število zaposlenih za program javnega zdravja	Delež zaposlenih na javnem zdravju
CE	300.582	101	13,5	13,4
KP	141.154	56	11,3	20,2
KR	199.626	89	12,9	14,5
LJ	612.233	61	18,4	30,1
MB	319.530	248	18,7	7,6
MS	122.198	52	12,2	23,5
NG	102.667	58	10,1	17,4
NM	136.797	87	15,1	17,4
RK	73.729	17	8,3	48,8
IVZ	2.008.516	262	86,3	32,9
Skupaj		1031	206,7	20,1

Preglednica 3. IVZ in ZZV po številu zaposlenih in prebivalcih v regiji v letu 2006

Sredstva za izvajanje socialnomedicinske, higienske, epidemiološke in zdravstvenoekološke dejavnosti so zagotovljena v državnem proračunu. IVZ in ZZV-ji vsako leto pripravijo program dela, na podlagi katerega se med posameznim zavodom in Ministrstvom za zdravje sklene pogodba, ki je podlaga za izplačilo proračunskih sredstev. Del sredstev pridobijo zavodi tudi od Zavoda (storitve pri zavarovancih pri pojavu nalezljivih bolezni in za izvajanje obveznega programa cepljenja), od drugih zdravstvenih zavodov in zasebnikov (mikrobiološke storitve) in od storitev. Del sredstev, pridobljenih z opravljanjem javne službe, predstavlja v zavodih od 40–90 odstotkov vseh finančnih sredstev zavoda. Druga sredstva pridobivajo zavodi s prodajo storitev na trgu (organizacija izobraževanj, izdelava strokovnih ocen in poročil, laboratorijske in druge storitve za podjetja in posameznike).

Na tržnem področju so se med regijami ter celo med državno in območno ravno zabrisale meje in zavodi so si postali konkurenti. Zaradi tega je prišlo do slabšega sodelovanja med njimi in s tem tudi do zaostajanja v razvoju stroke ter prepočasnega uvajanja sodobnih usmeritev in evropskih standardov. Posledica slabšega sodelovanja pa je tudi slab pretok informacij, in sicer med državno in regionalno ravno ter celo med oddelki zavodov. Še posebej skrb vzbujajoče pa je, da je premalo tudi sodelovanja na področju skupnega programa, ki je izrazito v javnem interesu varovanja zdravja prebivalcev.

Slika 8. Delež javne službe v IVZ in ZZV v letu 2006



Z vstopom Republike Slovenije v EU je tudi pri javnem zdravju prišlo do določenih sprememb, saj je Republika Slovenija zavezana, da zagotavlja visoko raven varovanja zdravja pri oblikovanju vseh politik in ukrepov ter spodbuja skrb za zdravje ljudi in ga krepi, preprečuje bolezni in obvladuje mogoče nevarnosti za zdravje ljudi. Za uresničitev teh zavez potrebujemo predvsem visokostrokovnen in učinkovit sistem oziroma dejavnost javnega zdravja. Nova strokovna spoznanja so v našem prostoru pomemben izziv in terjajo številne spremembe na raziskovalnem, izobraževalnem in izvedbenem področju. Ugotavlja se, da so strokovnjaki na javnozdravstvenem področju sledili razvoju stroke deloma selektivno, saj so večjo pozornost namenjali področjem s tržnim potencialom.

Področje dejavnosti javnega zdravja je treba na novo opredeliti. Ne glede na organiziranost izvajalcev je treba izkoristiti omejene obstoječe zmogljivosti na področju javnega zdravja. Posebej je treba preučiti nove modele organiziranosti dejavnosti javnozdravstvenega laboratorija.

V zadnjih letih je bilo izvedenih že več dejavnosti za opredelitev boljše organiziranosti dejavnosti javnega zdravja. Vsa razmišljanja so temeljila na ugotovitvah, da je dejavnost podhranjena, majhno število strokovnjakov pa razdrobljeno in obremenjeno z rutinskimi nalogami, ki so slabo domišljene in niso vključene v prenovljeno nacionalno javnozdravstveno strategijo, premalo je raziskovalnega dela, interdisciplinarnosti ter inovativnosti. Za vse to so potrebne spodbude in zagotavljanje vzdržnega kvalitativnega in kvantitativnega razvoja na tem področju.

7.1.2 Ukrepi za ureditev dejavnosti javnega zdravja

Republika Slovenija bo opredelila mrežo zavodov za dejavnost javnega zdravja na nacionalni in regionalni ravni ter njihove naloge in medsebojne povezave.

Na ravni države je treba razmisliti o vzpostavitvi nacionalnih centrov za spremljanje in usklajevanje organiziranih populacijskih presejalnih programov. Tak center je lahko vključen v enega od obstoječih javnih zavodov ali pa se za te potrebe ustanovi nov center.

Prav tako je treba ustanoviti nacionalni center za kakovost in varnost v zdravstvu kot samostojno organizacijsko enoto IVZ ali pa se za te potrebe ustanovi nov center.

Glede na potrebne širitve programov javnega zdravja je predvidena postopna rast sredstev za javno službo javnega zdravja v naslednjih petih letih.

7.1.2.1 Inštitut za varovanje zdravja

Republika Slovenija bo v prihodnje usmerila svoje delovanje v posodobitev IVZ, ki je ključna za podporo delovanju resornega ministrstva.

IVZ na državni ravni razvija doktrino javnega zdravja v skladu z evropskimi in mednarodnimi usmeritvami, tako da se izboljšujeta obveščenost in pridobivanje novih znanj s področja javnega zdravja; razvija stabilen sistem spremljanja zdravja, opravlja naloge zbiranja podatkov, analizira podatke o zdravstvenem stanju, organiziranosti sistema zdravstvenega varstva, dejavnikov tveganja in vpliva determinant zdravja; strokovno in laično javnosti seznanja s primerljivimi podatki in informacijami; razvija zdravstveni informacijski sistem z osrednjo nacionalno informacijsko točko ter oblikuje kakovostne in primerljive kazalnike; strokovno usklajuje posamezna področja javnega zdravja.

IVZ na podlagi pridobljenih podatkov in analiz pripravlja in predlaga strokovne podlage za načrtovanje in vrednotenje javnozdravstvenih politik in za izvajanje posameznih ukrepov. Mnogo bolj kot do zdaj naj bo v ospredju analitičen pristop pri spremljanju podatkov in pripravi poročil za posamezna področja. Poleg retrospektivnih analiz naj bo pozornost usmerjena predvsem v napovedovanje trendov in predlaganje ustreznih rešitev. IVZ mora postati središče raziskovalne dejavnosti za področje javnega zdravja v Republiki Sloveniji.

Pri IVZ se ustanovi nacionalni center za kakovost in varnost v zdravstvu kot samostojno organizacijsko enoto ter okrepi področje organizacije zdravstvenega sistema in zdravstvene ekonomike, za kar se zagotovi prednostno financiranje.

IVZ je nacionalni center za spremljanje in obvladovanje nalezljivih bolezni. Zagotavlja operativno ekipo za obvladovanje primerov nalezljivih bolezni, in sicer posamičnih primerov izbruhov ali epidemij nalezljivih bolezni, ki ogrožajo vso državo ali imajo mednarodni pomen ali sicer pomenijo posebno grožnjo zdravju prebivalstva. Usklajuje tudi delovanje drugih izvajalcev, ki so vključeni v obvladovanje nalezljivih bolezni.

Zelo pomembna dejavnost, ki jo opravlja IVZ, je preskrba s cepivi za izvajanje programa cepljenja, ki je pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. IVZ skrbi za doktrino varnega cepljenja, spremlja neželene učinke po cepljenju ter uporabi specifičnih imunoglobulinov in je odgovoren za vodenje registra neželenih učinkov po cepljenju.

IVZ pripravlja predloge in zagotavlja administrativne pogoje za delovanje Komisije za cepilni program.

IVZ je tudi osrednja ustanova, ki izvaja ocene tveganja bioloških, kemijskih in fizikalnih dejavnikov, ki vplivajo na zdravje v ožjem in širšem življenjskem okolju. Za učinkovito izvajanje ukrepov pa je poleg nadzora potrebno tudi obveščanje strokovne in laične javnosti o naravi tveganj in zato zagotavljanje rednih, hitrih in razumljivih informacij o tveganjih za zdravje ljudi (komunikacija tveganja). Ocene tveganja, ki so podlaga za politične in druge odločitve, so področje, na katerem bo IVZ zagotavljal podporo različnim resorjem.

Pomembno vlogo pri ocenah tveganja imajo rezultati laboratorijskih analiz. Laboratorijsko podporo za uradne analize na področju živil, pitne vode in vzorcev okolja lahko izvajajo različni laboratoriji. V Republiki Sloveniji je smiselno razmisliti o racionalni ureditvi laboratorijev, ki opravljajo uradni nadzor nad živil, pitno vodo, predmeti, ki prihajajo v stik z živil, ter drugimi vzorci. Pri odločitvi o organizaciji laboratorija je treba upoštevati usposobljenost izvajalcev, racionalnost organizacije in spodbujati specializacije posameznih izvajalcev.

7.1.2.2 Območni zavodi za zdravstveno varstvo

Območni ZZV so ustanovljeni za področje več občin. Na podlagi poznavanja zdravstvene problematike in posebnih dejavnikov, ki so pomembni za zdravje lokalnega prebivalstva, morajo lokalnim oblastem zagotavljati strokovna izhodišča za sprejemanje politik in ukrepov varovanja in krepitve

zdravja na lokalnih ravneh. Lahko so izvajalci različnih dejavnosti ter povezovalci med vladnimi in nevladnimi organizacijami v skupnosti. Njihova vloga je pomembna tudi pri zagotavljanju strokovne podpore pri pripravi, izvajanju in vrednotenju ukrepov za izboljšanje zdravja. ZZV imajo pomembno vlogo tudi pri oblikovanju in izvajanju lokalnih akcijskih načrtov za okolje in zdravje ter pri spremljanju in obvladovanju nalezljivih bolezni. Za zagotavljanje izvajanja nalog je treba okrepiti predvsem vlaganja v izobraževanje in strokovni razvoj kadrov.

Že pri pripravi letnih programov dela ZZV so bile nakazane prihodnje usmeritve območnih zavodov v smislu zagotavljanja osnovne dejavnosti v regiji, ki bi sčasoma predstavljala manjši del dejavnosti. Osnovna dejavnost ZZV je pregled nad javnozdravstveno problematiko v regiji, pregled nad izvajanjem preventivne dejavnosti na primarni ravni in usklajevanje populacijskih programov za krepitev zdravja. Poleg tega naj bi se ZZV usmerjali v razvijanje programov in dejavnosti, ki jih na podlagi razmer v regiji ocenjujejo kot prednostne ali za katere menijo, da imajo za njihovo izvajanje izkušnje in strokovno znanje. S tem bi neko decentralizirali posamezna področja, ki bi jih posamezen ZZV opravljal za območje celotne Republike Slovenije. Posamezen ZZV bi tako določil svoje prednosti (znanje, izkušnje, kadrovske zmožljivosti) ter postal v prihodnosti center odličnosti za določeno ožje strokovno področje za celotno Slovenijo.

Da bi nove naloge in že sprejete obveznosti lahko učinkovito in dobro opravili, je treba poskrbeti tudi za prestrukturiranje dejavnosti ter s tem v zvezi tudi za dodatno izobraževanje in usposabljanje zaposlenih.

Da bodo ZZV lahko izvajali naloge, zaradi katerih jih je država ustanovila, je potrebna tudi reorganizacija. Predvsem je treba izločiti tržno dejavnost in jo ustrezno organizirati.

Prav tako je treba na novo opredeliti organiziranost laboratorijev za medicinsko mikrobiologijo. Zagotoviti bo treba centralno organiziranost laboratorija, ki lahko ostane v okviru območnega ZZV, lahko pa se dejavnost organizira tudi v okviru regionalne bolnišnice.

Novooblikovani ZZV bodo prevzeli krovno vlogo in imeli pregled tudi nad izvajanjem preventivnih programov na primarni ravni zdravstvene dejavnosti.

7.1.3 Varovanje zdravja delavcev

V dejavnost javnega zdravja spada tudi varovanje zdravja delavcev. Financiranje tega sistema je izključeno iz sistema zdravstvenega zavarovanja in poteka v neposrednem pogodbenem odnosu med delodajalcem in pooblaščenim zdravnikom specialistom medicine dela, prometa in športa. Sama stroka medicine dela, prometa in športa se je skoraj v celoti usmerila v preventivne zdravstvene preglede, ki ugotavljajo celotno zmožnost delavcev za delo, torej ne le njihovo zdravstveno stanje, povezano s tveganji na delovnem mestu, kar je bistvena razlika v primerjavi z opravljanjem te dejavnosti v drugih državah članicah EU.

Za ureditev stanja je treba vzpostaviti mrežo izvajalcev, uvesti plačilni sistem storitev prek posebnega zavarovanja, vzpostaviti učinkovit nadzor ter poenotiti informacijski sistem, katerega eden od produktov bodo tudi učinkoviti in uporabni kazalniki zdravja delavcev.

7.2 Javna mreža

Javna mreža je prostorska in časovna porazdelitev zmožljivosti javnih zdravstvenih zavodov in koncesionarjev, vključujoč človeške, materialne, prostorske in druge vire, s katerimi država in občine zagotavljajo prebivalcem optimalno dostopnost zdravstvenih storitev in oskrbo z njimi na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti.

7.2.1 Opredelitev stanja

Javna mreža je glede na raven izvajalca razdeljena na primarno, sekundarno in terciarno.

Na primarni ravni je in mora biti mreža čim bližje prebivalstvu, da se omogoča hitra in enostavna dostopnost, pri čemer upoštevamo geografsko razporeditev, razporeditev osnovnih dejavnosti primarnega zdravstvenega varstva in ustrezno časovno dostopnost zdravstvene službe.

Primarno raven sestavljajo dejavnosti, ki so opredeljene v Zakonu o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 23/05, 15/08 in 23/08), v katerem je tudi določeno, da za mrežo na primarni ravni skrbi občina. Glede na spremembe, ki so nastale po letu 1992, ugotavljamo, da precejšnje število zdravstvenih domov (v nadaljnjem besedilu: ZD) nima več vseh teh dejavnosti, ki jih opredeljuje zakon. Menimo, da je treba na novo opredeliti osnovno enoto, ki bo skrbela in bila odgovorna za mrežo, vsekakor pa bo moral odgovorni za mrežo upoštevati v tej resoluciji zapisana merila. Na novo je treba opredeliti vsebino primarne ravni, pri čemer je treba prednostno na tej ravni ohraniti službo splošne oziroma družinske medicine, zdravstvenega varstva otrok in mladine, zdravstvenega varstva žensk ter mladinskega zobozdravstva in zobozdravstva za odrasle. Na primarni ravni delujejo še patronaža, ambulantna fizioterapija, medicina dela in nujna medicinska pomoč. Sestavni del primarne ravni zdravstvene dejavnosti je tudi lekarniška dejavnost, lahko pa tudi diagnostične dejavnosti, ki jih opravi zdravnik splošne medicine.

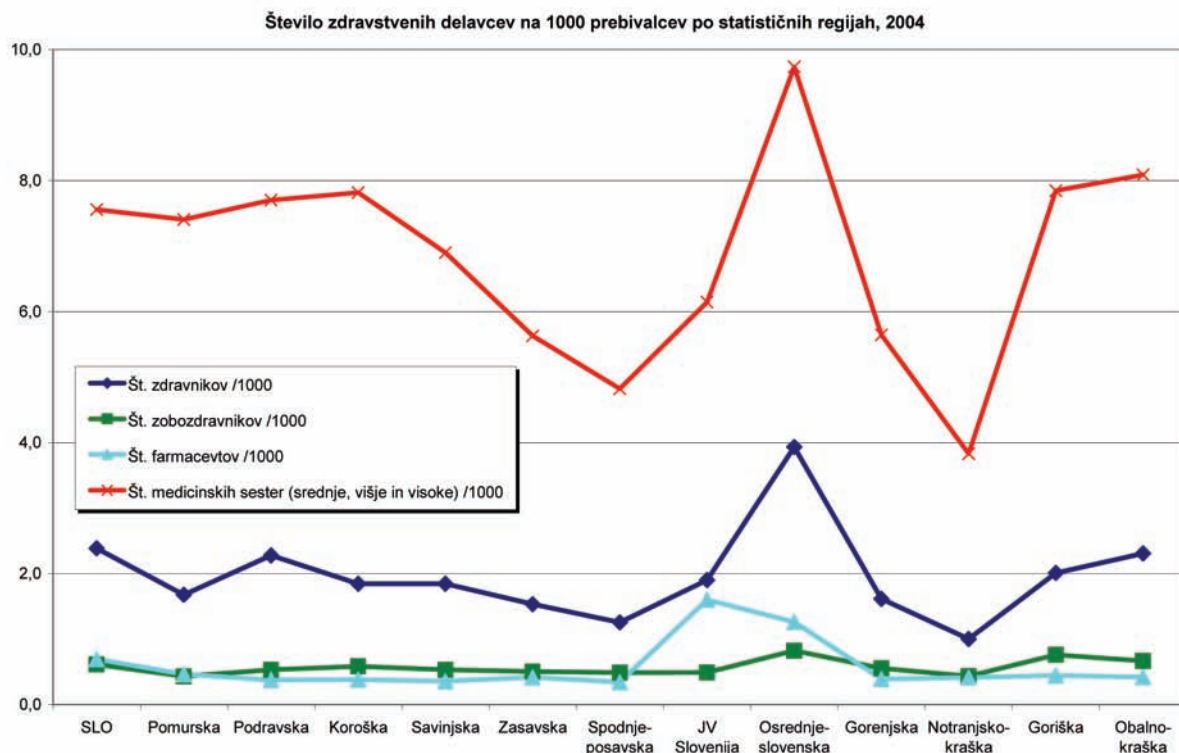
Zdravstvena dejavnost na sekundarni ravni vključuje specialistično ambulantno in bolnišnično dejavnost.

Najvišja raven (zahtevne in redke bolezni in stanja, raziskovanje in učenje) v zdravstveni mreži je terciarna dejavnost, ki se opravlja v obeh univerzitetnih kliničnih centrih ter na Psihiatrični kliniki Ljubljana, Inštitutu za rehabilitacijo RS, Inštitutu za varovanje zdravja RS, Bolnišnici Golnik – Kliničnem oddelku za pljučne bolezni in alergijo in na Onkološkem inštitutu v Ljubljani.

Spremljanje, upravljanje, načrtovanje, izvajanje in financiranje primarne, sekundarne in terciarne zdravstvene službe potekajo ločeno.

Število zdravstvenih delavcev na 1000 prebivalcev po statističnih regijah za leto 2004 in število zdravstvenih delavcev na 100.000 prebivalcev v letih 1991 do 2006 za Slovenijo in EU prikazujeta slika 9 in preglednica 4.

Slika 9. Število zdravnikov, zobozdravnikov, farmacevtov in medicinskih sester na 1.000 prebivalcev po statističnih regijah za leto 2004



Vir: IVZ, spletna stran

Preglednica 4. Število zdravnikov, zobozdravnikov, farmacevtov in medicinskih sester na 100.000 prebivalcev v letih 1991 do 2006 za Republiko Slovenijo in EU (števila ustrezajo vključitvenim merilom za opredelitev kazalnikov po SZO)

Število zdravstvenih delavcev na 100.000 prebivalcev, 1991–2006

SLOVENIJA	1991	1996	2000	2004	2005	2006
zdravniki, stopnja	207,57	213,5	216,91	231,20	234,21	235,78
zobozdravniki, stopnja	52,65	56,65	58,23	59,74	59,80	59,79
MS in ZT, stopnja	546,07	655,4	691,61	741,94	749,09	762,39
farmacevti, stopnja		34,35	37,88	42,46	44,43	46,81
MS, stopnja				174,10	180,10	185,34
ZT, stopnja				567,90	568,99	577,06

Število zdravstvenih delavcev na 100.000 prebivalcev, 1991–2005

EU	1991	1996	2000	2004	2005
zdravniki, stopnja	289,47	293,6	308,18	320,62	317,76
zobozdravniki, stopnja	52,19	56,56	58,89	60,56	61
MS in ZT, stopnja	603,75	646,8	664,05	693	699,33
farmacevti, stopnja	62,1	68,06	72,17	71,87	

Vir: Health for all Database, WHO, 2007. BPI IVZ RS za medicinske sestre in zdravstvene tehnike od 2003–2006

Legenda:

MS – medicinske sestre

ZT – zdravstveni tehniki

Lastnosti mreže so grafično in razpredelnično prikazane v prilogi 2 (prikazi 32 do 38).

7.2.1.1 Primarna raven

Zdravstvena dejavnost na primarni ravni je dostopna vsem ljudem v lokalnem okolju brez predhodnih napotitev ali posredovanja drugih zdravstvenih zavodov oziroma posameznikov. Zdravniki, ki delujejo na primarni ravni, so zdravniki splošne in družinske medicine, pediatri, specialisti šolske medicine, specialisti medicine dela, ginekologi, zobozdravniki. Na primarni ravni je trenutno ena tretjina koncesionarjev, večina je organizirana v samostojne prakse, ki so del sistema javnozdravstvenega varstva.

Pomemben del dejavnosti preventive in zdravljenja na domu opravljajo patronažne medicinske sestre, ki so samostojne nosilke dejavnosti.

Po sedanjih zakonodaji mrežo na primarni ravni oblikuje in uresničuje občina. Če je v gravitacijskem območju dosedanjega zdravstvenega doma več občin, se med seboj dogovorijo o uresničevanju mreže, da dosežejo optimizacijo uporabe vseh virov ob zagotovljeni primerni krajevni dostopnosti.

Iz organizacijskih razlogov in zaradi lažje dostopnosti prebivalstva do različnih zdravstvenih storitev je smiselno zadržati različne dejavnosti na istem mestu (v usklajevanju z ZD in na njihovi lokaciji) ne glede na različno zastopanost koncesionarjev oziroma zaposlenih v javnem zdravstvenem zavodu po občinah. Pretirana drobitev izvajalcev na različnih lokacijah objektivno omejuje dostopnost in praktičnost uporabe določenih dejavnosti, npr. laboratorijskih in diagnostičnih storitev.

Povprečno število opredeljenih pacientov na zdravnika v osnovnem zdravstvu se v zadnjih letih zmanjšuje, kar bi sicer govorilo v prid boljši preskrbljenosti prebivalstva. Ko opravimo analizo razporejenosti teh zdravnikov po državi, se slika poslabša. V nekatere kraje je zdravnike težko pritegniti in tam je dostopnost zdravstvene službe za prebivalce slabša. V splošnem bo treba določiti minimalen obseg pokritosti mreže javne zdravstvene službe, ki še zagotavlja uresničevanje pravice državljanov

do zdravstvenega varstva. Delno destimulativno vlogo ima v sedanjem trenutku tudi dosednji način plačevanja izvajalcev, ki spodbuja preseganje števila opredeljenih prebivalcev na zdravnika in s tem destimulira zaposlovanje dodatnih zdravnikov. Sedanji sistem z regresivno stopnjo plačevanja je primeren za zdravnike z visoko glavarino (znesek, ki ga dobi zdravnik na opredeljeno osebo).

7.2.1.2 Sekundarna raven

Sedanje stanje na sekundarni ravni temelji na regijskem načelu, zato je tudi predvideno, da bo sekundarna raven po ustanovitvi pokrajin v njihovi pristojnosti. Pri ugotavljanju zdravstvenih zmogljivosti na sekundarni in terciarni ravni ugotavljamo, da zmogljivosti fizično niso ločene. Glede na mednarodne primerjave menimo, da v Republiki Sloveniji nimamo prevelike posteljne zmogljivosti. Ob demografskih spremembah in s tem spremenjenih potrebah bo treba na novo opredeliti status bolnišnic, za kar pa bo treba spremeniti tudi zakonodajo.

Dejavnost je namenjena akutni in neakutni bolnišnični obravnavi ter specialistični ambulantni dejavnosti.

Prikaza 39 in 40 v prilogi 2 prikazujeta bolnišnice in njihov pogodbeni obseg programa za leto 2007. Prikaz 41 prikazuje izvajalce akutne bolnišnične obravnave po metodologiji SPP in njihov pogodbeni obseg programa za leto 2007. Prikaz 42 pa prikazuje oceno prihodkov in odhodkov slovenskih bolnišnic za leto 2007.

7.2.1.3 Terciarna raven

Terciarna raven zdravstvenega varstva vključuje znanstvenoraziskovalno in vzgojno-izobraževalno delo za medicinsko fakulteto in druge visoke in višje šole ter opravljanje najzahtevnejših zdravstvenih storitev na ambulantni ali bolnišnični način, ki jih zaradi strokovne, kadrovske, tehnološke in organizacijske zahtevnosti ni mogoče niti ni smotno opravljati na nižjih ravneh. Pri svoji dejavnosti terciarne ustanove opravljajo najzahtevnejše specialistično ambulantno in bolnišnično zdravljenje, uvajajo nove metode zdravljenja, oblikujejo smernice za diagnostiko in zdravljenje ter z njimi seznanjajo druge bolnišnice, zdravnike in druge zdravstvene delavce. Sodelujejo tudi z visokošolskimi zavodi in drugimi strokovnimi organizacijami pri oblikovanju in izvajanju dodiplomskega in podiplomskega izobraževanja.

V preglednicah je v prikazih 39 do 42 v prilogi 2, ki prikazujejo pogodbeni obseg programa, prikazan tudi obseg programa pri izvajalcih, ki izvajajo tudi terciarni zdravstveni program za leto 2007.

7.2.1.4 Opremljenost bolnišnic z drago medicinsko opremo

Preglednica 5. Opremljenost posameznih slovenskih bolnišnic z drago medicinsko opremo

BOLNIŠNICA	PET	MRI	CT
SPLOŠNA BOLNIŠNICA CELJE	0	1	1
PSIHIATRIČNA BOLNIŠNICA VOJNIK	0	0	0
BOLNIŠNICA TOPOLŠICA			
SPLOŠNA BOLNIŠNICA IZOLA	0	1	1
BOLNIŠNICA ZA ZDRAVLJENJE IN REHABILITACIJO KRONIČNIH PLJUČNIH BOLNIKOV IN PODALJŠANO SPLOŠNO-BOLNIŠNIČNO NEGO SEŽANA	0	0	0
BOLNIŠNICA ZA ŽENSKÉ BOLEZNI ... POSTOJNA	0	0	0
ORTOPEDSKA BOLNICA VALDOLTRA	0	1	1
SPLOŠNA BOLNIŠNICA JESENICE	0	0	1
BOLNIŠNICA ZA GINEKOLOGIJO ... KRANJ	0	0	0
PSIHIATRIČNA BOLNIŠNICA BEGUNJE	0	0	0
BOLNIŠNICA GOLNIK	0	0	1

BOLNIŠNICA	PET	MRI	CT
SPLOŠNA BOLNIŠNICA BREŽICE	0	0	1
UNIVERZITETNI KLINIČNI CENTER LJUBLJANA	0	2	2
INŠTITUT RS ZA REHABILITACIJO	0	0	0
ONKOLOŠKI INŠTITUT	-	-	-
CENTER ZA ZDRAVLJENJE BOLEZNI OTROK	0	0	0
PSIHIATRIČNA KLINIKA LJUBLJANA	0	0	0
SPLOŠNA BOLNIŠNICA TRBOVLJE	0	0	0
PSIHIATRIČNA BOLNIŠNICA IDRIJA	0	0	0
UNIVERZITETNI KLINIČNI CENTER MARIBOR	1	1	2
SPLOŠNA BOLNIŠNICA PTUJ	0	0	1
PSIHIATRIČNA BOLNIŠNICA ORMOŽ	0	0	0
SPLOŠNA BOLNIŠNICA MURSKA SOBOTA	0	0	1
SPLOŠNA BOLNIŠNICA NOVA GORICA	0	1	1
SPLOŠNA BOLNIŠNICA NOVO MESTO	0	0	1
SPLOŠNA BOLNIŠNICA SLOVENJ GRADEC	0	0	1
KIRURŠKI SANATORIJ ROŽNA DOLINA	0	0	0
SKUPNO	1	7	15

Legenda:

PET – naprava za pozitronsko emisijsko tomografijo

MRI – naprava za magnetno resonanco

CT – naprava za računalniška tomografijo

Vir: analiza MZ

7.2.1.5 Neakutna bolnišnična obravnava, paliativna oskrba in dolgotrajna oskrba

7.2.1.5.1 Neakutna bolnišnična obravnava

Na neakutno bolnišnično obravnavo se sprejmejo pacienti po končani akutni bolnišnični obravnavi ali pacienti, pri katerih je potrebno nadaljevanje zdravljenja, rehabilitacija, zdravstvena nega ali paliativna oskrba zaradi okrevanja oziroma v tistih primerih, ko je zaradi pacientovega zdravstvenega stanja taka obravnava drugje težko izvedljiva ali ni izvedljiva.

Neakutna zdravstvena obravnava je področje, ki je pomemben most med akutno obravnavo in odpustom v domače okolje ali institucionalno varstvo v socialnem zavodu.

Neakutna bolnišnična obravnava se obračunava do 30 dni, daljše neakutne bolnišnične obravnave (od 31 do 45 dni) lahko obračunavajo tisti izvajalci, ki izvajajo program podaljšanega bolnišničnega zdravljenja (v nadaljnjem besedilu: PBZ).

Preglednica 6. Bolnišnice, ki izvajajo program neakutne bolnišnične obravnave in realizacija bolnišnično oskrbnih dni v letu 2006

Ustanova	Število storitev	Število primerov
Univerzitetni klinični center Ljubljana	45.685	6.573
Univerzitetni klinični center Maribor	14.658	3.346
Bolnišnica Golnik – KOPA	4.022	330
Onkološki inštitut Ljubljana	5.649	642
Ortopedska bolnišnica Valdoltra	5.313	1.195
Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna	490	252
Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj	623	253
Bolnišnica za zdravljenje in rehabilitacijo kroničnih pljučnih bolnikov in podaljšano splošno bolnišnično nego Sežana	362	31
Bolnišnica Topolšica	2.079	193
Splošna bolnišnica Celje	10.315	1.901

Ustanova	Število storitev	Število primerov
Splošna bolnišnica Izola	4.514	488
Splošna bolnišnica Jesenice	4.237	174
Splošna bolnišnica Nova Gorica	4.885	658
Splošna bolnišnica Murska Sobota	5.661	74
Splošna bolnišnica Novo mesto	7.436	731
Splošna bolnišnica Trbovlje	2.398	364
Splošna bolnišnica Slovenj Gradec	6.445	578
Splošna bolnišnica Ptuj	3.170	371
Splošna bolnišnica Brežice	2.097	151
SKUPAJ	130.003	18.305

Vir: spletna stran ZZZS

Oblike neakutne obravnave so glede na vsebino razdeljene v:

- program podaljšanega bolnišničnega zdravljenja z rehabilitacijo ,
- program bolnišnične zdravstvene nege v samostojnih organizacijskih enotah – negovalnih oddelkih, ki izpolnjuje pogoje za izvajanje programa.

Program podaljšanega bolnišničnega zdravljenja je namenjen tistim pacientom, ki po končani diagnostični obravnavi in zastavljenem zdravljenju tega še ne morejo nadaljevati zunaj bolnišnice, saj bi siceršnji prezgodnji odpust lahko povzročil pomembno poslabšanje bolezni. V program podaljšanega bolnišničnega zdravljenja se sprejmejo ti bolniki:

- bolniki, pri katerih nista več potrebni akutna diagnostika in terapija,
- bolniki, ki za nadaljevanje zdravljenja ne potrebujejo zahtevnejše diagnostike in zdravljenja,
- bolniki, pri katerih se predvidevata daljše obdobje zdravljenja s pretežno zdravstveno nego in rehabilitacija.

Program bolnišnične zdravstvene nege je namenjen pacientom, ki po končani akutni obravnavi potrebujejo v pretežni meri nadaljevanje aktivnosti zdravstvene nege, fizioterapije in tudi dodatne socialne obravnave. Program je usmerjen v:

- povečevanje sposobnosti samooskrbe;
- izvajanje specifičnih aktivnosti zdravstvene nege, ki jih ni mogoče izvajati doma ali institucionalnem varstvu;
- spodbujanju aktivne vloge pacienta pri reševanju njegovih zdravstvenih problemov;
- zdravstveno vzgojni program in učenje veščin posameznika za večje obvladovanje bolezni po odpustu;
- povečanje varnosti odpusta.

Preglednica 7. Bolnišnice, ki izvajajo program podaljšanega bolnišničnega zdravljenja, in realizacija bolnišničnih oskrbnih dni v letu 2006

Ustanova	Število storitev	Število primerov
Bolnišnica Sežana	23.162	968
Splošna bolnišnica Murska Sobota	3.419	43
SKUPAJ	26.581	1.011

Vir: spletna stran ZZZS

7.2.1.5.2 Paliativna oskrba

Umiranje danes pogosto ni hitro. Ob reševanju skrbi za umirajočega se je treba zavedati, da imamo vse več starostnikov z vedno več sočasnimi kroničnimi obolenji, spremenjena je tudi oblika današnjih družin. V sodobnem času ne živi več generacij v istem gospodinjstvu, ampak je značilno življenje ožjih družinskih skupnosti, kjer so starejši slej ko prej prepuščeni sami sebi. Prav zato je skrb za starejše, bolne in umirajoče danes z ramen družine prešla na ramena širše družbe in predvsem javnega zdravstvenega sistema.

Paliativna oskrba za paciente z napredovalo neozdravljivo boleznijo in njihove bližnje pomeni celostno oskrbo ne le telesnih motečih bolezenskih znakov, kot so huda bolečina, slabost, oteženo dihanje,

utrujenost, delirij in drugih, temveč tudi oskrbo psihosocialnih in duhovnih vidikov za doseganje čim kakovostnejšega življenja vse do smrti. V paliativno oskrbo so vključeni vsi bolniki z napredujočo kronično neozdravljivo boleznijo od rakavih bolnikov, bolnikov z odpovedjo organa, nevrološkimi obolenji, psihiatričnimi obolenji, aidsom, pediatričnimi neozdravljivimi napredujočimi boleznimi in drugi.

Letno je okrog 20.000 smrti, od tega nekaj več kot polovica smrti nastopi v zdravstvenih ustanovah in le slaba polovica doma, čeprav raziskave kažejo, da si velika večina ljudi želi umreti na svojem domu. Več kot 90 odstotkov smrti je predvidljivih po daljšem obdobju kroničnega poteka, ki mu sledi poslabšanje. Večina umirajočih ni deležna celostne paliativne oskrbe in jih zelo veliko med njimi trpi po nepotrebnem. Cilj dobro razvite javnozdravstvene oskrbe je omogočiti organizirano paliativno oskrbo dovolj zgodaj v procesu napredovale neozdravljive bolezni, kadar je le mogoče, na bolnikovem domu.

V Onkološkem inštitutu, Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani in Mariboru ter v večini regionalnih bolnišnic velik del pacientov, ki potrebujejo paliativno oskrbo, oskrbijo v protibolečinskih ambulantah in njihovih dnevnih oddelkih.

Na primarni ravni paliativno oskrbo izvajajo patronažno varstvo in negovalni timi v institucionalnem varstvu. Nimamo pa organizirane mreže za podporo celostne paliativne oskrbe, ki bi z usmerjenim izobraževanjem in dosti učinkoviteje motiviranimi hišnimi obiski družinskih zdravnikov ter 24-urnim dežurstvom patronažne službe in negovalnih timov omogočali, da pacienti ob koncu življenja ne bi bili po nepotrebnem usmerjeni na urgentne oddelke bolnišnic.

Paliativna oskrba mora biti sestavni del celostne zdravstvene obravnave pacientov z neozdravljivimi rakavimi in kroničnimi obolenji. Razvoj mora slediti jasnim strokovnim in organizacijskim usmeritvam. S spodbujanjem umeščanja paliativne oskrbe v redne izobraževalne programe in izvajanjem izobraževanja v ustanovah, ki imajo že paliativne time, se bodo postopoma oblikovali paliativni timi na vseh ravneh. Prav tako pa je treba doseči tudi ustrezno porazdelitev paliativnih oddelkov ali hospicev s posteljami, ki bodo namenjeni bolnikom, pri katerih oskrba ni mogoča v domačem okolju zaradi zahtevnosti oskrbe ali socialnih razmer. V celotnem sistemu zdravstvenega varstva je zato treba kot prednostno opredeliti jasno financiranje programa paliativne oskrbe.

Zato je potrebno sprejeti nacionalni program paliativne oskrbe, nacionalne standarde kakovosti obravnave v paliativni oskrbi, klasifikacijo storitev v paliativni oskrbi za bolj pregledno učinkovitost in finančno stimulacijo hišnih obiskov družinskih zdravnikov v paliativni oskrbi, razširiti ponudbo zdravil v paliativni oskrbi in poskrbeti za dokumentiranje in statistiko kakovosti umiranja na nacionalni ravni.

7.2.1.5.3 Dolgotrajna oskrba

Dolgotrajna oskrba bo s sprejetjem Zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo postala nova dejavnost, ki bo tesno povezana tako z izvajanjem zdravstvenega varstva kot socialnega varstva. Namenjena bo osebam, ki so zaradi posledic bolezni, poškodb, invalidnosti ali splošne oslabelosti v daljšem časovnem obdobju odvisne od pomoči drugih. Zagotavlja pomoč pri opravljanju temeljnih dnevnih opravil in podpornih dnevnih opravil ter storitev rehabilitacije s ciljem povečevanja sposobnosti samooskrbe ali dolgoročnega zmanjševanja potreb po dolgotrajni oskrbi. Je člen zagotavljanja kontinuitete v celostni obravnavi pacientov.

7.2.1.6 Nujna medicinska pomoč

Služba NMP je zdravstvena dejavnost, ki zagotavlja neprekinjeno NMP in nujne reševalne prevoze poškodovanih in obolelih oseb, ki so neposredno življenjsko ogroženi. Dejavnost je organizirana v primarni zdravstveni dejavnosti pri posameznih zdravstvenih domovih v skladu s pravilnikom, ki določa mrežo služb NMP v Sloveniji. Sedanja organizacija služb NMP je opredeljena v prilogi 1 Pravilnika o službi nujne medicinske pomoči (Uradni list RS, št. 57/07) in prikazana v prikazu 43 v prilogi 2.

7.2.1.7 Lekarniška dejavnost

Za zagotavljanje dostopnosti do zdravil in lekarniških storitev so pomembna geografska in demografska merila ter fizična dostopnost do zdravil, predvsem pa razvitost osnovne zdravstvene dejavnosti.

Razvitost lekarniške dejavnosti je predvsem odvisna od razvitosti in osnovne zdravstvene dejavnosti ter s tem povezanih potreb prebivalstva po preskrbi z zdravili. Z ustreznimi organizacijskimi ukrepi pa je treba zagotoviti oskrbo prebivalstva z zdravili tudi na manj zanimivih krajih za opravljanje lekarniške dejavnosti.

Število lekarn v Sloveniji je razmeroma manjše kot v drugih primerljivih državah članicah EU. Delež sredstev za lekarniško dejavnost v odhodkih ZZZS znaša v Republiki Sloveniji 1,4 odstotka, v drugih državah, kjer imajo maržni sistem financiranja, pa je ta višji.

Pri določanju mreže je treba opredeliti minimalno število lekarn, predvsem pa tudi minimalno število magistrov farmacije glede na prebivalce oziroma na število zdravnikov območja, ki predpisujejo zdravila na recept. Pri tem je treba bolj kot do zdaj upoštevati, da so magistri farmacije nosilci lekarniške dejavnosti, specializirani za farmakoterapijo, ter v tem pogledu nepogrešljiv ter enakopraven član zdravnikovega tima. Prav zaradi tega bi bilo treba v prihodnje tudi za lekarne skladno za razvojem mreže javne zdravstvene službe določiti mrežo javnih lekarn in njihova gravitacijska območja.

Stanje na področju lekarništva na dan 31. 12. 2007 prikazuje prikaz 44 v prilogi 2.

7.2.1.8 Fizikalna in rehabilitacijska medicina

Fizikalna in rehabilitacijska medicina (v nadaljnjem besedilu: FRM) je samostojna zdravstvena specialnost, ki skrbi za telesno in kognitivno delovanje, aktivnosti (tudi vedenje), sodelovanje (tudi kakovost življenja) in prilagajanje osebnih dejavnikov in dejavnikov okolja. Pacientom vseh starosti in z različnimi obolenji ter stanji pomaga pri izboljšanju zdravstvenega stanja, lahko pa celo prepreči obolenje in prehitro poslabševanje bolezni.

Pri celostni obravnavi se uporabljajo posebno diagnostično orodje in načini zdravljenja, tudi farmakološko in fizikalno ter posegi na področju izobraževanja in poklicnega usposabljanja. Delo izvajajo različni strokovnjaki, ki se vključujejo v večpoklicne time. V okviru slovenskega modela financiranja izvajalcev zdravstvenih storitev je rehabilitacijska oskrba zagotovljena pacientom, pri katerih je moteno telesno, socialno in psihosocialno delovanje, z namenom izboljšanja oziroma ohranitve ravni funkcioniranja. Organizirana naj bi bila različno na vseh ravneh od primarne do terciarne ravni, prav tako pa tudi na pacientovem domu.

Programe FRM bo treba prilagoditi, razvijati in širiti glede na potrebe prebivalstva, pri čemer bo treba dati prednost rehabilitaciji na primarni ravni. Za razvoj in oblikovanje doktrine bodo zadolžene ustrezne terciarne ustanove.

Pomembno vlogo pri izvajanju programov in dejavnosti fizikalne medicine in rehabilitacije imajo v Republiki Sloveniji tudi naravna zdravilišča.

Preglednica 8. V javnozdravstveno mrežo se bodo po končani specializaciji vključili zdravniki specialisti FRM po regijah in predvidenem letu:

Ljubljana	2008	-	2
	2009	-	3
	2011	-	2
	2012	-	2
Celje	2009	-	1
	2010	-	1
	2011	-	2
	2012	-	1
Maribor	2011	-	1
	2012	-	1
	2013	-	1
Nova Gorica	2012	-	1
	2013	-	1

Koper	2012	-	1
Krško	2012	-	1
Novo mesto	2010	-	1
Murska Sobota	2013	-	1
Ravne na Koroškem	2013	-	1

za znanega plačnika pa:

Terme Krka Strunjan, d.o.o.	2011	-	1
Terme Olimia, d.d.	2011	-	1

Seznam zdravilišč v Republiki Sloveniji je prikazan v prikazu 45 v prilogi 2.

7.2.1.9 Laboratorijska medicina

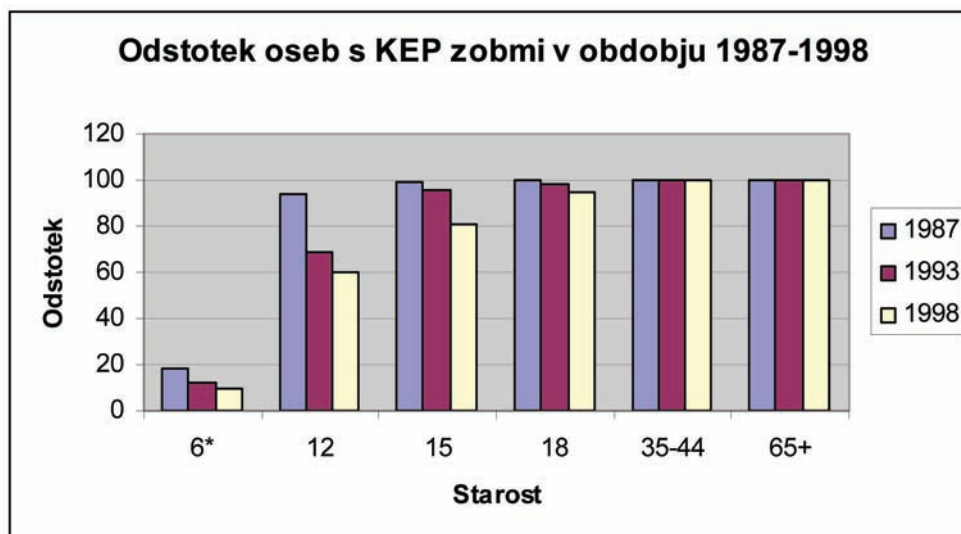
Laboratorijska medicina je področje diagnostike, ki pokriva klinično kemijo s hematologijo, transfuziologijo, mikrobiologijo ter citologijo in histologijo. Kakovost izvedenih analiz v laboratorijih je ključnega pomena v preventivnih presejalnih programih in programih redne podporne diagnostike, saj bistveno pripomore k varnosti pacienta, ter k pravilnim odločitvam glede nadaljnje obravnave pacienta. Na kakovost poleg zanesljivih akreditiranih metod, ki omogočajo medsebojno primerljivost rezultatov, pomembno vplivata tudi število izvedenih analiz in zagotavljanje sistema kakovosti. Razvoj laboratorijske dejavnosti bo odvisen od razvoja zdravstvene službe na drugih ravneh in povezan z njim.

7.2.1.10 Zobozdravstvo

Zobozdravstvena dejavnost je sestavni del primarne zdravstvene dejavnosti, ki vsebuje zobozdravstveno dejavnost za otroke in mladino, za odraslo prebivalstvo in stomatološko specialistično dejavnost. Te zagotavljajo prebivalstvu ustrezne preventivne, kurativne in rehabilitacijske dejavnosti. Število zobozdravniških timov v Republiki Sloveniji je 1238, od tega je 167 čistih zasebnikov, po teh podatkih pride en zobozdravniški tim na 1615 prebivalcev. Na tem področju so v zadnjem času najdaljše čakalne dobe. Eden od razlogov za tako stanje je tudi epidemiološko stanje v zobozdravstvu.

Gibanje indeksa KEP (karies – ekstrakcija – polnitev) kot enega od kazalnikov ustnega zdravja prikazuje slika 10 in preglednica 9. Podatki se nanašajo na leto 1998, ker v Republiki Sloveniji ni uveden sistem rednega zbiranja, spremljanja in analiziranja indeksa KEP, kar je ena od pomanjkljivosti pri razvoju te službe.

Slika 10. Povprečno število prizadetih (KEP) zob po starostnih skupinah v Republiki Sloveniji v obdobju 1987–1998



Vir: Vrbič, V., Upadanje zobnega kariesa v Sloveniji v obdobju 1987–1988. Zobozdravstveni Vestnik 1998; 53: 103-6

S slike 10 vidimo, da nam je v določenem obdobju uspelo znižati indeks KEP, kar je posledica ustrezno izvajane stomatološke preventive. Zaradi učinkovite preventive in dobro organiziranega mladinske zobozdravstvene dejavnosti je bil delež otrok z neprizadetimi zobmi v devetdesetih letih prejšnjega stoletja zelo visok v starostnih skupinah med 6 in 12 let starosti. Pri 6-letnikih jih je bilo 90 odstotkov brez zobnega kariesa. Pri 12-letnikih je bil ta odstotek nekoliko nižji in je znašal 40 odstotkov.

Preglednica 9. Povprečno število KEP zob po starostnih skupinah v letih 1987 - 1998

K				E			P			POVPREČNO ŠT. ZOB S KEP		
Starost	1987	1993	1998	1987	1993	1998	1987	1993	1998	1987	1993	1998
6	0,2	0,2	0,1	0	0	0	0,1	0	0,1	0,3	0,2	0,2
12	1,3	0,8	0,3	1,3	0,2	0,1	3,5	1,6	1,4	5,1	2,6	1,8
15	3	1,7	1,1	0,7	0,2	0,2	6,5	3,7	3	10,2	5,6	4,3
18	3,1	1,6	1,4	1	0,5	0,2	8,8	6,7	5,4	12,9	8,8	7,4
35-44	2,6	1,7	0,9	8,7	6,8	5,2	9,2	10,5	8,6	20,5	19	14,7
65 +	1,6	0,9	0,6	22,5	24,3	19,2	2,9	2,6	2,7	27	27,8	22,5

Vir: Vrbič, V., Upadanje zobnega kariesa v Sloveniji v obdobju 1987–1988. Zobozdravstveni Vestnik 1998; 53: 103-6

Primerjava z državami EU (prikaz 46 v prilogi 2) nam kaže, da smo v Republiki Sloveniji pri ustnem zdravju kljub obsežni in organizirani stomatološki preventivi po višini indeksa KEP zaostajali za večino držav EU. Čeprav nimamo novejših podatkov, lahko z veliko gotovostjo ocenjujemo, da se stanje v zadnjih letih ni izboljšalo ali da se je skoraj gotovo še poslabšalo.

Še slabše kot pri mladini je bilo ustno zdravje pri odraslih (prikaz 47 v prilogi 2). V obdobju 1987–1998 je bilo med odraslimi v starosti od 25–64 let 4 odstotke oseb brez zob. Pri starejših od 65 let je delež oseb brez zob 16 odstotkov. Prevalenca oseb brez zob se z leti povečuje. Več kot dve tretjini oseb brez zob sta v starejši starostni skupini nad 65 let. Prav tako se brezzobost povezuje s socialnim in ekonomskim statusom ljudi (prikaz 48 v prilogi 2).

Pogostost in stopnjo obzobnih bolezni ocenjujemo s skupnostnim indeksom potreb po parodontalnem zdravljenju. Znotraj starostne skupine med 25 do 75 let le 0,7 odstotka ohrani zdrava obzobna tkiva, krvavitev kot najslabše stanje je prisotna pri 5,4 odstotka oseb, zobni kamen pri 34,2 odstotka oseb, plitvi in globoki obzobni žepi pa pri 32,3 odstotka in 27,3 odstotka.

Na ustno zdravje zelo vpliva vedenjski slog posameznika, zlasti redno in pravilno čiščenje zob ter ustrezna prehrana. Predvsem ustna higiena je področje, na katerem bi lahko bistveno več naredili za zdravo zobovje in s tem za lastno zdravje nasploh (prikaz 49 v prilogi 2). Kar 53,7 odstotka odraslih si umiva zobe enkrat ali manj kot enkrat na dan. Tako stanje kaže na veliko potrebo po krepitvi ustnega zdravja pri odraslih.

7.2.1.11 Transfuzijska medicina

Transfuzijska služba zagotavlja nemoteno preskrbo z varnimi in kakovostnimi krvnimi pripravki v skladu z razvojem stroke. Dejavnost krvodajalstva in same transfuzijske službe je v Sloveniji organizirana dobro. Kljub temu se bo v prihodnjih letih transfuzijski oddelki reorganizirali skladno z Zakonom o preskrbi s krvjo (Uradni list RS, št. 104/06; ZPKrv-1), s čimer bomo zagotovili urejenost področja skladno z direktivo EU ter upoštevali tudi ekonomsko racionalnost.

7.2.1.12 Zdravstveno varstvo invalidov

Zdravstveno varstvo invalidov v Republiki Sloveniji je razmeroma dobro urejeno na vseh treh ravneh zdravstvene dejavnosti.

7.2.2 Ukrepi za ureditev mreže

Zaradi pričakovanih demografskih sprememb in epidemiološkega prehoda je treba temu ustrezno načrtovati delo in postavljati prednostne naloge na primarni in sekundarni ravni. Da bi omogočili neprekinjeno in celovito obravnavo in s tem večjo kakovost ter večje zadovoljstvo pacientov in izvajalcev, je treba vzpostaviti razmere za timsko delo in tesno sodelovanje med izvajalci zdravstvenih storitev na vseh ravneh. Skladno s tem je treba takoj začeti reorganizacijo zdravstvenih zavodov in dejavnosti, ki morajo uvesti procesno obravnavo pacientov na podlagi opredeljenih in integriranih kliničnih poti in smernic ter zagotoviti ustrezno informacijsko podporo in izboljšati komuniciranje. Vsi ti ukrepi bodo v veliki meri zabrisali meje in pregrade med primarno, sekundarno in terciarno ravno ter med posameznimi bolnišničnimi oddelki in bolnišnicami. Pri reorganizaciji dela je treba predvideti potrebo po ponovni opredelitvi dela v timih zdravstvenih delavcev in v skladu z usposobljenostjo in možnostjo prenesti določene delovne naloge in pristojnosti tudi na medicinske sestre ter druge zdravstvene delavce, kar bo omogočilo racionalnejšo porabo sredstev. Uvrščanje novih metod diagnostike in zdravljenja ter širjenje v terciarnih ustanovah že uveljavljenih in sprejetih metod na sekundarno in s sekundarne na primarno raven je treba urediti skladno s strokovnimi medicinskimi in ekonomskimi utemeljitvami, ki bodo temeljile na metodologiji ocene uspehov in učinkov (Health Technology Assessment). Vsekakor je treba zaradi koristi pacientov in ekonomskih razlogov preprečiti preveliko drobljenje zdravstvenih storitev na preveč izvajalcev.

Kriteriji za mrežo zdravstvene službe so podlaga za ustrezno prilagajanje dejavnosti potrebam oziroma zahtevam za enako dostopnost do zdravstvenih storitev ter tudi za financiranje v okviru javnih financ. Država in občine kot ustanoviteljice oziroma odgovorne za javno mrežo bodo poleg meril za mrežo upoštevale v enaki meri razpoložljive finančne vire, določene s predpisi s področja javnih financ. Podlaga za določanje javne mreže bo tudi delitev dela med primarno, sekundarno in terciarno ravno zdravstvenih dejavnosti. Slednja bo tudi ena izmed podlag za financiranje izvajalcev iz javnih sredstev.

7.2.2.1 Primarna raven

ZD ima vlogo usklajevalca in pomembnega izvajalca zdravstvene dejavnosti na primarni ravni, in sicer za področje, za katero je ustanovljen, in v sodelovanju s koncesionarji. Ti se bodo vključevali v izvajanje programa zdravstvenih storitev primarne ravni s tem, da bodo opravljali naloge, ki za to raven izhajajo iz delitve dela – od izvajanja preventive, zagotavljanja neprekinjenega zdravstvenega varstva, vključno z medsebojnim nadomeščanjem, skupne uporabe določenih virov in drugih oblik sodelovanja z ZD.

Občina oziroma občine (če jih je več na področju sedanjega ZD) morajo zagotoviti ustrezna vlaganja in pogoje za nemoteno in uspešno delo ZD in koncesionarjev. Za slednje bodo s sklepanjem koncesijskih pogodb jasno opredelili dosledno vključevanje v izvajanje programa zdravstvenih storitev na primarni ravni in sodelovanje z zdravstvenimi domovi območja, na katerih delajo. To se nanaša tudi na specialiste, ki delajo na primarni ravni, s čimer bo prebivalstvu zagotovljena ustrezna zdravstvena oskrba. Zaradi pravice do enake dostopnosti do specialista je treba določiti tudi pogoje za enakovredno vključevanje in usklajevanje dela vseh specialistov (zaposlenih v ZD in koncesionarjev), ki so vključeni v delo na primarni ravni. Preventiva je še posebej pomembno področje dela primarne ravni in mora biti glede na dogovore v pogodbah izvedena v celoti.

Zaposleni v ZD in koncesionarji, ki delujejo na primarni ravni, morajo biti nagrajeni skladno z rezultati dela. Plačevanje storitev mora zagotavljati tudi strokovni razvoj.

ZD, ki v sodelovanju s koncesionarji zagotavljajo neprekinjeno zdravstveno varstvo, so vključeni v pripravo in izvajanje nacionalnih načrtov za obvladovanje razmer ob velikih naravnih nesrečah, epidemijah in drugih izrednih razmerah, izvajajo tudi NMP na javnih prireditvah in so npr. učne ustanove zdravstvenih delavcev in sodelavcev.

Občinam kot lastnicam in ustanoviteljicam ZD se priporoča, da koncesionarjem zagotovijo enako možnost delovanja v prostorih ZD in da bodo pri tem najemnine za prostore take, da bodo krile stroške vzdrževanja oziroma skupne vzdrževalne stroške. Taki ukrepi so smiselni zaradi boljše dostopnosti do zdravstvenih storitev na enem mestu za vse prebivalstvo in učinkov ekonomije obsega. Nadaljnje geografsko razprševanje mreže razen v primerih, ko je to nedvomno v prid dostopnosti prebivalstva, ni smiselno.

Občine naj z ukrepi spodbujajo delo zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev na področjih, na katerih je zanimanje za delo zdravstvenih delavcev zmanjšano. Država naj v proračunu opredeli sredstva za spodbude zaposlovanju in jih skladno s potrebami dodeli občinam za tovrstne namene. Zdravnikom in patronažnim medicinskim sestram na odročnih območjih je treba omogočiti prednostni dostop do strokovnega izpopolnjevanja, da jih oddaljenost od centrov znanja ne bo ovirala pri njihovem strokovnem razvoju.

Zaradi demografskih sprememb je potrebno sprejeti Zakon o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo, ki bo urejeval to področje dejavnosti. Mreža patronažne službe se bo povečevala s potrebami, ob sočasnem uvajanju razširjenih timov za zdravstveno nego in oskrbo na domu. Patronažna medicinska sestra usklajuje delo s službami v zdravstvenem domu, je v stalnem stiku z družinskim zdravnikom, s službami na sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti in drugimi službami, kot so centri za socialno delo idr.

IVZ bo tekoče bodo spremljal demografske in zdravstvene potrebe prebivalstva ter zemljepisne in prometne posebnosti območij. To bo podlaga za dopolnjevanje kadrovskih, prostorskih in materialnih možnosti, ki naj med področji načrtovanja (upravnimi enotami, pokrajinami) ne bi nihale za več kot 5 ali 10 odstotkov.

Merila za določitev javne mreže na primarni ravni

I. Razpoložljivost javne mreže za prebivalstvo

- Demografska merila (element potreb po storitvah)
 - o starostna struktura (število in čas obiskov po starostni strukturi),
 - o spol.
- Fizična dostopnost – geografsko merilo
 - o delež in število občanov, ki so oddaljeni od najbližjega izvajalca nad dopustno mejo,
 - o delež in število občanov, ki so oddaljeni od najbližjega izvajalca s polnim obratovalnim časom nad dopustno mejo,
 - o delež in število občanov, ki so oddaljeni od najbližjega izvajalca dežurne službe nad dopustno mejo,
 - o gravitacijsko območje.
- Razpoložljivost zdravnikov za občane
 - o standardizirana glavarina za opredeljene občane,
 - o povprečna razpoložljivost ordinacijskega časa za obiske občanov pri zdravniku oziroma drugem zdravstvenem sodelavcu,
 - o število opredeljenih na zdravnike (glavarina na zdravnika), ki jih obiskujejo občani,
 - o delež opredeljenih prebivalcev v občinah in število neopredeljenih.

II. Relativne in absolutne potrebe po novih zdravnikih

- o dejansko število zdravnikov za opredeljene občane,
- o količniki.

III. Potrebe po zdravnikih v prihodnosti glede na upokojitve in kaj pomenijo upokojitve za mrežo

- o količniki opredeljenih občanov,
- o absolutno in relativno zmanjšanje števila zdravnikov zaradi upokožitev.

V prihodnje je treba krepiti vlogo družinskega zdravnika ter patronažnih in drugih medicinskih sester. Omogočiti jim je treba stalno usposabljanje za spremljanje napredka v stroki in prilagajanje novim razmeram, ki nastajajo zaradi staranja prebivalstva. Zdravniki specialisti družinske medicine potrebujejo kratke in usmerjene programe z različnih področij, kot so medicina dela, pulmologija, pediatrija, diabetologija, geriatrija idr. Z ustrezno organizacijo dela je treba prenesti večji del nalog kot do zdaj na medicinske sestre, zlasti na področju preventive. Nujno je treba uvesti elektronske zdravstvene kartone in informatiko ter doseči elektronsko povezavo vseh ravni zdravstvene oskrbe. Ob tem je treba vpeljati tudi vrednotenje e-storitev in tudi telefonskih posvetov. Za usklajevanje in razvoj medicinske stroke na primarni ravni je treba vzpostaviti **inštitut za družinsko medicino** kot osrednjo ustanovo, ki bo usmerjala in nadzorovala kakovost in razvoj družinske medicine. Za vlaganje v razvoj zdravstvene informatike bodo poleg izvajalcev in plačnikov storitev pristojni tudi ustanovitelji zdravstvenih zavodov.

Merilo glavarine ob trenutnem stanju kadra na področju zdravstva je:

- za dejavnost družinske medicine – 1800 prebivalcev na en zdravstveni tim je sedanje povprečno število, ki je potrebno za osnovno preskrbljenost prebivalstva z zdravstvenimi storitvami (upoštevajoč trenutno povprečje vpisanih občanov na zdravniški tim in 2 odstotka neopredeljenih oseb). Za pokrivanje (še) neopredeljenih oseb bi potrebovali še 20 dodatnih zdravnikov specialistov družinske medicine. Pod posebnimi pogoji se dopušča odstopanje od ciljnega števila, in sicer:
 - o na demografsko ogroženih območjih je ciljno število lahko nižje, do 1200 prebivalcev na en zdravniški tim, pri čemer prejme izvajalec zaradi posebnih pogojev dela plačilo, ki je enako, kot če bi dosegel ciljno število 1800 prebivalcev;
 - o na območjih z veliko zgoščenostjo prebivalstva je ciljno število lahko višje, do 2500 prebivalcev na en zdravniški tim, pri čemer prejme izvajalec zaradi posebnih pogojev dela plačilo, ki ustreza številu prebivalcev, ki ga tim obravnava, vendar plačilo ne more biti višje kot za obravnavo 2500 prebivalcev;
- za dejavnost zdravstvenega varstva otrok in mladostnikov – 850 otrok na pediatra v primerih, ko je organizirano zdravstveno varstvo otrok 0–6 let starosti, 1400 otrok na pediatra (ali šolskega zdravnika) v primerih organiziranosti zdravstvenega varstva otrok 0–19 let (nekdanji bivalentni dispanzer) in 1700 otrok na pediatra (ali šolskega zdravnika) v primerih organiziranosti zdravstvenega varstva za šolske otroke in mladostnike 6–19 let starosti;
- za dejavnost zdravstvenega varstva žensk – 5500 žensk od 13. leta dalje na ginekologa v dejavnosti ne glede na lokacijo izvajanja dejavnosti (upoštevajoč trenutno število opredeljenih žensk na tim in 23,5 odstotka neopredeljenih žensk); za pokrivanje še neopredeljenih žensk bi za zagotovitev enake dostopnosti, kot jo imajo opredeljene danes, potrebovali še 31 dodatnih ginekologov za zdravstveno varstvo žensk;
- za dejavnost zobozdravstva – 2500 oseb na doktorja dentalne medicine za prebivalce nad 19 let starosti (upoštevajoč trenutno število opredeljenih oseb in 20,7 odstotka neopredeljenih); 1300 otrok in mladostnikov na doktorja dentalne medicine v dejavnosti otroškega in mladinskega zobozdravstva (kar vključuje število opredeljenih otrok in mladine ter 25,6 odstotka neopredeljenih otrok in mladine); za pokrivanje še neopredeljenih odraslih bi potrebovali še 130 zobozdravnikov in 71 zobozdravnikov za otroke in mladino;
- za dejavnost patronažne službe – 2500 oseb na eno patronažno medicinsko sestro in 5000 oseb na enega zdravstvenega tehnika. Za področje dolgotrajne oskrbe bodo kadrovski kriteriji določeni v Zakonu o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo, za področje paliativne oskrbe pa v nacionalnem planu o paliativni oskrbi.

Pri vseh izvajalcih zdravstvenega varstva je treba predvideti specializacije, ki bodo zadovoljile spremenjene družbene potrebe in sledile razvoju posameznih profesionalnih področij. Predvideti je treba tudi nove profile – usklajevalce odpusta, zdravstvene obravnave idr.

Pri vseh naštetih merilih velja, da so sprejemljiva odstopanja navzgor in navzdol za 10 odstotkov in v teh primerih ni treba ukrepati z dodatnim zaposlovanjem oziroma z dodatnim angažiranjem kadra oziroma ni mogoče govoriti o presežku kadra.

Omenjena merila preskrbljenosti z zdravstvenim timom veljajo za dodeljevanje novih koncesij ali za obravnavanje vlog za širjenje števila timov v javnih zdravstvenih zavodih na področju primarnega zdravstvenega varstva.

Posamezne koncesije ni mogoče razpisati za obseg, ki je manjši kot polovica predvidene glavarine v posamezni stroki oziroma dejavnosti.

V občinah z majhnim številom prebivalstva lahko en tim oskrbuje prebivalstvo iz več različnih občin, saj ni smotno, da bi mrežo drobili na zelo majhne enote, v katerih bi težko zagotavljali pokritost, in še to le z delnim angažiranjem kadra (občine z manj kot 900 prebivalci).

Merila za določitve demografsko ogroženih območij se vsako leto oblikujejo glede na indeks razvitosti v skladu s Sklepom o določitvi razvitosti občin za določeno leto, ki ga potrdi Vlada RS, in se uporabljajo za določanje posebnih ugodnejših pogojev za izpolnjevanje meril za polne glavarine, tako kot je navedeno zgoraj.

Stanje leta 2013 v primerjavi s stanjem konec leta 2007

Ocenjuje se, da se bo stanje leta 2013 v primerjavi s koncem leta 2007 izboljšalo na račun novega kadra, ki bo vstopil v zdravstveno dejavnost na primarni ravni. To temelji na projekcijah, ki kažejo na realno povečanje števila zdravnikov v Republiki Sloveniji v tem obdobju. Projekcije temeljijo izključno na demografskih značilnostih populacije ključnih zdravstvenih poklicev. Ne kažejo morebitnega povečanja na račun pridobitve dodatnih kadrov iz drugih oziroma sosednjih držav. Poleg tega bo do izboljšanja glede na sedanje stanje prišlo tudi zato, ker bomo izboljšali pokritost s kadrom v tistih okoljih, v kateri kronično primanjkuje zdravnikov. Po oceni bo v primarno zdravstveno varstvo vstopil sorazmerno enak delež zdravnikov, kot jih bo v celoten zdravstveni sistem, kar pomeni, da bi se število nosilcev povečalo za okrog 10 odstotkov. Ob tem je treba poudariti, da bi 5-odstotno izboljšanje glede na sedanje stanje prinesli že uvajanje zdravnikov v vsa deficitarna okolja in izboljšanje dostopnosti v teh. Skupaj bi to pomenilo, da bi se v dejavnostih primarnega zdravstvenega varstva dodatno zaposlilo 130 zdravnikov, od teh 90 specialistov družinske medicine, 25 pediatrov in 15 ginekologov.

V zobozdravstvu je položaj drugačen, saj je priliv z Odseka za dentalno medicino Medicinske fakultete v Ljubljani razmeroma majhen in se bo nekoliko povečal šele po letu 2013 zaradi povečanja vpisa od študijskega leta 2006/07 dalje. Vseeno je pričakovati, da se bo skupno število zobozdravnikov povečalo za 5 odstotkov na približno 1300. To pa ne bo bistveno razbremenilo sedanjega položaja, v katerem na enega zobozdravnika gravitira razmeroma veliko zavarovancev in je dobra petina zavarovancev brez izbranega zobozdravnika, kar pomeni nepokrite potrebe po zobozdravstvenem varstvu. Še posebej je to pereče v otroškem in mladinskem zobozdravstvu.

7.2.2.2 Sekundarna raven

Stopnja napotitev s primarne ravni zdravstvenega varstva na sekundarni specialistični ambulantni del je odvisna od starostne strukture prebivalstva, znanja in izkušenosti napotnega zdravnika, sprejetih smernic obravnave pacienta na primarni ravni ter zahtevnosti pacientov. Z boljšo oskrbo na primarni ravni naj bi se celo nekoliko znižala. Podlaga za to je izboljšanje možnosti za delo na primarni ravni, kar je deloma povezano z boljšo kadrovsko zasedenostjo. Povečanje zaupanja v delo družinskega zdravnika, kar je pri tem pomembno, je mogoče ob znanju, ki ga mora imeti zdravnik, doseči s povečanjem razpoložljivega časa, ki ga ima na razpolago zdravnik, sposobnostjo komuniciranja, zdravnikovo zbranostjo pri razgovoru in njegovo sposobnostjo obveščanja pacienta). Uveljaviti je treba načelo, da se napotitev s primarne ravni na sekundarno lahko opravi, ko so izčrpane diagnostične in terapevtske možnosti na primarni ravni. Posebna merila pripravijo strokovna združenja.

Zahtevnost obravnav (in s tem stroški) se bo s staranjem prebivalstva povečevala (4,5-krat za osebe, starejše od 65 let, in 6-krat za osebe nad 80 let). Število obravnav v akutni bolnišnici bo naraščalo med 2 in 3 odstotki letno.

Zaradi sprememb pri obravnavi pacientov bo treba nameniti vse več zmogljivosti (tudi v bolnišnicah) za ambulantno specialistično dejavnost. Ne glede na to, kje se bo izvajala sekundarna zdravstvena dejavnost, bo treba povsod zagotoviti kakovostno in varno oskrbo pacientov. Na oddelkih bolnišnic bo treba v naslednjem 5-letnem obdobju opraviti najmanj dvakratno samoocenjevanje ter akreditacijo, ki jo bo opravil zunanji presojevalec. Sprejeti je treba zakon o izpolnjevanju pogojev kakovosti in varnosti dela v zdravstvu, vključno s standardiziranimi in med bolnišnicami primerljivimi poročili o kakovosti dela v bolnišnicah. V prihodnje naj bi bila ta poročila bistven element odločanja o nadaljnjem obstoju oddelka ali celo bolnišnice.

Pri postavljanju mreže na ambulantni specialistični ravni je treba zagotoviti vključevanje ambulantnih specialistov v delo bolnišnice. Brez dela v dežurni službi in rednega občasnega vključevanja v delo bolnišnice ne bo mogoče dobiti koncesije za ambulantno specialistično dejavnost.

Ker se zmogljivosti izvajalcev v javni mreži na sekundarni ravni ne bodo večale v zadostni meri, se bo delež zasebnih izvajalcev koncesionarjev in izvajalcev v javno-zasebnem partnerstvu povečeval, vendar bo ob tem treba upoštevati omejene kadrovske zmogljivosti.

Na področju bolnišničnih izvajalcev se bo uveljavilo načelo specializacije in s tem združevanja več manjših istovrstnih enot v večji oddelek v eni bolnišnici. Bolniški oddelki, ki ne bodo zagotavljali de-

lovanja službe z zdravniki in drugim zdravstvenim osebjem neprekinjeno 24 ur dnevno za potrebe dejavnosti in NMP, ne bodo zagotavljali kakovosti in varnosti zdravstvenih storitev in ne bodo zagotavljali gospodarnosti delovanja z vidika ekonomije obsega, se bodo morali združiti v večji oddelek druge bližnje bolnišnice, v manjši bolnišnici pa organizirati delo samo ambulantno.

Število zdravstvenih delavcev in sodelavcev bo naraščalo približno 2 odstotka letno, vendar šele po letu 2010. Število upravno-tehničnega osebja bo ostajalo številčno enako ali celo upadlo do 1 odstotka letno.

Podporne dejavnosti bolnišnic (upravno-tehnične dejavnosti) se bodo pogosteje oddajale zunanjim izvajalcem (t.i. outsourcing) ali opravljale v obliki javno-zasebnega partnerstva.

Merila za določanje javne mreže na sekundarni bolnišnični ravni so:

- zagotavljanje 24-urnega delovanja bolnišnice, službe ali oddelka z ustreznim številom zdravstvenega osebja, vključno z zagotavljanjem NMP;
- zagotavljanje kakovosti in varnosti izvajanja zdravstvenih storitev s pomočjo sistema celovite kakovosti in dovolj velikega števila podobnih ali istovrstnih primerov bolezenskih stanj (merila opredelijo strokovna združenja);
- najmanjše mogoče število obravnavanih pacientov, ki zagotavlja ustrezno kakovost in ekonomsko upravičenost opravljanja dejavnosti;
- število hospitaliziranih pacientov oziroma ambulantno obravnavanih pacientov (na 1000 prebivalcev) območja v posamezni specialnosti, povprečno število pacientov, ki jih lahko letno obravnava en zdravniški tim;
- velikost gravitacijskega območja;
- velikost čakalnih vrst za zdravstvene storitve.

Merilo za mrežo ambulantne specialistične dejavnosti je:

– nesprejemljiva čakalna doba ob jasno opredeljenih pravilih o delitvi dela med primarno in sekundarno ravno zdravstvenega varstva.

Za sistem celovite kakovosti bo treba pripraviti poseben predpis.

7.2.2.3 Terciarna raven

Program (vrsto, količino in vrednost) terciarne ravni zdravstvenega varstva je treba opredeliti za vsakega izvajalca posebej letno z načrtom. Program se bo izvajalcem plačeval skladno z načrtom in realizacijo.

Terciarna zdravstvena dejavnost se skladno z zakonom ne more opravljati zasebno, mogoče pa bodo nekatere oblike sodelovanja v javno-zasebnem partnerstvu.

Merila za določanje mreže na terciarni ravni so:

- celovitost obravnave pacienta in multidisciplinarnost z vidika timske obravnave različnih medicinskih strokovnjakov, laboratorijske, radiološke in druge obravnave;
- sposobnosti obravnave najtežjih in redkih bolezenskih stanj;
- kliničnost oddelkov ter povezanost z medicinskimi fakultetami in drugimi visokošolskimi ustanovami;
- raziskovalna in učna dejavnost ter mednarodno strokovno in znanstveno sodelovanje;
- zagotavljanje sistema celovite kakovosti in varnosti;
- spremljanje nacionalnih čakalnih vrst za zdravstvene obravnave, registrov in evidenc, potrebnih za spremljanje zdravstvenega stanja prebivalstva;
- zadovoljevanje potreb po terciarnem zdravstvenem varstvu za vsaj 0,5 milijona prebivalcev.

7.2.2.4 Draga medicinska oprema

Treba je izboljšati opremljenost slovenskih bolnišnic z drago medicinsko opremo, za kar bo izvedena posebna študija. Cilj do leta 2013 je povečati število drage medicinske opreme, tako da bi imeli skupno vsaj 2 napravi PET, 20 naprav MRI in 30 naprav CT, vendar bo dokončno število potrebnih naprav določeno na podlagi izsledkov študije.

7.2.2.5 Neakutna bolnišnična obravnava

Zaradi staranja prebivalstva in s tem povezano višjo stopnjo odvisnosti starejših od pomoči drugih, vse krajšim časom bivanja pacientov v bolnišnici zaradi akutne obravnave in vse zahtevnejšo zdravstveno nego tako kroničnih kot tudi bolnikov z rakom, bo potrebno povečati zmogljivosti negovalnih oddelkov bolnišnic ter dolgotrajne oskrbe v institucijah in na domu.

Za obravnavo pacientov, ki potrebujejo podaljšano bolnišnično zdravljenje, zdravstvo nego in paliativno oskrbo, je potrebno ustanoviti multidisciplinarne time, ki jih bodo sestavljali zdravnik, diplomirana medicinska sestra, zdravstveni tehnik, socialni delavec, fizioterapevt, delovni terapevt, dietetik in psiholog. Nujno je treba ustanoviti nove negovalne bolnišnice in paliativne oddelke v bolnišnicah ter preskrbeti sredstva za njihovo delovanje. Cilj za obdobje 2008 do 2013 je, da bi dobili v vsaki pokrajini vsaj eno negovalno enoto s paliativnim oddelkom in ustanovili vsaj pet negovalnih bolnišnic na območju celotne Slovenije.

7.2.2.6 Nujna medicinska pomoč

Cilj razvoja dejavnosti NMP do leta 2013 je približevanje optimalni organiziranosti, kar pomeni čim enakomernejši razvoj dejavnosti NMP na območju celotne države, ki bo zagotavljal približno enako možnost preživetja ob morebitni življenjski ogroženosti ali poškodbi pacientov.

Dejavnost NMP je namenjena izvajanju nujnih ukrepov zdravstvene ekipe pri osebi, ki je zaradi poškodbe ali bolezni neposredno življenjsko ogrožena oziroma pri kateri bi glede na zdravstveno stanje v kratkem lahko prišlo do take ogroženosti. Zato je to dejavnost v srednjeročnem obdobju do leta 2013 treba organizirati skladno z razvojem zdravstvenega varstva, novimi spoznanji na področju urgentne medicine ter razvojem tehnične opreme in informacijske tehnologije. Pri tem se upoštevajo tudi podatki o stanju zdravstvene ogroženosti prebivalstva, podatki o vrsti in obsegu nesreč v prometu, pri delu in podobne dejavniki ter dejanske možnosti, ki jih ima država pri oblikovanju kadrovske in finančne virov za zagotavljanje te dejavnosti.

Za izdelavo potrebnega programa razvoja dejavnosti je treba izdelati pregled trenutnega stanja dejavnosti. Pri pregledu stanja je treba upoštevati podatke iz poročil služb NMP in jih bo mogoče uporabiti kot eno od podlag za pripravo izhodišč. Pri izdelavi pregleda stanja je treba upoštevati kadrovske zasedenosti ekip, ki izvajajo službo NMP (število, izobrazba, usposobljenost), način in obseg financiranja te službe, infrastrukturo in opremo (vrsta opreme, starost, uporabnost).

Na podlagi kakovostne analize stanja in trendov (analiza dosedanjih ukrepov enot NMP, število poškodb in bolezni, ki ogrožajo življenje, starostne strukture in podobnih) bo v sodelovanju s strokovnjaki na področju urgentne medicine (primarna in sekundarna raven) treba pripraviti smernice in standarde, ki bodo zagotavljali enakomeren razvoj dejavnosti. Za celotno državo bodo zato izdelana nova merila za oblikovanje mreže služb NMP na primarni ravni ter izdelane smernice razvoja NMP na sekundarni ravni v skladu s sprejetimi zakonskimi in drugimi predpisi.

Za zagotavljanje optimalne organiziranosti dejavnosti NMP bo treba preučiti možnosti za vzpostavitev drugih potrebnih spremljajočih služb. To pomeni, da bo treba urediti področje služb NMP, helikoptersko NMP, dispečersko službo in reševalne prevoze v povezavi z že sprejetimi usmeritvami gradnje urgentnih centrov.

Sprejeta sta tudi že nova specializacija za zdravnika specialista urgentne medicine in izobraževanje drugih zdravstvenih sodelavcev za specializacijo na področjih dela NMP.

K pospešenemu razvoju urgentne medicine bo pripomoglo tudi to, da se v obdobju 2008–2013 predvidata gradnja in predaja namenu novih ali prenovljenih urgentnih centrov, ki bodo sestavni del UKC Ljubljana, UKC Maribor in regijskih bolnišnic. Tak center je stičišče predbolnišnične in bolnišnične nujne pomoči in zagotavlja, da bo bolnik, ki je življenjsko ogrožen, optimalno obravnavan, saj bo pri obravnavi sodelovala skupina zdravnikov različnih medicinskih strok.

Pri organizaciji in delovanju urgentnih centrov bo ministrstvo sodelovalo pri pripravi smernic in doktrin razvoja, pri katerih se bo upošteval nadaljnji razvoj enot NMP na primarni ravni. Te so temeljnega

pomena za pravočasno ukrepanje ob življenjski ogroženosti pacientov ali poškodovancev, ki so dejansko najbolj oddaljeni od organiziranih centrov. Ob tem bo prav tako potrebno sodelovanje pri razvoju in povezovanju vseh organizacijskih oblik delovanja NMP na vseh ravneh, da bo država lahko zagotavljala približno enake možnosti preživetja življenjsko ogroženih pacientov ali poškodovancev na območju celotne države.

Za približevanje cilju bo država zagotovila tudi nadzorovanje delovanja služb NMP na vseh ravneh. Nadzorovanje bo vključevalo strokovni, organizacijski, pravnoformalni nadzor in nadzor nad pravilno, učinkovito in pregledno porabo vseh javnih sredstev, pridobljenih za izvajanje dejavnosti NMP.

Vzpostavitev nove mreže službe nujne medicinske pomoči je prikazana v prikazu 50 v prilogi 2.

7.2.2.7 Lekarniška dejavnost

Lekarniška dejavnost naj bi ostala organizirana skladno z dosedanjimi usmeritvami glede na število prebivalcev in merilo oddaljenosti. Z ustrezno zakonodajno rešitvijo in poenostavitvijo standardov na področju lekarniške dejavnosti je potrebno zagotoviti olajšave oziroma spodbude lekarnam v oddaljenih in demografsko ogroženih krajih.

V bolnišnicah je treba uveljaviti kliničnega farmakologa kot svetovalca in usmerjevalca pri klinični farmakoterapiji.

Merila za določanje lekarniške mreže

Lekarna se glede na krajevne razmere lahko organizira za območje 7000 prebivalcev v povprečju in najmanj 5000 prebivalcev, pri čemer mora biti nova lekarna oddaljena najmanj 400 m cestne razdalje od obstoječe lekarne in bo pogoju, da je v kraju organizirana osnovna zdravstvena dejavnost z najmanj vsakodnevno prisotnostjo vsaj enega zdravnika v splošni ambulanti.

Občina, ki ima manj kot 5000 prebivalcev, lahko v dogovoru s sosednjimi občinami oblikuje območje, na katerem organizira lekarno, če s tem izpolnjuje zgoraj navedeni pogoji.

V občini, kjer že deluje ena ali več lekarn, se lahko organizira nova lekarna, če število prebivalcev na obstoječo lekarno presega v povprečju 7000 prebivalcev, skupen presežek prebivalcev pa je večji od 5000 prebivalcev.

Podružnica lekarne se lahko organizira v kraju z manj kot 5000 prebivalci, v katerem je organizirana osnovna zdravstvena dejavnost in je najbližja lekarna oddaljena najmanj 6 km cestne razdalje.

Priročna zaloga zdravil se lahko organizira v kraju, v katerem je organizirana osnovna zdravstvena dejavnost in je oddaljen najmanj 10 km cestne razdalje od najbližje lekarne ali podružnice lekarne.

7.2.2.8 Fizikalna in rehabilitacijska medicina

Programi FRM se bodo izvajali na primarni, sekundarni in terciarni ravni. Oblikovati bo treba natančne strokovne in kadrovske smernice in doktrino, ki bodo podlaga za širitev programov na vseh ravneh obravnave. Treba bi bilo tudi izdelati strokovne usmeritve za celovito multidisciplinarno rehabilitacijo slepih in slabovidnih.

Na primarni ravni bo treba razviti mrežo specialistov FRM oziroma posebej usposobljenih družinskih zdravnikov, in sicer je treba doseči raven, da bo na 50.000 prebivalcev en specialist FRM oziroma posebej usposobljeni družinski zdravnik, 10 fizioterapevtov in 5 delovnih terapevtov, kar pomeni tudi tim na primarni ravni.

Dosedanji razvoj zdravstvene oskrbe s fizioterapijo je bil usmerjen v razvoj mreže, ki pa še ni dokončna. To je povzročilo drobitev organizacijskih enot v posamezne izvajalce z eno koncesijo, kar pomeni po eni strani omejene prostorske zmogljivosti in nabor fizioterapevtskih storitev, po drugi strani pa individualni strokovni pristop in boljšo lokalno dostopnost pacientom. 20–30 odstotkov fizioterapevtske obravnave in tudi obravnave delovne terapije se mora prenesti v izvajanje na pacientovem domu. Omenjeno obravnavo pa morajo izvajati vsi, ki so vključeni v mrežo javne zdravstvene službe.

V primarno raven oskrbe spada tudi ambulantna dejavnost posameznih slovenskih zdravilišč, v katerih že deluje 24 specialistov FRM in dobro razvita dejavnost fizioterapije. V prihodnje bo zato treba bolj izkoristiti že obstoječe zmogljivosti v slovenskih zdraviliščih.

Na sekundarni ravni je dobro razvita in ustrezno vodena specialistična ambulantna dejavnost v UKC Ljubljana, UKC Maribor, SB Celje in SB Šempeter pri Novi Gorici. Programe FRM pa bo treba prenesti tudi v druge večje akutne bolnišnice, ki bodo obstoječe programe fizioterapije prestrukturirale v programe FRM ter ustanovile oddelke za fizikalno in rehabilitacijsko medicino. S tem bodo dane možnosti za doseganje bistveno večje kakovosti obravnave na ambulantni ravni ter za širitev dejavnosti na sekundarni ravni. V večjih akutnih bolnišnicah morajo biti zagotovljene možnosti za razvoj zgodnje medicinske rehabilitacije, saj se sicer lahko zmanjša rehabilitacijski potencial z neugodnimi posledicami za bolnika. Na sekundarno raven spadajo tudi podaljšano bolnišnično zdravljenje in rehabilitacija v Bolnišnici Sežana ter hospitalni del slovenskih zdravilišč, kamor bodo tudi v prihodnje omogočene premestitve iz splošnih bolnišnic.

Na terciarni ravni se rešujejo problemi celovite multidisciplinarne rehabilitacijske obravnave. Ustanova terciarnega tipa je hkrati učna baza za vse kadre, ki delajo na področju FRM, in nosilka znanstvenoraziskovalne dejavnosti.

V osrednji terciarni ustanovi Inštitutu RS za rehabilitacijo se izvaja celovita multidisciplinarna rehabilitacijska obravnava pacientov z najtežjimi okvarami po možganski kapi, nezgodni možganski poškodbi, pacientov z okvaro hrbtenjače, napredujočimi živčnimi obolenji in perifernimi živčnimi okvarami, po hudih, kombiniranih poškodbah, z revmatskimi obolenji in po amputaciji telesnih udov ter slepih in slabovidnih oseb. Vse navedene patologije pri otrocih obravnava za to specializiran otroški oddelek. Poklicna rehabilitacija sodeluje pri popolnem ponovnem vključevanju delavca v delovno okolje po poškodbi oziroma po nastanku invalidnosti. Treba je okrepiti poklicno rehabilitacijo tako, da se delavci po poškodbah čim prej vrnejo na svoje delovno mesto. V poklicno rehabilitacijo je nujno treba vključiti tudi delovne invalide druge in tretje kategorije ter sodelovati pri prilagoditvi delovnih mest.

Zaradi povečanih potreb po celoviti multidisciplinarni rehabilitacijski obravnavi bo treba smiselno širiti in razvijati terciarno rehabilitacijsko obravnavo tudi v drugih zdravstvenih centrih, in sicer pri programih, za katere osrednja rehabilitacijska ustanova nima dovolj zmogljivosti, in programih, ki vplivajo na razvoj fizikalne in rehabilitacijske medicine ter trenutne potrebe slovenskega zdravstva. Izdelati bo treba strokovne usmeritve za nova področja, med katera sodi tudi rehabilitacija slepih in slabovidnih, ki v Republiki Sloveniji v primerjavi z drugimi evropskimi državami niso dovolj pokrita.

7.2.2.9 Laboratorijska medicina

Mreža registriranih laboratorijev mora biti organizirana na primarni ravni tako, da so laboratorijske storitve uravnoteženo dostopne naročnikom in pacientom. Ker vsi laboratoriji ne izpolnjujejo kadrovskih, prostornih in kadrovskih zahtev, lahko delujejo le kot odvzemna mesta za vzorce oziroma priročni laboratoriji, ki opravljajo strokovno dogovorjen obseg hitrih testov, ob tem, da nadzor nad temi laboratoriji opravlja specialist ustrezne veje laboratorijske medicine. Na sekundarni ravni mora biti organizirana 24-urna laboratorijska služba, ki zagotavlja laboratorijske storitve notranjim in zunanjim naročnikom.

7.2.2.10 Zobozdravstvo

Za zagotavljanje kakovostne zobozdravstvene oskrbe vseh starostnih skupin prebivalstva mora postati dispanzerska metoda značilnost celotnega osnovnega zobozdravstva. Pri tem je treba ohraniti enovitost zdravstvenega varstva z velikim poudarkom na preventivnem in socialnem vidiku. Povečati je treba pacientovo seznanjenost in preglednost nad delom zobozdravstvene dejavnosti ter omogočiti boljšo dostopnost. Dispanzersko metodo dela je treba vzpostaviti v celotnem zobozdravstvu, ob tem pa je treba največjo pozornost namenjati mladinskemu zobozdravstvu in preventivnemu delu, za kar je treba ohraniti oziroma povečati finančna sredstva za preventivno dejavnost. Prav ta mora biti eno prednostnih področij pri razvoju zobozdravstvene dejavnosti pri nas. Financiranje te dejavnosti mora biti spodbudnejše kot do zdaj. Treba bo vzpostaviti način dela, po katerem bosta pri vsakem pacientu opravljena celovita diagnostika in načrt zdravljenja z vsemi izračuni stroškov za opravljene storitve v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja oziroma

za druge plačnike. Za skrajševanje čakalnih vrst je treba vzpostaviti elektronski čakalni seznam ob izdelanih pravilih za vpis in razporeditev (trijažo) novega pacienta, spremeniti sistem plačila zobozdravnikov in ga vezati na število opredeljenih oseb v mladinskem zobozdravstvu, pa tudi na dosežene rezultate pri zmanjševanju indeksa KEP.

Cilji v zobozdravstvu za obdobje 2008 do 2013:

- Pri 6-letnih otrocih zmanjšati indeks KEP zlasti pri otrocih z visokim tveganjem.
- Pri 12-letnikih zmanjšati indeks KEP zlasti pri otrocih z visokim tveganjem.
- Doseči, da bodo otroci zapuščali devetletko s primarno ali sekundarno zdravim zobovjem.
- Zmanjšati nepravilnosti orofacialnega sistema pri 12 let starih otrocih za 5 odstotkov.
- Zmanjšati delež oseb brez zob v starostni skupini nad 65 let starosti za 5 odstotkov.
- Povečati delež odraslih oseb s funkcionalnim zobovjem pri starejših od 35 let za 5 odstotkov.
- Zmanjšati pogostost parodontalnih bolezni z izgubo epitelijskega prirastišča ali brez izgube pri vseh starostnih skupinah za 10 odstotkov.
- Povečati delež oseb z zdravim zobovjem pri vseh starostnih skupinah za 10 odstotkov.

Kratkoročni ukrepi za doseg ciljev v zobozdravstvu:

- Uvesti redno spremljanje ustnega zdravja prebivalstva.
- Zagotoviti neprekinjen nadzor in zdravljenje zob in ustne votline od predšolske dobe do dokončane srednje šole, sprejeti oziroma posodobiti nacionalni preventivni program za otroke in mladostnike ter določiti njegove izvajalce.
- Načrtovati in sprejeti posebne programe za svetovanje nosečnicam in mladim materam ter v njihovo izvajanje vključiti tudi dispanzerje za žene.
- Podpirati ustvarjanje in razvijati okolje, ki deluje pozitivno na krepitev in ohranjanje dobrega ustnega zdravja (npr. z uvajanjem učnega programa za vzgojo za zdravje ust in zob otrok in odraslih).
- V vrtce uvesti redno čiščenje zob otrok in jih spodbuditi, da bodo otrokom zagotavljali zobovju neškodljivo hrano.

Dolgoročni ukrepi za doseg ciljev v zobozdravstveni dejavnosti:

- Omejiti oglaševanje hrane in pijače, ki škodljivo deluje na ustno zdravje prebivalcev.
- Treba je zagotoviti, da je skrb za krepitev ustnega zdravja skrb vseh.
- Uveljavljati ustno zdravje kot sestavni del splošnega zdravja pri oblikovanju zdravstvene politike.
- Uvesti prakso povrnitve dela plačanih prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje oseb, ki ohranjajo zdravo zobovje in ne uporabijo zobozdravstvenih storitev 10 let in več.

7.2.2.11 Transfuzijska medicina

Za preskrbo s krvjo, celicami in tkivi je treba ustanoviti enovito transfuzijsko službo, ki bo združevala vse ustanove, ki opravljajo dejavnost preskrbe s krvjo, zdravili iz krvi ter celicami in tkivi. Enovita transfuzijska služba bo skrbela za varno, zadostno in učinkovito preskrbo s krvjo, celicami in tkivi, predvsem pa racionalneje organizirano, enotno vodeno, stroškovno učinkovitejšo in preglednejšo dejavnost, ki bo delovala po načelih strokovne in poslovne odličnosti v okviru javne zdravstvene službe. Nujno potrebna je povečana skrb za racionalno uporabo krvnih pripravkov in razvijanje alternativnih oblik zdravljenja s krvjo (avtotransfuzija).

7.2.2.12 Zdravstveno varstvo invalidov

V kategoriji senzoričnih invalidov, kamor spadajo slepi in gluhi, je treba izboljšati socialno in zdravstveno rehabilitacijo za pozneje oslepele in povečati število polževih vsadkov za gluhe.

V kategoriji gibalno oviranih je treba povečati skrb za obnovitveno rehabilitacijo, predvsem za ustrezno število medicinskih pripomočkov.

Za kategorijo pacientov z duševno motnjo je treba čim prej sprejeti zakon o duševnem zdravju, ki bo natančno uredil razmerja med zdravniki in stroko.

Pacientom s poškodbo možganov je treba zagotoviti prevoze in osebno asistenco, kar pa je značilno za vse kategorije invalidov.

Invalidi starostniki pa so potrebni dodatne državne skrbi na področju zagotavljanja ustrezne zdravstvene oskrbe.

7.2.3 Skrajšanje čakalnih dob

Cilj nove zakonodaje s področja pacientovih pravic je tudi nacionalni čakalni seznam, ki bo dostopen vsem državljanom na spletnih straneh. Treba pa bo sprejeti še nov zakon o evidencah v zdravstvenem varstvu, ki je pogoj tudi za celovit informacijski sistem za podporo mreži javne zdravstvene službe.

V tem trenutku so za zdravstveno dejavnost na strani pacientov največja težava čakalne dobe, ki so sicer značilne za veliko večino držav članic EU, in sicer kot regulator ob omejenih finančnih sredstvih in vse večjem povpraševanju. Ugotavlja se, da so se čakalne dobe za večino operativnih posegov že nekoliko skrajšale, vendar je s tem treba nadaljevati. Povsem odprt problem pa so v tem trenutku čakalne dobe v ambulantni dejavnosti, kjer je to dejavnik nepravilnosti v sistemu, predvsem za bolnike, ki (pre) dolgo čakajo na prvi pregled pri specialistu.

Skrajšanje čakalnih dob ob pomoči uporabe informacijskih tehnologij je mogoče z natančnim načrtovanjem dela, naročanjem na določeno časovno enoto, stalnim pregledom in posodabljanjem nacionalnega čakalnega seznama, obvladovanjem slikovnih in diagnostičnih podatkov po internetu. Cilj je doseči take čakalne dobe, ki bi bile manjše od največje dopustne dobe za končano obravnavo glavnega bolezenskega stanja glede na posamezne skupine obravnav, in sicer:

- urgentna obravnava takoj ali v istem dnevu;
- obravnava pri družinskem zdravniku (oziroma pri drugem zdravniku na ravni primarnega zdravstvenega varstva) za neurgentna stanja do 1 tedna;
- maligna obolenja do 1 meseca;
- nekronična obolenja do 3 mesecev;
- kronična degenerativna stanja do 6 mesecev.

Za določanje vstopa v čakalne liste bodo izdelane smernice za opravljanje zdravstvenih storitev in s tem strokovna delitev dela, ki bo ob ustrezni kadrovski pokritosti, urejeni postopoma, največ pripomogla k skrajševanju čakalnih dob. Bolnišnice bodo morale povečati učinkovitost in strokovnost, od tod tudi usmeritve za posamezne manjše bolnišnice. K ureditvi nacionalnih čakalnih list bo pripomogel tudi poseben zakon o evidencah s področja zdravstva ter zakon o izpolnjevanju pogojev kakovosti in varnosti dela v zdravstvu. K zmanjšanju čakalnih dob bo prispevala tudi urejena mreža javne zdravstvene službe in procesna obravnava pacientov, ki zahteva natančne smernice obravnave po posameznih diagnostičnih postopkih, s čimer je opredeljen nivo obravnave pacienta (ambulantne preiskave pred napotitvijo pacienta na specialistično obravnavo). Pripraviti je potrebno standardizacijo glede števila obravnav na primarni ravni ter se posledično kadrovske okrepiti.

7.2.4 Koncesije

Zakon o javno-zasebnem partnerstvu (Uradni list RS, št. 127/06; v nadaljnjem besedilu: ZJZP) je podrobneje uredil postopek podeljevanja koncesij, ki se nanaša tudi na zdravstvene koncesije.

Koncesija se podeli samo takrat, kadar se s koncesijo doseže povečanje dodane vrednosti za uporabnika ali pa se dodana vrednost ohranja, nikakor pa se koncesije ne podeli, če bi se za uporabnika dodana vrednost znižala.

Koncesijo za zdravstveno dejavnost ureja ZZDej v 41. do 44. členu. Podelitev koncesije za zdravstveno dejavnost na primarni ravni je v pristojnosti občine, zato lahko država vpliva nanj pretežno z instrumentom soglasja ministrstva, pristojnega za zdravje, v tem postopku. Sam postopek podelitve koncesije je urejen kot upravni postopek, zato o podelitvi koncesije odloči na primarni ravni pristojni organ občinske uprave, ki mora v postopku pridobiti mnenje ZZS in pristojne zbornice ter že omejeno soglasje Ministrstva za zdravje. Koncesije so orodje za doseganje zastavljenih ciljev, zato se podeljujejo tako, da se vključujejo v potrebe javnega zdravstva na podlagi meril.

Koncesije na področju lekarniške dejavnosti ureja Zakon o lekarniški dejavnosti (Uradni list RS, št. 36/04 – uradno prečiščeno besedilo; ZLD) v 13. do 20. členu. Podeljevanje koncesij na področju lekarniške dejavnosti (poleg ustanavljanja javnih lekarniških zavodov) zagotavlja dostopnost do zdravil in lekarniških storitev. V zagotavljanje nepretrgane oskrbe z zdravili se morajo vključiti koncesionarji na področju lekarniške dejavnosti. Dežurna služba se lahko zagotavlja tudi v sodelovanju z zasebnimi lekarnami, ne le v sodelovanju lekarnarjev z javnimi lekarniškimi zavodi.

Podeljevanje koncesij za javno službo v zdravstveni dejavnosti (pri tem je treba poudariti, da so vse koncesije tudi javno-zasebna partnerstva in da vsa javno-zasebna partnerstva v zdravstvu vključujejo tudi podelitev koncesije za javno službo v zdravstveni dejavnosti) je usmerjeno zlasti v korist pacientom. V tem smislu se zagotavlja čim lažja in enaka dostopnost zdravstvenih storitev na primarni in sekundarni ravni za prebivalce na območju celotne države. To pomeni, da je treba pri podeljevanju koncesij upoštevati mrežo javne zdravstvene službe. Koncesije se podeljujejo predvsem takrat, kadar v okviru javne mreže ni mogoče zagotavljati pogojev za ustrezno pokritost prebivalstva. Področja zdravstvenega varstva, na katerih se lahko izvaja zasebna zdravstvena dejavnost, je področje primarne in sekundarne ravni zdravstvenega varstva, ne pa področje terciarne dejavnosti, področja javnega zdravja in patoanatomskih storitev. Histopatološke in citopatološke storitve pa bi bilo mogoče v prihodnje opravljati tudi v okviru zasebne zdravstvene dejavnosti s koncesijo. Za koncesionarje veljajo enake zahteve glede kakovosti dela kot za javne zavode, kar npr. v laboratorijski medicini pomeni, da morajo izpolnjevati zahteve Pravilnika o pogojih, ki jih morajo izpolnjevati laboratoriji za izvajanje preiskav na področju laboratorijske medicine (Uradni list RS, št. 64/04), ter druge predpisane pogoje (akreditacija).

Organiziranost javne službe in njena dostopnost za državljane sta med drugim odvisni tudi od dobrega sodelovanja vseh izvajalcev zdravstvenih storitev v javni zdravstveni službi, zato bo Ministrstvo za zdravje bo prek občin in javnih zdravstvenih zavodov na primarni in sekundarni ravni kot temeljnih nosilcev javne zdravstvene službe ustvarilo razmere, ki bodo zagotavljale enakopravno vključevanje posameznih izvajalcev zdravstvenih storitev pod enakimi pogoji. Na drugi strani pa bo to pripomoglo tudi k čim večji izkoriščenosti že obstoječih zmogljivosti javnih zdravstvenih zavodov, predvsem zdravstvenih domov in bolnišnic.

Ministrstvo za zdravje bo pri podeljevanju koncesij na sekundarni ravni, na primarni ravni pa pri izdajanju soglasij h koncesiji, z ustreznimi usmeritvami v vsakem primeru posebej poskušalo zagotoviti podlage za sodelovanje z vsemi izvajalci v mreži javne zdravstvene službe, in sicer na primarni ravni z zdravstvenimi domovi, na sekundarni ravni pa z bolnišnicami in inštituti.

Glede na to, da se očitki javnosti v zvezi z dostopnostjo do zdravstvenih storitev nanašajo predvsem na zagotavljanje stalno dostopne nujne medicinske pomoči, reševalnih prevozov ter laboratorijskih in drugih diagnostičnih in terapevtskih postopkov, ki jih mora zasebni zdravnik svojim pacientom zagotavljati na podlagi samega zakona, je treba zagotoviti, da koncendenti določijo konkretne obveznosti zasebnega zdravnika s koncesijo v zvezi z zagotavljanjem dežurstev, nadomeščanjem načrtovanih in nenačrtovanih odsotnosti ter splošno razporeditvijo delovnega časa. Poleg dolžnosti vključevanja koncesionarja v nujno medicinsko pomoč je s koncesijsko pogodbo treba določiti tudi obveznost sodelovanja koncesionarja pri programih za krepitev, ohranitev in povrnitev zdravja, ki jih izvaja zdravstveni dom. S predpisi bodo podrobneje urejeni pogoji za sklepanje koncesijskih pogodb, natančnejša vsebina koncesijske pogodbe, konkretne obveznosti posameznega koncesionarja, vključevanje koncesionarja v zagotavljanje zdravstvenega varstva in NMP, zagotavljanje dežurstva idr.

Občina kot ustanoviteljica javnih zdravstvenih zavodov (ZD) mora zagotoviti, da se zasebna zdravstvena dejavnost čim bolj izvaja v najetih prostorih ZD, saj se tako zagotovi smotna izkoriščenost in namenska uporaba obstoječih zmogljivosti.

Za podeljevanje koncesij na sekundarni ravni, ki se pretežno izvajajo v bolnišnicah, bo Ministrstvo za zdravje vsako vlogo za koncesijo na sekundarni ravni, ki se bo nanašala na program, ki ga sicer izvaja bolnišnica, poslalo v mnenje javnemu zdravstvenemu zavodu, ki bo preučil vse mogoče posledice za izvajanje javne zdravstvene službe in poslovanje javnega zdravstvenega zavoda ter pri tem upošteval število zaposlenih zdravnikov, program, ki ga posamezen zdravnik opravlja, in drugo delo, ki ga posameznik opravi (ambulantno delo, delo na oddelku, znanstvenoraziskovalno delo) v obsegu pogodbe z ZZZS. Če javni zdravstveni zavod ugotovi, da je po-

delitev koncesije s stališča dostopnosti do zdravstvenih storitev ustrezna, mora opredeliti obseg in vrsto programa, ki se lahko prenese iz bolnišnice (ambulanta, operativa), ter način in obseg sodelovanja s koncesionarjem za potrebe dežurne službe in drugih bolnišničnih programov, da bi se skrajšale čakalne dobe.

Ministrstvo za zdravje bo z različnimi ukrepi, predvsem s sprejetjem ustreznih predpisov, poskušalo odpraviti sedanje pomanjkljivosti pri podeljevanju koncesij, tako da bo določilo vlogo javnega zdravstvenega zavoda, katerega del lahko prehaja v koncesijo, uredilo razmerja med javnim zdravstvenim zavodom in koncesionarjem, določilo sklepanje koncesijskih pogodb za določen čas in odpravilo dvojnost urejanja razmerij med koncedentom in koncesionarjem ter med koncesionarjem in ZZS glede financiranja. S tem bo zagotovljeno enakopravno vključevanje in sodelovanje posameznih izvajalcev v javni mreži pod enakimi pogoji.

Na sekundarni ravni je treba posebno pozornost nameniti zlasti koncesijam, ki so javno-zasebna partnerstva z vlaganjem v infrastrukturo javne zdravstvene službe, bodisi da gre za vlaganja v nove prostore in opremo bodisi obsežno prenovo obstoječih prostorov in dodano novo opremo.

Podeljevanje koncesij mora temeljiti na mreži javne zdravstvene službe. Po 5. členu ZZDej mrežo na primarni ravni določa občina, na sekundarni in terciarni ravni pa država, pri čemer jo na sekundarni ravni določa po predhodnem mnenju zainteresiranih občin. Predlagana ureditev pristojnosti pokrajin predvideva, naj bi določanje mreže na sekundarni ravni prešlo na pokrajine. Koncesije je treba podeljevati predvsem tam, kjer je potreba po njihovi podelitvi, ker ni zadovoljeno potrebam po javni zdravstveni službi. Koncedent lahko zavrne podelitev koncesije, če je v skladu z normativi in standardi za vzpostavitev mreže javne zdravstvene službe zadovoljeno potrebam po zdravstveni dejavnosti. Upravičeno je podeljevanje koncesij povsod, kjer je tako mogoče zagotoviti boljšo dostopnost do zdravstvenih storitev.

V praksi prihaja do nenadzorovanega dodeljevanja pravic za opravljanje zdravstvene dejavnosti v družbah z omejeno odgovornostjo brez koncesij. Zato obstaja veliko prehajanje zdravstvenih delavcev oziroma zdravstvenih sodelavcev iz javnih zdravstvenih zavodov v zasebni sektor. Za odpravo nesorazmerij bo treba uvesti spodbudo za javne zdravstvene zavode in večji nadzor zasebnega sektorja ter urediti zakonodajo na tem področju. Konkurenčna določba, ki jo določa delovnopravna zakonodaja, zahteva, da lahko zdravnik opravlja istovrstno dejavnost pri drugem delodajalcu samo z vednostjo tistega, pri katerem je redno zaposlen.

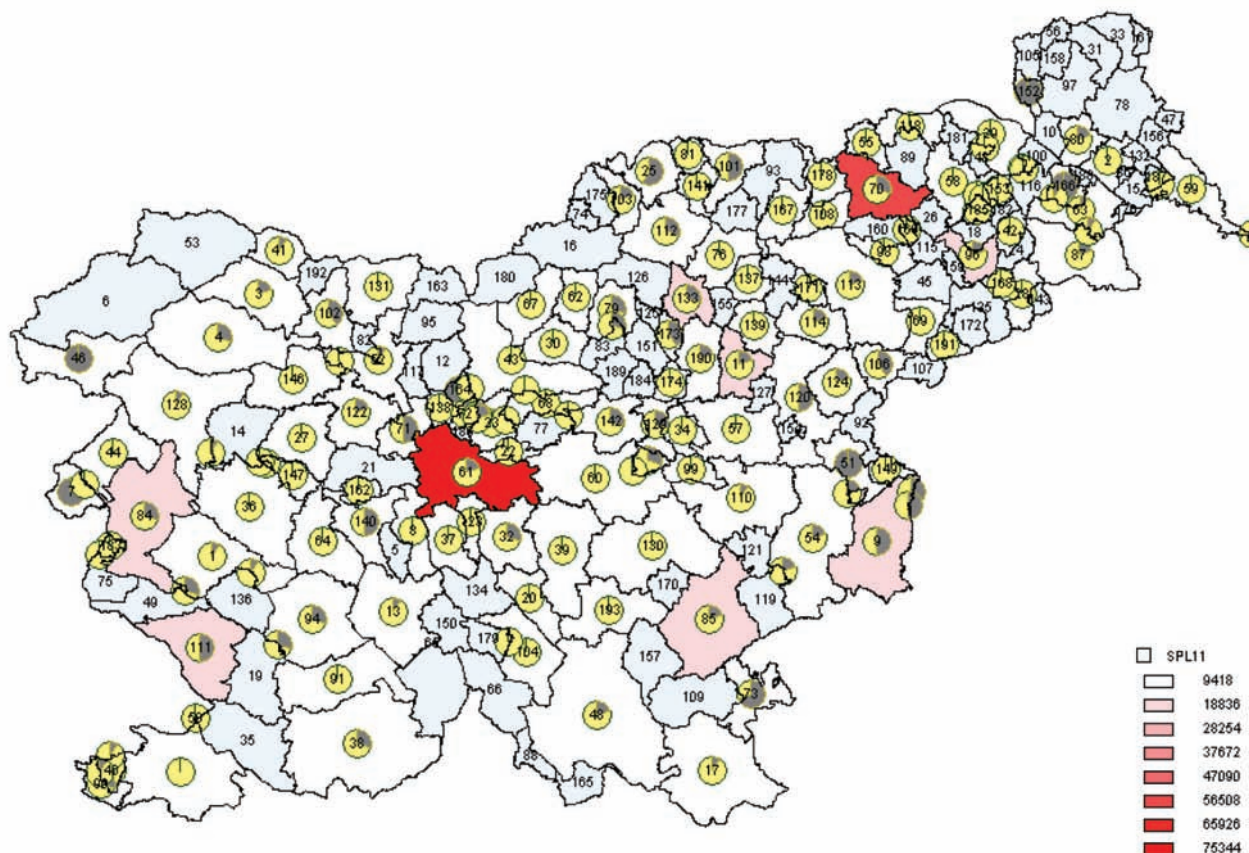
7.3 Kadrovske potrebe v zdravstvu

7.3.1 Potrebe po zdravnikih

Predvidevanje pojavov, ki so pomembni za mrežo javne zdravstvene službe, je pomemben del njene načrtovanja. Zato je upoštevan tudi model za ocenjevanje in prikazovanje potreb po zdravnikih v posameznih občinah in panogah glede na pričakovane upokojitve iz študije Izdelava modela mreže zdravstvenih delavcev primarne ravni Slovenije (MediNet+).

Raziskovalci Instituta Jožef Stefan so v modelu, pripravljenem leta 2006, predpostavili, da je predvidena upokojitvena starost zdravnikov pri 65 letih in zdravnic pri 60 letih. V analizi so želeli prikazati vpliv, ki ga ima upokojitev na mrežo. Tako so izračunali, koliko glavarinskih količnikov opredeljenih pacientov prinese vsaka upokojitev. Iz vrednosti teh količnikov so izračunali potrebno število novih zdravnikov. V rezultatih so predpostavili, da v mrežo ne prihajajo novi zdravniki. Tako so izračunali predvideno število tako imenovanih nepreskrbljenih količnikov v posameznih občinah in panogah za leti 2006 in 2011. Rezultati so prikazani na sliki 11. Z barvami občin so opisali absolutno število količnikov prebivalcev, ki so opredeljeni pri predvidoma upokojenih zdravnikih. Tako je tudi pričakovano, da so Ljubljana in druge večje občine temnejše barve (več količnikov) kot manjše občine (manj količnikov). Vsaka upokojitev pa pomeni tudi relativen vpliv na mrežo v občini. Tako upokojitev edinega zdravnika v občini pomeni, da je večji del občanov nepreskrbljen, v občinah z več izvajalci pa ima upokojitev manjši vpliv na povprečno razpoložljivost občanov za zdravnike. Delež količnikov opredeljenih pri predvidoma upokojenih zdravnikih so v krožnem grafikonu prikazali s sivo barvo.

Slika 11. Število in delež nepreskrbljenih glavarinskih količnikov v dejavnosti splošne in družinske medicine po občinah ob starostnem pogoju za upokožitev v letu 2011



Vir: Izdelava modela mreže zdravstvenih delavcev primarne ravni Slovenije (MediNet+)

Treba je uvesti sistemsko spremljanje in upravljanje mreže ter narediti simulacijo potreb do leta 2013. Do začetka leta 2009 bo vzpostavljen informacijski sistem za podporo upravljanju mreže javne zdravstvene službe, za katerega bodo podatke zagotavljali IVZ, ZZZS in Zdravniška zbornica Slovenije. Fizično bo ta sistem predvidoma na IVZ, vendar bo dostopen vsem, ki bodo izvajali javna pooblastila, povezana z mrežo javne zdravstvene službe.

7.3.2 Projekcije kadrovanja

Povečanje zdravstvenih kadrov je predvideno ob nespremenjenem finančnem delu in zmanjšanju drugih, npr. pomožnih kadrov.

Projekcije kadrovanja za zdravnike

V obdobju med 2008 in 2013 se bo na podlagi demografskih značilnosti populacije zdravnikov (diplomanti/-ke, upokojevanje, odselitve, priselitve in umrljivost in ob upoštevanju retrospektivnih trendov) število zdravnikov povečalo za 11,4 odstotka, kar naj bi povečalo njihovo število na nekaj več kot 5200 (konec leta 2006 jih je bilo 4740). Do tega časa se bo šele začel kazati vpliv priliva diplomantov z Medicinske fakultete v Mariboru. Vendar je v istem obdobju pričakovati tudi nekoliko večje upokojevanje zdravnikov, tako imenovanih baby-boom generacij, ki zajemajo kar 27 odstotkov skupnega trenutnega števila zdravnikov.

Izobraževanje zdravnikov

Zdravniška zbornica Slovenije bo na podlagi javnega pooblastila še naprej načrtovala, spremljala in nadzorovala specializacijo in druge oblike podiplomskega strokovnega izpopolnjevanja svojih članov, vendar mora najprej pripraviti dolgoročni (najmanj 10-letni) načrt dodeljevanja novih specializacij, ki bo zagotovil enakomerno razporeditev specializantov po vsej Sloveniji ter pravočasno nadomeščanje zdravnikov ob upokojevanju.

Razpisovanje prostih mest in razporejanje specializantov bo moralo poleg upokožitev in potreb po novih specialistih, ki jih upoštevajo že zdaj, upoštevati predvsem zahteve in potrebe mreže, tako da se bo obstoječa mreža čim bolj zapolnila. Javni zavodi bodo imeli v prihodnje prednost pri dodeljevanju specializantov, vse dokler mreža ne bo uravnotežena. Na področjih, na katerih primarno zdravstveno dejavnost opravljajo predvsem koncesionarji, pa bodo lahko pogodbeni razmerja s specializanti podpisovali tudi oni.

Projekcije kadrovanja za zobozdravnike

Na podlagi demografskih značilnosti populacije zobozdravnikov (diplomanti/-ke, upokojevanje, odselitve, priselitve in umrljivost in ob upoštevanju retrospektivnih trendov) se bo število zobozdravnikov povečalo za 5 odstotkov. Medicinska fakulteta v Ljubljani je v letu 2006 ponovno povečala vpis na študij dentalne medicine, kar bo postopoma lahko pripomoglo k nekoliko večjemu prilivu novih zobozdravnikov, vendar se bo to zgodilo šele po letu 2013. Do takrat pa bo število zobozdravnikov ostajalo na isti ravni, morda tudi rahlo upadlo, saj je pričakovati upokojevanje velikega števila zobozdravnikov (trenutno je 36 odstotkov vseh zobozdravnikov starejših od 55 let).

Domačega kadra za pokritje potreb v zobozdravstvu po projekcijah kadrovanja ne bo dovolj, zato je predvidena pridobitev dodatnih zobozdravnikov iz drugih oziroma sosednjih držav.

Projekcija kadrovanja v laboratorijski medicini

Število specialistov medicinske biokemije je prenizko, leta 2004 jih je primanjkovalo 78. Za varnost pacientov, kot jo narekuje tudi Pravilnik o pogojih, ki jih morajo izpolnjevati laboratoriji za izvajanje preiskav na področju laboratorijske medicine, je zato nujno treba izobraziti in usposobiti ustrezno število specialistov medicinske biokemije.

Projekcije kadrovanja za medicinske sestre

V obdobju med 2008 in 2013 se bo na podlagi demografskih značilnosti populacije medicinskih sester (diplomanti, upokojevanje, odselitve in umrljivost) število medicinskih sester povečalo za 17 odstotkov glede na stanje konec leta 2007. To naj bi povečalo njihovo število na malo manj kot 4400 (konec leta 2006 jih je bilo 3726). V tem obdobju se bo že kazal vpliv novih visokih šol za zdravstvo v Izoli in na Jesenicah, tako da bo prišlo do pomembnega povečanja diplomantov na smeri za poklic diplomirana medicinska sestra oziroma diplomirani zdravstvenik.

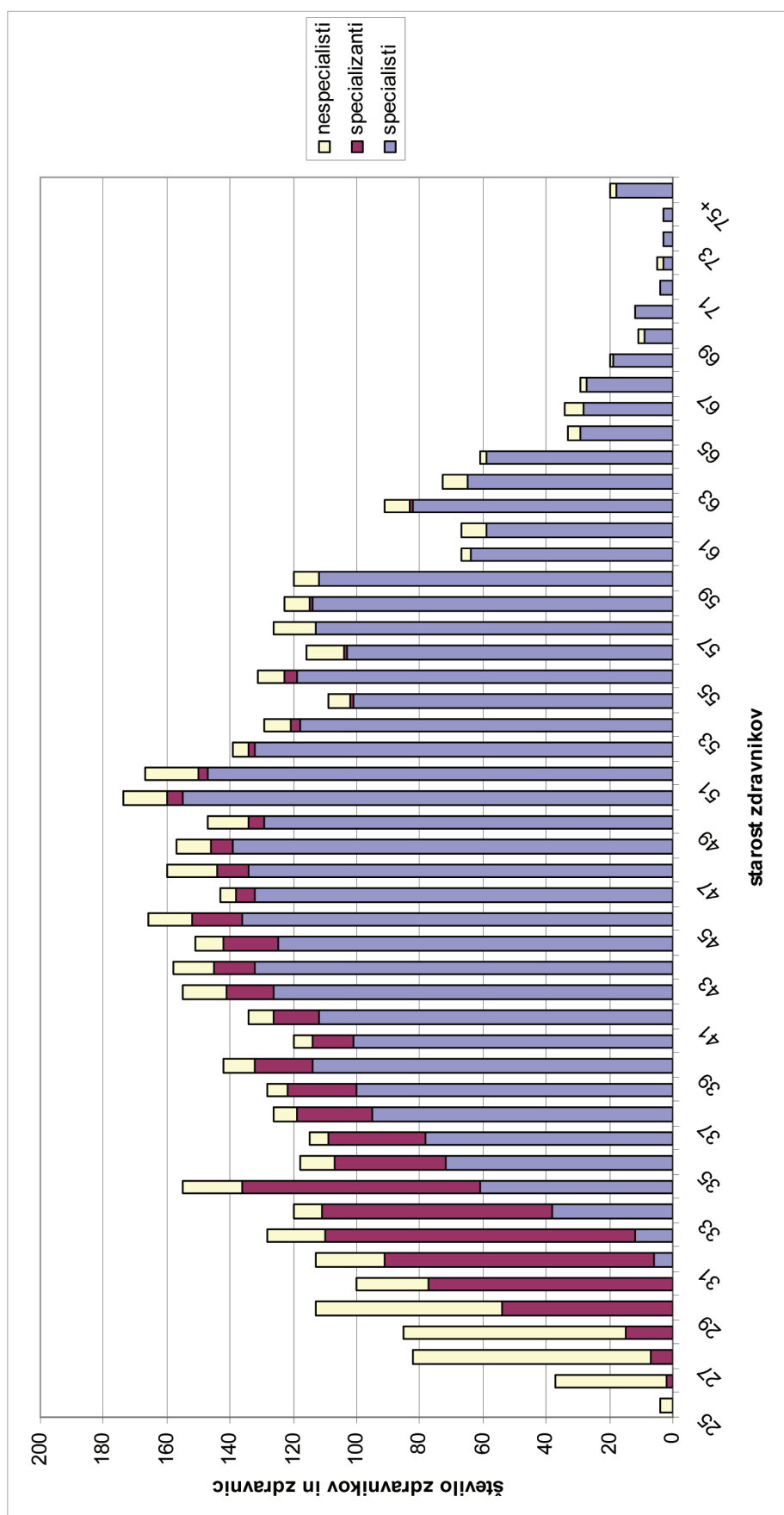
Treba bo spodbuditi in razviti različne karijerne poti za medicinske sestre in zdravstvene tehnike ter razviti klinične specializacije. Medicinske sestre in zdravstveni tehniki ter babice bodo prevzemali nove samostojne vloge pri obravnavi kroničnih bolnikov in vodenju zdravih nosečnic.

Projekcije kadrovanja za farmacevte v zdravstvenem varstvu

Na podlagi demografskih značilnosti te populacije ter glede na priliv s Fakultete za farmacijo se bo število farmacevtov letno realno povečevalo.

V primerjavi s stanjem v EU Slovenija po številu farmacevtov zaostaja za tretjino, kar se kaže tudi v številu lekarn v Republiki Sloveniji. Pomanjkanje farmacevtov v lekarnah pomeni tudi manjšo dostopnost zdravil in lekarniških storitev prebivalcem.

Slika 12. Struktura vseh zdravnikov in zdravnic po starosti in po opravljenih specializacijah, stanje 31. 12. 2005



Vir: Zbirka podatkov izvajalcev zdravstvene dejavnosti

Preglednica 10. Projekcije kadrovanja za zdravnike, zobozdravnike, medicinske sestre ter farmacevte v zdravstvenem varstvu

	Stanje 31. 12. 2006	Predvideno stanje 31. 12. 2013
zdravniki	4740	5280
zobozdravniki	1238	1203
medicinske sestre	3726	4375
farmacevti	974	1184

7.4 Upravljanje človeških virov

V naših zdravstvenih zavodih smo premalo razvijali znanje in veščine za upravljanje človeških virov.

Vodje bo treba usposabljeni za vodenje zaposlenih po sistemu vodenja z zgledom in izbranimi veščinami ter zagotoviti merjenje njihove uspešnosti, izboljšati je treba njihovo znanje za opravljanje procesov znanja, učinkovitosti in gospodarnosti ter s tem izboljšati razmerja med izidom zdravljenja, stroški in viri financiranja. Ministrstvo za zdravje bo sprejelo merila za akreditacijo programov usposabljanja za vodenje zdravstvenih zavodov, kar bo omogočilo standardizacijo zahtev za vodstvene kadre.

Zaposlene v zdravstvu bo treba motivirati z izvajanjem aktivnega procesa vodenja v vseh ustanovah z jasnimi cilji in spremljanjem njihovega uresničevanja. Razviti je treba vodstveni slog, ki upošteva vrednote enakosti, priznavanja znanja in sposobnosti zaposlenih kot ustvarjalni kapital. Vodje bodo motivirali zaposlene za razvoj veščin in znanja za odlično izvajanja dela, sodelovanje ter ustvarjanje profesionalnega odnosa do pacientov in sodelavcev.

Kadrovske službe je treba spodbuditi k razvoju programa za dvig motiviranosti zaposlenih, ki bo temeljil na podlagi mikroukrepov, kot so uspešno sodelovanje v timu, razvoj osebne odgovornosti za delo, medsebojno obveščanje itd. Na makroravni pa je treba vplivati na pozitivno predstavitev zdravstva v javnosti ter pravočasno in hitro upoštevanje predlogov za spremembe v pravilnikih, zakonih itd.

Merjenje uspešnosti zaposlenih postaja vsak dan pomembnejše, kajti strošek dela je običajno največji strošek ter najmanj razumljen in merjen. Upravljanje zaposlenih neposredno vpliva na rezultat dela. Uspešnost upravljanja ljudi se meri z izvedenim programom, pri tem pa je treba upoštevati še kazalnike uspešnosti zdravljenja ter na to oboje skupaj s stroški. Učinkovitost v zdravstvu pomeni odnos med opravljeno storitvijo, njeno učinkovitostjo in stroški.

Vpeljano bo stalno spremljanje oziroma ugotavljanje zadovoljstva uporabnikov in izvajalcev zdravstvenih storitev, katerih cilj je tudi izboljševanje kakovosti zdravstvenih storitev.

Investicija v razvoj zaposlenih je na prvi pogled najmanj vidna naložba, vendar odločilno vpliva na rezultat. To so že spoznala podjetja v Sloveniji in tujini, zato namenjajo za razvoj zaposlenih tudi do 3,5 odstotka operativnih sredstev ter se tako uvrščajo med pet najboljših v panogi. Tudi v razvoju zdravstvenega sistema je treba vlagati v usmerjen razvoj zaposlenih na vseh ravneh in dejavnostih ter s tem pospešiti oblikovanje dejavnega in konkurenčnega sistema, ki bo postavil uporabnika v središče dejavnosti.

7.4.1 Razvoj kadrov

Razvoj kadrov je treba podpreti v vseh zdravstvenih zavodih v zdravstvu, prav tako krepitev kadrovskih služb in njihove vloge pri ustvarjanju celovite kakovosti in odličnosti. Odgovornost za izvajanje razvoja kadrov v ustanovah pa morajo prevzemati zavodi sami, saj najbolje poznajo razmere in potrebe.

Ob razvoju kadrovskih služb je treba razvijati izobraževalno vlogo zdravstvenih zavodov, ki naj postanejo učeče se organizacije v smislu vseživljenjskega učenja. Tako bosta omogočeni vzdrževanje in nenehno zviševanje kakovosti storitev.

Razvoj kadrov v skladu z veljavno zakonodajo je nujno povezan tudi s povezovanjem izobraževanja in dela. Zato je treba okrepiti sodelovanje zdravstvenih šol in zdravstvenih ustanov, v katerih se bodo dijaki in študenti praktično usposabljali med izobraževanjem oziroma študijem. Za to nalogo se morajo zdravstvene ustanove ustrezno organizirati in usposobiti zaposlene.

V sedanjih kadrovskih službah se izvajajo klasične kadrovske naloge, ki sledijo od izbire kadrov do odhoda. V sedanji kulturi je premalo povezave med kadrovsko službo oziroma njeno vlogo in upravljanjem.

1. Razviti bo treba sodobne veščine za vodenje in upravljanje pri vodjih ter kadrovskih službah v zdravstvenih organizacijah.
2. Kadrovske službe bodo podpirale dejavnosti pri razvoju sistema kakovosti, izvajanje standardov in profesionalnega delovanja zaposlenih.
3. Razviti bo treba programe za ustvarjanje ozračja za spremembe, ki bodo pomagali pri razvoju pacientom prijazne kulture.

Nujno je, da kadrovske službe v prihodnje prevzamejo vlogo upravljanja ljudi, saj sistem potrebuje kadre, ki bodo kompetentno in samozavestno opravljali svoje delo. Zato je treba kadrovske službe okrepiti za izvajanje njihove vloge upravljanja ljudi in znanja. Kadrovske službe bodo razširile svoje delovanje na strateško partnerstvo ter dejavno sodelovale pri pripravi strategij, razvoja, preoblikovanju programov dela in procesov ter premeščanja zaposlenih. Izdelani bodo programi za pridobivanje kadrov, ki jih primanjkuje, in upravljanja ključnih kadrov ter modeli za upravljanje znanja in posebnih talentov. Potrebno je, da kadrovske službe povežejo strategijo upravljanja človeških virov s poslovno strategijo ter z notranjimi in zunanjimi viri ob upoštevanju finančnih sredstev. Razvoj kadrov morajo spodbujati v smeri razvoja zaposlenih in njihovih sposobnosti ter zaposlovanja tam, kjer so lahko najuspešnejši, ob spodbujanju sodelovanja v vseh smereh.

Naš zdravstveni sistem se nenehno spreminja, zato bo upravljanje sprememb naša poglobljena naloga. Spremembe se bodo lahko hitreje izvajale z dobrim izobraževanjem in načrtovanjem karier, mentorstvom, vodenjem ter internim komuniciranjem ob primernem plačnem sistemu. V celotnem zdravstvenem sistemu je treba racionalizirati delitev dela. Za zmanjšanje kadrovskega primanjkljaja pri zdravnikih in drugem medicinskem osebju je treba olajšati nostrifikacijo izobrazbe in strokovnega izpita ter omogočiti lažjo pridobitev delovnih dovoljenj.

V službah za izobraževanje pri zdravstvenih zavodih je treba pripraviti programe usposabljanja za pridobitev veščin za delo, osebno učinkovitost, osebni razvoj, pragmatičen pristop do dela in sodelovanja za horizontalno in vertikalno povezovanje. V programe usposabljanja morajo biti vključeni zaposleni vodstvenih timov, vodje oddelkov, zdravniki, medicinske sestre in preostali zaposleni v drugih službah. Za ustanove z manj zaposlenimi pa je treba pripraviti programe s podobno vsebino in prilagojene njihovim potrebam.

Poleg tega je treba razviti programe usposabljanja za uporabo veščin pri hitro spreminjajočih se postopkih dela, ki se bodo izvajali v ustanovah s podporo internih inštruktorjev in po potrebi. Programe spodbujanja sprememb pri političnih odločitvah pa morajo pripraviti službe za izobraževanje in jih izvesti skupaj z vodji za izbrana področja dela in po potrebi.

7.5 Kakovost in varnost v zdravstvu

Prebivalci Republike Slovenije imajo pravico do varne, primerne in kakovostne zdravstvene obravnave. Zaradi prostega pretoka pacientov v Evropski uniji so vsi državljani držav članic EU upravičeni do primerljive kakovosti v zdravstvu. Zaupanje ljudi v zdravstveni sistem temelji na zagotavljanju kakovostne in varne zdravstvene obravnave. Ljudje želijo vedeti, ali zdravstvena oskrba, ki jo prejemajo, temelji na znanstvenih dokazih in najboljših praksah ter je skladna s standardi (priloga 3). Vizija države na področju kakovosti in varnosti v zdravstvu je spodbujanje dejavnosti in uvajanje sprememb, ki bodo pripeljale do varnejše in visokokakovostne zdravstvene obravnave, vključno z ustreznimi nastanitvijo in prehrano, s spodbujanjem partnerstva med pacienti, izvajalci zdravstvenih

storitev, zdravstvenimi strokovnjaki, vodstvom zdravstvenih ustanov, plačniki in zdravstveno politiko ob upoštevanju načel osredotočenja na pacienta, varnosti, uspešnosti, pravočasnosti, učinkovitosti in enakosti.

Strategija izboljševanja kakovosti in varnosti v zdravstvu temelji na treh izhodiščih, in sicer na vzpostavitvi in razvoju sistema kakovosti in varnosti v zdravstvu na ravni države, upravljanju, ravnanju in odgovornosti za nenehno izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene prakse na ravni izvajalcev zdravstvene dejavnosti ter izobraževanju in usposabljanju s področja kakovosti in varnosti v zdravstvu.

Na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti je treba vzpostaviti celovit sistem nenehnega izboljševanja kakovosti in varnosti pacientov, spodbujati kulturo kakovosti in varnosti ter partnerski odnos s pacienti in drugimi uporabniki. Zdravstvo mora biti osredotočeno na pacienta.

Ustanoviti je treba nacionalni center za kakovost in varnost v zdravstvu kot samostojno organizacijsko enoto, na Ministrstvu za zdravje pa posebno organizacijsko enoto za kakovost. Nacionalni center bo operativno spremljal, usklajeval in analiziral izvajanje, vpeljevanje in udejanjanje nenehnega izboljševanja kakovosti in varnosti v zdravstvu pri vseh izvajalcih zdravstvene dejavnosti na lokalni, regionalni in nacionalni ravni ter deloval na področju razvoja kakovosti in varnosti v zdravstvu. Obveznosti izvajalcev do nacionalnega centra, vključno s pošiljanjem potrebnih podatkov za spremljanje in načrtovanje potrebnih ukrepov, bodo jasno opredeljene s predpisi. Samostojna organizacijska enota za razvoj in kakovost na Ministrstvu za zdravje bo s svojim delom pripomogla k izpolnitvi cilja, da bo zdravje zares postala največja naložba. Nadalje je treba oblikovati Strokovni nacionalni svet za kakovost in varnost v zdravstvu pri Ministrstvu za zdravje, ki bo skrbel za sprejetje usmeritev in vsebin kakovosti in varnosti v zdravstvu na nacionalni ravni. Sestava sveta bo izražala zahteve in potrebe vseh udeležencev sistema zdravstvenega varstva.

Vsi izvajalci zdravstvene dejavnosti morajo vzpostaviti strukture za vzpostavljanje, spremljanje in nadzorovanje izboljševanja kakovosti in varnosti. Struktura bo opredeljena v notranjih organizacijskih aktih zavodov oziroma organizacij izvajalcev. V sistemu financiranja zdravstvene dejavnosti je treba zagotovili potrebna finančna sredstva za izboljševanje sistema kakovosti in povečevanja varnosti obravnave pacientov.

Nenehno izboljševanje kakovosti in varnosti pacientov mora temeljiti na vrednotah in potrebah pacientov, zaposlenih in drugih uporabnikov, nenehnem strokovnem razvoju posameznih poklicnih skupin in zdravstvenih timov, obvladovanju tveganj zdravstvene prakse in presoji uspešnosti njenega delovanja. Za spremembe, ki so potrebne za izboljševanje kakovosti in varnosti, je pomembna predvsem kultura izvajalcev, ki jo razumemo kot vrednote, odnose, zaznavanje, usposobljenost in vzorce obnašanja, ki določajo zavzetost, slog in strokovnost upravljanja celovite kakovosti in varnosti. To mora postati način razmišljanja najvišjega in srednjega vodstva, ki nezavedno vpliva na obnašanje in delovanje zaposlenih. Odgovornost za uvajanje metod in orodja kakovosti in varnosti mora biti vključena v vsakdanje zdravstveno in poslovno delo.

Izvajalci zdravstvenih storitev morajo vpeljati in vzdrževati upravljanje sistema celovite kakovosti, ki je skladen z mednarodnimi standardi kakovosti, in sisteme, ki urejajo posamezna področja. Za zagotavljanje varnosti pacientov je nujno izvajanje Pravilnika o pogojih, ki jih morajo izpolnjevati laboratoriji za izvajanje preiskav na področju laboratorijske medicine, in razvijati kadre za področje laboratorijske medicine. Država kot organizirana oblika zaščite posameznikov in njihovih skupin mora to načelo uveljaviti z zagotavljanjem temeljnih pogojev za kakovostne javne storitve s sprejetjem zakonov in drugih predpisov, ki bolj ali manj podrobno predpisujejo postopke, ki jih mora posameznik ali organizacija izvesti, oziroma pogoje, ki morajo biti izpolnjeni, da se doseže pričakovan rezultat. Na tej podlagi bodo izvajalci zdravstvene dejavnosti zagotavljali možnosti za uresničevanje pravic pacientov in partnerske odnose s pacienti med zdravstveno obravnavo. Pospeševati je treba večpoklicno sodelovanje in timsko delo pri izvajanju zdravstvene obravnave za doseganje boljše kakovosti obravnave in večje varnosti pacientov. Prav tako je ključna vzpostavitev preglednih notranjih in zunanjih presoj pri izvajalcih zdravstvenih dejavnosti z uporabo orodja kakovosti in varnosti pacientov. Za vse izvajalce zdravstvene dejavnosti je treba zahtevati uvajanje in uporabo nacionalnih in mednarodnih kliničnih smernic, oblikovanje in uporabo kliničnih poti, standardov, protokolov, algoritmov, navodil in pravil stroke, ki temeljijo na dokazih podprti zdravstveni praksi. Pomembno je zagotoviti

merjenje kazalnikov uspešnosti delovanja, kakovosti in varnosti z izvajanjem presoje sistema vodenja kakovosti. Pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti je primerno spodbujati vpeljavo sistemov, ki bodo zagotavljali obvladovanje mogočih tveganj, njihovih posledic ter analizo poročil o varnostnih zapletih s pregledom vzročnih in prispevajočih dejavnikov. Sistemi poročanja morajo zagotavljati zaupnost, neodvisnost od postopkov pritožb pacientov, disciplinskih in sodnih postopkov ter biti osredotočeni na učenje, popravljalne in preventivne ukrepe. S sprotno izmenjavo dobrih praks se bodo izboljšave, ki bodo uvedene za preprečevanje varnostnih zapletov na podlagi posameznih analiz, razširile po celotni zdravstveni ustanovi in pri vseh izvajalcih zdravstvene dejavnosti.

Zagotoviti je treba nenehen usmerjen strokovni razvoj na področju kakovosti in varnosti posameznika in vseh poklicnih skupin na vseh ravneh izobraževanja. Izobraževanje in usposabljanje na področju kakovosti in varnosti pacientov mora biti vključeno v programe vseh izobraževalnih ustanov in programe v zdravstvu ter tudi v notranje izobraževanje v zdravstvenih organizacijah. V redno dejavnost izvajalcev zdravstvene dejavnosti je treba vključiti zahteve za izobraževanje in usposabljanje na področju kakovosti in varnosti pacientov. Zagotoviti je treba nenehen razvoj posameznika, še posebej na novo zaposlenih ter poklicnih skupin in zdravstvenih timov, s pridobivanjem novega znanja s področja stroke, kakovosti in varnosti pacientov, graditve socialnih in osebnih veščin ter vedenj.

Na nacionalni ravni je mogoče opredeliti te strukturne in procesne kazalnike:

1. Ustanovitev nacionalnega centra za kakovost in varnost v zdravstvu do konca leta 2008.
2. Vzpostavitev formalnih sistemov in struktur za upravljanje nenehnega izboljševanja kakovosti in varnosti pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti do konca leta 2008.
3. Vzpostavitev formalnih sistemov in struktur za pravilno in varno uporabo zdravil ter za odkrivanje in preprečevanje z zdravili povezanih težav.
4. Vzpostavitev nacionalnega sistema kazalnikov kakovosti in varnosti na zdravstvenem področju in kazalnikov na poslovnem področju do konca leta 2009. Med temi kazalniki so npr: raven bolnišničnih okužb, število zapletov po posegih, pa tudi t. i. »zavarovalniški« kazalniki, kot npr. čakanje pred ordinacijo, čakanje na sprejem in obravnavno, čas, ki ga zdravnik posveti zavarovancu ob prvem pregledu, pripravljenost zdravnika, da pojasni pacientu vse mogoče načine obravnave, seznanitev s cenami storitev, število pritožb.
5. Vpeljava kliničnih poti v vse bolnišnice. Do konca leta 2011 mora vsak oddelek bolnišnice dokazati, da uporablja v redni praksi najmanj 2 klinični poti.
6. Vpeljava integralne klinične poti za najpogostejše bolezni. Eno klinično pot na leto.
7. Obveznost vseh v javnem sistemu (zavodov in koncesionarjev), da letna poročila o doseganju kazalnikov kakovosti redno objavljajo na svojih spletnih straneh.
8. Vzpostavitev formalnih sistemov in struktur za pravilno in varno uporabo zdravil do konca leta 2009.
9. Vzpostavitev farmacevtske intervencije kot standard kakovosti za zagotavljanje varnosti pacientov pri preskrbi z zdravili do konca leta 2009.
10. Izvajanje anket zadovoljstva uporabnikov in izvajalcev zdravstvenih storitev ter ugotavljanje izvajanja zastavljanja ciljev prek kazalnikov (npr. bolnišničnih okužb MRSA in padcev iz postelje).

7.6 Nadzor v zdravstvu

Nenehno izboljševanje kakovostne in varne storitve je naloga vsake organizacije, ki temelji na dobrem poznavanju in izpolnjevanju vseh zahtev v zvezi s storitvijo. Te vključujejo zahteve, ki jih določi uporabnik oziroma odjemalec storitve, zakonske zahteve oziroma zahteve drugih predpisov, zahteve standardov, zahteve stroke, kakršne koli dodatne zahteve, ki jih je določila organizacija.

Izpolnjevanje zahtev oziroma skladnost storitve z zahtevami se preverja z nadzorom. Idealnega sistema za nadzor ni, je pa vedno nujno treba opredeliti, kaj želimo doseči z nadzorom. Gre namreč za dilemo, ali naj nadzor prepreči neljube dogodke v bolnišnicah in drugih zdravstvenih zavodih ali naj prepreči ponavljanje napak ali neželenih dogodkov. Kakovost sama po sebi ali še tako dovršen sistem ne prepreči še nenarejenih napak, še manj zagotovi le ugodne izide. Pri napakah se po izkušnjah najboljše obnesejo za nadzor posebej sestavljene skupine strokovnjakov, ki analizirajo proces in skušajo ugotoviti, zakaj je prišlo do neugodnega izida ali napake. Če pa želimo posamezniku zagotoviti, da bodo izidi v vnaprej predvidenih mejah, je potreben stalen nadzor. Za kakovosten nadzor so potrebni usposobljeni nadzorniki in ustrezna informacijska podpora.

Nadzor v zdravstvenem sistemu je s predpisi opredeljen kot interni strokovni nadzor, strokovni nadzor s svetovanjem, finančni medicinski nadzor, upravni nadzor in inšpekcijski nadzor.

Interni strokovni nadzor je pomembna sestavina sistemov kakovosti. Izvajajo ga zdravstveni delavci oziroma zdravstveni sodelavci s samonadzorom in odgovorni za strokovnost dela v zavodu. Gre za metodo ocenjevanja in izboljševanja zdravstvene prakse na podlagi standardov oziroma najboljših praks. Analizi mora slediti primerjanje s standardi oziroma najboljšimi praksami ter uvajanje izboljšav tam, kjer se ugotovi vrzel med trenutno prakso in standardom. Notranji nadzor zdravstvene prakse je tako sistematična kritična analiza kakovosti zdravstvene obravnave, ki zajema postopke krepitve zdravja, diagnosticiranja, zdravljenja, rehabilitacije, uporabe virov in izidov zdravljenja in kakovosti življenja, ki jo ocenjujejo strokovnjaki in pacienti.

V preteklih letih se je interni strokovni nadzor izvajal po pravilih vsakega posameznega izvajalca zdravstveni storitev, kot to določa ZZDej v 77. členu. V prihodnje mora interni strokovni nadzor postati redna dejavnost izvajalcev zdravstvene dejavnosti v okviru sistemov kakovosti, podprta z opredeljenimi merili, letnim načrtom nadzorov in poročilom o nadzorih, zato bo Ministrstvo za zdravje do konca leta 2008 pripravilo enotna priporočila za izvajanje internega strokovnega nadzora v zdravstvenih zavodih. Posamezni izvajalci zdravstvenih storitev bodo opredelili dejavnosti in programe internega strokovnega nadzora v obstoječih oziroma nastajajočih sistemih kakovosti.

Strokovni nadzor s svetovanjem izvaja pristojna zbornica ali strokovno združenje v sodelovanju s klinikami, inštituti in drugimi zavodi in v skladu s posebnim programom, ki ga sprejme zbornica oziroma strokovno združenje s soglasjem ministra, pristojnega za zdravje. Če se pri strokovnem nadzoru ugotovijo večje pomanjkljivosti, lahko izvajalec nadzora zahteva dodatno strokovno izpopolnjevanje delavcev, za katere se ugotovi pomanjkljiva usposobljenost; ministrstvo, pristojno za zdravje, pa lahko odredi ukrepe za odpravo organizacijskih, materialnih in drugih pomanjkljivosti. Cilj strokovnega nadzora je ugotovitev in odprava vzrokov za pomanjkljivosti, ki vplivajo na neustrezno kakovost ali strokovnost dela.

V prihodnjem obdobju je predvidena sistematična nadgradnja vsebine in obsega strokovnega nadzora s svetovanjem pri razvoju sistema rednih zunanjih presoj sistemov kakovosti pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti.

Finančni medicinski nadzor je nadzor nad uveljavljanjem urejenih in preglednih postopkov izvajalcev zdravstvenih storitev pri izvajanju, evidentiranju in obračunavanju storitev v breme javnih sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja, izvaja pa ga ZZZS. Finančni medicinski nadzor temelji na obračunskih listinah (zbirni račun, zahtevek za plačilo, poročilo, specifikacija), listinah za uveljavljanje pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in na vpogledu v zdravstveno dokumentacijo ter vključuje nadzor nad evidentiranjem in obračunavanjem zdravstvenih storitev, nadzor nad predpisovanjem in izdajanjem zdravil, medicinskih pripomočkov in drugih pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Ob splošnem pomanjkanju zdravnikov v Sloveniji se tudi na ZZZS srečujejo s problemom pomanjkanja nadzornih zdravnikov, zato po letu 2002 število opravljenih nadzorov pri izvajalcih upada.

V prihodnjem obdobju je treba obseg in vsebino finančnega medicinskega nadzora razviti kot dopolnitev vsebine in obsega sistema rednih zunanjih presoj sistemov kakovosti pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti in razviti možnosti ukrepanja proti kršilecem predpisov.

Finančni zdravstveni nadzor v lekarnah je poseben nadzor, ki ga opravljajo nadzorni farmacevti ZZZS.

Upravni nadzor je nadzor nad zakonitostjo dela zdravstvenih zavodov in zasebnih zdravstvenih delavcev, in izvaja pa ga ministrstvo, pristojno za zdravje, na podlagi programa ali na pobudo različnih predlagateljev. Ta oblika nadzora daje ministrstvu možnost nadzorovanja delovanja zdravstvenih zavodov. Če se pri upravnem nadzoru ugotovijo nepravilnosti, izda ministrstvo odločbo, s katero določi ukrepe in roke za njihovo odpravo.

V preteklih letih so bili upravni nadzori redki, zato bo ministrstvo v prihodnjem obdobju to vrsto nadzora dodatno razvilo in okrepilo kot redno načrtovano dejavnost. Do konca leta 2008 bo pripravilo analizo ugotovitev nadzorov in popravilne ukrepe za izboljšanje stanja.

Inšpekcijski nadzor je nadzor nad izvajanjem oziroma spoštovanjem zakonov in drugih predpisov, izvajajo pa ga pristojne inšpekcijske službe. Nespoštovanje predpisov pooblašča inšpektorja, da sprejme ukrepe, ki naj zagotovijo zakonito stanje. Pri tem lahko inšpektor uporablja le tiste s predpisi določene ukrepe, ki so za stranko ugodnejši, če se z njimi doseže namen predpisa oziroma zaščita javnega interesa. Inšpektor ima pravico in dolžnost odrediti ukrepe za odpravo nepravilnosti in pomanjkljivosti v roku, ki ga sam določi; naznaniti kaznivo dejanje ali podati kazensko ovadbo za kaznivo dejanje, ki se preganja po uradni dolžnosti; predlagati pristojnemu organu sprejetje ukrepov; odrediti druge ukrepe in opraviti dejanja, za katera je pooblaščen z zakonom ali drugim predpisom, ter izvesti postopke v skladu z zakonom o prekrških.

Pri inšpekcijskem nadzoru je bil v preteklih letih dosežen pomemben napredek glede obsega in pristopov pri nadzoru. V prihodnjem obdobju sta predvidena nadaljnji razvoj v smislu kakovosti, učinkovitosti in sorazmernosti, ki bo podprt s kazalniki uspešnosti in učinkovitosti, ter sledenje novim zahtevam predpisov oziroma posameznih področij.

Nadzor nad poklicnimi boleznimi ni zadovoljivo urejen. Vzrok za to je trenutna ureditev področja medicine dela, ki ni plačano iz nevtrálnih finančnih virov (zdravstvenega zavarovanja), temveč gre za pogodbeno razmerja med delodajalcem in zdravnikom medicine dela. Tako nastaja navzkrižje interesov, zaradi česar se poklicne bolezni ne evidentirajo tako, kot bi bilo potrebno.

Podatki o nadzorih so razpredelnično prikazani v prilogi 4.

7.7 Razvoj zdravilstva in tradicionalne medicine

Metode, ki jih uvrščamo med zdravilstvo, se pogosto uveljavljajo nekritično in prepleteno s predsodki ljudi, pa tudi z zaupanjem in nestvarnimi pričakovanji. Temeljna načela, ki so vodilo kakovostnega izobraževanja in strokovno neoporečne uporabe tovrstnih metod, so varnost, utemeljenost s ponovljivimi metodami vrednotenja in jasno dokazljiva stopnja učinkovitosti. Nesporno je, da se zdravilski ali nekonvencionalni medicinski sistemi čedalje bolj uveljavljajo in da se vse več ljudi odloča za načine zdravljenja, ki niso del uradnega medicinskega sistema. Razlog za to je preprost; ljudje se želijo bolje počutiti, tega pa ni mogoče zmeraj doseči le z uporabo konvencionalne medicine.

Svetovna medicina je sestavljena iz več medicinskih sistemov. Trenutno je povprečno stanje svetovnega zdravstva še vedno zelo slabo, saj sodobna medicina iz znanih geopolitičnih razlogov še vedno ni prodrla v nerazvite dežele juga. Te okoliščine so SZO narekemale akcijo za oživitev in priznanje lokalnih tradicionalnih oblik medicine, zato je leta 1987 svetovala, naj države članice v projekt *Zdravje za vse do leta 2000* uvrstijo tudi lokalne tradicionalne medicinske sisteme in ob tem poskrbijo za objektivno spremljanje in vrednotenje uporabe teh metod. V razvitem svetu se že okrog dvesto let ohranjajo in razvijajo tudi različne oblike neuradne medicine, ki uporablja nekonvencionalne metode preventive, diagnostike, zdravljenja in rehabilitacije. Tem metodam je po zdajšnjih merilih znanosti skupno predvsem to, da večinoma niso ustrezno znanstveno preverjene.

Nekonvencionalne zdravilske metode niso razširjene le med bolniki, temveč jih čedalje bolj uporabljajo tudi zdravniki uradne medicine. Izsledki ankete, ki so jo leta 1983 opravili v Veliki Britaniji med več sto mladih zdravnikov splošne prakse, kažejo, da jih je od anketiranih imelo pozitiven odnos do alternativne medicine kar 86 odstotkov, 18 odstotkov jih je obvladalo vsaj eno alternativno metodo, 70 odstotkov si jih je želelo katero od alternativnih metod naučiti, 31 odstotkov jih že kdaj napotilo pacienta k zdravilcu – kar 12 od teh je napotilo pacienta k medicinsko neusposobljenemu zdravilcu. Študija je pokazala, da zdravniki nekonvencionalnih metod ne štejejo za alternativne metode, temveč za dopolnilne. Ugotavljajo tudi, da medicinske fakultete niso poskrbele za izobraževanje s tega področja z ustreznimi programi, zato se število laikov, ki se ukvarjajo s tovrstnimi metodami v Veliki Britaniji, veča. Isti vir obenem napoveduje še nadaljnji razmah nekonvencionalnih zdravilskih metod kot dopolnitev metodam konvencionalne medicine.

Te metode naj bi bile predvsem dopolnilo in ne alternativa temeljnemu zdravljenju, čeprav je že iz ekonomskih razlogov razvidno, da je mogoče z nekaterimi od njih odpraviti psihosomatske in nevrovegetativne motnje z bistveno manjšimi stroški. To nekoliko spodbuja zdravstvene zavarovalnice,

da na sezname pozitivnih list za nekatere zdravstvene težave uvrščajo nekonvencionalne metode zdravljenja.

Na začetni stopnji urejanja se lahko vzpostavi delno samostojen sistem zdravilstva po poklicih in stopnji usposobljenosti, iz katerega bi sčasoma zdravstvo izbralo preverjene, ustrezno izobražene in poklicno izkušene sodelavce, ki bi pripomogli varnejši in učinkovitejši združitvi v enoten sistem. S tem namenom se že pripravljajo programi izobraževanja na Sekciji naravnega zdravilstva pri Gospodarski zbornici Slovenije. Izhodiščna stopnja izobrazbe je srednja medicinska šola, za vse druge poklice bi potrebovali dodatno izobraževanje iz temeljnih medicinskih znanj. Pri tem lahko pomaga tudi INTA (Iniciativni odbor zdravnikov, zobozdravnikov in farmacevtov za odprt dialog o integraciji dopolnilnih metod zdravljenja v zdravstveni sistem), ki šteje več kot šestdeset članov.

Poudariti je treba, da je usposobljeni zdravilec lahko le dopolnilo javnemu zdravstvu, nikakor pa ne samostojen ponudnik zdravstvenih storitev.

7.8 Zbornice

Zbornice, kot stanovske organizacije s svojim delom pomembno vplivajo na optimizacijo delovanja zdravstvenega varstva v Sloveniji. S svojim delovanjem si prizadevajo doseči boljše delovne razmere svojih članov, kar pripomore k večji motiviranosti zaposlenih, večjemu zadovoljstvu, s tem pa k boljšim izidom zdravljenja in zmanjševanju stroškov zdravljenja. Zbornice v okviru javnih pooblastil opravljajo različne naloge, kot na primer vodijo podiplomsko izobraževanje – specializacijo, vodijo registre posameznih izvajalcev zdravstvene dejavnosti, opravljajo strokovni nadzor, izdajajo licence.

Sodelovanje z zbornicami bo potekalo tudi v načrtovanem obdobju, nanje pa bodo prenesene naloge, ki jih v okviru javnih pooblastil lahko opravljajo. Zbornice bodo morale uskladiti načrte specializacij (zdravnikov, zobozdravnikov, farmacevtov) z novimi vlogami javnih zavodov oziroma posameznih izvajalcev ter merili za določanje javne mreže in njihovimi potrebami.

7.9. Združenje in skupnosti izvajalcev

Združenja in skupnosti izvajalcev s svojim delom pomembno vplivajo na delovanje zdravstvenega varstva in izvajanje zdravstvene dejavnosti v Sloveniji. Ne glede na to, da združenja in skupnosti temeljijo na prostovoljnem združevanju izvajalcev, le-ta v partnerskem dogovarjanju v skladu z zakoni soodločajo o obsegu programa storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, opredelitvi zmogljivosti, potrebne za njegovo izvajanje in obsegu sredstev. Na tej osnovi določijo izhodišča za izvajanje programov in za oblikovanje cen programov oziroma storitev ter druge podlage za sklepanje pogodb z zdravstvenimi zavodi, drugimi zavodi in organizacijami, ki opravljajo zdravstveno dejavnost. Prav tako sodelujejo in soodločajo pri pripravi in sprejemu odločitev glede upravljanja, predvsem javnih zdravstvenih zavodov ter pogojev za njihovo delo.

Sodelovanje z združenji in skupnostmi bo potekalo tudi v načrtovanem obdobju tako, da bodo imele predvsem tista, ki zastopajo pretežni del izvajalcev (Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, Skupnost slovenskih naravnih zdravilišč, Skupnost socialnih zavodov Slovenije, Skupnost organizacij za usposabljanje Slovenije) v okviru sprejetih makroekonomskih odločitev glede sredstev potrebnih za izvajanje zdravstvene dejavnosti pomembnejši vpliv na njihovo prerazporeditev med izvajalci z namenom doseči enakomerno oziroma izenačeno financiranje izvajalcev na posameznih področjih ter tako racionalno porabo sredstev, ob hkratnem dvigu kakovosti opravljanja zdravstvenih storitev.

8. NEVLADNE ORGANIZACIJE IN DRUGA ZDRUŽENJA

Glas civilne družbe na področju zdravja in zdravstvenega varstva postaja nepogrešljiv, saj je zdravstvo tisto področje, ki se neposredno nanaša prav na vsakega posameznika. Državljeni imajo pravico, da dejavno sodelujejo pri sprejemanju odločitev na različnih ravneh, jih sooblikujejo in se o njih izrekajo. Civilna družba prevzema tudi izvajanje nekaterih javnih storitev ter s tem prevzema del odgovornosti za splošno blaginjo in družbeni razvoj.

Temeljni pogoj za oblikovanje zdravih politik je zagotovljena preglednost priprave politik in odločanja, zato je v postopke odločanja treba dejavno vključevati tudi predstavnike civilne družbe.

Nevladne organizacije (v nadaljnjem besedilu: NVO) so eden od stebrov civilne družbe, saj izvajajo različne splošnokoristne naloge, ki jih državni organi in druge organizacije iz različnih razlogov opravljajo le deloma ali pa jih sploh ne opravljajo. Npr. v zunajinstitucionalnih okoljih so NVO že dlje časa edini izvajalci dolgotrajne oskrbe za različne skupine bolnikov s kroničnimi telesnimi in duševnimi motnjami. Zgradile so mrežo programov psihosocialne rehabilitacije, ki bolnikom z duševnimi motnjami omogočajo ponovno vključitev v družbo, preprečujejo pogostost ponovitev ter tako vplivajo na zmanjšanje sprejemov v psihiatrične bolnišnice in krajšanje ležalne dobe.

Strategija Vlade RS za sodelovanje z nevladnimi organizacijami (vir: http://www.mju.gov.si/fileadmin/mju.gov.si/pageuploads/mju_dokumenti/pdf/STRATEGIJA_VLADE_RS_ZA_Z_NVO.pdf) opredeljuje tri temeljne funkcije NVO, in sicer glas državljanov, družbene dejavnosti in določene vrste javnih storitev. V vsakdanji praksi NVO lahko nastopajo v eni ali več od navedenih funkcij.

V sistemu zdravstvenega varstva nastopa pacient kot najpomembnejši partner, zato morajo združenja oziroma organizacije pacientov predstavljati njihov glas. Funkcija glas državljanov vključuje prevzemanje pobude državljanov, da bi se zagotovilo vplivanje na sprejemanje odločitev na različnih ravneh. To funkcijo opravljajo različna društva pacientov in podobnih zainteresiranih skupin. Združenja pacientov lahko opravljajo svojo funkcijo prek formalnih in neformalnih načinov; zagovarjajo interese skupine ali posameznikov, vzpostavljajo civilni dialog z drugimi deli civilne družbe in vlado ter sodelujejo pri odločanju.

Poklicna združenja, ki opravljajo t. i. funkcijo družbenih dejavnosti, skrbijo za izobraževanje in strokovno izpopolnjevanje nosilcev zdravstvene dejavnosti in s tem pripomorejo k vzdrževanju visoke strokovne ravni njihovega delovanja. Na različnih strokovnih srečanjih, simpozijih in kongresih se tako člani združenj seznanjajo z najnovejšimi spoznanji o odkrivanju in zdravljenju različnih bolezni. Poklicna združenja sodelujejo tudi pri pripravah strokovnih priporočil, usmeritev in smernic s posameznega področja, ki so koristno vodilo stroki pri njenem strokovnem delu. Številna združenja pripravljajo in izdajajo lastne strokovne publikacije, ki še dodatno pripomorejo k širjenju znanja in novih dognanj med nosilci zdravstvene dejavnosti v Sloveniji. Pomemben del njihovega delovanja je sodelovanje z mednarodnimi strokovnimi organizacijami.

Sindikati, v katere se lahko prostovoljno vključijo zdravstveni delavci oziroma zdravstveni sodelavci, si s svojim delovanjem prizadevajo za ustrezno vrednotenje dela svojih članov in za ustrezne delovne. Pri pogajanjih skrbijo za sklenitev panožnih in poklicnih kolektivnih pogodb, svojim članom zagotavljajo pravno pomoč pri uveljavljanju pravic iz delovnega razmerja, pomoč pri reševanju težav, nastalih v delovnem razmerju, in socialno pomoč.

Do zdaj prevladujoče oblike sodelovanja sicer omogočajo prepoznavanje in razreševanje posamičnih težav, s katerimi se srečuje posamezen del civilne družbe, obstaja pa še veliko priložnosti za izboljšanje partnerskega odnosa pri določanju in izvajanju vladnih politik ter s tem sodelovanja laične in strokovne javnosti.

Sedanji pravni in drugi pogoji civilne družbe še ne omogočajo razvoja in uveljavitve vseh funkcij v družbi, zato je treba opredeliti področja zdravstvenega varstva, na katerih je vloga civilne družbe ključna, in zagotoviti njeno uresničevanje. Vloga, ki jo lahko ima civilna družba pri dejavnostih za krepitev zdravja, pa tudi drugih dejavnostih, predvsem povezanih s posebej ranljivimi skupinami prebivalstva, je zelo pomembna, zato bo treba v prihodnje še naprej zagotavljati podporo javnokoristnemu delovanju civilne družbe na tem področju. Pripraviti je treba načrt dejavnosti za krepitev zdravja in pripraviti razpis za uresničevanje predvidenih dejavnosti ter zagotoviti njihovo pregledno financiranje.

Spodbujati je treba civilni dialog ter partnerstvo med nevladnimi organizacijami in državnimi organi oziroma organi lokalnih skupnosti. Z upoštevanjem neodvisnosti civilne družbe se bodo spodbujali različni deli civilne družbe k združevanju in medsebojnemu sodelovanju za doseganje boljših učinkov.

Uveljaviti je treba trajne oblike sodelovanja in mehanizme za izražanje mnenja civilne družbe pri oblikovanju in izvajanju politik (sodelovanje pri oblikovanju programov storitev, sodelovanje pri upra-

vljanju ter tudi nadzorna funkcija civilne družbe), ki bodo zagotavljale sodelovanje javnosti pri sprejemanju pravnih in drugih aktov na področju zdravstvenega varstva. Trajno sodelovanje ob polnem spoštovanju načel različnosti in komplementarnosti je tisti mehanizem, ki lahko dolgoročno zagotovi uveljavljanje najboljših rešitev za izboljševanje možnosti za delo in razvoj civilne družbe.

9. ZDRAVILA IN MEDICINSKI PRIPOMOČKI

Zdravila in medicinski pripomočki so bistveno sredstvo varovanja in ohranjanja zdravja državljanov Republike Slovenije. Čeprav so zdravila posredno ali neposredno vključena v večino ciljev Plana, je treba poudariti predvsem zagotavljanje dostopnosti do varnih, kakovostnih in učinkovitih zdravil, med katerimi so tudi tako imenovana biološka zdravila, zdravila za zdravljenje redkih bolezni in druga draga zdravila, in sicer po dostopnih zakonsko urejenih cenah. Na področju varnosti je eden od mehanizmov učinkovit farmakovigilančni sistem, ki se bo v skladu s spremembami evropske zakonodaje v prihodnjih letih krepil tudi na državni ravni. Treba bo uvesti nove načine ocenjevanja stroškovne učinkovitosti ob upoštevanju dobrih praks, razvitih na ravni EU, in vzpostavljanje nacionalnih smernic za oceno dodane vrednosti in relativne ter stroškovne učinkovitosti zdravil. Dostopnost do zdravil mora temeljiti na znanstvenih dognanjih in farmakoekonomskih parametrih, ki morajo biti uravnoteženi s socialnoekonomskim ter etičnim vidikom. V zvezi s tem bo treba razviti oziroma dopolniti nacionalne standarde za merjenje splošnega zdravstvenega stanja in uvajanje novih tehnologij s stališča stroškov in pozitivnega vpliva na človekovo življenje (kakovost življenja, produktivnost, socialnoekonomska korist). Na podlagi navedenega je treba pravilno opredeliti vrednosti posameznih zdravil in skupin zdravil pri zdravljenju bolezni ter morebitne dodane vrednosti novih zdravil, kar naj bi se upoštevalo pri določanju cen zdravil, financiranih iz javnih sredstev, in naj bi ugodno vplivalo na oblikovanje cen zdravil, financiranih iz sredstev prostovoljnega zavarovanja. Isti parametri bodo izboljšali tudi odločanje o dostopu zdravil do javnih sredstev na ravni razvrščanja zdravil na liste in njihovega vključevanja v zdravstvene programe, ki se financirajo iz javnih sredstev in z njimi povezanih sredstev prostovoljnega zavarovanja. Treba bo pripraviti in uveljaviti strokovne smernice zdravljenja z zdravili povsod, kjer še niso pripravljene in uveljavljene. To je še zlasti pomembno pri zdravljenju z biološkimi zdravili, zdravili za zdravljenje redkih bolezni in drugimi dragimi zdravili. Strokovne smernice naj bi zagotavljale učinkovito zdravljenje z razpoložljivimi zdravili v skladu z omejenimi sredstvi na ravni celotnega prebivalstva Republike Slovenije.

Aktualni cilj v Republiki Sloveniji je uravnavanje najvišjih dovoljenih cen zdravil na državni ravni, ki se plačujejo iz sredstev obveznega in z njim povezanega prostovoljnega zavarovanja, ter hkrati možnost dogovora med zavezanci in plačniki o nižjih cenah zdravil od predhodno določenih najvišjih dovoljenih cen. Splošni trend cen zdravil na debelo v zadnjih letih kaže zmerno zniževanje cen zdravil. Trenutno znaša indeks cen v primerjavi s preteklim letom 96,9. Najbolj so se znižale predvsem cene cenejših zdravil, med katera pogosto spadajo generična zdravila, manj pa so se cene znižale pri dražjih inovativnih zdravilih. Ukrepi za zniževanje cen zdravil ne smejo povzročiti umika zdravil, pomembnih za varovanje javnega zdravja, ki so že v prometu v Sloveniji, in s tem zmanjšati možnosti za uspešno in kakovostno zdravljenje z zdravili. Za ustrezno umestitev zdravil v zdravstvene programe, še zlasti najnovejših inovativnih zdravil, je nujna izmenjava podatkov z drugimi državami članicami v EU o cenah zdravil, njihovi porabi ter pogojih, na podlagi katerih so posamezna zdravila financirana iz sredstev obveznega in z njim povezanega prostovoljnega zavarovanja. Na podlagi izmenjave podatkov se lažje ocenita uspešnost dosedanjih ukrepov na področju obvladovanja cen zdravil in stroškov zanje ter preskrbljenosti našega trga z zdravili. Ravno tako na podlagi izmenjave podatkov bolje načrtujemo nadaljnje potrebne ukrepe za zagotavljanje dostopnosti do potrebnih zdravil v okviru omejenih finančnih sredstev. Povezanost in izmenjava podatkov s članicami EU naj potekata na visoki strokovni in politični ravni. Inšpekcijski nadzor na področju kakovosti zdravil opravlja farmacevtsko nadzorstvo. Cene zdravil, ki so financirana iz javnih sredstev, spremljata JAZMP in ZZZS, inšpekcijski nadzor nad cenami zdravil pa opravlja tržna inšpekcija, ki mora v skladu z Zakonom o zdravilih (Uradni list RS, št. 31/06 in 45/08; ZZdr-1) o svojih odločitvah poročati organu, pristojnemu za zdravila. Do zdaj poročanje tržne inšpekcije pristojnemu organu ni bilo dovolj učinkovito, zato je treba to v prihodnje izboljšati.

Cene zdravil, ki bremenijo javna sredstva in z njimi povezana sredstva prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, trenutno uravnava le država. V zadnjem letu so se cene 45 odstotkov zdravil znižale v

povprečju za 20 odstotkov, pri 25 odstotkih zdravil so ostale nespremenjene in pri 30 odstotkih zdravil, večinoma dražjih, so se povečale v povprečju za 20 odstotkov. Pri tem je treba upoštevati vse značilnosti majhnega trga (< 0,5 odstotka trga EU z zdravili) in morebitne posledice za dostopnost do zdravil. Veljavna zakonodaja v bistvu ne obvezuje farmacevtske industrije, da zdravilo, katerega imetnica dovoljenja za promet je, tudi dejansko trži. Treba je vzpostaviti določene izboljšave pri uravnavanju cen zdravil, pri katerem se bodo hkrati upoštevale omejenost finančnih sredstev nosilca obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja in značilnosti majhnega trga zdravil ter se omogočil hiter dostop do inovativnih zdravil, ki bistveno pripomorejo k uspešnejšemu zdravljenju. Sodelovanje z drugimi državami članicami EU na tem področju je posebej pomembno, ker omogoča lažjo opredelitev glede ustreznega vrednotenja zdravil, še posebej njihove dodane vrednosti. Uvajanje pregledne medsebojne primerljivosti zdravil, ki ima kot podlago njihovo relativno terapevtsko učinkovitost, bi bil korak naprej, za kar je temeljni pogoj dobro ozaveščena javnost.

Majhnost trga zdravil v Republiki Sloveniji ni prednost, saj so mogoče motnje pri preskrbi, nižja stopnja konkurence zlasti ob upoštevanju, da veljavna zakonodaja omogoča ponudnikom zdravil prosto ekonomsko izbiro. Po sprejetju sprememb evropske zakonodaje na tem področju bo treba prilagoditi notranjo zakonodajo, ki bo omogočala vzpostavitev novih mehanizmov. Ti bodo proizvajalcem omogočili lažji vstop na trg in s tem povečanje števila ponudnikov zdravil. Nova biološka zdravila prinašajo terapevtske prodore in hkrati ekonomska tveganja za javne finance. Pričakuje se povečan pritisk javnosti na dostopnost do teh zdravil ne glede na velikost bruto družbenega proizvoda med trgi EU, zato bo treba po sprejetju evropske zakonodaje o obveščenosti pacientov sprejeti program, ki bo javnost čim boljše seznanil z zdravili in njihovi uporabo, obsegom ter hitrostjo njihovega privzema na primerljivih evropskih trgih.

Pričakuje se tudi agresiven tržni pristop farmacevtske industrije ob uveljavljanju vseh oblik zaščite intelektualne lastnine, kar pomeni poznejši prihod generičnih zdravil na trg, ki so praviloma več kot 30 odstotkov cenejša od zdravil z enako učinkovino originatorjev. Z nižjimi cenami generičnih zdravil se v vseh državah EU, v katerih imajo dobro razvit generični trg zdravil, stroški za zdravila bistveno znižajo in se s prihranjenim denarjem lahko financirajo nova zdravila, ki bistveno prispevajo k učinkovitejšemu zdravljenju bolezni, ki jih v preteklosti ni bilo mogoče zdraviti. Ta zdravila so predvsem biološka zdravila, zdravila za zdravljenje redkih bolezni in druga draga zdravila. Na državnem ravni bodo sprejeti načrt in smernice uvajanja novih načinov zdravljenja.

Treba je omogočiti čim hitrejši vstop generičnih zdravil na naš trg. Inovativna zdravila namreč v vse večjem obsegu pridobivajo dovoljenje za promet na podlagi centraliziranega postopka v EU. Na področju pridobivanja nacionalnih dovoljenj za trženje zdravil je treba skrajšati čas do izdaje odločbe za dovoljenje za promet z zdravilom. JAZMP z učinkovitim nadzorom skrbi, da so na slovenskem trgu vzpostavljeni pogoji za oskrbo s kakovostnimi, varnimi in učinkovitimi zdravili. IVZ s svojimi farmakoepidemiološkimi analizami in spremljanjem porabe zdravil na pregleden način pripravlja podatke, s katerimi se ugotavljajo obolevnost v posamezni regiji, starostna skupina, spol, prepisovalne navade zdravnikov in podobno. Ti podatki, ki morajo izražati trenutno stanje, so lahko v veliko pomoč pri strateških odločitvah.

Za zagotovitev dostopnosti do varnih, kakovostnih in učinkovitih zdravil po dostopnih cenah je potrebno dobro sodelovanje JAZMP, IVZ, ZZZS ter Ministrstva za zdravje v okviru njihovih pristojnosti.

V sodelovanju z Ministrstvom za zdravje in razširjenimi strokovnimi kolegiji mora ZZZS po zgledu razvitih evropskih držav spodbujati oblikovanje in uvajanje strokovnih smernic na področju zdravljenja z zdravili. Za izboljšanje preglednosti sistema razvrščanja zdravil na liste in njihovega vključevanja v zdravstvene programe, ki se financirajo iz javnih sredstev in z njimi povezanih sredstev prostovoljnega zavarovanja, je treba vzpostaviti enoten sistem.

Naloga IVZ je, da neodvisno in na podlagi znanstvenega pristopa spremlja in analizira porabo zdravil, na podlagi katere pripravlja ocene in predloge ukrepov na področju zdravstvene politike in dela primerjave z drugimi državami članicami EU o preskrbljenosti z zdravili ter njihovi porabi. Da bi se lahko bolje primerjali z drugimi državami EU, bi bilo potrebno, da IVZ še podrobneje in v primernem odzivnem času spremlja dostopnost do bioloških zdravil in zdravil sirot za zdravljenje redkih bolezni ter drugih dragih zdravil, ki se uporabljajo za ambulantno predpisovanje ter bolnišnično zdravljenje.

Pripravi bo treba strokovne smernice za zdravljenje z bolnišničnimi zdravili, kar bi pripomoglo k večji racionalnosti porabe zdravil in sredstev zanje ter poenotilo pristop k zdravljenju s temi zdravili v Republiki Sloveniji, vključno z uvajanjem timske obravnave bolnišničnega zdravljenja s kliničnim farmacevtom. Razvoj znanosti na področju medicine in farmacije zahteva tudi razvoj in izvajanje metod, na podlagi katerih se bodo dali obvladovati stroški zdravljenja.

V EU je bilo v letu 2005 za zdravila porabljenih v povprečju 19,6 odstotka sredstev, namenjenih za zdravstveno varstvo. Nove države članice so porabile bistveno večji delež teh sredstev za zdravila (v povprečju 25,5 odstotka) kot v državah EU-15 (v povprečju 16,1 odstotka). Obseg financiranja zdravil iz javnih sredstev se razlikuje od držav z najvišjim deležem, ki sta z 98 odstotki Nizozemska (zdravila na recept) in Velika Britanija z 90 odstotki, do držav z najnižjim deležem, ki sta s 43 odstotki Latvija in 35 odstotki Poljska. Izraženo v enotah PPSa (purchasing power parity standard, vrednost za RS v letu 2005 1€PPS = 0,75 EUR), je bila poraba za zdravila v Evropski uniji (EU-25) v letu 2005 320 €PPSa na prebivalca, pri čemer je bila v skupini EU-15 v povprečju 360 €PPS na prebivalca in v novih 10 državah članicah 254 €PPS. Le nekaterim državam v skupini starih članic je uspelo obdržati rast stroškov za zdravila na zmerni ravni 4 do 5 odstotkov letno. Po zadnji širitvi se zato v državah članicah stopnjuje potreba po iskanju najboljših praks, izmenjavi informacij in izkušenj pri cenah in razvrščanju zdravil.

Preglednica 11:

Parameter	Slovenija	Nemčija	Francija	Avstrija
Regulirane cene zdravil	Javno financirana zdravila	Prosto oblikovanje	Javno financirana zdravila	Javno financirana zdravila
Nacionalni model	Določanje s predpisi	Priglasitev cen	Pogajanja o cenah	Določanje s predpisi
Primerjava z državami	DA	-	DA	DA
Interna primerjava cen	DA	-	DA	DA
Regulirane veletrgovske marže	DA Sistem ne razlikuje Rp* in bolnišničnih zdravil	DA, zdravila na recept Sistem razlikuje Rp in bolnišnična zdravila	DA, javno fin. zdravila Sistem razlikuje Rp in bolnišnična zdravila	DA, vsa zdravila Sistem razlikuje Rp in bolnišnična zdravila
Regulirane lekarniške marže	storitveni sistem	DA, zdravila na recept	DA, javno fin. zdravila	DA, vsa zdravila
DDV	8,5 %	19 %	2,1 % 5,5 %	8,5 %
Referencne cene	DA od 2003	DA od 1989	DA Od 2003	NE
Cenovni indeks (GB=112, NL=108, IT=88, GR=82)	93-94	100	93	95

*Oznaka se nanaša na ambulantno predpisovana zdravila

S 1. 1. 2007 je bila ustanovljena JAZMP, kar omogoča ustrezno upoštevanje vloge in strukture zakonodaje o zdravilih v EU. JAZMP ima priložnosti za razvoj v Evropski uniji v povezovanju, s katerim se omogočata večja učinkovitost tudi na domačem terenu in izvoz slovenskega znanja na najvišji ravni. Obstajajo tudi tveganja v rastoči konkurenčni prednosti razvitih agencij, ki tudi same napredujejo zelo hitro v smislu strokovnih znanj in sistemov zagotavljanja kakovosti.

Evropska agencija za zdravila (EMA) in nacionalne agencije držav članic sestavljajo omrežje in razvijajo sodelovanje. Novi izzivi delovanja so predvsem zdravila za napredne terapije, podatkovne zbirke za javnost EU, podpora inovativnosti z regulatornim svetovanjem, usklajevanje nacionalnih

pristopov na različnih področjih delovanja, posebej pri zagotavljanju oskrbe z varnimi, kakovostnimi in učinkovitimi zdravili, med katerimi so tudi inovativna zdravila. Za zagotavljanje navedenega je pomembno učinkovito delo inšpekcije in farmacevtskega nadzora.

Poleg urejanja cenovne politike na področju zdravil je treba poudariti izzive na regulatornem področju, ki bodo aktualni v naslednjem obdobju in bodo bistveno vplivali na kakovost, varnost in učinkovitost zdravil na našem trgu. To so:

1. spodbujanje kliničnih raziskav na pediatrični populaciji v skladu z določbami pediatrične uredbe in prevzem pediatrične uredbe;
2. spodbujanje ekspertize na področju vrednotenja kakovosti, varnosti in učinkovitosti zdravil v nacionalnih in evropskih postopkih avtorizacije zdravil ter umestitve slovenskega znanja v postopke in ocene, posebej na področju inovativnih zdravil in naprednih terapij;
3. sodelovanje pri spremembi evropske in notranje zakonodaje na področju informacij za bolnike na ravni EU ob upoštevanju razvoja družbe in vse dejavnejše vloge bolnikov kot odjemalcev zdravstvenih storitev;
4. sodelovanje pri spremembi evropske in notranje zakonodaje na področju farmakovigilance oziroma zbiranja, vrednotenja in odzivanja na neželene učinke zdravil oziroma spremljanja zdravil, ki so že na trgu, zaradi varovanja zdravja ter okrepitev nacionalne farmakovigilance;
5. sodelovanje pri predlogu spremembe evropske zakonodaje o zagotavljanju dostopnosti do zdravil tudi za majhne in ekonomsko nezanimive trge.

Prebivalci Republike Slovenije imajo v skladu s predpisi pravico do primernih, varnih, kakovostnih in sodobnih medicinskih pripomočkov. Medicinski pripomočki so izdelki, ki so potrebni za zdravljenje in medicinsko rehabilitacijo, zato je pravica do njih preozko opredeljena, saj se omejuje le na zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje. Predvsem zaradi omogočanja polne socialne dejavnosti in zagotavljanja enakih možnosti je treba pravice do medicinskih pripomočkov opredeliti širše, in sicer tako da bi moralo del medicinskih pripomočkov, ki se nanašajo na kakovost življenja v bivalnem, delovnem in šolskem okolju, zagotavljati tudi splošno socialno varstvo. Pri uveljavljanju pravice do medicinskih pripomočkov bo potrebno postopke poenostaviti, tako da bodo za paciente lažje in hitreje dostopni.

Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo je v skladu z ZZDej pristojen za oblikovanje doktrine na področju preskrbe z ortopedskimi in drugimi pripomočki ter spremlja njeno izvajanje v okviru programov zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja.

Za doseganje ciljev izboljšanja uporabe medicinskih pripomočkov je potrebno dobro sodelovanje z JAZMP, IVZ, ZZZS ter Ministrstvom za zdravje v skladu z njihovimi pristojnostmi.

10. INFORMACIJSKA TEHNOLOGIJA

Sodobni evropski zdravstveni sistemi so postavljeni pred izzive povečanih potreb po zdravstvenih storitvah zaradi demografskih sprememb, večjega pričakovanja in mobilnosti pacientov, obvladovanja velike količine zdravstvenih informacij ter potrebe po zagotavljanju najboljših zdravstvenih storitev glede na omejena javna sredstva.

Informatika v zdravstvu je področje, na katerem je zdravstvenemu sistemu mogoče dati najvišjo dodano vrednost. Informatizacija zdravstvenega sistema (e-zdravje) zajema informacijske sisteme in storitve, ki skupaj z organizacijskimi spremembami in razvojem novih veščin pripomorejo k napredku zdravstva, njegovim izboljšavam glede dostopnosti do zdravstvene oskrbe, kakovosti storitev ter njegovi učinkovitosti in produktivnosti. Rešitve podpirajo napredek v zdravstveni dejavnosti, omogočajo boljše upravljanje in širjenje zdravstvenega znanja ter pomagajo zdravstveni dejavnosti, temelječi na dokazih. Informatizacija zdravstvenega sistema je namenjena vsem udeležencem v zdravstvu, tako pacientom za zagotovitev pravih informacij v njim prilagojeni obliki, zdravstvenim delavcem oziroma zdravstvenim sodelavcem za dostop do elektronskega zdravstvenega kartona pacienta, oblikovanega skozi čas in na več ravneh zdravstvenega sistema, kot tudi upravljavcem za zagotovitev organizacijskih in poslovnih informacij.

Strategijo informatizacije zdravstvenega sistema moramo dograditi in jo prenesti v celotno mrežo zdravstvenega sistema.

Osnovne pomanjkljivosti informatike na področju zdravstva:

- Ministrstvo za zdravje nima dovolj utečenega in predpisanega sistema poročanja iz IVZ, ZZSZ, javnih zdravstvenih zavodov in ZZV,
- ni organiziranega pristopa na mikrolokacijah za vpis v čakalne vrste, kar pomeni, da ni možnosti za uvedbo nacionalnih čakalni vrst,
- ni digitalizacije radiologije z uvedbo sistema PACS (Picture Archiving and Communication System – sistem digitalnega zajema, prenosa in arhiviranja slik v radiologiji), kar pomeni izjemno porabo časa in povzroča stroške filmov in arhiviranja,
- zdravstveno osebje je premalo izobraženo v smislu uporabe informacijskih tehnologij,
- zdravstvena kartica je namenjena samo za informacijo o zavarovanju,
- ni spremljanja osnovnih kazalnikov kakovosti in s tem možnosti za takojšnje ukrepanje,
- ni podatkovne zbirke najboljših praks,
- ni podatkovne zbirke najpogostejših napak, ki bi pripomogla k njihovem zmanjšanju,
- ni povezljivosti podatkovnih zbirk za pacienta s primarne na sekundarno in terciarno raven,
- ni enotnega informacijskega sistema v bolnišničnih lekarnah za zdravila in medicinske pripomočke,
- ni neposredne elektronske povezave med ustanovami primarnega in sekundarnega zdravstvenega varstva ter ZZV in IVZ.

Kljub zgodnji osnovni informatizaciji zdravstvenih organizacij v Republiki Sloveniji še vedno nimamo povezljivega zdravstvenega informacijskega sistema. Številni tovrstni sistemi so bili razviti v javnozdravstvenih ustanovah ali za njihove potrebe in so namenjeni predvsem zadovoljevanju lastnih potreb, med seboj pa niso zadostno komunikacijsko povezljivi.

V preteklem obdobju so bili v slovenskem zdravstvu ob osnovnem opremljanju z računalniško tehnologijo izvedeni koraki opismenjevanja, uvedba računalniške izmenjave poslovnih podatkov ter uvedba sistema kartice zdravstvenega zavarovanja, s katerim pacienti enostavno vstopajo v zdravstveni sistem. Hiter razvoj omrežnih tehnologij v zadnjih letih pa odpira možnosti tudi za postopen prehod na sprotni (on-line) način dostopanja in izmenjave podatkov. Prenova informacijske infrastrukture in kartice zdravstvenega zavarovanja ima pomembno vlogo pri informatiki v zdravstveni službi.

Cilj informatizacije zdravstvenega sistema je učinkovita, prilagodljiva in sodobna zdravstvena informatika ter povezava lokalnih informacijskih sistemov, kar bo Ministrstvu za zdravje v pomoč pri oblikovanju politike zdravstva, zavarovalnici, IVZ pri nadzoru nad porabo sredstev, izvajalcem pa pri dobrem načrtovanju in obvladovanju procesov. Na področju javnega zdravja je informacijska tehnologija pomembna pri pridobivanju ključnih informacij za poučeno odločanje o javnozdravstvenih ukrepih. S tem bo narejen odločen korak k doseganju ciljev slovenskega zdravstvenega sistema za zadovoljitev potreb in interesov državljanov, zdravstvenih delavcev oziroma zdravstvenih sodelavcev, vodstev zdravstvenih organizacij in upravljavcev zdravstvenega sistema. Povezava lokalnih informacijskih sistemov bo zagotovila državljanom in zdravstvenemu osebju premostitev administrativnih in organizacijskih ovir pri iskanju informacij ter pri neposrednem komuniciranju brez časovnih ali organizacijskih omejitev.

Z uresničitvijo informatizacije zdravstvenega sistema si bo slovensko zdravstvo zagotovilo možnosti za kakovostno in strokovno delo s pacienti, hitro in varno upravljanje zdravstvenih informacij, nadaljnji razvoj zdravstvenega sistema ter njegovo enakopravno in konkurenčno vključevanje v evropski prostor. Razvoj telemedicine bo omogočal boljšo oskrbo starejših na domu. Na podlagi kakovostnih in verodostojnih ekonomskih, administrativnih in kliničnih podatkov bosta omogočeni lažje načrtovanje in upravljanje zdravstvene organizacije oziroma zdravstvenega sistema kot celote. Prav tako se bo izboljševala tudi dostopnost zdravstvenih storitev za tiste skupine pacientov, ki bi bili sicer zaradi svojih zmanjšanih možnosti, starosti ali drugih razlogov izključeni.

Informatizacija zavezuje in je izziv za vse nosilce zdravstvenega sistema v Republiki Sloveniji: Ministrstvo za zdravje, zdravstvene delavce oziroma zdravstvene sodelavce, zdravstvene zavode in druge izvajalce zdravstvene dejavnosti, plačnike zdravstvenih storitev in druge ustanove na področju zdravstvenega varstva.

Nadaljnji razvoj informacijskega sistema slovenskega zdravstva bo potekal z usklajenim posodabljanjem in izvajanjem Nacionalne strategije informatizacije zdravstvenega sistema 2005–2010 (vir: E-Zdravje 2010, http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/de-lovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/kodele/eZdravje116slo.doc). Uporabo informatike je treba razširiti s področja podpore finančno-administrativno-tehničnih opravil na področje uporabe pri strokovnem delu zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev s pacienti ter na področje preventivne dejavnosti. Da se zdravstveni podatki med primarno in sekundarno ravno ter med izvajalci zdravstvenih storitev na primarni ravni ne bodo več izmenjevali pretežno v papirni obliki, je treba vzpostaviti tehnološke in vsebinske elektronske povezave za izmenjavo strokovnih zdravstvenih podatkov. Ker sedanji postopki sporočanja in hranjenja podatkov lahko ogrožajo varnost pacienta in zaupnost podatkov ter pomenijo poslovno tveganje, je treba zmanjšati neskladje med informacijskimi potrebami in možnostmi, ki jih ponuja informatika, ter dejansko opremljenostjo in privajenimi načini dela. Med nosilci zdravstva pa je treba preseči problem pomanjkanja znanja o pomenu in možnostih informatike. Prav tako se je treba dejavnije vključevati v dejavnosti Evropske komisije pri oblikovanju evropske politike informatike v zdravstvu in uporabljati razpoložljiva evropska razvojna sredstva.

Cilji na področju razvoja informatizacije zdravstvenega sistema so:

1. vzpostavitev osnovne informacijske infrastrukture, ki jo predstavljajo: omrežje, po katerem bosta potekala komuniciranje in izmenjava podatkov, opredelitev standardiziranih zdravstvenih in socialnih podatkov za vzpostavitev in vodenje elektronskega zapisa zdravstvenih podatkov pacientov, pa tudi vzpostavitev podlag za elektronski zapis teh podatkov na ravni države;
2. povezovanje in združitev zdravstvenih in socialnih informacijskih sistemov v celovit sistem na državni ravni z vzpostavitvijo osrednjega, enotnega zdravstvenega informacijskega portala, ki bo vsem subjektom zdravstvenega sistema omogočil varno in zanesljivo izmenjavo podatkov, izvajanje elektronskih storitev ter enotno (standardizirano) in pregledno obveščanje, pa tudi povezljivost s primerljivimi sistemi v Evropski uniji;
3. uveljavitev e-poslovanja kot običajnega načina dela v slovenskem zdravstvu;
4. vzpostavitev osrednjega portala eZIS v okviru Ministrstva za zdravje, pozneje pa v samostojnem inštitutu, in sicer kot nadaljevanje in zbliževanje rešitve, ki jo razvijata ZZZS in IVZ.

10.1 Telemedicina

Informacijski sistem je temeljni pogoj za uvajanje telemedicine, ki jo podpirajo smernice Evropske komisije (eHealth_EUAP). Te kot odgovor na vse bolj naraščajoče potrebe navajajo razvoj novih modelov in oblik zagotavljanja zdravja, predvsem tistih, v katere so vključene informacijsko-komunikacijske tehnologije (v nadaljnjem besedilu: IKT). V Republiki Sloveniji bo treba predvsem zaradi demografskih, družbenih in socialnih sprememb pospeševati razvoj telezdravstva in telenega na domu. Cilj uvajanja novih modelov telemedicine je zagotavljanje finančne vzdržnosti zdravstvenega sistema z zmanjšanjem nepotrebnih obremenitev zdravstvenih služb z obiski v ambulantah in racionalnejšo porabo zdravil (opominjanje s pomočjo IKT, elektronski delilniki tablet), zagotavljanje boljše in enake dostopnosti do zdravstvenih storitev ter izboljšanje dolgotrajne oskrbe na domu.

Zagotavljanje dolgotrajne oskrbe z metodami telemedicine na domu zahteva prilagajanje domačega okolja. Sem spadajo ukrepi za pomoč iz okolja (AAK – ambient assisted living), ki temeljijo na rešitvah IKT. Spremljati je treba bolnikovo zdravstveno stanje in funkcionalno zdravje ter omogočati, da bo ves čas prek storitev IKT povezan z zdravstveno in socialno službo (oskrba na domu na daljavo – telecare in telemedicina na domu).

Nadaljnje področje, na katerem bo treba razvijati telemedicino, so primarno zdravstveno varstvo, kjer bi bilo mogoče zmanjšati število obiskov pri zdravnikih. Zato je treba z metodami telemedicine omogočiti preventivno telemedicinsko spremljanje bolnikovega zdravja v domačem okolju.

Ker je telemedicina novo področje, ki ponuja nove možnosti in priložnosti za izboljšanje kakovosti in gospodarnosti zdravstvenih storitev, bo treba izdelati program njenega dolgoročnega razvoja ter začeti izvajati poskusne projekte uvajanja telemedicine na vsaj treh različnih področjih, na katerih jo je mogoče uporabljati.

11. FINANČNI SISTEM ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

Vprašanje vzdržnosti sistemov financiranja zdravstva je danes med ključnimi razvojnimi temami na področju sistemov socialne zaščite. Tudi v Republiki Sloveniji se financiranje zdravstvenega varstva srečuje s pritiski na rast javnih in zasebnih sredstev za zdravstvo. Med glavnimi razlogi za hitrejšo rast javnih in zasebnih izdatkov za zdravstvo bodo v Republiki Sloveniji podobno kot v drugih evropskih državah poleg večanja deleža starega prebivalstva hiter napredek medicinske tehnologije, hitro uvajanje novih zdravil in načinov zdravljenja ter vse večja ozaveščenost prebivalstva in s tem naraščajoča zdravstvena pričakovanja.

V zadnjih nekaj letih imamo v Republiki Sloveniji razmeroma nizko rast javnih izdatkov za zdravstvo, vendar je treba pri iskanju ukrepov za zagotavljanje javnofinančne vzdržnosti sistema upoštevati trende v daljšem obdobju in predvsem dolgoročne projekcije. Za zagotavljanje javnofinančne vzdržnosti sistema zdravstvenega varstva je bil na evropski ravni poudarjen pomen ukrepov za pripravo sprememb pri načinih financiranja in izvajanju zdravstvenega varstva, s katerimi bi bilo mogoče dolgoročno zagotoviti umirjeno rast javnih izdatkov za zdravstvo.

Sistem financiranja zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji temelji na mešanem javno-zasebnem modelu financiranja zdravstvenega varstva. Med javna sredstva se uvrščajo sredstva obveznega zdravstvenega zavarovanja ter proračunska sredstva države in občin, med zasebne vire financiranja zdravstva pa sredstva prostovoljnih zdravstvenih in del sredstev nezgodnih zavarovalnic, neposredna plačila prebivalcev za zdravstvene storitve oziroma za zdravila in medicinske pripomočke ter sredstva različnih družb in dobrodelnih organizacij in donatorjev.

Izdatki za obvezno zdravstveno zavarovanje se bodo lahko v prihodnje gibali le skladno s sredstvi, zbranimi s prispevki, zato bo treba s temeljnimi strateškimi usmeritvami in ukrepi tudi v prihodnje zagotavljati predvsem ustrezno raven učinkovitosti in racionalnosti pri uporabi zbranih sredstev. Pri tem bo treba zagotoviti, da se z racionalizacijo ne bo zmanjševal obseg storitev, ki je na voljo uporabnikom. Širitev programov zdravstvenih storitev in zdravstvenih zmogljivosti za njihovo izvajanje bo mogoča skladno s privarčevanimi sredstvi znotraj sistema, racionalizacijo in prestrukturiranjem dela zdravstvenih dejavnosti glede na spremembe v zdravstvenih potrebah družbe ter na podlagi zbranih sredstev zaradi ugodnih gospodarskih gibanj. Zaradi tega bo treba nameniti posebno pozornost financiranju programov zdravstvenih storitev in z raznimi ukrepi za obvladovanje stroškov ter s spodbujanjem izvajalcev in zavarovanih oseb zagotoviti čim boljšo uporabo razpoložljivih virov. V pogajanja z izvajalci bo treba vpeljati elemente spodbujanja k boljšemu delu, večji racionalnosti pri izvajanju programov, večji kakovosti in določanju cen, pri katerih se bodo upoštevali tudi doseženi rezultati pri obravnavi zavarovanih oseb. Pri tem je treba poudariti prizadevanja za boljšo organiziranost in učinkovitost izvajalcev zdravstvenih dejavnosti, obvladovanje stroškov, dvig menedžerskih sposobnosti in specializiranega znanja vodilnih kadrov na področju zdravstva. Vzpostavitev in razvoj informacijskih sistemov ter kazalnikov uspešnosti bosta pripomogla k zmanjševanju razlik v obsegu in kakovosti opravljenih storitev in nepotrebne administracije ter s tem k povečevanju storilnosti in izkoriščenosti delovnega časa.

Vse to zahteva spremembe pri organizaciji in preusmeritev zdravstvenih dejavnosti h krepitvi zdravja, preventivi, boljši obravnavi kroničnih bolnikov, večjemu povezovanju v zdravstvu, učinkoviti uporabi drage opreme, dolgotrajnejši oskrbi in drugo. Poseben pomen ima prednostno uveljavljanje celovitih programov in projektov za spodbujanje zdravega načina življenja ter preprečevanje dejavnikov tveganja.

11.1 Struktura in rast izdatkov za zdravstvo v Republiki Sloveniji in v državah EU

11.1.1 Izdatki za zdravstvo po metodologiji sistema zdravstvenih računov

Mednarodna primerljivost podatkov o izdatkih za zdravstvo je bila v preteklosti problematična predvsem zaradi precejšnjih razlik med državami v sami opredelitvi zdravstvene dejavnosti. S klasifikacijo po funkcijah v zdravstvu je bila zato postavljena metodološko zelo natančno opredeljena ločnica med dejavnostmi, ki spadajo v zdravstvo in dejavnostmi, ki so zgolj povezane z zdravstvom. Slednje so po metodologiji SHA (Sistem zdravstvenih izračunov – System of Health Accounts), ki jo je razvila OECD v sodelovanju s SZO in Eurostatom, izvzete iz celotnih izdatkov za zdravstvo in so prikazane

ločeno. Glede metodologije po kateri so izraženi podatki o izdatkih za zdravstvo, je potrebno opozoriti, da so zaradi preglednosti v tem poglavju, tisti podatki, ki so izraženi po metodologiji SHA, kot taki tudi posebej opredeljeni.

V Republiki Sloveniji se celotni izdatki za zdravstvo kot delež v BDP (bruto družbeni proizvod) v zadnjih letih niso bistveno spreminjali, v njihovi strukturi pa se ob relativno nizki realni rasti javnih izdatkov povečuje delež zasebnih izdatkov. Delež celotnih izdatkov za zdravstvo v BDP je v letih 2004 in 2005 (zadnji razpoložljivi mednarodno primerljivi podatki SURS – Statistični Urad RS) znašal 8,5 % (povp. EU-27 v letu 2004: 8,2 %, povp. EU-15 v letu 2005: 9,2 %, Vir: SURS, Izdatki in viri financiranja zdravstva, Prva objava (21. 12. 2007)). Podatki o izdatkih za zdravstvo so zbrani po mednarodno primerljivi metodologiji sistema zdravstvenih računov (metodologija SHA). V letih 2000–2005 je bila povprečna letna realna rast celotnih izdatkov za zdravstvo v Republiki Sloveniji 3,7 %, kar je bilo približno na ravni povprečne letne rasti BDP v tem obdobju (3,6 %). V letu 2006 se je rast javnih izdatkov za zdravstvo nekoliko okrepila, po prvi oceni je bila realno 5,3-odstotna (Vir: Konsolidirani javnofinančni odhodki po funkcionalno-programskih področjih porabe, MF – Ministrstvo za finance), in je nekoliko zaostajala za rastjo BDP (5,7 %).

Delež zasebnih izdatkov, ki predstavljajo nekaj več kot četrtino celotnih izdatkov za zdravstvo, se v Republiki Sloveniji povečuje. V strukturi celotnih izdatkov za zdravstvo je delež zasebnih izdatkov v letu 2005 dosegel 27,6 %, kar je nekoliko več kot v letu 2004, ko je znašal 26,5 % in več od povprečja EU-27 v letu 2004 (27,4 %). V strukturi zasebnih izdatkov predstavljajo v Republiki Sloveniji 47,0 % izdatki iz naslova prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj. Neposredni izdatki gospodinjstev so v Republiki Sloveniji v primerjavi z državami EU nizki in predstavljajo v strukturi zasebnih izdatkov 45,0 % (v EU-27 skoraj 80 %), povečujejo pa se hitreje kot izdatki iz naslova prostovoljnih zavarovanj.

Preračun izdatkov za zdravstvo na prebivalca pokaže na zaostajanje Slovenije za razvitejšimi evropskimi državami. Izraženo v USD SKM (standard kupne moči) je Republika Slovenija na prebivalca v letu 2005 namenila 1.939 USD SKM (1.746 USD SKM v letu 2004), kar je sicer največ od novih držav članic EU, vendar kljub temu nižje od povprečja držav EU-27, ki je v letu 2004 znašalo 2.093 USD SKM (EU-15 v letu 2005: 3.070 USD SKM).

Tabela 12: Izdatki za zdravstvo v Republiki Sloveniji, članicah EU-27 in ZDA

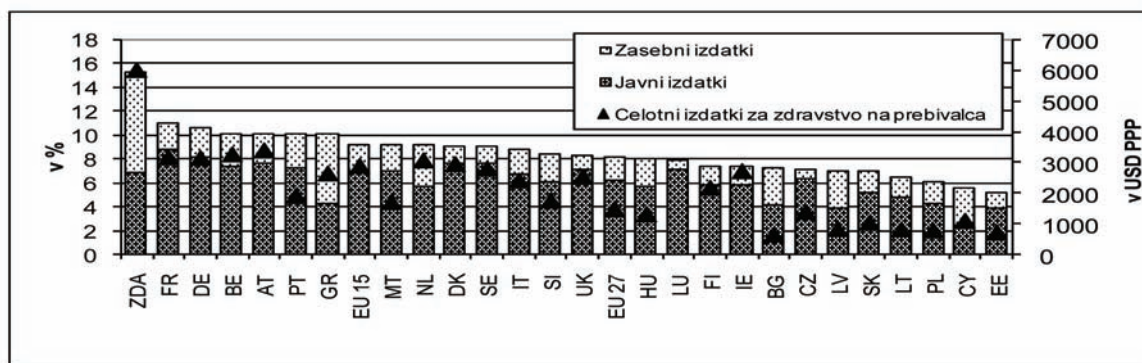
	Celotni izdatki za zdravstvo, v % BDP ³				Javni izdatki za zdravstvo, v % BDP ³		Zasebni izdatki, delež v celotnih izdatkih, v %		Izdatki na prebivalca v USD po preračunu kupne moči
	2000	2003	2004	2005	2000	2005	2000	2005	2005
EU-27	7,3	8,0	8,2	n.p.	5,3	6,3	27,5	27,4 ¹	2093 ¹
EU-15	8,2	9,0	9,1	9,2	6,3	7,1	25,4	24,5	3070
Avstrija	10,0	10,2	10,3	10,2	7,6	7,7	24,1	24,3	3519
Belgija	8,6	10,1	10,2	10,3	6,5	7,4	24	27,0	3389
Bolgarija	6,2	7,6	7,4	n.p.	3,7	4,2	40,6	42,4 ¹	671 ¹
Ciper	5,7	5,7	5,5	n.p.	2,4	2,5	58,4	55,7 ¹	1128 ¹
Češka	6,5	7,4	7,3	7,2	5,9	6,4	9,7	11,4	1479
Danska	8,3	9,1	9,2	9,1	6,8	7,7	17,6	15,9	3108
Estonija	5,3	5,1	5,3	n.p.	4,1	4,0	22,5	24,0 ¹	752 ¹
Finska	6,6	7,3	7,4	7,5	5,0	5,8	24,9	22,2	2331
Francija	9,6	10,9	11,0	11,1	7,5	8,9	21,7	20,2	3374
Grčija	9,3	10,0	9,6	10,1	4,1	4,3	55,8	57,2	2981
Irska	6,3	7,3	7,5	7,5	4,6	5,9	27,1	22,0	2926
Italija	8,1	8,3	8,7	8,9	5,9	6,8	27,5	23,4	2532

	Celotni izdatki za zdravstvo, v % BDP ³				Javni izdatki za zdravstvo, v % BDP ³		Zasebni izdatki, delež v celotnih izdatkih, v %		Izdatki na prebivalca v USD po preračunu kupne moči
	2000	2003	2004	2005	2000	2005	2000	2005	2005
Latvija	5,9	6,1	7,1	n.p.	3,2	4,0	46,1	43,4 ¹	852 ¹
Litva	6,5	6,5	6,5	n.p.	4,5	4,9	30,3	25,0 ¹	843 ¹
Luksemburg	5,8	7,6	7,9	7,9	5,2	7,2	10,7	9,3	556 ³
Madžarska	6,9	8,3	8,1	n.p.	4,9	5,7	29,3	29,5 ¹	1337 ¹
Malta	7,5	8,8	9,2	n.p.	5,6	7,0	25,8	23,9	1733 ¹
Nemčija	10,3	10,8	10,6	10,7	8,2	8,2	20,3	23,1	3287
Nizozemska	8,0	9,1	9,2	n.p.	5,0	5,7	36,9	37,6	3094 ¹
Poljska	5,5	6,2	6,2	6,2	3,9	4,3	30	30,6	867
Portugalska	8,8	9,7	10,0	10,2	6,4	7,4	27,5	27,7	2041
Romunija	5,1	4,9	5,0	n.p.	3,4	3,3	32,7	33,9 ¹	433 ¹
Slovaška	5,5	5,9	7,2	7,1	4,9	5,3	10,6	25,6	1137
Slovenija³	8,4	8,8	8,5	8,5	6,2	6,2	26	27,6	1939
Španija	7,2	7,8	8,1	8,3	5,2	5,9	28,4	28,6	2261
Švedska	8,4	9,3	9,1	9,1	7,1	7,7	15,1	15,4	2918
Združeno Kraljestvo	7,3	7,8	8,1	8,3	5,9	7,2	19,1	12,9	2724
ZDA	13,2	15,2	8,2	8,3	5,8	6,9	56,3	54,9	6401

Vir: UMAR (Urad za makroekonomske analize in razvoj)

Vir podatkov: *OECD Health Data, 2007*, za vse države, razen za Bolgarijo, Ciper, Estonijo, Latvijo, Litvo, Malto in Romunijo; za navedene države je vir podatkov *WHO The World Health Report, 2007*; za Slovenijo za leta 2002–2005 SURS, *Izdatki za zdravstvo* (prva objava 20. 12. 2007) ter za leto 2000 preračun SURS na metodologijo OECD na podlagi podatkov proračunov, ZZZS, ZPIZ in SURS; povprečje za EU-27 in EU-15 izračun UMAR. Opombe: ¹ 2004. ² Podatki, zbrani po novi mednarodni metodologiji SHA (A System of Health Accounts, OECD, 2000). ³ Upoštevan je BDP po reviziji septembra 2007.

Slika 13. Celotni, javni in zasebni izdatki za zdravstvo v Republiki Sloveniji, državah EU in ZDA kot delež v BDP in v USD SKM na prebivalca v letu 2004



Vir:UMAR

Vir podatkov: *OECD Health Data 2007* za vse države razen za Bolgarijo, Ciper, Estonijo, Latvijo, Litvo, Malto in Romunijo; za navedene države je vir podatkov *WHO The World Health Report, 2007*; za Slovenijo SURS, *Izdatki za zdravstvo* (prva objava 21. 12. 2007), povprečje za EU-27 in EU-15 izračun UMAR.

Prikaz izdatkov za zdravstvo v Republiki Sloveniji v letih 2002 do 2005 po metodologiji sistema zdravstvenih računov je predstavljen v preglednicah 13 in 14.

Preglednica 13. Prikaz izdatkov za zdravstvo v Republiki Sloveniji v letih 2002 do 2005 po metodologiji sistema zdravstvenih računov, december 2007 v mio EUR (fiksni tečaj 2007), tekoče cene.

EUR(mio.)	2002	2003	2004	2005
skupaj	1.987,6	2.172,8	2.265,8	2.406,4
javni izdatki	1.458,3	1.571,9	1.664,3	1.742,6
centralna država	81,3	87,1	88,9	99,1
lokalna država	24,5	26,5	25,5	20,1
skladi socialne varnosti	1.352,5	1.458,3	1.549,8	1.623,4
zasebni izdatki	529,3	600,9	601,5	663,7
družbe brez zavarovalnic	43,2	62,4	47,8	52,8
zavarovalnice	255,7	280,2	288,9	311,9
gospodinjstva	230,0	257,7	264,3	298,4
BDP	22.758,3	24.715,9	26.677,5	28.243,5

Vir: SURS

Preglednica 14. Deleži v BDP v %

	2002	2003	2004	2005
skupaj	8,7	8,8	8,5	8,5
javni izdatki	6,4	6,4	6,2	6,2
centralna država	0,4	0,4	0,3	0,4
lokalna država	0,1	0,1	0,1	0,1
skladi socialne varnosti	5,9	5,9	5,8	5,7
zasebni izdatki	2,3	2,4	2,3	2,3
družbe brez zavarovalnic	0,2	0,3	0,2	0,2
zavarovalnice	1,1	1,1	1,1	1,1
gospodinjstva	1,0	1,0	1,0	1,1

Vir: SURS

11.2 Gibanje izdatkov za zdravstvo iz javnih virov v letu 2006

11.2.1 Javni izdatki skupaj

V letu 2006 so javni izdatki za zdravstveno varstvo vključno z izdatki za bolezni znašali 471.519.950 tisoč tolarjev oziroma 1.967.618 tisoč evrov ali 6,46 odstotka BDP. Glavnina javnih sredstev so bila sredstva obveznega zdravstvenega zavarovanja (93,8 odstotka), sredstva državnega proračuna so predstavljala 4,7 odstotka, sredstva proračuna občin pa 1,5 odstotka. V primerjavi z letom 2005 so javni izdatki v letu 2006 nominalno višji za 26.600 mio. tolarjev (111.003 tisoč evrov), v deležu BDP pa za 0,11 odstotne točke nižji (v letu 2005 je znašal 6,57 odstotka BDP).

V letu 2007 so javni izdatki za zdravstveno varstvo vključno z izdatki za bolezni znašali 2.062.509 tisoč evrov, kar je 6,22 odstotka BDP. Glavnina javnih sredstev so bila sredstva obveznega zdravstvenega zavarovanja (94,6 odstotka), sredstva državnega proračuna so predstavljala 4,0 odstotka, sredstva proračuna občin pa 1,4 odstotka.

Preglednica 15. Javni izdatki za zdravstvo v letu 2006 v mio. EUR in deleži v BDP

LETO	Javni izdatki	Obvezno zdravstveno zavarovanje	Proračun države	Proračun občin
2006	1.967,617	1.845,443	92,106	30,068
% BDP	6,46	6,06	0,30	0,10

Vir: Ministrstvo za finance.

11.2.1.1 Sredstva obveznega zdravstvenega zavarovanja

Celotni prihodki ZZZS so bili v letu 2006 realizirani v višini 1.860.034 tisoč evrov (445.739 mio. tolarjev) in so bili nominalno za 4,8 odstotka oziroma realno za 2,2 odstotka višji v primerjavi z letom 2005.

Celotni odhodki ZZZS so v letu 2006 znašali 1.845.443 tisoč evrov (442.242 mio. tolarjev). V primerjavi z letom 2005 so bili za 5,5 odstotka oziroma realno za 2,9 odstotka višji. Glede na strukturo odhodkov imajo največjo težo odhodki za tekoče transferje v javne zavode, to je 73,60 odstotka. Delež odhodkov za obvezno zdravstveno zavarovanje v BDP tako znaša 6,06 odstotka, kar je za 0,13 odstotne točke nižji delež glede na leto 2005, ko je znašal delež odhodkov za obvezno zdravstveno zavarovanje v BDP 6,19 odstotka.

ZZZS je leto 2006 končal s presežkom prihodkov nad odhodki v višini 14.591 tisoč evrov (3.496.518 mio. tolarjev). Večji del izkazanega presežka, to je 57,7 odstotka ali 8418 tisoč evrov, je bil namenjen rezervaciji sredstev za odpravo nesorazmerij plač v javnem sektorju, ki bodo izplačana v prihodnjih letih v skladu z Zakonom o sistemu plač v javnem sektorju (Uradni list RS, št. 95/07 - uradno prečiščeno besedilo, 17/08 in 58/08; ZSPJS), drugo pa za nove programe v zdravstvu.

Po predhodni realizaciji pa so celotni prihodki ZZZS v letu 2007 znašali 2.007.422 tisoč evrov in so bili nominalno za 7,9 odstotka oziroma realno za 4,2 odstotka večji v primerjavi z letom 2006.

Po predhodni realizaciji ZZZS v letu 2007 so celotni odhodki znašali 1.927.370 tisoč evrov, kar je nominalno za 4,4 odstotka in realno 0,8 odstotka več glede na leto 2006. Še vedno imajo odhodki za tekoče transferje v javne zavode največjo težo, in sicer 72,91 odstotka. Delež odhodkov za obvezno zdravstveno zavarovanje v BDP tako znaša v letu 2007 5,81 odstotka.

Vir: Ministrstvo za finance - Realizacija bilanc ZZZS za leto 2006 in predhodna realizacija za leto 2007

11.2.1.2 Proračunska sredstva države, namenjena za zdravstvo

Po sprejetem državnem proračunu za leto 2006 so bila skupna sredstva Ministrstva za zdravje za leto 2006 načrtovana v višini 95.987 tisoč evrov (23.002 mio. tolarjev), njihova realizacija v letu 2006 pa je znašala 92.106 tisoč evrov (22.072 mio. tolarjev). Večina neporabljenih sredstev se je prenesla v proračunski sklad, ustanovljen po Zakonu o investicijah v javne zdravstvene zavode za obdobje 1994–2008 (Uradni list RS, št. 19/94, 28/00 in 111/01). Ta sklad se vodi ločeno od proračunskih sredstev Ministrstva za zdravje in je namenjen investicijam v javne zdravstvene zavode.

Delež izdatkov za zdravstveno varstvo iz naslova proračunskih sredstev države je v letu 2006 znašal 0,30 odstotka BDP, kar je za 0,02 odstotne točke manj v primerjavi s predhodnim letom, ko je znašal delež izdatkov za zdravstveno varstvo iz naslova proračunskih sredstev države 0,32 odstotka BDP.

Vir: Ministrstvo za zdravje

11.2.1.3 Sredstva proračunov občin za zdravstvo

Realizirana sredstva proračunov občin, namenjena za zdravstveno varstvo, so v letu 2006 znašala 30.068 tisoč evrov (7205 mio. tolarjev). Od tega je bilo za tekoče odhodke porabljenih 17.202 tisoč evrov (4122 mio. tolarjev) in 12.866 tisoč evrov (3083 mio. tolarjev) za investicijske odhodke v zdravstvu. Delež izdatkov za zdravstveno varstvo iz proračunskih sredstev občin je v letu 2006 znašal 0,10 odstotka BDP, kar je za 0,04 odstotne točke več v primerjavi s predhodnim letom, ko je bil delež 0,06 odstotka BDP.

Vir: Ministrstvo za finance, december 2007, Odhodki proračunov občin po funkcionalnih namenih porabe - COFOG

11.3 Projekcije javnofinančnih odhodkov za zdravstvo za obdobje 2008 do 2013

11.3.1 Sredstva obveznega zdravstvenega zavarovanja

V letu 2007 se je po predhodnih podatkih o realizaciji bilance prihodkov in odhodkov ZZZS delež odhodkov za obvezno zdravstveno zavarovanje v BDP zmanjšal s 6,06 odstotka BDP v letu 2006

na 5,81 odstotka BDP v letu 2007. V letu 2008 se bo po predlogu finančnega načrta ZZZS delež odhodkov za obvezno zdravstveno zavarovanje v BDP nekoliko povečal v primerjavi z letom 2007, in sicer bo zaradi zagotavljanja sredstev za uveljavitev novega plačnega sistema v javnem sektorju nominalna rast celotnih odhodkov obveznega zdravstvenega zavarovanja predvidoma znašala 10,8 odstotka, njihova realna rast pa 7,1 odstotka. V naslednjih letih pa je predvideno nadaljnje postopno znižanje deleža javnofinančnih odhodkov v obveznem zdravstvenem zavarovanju v BDP do leta 2013.

Preglednica 16. Prihodki in odhodki za obvezno zdravstveno zavarovanje v mio. EUR in deleži v BDP

leta	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
prihodki OZZ (mio. EUR)	1.860,034	2.007,422	2.168,879	2.302,931	2.461,979	2.619,675	2.787,455	2.960,597
% v BDP	6,11	6,05	6,03	5,98	5,96	5,94	5,93	5,92
nominalna rast (%)	4,8	7,9	8,8	6,2	6,9	6,4	6,4	6,2
realna rast (%)	2,2	4,2	5,2	3,3	4,2	3,8	3,9	3,9
odhodki OZZ (mio. EUR)	1.845,443	1.927,370	2.162,323	2.302,931	2.461,979	2.619,675	2.787,455	2.960,597
% v BDP	6,06	5,81	6,01	5,98	5,96	5,94	5,93	5,92
nominalna rast (%)	5,5	4,4	10,8	6,5	6,9	6,4	6,4	6,2
realna rast (%)	2,9	0,8	7,1	3,6	4,2	3,8	3,9	3,9
BDP	30.448,28	33.177,00	35.953,00	38.482,00	41.315,00	44.092,00	46.995,00	49.987,00
realna rast (%)	5,7	5,8	4,6	4,1	4,5	4,3	4,3	4,3

Vir: Ministrstvo za finance - Predlog finančnega načrta za leto 2008, finančne projekcije za leti 2009 in 2010 za program stabilnosti ter projekcije za leta 2011–2013

Postopno upadanje deleža sredstev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja v BDP v obdobju 2008–2013 je posledica sprejetih makroekonomskih izhodišč vlade v proračunskem memorandumu in programu stabilnosti, ki izhajajo iz predpostavke, da bodo v naslednjih letih stopnje prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje ostale nespremenjene in da bo blagajna obveznega zdravstvenega zavarovanja v naslednjih letih poslovala brez primanjkljajev, kar bo mogoče ob napovedanih razmeroma ugodnih makroekonomskih gibanjih, na katerih temeljijo projekcije za naslednje petletno obdobje. To kaže, da bo treba izkoristiti ugodna gospodarska gibanja za krepitev stabilnosti in zagotavljanje zadostnih javnofinančnih virov ter jih prednostno nameniti za izpolnitev razvojnih zahtev in potreb, kot so npr. novi postopki diagnostike in zdravljenja, nova medicinska oprema, nova zdravila, širitve dodatnih programov za bolnike na področjih, na katerih so čakalne dobe nerazumno dolge, idr.

Predpostavke za pripravo projekcij prihodkov in odhodkov Zavoda za obdobje 2008 do 2013 upoštevajo ocene realizacije za leto 2007, predlog finančnega načrta za leto 2008 ter finančne projekcije za leti 2009 in 2010 za program stabilnosti ter projekcije za leta 2011–2013. Projekcije:

- upoštevajo jesenska makroekonomska izhodišča UMAR-ja za obdobje 2007 do 2013 (rast življenjskih stroškov, povprečna rast plač v RS, rast plač v javnem sektorju, rast prispevne osnove, rast zaposlenosti in produktivnosti);

- upoštevajo nespremenjeno sistemsko ureditev zdravstvenega varstva (niso upoštevani učinki sprememb ZZVZZ ter učinki uvedbe dolgotrajne oskrbe, tudi ne morebitne spremembe Zakona o javnih financah (Uradni list RS, št. 79/99, 124/2000, 79/01, 30/02, 110/02 – ZDT-B, 56/02 – ZJU, 127/06 – ZJZP in 14/07 – ZSPDPO; ZJF), ki predvideva oblikovanje rezervnih sredstev v določenem odstotku od celotnih prihodkov);
- upoštevajo nespremenjene veljavne prispevne stopnje za obvezno zdravstveno zavarovanje;
- upoštevajo nespremenjeno razmerje v strukturi med javnimi in zasebnimi izvajalci zdravstvenih storitev;
- predpostavljajo, da prihodnja ureditev EU glede pretoka storitev ne bo bistveno spremenila izdatkov za zdravljenje slovenskih zavarovancev v tujini glede na sedanje stanje;
- ne vključujejo morebitne sklenitve novih dvostranskih sporazumov z državami, npr. Črno goro, Srbijo, Makedonijo;
- ne vključujejo prihodkov Zavoda od regresnih zahtevkov za škodo, ki jo je povzročila tretja oseba, od leta 2008 ocenjene z rastjo, ki za 0,5-odstotne točke zaostaja za rastjo življenjskih potrebščin, kar temelji na realizaciji iz preteklih dveh let;
- ne upoštevajo odhodkov za plače za leto 2008;
- upoštevajo razporeditev rezerviranih sredstev za odpravo nesorazmerij plač v javnem sektorju po Zakonu o sistemu plač v javnem sektorju za leta 2005, 2006 in 2007 (v višini 27,1 mio. evrov) ter rast plač v javnem sektorju do leta 2013;
- ne upoštevajo odhodkov v letih 2008 in 2009;
- ne upoštevajo rasti zaposlovanja v zdravstvu, od leta 2010 dalje pa 1-odstotno rast;
- upoštevajo izdatke za nadomestila zaradi začasne odsotnosti z dela (bolezni v breme Zavoda od regresnih zahtevkov za škodo, ki jo je povzročila tretja oseba, od leta 2008 ocenjene z rastjo, ki za 0,5-odstotne točke zaostaja za rastjo življenjskih potrebščin, kar temelji na realizaciji iz preteklih dveh let;
- ne upoštevajo odhodkov za plače za leto 2008;
- upoštevajo razporeditev rezerviranih sredstev za odpravo nesorazmerij plač v javnem sektorju po Zakonu o sistemu plač v javnem sektorju za leta 2005, 2006 in 2007 (v višini 27,1 mio. evrov) ter rast plač v javnem sektorju do leta 2013;
- ne upoštevajo odhodkov v letih 2008 in 2009;
- ne upoštevajo rasti zaposlovanja v zdravstvu, od leta 2010 dalje pa 1-odstotno rast;
- upoštevajo izdatke za nadomestila zaradi začasne odsotnosti z dela.

11.3.2 Projekcija sredstev za zdravstvo iz proračuna Republike Slovenije

Preglednica 17. Proračun Ministrstva za zdravje v mio. EUR in deleži v BDP

leta	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
MZ	92,106	88,401	97,312	97,005	117,388	123,493	131,917	144,106
% v BDP	0,30	0,27	0,27	0,25	0,28	0,28	0,28	0,29

Vir: Ministrstvo za zdravje

Pri pripravi projekcij sredstev za zdravstveno varstvo iz državnega proračuna Ministrstvo za zdravje upošteva predvidena makroekonomska in javnofinančna izhodišča ter si pri tem prizadeva za doseg ciljev Ministrstva za zdravje. Pri napovedi sredstev iz državnega proračuna za zdravstvo za naslednja proračunska obdobja so upoštevane ocene potrebne višine sredstev za vse dejavnosti, ki izhajajo iz načrta in so predvidoma deloma ali v celoti financirane iz proračuna RS.

Ob upoštevanju sprejetih državnih proračunov za leti 2008 in 2009 je pri projekciji sredstev za zdravstvo iz državnega proračuna upoštevano izhodišče, da bo delež sredstev za zdravstvo iz državnega proračuna dolgoročno ohranjal stabilen odstotni delež v BDP. Za ohranjanje stabilnega razvoja se pri tem predvideva letno nominalno povečanje pri projektih in programih na področju javnega zdravja, zdravstvenega varstva ter pri vlaganju v zgradbe in opremo (prilogi 5 in 6).

11.3.3 Projekcija sredstev za zdravstvo iz proračunov občin

Preglednica 18. Proračun občin v mio. EUR in deleži v BDP

leta	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
občine	30,068	29,696	31,099	29,130	30,545	32,029	33,585	35,217
% v BDP	0,10	0,09	0,09	0,08	0,07	0,07	0,07	0,07

Vir: Ministrstvo za finance, december 2007, Odhodki proračunov občin po funkcionalnih namenih porabe - COFOG - projekcije za leta 2008–2010 za program stabilnosti; projekcije od leta 2010 do 2013 so vir Ministrstva za zdravje

Razlog za upadanje deleža proračuna občin v BDP do leta 2010 je posledica ugodnih gospodarskih gibanj. V projekciji je upoštevano, da bo nominalna rast za 4,86 % v letu 2010 v primerjavi z letom 2009 nespremenjena tudi do leta 2013. To pomeni, da se bo delež občin sicer nominalno povečeval, delež v BDP pa ostane nespremenjen.

11.3.4 Projekcije zasebnih sredstev za zdravstvo

Zaradi uvedbe novih oblik prostovoljnega zavarovanja se predvideva, da se bo razmerje 72,4 : 27,6 med javnimi in zasebnimi izdatki za zdravstvo do leta 2013 nekoliko povečalo v korist zasebnih izdatkov in sicer za eno do največ dve odstotni točki.

11.4 Napoved rasti celotnih izdatkov za zdravstvo v obdobju 2008–2013

Preglednica 19. Ocena celotnih izdatkov za zdravstveno varstvo v Republiki Sloveniji 2007–2013 v tekočih cenah in v odstotku od BDP (projekcija zasebnih izdatkov je pripravljena na podlagi deleža zasebnih izdatkov v celotnih izdatkih za zdravstvo za leto 2006 po metodologiji SHA)

	2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	mio. EUR	% BDP	mio. EUR	% BDP	mio. EUR	% BDP	mio. EUR	% BDP	mio. EUR	% BDP	mio. EUR	% BDP	mio. EUR	% BDP
1. JAVNI IZDATKI	2.045,467	6,17	2.290,734	6,37	2.429,066	6,31	2.609,912	6,31	2.775,197	6,29	2.952,957	6,28	3.139,919	6,28
OBVEZNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE	1.927,370	5,81	2.162,323	6,01	2.302,931	5,98	2.461,979	5,96	2.619,675	5,94	2.787,455	5,93	2.960,596	5,92
PRORAČUNSKA SREDSTVA DRŽAVE	88,401	0,27	97,312	0,27	97,005	0,25	117,388	0,28	123,493	0,28	131,917	0,28	144,106	0,29
PRORAČUNI OBČIN	29,696	0,09	31,099	0,09	29,130	0,08	30,545	0,07	32,029	0,07	33,585	0,07	35,217	0,07
2. ZASEBNI IZDATKI	788,761	2,38	882,028	2,45	944,637	2,45	1.021,135	2,47	1.096,810	2,49	1.178,832	2,51	1.266,035	2,53
3. SKUPAJ IZDATKI	2.834,228	8,55	3.172,762	8,82	3.373,703	8,77	3.631,047	8,78	3.872,007	8,78	4.131,789	8,79	4.405,954	8,81
4. BDP	33.177		35.953		38.482		41.315		44.092		46.995		49.987	

S spremembami, ki so potrebne in vplivajo na finančno vzdržnost sistema zdravstvenega varstva, bo treba doseči ravnotežje med razpoložljivimi finančnimi viri in zdravstvenimi storitvami, opravljenimi zaradi potreb slovenskega prebivalstva. Z vidika zagotavljanja javnofinančne vzdržnosti sistema zdravstvenega varstva so zato ključni ukrepi za zagotovitev razmeroma stabilne in umirjene rasti celotnih javnih izdatkov za zdravstvo, ki naj letno ne bi presegli rasti BDP. Nujni so ukrepi za obvladovanje izdatkov sistema zdravstvenega varstva, širitev ponudbe prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj ter ureditev razmerja med javnim in zasebnim v sistemu zdravstvenega varstva. Oblikovane bodo dejavnosti na področjih, kot je predstavljeno v nadaljevanju.

11.5 Financiranje izvajalcev zdravstvenih storitev

Prilagoditve sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja

Republika Slovenija bo še naprej razvijala svoj sistem zdravstvenega varstva na načelih socialnih zdravstvenih zavarovanj, ki temeljijo na solidarnosti, nedobičkonosnosti, enakosti in pravičnosti med vsemi zavarovanimi osebami. Skupaj z Ministrstvom za zdravje ter zbornicami in drugimi organizacijami bo Zavod posebej skrbel za racionalno uporabo sredstev, ki jih s prispevki zberejo zavezanci, in v pogajanjih zastopal stališča, ki bodo težila k večji uspešnosti in učinkovitosti porabe sredstev prispevkov. S prilagoditvami sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja bo treba zagotoviti dolgoročno finančno in socialno vzdržnost zdravstvenega sistema. Pravice, ki se krijejo iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja, bo treba dinamično prilagajati potrebam prebivalstva v skladu z razpoložljivimi sredstvi in evropskimi standardi. Posebna pozornost bo namenjena omogočanju dostopa do novih zdravil in metod zdravljenja, medicinskih pripomočkov ter skrajševanju nerazumno dolgih čakalnih dob. Pripravljeni bodo ukrepi za:

1. povečanje učinkovitosti zbiranja prispevkov v obveznem zdravstvenem zavarovanju;
2. preučitev možnosti razbremenitve javnozdravstvene blagajne nekaterih finančnih obveznosti, ki vanjo ne spadajo;
3. dograjevanje sistema pravic v obveznem zdravstvenem zavarovanju na podlagi potreb prebivalstva in v skladu z razpoložljivimi finančnimi viri;
4. prednostno reševanje skrajševanja čakalnih dob in uvajanje novih metod zdravljenja na podlagi javnozdravstvenih meril;
5. izvajanje učinkovitega obveščanja, spoštovanje dostojanstva in osebnih odločitev zavarovanih oseb v javnem sistemu zdravstvenega varstva;
6. ekonomske spodbude delodajalcem za vlaganje v izboljševanje zdravja in varnosti pri delu ter za krepitev zdravja in preventive na delovnem mestu;
7. uvedbo zavarovanja za dolgotrajno oskrbo;
8. posodobitev sistema upravljanja sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Prilagoditev sistema proračunskega financiranja zdravstva

V vsakem sistemu zdravstvenega varstva si je treba prizadevati za preglednosti in učinkovitost financiranja. Navedeno je mogoče doseči z jasno določenimi cilji, vsebinami in načini financiranja programov zdravstvenega varstva. Proračunsko financiranje na ravni ustanovitelja je prednostno treba namenjati za naložbe v infrastrukturo in opremo. Pripravljeni bodo ukrepi za:

1. razmejitev pristojnosti pri proračunskem financiranju med državnim in občinskimi proračuni;
2. načrtno ocenjevanje uvedbe novih medicinskih tehnologij, metod zdravljenja, zdravil in medicinskih pripomočkov, zagotovitev za to potrebnih virov financiranja ter preverjanje ekonomske upravičenosti uvedbe ob upoštevanju potreb prebivalstva in enakomerne dostopnosti;
3. izdelava večletnega prednostnega načrta naložb v zdravstvu;
4. zagotavljanje virov za izobraževalno, razvojno in raziskovalno delo v zdravstvu;
5. zagotavljanje virov financiranja za informacijsko-komunikacijske tehnologije v zdravstvenem varstvu;
6. razvoj, uveljavljanje in vrednotenje prednostnih programov javnega zdravja z vidika proračunskega financiranja.

Vzpostavitev pogojev za razvoj ponudbe prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj

Za razvoj ponudbe prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja je ključnega pomena, da se natančno opredelijo standardi zdravstvenih storitev in blaga, ki so pravice iz obveznega zdravstvenega zavarova-

nja. Izvajanje nad temi standardi pa je mogoče vključiti v prostovoljno zdravstveno zavarovanje. Pogoji za razvoj ponudbe prostovoljnih zavarovanj pa je tudi uvedba možnosti, da lahko zdravstvene storitve prebivalcem zagotavljajo drugi izvajalci zdravstvenih storitev in na drugačne načine, kot to velja po pravilih obveznega zdravstvenega zavarovanja. Navedeno terja sprejetje čimprejšnjih ukrepov za:

1. vzpostavitev zakonskih podlag za nadaljnji razvoj ponudbe prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja;
2. pripravo ponudb zavarovalnic prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, s katerimi se dopolni oziroma nadgradi obseg pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja;
3. uvedbo prostovoljnega zavarovanja za dolgotrajno oskrbo;
4. spodbujanje prostovoljnih zavarovanj s spodbudnimi davčnimi in drugimi ukrepi države.

Zagotavljanje učinkovitejšega upravljanja sredstev na makroravni

Poleg učinkovitega zbiranja sredstev za izvajanje dejavnosti na vseh ravneh zdravstvenega varstva je treba zagotoviti tudi učinkovito upravljanje sredstev z njihovim ustreznim razporejanjem med posameznimi vrstami in izvajalci zdravstvene dejavnosti, odgovornostjo upravljavcev sredstev in nadzorom. Opredelitev učinkovitih modelov razporejanja sredstev mora temeljiti na vsebini in rezultatih izvajanja zdravstvene dejavnosti, ti pa morajo vključevati tudi nadzor nad porabo sredstev. Tako je treba čim prej sprejeti ukrepe za:

1. dopolnitev in dograditev postopkov partnerskih pogajanj ter ponovno opredelitev vloge posameznih partnerjev zaradi izboljšanja učinkovitosti postopkov ter jasnejše odgovornosti partnerjev za sprejetje dogovorov in njihovo uresničevanje;
2. vzpostavitev sistema zbiranja podatkov ter uvedbo in nadaljnji razvoj sistema zdravstvenih računov z ustrezno informacijsko podporo;
3. dograjevanje obračunskih modelov za zdravstvene programe in storitve;
4. oblikovanje meril za določanje in plačevanje zdravstvenih programov in storitev;
5. celovito obvladovanje izdatkov za zdravila in medicinske pripomočke ob upoštevanju farmakoeonomskih oziroma zdravstvenoekonomskih kazalnikov zdravljenja in varnosti pacientov;
6. celovito obvladovanje izdatkov za denarna nadomestila.

Urejanje razmerij med javnim in zasebnim v sistemu zdravstvenega varstva

V mešanem zdravstvenem sistemu opravljajo zdravstveno službo v javni mreži vsi izvajalci pod enakimi pogoji. Materialne, organizacijske in kadrovske možnosti v javni mreži morajo vsem prebivalcem pod enakimi pogoji zagotavljati ustavno pravico do zdravstvenega varstva. Izvajalci javnozdravstvenih storitev strukturno in organizacijsko torej izvajajo zdravstvene programe v javnih zdravstvenih zavodih ali kot koncesionarji. Zato je ključnega pomena, da država smiselno ureja celovitost sistema zdravstvenega varstva, opravlja nadzor in zagotavlja enakost vseh izvajalcev. Tako se povečuje preglednost ter izboljšujeta ureditev in organiziranost za večjo učinkovitost sistema zdravstvenega varstva. Glavna vloga države v zdravstvu mora biti zaščita javnega interesa z:

1. razvojem zdravstvene službe, ki bo pretežno temeljil na javnih zdravstvenih zavodih in izvajalcih, ki se vključujejo v mrežo na podlagi koncesij;
2. krepitvijo vloge in odgovornosti svetov zavodov za načrtovanje njihovega razvoja ter za dosledno uresničevanje programov in pogodb, sklenjenih z ZZZS;
3. dosledno razmejitvijo zdravstvenih storitev, ki se izvajajo v breme javnih in v breme zasebnih sredstev, ter zagotovitev preglednosti in nadzora;
4. spremljanjem cen in kakovosti storitev ter nadzorom nad njimi pri vseh izvajalcih;
5. spodbujanjem upravljanja javno-zasebnega partnerstva v zdravstveni dejavnosti.

Za doseg cilja zagotavljanja finančne vzdržnosti sistema zdravstvenega varstva je treba do leta 2013:

1. zagotoviti realno rast odhodkov obveznega zdravstvenega zavarovanja v povprečju okoli 4 odstotke letno ter vse širitve dejavnosti uvajati v teh okvirih oziroma predvsem s prestrukturiranjem med programi in prihranki znotraj sistema;
2. skupne javnofinančne izdatke za zdravstveno varstvo ohraniti na ravni 6,3 odstotka BDP; celotne izdatke za zdravstvo (javnofinančne in zasebne) po metodologiji SHA ohraniti na ravni 8,5 odstotka BDP;
3. za področje javnega zdravja se s sedanjih 3-4% proračuna Republike Slovenije, namenjenega za zdravstvo, povečati na predvidenih 5%. Delež sredstev bo potrebno pridobiti z racionalizacijo poslovanja posameznih izvajalcev zdravstvene dejavnosti v javni mreži.

12. INVESTICIJE IN STANDARDIZACIJA

Za učinkovito izvajanje investicij v javnem zdravstvu je treba najpozneje v načrtovanem obdobju končati vse trenutno odprte investicije v javne zdravstvene zavode, katerih ustanoviteljica je Republika Slovenija. Te že več let obremenjujejo proračun in preprečujejo dejavnejši pristop pri izvajanju novih investicij.

Ministrstvo za zdravje bo pri odpiranju novih projektov predvsem skrbelo za tekoče izvajanje investicij, kar pomeni, da se bodo morale investicije končati po dogovorjenem časovnem načrtu. Nove investicije bodo temeljile na načrtovanih, potrjenih in sprejetih strokovnih podlagah, kar bo zmanjšalo vplive in težnje po spremembah v posameznih fazah izvajanja investicije. Ministrstvo za zdravje bo pri tem upoštevalo ustrezno razporeditev regijskih potreb po investicijskih vlaganjih.

Investicijske potrebe morajo biti izkazane v finančnih načrtih javnih zdravstvenih zavodov. Za doseganje učinkovitosti investicije je potrebno, da postopke v vseh fazah investiranja vodijo javni zdravstveni zavodi, Republika Slovenija kot lastnik in ustanovitelj javnih zdravstvenih zavodov pa opravlja usklajevalno in nadzorno vlogo. Tako se bo dosegel nadzor nad načrtovanjem, potrjevanjem, porabo, izvajanjem in na koncu upravljanjem vloženih investicijskih sredstev v javne zdravstvene zavode.

Pri zagotavljanju sredstev za investicije bo Republika Slovenija poleg proračunskih sredstev skrbela še za pridobivanje sredstev iz EU, sredstev evropske kohezijske politike, strukturnih in drugih skladov.

Sprejeta zakonodaja na področju javno-zasebnega partnerstva daje ministrstvu, pristojnemu za zdravje, in javnim zdravstvenim zavodom velike možnosti za reševanje investicijskih potreb. To seveda za lastnika pomeni odgovornost za sprejemanje strateških odločitev in izpeljavo investicijskih projektov.

Učinkovitost investicij in javnih naročil v javnem zdravstvu je predvsem odvisna od natančnosti postopkov in tehničnih opisov. Neodvisnih strokovnjakov s področja revidiranja medicinske in nemedicinske opreme je v Republiki Sloveniji malo ali pa jih sploh ni. Vse navedeno kaže, da je treba čim prej sprejeti in uzakoniti določena pravila, standarde in smernice, ki bodo odpravile dolgotrajne postopke v vseh fazah vlaganja in javnega naročanja.

Ministrstvo za zdravje bo nadaljevalo pripravo enotnih tehničnih smernic prostorov in opreme v zdravstveni dejavnosti.

Smernice bodo podlaga za uporabo kakovostnih materialov v zdravstvu, načrtovanje prostorskih zmogljivosti in potreb po opreми v javnem zdravstvu, načrtovanje investicijskega vzdrževanja prostorov in obnove opreme glede na cilje in razvoj zdravstvene dejavnosti oziroma spremenjene pogoje izvajanja zdravstvenih dejavnosti zaradi spremenjene obolevnosti in zahtevnosti ljudi.

Ministrstvo za zdravje bo pripravilo tudi enotne strokovno tehnične opise – tehnične specifikacije izdelkov v zdravstveni dejavnosti kot podlago za učinkovito izvajanje javnega naročanja v zdravstvu. Opisi bodo namenjeni tudi utečeni in smiselni porabi medicinskih in nemedicinskih materialov in zdravil v zdravstvu ter načrtovanju in spremljanju porabe materialov z vidikov stroke in ekonomije. Ministrstvo za zdravje bo nadaljevalo tudi pripravo temeljnih načel in meril pri izvajanju postopkov preverjanja prostorov, opreme in dejavnosti v javnih zdravstvenih zavodih in zdraviliščih. Načela in merila bodo morala biti upoštevana tudi pri uveljavljanju novih, učinkovitih doktrin diagnostike in terapije, uveljavljanju akreditacijskih postopkov in postopkov odličnosti v smislu stalnega vzdrževanja in izboljševanja kakovosti slovenskega zdravstva.

13. KOMUNICIRANJE Z JAVNOSTMI

Izpolnjevanje vizije zahteva dejavno dvosmerno komuniciranje na področju ozaveščanja o pomembnosti skrbi za lastno zdravje, pa tudi na področju obveščenosti državljanov o storitvah sistema zdravstvenega varstva. Prav tako je pomembna široka razprava zainteresirane javnosti pri pripravi zakonodaje. Da bi lahko dosegli postavljene cilje, je treba vzpostaviti učinkovite poti komuniciranja.

Ministrstvo za zdravje ob svojem rednem delovanju skrbi za vzpostavitev komunikacijskih poti z zainteresirano javnostjo.

V dvosmerno komuniciranje so vključeni strokovna javnost, zainteresirana javnost, civilna družba, državljani Republike Slovenije, državljani EU in drugi. Za komuniciranje se uporabljajo poti, ki so najbližje ciljni javnosti. Poti komuniciranja se izbirajo posamezno za vsak projekt ali dosego cilja.

Pomemben del komuniciranja z javnostjo poteka prek ZZV in IVZ. Z uveljavitvijo zakona, ki ureja pravice pacientov, bodo morali tudi vsi izvajalci zdravstvenih storitev obveščati paciente o svoji dosegljivosti, čakalnih dobah za posamezne storitve ter objavljati tudi druge podatke, ki jih pacient potrebuje pri svojem zdravljenju.

Naravne nesreče, izredna stanja in vojne v veliki meri onemogočijo obstoječe komunikacijske poti, hkrati pa je v takih razmerah zdravje državljanov še posebno ogroženo. Zaradi tega so skupaj z drugimi pristojnimi ministrstvi pripravljeni načrti komuniciranja v izrednih razmerah. Ministrstvo za zdravje pa bo v načrtovanem obdobju izdalo tudi pravilnik o komuniciranju pri epidemijah in pandemijah.

14. UKREPI ZA DOSEGO CILJEV

Prednostna področja	Cilji	Kazalniki / roki	Naloge	Nosilci
Krepitev in varovanje zdravja	Podaljševanje pričakovane zdrave življenjske dobe in povečevanje kakovosti življenja za vse skupine prebivalstva	Pričakovana zdrava življenjska doba	- Izdelava in izvajanje strategije za promocijo zdravja, - uvedba usmerjenega ozaveščanja o skrbi za lastno zdravje na vse ravni vzgojno-izobraževalnih programov, - ustanovitev Sveta za zdravje, - zagotovitev pravočasnih informacij o zdravstvenih izidih in trendih in determinantah zdravja ter načinih kako posameznik ali skupnost vpliva na determinante zdravja, - priprava kakovostnih rednih letnih poročil o zdravju in zdravstvenem stanju prebivalstva, s poudarkom na raziskavah, ki bodo dajale informacijo o uspešnosti preventivnih programov in tistih, ki bodo pokazale potrebe po uvedbi dodatnih programov, - spodbujanje nevladnih organizacij za vključevanje v programe promocije zdravega življenjskega sloga ter programov dolgotrajne oskrbe zagovorništva in pomoči najšibkejšim družbenim skupinam, - vključitev Health Impact Assessment ali HIA v odločanja, - spodbujanje partnerstev in povezav za izmenjavo informacij za pripravo optimalnih rešitev posameznih problemov, - izvajanje že sprejetih strategij s poudarkom na skrbi za zdravo prehrano mladih ter stalno ozaveščanje prebivalstva o zdravi prehrani nasploh ter promocijo gibanja, - opredelitev prednostnih nalog raziskovanja na področju javnega zdravja in sofinanciranje raziskovalnih projektov.	MZ Drugi resorji IVZ ZZV drugi javni zdravstveni zavodi organizacije civilne družbe
	Zmanjšanje neenakosti v zdravju (med spoloma, posameznimi regijami, in posameznimi družbenimi skupinami)		- uvedba medresorskih akcijskih načrtov za ozaveščanje ciljnih skupin in za spodbujanje zdravega življenjskega sloga še posebno na vseh področjih tveganega obnašanja, - spodbujanje nevladnih organizacij za vključevanje v programe dolgotrajne oskrbe, zagovorništva in pomoči najšibkejšim družbenim skupinam, - izvajanje nalog iz Strategije varstva starejših in kvalitetnega staranja, - stalno ozaveščanje za zdrave vedenjske vzorce: ozaveščanje mladih za primeren odnos do percinga, za kritičen odnos do oglaševanja za uporabo raznih pripomočkov za doseganje vzorov (sredstev za doseganje idealne teže, mišične mase idr.), - skrb za ozaveščanje za zdravo in ne prezgodnjo spolnost.	MZ Drugi resorji IVZ ZZV drugi javni zdravstveni zavodi organizacije civilne družbe

	Prepoznavanje in obvladovanje dejavnikov tveganja za zdravje iz okolja		▪ izdelave analiz o vplivu okolja na zdravje (epidemiološke študije) in učinkovit nadzor nad onesnaževanjem zraka, vode, zemlje; ▪ priprava rednih kakovostnih poročil o zdravju in okolju s poudarkom na podatkih o dejavnikih okolja, ki vplivajo na zdravje; ▪ izdelava medresorskih programov za sanacijo degradiranih območij s posebnimi nevarnostmi za zdravje, ▪ izvajanje študij o morebitnih vzročnih povezavah kemikalij in določenih bolezni ter vzpostavitev evidence in izvajanje biomonitoringa; ▪ izboljšanje nadzora nad kemikalijami pred in po njihovem dajanju v promet, ▪ povečanje splošne razgledanosti prebivalstva in ozaveščanje o učinkih kemikalij, ▪ ozaveščanje o odgovornosti posameznika za varno ravnanje s kemikalijami.	MZ MOP URSK Drugi resorji IVZ ZZV drugi javni zdravstveni zavodi
	Krepitev duševnega zdravja in zmanjšanje števila samomorov		▪ nacionalni program duševnega zdravja, ▪ izobraževanje zdravstvenih delavcev za zgodnje prepoznavanje duševnih bolezni, ▪ programi za celostno obravnavo ljudi v različnih stiskah (bolezen, socialna, duševna stiska), ▪ programi za ponovno vključevanje bolnikov v delovno in življenjsko okolje, ▪ programi za svetovanje bolnikom in družinam z duševnim bolnikom, ▪ programi za ozaveščanje javnosti o prepoznavanju in destigmatizaciji duševnih bolezni, ▪ vključevanje civilne družbe v programe za pomoč ljudem z motnjami v duševnem zdravju.	MZ Drugi resorji IVZ ZZV drugi javni zdravstveni zavodi organizacije civilne družbe
	Zmanjšanje zasvojenosti (tobak, alkohol, droge)		▪ spodbujanje zdravega življenjskega sloga še posebno na vseh področjih tveganega obnašanja s poudarkom na promociji zdravja v otroškem in mladostniškem obdobju, ▪ oblikovanje medresorsko usklajenih programov za obvladovanje problematike zasvojenosti.	MZ Drugi resorji IVZ ZZV drugi javni zdravstveni zavodi organizacije civilne družbe
	Obvladovanje groženj zdravju (nalezljive bolezni, kemijska varnost, varnost pred sevanji)		▪ vpeljava novih, učinkovitih metod za preprečevanje in obvladovanje nalezljivih bolezni vključno bolnišničnimi okužbami ter z njimi povezanimi nevarnostmi, ▪ posodobitev informacijske podpore za spremljanje nalezljivih bolezni, ▪ zagotoviti pripravo in izvajanje programov za zmanjševanje odpornosti bakterij na antibiotike, ▪ izvajanje akcijskih ukrepov mednarodne strategije ravnanja s kemikalijami prek pristojnih resorjev,	MZ Drugi resorji IVZ ZZV drugi javni zdravstveni zavodi

			▪ uveljavitev relevantne zakonodaje (nacionalni program kemijske varnosti) ▪ zmanjševanje ravni izpostavljenosti prebivalstva naravnim virom ionizirajočih sevanj v objektih, kjer se posamezniki zadržujejo daljše obdobje, ▪ zmanjševanje ravni izpostavljenosti delavcev, ki delajo z viri ionizirajočih sevanj in vzpostaviti njihovo kompleksno zdravstveno varstvo, ▪ zmanjševanje ravni izpostavljenosti pacientov pri radioloških posegih, ▪ ozaveščanje prebivalstva o vplivih izpostavljenosti elektromagnetnim sevanjem, ▪ priprava dodatnih preventivnih programov za izpostavljene skupine (otroke, ljudi v rodni dobi, izpostavljeno populacijo na delu v ekološko in zdravstveno degradiranih območjih).	
	Dobra pripravljenost na krizne razmere zaradi množičnih nesreč oziroma nalezljivih bolezni večjih razsežnosti		▪ priprava strateških dokumentov za medresorsko koordinacijo in sodelovanje za izboljšanje pripravljenosti na krizne razmere, ▪ povezovanje na regionalnem in mednarodnem nivoju pri pripravi načrtov za učinkovito ukrepanje, ▪ priprava planov pripravljenosti na morebitne epidemije nalezljivih bolezni kot so ptičja gripa, bioloških nesreč in groženj biološkega terorizma ter izdelava manjkajočih analiz, načrtov in dokumentov; ▪ izvajanje NPKV na področju preprečevanja in pripravljenosti na nesreče z nevarnimi kemikalijami, ▪ izobraževanje in usposabljanje zdravstvenih delavcev ter prebivalstva, tudi prek različnih vaj, glede izvajanja ustreznih zdravstvenih ukrepov v primeru specifičnih vrst ogrožanja (npr. teroristični napadi z RKB orožjem, aviarna influenza, ipd.), ▪ zagotavljanje ustrezne opreme, vozil, rezerv in zalog za delovanje zdravstva v posebnih pogojih, ▪ zagotavljanje nadzora nad pripravljenostjo javnih zdravstvenih zavodov za ukrepanje v primeru naravnih in drugih nesreč ter vojne, ▪ izvedba ustreznih organizacijskih sprememb in kadrovskih dopolnitev, ▪ priprave rezervistov s področja zdravstva, zaposlenih v javnih ustanovah ter koncesionarjev, za delo v medicinskih enotah Slovenske vojske, ▪ ureditev statusa službe skladno z veljavno zakonodajo v okviru samostojne službe ▪ izvedba vaj za preverjanje pripravljenosti.	MZ Drugi resorji IVZ ZZV drugi javni zdravstveni zavodi
	Zgodnje odkrivanje raka in drugih kroničnih nenalezljivih bolezni ter		▪ uvedba treh presejalnih programov s centralno vodeno organizacijo za zgodnje odkrivanje raka, ▪ dopolnjevanje programov za zgodnje odkrivanje dejavnikov tveganja za bolezni srca in ožilja in druge kronične bolezni ▪ priprava nacionalnih programov za obvladovanje posamezni kroničnih nenalezljivih bolezni (rak, sladkorna bolezen...)	MZ Onkološki inštitut IVZ ZZV drugi javni

	odstopanj		▪ evalvacija drugih presejalnih preventivnih programov predvsem preventivnih pregledov otrok in mladostnikov, nosečnic s pripravo potrebnih dopolnitev, ▪ izdelava strokovnih smernic za izvajanje preventivnih programov.	zdravstveni zavodi organizacije civilne družbe
	Izboljšanje ustnega zdravja		▪ priprava in izvajanje promocijskih programov za dobro ustno zdravje pri otrocih, ▪ zagotoviti delovanje preventivnih zobozdravstvenih timov v osnovnih šolah, ▪ priprava in izvajanje programov ustnega zdravja pri odraslih	MZ IVZ ZZV drugi javni zdravstveni zavodi
	preprečevanje škodljive izpostavljenosti na delovnem mestu in nastajanja poklicnih bolezni		▪ širitev programov za krepitev zdravja na delovnem mestu, ▪ ureditev odkrivanja poklicnih bolezni, ▪ prestrukturiranje sistema preventivnih pregledov ▪ vzpostavitev mehanizmov za stimulacijo delodajalca za vlaganje v zaščito delavcev na delovnih mestih.	MZ MDDSZ Drugi resorji KIMDPŠ IVZ ZZV drugi javni zdravstveni zavodi organizacije civilne družbe
	Zmanjševanje poškodb in smrti v prometu		▪ priprava in izvajanje medresorskih programov za zmanjševanje nesreč v prometu, ▪ okrepitev aktivnosti pri strategiji zmanjševanja škodljive rabe alkohola in drog.	MZ, MP, drugi resorji, civilna združenja
Zdravstvena dejavnost	Ureditev javne mreže (primarna, sekundarna in terciarna raven, nujna medicinska pomoč, lekarniške dejavnosti, zobozdravstvena dejavnost, patronažno		▪ določitev mreže na primarni (občine), sekundarni (pokrajine oziroma država) in terciarni ravni (država), in sicer na podlagi usmeritev sprejetih v Planu ▪ zagotovitev vloge ZD kot osrednjega izvajalca in koordinatorja javne zdravstvene službe na primarni ravni na območju, za katerega so ustanovljeni, zagotovitev: potrebnih javnih pooblastil, zagotovitev obsega dejavnosti, ohranitev javnega lastništva in neprofitnega značaja, ▪ zagotovitev, da bodo zdravstveni domovi in koncesionarji opravljali javno službo na področju primarnega zdravstvenega varstva pod enakimi oziroma primerljivimi pogoji, ki zagotavljajo konkurenčnost in sicer glede pogojev izvajanja in financiranja javne službe, razpolaganja s presežkom	MZ, javni zavodi, strokovna in civilna združenja, občine

	varstvo, fizikalna in medicinska rehabilitacija, laboratorijska medicina, enovita transfuzijska služba, paliativna oskrba)		prihodkov nad odhodki, nagrajevanja in spodbujanja zaposlenih, izvajanja dejavnosti v prostorih občin, pogojev javnega naročanja in davčnih bremen, nadzora nad izvajanjem dejavnosti poročanja,. ▪ da bi se ZD omogočilo vlogo koordinatorja, mu je treba dati primerno vlogo pri dodeljevanju koncesij in sklepanju koncesijskih pogodb, ▪ priporočitev občinam oziroma ZD, da bodo koncesionarjem omogočili možnost delovanja v prostorih ZD pod enakimi pogoji, kot javni zdravstveni zavod, ▪ zagotovitev prednostnega dostopa do strokovnega izpopolnjevanja in drugih spodbujevalnih ukrepov za zdravnike na odročnejših oziroma demografsko ogroženih o območjih ▪ krepitev vloge družinskega zdravnika, patronažnih in drugih medicinskih sester. ▪ omogočanje družinskemu zdravniku, patronažnim idr. medicinskim sestram usposabljanje za sledenje napredku stroke, kakor tudi prilagajanje na nove razmere, ki nastajajo zaradi staranja populacije ▪ povečanje obsega uporabe elektronskih zdravstvenih kartonov in medicinske informatike na primarni ravni in doseganje elektronske povezave vseh ravni zdravstvene oskrbe ▪ vzpostavitev Inštituta za družinsko medicino kot osrednje inštitucije, ki bo usmerjala in nadzorovala kakovost in razvoj družinske medicine, ▪ zmanjšanje stopnje napotitev iz primarne ravni zdravstvenega varstva na sekundarno, ▪ povečanje deleža zasebnih izvajalcev - koncesionarjev in izvajalcev v javno-zasebnem partnerstvu, ▪ izgradnja in predaja namenom novih urgentnih centrov, ▪ zagotovitev pravnih podlag za programe, ki se že izvajajo oziroma, ki jih je treba začeti izvajati, pa še nimajo pravne podlage (paliativna oskrba, neakutna bolnišnična obravnava, dolgotrajna oskrba), ▪ ureditev financiranja in razvoja nujnih prevozov, vključno s helikopterskimi, ▪ najti najučinkovitejšo obliko pravne osebe za izvajalca javne zdravstvene službe ter razmejiti zasebni in javni del v javnem sistemu zdravstva na primarni in sekundarni ravni, medtem ko mora terciarna raven ostati pod okriljem države, ▪ razmejiti oziroma določiti financiranje med sekundarnim in terciarnim delom zdravstvene dejavnosti, ▪ zagotoviti enak dostop do enako kvalitetnih zdravstvenih storitev vsem prebivalcem v Republiki Sloveniji z organizacijskimi in strokovnimi ukrepi, ▪ pri uvajanju zasebnega dela v javnem sistemu je potrebno opredeliti	
--	--	--	---	--

			področja, kjer zasebno delo v javnem sistemu ni možno in v koncesijskih pogodbah jasno opredeliti pogoje in obveznosti koncesionarja, ▪ opredelitev minimalnega števila lekarn in magistrov farmacije glede na prebivalce, ki jih oskrbujejo in dosledna povezava s primarno zdravstveno ravno, ▪ zagotovitev pozitivnega poslovanja lekarn v oddaljenih in demografsko ogroženih krajih, ▪ skladno z usmeritvami v EU bo delo farmacevta potrebno dodatno usmeriti v podporo upravljanja varnosti pacientov in preprečevanja neželenih dogodkov pri izvajanju zdravstvene oskrbe, ▪ prepoznati vlogo farmacevta pri obvladovanju stroškov, ▪ spremeniti način financiranja dela v lekarnah v smeri storitvenega sistema in pregledno ločiti storitve vezane na zdravila, medicinsko tehnične pripomočke in vse kar je vezano na sistem zavarovanja od dela, kjer lekarna deluje izključno na tržišču, ▪ primerno urediti in ovrednotiti delo farmacevta v bolnišnicah, ▪ uveljavitev Pravilnika o pogojih, ki jih morajo izpolnjevati laboratoriji za izvajanje preiskav na področju laboratorijske medicine in akreditacijskega standarda ISO 15189 - Medicinski laboratoriji - Posebne zahteve za kakovost in usposobljenost, ▪ določitev mreže medicinskih laboratorije, ▪ določitev vloge in vrednotenja dela ekipe, ki lahko izvaja naloge laboratorijske medicine, ▪ ureditev ustreznega financiranja laboratorijskih preiskav, ▪ ustanovitev enovite transfuzijske službe za preskrbo s krvjo, celicami in tkivi.	
	Učinkovito izvajanje zdravstvenih storitev		▪ vzpostavitev specializacije v skladu z ugotovljenimi družbenimi potrebami in koncentracije zdravstvenih storitev za odpravljanje ozkih grl ▪ zagotovitev vsakoletne planske opredelitve vsake izmed ravni zdravstvenih storitev za vsakega izvajalca posebej ▪ zagotovitev možnosti obravnave redkih bolezni v povezavi z evropsko mrežo relevantnih centrov ter zagotavljanje kontrole MZ na tem področju ▪ s spremembami zakonodaje vzpostaviti pogoje, da bo ustanovitelj lahko odgovoren in pregleden način nadziral delo in poslovanje ▪ vzpostaviti je potrebno timsko obravnavo bolnikov ter sistem delegiranja zdravstvenih storitev skladno s strokovno usposobljenostjo, ▪ razvoj akutne obravnave, ki je namenjena predhodni obravnavi bolnikov in omogoča povečanje sposobnosti samooskrbe in prepreči ali zmanjša potrebo po dolgotrajni oskrbi,	MZ, zdravniška zbornica, strokovna združenja

			▪ vzpostaviti pogoje za takojšen začetek kliničnih specializacij za medicinske sestre in zdravstvene tehnike ▪ vpeljati samostojno vlogo diplomiranih babic pri vodenju zdravih nosečnic.	
	Skrajševanje čakalnih dob		▪ Uvedba nacionalnih čakalnih list, ki bodo dostopne vsem državljanom prek spletnih strani, ▪ sprejem zakona o evidencah, ▪ natančno načrtovanje dela, naročanje na definirano časovno enoto, stalni pregled in ažuriranje čakalnih list, obvladovanje slikovnih in diagnostičnih podatkov prek interneta, ▪ omogočanje zdravnikom na sekundarni in terciarni ravni pobudo pri podeljevanju koncesij in pomoč pri iskanju praktičnih organizacijskih rešitev ▪ zagotovitev ustreznega števila potrebnih zdravstvenih kadrov tudi prek olajšanja nostrifikacije izobrazbe in strokovnega izpita ter omogočanja lažje pridobitve delovnih dovoljenj, ▪ povečanje specializacije izvajalcev zdravstvenih storitev ▪ vzpostavitev ažurne mreže javne zdravstvene službe ▪ podeljevanje koncesij na primarni ravni na področjih, kjer niso zadoščene potrebe ▪ zagotovitev sodelovanja koncesionarja z javnim zavodom, ki opravlja dejavnost zdravstvenega doma ▪ spodbujanje podeljevanja koncesij na sekundarni ravni, ki predstavljajo javno zasebna partnerstva vlaganjem v infrastrukturo ▪ spodbujanje podeljevanja koncesij, ki zagotavljajo večjo samostojnost in odgovornost zdravnikov in drugih poklicev v zdravstvu pri izvajanju javne zdravstvene službe na primarni ravni, povečanje učinkovitosti (človeških in materialnih) virov, s premišljenim upravljanjem ▪ ureditev kriterijev za podeljevanje koncesij, ▪ s predpisi urediti pogoje za sklepanje koncesijskih pogodb, v katerih se natančno odloči vsebino koncesijske pogodbe, konkretne obveznosti posameznega koncesionarja, vključevanje koncesionarja v zagotavljanje zdravstvenega varstva in nujne medicinske pomoči, zagotavljanja dežurstva na stroške koncesionarja, idr. ▪ sprejem zakona o evidencah podatkov s področja zdravstva	MZ, ZZS, javni zavodi, strokovna združenja
	Prestrukturiranje in opredelitev nove vloge, vsebine dela in		▪ krepitev vloge IVZ za opravljanje podpornih nalog za odločanje ministrstva za vsa področja izvajanja zdravstvenega varstva ter najzahtevnejših strokovnih nalog, ▪ specializacija ZZV-jev v smislu najoptimalnejše izrabe obstoječe	MZ, javni zavodi, strokovna združenja

	odgovornosti izvajalcev posameznih ravni zdravstvenih dejavnosti (nova vloga zdravstvenih domov, Inštituta za varovanje zdravja, območnih Zavodov za zdravstveno varstvo, splošne bolnišnice, definiranje terciarne dejavnosti, razširjeni strokovni kolegiji)		infrastrukture, kadrovskih virov v odnosu do potreb odjemalcev, ▪ izločitev tržnega dela dejavnosti iz ZZV, ▪ reorganizacija zdravstvenih ustanov za procesno obravnavo pacientov, ▪ uvedba integriranih kliničnih poti, ▪ izboljšanje informacijske podpore, ▪ priprava in izvedba programov za izboljšanje komunikacije, ▪ določitev delitve dela med in nalog med primarno, sekundarno in terciarno ravni zdravstvene službe, ▪ uvedba novih metod diagnostike na podlagi ocene njihove uspešnosti.	
	Povečanje vloge medicinskih sester in babic pri prevzemanju novih samostojnih vlog pri obravnavi kroničnih bolnikov in zdravih nosečnic, povečanje racionalnosti izkoriščenosti obstoječih zdravstvenih zmogljivosti (kadri, prostorov, opreme)		▪ v okviru reorganizacije zdravstvenih ustanov predvideti in izvesti prenos določenih pristojnosti in strokovnih nalog na medicinske sestre	MZ in javni zavodi ter strokovna združenja

	Doseči zakonsko in organizacijsko razmejitev javnega in zasebnega interesa ter dejavnosti izvajalcev v mreži javne zdravstvene službe		- sprejem relevantne zakonodaje, - oblikovanje mreže in določitev nalog in pristojnosti izvajalcem, - vključevanje izvajalcev koncesionarjev v javno mrežo pod enakimi pogoji, kot javni, - krepitev vloge svetov zavodov za načrtovanje razvoja in dosledno uresničevanje pogodb sklenjenih z ZZZS, - dosledna razmejitev zdravstvenih storitev ter izvajalcev, ki se izvajajo v breme javnih in breme zasebnih sredstev, zagotovitev preglednosti in nadzora, - spodbujanje upravljanja z javno zasebnimi partnerstvi v javni zdravstveni dejavnosti.	MZ, sveti zavodov, javni zavodi.
	Zagotovitev varne in visokokakovostne oskrbe in nadzora	- število ustanov z vpeljanim in uveljavljenim celovitim sistemom kvalitete - število vzpostavljenih kliničnih poti	- ustanovitev nacionalnega telesa za kakovost in varnost v zdravstvu - vzpostavitev formalnih sistemov in struktur za upravljanje nenehnega izboljševanja kakovosti in varnosti pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti - vzpostavitev formalnih sistemov in struktur za pravilno in varno uporabo zdravil ter za odkrivanje in preprečevanje z zdravili povezanih problemov, - vzpostavitev formalnih sistemov in struktur za preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb, - vzpostavitev nacionalnega sistema kazalnikov kakovosti na zdravstvenem področju in kazalnikov na poslovnem področju - vpeljati klinične poti v vse bolnišnice, - vpeljati integralne klinične poti za najpogostejše bolezni, - obveznost vseh v javnem sistemu (zavodov in koncesionarjev), da letna poročila o doseganju kazalnikov kakovosti redno objavljajo na svojih spletnih straneh, - sprejem zakona o strokovnih nadzorih v zdravstvu	MZ in izvajalci zdravstvene dejavnosti
	Sodobno in učinkovito spremljanje kakovosti in varnosti zdravstvenih storitev	- Delež izvajalcev zdravstvene dejavnosti z implementiranimi programi notranjih presoj - obseg in vsebina	- priprava priporočil MZ za izvajanje internega strokovnega nadzora pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti - razvoj oziroma vključitev internega strokovnega nadzora kot redne aktivnosti izvajalcev zdravstvene dejavnosti v okviru sistemov kakovosti - razvoj sistema rednih zunanjih presoj sistemov kakovosti izvajalcev zdravstvene dejavnosti - nadgradnja vsebine in obsega strokovnega nadzora s svetovanjem v okviru razvoja sistema rednih zunanjih presoj sistemov kakovosti - razvoj obsega in vsebine finančno medicinskega nadzora kot dopolnitev vsebine in obsega sistema rednih zunanjih presoj sistemov kakovosti pri	MZ z organi v sestavi Izvajalci zdravstvene dejavnosti pristojne zbornice in strokovna združenja ZZZS

		razvitih oz. nadgrajenih posameznih vrst nadzora v zdravstvu • vzpostavljen sistem zunanjih presoj	izvajalci zdravstvene dejavnosti ▪ analiza ugotovitev upravnih nadzorov in priprava konkretnih ukrepov za izboljšanje stanja ▪ razvoj in okrepitev upravnega nadzora ministrstva za zdravje kot redne programirane aktivnosti ▪ nadaljnji razvoj inšpekcijskega nadzora v smislu kakovosti, učinkovitosti in sorazmernosti ▪ na podlagi zakona o duševnem zdravju vpeljati inštitut zagovornika	JAZMP
	Učinkovito izvajanje medicinske rehabilitacije in nadaljnji razvoj neakutne obravnave, ki zmanjša potrebe po dolgotrajni oskrbi		▪ Uvajanje programov zdravljenja, ki se izvajajo na bolnikovem domu ob pomoči strokovno usposobljenega kadra iz zdravstvenih zavodov	MZ, MDDSZ, javni zavodi
	Razvoj dolgotrajne oskrbe		▪ zagotovitev multidisciplinarnih timov za večje vključevanje družine in njenih članov ter drugih nepoklicnih izvajalcev v dolgotrajno oskrbo starejših in bolnikov ▪ ozaveščanje prebivalstva za medgeneracijsko sodelovanje na področju zdravja ▪ spodbujanje sodelovanja bolnišnic in nevladnih organizacij ter zagotavljanje pogojev za delovanje nevladnih organizacij za dolgotrajno oskrbo ▪ zagotovitev celostnega in kakovostnega zdravstvenega varstva bolnikom s kroničnimi stanji in ostalim ranljivim skupinam prebivalstva.	MZ, MDDSZ
	Razvoj paliativne oskrbe		▪ povečanje zmogljivosti negovalnih oddelkov bolnišnic ter dolgotrajne oskrbe v inštitucijah in na domu, ▪ sprejem nacionalne strategije za paliativno oskrbo	
	Povečanje odgovornosti vsakega posameznika v	• Pozitivno finančno poslovanje z optimalno	▪ Izobraževanje managementa, ▪ uvedba sistema kakovosti, ▪ standardizacija postopkov odločanja, ▪ management mora dobiti pooblastila in sprejeti odgovornost za učinkovito	Javni zavodi v povezavi z Ministrstvom za zdravje

	zdravstvu, managementu priskrbeti ustrezna orodja pri vodenju ter zagotoviti ustrezno usposabljanje	izvedenimi procesi zdravljenja - polletno - 2 leti	in kakovostno poslovanje pravnih oseb ▪ zagotoviti pogoje za obvladovanje stroškov javnih zavodov ▪ opredelitev potrebnih znanj za vodenje zdravstvenih zavodov in ustanove kjer je ta znanja možno pridobiti ter vzpostavitev sistematičnega izobraževanja vodstev kadrovskih služb, ▪ usposabljanje za izvajanje vodenja z zgledom in veščinami ▪ usposabljanje za izvajanje procesa upravljanja z viri ▪ usposabljanje za uveljavitev vodstvenega stila, ki upošteva vrednote enakosti, priznavanja znanja in sposobnosti zaposlenih kot ustvarjalni kapital ▪ izdelava programa za dvig motiviranosti zaposlenih.	
	Povečanje motiviranosti zaposlenih v zdravstvu, med drugim tudi z ukrepi za stimuliranje nadpovprečnega dela tako po količini kot kakovosti	• Merjanje organizacijske klime • enkrat na dve leti • ocenjevanje izvajanje procesov vodenja • enkrat na leto • merjenje zadovoljstva uporabnikov zdravstvenih storitev • stalna • 2 leti.	▪ Vzpostaviti sistem plač, ki bo stimulativen za visoko produktivno in strokovno delo ▪ razviti inovativno upravljanje z ljudmi v procesu vodenja in veščine za izvajanje opravljanja pri vodjih ter kadrovske službe v zdravstvenih ustanovah, ▪ podpora kadrovskih služb pri razvoju sistema kakovosti, izvajanju standardov in profesionalnega dela zaposlenih, ▪ razvoj programov za ustvarjanje klime za spremembe, ki bodo pomagali pri razvoju uporabnikom prijazne kulture, ▪ povezava strategije upravljanja s človeškimi viri s poslovno strategijo ▪ vzpostavitev sistematičnega usposabljanja zaposlenih ▪ izdelava modelov za upravljanje z znanjem in posebnimi talent ▪ izdelava programov za pridobivanje deficitarnih kadrov ▪ zagotovitev financiranja v usmerjen razvoj zaposlenih na vseh nivojih in dejavnostih.	Javni zavodi v povezavi z Ministrstvom za zdravje
	Izobraževanje zaposlenih in usposabljanje šolajočih se v zdravstvu		▪ Razvoj programov za pridobitev veščin za delo, osebno učinkovitost, osebni razvoj, pragmatični pristop do dela in sodelovanja za horizontalno in vertikalno povezovanje, ▪ vključevanje zaposlenih vodstvenih timov, vodij oddelkov, zdravnikov, medicinskih sester, in ostalih zaposlenih v drugih službah v programe usposabljanja, ▪ razvoj programov za usposabljanje za uporabo veščin pri hitro spreminjajočih se procesih dela in usposabljanje internih inštruktorjev za izobraževanje ostalih zaposlenih ▪ razvoj izobraževalne vloge zdravstvenih ustanov, ki naj postanejo učeče	MZ in javni zavodi

			se ustanove v smislu vseživljenjskega učenja. ▪ vzpostavitev sodelovanja zdravstvenih šol in zdravstvenih ustanov, v katerih se bodo dijaki in študentje praktično usposabljali v času izobraževanja oziroma študija. Za to nalogo se morajo zdravstvene ustanove ustrezno organizirati in usposobiti zaposlene, ▪ organizirati klinične specializacije za medicinske sestre, zdravstvene tehnike in diplomirane babice, ki bodo prevzeli nove samostojne vloge.	
	Specializacija dejavnosti pri izvajalcih zdravstvenih storitev		▪ Upoštevati ekonomijo obsega, ▪ upoštevati kriterije za zagotavljanje storitev kot je zagotavljanje 24-urne službe, ▪ uvajanje informacijskih tehnologij in telemedicine, kar bo omogočilo, da bodo specializirani vrhunski strokovnjaki zdravstvenih storitev prevzemali vlogo konzultantov ter s tem dvignili kakovost in obseg zdravstvenih storitev.	MZ in javni zavodi
	Nova opredelitev zdravstvenih zbornic in združenj v sistemu zdravstvenega varstva in redno spremljanje uspešnosti njihovega dela		▪ Vpliv na optimizacijo delovanja zdravstvenega varstva, ▪ javna pooblastila za izvajanje usposabljanja svojih članov, ▪ aktivna vključitev predstavnikov zbornic pri pripravi vsebin strateških in drugih pomembnih dokumentov v zdravstveni dejavnosti in zdravstvenem varstvu in politike zdravstvenega varstva.	MZ v sodelovanju s civilnimi združenji
	Ureditev javno zasebnega partnerstva		▪ Izdelava načrta mreže in ugotovitev potreb, ▪ ureditev kriterijev in pogojev za podeljevanje koncesij, obveznosti koncesionarjev, ▪ vključevanje koncesionarjev v javno mrežo pod enakimi pogoji kot javne zavode, ▪ zagotovitev optimalne izkoriščenosti človeških in materialnih virov za kakovosten produkt, ▪ posebno pozornost posvetiti javno zasebnim partnerstvom, ki se nanašajo na vlaganja v infrastrukturo.	• MZ
	Ureditev zdravstva in zdravstvene		▪ Zagotovitev vloge zdravstva in zdravstvene oskrbe za potrebe Slovenske vojske ▪ Zagotovitev potrebnih javnih pooblastil za izvajanje zdravstvene oskrbe,	• MZ • Ministrstvo za

	oskrbe za potrebe Slovenske vojske		- zagotovitev obsega dejavnosti - Zagotovitev dostopa do strokovnega izpopolnjevanja in drugih spodbujevalnih ukrepov za zdravnike - Omogočanje usposabljanja medicinskemu osebju za sledenje napredku stroke	obrambo • Generalšt ab Slovenske vojske
Civilna družba	Sodelovanje v postopkih priprave predpisov		- Opredelitev področij zdravstvenega varstva, kjer je ključna vloga NVO in zagotovitev njihovega udejstvovanja - ureditev sistema financiranja NVO in spodbuditev civilnega dialoga ter partnerstva med NVO in organi državne uprave oz. organi lokalne skupnosti, prenos javnih funkcij in javnih pooblastil na civilno družbo.	MZ in resorji v sodelovanju z NVO
	Vzpostavitev mehanizma za izražanje mnenj.	•	- Priprava plana aktivnosti za krepitev zdravja in priprava razpisa za realizacijo predvidenih aktivnosti (sodelovanje pri oblikovanju programov storitev, sodelovanje pri upravljanju, nadzorna funkcija civilne družbe), - spodbujanje civilnega dialoga ter partnerstva med nevladnimi organizacijami.	MZ in resorji v sodelovanju z NVO
	Sodelovanje s socialnimi partnerji, sodelovanje z bolniki		Prenos javnih funkcij in javnih pooblastil na civilno družbo.	MZ in resorji v sodelovanju z NVO
Zdravila in medicinski pripomočki	Regulacija najvišjih dovoljenih cen zdravil		- zagotovitev ustreznega vrednotenja zdravil in opredelitev dodane vrednosti zdravila - oblikovanje politike cen, ki zagotavlja upoštevanje specifičnosti majhnega trga - ustrezna povezava načel relativne in stroškovne učinkovitosti zdravil, - izboljšanje preglednosti cen zdravil na nacionalni in mednarodni ravni - omogočanje vključitve plačnikov zdravstvenih storitev v proces dogovarjanja s ponudniki zdravil - izboljšanje nadzora nad cenami zdravil, ki bremenijo javna in z njimi povezana zasebna finančna sredstva	JAZMP
	Farmacevtsko nadzorstvo	Število in vsebina nadzorov	nadaljnji razvoj inšpekcijskega nadzora v smislu kakovosti, učinkovitosti in sorazmernosti	JAZMP

	optimizacija ambulantnega predpisovanja zdravil in upravljanje z zdravili v bolnišnicah		▪ zaradi racionalne in utemeljene porabe zdravil je treba oblikovati sistem stimulacij za tiste ambulanse, ki bodo dosegale dobre rezultate v okviru strokovnih smernic to je podpovprečno porabo ob dobrih rezultatih zdravljenja in tako omogočale prihranke, ▪ povečanje vloge farmacevtov, kot ključnih strokovnjakov za zdravila, pri upravljanju z zdravili in medicinskimi pripomočki v bolnišnicah. ▪ ureditev varne in farmakoekonomske utemeljene terapije ▪ ureditev zbirke podatkov medicinskih pripomočkov, ▪ ureditev enotnega informacijskega sistema v bolnišničnih lekarnah	MZ, JAZMP, ZZZS, izvajalci zdravstvene dejavnosti.
	Izboljšanje varnosti pri uporabi zdravil		▪ zagotovitev aktivne vloge farmacevta v zdravstvenem timu, ▪ odkrivanje in preprečevanje neželenih učinkov zdravil ▪ ozaveščanje javnosti o racionalni rabi zdravil in vlogi končnega uporabnik zdravil pri zagotavljanju njihove optimalne učinkovitosti	MZ JAZMP, ZZZS, izvajalci zdravstvene dejavnosti, IVZ.
Informacijska tehnologija	Informatizacija zdravstvenega sistema, uporaba informacijske tehnologije kot temelj za celovito obravnavo pacientov	• Dostopnost skupin pacientov, ki bi bili zaradi svojih možnosti izključeni • delež pridobljenih evropskih sredstev • povečevanje deleža e-poslovanja kot običajnega načina dela • zadovoljstvo končnih uporabnikov	▪ Izdelava analize obstoječega informacijskega sistema in ugotovitev in postopna odprava razkoraka med informacijskimi potrebami in možnostmi ▪ izdelava načrta koordiniranega razvoja informatike ▪ odprava razpršenosti funkcij zdravstvene informatike ▪ uvedba uporabe informacijske tehnologije v strokovno delo ▪ ozaveščanje kadrov o pomenih in možnostih informatike ▪ razvoj tele-medicine za oskrbo pacientov na domu, predvsem starejše populacije ▪ aktivno vključevanje v dejavnosti evropske komisije pri oblikovanju evropske politike informatike v zdravstvu ▪ izkoriščanje razpoložljivih razvojnih evropskih sredstev ▪ vzpostavitev osnovne informacijske infrastrukture ter definiranje osnovne zbirke zdravstvenih in socialnih podatkov za vzpostavitev in vodenje elektronskega zapisa zdravstvenih podatkov pacientov, pa tudi vzpostavitev osnov za elektronski zapis teh podatkov na nacionalni ravni ▪ združitev zdravstvenih in socialnih informacijskih sistemov v celovit sistem na nacionalni ravni s posebnim poudarkom na vzpostavitvi enotnega zdravstvenega informacijskega portala, ki bo vsem subjektom zdravstvenega sistema omogočil varno in zanesljivo izmenjavo podatkov, izvajanje elektronskih storitev ter enotno (standardizirano) in pregledno informiranje in povezljivost s primerljivimi sistemi v EU ▪ uveljavitev e-poslovanja kot običajnega načina dela v slovenskem zdravstvu.	MZ, ZZZS, izvajalci zdravstvene dejavnosti

	Razvoj telemedicine		Izdelava programa dolgoročnega razvoja telemedicine ter pričetek izvajanja pilotskih projektov uvajanja telemedicine na vsaj treh različnih področjih, na katerih je mogoča njena uporaba.	- MZ, - MJU, - ZZZS.
Finančni sistem zdravstvenega varstva	Dolgoročna finančna vzdržnost sistem, ohranitev ravni javnih izdatkov na povprečju evropske unije, povečanje učinkovitosti uporabe vseh virov	- Zagotoviti realno rast odhodkov OZZ v povprečju 4% letno; - javne izdatke za zdravstveno varstvo ohraniti na ravni 6,3 % BDP; - celotne izdatke za zdravstvo po metodologiji SHA ohraniti na ravni 8,5 % BDP.	- Prilagoditve sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja - prilagoditve sistema proračunskega financiranja - vzpostavitev pogojev za razvoj ponudbe prostovoljnih zdravstvenih zavarovalnic - zagotavljanje učinkovitejšega upravljanja s sredstvi na makro ravni - reguliranje razmerij med javnim in zasebnim v sistemu zdravstvenega varstva - uvedba zavarovanja za dolgotrajno oskrbo	- MZ - ZZZS - izvajalci zdravstvene dejavnosti
Investicije in standardizacija	Dokončati nedokončane investicije		- zaključitev vseh odprtih investicij najkasneje v letu in pol - tekoče izvajanje prihodnjih investicij, ki se bodo zaključile v predvidenih terminskih planih in v okviru načrtovanih, sprejetih in potrjenih strokovnih smernicah - doseganje večje učinkovitosti investicij pri katerih bodo postopke v vseh fazah izvajali javni zavodi, Ministrstvo za zdravje pa bo opravljalo funkcijo koordiniranja in nadzora.	MZ
	Pripraviti prioriteto investicij		program investicij mora upoštevati pravico do dostopa do zdravstvenih storitev na celotnem območju Republike Slovenije, pravilno regijsko razporeditev.	MZ
	Standardizirati postopke in sistem vodenja investicij,		- Sprejem pravil, standardov in smernic za odpravo dolgotrajnih postopkov v vseh fazah investiranja in javnega naročanja, - postavitev struktur za vodenje in upravljanje investicij. - priprava enotnih smernic za prostore in opremo,	MZ

	priprava enotnih smernic za prostore in opremo		▪ priprava enotnih in sodobnih tehničnih smernic, prostorov in opreme v javnih zdravstvenih zavodih in zdraviliščih ▪ priprava enotnih strokovnih tehničnih opisov (tehničnih specifikacij), artiklov v rabi medicine oz. zdravstvene dejavnosti ▪ priprava osnovnih načel in meril pri izvajanju postopkov verifikacije prostorov, opreme in dejavnosti v zdravstvenih zavodih in zdraviliščih ▪ vzpostavitev služb in strokovnih teles za pripravo smernic, opisov, načel in meril.	
	Zagotavljanje učinkovitega črpanja evropskih sredstev, postavitve struktur za učinkovito upravljanje investicij		▪ organiziranje enote na MZ za koordinacijo priprave programov ter postopkov za črpanje evropskih sredstev ter nadzor nad porabo, ▪ vzpostavitev kadrovskih in strokovnih ter organizacijskih možnosti za pridobivanje sredstev s področja EU, sredstev evropske kohezijske politike, strukturnih in ostalih skladov.	MZ
Komuniciranje z javnostmi	Zagotovitev dvosmernega komuniciranja in posodabljanje komunikacijskega načrta za primere naravnih nesreč in izrednih razmer		▪ analiza vseh akterjev, s katerimi je potrebno komunicirati ▪ priprava dolgoročne strategije komuniciranja.	MZ

Št. 500-01/89-1/389
Ljubljana, dne 26. junija 2008
EPA 2043-IV

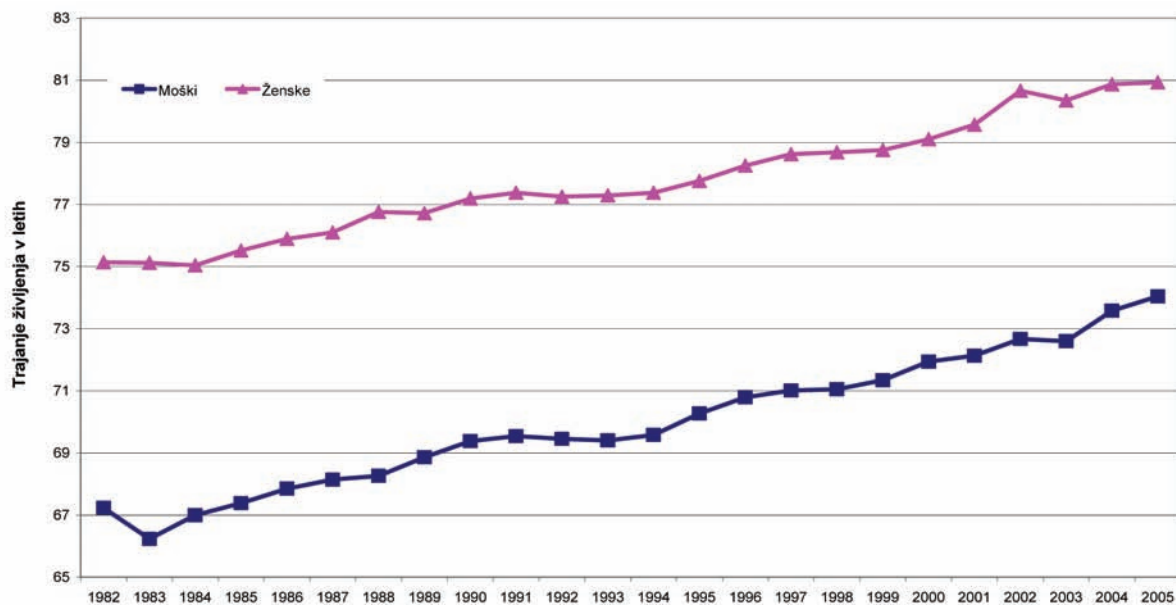
Državni zbor
Republike Slovenije
France Cukjati, dr. med., l.r.
Predsednik

Priloga 1: Dodatni kazalniki in trendi zdravstvenega stanja in zdravstvenega varstva

1.1 Demografski kazalniki

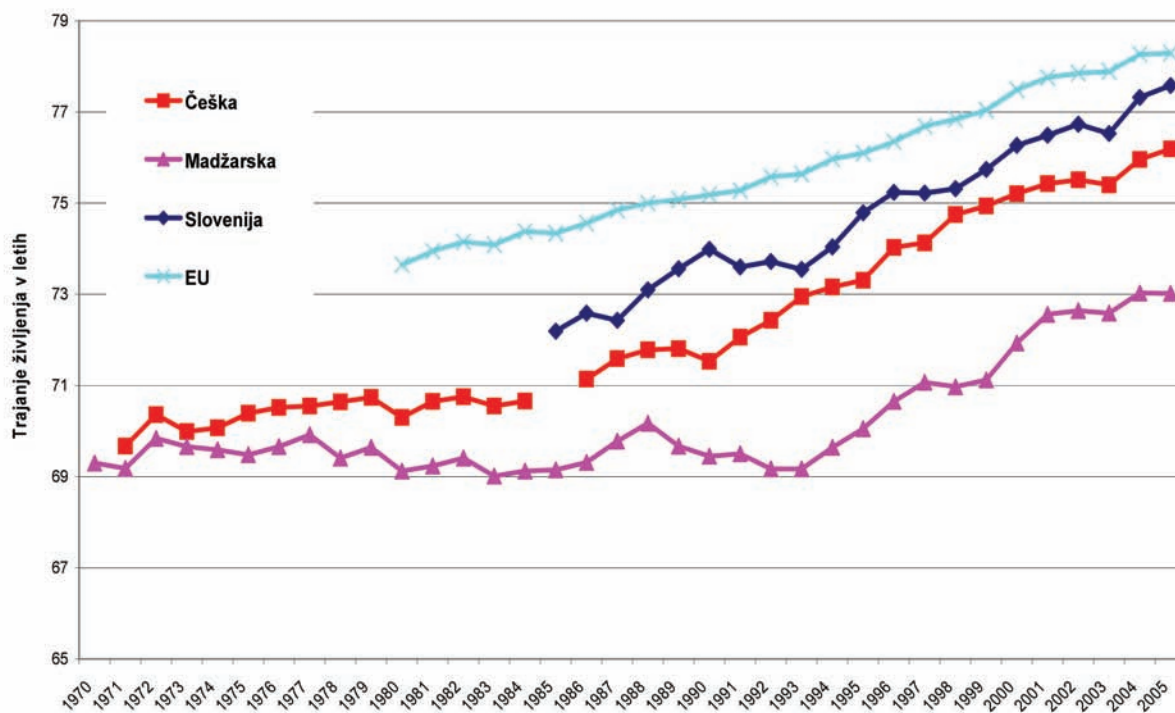
Pričakovano trajanje življenja ob rojstvu se je v Sloveniji v zadnjih petindvajsetih letih podaljšalo, in sicer za šest let pri ženskah in za 6,5 leta pri moških. Razlika med spoloma še vedno znaša 7,5 let. Pri tem kazalniku je Slovenija napredovala hitreje od sosednjih srednje- in vzhodnoevropskih držav in je na tako zmanjšala razliko do povprečja Evropske unije. Zdaj je zaostanek zmanjšan na dobro leto dni, gre pa predvsem za večjo vrzel pri moških. Bolezni srca in ožilja, rak, druga zdravstvena stanja in poškodbe so prispevali približno vsak po eno četrtno k razliki v pričakovanem trajanju življenja za moške med državami EU-15 in Slovenijo. Med ženskami se kot vzrok za razliko navaja predvsem umrljivost zaradi bolezni srca in ožilja. Problematično ostaja torej obdobje med 45. in 65. letom starosti, ko nastane kar 43 % razlike v pričakovanem trajanju življenja med Slovenijo in povprečjem EU. Verjetnost smrti v mlajšem in srednjem odraslem življenjskem obdobju (to je med 20. in 64. letom starosti) se je od leta 1971 do leta 2002 zmanjšala s 33,7 % na 23,84 % pri moških in s 16,8 % na 10,06 % pri ženskah.

Prikaz 1. Pričakovano trajanje življenja v Republiki Sloveniji v obdobju od 1982–2005



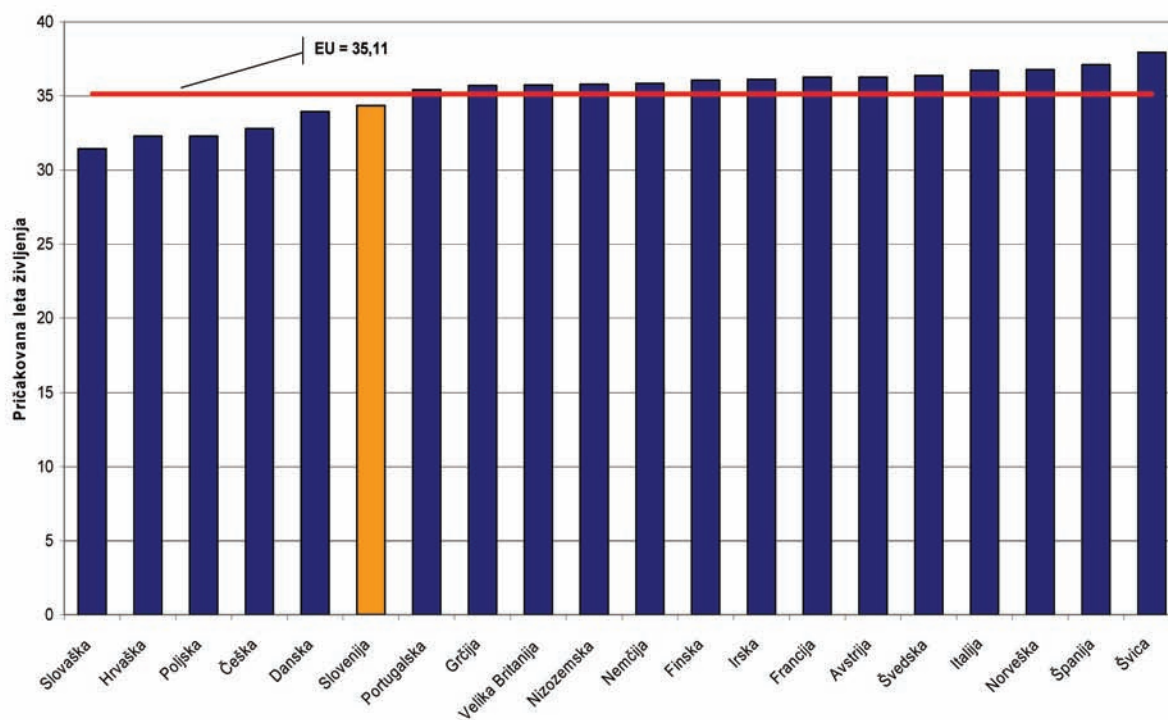
Vir: Statistični urad Republike Slovenije, 2007

Prikaz 2. Pričakovano trajanje življenja v Republiki Sloveniji v primerjavi z EU in nekaterimi evropskimi državami



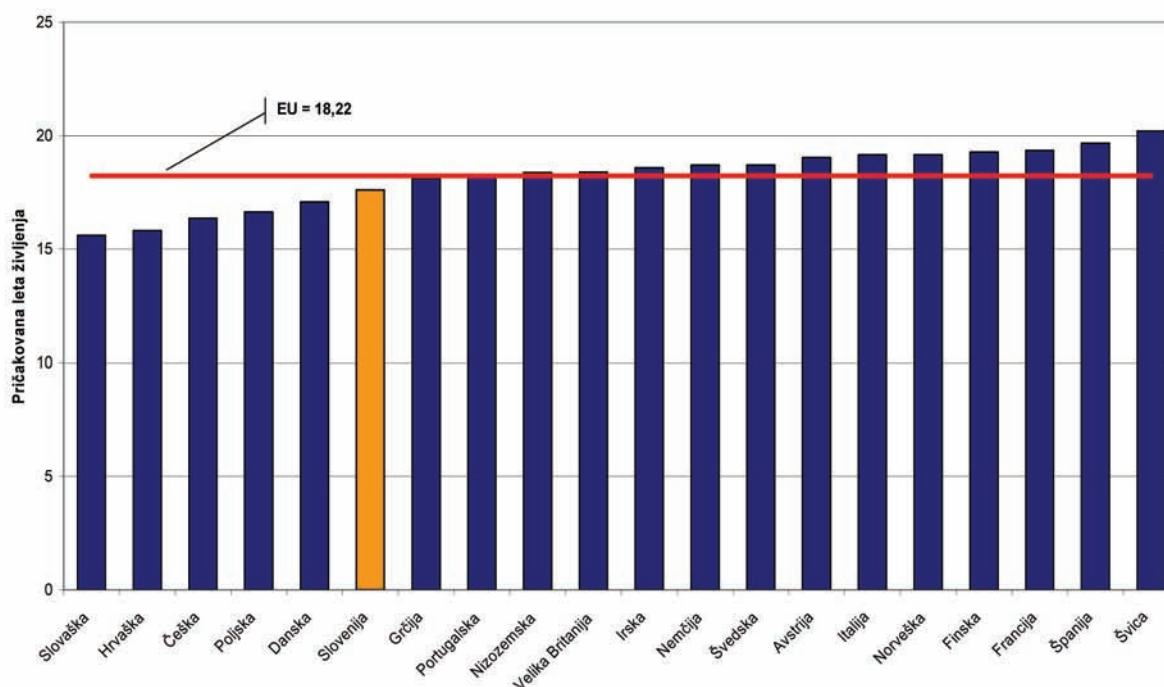
Vir: Statistični urad Republike Slovenije, 2007

Prikaz 3. Pričakovano trajanje življenja pri 45. letu (zadnje razpoložljivo leto)



Vir: Statistični urad Republike Slovenije, 2007

Prikaz 4. Pričakovano trajanje življenja pri 65. letu (zadnje razpoložljivo leto)



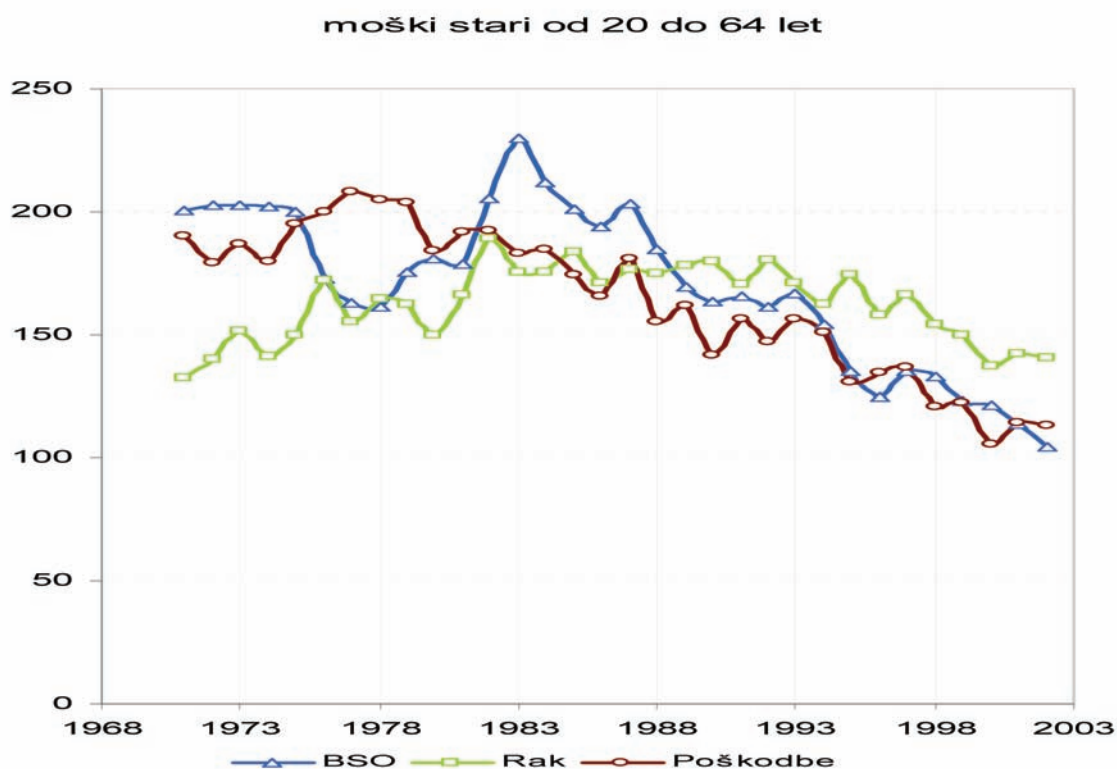
Vir: Statistični urad Republike Slovenije, 2007

1.2 Kazalniki zdravstvenega stanja

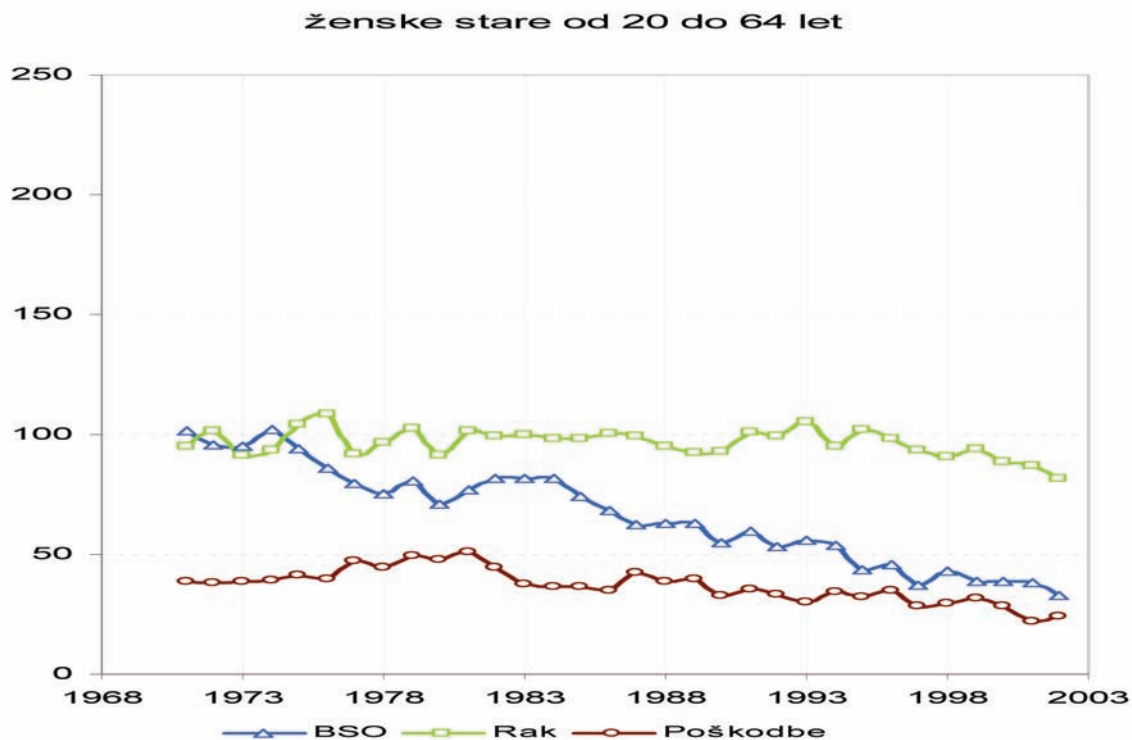
1.2.1 Umrljivost in vodilni vzroki smrti

Bistveno sta se zmanjšali stopnji umrljivosti zaradi bolezni srca in ožilja ter poškodb oziroma zunanjih vzrokov smrti. Pri ženskah se je po obdobju stagnacije do leta 1995 umrljivost zaradi rakavih bolezni sicer zmanjšala, vendar ne tako izrazito kakor zaradi bolezni srca in ožilja ter poškodb oziroma zunanjih vzrokov smrti. Umrljivost zaradi raka pri moških ne narašča, pač pa od leta 1999 pri ženskah. Med prvimi značilno narašča umrljivost zaradi raka sečil in med drugimi zaradi raka dihal. Poleg teh dveh vrst raka je vse več smrti zaradi raka krvotvornih organov in kože pri obeh spolih, pri moških pa še zaradi raka ust, ustne votline in žrela. Visoka je umrljivost starih moških zaradi padcev in samomorov ter zaradi padcev tudi žensk. Zaradi večanja deleža starih ljudi med prebivalci umrljivost v prihodnosti ne bo padala. Ob učinkovitejšem preprečevanju poškodb in drugih nasilnih smrti, pa tudi zgodnejšem odkrivanju predrakastih in rakavih sprememb med prebivalci ter uspešnejšem boju z dejavniki tveganja za kronične nenalezljive bolezni se bo med vzroki smrti večal delež bolezni srca in žilja a hkrati bo rasla starost umrlih prebivalcev.

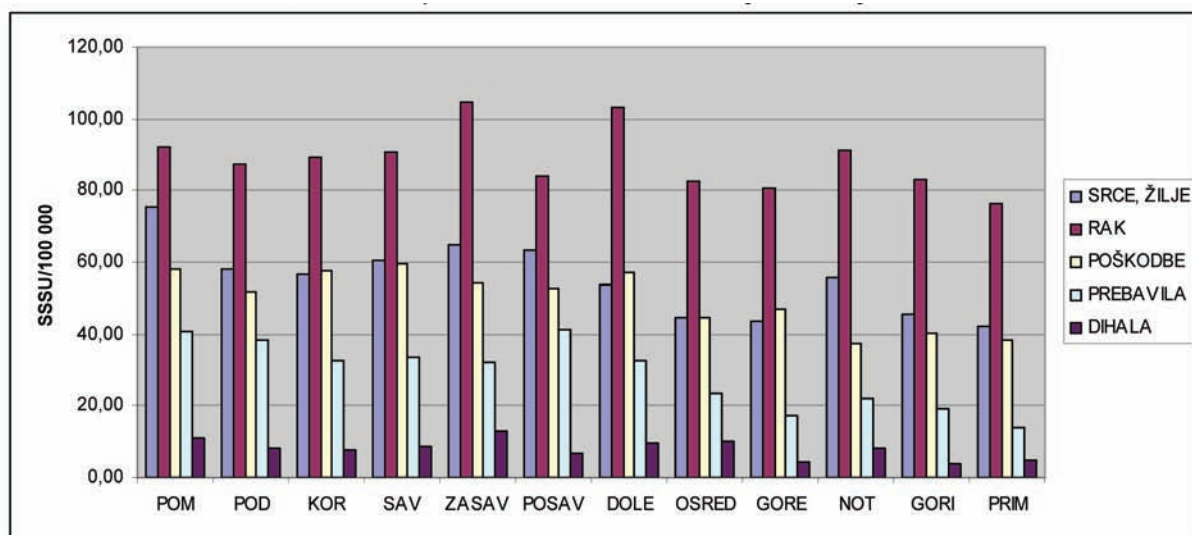
Prikaz 5. Umrljivost zaradi treh najpogostejših vzrokov smrti pri moških, starih med 20 in 64 let, v obdobju 1970–2002 (BSO – bolezni srca in ožilja). Vir: projekt Closing the Gap, 2007



Prikaz 6. Umrljivost zaradi treh najpogostejših vzrokov smrti pri ženskah, starih od 20–64 let, v obdobju 1970–2002 (BSO – bolezni srca in ožilja). Vir: projekt Closing the Gap, 2007

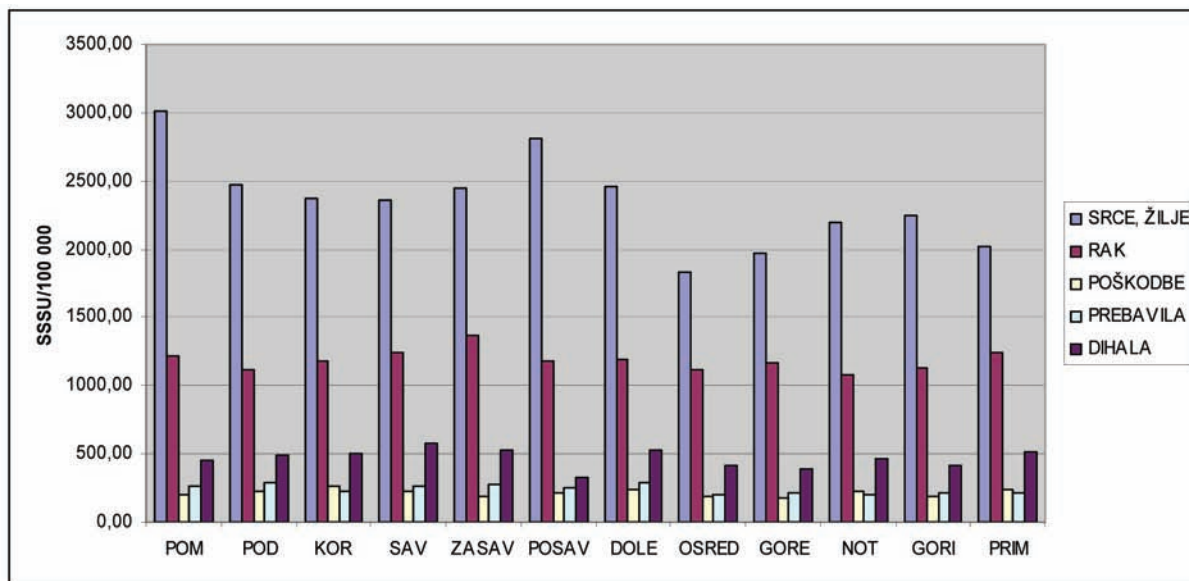


Prikaz 7. Starostno standardizirane stopnje umrljivosti zaradi petih najpogostejših skupin bolezni oziroma stanj med prebivalci, mlajšimi od 65 let, Slovenija 2001–2005. Vir: zdravstveni statistični letopisi, Inštitut za varovanje zdravja RS, 2002–2007



Legenda: POM – Pomurje, POD – Podravje, KOR – Koroška, SAV – Savinjska, ZASAV – Zasavje, POSAV – Spodnje Posavje, DOLE – jugovzhodna regija, OSRED – osrednjeslovenska regija, GORE – Gorenjska, NOT – notranjsko-kraška regija, GORI – Goriška, PRIM – obalno-kraška regija

Prikaz 8. Starostno standardizirane stopnje umrljivosti zaradi petih najpogostejših skupin bolezni oziroma stanj med prebivalci, starejšimi od 64 let, Slovenija 2001–2005



Legenda: glej pri prikaz 1.

1.2.2 Prezgodnja umrljivost

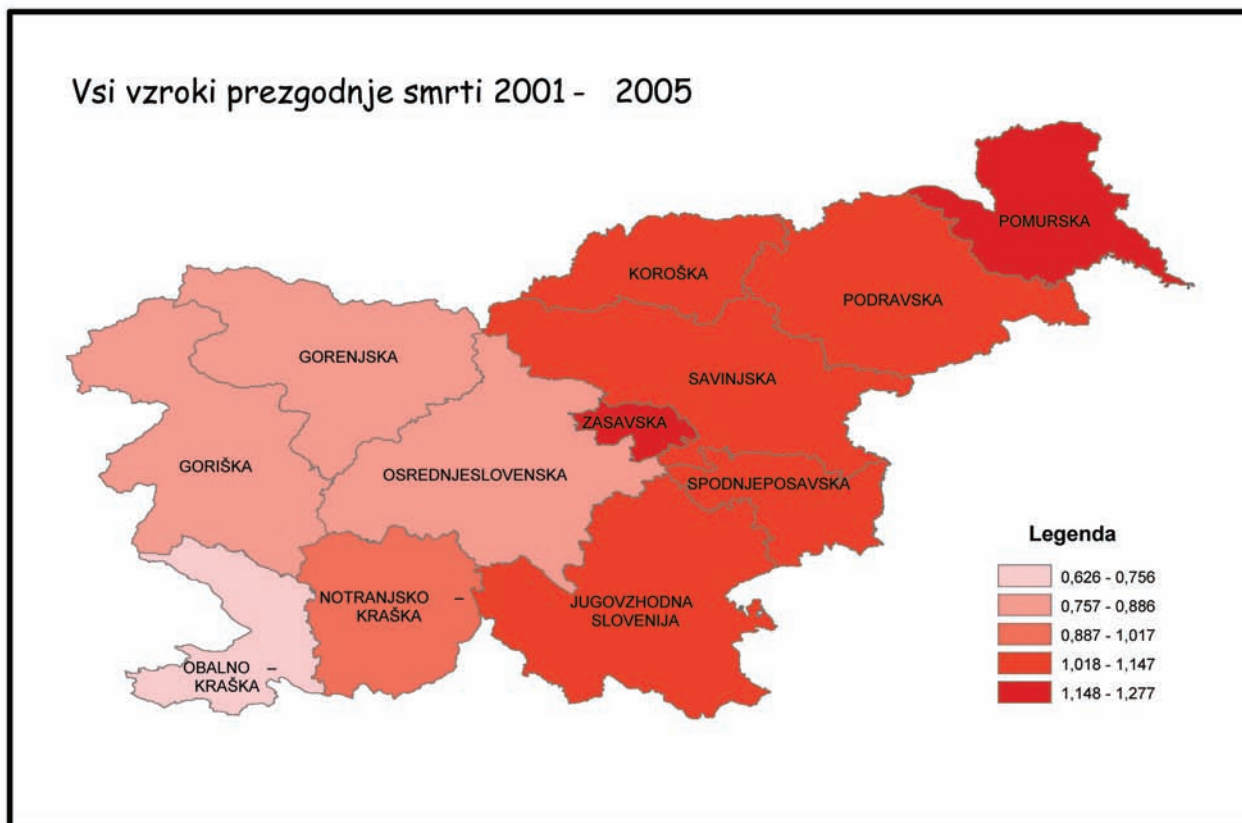
Prezgodnja umrljivost je kazalnik, s katerim posebej prikazujemo umrljivost pred 65. letom starosti. Velikokrat je povezana z nezdravim in tveganim življenjskim slogom – smrt zaradi nezgod, posebno prometnih, zaradi razvad, kakršni sta kajenje in uživanje alkoholnih pijač, včasih pa je tudi v dosegu ukrepov zdravstvenega varstva (zgodnje odkrivanje dejavnikov tveganja, presejalni testi za raka).

Prezgodnja umrljivost je pri moških v Republiki Sloveniji večja kakor pri ženskah. Od leta 1997 do leta 2005 je bila med vsemi umrli dobra četrtina mlajših od 64 let in kar 70 % med njimi je bilo moških. Vodilni vzroki prezgodnje smrti so bili skupina rakavih bolezni, bolezni srca in ožilja ter zunanji vzroki obolenosti in umrljivosti. Skupaj so tvorili skoraj tri četrtine vseh prezgodnjih smrti. Najpogostejše posebne bolezni oziroma stanja, kot vzroki prezgodnje smrti so bile pri moških: ishemična bolezen srca, rak dihal, rak prebavil, bolezni jeter ter poškodbe in zastrupitve, a pri ženskah rak dojke, rak prebavil, bolezni jeter, rak ženskih spolovil, bolezni možganskih žil in že na šestem mestu rak dihal. Umrljivost je bila pri vseh enakih najpogostejših vzrokih smrti pri moških višja kakor pri ženskah. Pri vseh, razen pri raku dihal, je značilen padajoč časovni trend prezgodnje umrljivosti. V opazovanem obdobju se je znižala za 18,9 %, in za 17,4 %, pri moških bolj kot pri ženskah. Najbolj je upadla pri zunanjih vzrokih poškodb in zastrupitev.

V vseh statističnih regijah so bili na prvih štirih mestih štirje vzroki prezgodnje smrti: rak prebavil, rak dihal, bolezni jeter in ishemična bolezen srca. Največje tveganje za prezgodnjo smrt zaradi raka dihal je bilo za prebivalce zasavske regije, zaradi raka prebavil za prebivalce jugovzhodne in savinjske regije, zaradi bolezni jeter za prebivalce spodnjeposavske in pomurske regije, zaradi ishemične bolezni srca pa za prebivalce pomurske in zasavske regije.

Podatki o prezgodnji umrljivosti so pomembni, ker se s smrtmi odrasle generacije zmanjšuje ne le reprodukcija naroda, ampak tudi materialni prispevek ter prispevek k drugim koristim in vrednotam lastne in prihodnjih generacij.

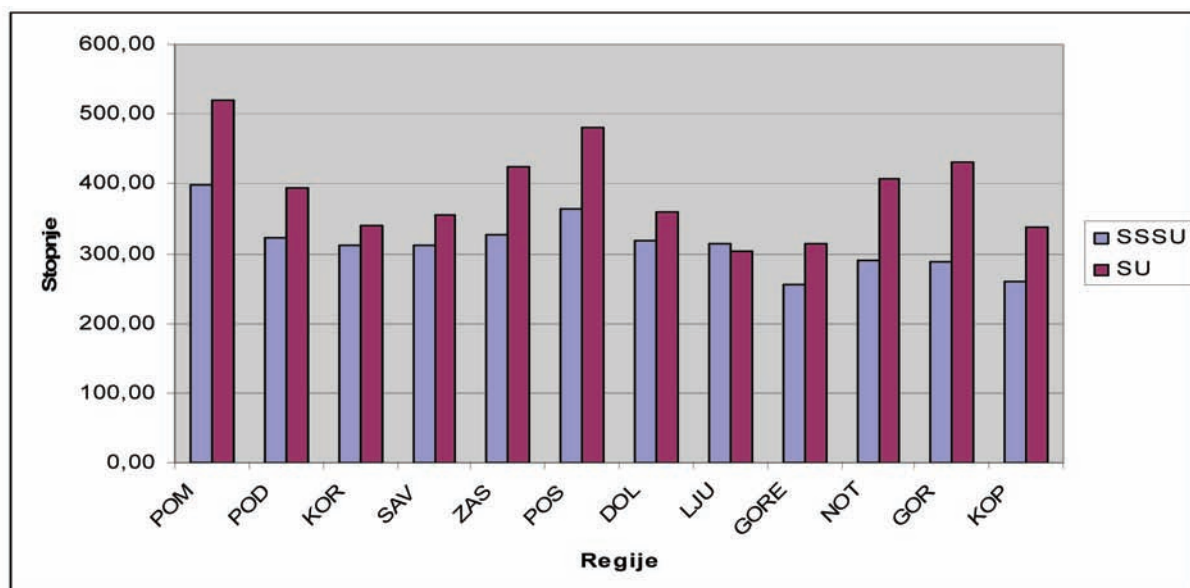
Prikaz 9. Stopnje prezgodnje umrljivosti v Republiki Sloveniji po regijah v obdobju 2001-2005. Vir: podatki IVZ RS; lastni izračuni



1.2.3 Bolezni srca in ožilja

Bolezni srca in ožilja so najpogostejši vzrok smrti v razvitih državah ter eden glavnih vzrokov obolevnosti in zmanjšane kakovosti življenja. V Republiki Sloveniji so s 3,59 umrlega na 1000 prebivalcev v letu 2006 najpogostejši vzrok smrti in bolnišničnih obravnav ter šesti najpogostejši vzrok obravnav v primarnem zdravstvenem varstvu. Razširjenost bolezni srca in ožilja narašča s starostjo – po 70 letu so najpogostejši vzrok smrti pri moških in pri ženskah. Pri moških so tretji oziroma drugi najpogostejši vzrok smrti že po 40. letu takoj za nasilnimi smrtmi in rakom. Zaradi vse več starostnikov so se stopnje bolnišničnih obravnav bolnikov z boleznimi obtočil od leta 1997 zviševale, v nasprotju z obolevnostjo. Breme bolezni se je proti starejšim generacijam premaknilo tudi zato, ker se je, zaradi uspešnejšega zdravljenja, podaljšalo preživetje po nastopu bolezni in se je umrljivost zato zmanjšala. Podobno sliko kakor splošna umrljivost, ki se v Republiki Sloveniji zvišuje od zahoda proti vzhodu, kaže umrljivost zaradi bolezni obtočil. Vzroki za te razlike so v dejavnikih, povezanih z izobrazbo in ekonomsko močjo prebivalcev. Pri mlajši starostni skupini je poleg izobrazbe pomembna določilnica razlik med regijami tudi dolgotrajna brezposelnost.

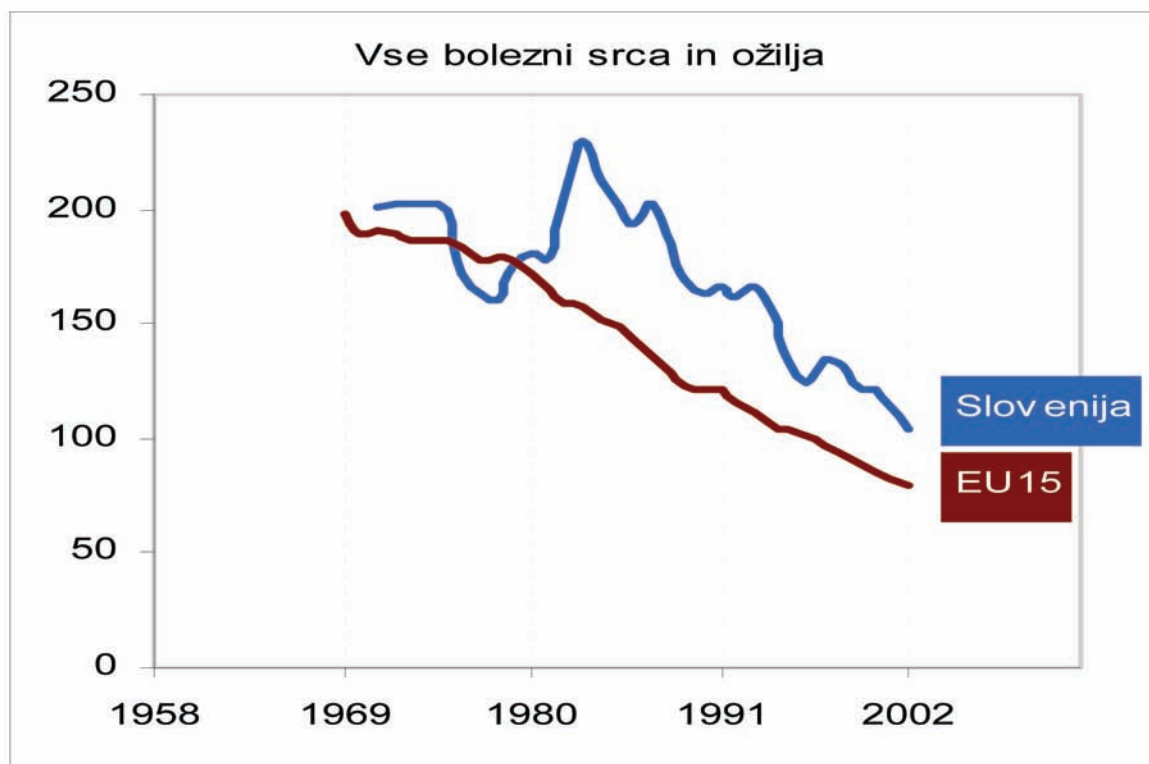
Prikaz 10. Starostno standardizirane stopnje umrljivosti in stopnje umrljivosti zaradi bolezni srca in žilja na 100000 prebivalcev v Republiki Sloveniji, v obdobju 2001–2005, po regijah. Vir: zbirka podatkov o umrlih osebah IVZ RS



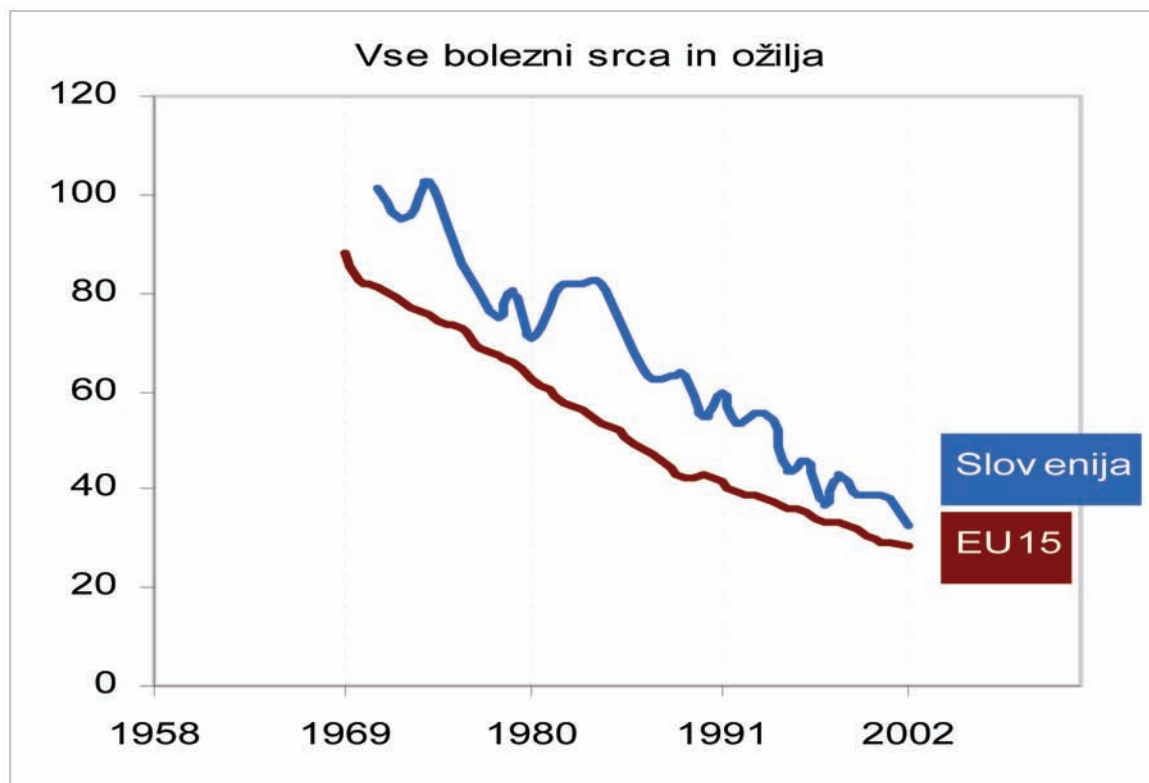
Legenda: SSSU – starostno standardizirane stopnje umrljivosti, vsa populacija, SU – stopnje umrljivosti, vsa populacija; POM – Pomurje, POD – Podravje, KOR – Koroška, SAV – Savinjska, ZAS – Zasavje, POS – Spodnje Posavje, DOL – jugovzhodna regija, LJU – osrednje slovenska regija, GORE – Gorenjska, NOT – notranjsko-kraška regija, GOR – Goriška, KOP – obalno-kraška regija.

Najvišje stopnje umrljivosti zaradi bolezni srca in žilja uvrščajo Pomurje in notranjsko-kraško regijo ob bok stopnjam umrljivosti na Poljskem in Češkem, medtem ko je v regijah z najnižjimi vrednostmi umrljivost taka kakor v Nemčiji ali Belgiji oziroma je v okviru povprečne umrljivosti v državah EU. Primerjavo trendov umrljivosti zaradi bolezni srca in ožilja po spolu med Republiko Slovenijo in EU za 32-letno obdobje si lahko ogledate v prikazih 11 in 12.

Prikaz 11. Umrljivost zaradi bolezni srca in ožilja pri moških v Republiki Sloveniji na 100000 prebivalcev. Vir: projekt Closing the Gap, 2007



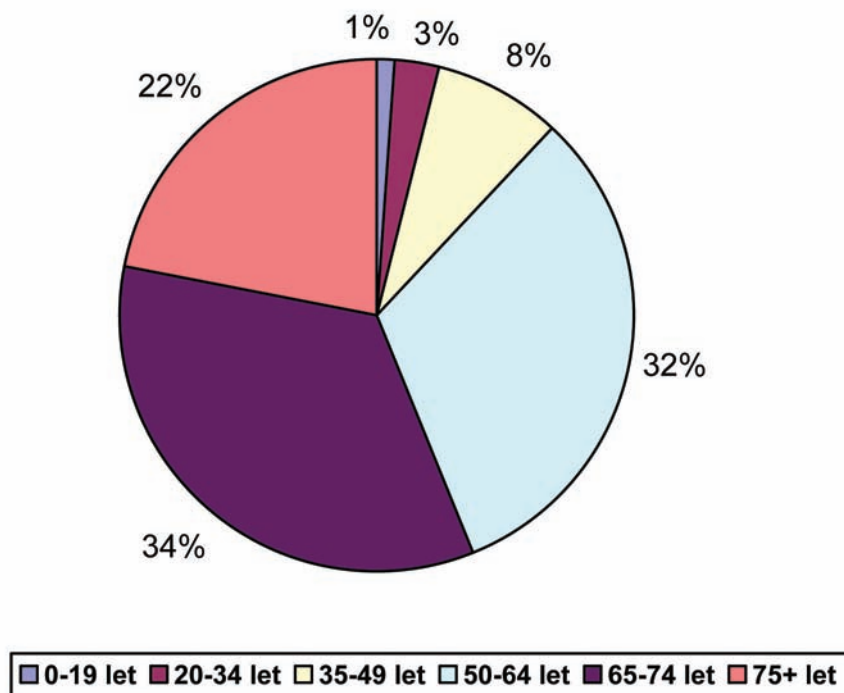
Prikaz 12. Umrljivost zaradi bolezni srca in ožilja pri ženskah v Republiki Sloveniji na 100000 prebivalcev. Vir: projekt Closing the Gap, 2007



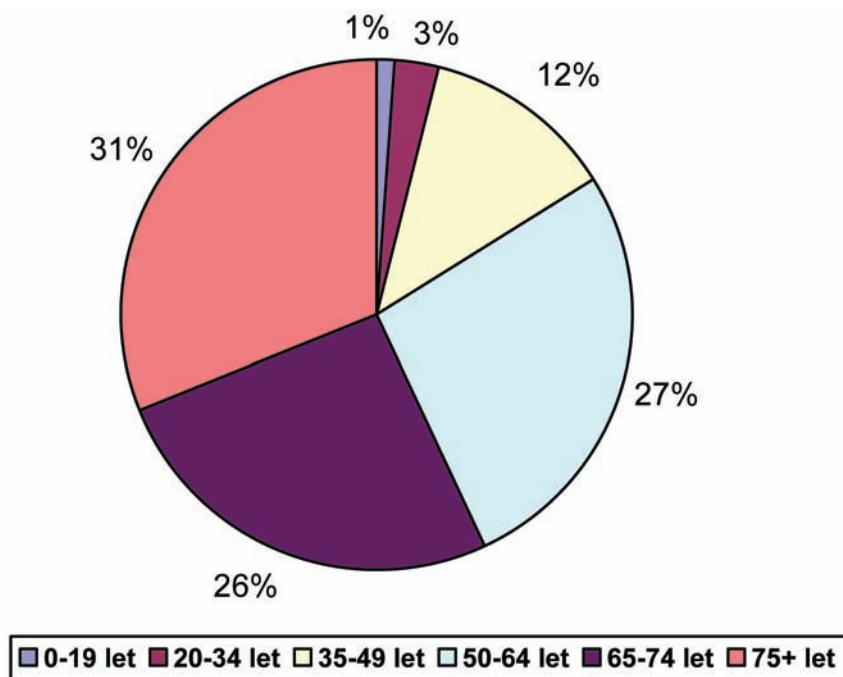
1.2.4 Rakave bolezni

Rakave bolezni postajajo v Republiki Sloveniji vedno večji javnozdravstveni problem. Letno število novih primerov se hitro povečuje – v obdobjih 1992–1994 in 2002–2004 se je incidenca povečala za 39 %, število umrlih pa za 14 % med moškimi in za 12 % med ženskami. Čeprav pogosto videne kot bolezni poznega življenjskega obdobja, so med prezgodaj umrlimi že nekaj časa na prvem mestu in pomembno prispevajo k skrajšanju pričakovanega trajanja življenja v srednjem življenjskem obdobju, saj se pojavljajo bolj zgodaj kakor bolezni srca in ožilja ter so slednje po umrljivosti že prehitele. Tako rakave bolezni prispevajo skoraj eno četrtno vseh prezgodaj izgubljenih let življenja v letu 2005. Kljub temu se kažejo pozitivni učinki pri preživetju, katerega ključna determinanta je uspešnejše zgodnje odkrivanje in zdravljenje. Tako se pri moških od leta 1997 zmanjšuje umrljivost zaradi raka po stopnji 1,5 % na leto, pri ženskah pa po 1,1 % na leto od leta 1993. Kakor je razvidno iz prikazov 13 in 14, pogostost raka hitro narašča s starostjo, saj je rak zelo redek v otroštvu in adolescenci ter v zgodnjem odraslem življenjskem obdobju. S srednjimi let pa se pogostost hitro povečuje. V otroštvu je najpogostejša rakava bolezen levkemija, med 20. in 34. letom rak testisa in rak materničnega vratu, med 35. in 49. letom je med moškimi najpogostejši rak ustne votline in pljuč, pri ženskah pa rak dojke in materničnega vratu. Rak debelega črevesa in danke je najpogostejša rakava bolezen pri obeh spolih med 50. in 74. letom, v visoki starosti pa je med moškimi najpogostejši rak prostate, pri ženskah pa rak dojke, debelega črevesa in danke ter želodca.

Prikaz 13. Deleži novih primerov raka po starostnih skupinah pri moških. Vir: Register raka za Republiko Slovenijo



Prikaz 14. Deleži novih primerov raka po starostnih skupinah pri ženskah. Vir: Register raka za Republiko Slovenijo.



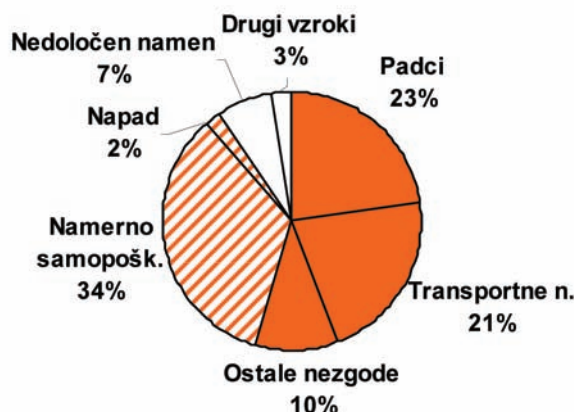
Najpogostejši rak pri moških je pljučni rak, na drugem mestu je rak prostate, sledijo kožni rak ter rak debelega črevesa in danke. Pri ženskah je najpogostejši rak dojke, sledijo raki kože, rak debelega črevesa in danke ter pljučni rak.

1.2.5 Poškodbe

Poškodbe v primerjavi z boleznimi obtočil in drugimi kroničnimi boleznimi prizadenejo nesorazmerno velik delež otrok in mlajših odraslih ter so glavni vzrok umrljivosti otrok, mladostnikov in odraslih do 40. leta starosti. To uvršča poškodbe po bremenu na vodilno mesto, saj prispevajo kar 30 % k vsem prezgodaj izgubljenim letom življenja. V ospredju sta predvsem samomor in smrt v prometnih nezgodah. Prezgodnje smrti so velika izguba človeškega kapitala in ekonomska izguba za družbo, saj smo zaradi njih v Republiki Sloveniji vsako leto ob 134 milijonov evrov možnega zaslužka, vplivajo pa tudi na demografska gibanja, saj zaradi poškodb izgubljammo predvsem otroke in mlade ljudi.

Vsako leto umre 1380 poškodovancev, od tega več od polovice zaradi nenamernih poškodb. Najpogostejši zunanji vzroki so samomor, padci in prometne nezgode. Standardizirana stopnja umrljivosti zaradi poškodb v zadnjih dveh desetletjih upada, vendar je bila v letu 2005 še 1,7-krat višja od povprečja evropskih držav, ki imajo nizko umrljivost otrok in odraslih. Poleg tega je 29 250 ljudi na leto sprejetih na zdravljenje v bolnišnico – v polovici primerov so vzrok za poškodbe padci, sledijo pa prometne nezgode.

Prikaz 15. Delež (%) umrlih zaradi poškodb in zastrupitev po zunanjem vzroku, Slovenija, 2001–2005



Vir: Zdravstveni informacijski sistem. Zbirka podatkov o umrlih. IVZ RS, 2001–2005

Še pred petnajstimi leti so bile v Sloveniji prometne nezgode najpogostejši vzrok umrljivosti zaradi nenamernih poškodb, v zadnjih desetih letih pa zaradi staranja prebivalstva prihajajo v ospredje drugi vzroki, npr. padci. Še vedno pa so prometne nezgode vodilni vzrok nenamernih poškodb otrok in odraslih. Zaradi prezgodnje smrti v prometu v Sloveniji vsako leto izgubimo 40 milijonov evrov možnega zaslužka, v obdobju 2001–2005 pa je zaradi prometnih nezgod umrlo 290 ljudi na leto. Po letu 1994 je stopnja umrljivosti sicer začela padati, vendar je še 1,4-krat višja kakor v evropskih državah, v katerih umre malo otrok in odraslih.

Umrljivost zaradi poškodb v prometu kaže dva izrazita vrhova: prvega pri mladostnikih in mlajših odraslih, drugega pa pri starejših udeležencih v prometu. Opazna je tudi razlika med spoloma, saj je standardizirana stopnja umrljivosti pri moških štirikrat višja kakor pri ženskah, vzrok pa je večja izpostavljenost in bolj tvegano vedenje. Zaradi poškodb v drugih nezgodah vsako leto umre povprečno 450 ljudi, od tega več kakor dve tretjini zaradi padcev, sledijo izpostavljenost neživim mehničnim silam, zastrupitve in utopitve. Zaradi staranja prebivalstva se povečuje število starejših poškodovancev in, ker se poškodujejo pretežno zaradi padcev, so ti v zadnjih desetih letih postali vzrok za največji delež smrti v nezgodah. Umrljivost in stopnja hospitalizacije rasteta s starostjo in sta 2,5- oziroma 1,5-krat višji pri moških kakor pri ženskah.

Vzroki za poškodbe so različni in odvisni od starosti poškodovancev: mlajši otroci so ogroženi zaradi utopitev in zadušitev, starejši otroci pa zaradi padcev. V Sloveniji so poškodbe zaradi padcev glavni vzrok umrljivosti in bolnišničnih obravnav ob nezgodah, v večini evropskih držav pa so tudi drugi vzrok za izgubo števila let življenja v zdravju zaradi nezgod. Zaradi padcev vsako leto umre 310 ljudi in 14 830 jih je zdravljenih v bolnišnici. Padci najbolj prizadenejo starejše ljudi, saj zaradi slabše psihomotorične koordinacije, okretnosti ter mišične in kostne čvrstosti pogostost poškodb, predvsem zlomov, raste. Največ jih umre zaradi poškodovanega kolka, kar je glavni vzrok umrljivosti zaradi poškodb pri ljudeh, starejših od 64 let. V prihodnosti lahko pričakujemo, da se bo ob staranju prebivalstva problem poškodb zaradi padcev povečeval, to pa bo močno zvišalo finančne stroške in obremenilo bolnišnično zdravstveno dejavnost, povečala pa se bo potreba po rehabilitaciji in oskrbi starejših ljudi v različnih ustanovah.

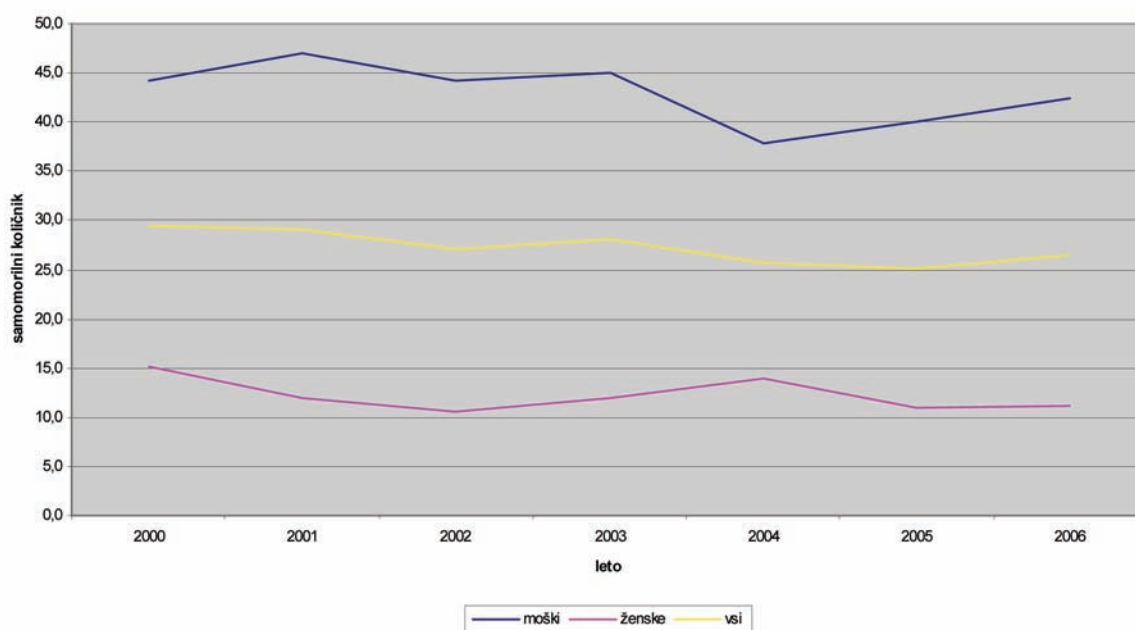
1.2.6 Duševno zdravje

Najbolj razširjena duševna težava je depresija kot glavni vzrok globalne invalidnosti – je na četrtem mestu svetovnega bremena bolezni. Pričakuje se, da bo leta 2020 drugi razlog obolevnosti, takoj za ishemično srčno boleznijo, in da bo vsaka četrta oseba v nekem obdobju svojega življenja doživela neko obliko duševne motnje. Podatki iz slovenske ankete, ki je bila narejena na vzorcu odrasle populacije (n = 846) leta 2006, kažejo, da okrog 25 % vprašanih zaradi čustvenih težav zanemarija ali slabše opravlja svoje delo ali druge dejavnosti. Posledično je bil tudi velik odstotek takih (13 %), ki so zaradi čustvenih težav navajali absentizem z delovnega mesta.

Pogostost depresivnih motenj v Sloveniji ni natančno znana. Podatki iz prej omenjene ankete kažejo, da 16 % vprašanih v zadnjem letu opaža simptome, ki bi ustrezali depresiji. Ker nezdravljena depresija pogosto povzroči samomor, bi morali temu problemu nameniti več pozornosti. V povprečju imamo v Sloveniji 600 samomorov na leto, kar jo uvršča med najbolj ogrožene države. Med letoma 2000 in 2006 se je samomorilni količnik gibal med 25 in 30 (med 37 in 47 za moške ter 10 in 15 za ženske) (prikaz 16). Razmerje med moškimi in ženskami, umrlimi zaradi samomora, znaša 3,5 : 1 (na vsak ženski samomor se zgodi 3,5 moškega samomora).

Šokantno in skrb vzbujajoče je, da se Slovenija po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije za leto 2003 v standardizirani stopnji umrljivosti zaradi samomora oseb, starejših od 65 let, uvršča na prvo mesto. Med najbolj ogrožena območja spadajo Celje, Maribor, Murska Sobota in Ravne na Koroškem.

Prikaz 16. Samomorilni količnik v letih med 2000 in 2006. Vir: zbirka podatkov umrlih, IVZ RS



1.3 Območne razlike v zdravju

V Sloveniji se je v tranzicijskem obdobju nadaljevala neenakomerna gospodarska razvitost regij z razlikami v indeksu človekovega razvoja, ki se giblje med 0,851 na zahodu države in 0,819 na vzhodu, z razlikami v deležu upravičencev do denarne socialne pomoči in indeksu razvojne ogroženosti. Poleg socialnoekonomskih vplivajo na zdravje prebivalstva še okoljski dejavniki, način življenja in dostopnost do zdravstvenih storitev.

Po podatkih nacionalne raziskave o dejavnih tveganja za kronične nenalezljive bolezni je prevalenca tveganega vedenja praviloma višja v vzhodni Sloveniji. Med prebivalci v starosti 25–64 let narašča prevalenca nezdravega prehranjevanja, čezmernega pitja alkoholnih pijač ter čezmerne telesne teže in debelosti od zahoda proti vzhodu države. Delež kadičev pa je najvišji v najbolj razviti osrednji regiji in na vzhodu države (zahod: 22,4 %, osrednji del: 24,5 %, vzhod: 23,9 %). Razlike v socialnoekonomskih kazalcih in prevalenci tveganega vedenja med regijami se skladajo z razlikami v zdravstvenem stanju. Prevalenca ishemične bolezni srca (angina pectoris in/ali miokardni infarkt), možganske kapi in sladkorne bolezni narašča v regijah od zahoda proti vzhodu.

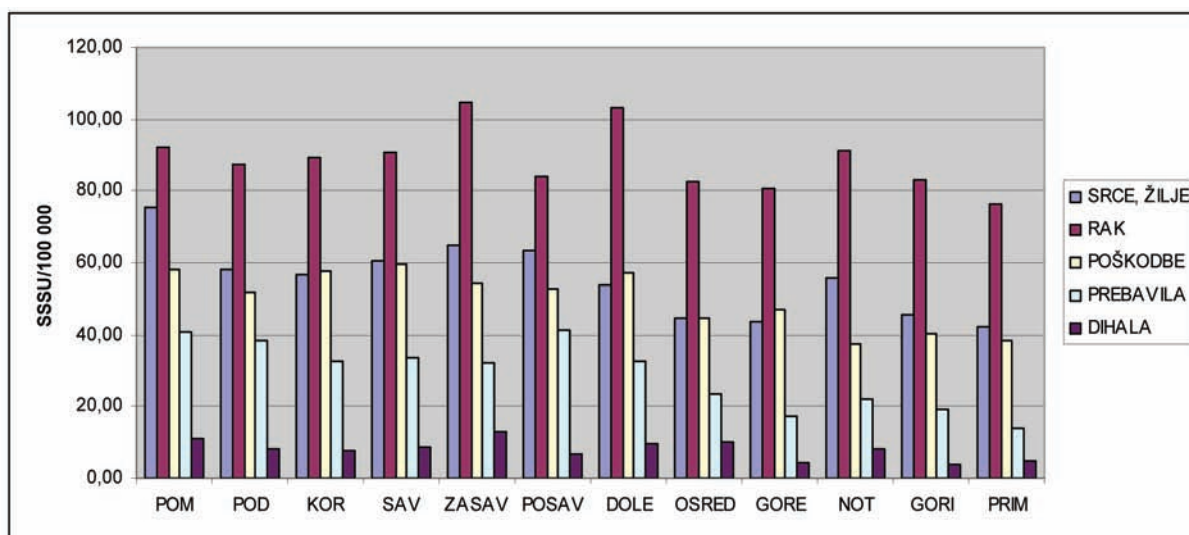
Tudi razlike v umrljivosti so med drugim odvisne od socialnoekonomskih dejavnikov in izobrazbe, saj so stopnje umrljivosti v posameznih regijah obratnosorazmerne z bruto domačim proizvodom na prebivalca, z deležem študentov med prebivalci, starimi od 19 do 26 let, deležem prebivalcev z visokošolsko izobrazbo in neto plačo na zaposlenega ter premosorazmerne z registrirano in

dolgotrajno brezposelnostjo, stopnjo prejemnikov denarne socialne pomoči in indeksom ogroženosti. Posebno za ishemično bolezen srca je značilno, da je umrljivosti zaradi nje manj tam, ker je socialnoekonomsko stanje boljše. Podobno je z umrljivostjo zaradi možganske kapi. Razlika v umrljivosti po posameznih regijah zaradi raka ni tako velika kakor zaradi bolezni srca in žilja. Umrljivost zaradi bolezni jeter izrazito narašča od zahodne proti vzhodni Sloveniji in je najvišja v Spodnjem Posavju.

Stopnje umrljivosti, ki predstavljajo najtežjo obolenost med prebivalci, so bile v obdobju 2001–2005, razen notranjske regije, v vzhodnem delu Slovenije višje kakor na zahodnem. Razlika med regijami z najvišjo (Pomurje in Notranjska) in najnižjo stopnjo umrljivosti (Gorenjska, Goriška in Primorska) je znašala pet umrlih na 1000 prebivalcev.

S stopnjami umrljivosti ocenjeno zdravstveno stanje je bilo med **prebivalci, mlajšimi od 65 let**, najslabše v Zasavju in Prekmurju, pri čemer so bile v Zasavju najvišje stopnje umrljivosti zaradi raka, druge najvišje zaradi bolezni srca in žilja ter najvišje zaradi bolezni dihal. V Prekmurju so imeli najvišjo stopnjo umrljivosti zaradi bolezni srca in žilja, visoka je bila tudi zaradi raka in bolezni prebavil ter poškodb in zastrupitev. Po umrljivosti zaradi raka ter poškodb in zastrupitev je bila v ospredju še Dolenjska.

Prikaz 17. Starostno standardizirane stopnje umrljivosti zaradi petih najpogostejših skupin bolezni oziroma stanj med prebivalci, mlajšimi od 65 let, Slovenija 2001–2005

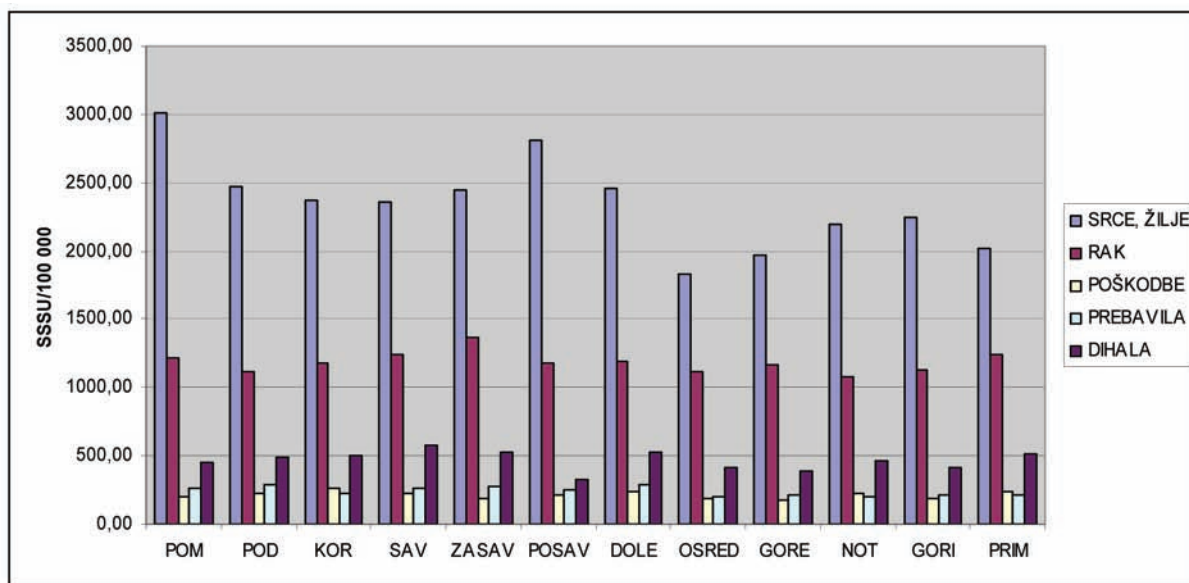


Legenda: POM – Pomurje, POD – Podravje, KOR – Koroška, SAV – Savinjska, ZASAV – Zasavje, POSAV – Spodnje Posavje, DOLE - jugovzhodna regija, OSRED – osrednje slovenska regija, GORE – Gorenjska, NOT – notranjsko-kraška regija, GORI – Goriška, PRIM – obalno-kraška regija

Vir: Zdravstveni informacijski sistem. Zbirka podatkov o umrlih. IVZ RS, 2001-2005

Med prebivalci, starejšimi od 65 let, so bili v istem obdobju po stopnjah umrljivosti najbolj ogroženi v pomurski, zasavski in posavski regiji. V Pomurju so tako kakor med prebivalci, starimi do 65 let, najpogostejši vzrok smrti bolezni srca in žilja, v Zasavju rak in bolezni dihal, v Posavju pa bolezni srca in žilja ter rak. V savinjski regiji so imeli najvišje stopnje umrljivosti zaradi bolezni dihal v Sloveniji.

Prikaz 18. Starostno standardizirane stopnje umrljivosti zaradi petih najpogostejših skupin bolezni oziroma stanj med prebivalci, starejšimi od 65 let, Slovenija 2001–2005

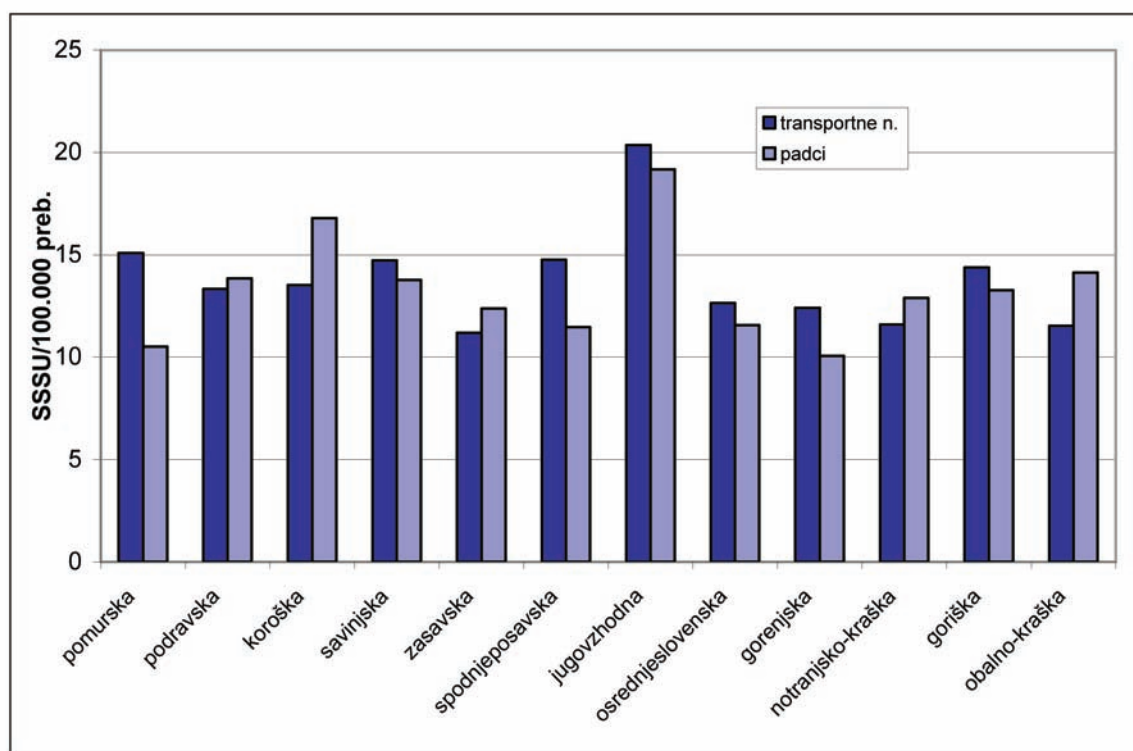


Legenda: glej pri prikaz 17. Vir: Zdravstveni informacijski sistem. Zbirka podatkov o umlih. IVZ RS, 2001–2005

Med posameznimi slovenskimi regijami je zaznati precejšnje razlike v umrljivosti zaradi prometnih nezgod. Starostno standardizirane stopnje umrljivosti iz tega vzroka so najvišje v vzhodnem delu in na obrobju države, npr. v jugovzhodni, pomurski, spodnjeposavski, savinjski in goriški regiji. Umrljivost v prometu je praviloma višja na območjih z nižjo socialnoekonomsko razvitostjo (visok indeks razvojne ogroženosti, nizek bruto družbeni proizvod) in nižjo gostoto prebivalcev, na umrljivost pa vplivajo tudi razlike v ozaveščenosti in varnem obnašanju v prometu, varnosti avtomobilov, razvitosti avtocestnega omrežja, dostopnosti do službe nujne medicinske pomoči in drugi dejavniki tveganja.

Zaradi staranja prebivalstva je vse več starejših poškodovancev in, ker se poškodujejo pretežno zaradi padcev, so ti v zadnjih desetih letih postali vzrok za največji delež smrti v nezgodah. Starostno standardizirane stopnje umrljivosti zaradi padcev so prav tako višje v vzhodnem delu države, na območjih z nižjo socialnoekonomsko razvitostjo. Dejavniki socialnoekonomskega okolja so povezani s slabšo varnostjo in povečanim tveganjem za poškodbe (visoki stroški za spremembe v bivalnem okolju, zdravo prehrano, zdravstvenovzgojni in programi telesne dejavnosti, neuporaba pripomočkov za hojo, zdravljenje osteoporoze, slaba dostopnost do storitvenih dejavnosti in rehabilitacijskih programov).

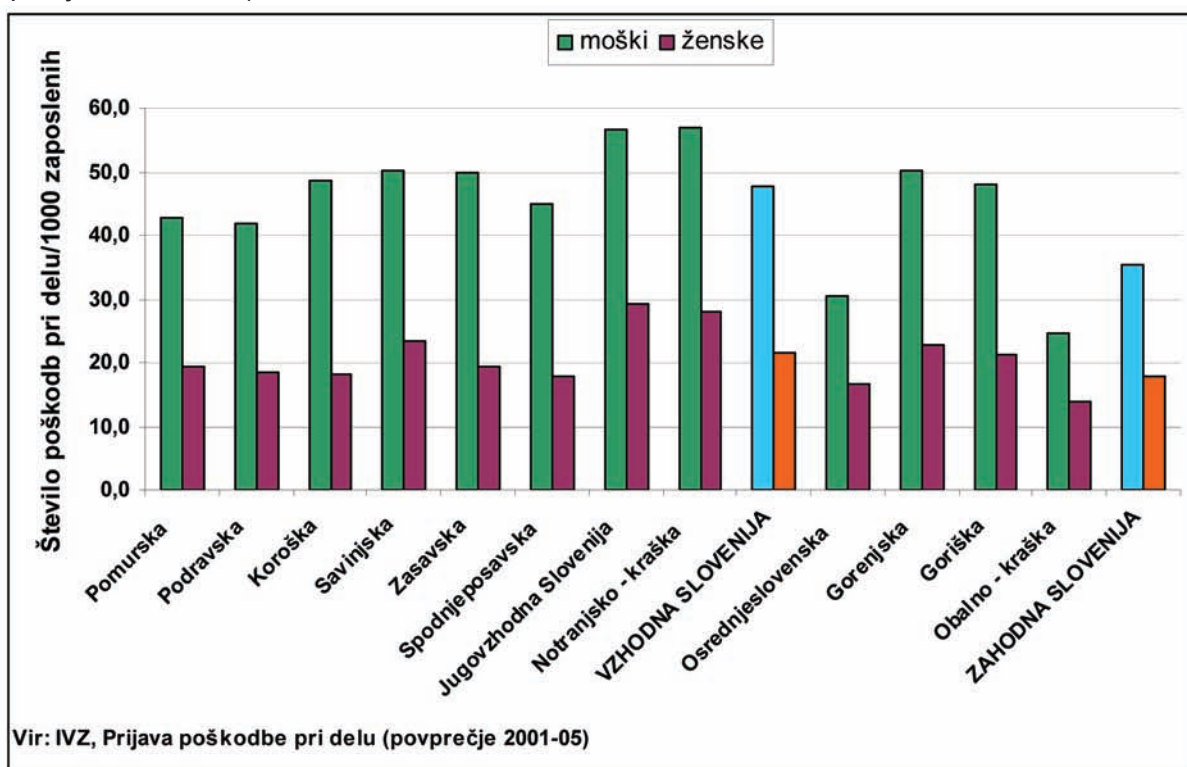
Prikaz 19. Starostno standardizirane stopnje umrljivosti zaradi prometnih nezgod in padcev, Slovenija 2001–2005



Vir: Zdravstveni informacijski sistem. Zbirka podatkov o umrlih. IVZ RS, 2001–2005

Najvišji **odstotek bolniške odsotnosti** beležimo je v zasavski in notranjsko-kraški statistični regiji. Ob delitvi na vzhodno in zahodno kohezijsko regijo je stopnja poškodb pri delu v vzhodni kohezijski regiji višja za 30 %, še večja je razlika med moškimi delavci. Notranjsko-kraška in jugovzhodna Slovenija imata najvišjo stopnjo prijavljenih poškodb pri delu pri moških in pri ženskah.

Prikaz 20. Število poškodb pri delu na 1000 zaposlenih po spolu ter statističnih in kohezijskih regijah (povprečje 2001–2005)



1.4 Zdravje populacijskih skupin

1.4.1 Reprodukativno zdravje

Rodnost v Sloveniji je v zadnjih dvajsetih letih prejšnjega stoletja izrazito upadla in je ena najnižjih v EU. Ugodno pa je, da je še bolj kakor rodnost v zadnjih 25 letih upadla stopnja dovoljene splavnosti. Slovenija sodi pri tem kazalcu v povprečje med članicami EU. Njeno zniževanje je povezano z večjo rabo zanesljive kontracepcije.

Povprečna starost porodnic znaša že več kakor 29 let in je še vedno v porastu. Z večanjem deleža starejših nosečnic narašča tudi število zapletov v nosečnosti. V obdobju 2003–2005 je bilo med nosečnostjo zdravljenih v bolnišnici 18 % žensk. Stopnja spontane splavnosti in primerov drugih patoloških oblik nosečnosti v zadnjem desetletju počasi narašča, prav tako delež teh primerov med vsemi registriranimi nosečnostmi.

Mrtvorojenost je v Sloveniji v zadnjem desetletju razmeroma visoka, ne kaže značilnega upadanja in je višja od povprečja držav EU. Zgodnja neonatalna umrljivost je razmeroma nizka, prav tako perinatalna umrljivost. Pri teh dveh kazalcih Slovenija sodi med uspešnejše države v EU. V zadnjih dvajsetih letih pa nismo dosegli pomembnejšega napredka v znižanju stopnje maternalne umrljivosti, pri čemer še vedno precej zaostajamo za najuspešnejšimi državami.

Da bi izboljšali kazalce reprodukativnega zdravja, je treba skrbeti za sistematično ozaveščanje in informiranje mladih, za čim boljšo dostopnost do reprodukativnega zdravstvenega varstva za vse ženske ter za načrtovanje, posodabljanje in izvajanje preventivnih programov na tem področju. Država si mora prizadevati tudi za izboljšanje socialnoekonomskega in družbenega položaja žensk nasplo.

1.4.2 Otroci in mladostniki

V Sloveniji imamo zelo nizko stopnjo umrljivosti dojenčkov v primerjavi z drugimi državami, vendar je v obdobju otroštva in mladostništva še vedno veliko zdravstvenih problemov. V ospredju so po-

škodbe kot glavni vzrok umrljivosti. Naraščajo bolezni, kakršne so alergije, astma in diabetes, veliko je težav z duševnim zdravjem, to pa bo v prihodnje ključno vplivalo na zdravje odraslih. Med šolarji in mladostniki je v primerjavi z drugimi starostnimi skupinami malo resnih bolezenskih stanj, vendar je pojav različnih simptomov kar pogost. Velikokrat se kažejo znaki izpostavljenosti stresu.

V tem življenjskem obdobju se oblikuje življenjski slog – od prehranskih navad, kajenja tobaka, pitja alkohola in telesne dejavnosti do spolnega vedenja. Raziskave kažejo na podaljševanje časa, ki ga otroci in mladostniki preživijo pred televizijskimi zasloni in računalniki. Na šolah se srečujejo z medvrstniškim nasiljem. Otroci z učnimi težavami in s tem povezanim šolskim neuspehom so med vrstniki potisnjeni na družbeni rob.

Stanje v Sloveniji kaže, da je treba zmanjšati tveganje za nastanek nezdravega življenjskega sloga in tako tveganje za nastanek bolezni. Predlog ukrepov:

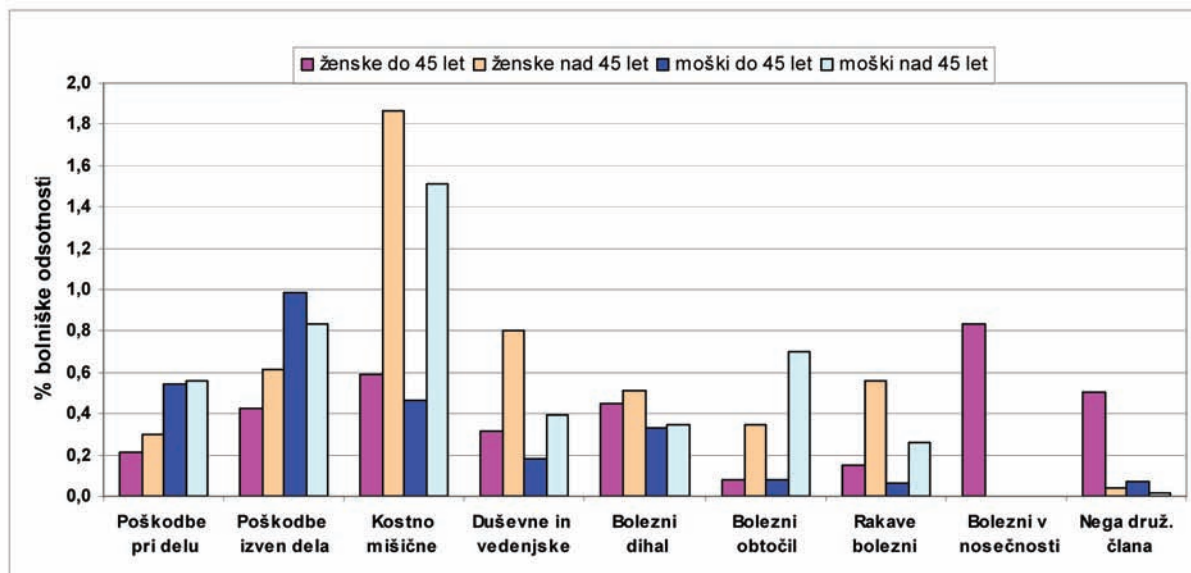
- Razvoj spremljanja zdravja in zdravstvenega varstva otrok in mladostnikov z zagotavljanjem mednarodno primerljivih kazalcev, vključno z rutinskim spremljanjem podatkov, anketnimi in epidemiološkimi raziskavami.
- Medsektorsko sodelovanje in razvoj akcijskega načrta za zdravje otrok in mladostnikov.
- Podpora preventivnim zdravstvenim programom z opredelitvijo prednostnih področij preventivnega zdravstvenega varstva za otroke in mladostnike kot ključni naložbi v prihodnje zdravje delovno sposobnega prebivalstva.
- Razvoj sodobnih prijemov za povečanje dostopnosti in učinkovitosti programov preventivnega zdravstvenega varstva in promocijskih programov za zdravje.

1.4.3 Delovno sposobno prebivalstvo

Za oceno zdravstvenega stanja tega dela prebivalstva so pomembni kazalci nezmožnosti za delo iz zdravstvenih razlogov, na katere vpliva tudi delovno in socialno okolje. Najvišje vrednosti nad 5 % povprečno odsotnih delavcev so bile dosežene sredi 90. let.

Med vzroki za izgubljene dneve zaradi nezmožnosti za delo so na prvem mestu poškodbe in zastrupitve, od katerih jih nekaj manj od dveh tretjin ne nastane na delovnem mestu, ampak doma ali v prostem času. Na drugem mestu po količini izgubljenih dni je skupina kostno-mišičnih bolezni. Največ odsotnosti pa je zaradi bolezni dihal, med katere se uvrščajo tudi prehladna obolenja, vendar so to kratkotrajne odsotnosti.

Prikaz 21. Delež bolniške odsotnosti zaradi najpogostejših vzrokov po spolu in starosti (povp. 2001–05). Vir: Zbirka podatkov o zdravstveno upravičeni odsotnosti od dela, IVZ RS



Med odsotnimi je več žensk. Odsotnost se povečuje s starostjo delavcev, kar je posledica njihovih pogostejših kroničnih bolezni.

Najhujše okvare zdravja tako zmanjšajo možnost za delo, da zaposleni postanejo invalidi. Glavni vzroki za popolno upokožitev so v več kakor četrtini primerov iz skupine duševnih in vedenjskih motenj, sledijo rakave bolezni, srčno-žilne in kostno-mišične bolezni. Najštevilnejše so invalidnosti zaradi bolezni mišično-kostnega sistema, vendar zaposleni s temi okvarami v večini ostajajo delno delovno aktivni.

1.5 Zdravstveno varstvo

1.5.1 Obravnave na primarni ravni

V letu 2005 je bilo v zunajbolnišničnem zdravstvenem varstvu na primarni ravni opravljenih več kakor 10 300 000 obiskov in drugih dejavnosti (pri čemer niso vštet kratki obiski in posegi), med njimi je bilo devet desetih prvih in ponovnih kurativnih obiskov ter le dobra desetina preventivnih obiskov in dejavnosti. Število obiskov je bilo med letoma 2000 in 2005 ustaljeno, po rasti za 30 % v 90. letih. Tako je bil vsak prebivalec v letu 2005 v povprečju 4,6-krat pri zdravniku na primarni ravni zaradi bolezni in vsak drugi prebivalec enkrat zaradi preventivnega obiska. Največ obiskov je bilo pri dojenčkih (7,2 na dojenčka) in pri starostnikih nad 65. letom (6,9 obiska na starostnika), najmanj pa v starostni skupini 10–19 let, in sicer trije na otroka.

Ženske so imele v povprečju za četrtno več kurativnih pregledov v primerjavi z moškimi. Pri preventivnih pregledih je razlika v prid žensk še večja, saj so jih imele kar 68 % več, in sicer zaradi varovanja reproduktivnega zdravja. Po drugi strani pa pri preventivnih obiskih otrok in šolarjev pravzaprav ni razlike med spoloma, medtem ko je preventivnih pregledov odraslih in delovno sposobnega prebivalstva več pri moških. Kar zadeva bolezni, so vodilni vzrok za obisk pri zdravniku bolezni dihal, vendar jih po 50. letu na prvem mestu zamenjajo bolezni mišično-kostnega sistema, po 60. letu pa bolezni obtočil. Pri otrocih do desetega leta so na drugem mestu vzrokov za obisk infekcijske in parazitske bolezni, po tej starosti pa vse do štiridesetega leta po pogostosti zasedajo drugo mesto poškodbe in zastrupitve.

Najpogostejši razlogi, zaradi katerih prebivalci obiščejo zdravnika na primarni ravni, so bolezni dihal, infekcijske in parazitne bolezni, bolezni kože in podkožja, poškodbe in zastrupitve ter bolezni sečil in spolovil, ki se jim že zgodaj pridružijo bolezni mišično-kostnega sistema ter endokrine, presnovne in prehranske motnje, predvsem težave s preveliko telesno težo in zvišanimi maščobami v krvi ter bolezni ščitnice in vse pogostejša sladkorna bolezen. Rastoč problem med mlajšimi prebivalci so alergijske bolezni. Starejše življenjsko obdobje pa zaznamujejo bolezni srca in ožilja, bolezni prebavnega trakta, pri moških težave, povezane s prostato, in pri ženskah z rodili.

Iz podatkov o vzroku za obisk pri osebнем zdravniku se razberejo tudi regijske razlike. Znatno višji obisk zaradi bolezni srca in ožilja ter bolezni mišično-kostnega sistema ter poškodb in zastrupitev smo zaznali v pomurski, jugovzhodni, koroški, zasavski, savinjski in gorenjski regiji, ki se jim pri boleznih dihal pridruži še notranjsko-kraška regija. Bistveno več vzrokov za obisk zaradi nalezljivih bolezni je v gorenjski in goriški regiji, pri otrocih pa tudi v pomurski. Slednja prednjači z duševnimi motnjami med odraslimi prebivalci. V gorenjski, savinjski, zasavski in koroški regiji je zaznati več bolezni sečil in spolovil v odraslem obdobju.

Stopnja preventivnega obiska se je pri ženskah v rodni dobi zmanjšala, in sicer zaradi manj preventivnih obiskov za varovanje reproduktivnega zdravja, kar je deloma lahko posledica sprememb v načinu plačevanja in tako beleženja storitev v primarnem reproduktivnem zdravstvenem varstvu. Stopnja preventivnih obiskov otrok in mladostnikov se pravzaprav ni spremenila, narasla pa je pri dojenčkih. Viden je porast preventivnih pregledov odraslih pri moških po 30. oziroma še bolj po 40. letu starosti in pri ženskah po 40. letu zaradi sistematičnega izvajanja teh pregledov za preprečevanje bolezni srca in ožilja.

1.5.2 Ambulantne specialistične obravnave na sekundarni in terciarni ravni

Ker je v Sloveniji uveljavljen koncept in sistem osebnega izbranega zdravnika, ki tudi presoja o napotitvi na sekundarno in terciarno raven, je pomemben kazalnik število napotitev iz osnovnega

zdravstva in delež napotitev med vsemi obiski. Med letoma 2001 in 2006 je ta delež med vsemi obiski vztrajno upadal, in sicer s skoraj 11 % leta 2001 na dobrih 8 % leta 2006. Število obiskov pri specialistu se je zredčilo zaradi upada števila ponovnih obiskov. Če pogledamo sestavo obiskov v obdobju 1990–2006 glede na štiri izbrane specialnosti, vidimo, da je hitro poraslo število obiskov v dejavnosti interne medicine, in sicer za več kakor trikrat. Manjše povečanje ugotavljamo pri kirurgiji, kjer je število obiskov poraslo za približno 50 %, in v okulistiki, kjer je to povečanje dobro tretjino. V dejavnostih, kjer je število obiskov absolutno manjše, je do največjega povečanja prišlo v psihiatriji, in sicer za dvainpolkrat.

1.5.3 Poraba ambulantno predpisanih zdravil

V Sloveniji so zdravniki v letu 2006 ambulantno predpisali in izdali 14 373 502 recepta. Med letoma 2005 in 2006 je bila stroškovna rast večja od rasti števila receptov. V letu 2006 je bila povprečna vrednost enega recepta 6890 SIT, povprečna vrednost izdanih receptov na enega prebivalca Slovenije pa 50 556 SIT – obe sta nekoliko presegle povprečni vrednosti v letu prej. Povprečno so zdravniki predpisali 7,34 recepta na prebivalca. Pri obravnavanju celotnega števila receptov lahko od leta 1996 do leta 2006 ugotovimo, z vmesnim nihanjem, njihovo naraščanje. Po rasti v zadnjih nekaj letih je število receptov s pozitivne liste med letoma 2005 in 2006 padlo, ob sočasnem povečanju števila receptov z zdravili z vmesne liste. Še vedno pa je delež števila receptov z zdravili s pozitivne liste približno trikrat večji od deleža števila receptov z zdravili z vmesne liste. Število receptov z nerazvrščenimi zdravili je znatno manjše od števila receptov z vmesne liste in je bilo v zadnjih letih precej stalno. Pri primerjanju povprečne vrednosti enega recepta, izražene v USD, lahko v istem obravnavanem obdobju (od leta 1994 do leta 2006) ugotovimo največje povečanje povprečne vrednosti enega recepta z zdravili z vmesne liste. Pri primerjavah velja upoštevati nihanje menjalnih tečajev USD v zadnjih nekaj letih. Za ambulantno predpisovanje zdravil v Sloveniji so značilne bistvene razlike v pogostnosti predpisovanja posameznim starostnim segmentom prebivalcev. Poraba zdravil se znatno povečuje po 60. letu starosti. Večji obseg predpisovanja zdravil povezujemo tudi s staranjem: v letu 2006 je bilo v Sloveniji 15,75 % ljudi, starejših od 65 let, ki jim je bilo predpisano 40,70 % vseh receptov.

V Sloveniji se ambulantno predpisana zdravila bolj izdajajo ženskam kakor moškim. Razlika v predpisovanju glede na spol je najočitnejša v ATC-skupinah, v katerih je število predpisanih receptov veliko (C, N), in v skupini G zaradi hormonskih zdravil, ki jih ta skupina obsega. Največji odstotni delež po številu izdanih receptov in njihovih stroških je v zadnjih letih, tudi v letu 2006, zavzemala skupina C (zdravila za bolezni srca in ožilja), s 25,2 % oz. 29,6 %. Z 17,8-odstotnim deležem števila receptov in 16,9-odstotnim deležem stroškov so v letu 2006 sledila zdravila iz skupine N (zdravila z delovanjem na živčevje). Skupina A (zdravila za bolezni prebavil in presnove) je tvorila 10,4-odstotni delež števila receptov in 12,7-odstotni delež stroškov. Skupni delež skupin C, N in A v številu ambulantno izdanih receptov je bil 53,4 %, stroškovni pa 59,2 %.

1.5.4 Bolnišnične obravnave

V obdobju 1990–2006 se je stopnja hospitalizacije zaradi bolezni, poškodb, zastrupitev, porodov in splavov (vse skupine iz mednarodne klasifikacije bolezni, poškodb in vzrokov smrti – MKB) v Sloveniji nekoliko povečala – leta 2006 je bila za 13 % večja kakor leta 1990.

Povprečno trajanje (PT) hospitalizacij zaradi istih vzrokov se je postopoma skrajševalo (v opazovanem obdobju 1990–2006 za 38 %), kar je mnogo več kakor v nekaterih drugih državah.

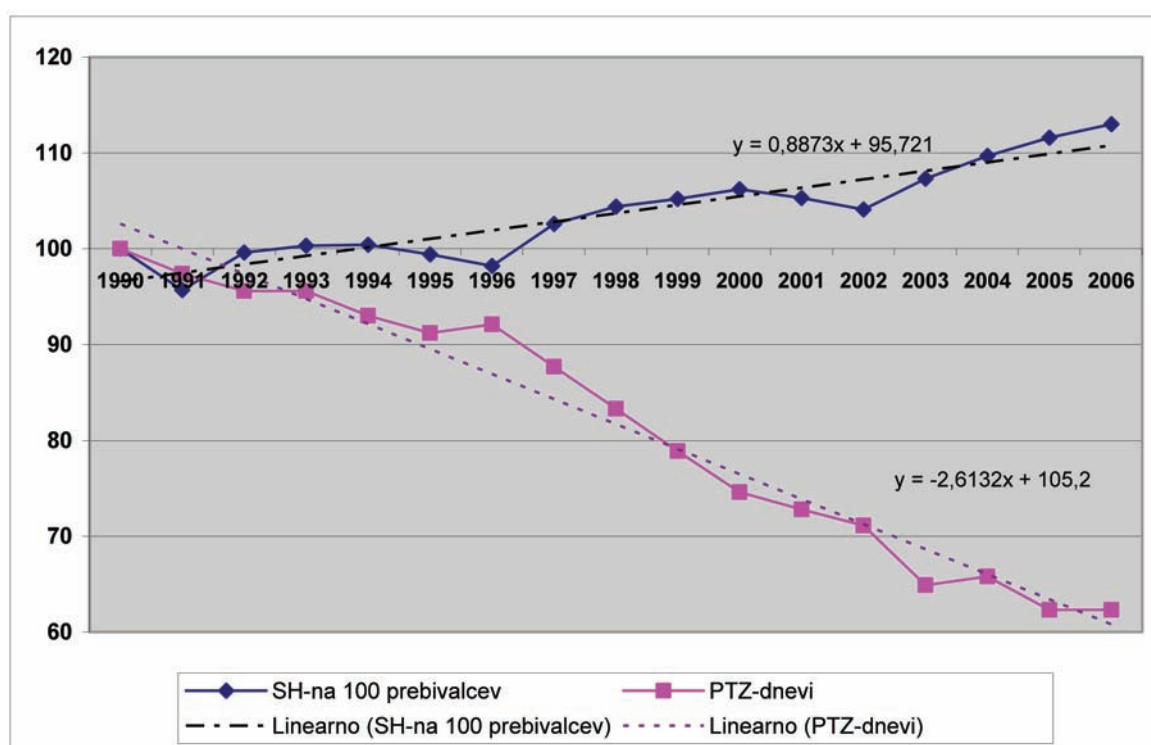
Najpogostejši vzroki hospitalizacij po svetu in pri nas so v zadnjih letih bolezni srca in ožilja, rak, poškodbe in zastrupitve, bolezni prebavil, dihal ter sečil in spolovil.

V obdobju 2001–2005 je bila stopnja hospitalizacije zaradi vseh vzrokov najvišja v starostni skupini do enega leta. Najnižja je bila pri otrocih in mladostnikih v starostnih skupinah od 7 do 19 let, nato pa se je večala. Delež hospitalizacij po posameznih starostnih skupinah pokaže največ hospitaliziranih v starosti 70 do 79 let, sledijo stari 50 do 59 let, nato pa od 20 do 29 in od 40 do 49 let. Najmanj hospitaliziranih je bilo starih 15 do 19 let.

V starosti 0 do 19 let je bila leta 2005 največja stopnja hospitalizacije zaradi bolezni dihal, sledijo poškodbe, simptomi, endokrine in prehranske bolezni. V starosti 20 do 64 let je bila največja stopnja hospitalizacije zaradi novotvorb, potem zaradi poškodb, bolezni prebavil ter sečil in spolovil. V starosti 65 let in več pa je bila največja stopnja hospitalizacije zaradi bolezni srca in ožilja, sledijo novotvorbe, bolezni prebavil in dihal.

Primerjava stopnje hospitalizacije zaradi vseh vzrokov po zdravstvenih regijah v letih 1997 in 2005 pokaže, da se je pri večini stopnja povečala, najbolj v murskosoboški, sledijo koprška, kranjska, novogoriška, celjska in mariborska, v treh regijah pa se je zmanjšala, najbolj v novomeški in nato ljubljanski, najmanj pa v koroški. Leta 1997 je bila najvišja v koroški regiji, leta 2005 pa v murskosoboški. V obeh letih je bila najnižja stopnja hospitalizacije v ljubljanski regiji.

Prikaz 22. Gibanje indeksa stopnje hospitalizacije in povprečnega trajanja zdravljenja, Slovenija, 1990–2006 (1990=100). Vir: podatkovna zbirka WHO-HFA



1.6 Nalezljive bolezni

Nalezljive bolezni in okužbe imajo z vidika bremena, vključno s finančnimi stroški, velik pomen za prebivalstvo in državo. Njihovo pojavljanje je povezano z dejavniki nastanka in razširjenja nalezljivih bolezni in okužb, s spremembami v okolju zaradi podnebnih sprememb, zaradi rezervoarjev bolezni pri živalih, pa tudi zaradi globalizacije, mobilnosti, ksenotransplantacij in ne nazadnje morebitnega bioterorizma.

Vzpostavljeni sistem epidemiološkega obveščanja in zaznavanja primerov oziroma dogodkov, sistematično zbiranje podatkov in informacij o nalezljivih boleznih in okužbah ter sledenje njihovih epidemioloških vzorcev so ključni za preučevanje in ocenitev stanja ter tveganja za javno zdravje. To so podlage za odzivanje in komunikacijo s strokovno in laično javnostjo za varovanje in izboljšanje zdravja prebivalstva.

Še vedno obstajajo vrzeli v sistemu epidemiološkega spremljanja nalezljivih bolezni in okužb. Država lahko prispeva k izboljšanju z vzpostavitvijo mrežnega povezovanja ter s sprejemanjem strategij varovanja zdravja in nadzora nalezljivih bolezni ter v primeru nujnih razmer (npr. pandemije, bioterorizem), ki predstavljajo tveganje za javno zdravje.

Prednostne naloge so dejavnosti, ki spodbujajo:

- učinkovit nacionalni sistem epidemiološkega spremljanja in obvladovanja nalezljivih bolezni in okužb, vključno z zoonozami, da se zagotovijo podatki o primerih, omogoči ugotavljanje virov okužbe in poti širjenja, mikrobiološko ugotavljanje povzročiteljev in zaznavanje kopičenja, izbruhov in epidemij ter omogoči opazovanje učinkovitosti programov za njihovo obvladovanje;
- okrepitev mehanizmov za zaznavanje, odzivanje na nevarnost za zdravje in obvladovanje razmer, vključno s pooblastili Centra za nalezljive bolezni;
- izboljšanje medsebojnega sodelovanja strok pri zgodnjem zaznavanju in na dokazih temelječem ocenjevanju tveganja zaradi obstoječih oziroma novih nalezljivih bolezni, grozečih pandemij in morebitnega bioterorizma, da se zagotovi nagel odziv;
- uveljavitev medresorsko usklajenih načrtov glede pandemske pripravljenosti;
- obravnavo obsežnejših in epidemiološko pomembnejših dogodkov oziroma izbruhov nalezljivih bolezni s stalno izvedbeno skupino strokovnjakov;
- spremljanje izbranih nalezljivih bolezni, ki imajo velik pomen za javno zdravje, kot opozorilno epidemiološko spremljanje;
- sprejemanje odločitev o ukrepih in načrtovanje strategije obvladovanja oziroma izkoreninjenja bolezni;
- izvajanje programov obvladovanja in preprečevanja bolezni, proti katerim obstaja cepljenje, vključno z dejavnostmi, ki spodbujajo najboljše prakse varnega cepljenja in preskrbe s cepivom;
- vključevanje novih vrst cepljenja ob upoštevanju meril;
- dejavnosti za nadzorovanje neželenih učinkov po cepljenju v sodelovanju z agencijami za zdravila;
- programe presejanja za ugotavljanje okužb oziroma zgodnje ugotavljanje občutljivosti za okužbe pri nosečnicah, ki se lahko vertikalno prenašajo na otroka, vključno z vrednotenjem in spremljanjem kakovosti in učinkovitosti presejanja ter vzpostavljenim registrom;
- programe testiranja krvi in drugih darovanih materialov človeškega izvora;
- mrežno povezovanje in izmenjavo informacij med deležniki, da se izboljša varnost bolnikov in kakovost oskrbe, zlasti obvladovanje in nadzorovanje okužb, povezanih z zdravljenjem (bolnišnične okužbe), in zadržanje oziroma zmanjšanje odpornosti mikrobov proti antimikrobnim zdravilom;
- obveznosti nacionalnih struktur za odzivanje na dogodke, ki lahko pomenijo tveganje za javno zdravje mednarodnih razsežnosti, vključno z vstopnimi in izstopnimi točkami (letališča, pristanišča, kopenska meja);
- podporo sistemu epidemiološkega obveščanja in spremljanja s sodobnimi računalniškimi rešitvami, ki izboljšujejo pretok zdravstvenih informacij znotraj zdravstvenih ustanov in med njimi (e-zdravje);
- zagotovitev tehničnih možnosti (komunikacijska strojna in programska oprema) za sodelovanje z Evropskim centrom za kontrolo bolezni in njegovim Emergency Operational Centre.

Izbrana poglavja

Nalezljive bolezni sistematično spremljamo v skladu z domačo in tujo zakonodajo. Letna stopnja obolevnosti, ocenjena na podlagi prijav v petletnem obdobju, je 54194,8/100 000 prebivalcev. Deset najpogostejše prijavljenih nalezljivih bolezni vselej predstavlja 85 % vseh prijav nalezljivih bolezni v opazovanem letu.

Prikaz 23. Deset najpogostejše prijavljenih nalezljivih bolezni v Sloveniji, 2005–2006

DIAGNOZA	LETO 2005		LETO 2006	
	št. primerov	inc./100 000	št. primerov	inc./100 000
GASTROENTEROKOLITIS NEZNANE ETIOLOGIJE	9800	489,1	11744	586,2
NORICE	9178	458,6	10840	541,7
AKUTNI TONZILITIS	3362	168,0	5628	281,2
LYMSKA BORELIOZA	4123	206,0	4461	222,9
VIRUSNE ČREVESNE OKUŽBE	4328	216,3	4261	212,9
MIKROSPOROZA	2436	121,7	2698	134,8
ŠKRLATINKA	1785	89,2	2596	129,7

	LETO 2005		LETO 2006	
ZOSTER	1972	98,5	2325	116,2
ŠEN	1869	93,4	2062	103,0
SALMONELOZE	1519	75,9	1519	75,9
SKUPAJ	39388	1968,3	46956	2346,5

Okužba s HIV

V Sloveniji je s HIV okuženih nekaj sto ljudi, manj kakor ena oseba na 1000 prebivalcev, kar je razmeroma malo. Moški, ki imajo spolne odnose z moškimi, imajo največje breme okužb s HIV, vendar delež okuženih ni presegel petih odstotkov.

Izrazit porast števila novih diagnoz okužbe s HIV po letu 2003 je izključno posledica povečanja novih diagnoz med moškimi, ki imajo spolne odnose z moškimi. Razmeroma nizka obolevnost za aidsom in umrljivost zaradi njega v zadnjih letih sta posledici dobre dostopnosti do zelo kakovostnega zdravljenja okužbe s HIV. Delež poznih diagnoz okužbe s HIV se znižuje, vendar je del novih diagnoz še vedno zelo poznih in zamujamo priložnost za uspešno zgodnje zdravljenje. V primerjavi s številnimi drugimi evropskimi državami je obseg testiranja v Sloveniji dokaj majhen, vendar se povečuje. Spodbujanje zgodnjega testiranja in iskanja zdravstvene pomoči ob bolezenskih težavah in znakih okužbe s HIV je pomembno za zgodnje zdravljenje in oskrbo okuženih s HIV ter omejevanje obolevnosti za aidsom. Podatke o prijavljenih primerih okužb s HIV za epidemiološko spremljanje dopolnjujemo s sledenjem spreminjanja deleža okuženih s HIV z nevezanim anonimnim testiranjem v treh lahko dostopnih skupinah z visokotveganim vedenjem (injicirajoči uživalci drog, moški, ki imajo spolne odnose z moškimi, in pacienti s spolno prenesenimi okužbami, pregledani v veneroloških dispanzerjih) in v skupini z razmeroma nizkotveganim vedenjem, nosečnicah.

Spolno prenesene okužbe

Spolno prenesena okužba (SPO) z bakterijo *Chlamydia trachomatis* (klamidijska okužba) je bila najpogostejše prijavljena SPO v Sloveniji. V letu 2006 je bilo prijavljenih 141 primerov (7,0/100 000 prebivalcev), 40 odstotkov manj kakor v letu 2005. Breme SPO je veliko, predvsem dveh najpogostejših: okužbe z bakterijo *Chlamydia trachomatis* (klamidijske okužbe) in s *humanimi virusi papiloma* (HPV). Zanesljive ocene o bremenu spolno prenesenih klamidijskih okužb smo pridobili z nacionalno prečno raziskavo, ki je bila izvedena leta 2000 na verjetnostnem vzorcu Slovencev, starih od 18 do 49 let. Ocenili smo, da je okuženih 1,6 % žensk in 3 % moških. V letu 2006 je bilo prijavljenih 35 primerov gonoreje (1,7/100 000 prebivalcev), 22 % manj kakor v letu 2005 in manj kakor kdaj prej. Breme te okužbe je bilo nesorazmerno veliko pri moških, ki imajo spolne odnose z moškimi. V letu 2006 je bilo med 33 prijavljenimi primeri gonoreje pri moških 12 primerov, pri katerih je bolnik navedel vsaj enega moškega spolnega partnerja v zadnjih treh mesecih. V letu 2006 je bilo prijavljenih 15 primerov zgodnjega sifilisa (0,7/100.000 prebivalcev), kar predstavlja 50-odstotni upad prijavne incidence v primerjavi z letom 2005. Vzrok razmeroma velikega porasta prijavne incidence zgodnjega sifilisa v letu 2005 (1,5/100 000 prebivalcev) je bilo izključno povečano število na novo prepoznanih primerov med moškimi.

Genitalne bradavice, ki so posledica spolno prenesene okužbe s *humanimi virusi papiloma* (HPV), so najpogostejše prijavljene virusne SPO v Sloveniji. Povzročajo jih približno 40 različnih genotipov HPV. Več kakor 50 % spolno dejavnih oseb se v življenju okuži z vsaj enim spolno prenosljivim genotipom HPV. Raziskave so pokazale, da je dolgotrajna okužba z vsaj enim od najmanj 13 visokotveganih (onkogenih) genotipov HPV nujen vzrok za nastanek raka materničnega vratu. Ocenjujejo, da sta v Evropi, Severni Ameriki in Sloveniji za več kakor 70 % raka materničnega vratu odgovorna dva od visokotveganih genotipov HPV (16 in 18). Dva med nizkotveganimi (neonkogenimi) genotipi HPV (6 in 11) pa povzročata skoraj vse genitalne bradavice.

Bolnišnične okužbe

Bolnišnične okužbe so velik javnozdravstveni problem v Sloveniji. Prve podatke o obsegu tega problema v državi smo pridobili s prvo nacionalno prečno raziskavo, ki smo jo izvedli v oktobru 2001. Vključili smo vseh 19 slovenskih bolnišnic.

Najmanj eno bolnišnično okužbo je imelo 4,6 % bolnikov, večinoma okužbo sečil (1,2 %), potem pa pljučnico (1,0 %) in okužbo kirurških ran (0,7 %). Najmanj bolnikov je imelo primarno okužbo krvi (0,3 %). Dejavniki tveganja za nastanek bolnišničnih okužb so vključevali centralni in periferni žilni

kateter, urinski kateter in hospitalizacijo v enoti intenzivne terapije. MRSA (proti meticilinu odporen *Staphylococcus aureus*) je bil dokazan pri 16,6 % bolnišničnih okužb z znanimi povzročitelji. Od 34 bolnišničnih okužb zaradi *Staphylococcus aureus* jih je 61,8 % povzročil MRSA.

Program cepljenja

Slovenski program cepljenja določa obvezna in priporočena cepljenja za vse starostne skupine prebivalstva in posebne skupine, kakršne so osebe, ki so pri opravljanju dela izpostavljene nalezljivim boleznim, potniki v mednarodnem prometu in v primeru izrednih razmer. Obvezno cepljenje predšolskih in šolskih otrok ter mladine se financira iz sredstev za obvezno zdravstveno zavarovanje. Program cepljenja se letno posodablja glede na epidemiološko stanje in najnovejša strokovna dognanja glede cepljenja in cepiv. Trenutno je v obveznem programu cepljenje proti devetim nalezljivim boleznim: davici, tetanusu, oslovskemu kašlju, otroški paralizi, okužbam, povzročenim s *Haemophilus influenzae* tipa b, ošpicam, mumpsu, rdečkam in hepatitisu B. Za vključevanje novih vrst cepljenja v program se upoštevajo zlasti breme bolezni, učinek cepljenja, neželeni učinki, sprejemljivost, koristi programa, stroškovna učinkovitost in nujnost.

V Sloveniji je vzpostavljen uspešen program cepljenja, katerega začetki segajo v leto 1937, ko so uvedli cepljenje proti davici, kar je privedlo do odprave te bolezni v letu 1968. Postopno se je uvajalo še cepljenje proti drugim vrstam bolezni, kar je pripomoglo k zniževanju njihovih prijavnih incidenčnih stopenj. Izraziti primeri hitrega zmanjšanja incidence po uvedbi cepljenja so ošpice, mumps in rdečke, proti katerim smo začeli cepiti vse otroke leta 1968, 1979 oziroma 1990. Po letu 1990 je število prijavljenih primerov teh treh bolezni naglo padalo, v zadnjih sedmih letih ni bilo nobenega prijavljenega bolnika z ošpicami več. Zadnja leta je nekaj več primerov oslovskega kašlja, zato bodo potrebni dodatni pozitivitveni odmerki. Za zdaj se cepljenje proti klopnemu meningoencefalitisu, rotavirusni okužbi, noricam, pnevmokokni okužbi, gripi, humanim virusom papiloma še ne financirajo v celoti iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, so pa na voljo samoplačniško.

Prikaz 24. Precepljenost proti nalezljivim boleznim v Sloveniji, 2006

Nalezljive bolezni, proti katerim cepimo	Delež cepljenih
davica, tetanus, oslovski kašelj, otroška paraliza, okužbe s <i>Haemophilus influenzae</i> tipa b	96,8 % (delež cepljenih s 3 odmerki)
ošpice, mumps, rdečke	96,1 % (delež cepljenih s 1. odmerkom)
hepatitis B	97,8 % (delež cepljenih vstopnikov v OŠ)

Program odprave ošpic in kongenitalnih rdečk v Sloveniji do leta 2010 predvideva doseči letno incidenco te bolezni nižjo od 1 potrjen primer/mio prebivalcev (ne upošteva potrjene vnesene primere), ničelno incidenco kongenitalnih rdečk, incidenco okužb z rdečkami v nosečnosti pri ženskah, nižjo od 1 primer/100 000 živorojenih otrok, deleže dovzetnih za virus ošpic: < 15 % pri starosti 1–4 leta, < 10 % pri starosti 5–9 let in < 5 % pri starosti 10–14 let in < 5 % pri vseh starostnih kohortah od 15. leta, najmanj 95 % precepljenosti s prvim odmerkom in najmanj 90 % precepljenosti z drugim odmerkom proti obema boleznima na vseh območjih.

Program eradikacije otroške paralize, ki je že odpravil bolezen v Evropi, za vzdrževanje stanja pa je potrebno pravočasno zaznavanje morebitnih vnesenih primerov otroške paralize in vzdrževati ustrezno precepljenost, se nadaljuje tudi v Sloveniji. Zato je potrebno etiološko pojasnjevanje vseh akutnih flakcidnih paraliz, ki po definiciji pomenijo sum otroške paralize. Poleg tega je potrebno pregledovanje iztrebkov in okoljskih vzorcev glede polia in drugih enterovirusov.

Breme okužb z različnimi genotipi HPV v Sloveniji

Po pregledu podatkov o bremenu okužb s različnimi tipi HPV v Sloveniji, o bremenu raka materničnega vratu in genitalnih bradavic v Sloveniji, pregledu podatkov o učinkovitosti razpoložljivega cepiva proti HPV pri preprečevanju raka materničnega vratu oziroma dolgotrajnih okužb z visokotveganimi tipi HPV in predstopenj raka materničnega vratu, drugih s HPV povezanih rakov in genitalnih bradavic, pregledu rezultatov raziskav o sprejemljivosti cepljenja proti HPV, pregledu mednarodnih priporočil glede uvajanja cepljenja proti HPV in pregledu pogojev za začetek izvajanja rutinskega cepljenja proti

HPV v Sloveniji je mnenje interdisciplinarne strokovne skupine, da se priporoči razširitev programa imunoprofilakse in kemoprofilakse s cepljenjem proti HPV. Ta skupina je preučila več tujih strokovnih priporočil glede cepljenja in sprejela priporočila Evropske agencije za zdravila (EMA) kot temeljno izhodišče, tako kakor druge članice EU. Skupina poudarja pomembnost cepljenja proti HPV, zagovarja izključno z dokazi podprta stališča in priporoča cepljenje le v okviru glavnih povzetkov zdravila in strokovnih priporočil. Pred tem je zelo pomembno usmerjeno svetovanje glede cepljenja, spolnega vedenja in presejalnih programov za RMV, vključno z rednimi ginekološkimi pregledi.

Pandemska pripravljenost

Gripa se pojavlja vsako leto pozimi in zaradi nje zbolijo 5 do 15 % prebivalstva. Posebnost virusa influence pa je nenehno spreminjanje. Manjše spremembe ne vplivajo bistveno na povečano zbolewnost. Vsakih 10 do 40 let pa so spremembe virusa zelo velike – razvije se nov, drugačen virus influence, proti kateremu prebivalstvo ni imuno. Novi virus se naglo širi, število obolelih je bistveno višje kakor v običajni sezoni gripe in zajame od 25 do 40 % celotnega prebivalstva, tudi umrlih je precej več. Napovedujejo, da bo izbruh pandemije, ne glede na to, kje se bo pojavil, v dveh do treh tednih dosegel evropski prostor in se v naslednjih nekaj tednih razširil po državah članicah. Ko se bo pandemija začela, bo potrebno naglo in usklajeno ukrepanje. Uspešnost ukrepov, s katerimi se bo zmanjševala družbena in gospodarska škoda, bo zagotovo odvisna tudi od pripravljenosti v obdobju, ko pandemije ni. Pojav aviarnе influence H5N1 (ptičje gripe), ki se z obolelih ptic širi na ljudi, je povečal možnost izbruha pandemije. Na podlagi priporočil SZO je Slovenija v letu 2003 začela pripravljati predlog načrta pripravljenosti zdravstva na pandemijo gripe v državi.

Načrt za zdravstvo mora predvideti, kolikšno raven pripravljenosti naj bi država dosegla, da bi se primerno odzvala na pandemijo, tako da bi:

- primarna raven zagotovila zdravljenje večini, ki bi ga potrebovala;
- bolnišnice poskrbele za akutne bolnike in zagotovile nujno zdravljenje drugih bolnikov;
- potekala nujna oskrba z energijo, hrano in gorivom na lokalni ravni;
- pandemsko cepivo prispelo na primarno raven zdravstva čim prej po začetku pandemije.

Načrt pripravljenosti na pandemijo mora pokrivati ključna področja:

- načrtovanje in usklajeno vodenje v zdravstvu,
- spremljanje in ocene stanja razvoja pandemije,
- preprečevanje širjenja z javnozdravstvenimi ukrepi, cepljenjem in zaščito z ustreznimi protivirusnimi zdravili,
- pripravljenost sistema zdravstva,
- načrt izmenjave informacij v zdravstvu in z ustreznimi deležniki.

Načrt pripravljenosti zdravstva za pandemijo gripe je dokument, v katerem so opredeljene ključne naloge zdravstva in ukrepi glede na njene različne faze. Pomeni izhodišče za pripravo podrobnejših načrtov zdravstvenih zavodov in drugih služb, opredeljuje pravne podlage za ukrepanje in sodelovanje z drugimi institucijami. Na nekaterih področjih (npr. epidemiološko in virološko spremljanje, sodelovanje z mednarodnimi organizacijami ...) je razdelan do podrobnosti, na drugih področjih pa ga bo treba sproti dopolnjevati glede na epidemiološko stanje, lastnosti virusa ter priporočila mednarodnih organizacij in institucij, kakršni sta Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) in Evropski center za nadzor bolezni (ECDC). Načrt na področju zdravstva je izdelan, vendar se bo skladno z novimi spoznanji dopolnjeval in po potrebi spreminjal.

Glavne ugotovitve pri oceni načrta pripravljenosti zdravstva

V oceni, izvedeni po standardizirani metodi za ocenjevanje, ki ga je razvila EC v sodelovanju s SZO, se lahko poudari naslednje:

- država ima nacionalni načrt pripravljenosti v zdravstvenem sektorju,
- obstaja visoka zavest o potrebnosti pandemske pripravljenosti,
- vključeni v izboljšanje pripravljenosti so motivirani, ker se zavedajo nevarnosti,
- stekla je izvedbena stopnja načrta,
- vzpostavljen je sistem zaznavanja in preučevanja primerov influence,
- obstaja državni virološki laboratorij za influenco,
- poteka komunikacija z EC/EWRS, ECDC, SZO/IHR, EFSA, EISS,
- budna je interdisciplinarna medresorska komisija za zoonoze,
- imamo zalogo protivirusnega zdravila Oseltamivir za cca. 25 % prebivalstva,
- opravljeni so predhodni pogovori z morebitnimi dobavitelji pandemskega oz. prepandemskega cepiva,

- v letu 2006 je bil izdelan predlog komunikacijskega načrta,
- sodelovali smo na številnih delovnih sestankih (organizacija EU/SZO) o pandemski pripravljenosti,
- v decembru 2005 smo sodelovali v vaji, s katero je EU DG SANCO preverjal pripravljenost na pandemijo v državah EU.

Odpornost mikrobov zoper protimikrobna sredstva (antibiotična rezistenca)

Naraščanje odpornosti zoper protimikrobna sredstva je vse večji problem. Evropska skupnost je v novembru 2001 izdala priporočila za preudarno rabo protimikrobnih sredstev v humani medicini (Council Recommendation of 15 November 2001 on the prudent use of antimicrobial agents in human medicine, Official Journal of European Communities, 2002/77/EC). Priporočila zajemajo: spremljanje odpornosti mikroorganizmov, spremljanje porabe antibiotikov in kemoterapevtikov, izdelavo priporočil za izkustveno zdravljenje okužb, nadzor nad bolnišničnimi okužbami, poučevanje strokovne in laične javnosti ter raziskave na omenjenih področjih. Pričakuje se, da bomo upoštevali priporočila in vzpostavili oziroma izboljšali sistem za preudarno rabo protimikrobnih sredstev, tako pa zadržali naraščanje odpornosti mikroorganizmov. Protimikrobna sredstva se ne uporabljajo zgolj v humani medicini, temveč tudi v kmetijstvu in veterinarstvu, zato je nujno sodelovanje drugih ministrstev, predvsem kmetijskega. Za zdaj se na državni ravni zbirajo le podatki o zunajbolnišnični porabi protimikrobnih sredstev, že vrsto let pa se spremlja tudi odpornost posameznih mikroorganizmov – od leta 1993 odpornost invazivnih bakterij (pnevmokok, meningokok in *Haemophilus influenzae*). V sklopu nacionalnega programa glede epidemiologije nalezljivih bolezni spremljamo odpornost neinvazivnih *Streptococcus pyogenes*, pnevmokokov in *Haemophilus influenzae*, pa tudi salmonel. Po evropskih projektih se od leta 2000 zbirajo podatki o rezistenci invazivnih *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli* in enterokokov.

Z omenjenim dejavnostmi smo pridobili pomembne informacije o naraščajoči odpornosti bakterij v slovenskem prostoru in tako podlago za oblikovanje programa zadržanja odpornosti mikroorganizmov. Osnova za celovit program je sistematično laboratorijsko spremljanje odpornosti zoper protimikrobna sredstva po vsej državi.

1.7 Najpomembnejši dejavniki tveganja povezani z življenjskim slogom

1.7.1 Alkohol

V preglednici, povzeti po Comparative Risk Assessment, je prikazana zveza/odnos med porabo alkohola in tveganjem za razvoj nekaterih pomembnejših bolezni. Alkohol poveča tudi tveganje za prometno nezgodo. V Sloveniji je delež prometnih nezgod v povezavi z alkoholom že veliko let okoli 10 %. Pomemben je podatek, da v takih nezgodah povprečno 35 % oseb umre, 25 % pa je hudo telesno poškodovanih. V povprečju je izid prometnih nezgod z udeležbo alkohola hujši kakor v tistih brez njega (Šešok, J. 2004, Šešok, J. 2005).

Prikaz 25. Sorazmerno tveganje za izbrana stanja (iz Comparative Risk Assessment)

Posledica pri pivcu alkohola	Ženske			Moški		
	Poraba alkohola g/dan					
	0-19	20-39	40+	0-39	40-59	60+
Ciroza jeter	1,3	9,5	13,0	1,3	9,1	13,0
Varice požiralnika	1,3	9,5	9,5	1,3	9,5	9,5
Akutni in kron. pankreatitis	1,3	1,8	1,8	1,3	1,8	3,2
Rak ustne votline in žrela	1,5	2,0	5,4	1,5	1,9	5,4
Rak požiralnika	1,8	2,4	4,4	1,8	2,4	4,4
Rak grla	1,8	3,9	4,9	1,8	3,9	4,9
Rak jeter	1,5	3,0	3,6	1,5	3,0	3,6

Posledica pri pivcu alkohola	Ženske			Moški		
	Poraba alkohola g/dan					
	0-19	20-39	40+	0-39	40-59	60+
Rak dojke	1,1	1,4	1,6			
Hipertenzija	1,4	2,0	2,0	1,4	2,0	4,1
Bolezen koronark	0,8	0,8	1,1	0,8	0,8	1,0
Ishemični infarkt	0,5	0,6	1,1	0,9	1,3	1,7
Hemoragični infarkt	0,6	0,7	8,0	1,3	2,2	2,4
Srčne aritmije	1,5	2,2	2,2	1,5	2,2	2,2
Spontani splav	1,2	1,8	1,8			

Registrirana poraba čistega alkohola se v Sloveniji v zadnjih letih počasi, vendar zanesljivo zmanjšuje – v Sloveniji je v letu 2005 znašala 8,8 litra/prebivalca (oziroma 10,39 litra na odraslega prebivalca), medtem ko je povprečje v EU 10,3 litra/prebivalca. Največ alkohola Slovenci zaužijemo z vinom (skoraj polovico), sledi mu pivo (40 %), skrb vzbujajoč pa je porast deleža alkohola, zaužitega z žganimi pijačami (Šešok, 2006).

Po raziskavi *Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije 2001* (Zaletel Kragelj in sod., 2004) nekaj več kakor 70 % Slovencev pije alkohol zmerno oziroma preudarno (ženske 10 g ali manj na dan, moški 20 g ali manj na dan), 15 % jih abstinira, skrb vzbujajoče pa je, da ga več kakor 13 % pije čezmerno. Rezultati raziskav ESPAD, ki se izvajajo na štiri leta med dijaki prvih letnikov srednjih šol, so pokazali, da se zmanjšuje delež mladostnikov, ki še nikoli niso pili alkoholnih pijač, in tistih, ki še nikoli niso bili pijani, ter povečuje delež tistih, ki pijejo redno. V omenjenih letih se je odstotek mladostnikov, ki se redno opijajo, povečal s 3,5 na 9 %. Po podatkih raziskave, izvedene med osnovnošolskimi otroki, je 75 % otrok do svojega desetega leta že zaužilo alkoholno pijačo in skoraj polovica osmošolcev je že bila pijana.

Da je poraba alkohola na prebivalca pri nas res visoka, potrjuje večina kazalnikov posledic škodljive rabe alkohola. Slovenija presega države evropske regije in regije Evro-A po standardizirani stopnji umrljivosti za kroničnimi boleznimi jeter in cirozo, za posledicami prometnih nezgod, samomora in samopoškodovanja ter izbranimi alkoholom neposredno pripisljivimi vzroki. Primerjava s sosednjimi državami (Avstrijo, Hrvaško, Italijo in Madžarsko) pokaže, da je bila umrljivost za omenjenimi kazalniki v zadnjih 20 letih le na Madžarskem višja kakor v Sloveniji (podatkovna zbirka HFA 2007).

Umrljivost za izbranimi alkoholom pripisljivimi vzroki se je v obdobju 1985–2005 postopno zniževala. V obdobju 1985–1995 je upadla za 19,7 %, bolj kakor v državah EU-15 in Euro-A (podatkovna zbirka HFA 2007). Leta 2005 je zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov umrlo 499 ljudi (77 % moških), stopnja umrljivosti pa je 27,62 na 100 000 prebivalcev. K prezigodnji umrljivosti, ki jo je mogoče pripisati alkoholu, so v Sloveniji največ prispevale jetrna ciroza in poškodbe. Številke bi bile verjetno še višje, če bi zdravniki dosledno kodirali vzroke, ki so povezani z alkoholom. Prepogosto se alkohol zaradi možnih negativnih socialnih posledic ne zabeleži kot vzrok bolezni, poškodbe ali smrti. Tudi *prezigodnja umrljivost zaradi alkohola pripisljivih vzrokov* se znižuje, kljub temu pa je za 6 do 7 % vseh prezigodnjih smrti (Šešok, 2006, Šešok 2007).

Čeprav se je umrljivost zaradi kroničnih bolezni jeter in ciroze znižala z 39,0/100 000 prebivalcev v obdobju 1985–1995 na 30,0 v obdobju 1996–2005, se Slovenija uvršča med države z visoko umrljivostjo. Pri obeh spolih se je slednja zaradi jetrne ciroze v starosti 24 do 64 let v Sloveniji v 70. in zgodnjih 80. letih zelo zvišala, od tedaj pa stalno upada.

Leta 2004 se je s stopnjo 89,0 *prometne nezgode z udeležbo alkohola* na 100 000 prebivalcev razvrstila na prvo mesto v Evropi (HFA DB 2007). Alkohol je evidentiran kot sekundarni vzrok pri več kakor 9 % vseh prometnih nezgod in več kakor 35 % vseh prometnih nezgod s smrtnim izidom (Šešok 2005, Šešok 2007).

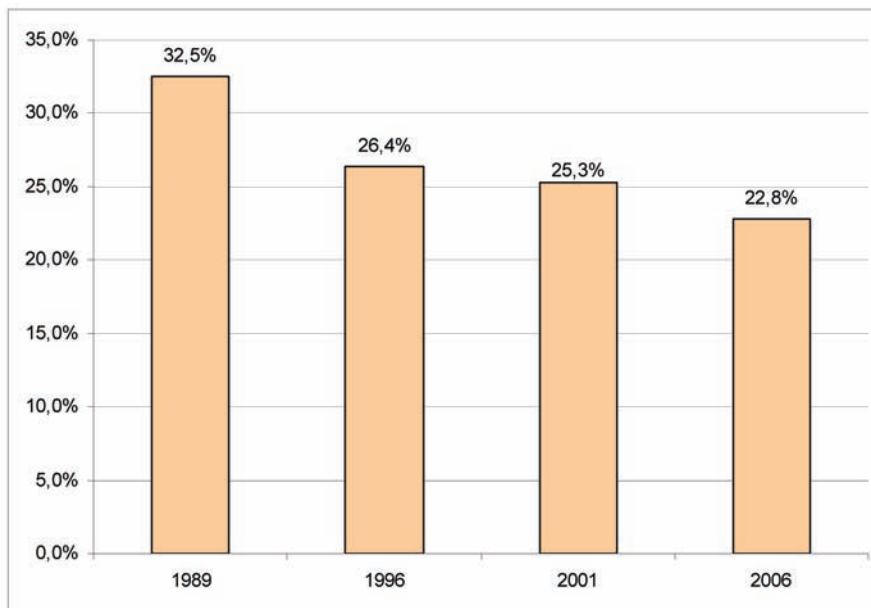
1.7.2 Tobak

Tobak je najpomembnejši preprečljivi vzrok smrti na svetu. Na prvem mestu med vzroki smrti je tudi v Sloveniji z 19,7-odstotnim deležem. Slovenski kadilci, ki umrejo zaradi s kajenjem povzročenih bolezni, v povprečju dočakajo smrt 16 let prej od vrstnikov, ki niso nikoli kadili. Kadilci, ki zaradi s kajenjem povzročenih bolezni umrejo prezgodaj, izgubijo 21 let svojega življenja. Velika večina, to je okoli tri četrtine prebivalcev Slovenije, je nekadilcev.

Delež kadilcev med polnoletnimi prebivalci Slovenije upada. Po podatkih raziskave Slovensko javno mnenje je bilo v letu 1981 med odraslimi prebivalci 32,4 % kadilcev, leta 2001 pa 25,3 %. V letu 2006 je bil delež kadilcev med polnoletnimi prebivalci Slovenije od leta 1981 najnižji, in sicer 22,8 % kadilcev. Med moškimi je delež kadilcev večji in znaša 26,5 %, med ženskami pa je delež kadilk 19,5 %. Redni kadilci v povprečju pokadijo okoli 18 cigaret na dan.

V letu 2006 je bila v Sloveniji izvedena raziskava *Obnašanje v zvezi z zdravjem v šolskem okolju* (HBSC) med všolanimi 11-, 13- in 15-letniki. Primerjava podatkov raziskav HBSC 2002 in HBSC 2006 kaže na statistično značilno zmanjšanje uporabe tobaka pri mladostnikih; statistično značilno je manj prvih poskusov kajenja, nižji je odstotek rednih kadilcev in višja povprečna starost ob prvi pokajeni cigareti. Podatki iz leta 2006 kažejo, da je vsaj eno pokadilo nekaj manj od 9 % 11-letnikov, približno 32 % 13-letnikov in nekaj več od 54 % 15-letnikov. Redni kadilci med mladimi so tisti, ki kadijo vsaj enkrat na teden. V raziskavi HBSC 2006 so redni kadilci prevladovali med 15-letniki, kjer jih je bilo 18 % in kjer jih je večina kadila vsak dan. V povprečju so bili ob kajenju prve cigarete 15-letniki stari 13,23 leta; fantje so pokadili prvo cigareto značilno prej kakor dekleta.

Prikaz 26. Trend deleža kadilcev (Slovensko javno mnenje in Raziskava o obsegu pasivnega kajenja med polnoletnimi prebivalci RS)



1.1.1. Prepovedane droge

V obdobju 1992–2004 je bilo v mreži centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od drog (CPZOPD) v Sloveniji zaradi prepovedanih drog vsako leto obravnavanih več moških kakor žensk v stalnem razmerju 3 : 1. Najnižja povprečna starost vseh obravnavanih je bila 22,4 leta (1998), najvišja pa 27,1 leta (2004). V obdobju 1992–2004 je v mreži CPZOD med evidentiranimi osebami močno prevladoval delež tistih, ki so iskali pomoč zaradi težav z opiaty oziroma heroinom. V obdobju 1992–2004 med prvimi iskalci pomoči v vseh letih v Sloveniji prav tako prevladujejo moški nad ženskami (v približnem razmerju 3 : 1). V celoti gledano na to obdobje v Sloveniji, je bila povprečna starost do

leta 1995 prvič obravnavanih žensk ob vstopu v obravnavo nekoliko višja, od 1996 do 2000 pa se je gibala med 20. in 21. letom ter nato malenkost porasla.

Slovenske uporabnice prepovedanih drog, ki prvič iščejo zdravstveno pomoč, so pri prvi uporabi primarne droge v povprečju stare 18 let in so mlajše v primerjavi z moškimi, ki so povprečju stari 19 let. Povprečna starost ob prvi uporabi katere koli prepovedane droge je za oba spola 16 let. V primerjavi z moškimi so ženske v povprečju mlajše tudi, ko prvič uporabijo primarno drogo ali si prvič vbrizgavajo drogo. Prvo zdravstveno pomoč kakor moški večinoma iščejo zaradi heroina kot primarne droge, opazen pa je porast povpraševanja po zdravljenju zaradi problematične uporabe kanabisa pri ženskah. Medtem ko se delež žensk, ki prvič iščejo zdravstveno pomoč zaradi kanabisa, od leta 1996 povečuje, je pri prvih iskalcih pomoči zaradi heroina z letom 1997 opazno upadanje (88,0 %), ki v letu 2002 doseže najnižji delež (65,9 %) prvih iskalk zdravstvene pomoči zaradi heroina. Trajanje redne uporabe heroina kot glavne droge je pri ženskah v povprečju 19 mesecev, pri moških pa 23 mesecev. Prvo zdravljenje zaradi težav s kokainom kot glavne droge se po posameznih letih pojavlja neenakomerno. V večini gre samo za nekaj primerov, vendar pogosteje pri ženskah. Od 1996 do 2002 je opazen naraščajoči delež žensk, ki prvič prihajajo v CPZOPD zaradi težav s kanabisom kot primarno drogo. Delež moških, prvih iskalcev pomoči v centrih zaradi kanabisa, v obdobju 1991–2002 niha (porast je opazen predvsem v obdobju 1997–2000). Uporaba kanabisa kot primarne droge pred prvim vstopom v program je pri moških 24, pri ženskah pa 16 mesecev. Od prve uporabe kanabisa do vstopa v program v povprečju pri ženski potečejo 3 leta, pri moškem pa 3,2 leta. Čeprav smo opazili padajočo uporabo heroina med prvič evidentiranimi predvsem zaradi kanabisa, manj pa kokaina in sintetičnih drog, imamo še vedno prevladujoč tip uporabnika drog, ki uživa heroin. Več kakor 60 % evidentiranih uporablja več drog hkrati, vsak drugi kanabis, vsak četrti ali peti pa kokain.

Socialnoekonomske značilnosti prvih iskalcev pomoči v obdobju 1992–2004 kažejo, da delež brezposelnih niha, presenetljivo še bolj v zadnjih letih. Delež vključenih v šolanje je sorazmerno visok (najnižji 23,1 % leta 1996 in najvišji 47,2 % leta 2002) in še narašča, kar lahko povezujemo z razmeroma nizko povprečno starostjo prvih iskalcev pomoči. Delež problematičnih uporabnikov drog, prvih iskalcev pomoči z nizko stopnjo izobrazbe, v obdobju 1992–2004 predstavlja tudi do polovico in več prvih iskalcev pomoči (največ 58,8 % leta 1997), še posebno od 1996 do 2000 in od 2002 do 2004.

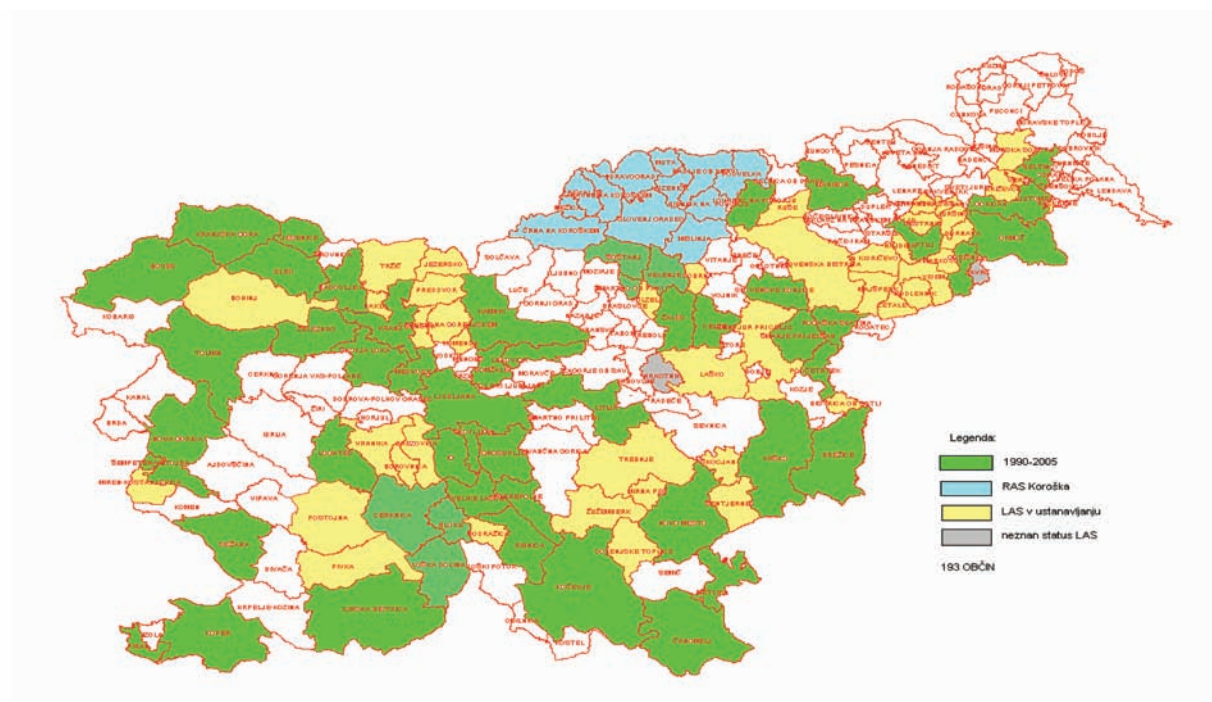
Delež prvič evidentiranih v CPZOPD v obdobju 1992–2004 v Sloveniji je vseskozi največji v osrednjeslovenski regiji, ki ji sledi obalno-kraška.

Glavni trendi med prvimi iskalci zdravstvene pomoči zaradi težav z drogami v obdobju 1996–2003 v Sloveniji:

1. deleži zaradi heroina kot glavne droge rahlo upadajo, a še vedno prevladujejo;
2. deleži zaradi kanabisa kot glavne droge so v porastu, razen padca v letu 2003;
3. delež trenutnega vbrizgavanja droge upada;
4. delež souporabe igel in pribora za vbrizgavanje upada;
5. delež uporabnikov kondomov za bolj zaščitene spolne odnose raste;
6. delež kombinirane uporabe drog raste.

Glede na izobrazbo in zaposlitveni status uporabnikov drog je 44,4 % od njih imelo osnovno ali nižjo izobrazbeno stopnjo, 55,7 % je bilo brezposelnih, ena četrtina (25,9 %) se jih je še vedno izobraževala; 1,2 % tistih, ki so iskali pomoč, je bilo brezdomcev.

Prikaz 27. Mreža lokalnih akcijskih skupin (stanje konec leta 2005). Vir: Poročilo s področja prepo-vedanih drog v Republiki Sloveniji



1.7.4 Prehrana in prehranjevalne navade

Zdravje prebivalstva je odvisno od razvitosti zdravstvenega varstva v državi in od življenjskega sloga, ki ga določajo predvsem socialne in ekonomske življenjske razmere. Državni zbor RS je za izboljšanje stanja glede prehrane leta 2005 sprejel Resolucijo o nacionalnem programu prehranske politike 2005–2010. Zasnovana je celovito in obsega tri stebre: varnost hrane/živil, zdravo in uravnoteženo prehranjevanje ter zagotavljanje oskrbe z živili s poudarkom na lokalni trajnostni oskrbi.

Prehranjevalne navade velikega dela prebivalcev Slovenije so namreč slabe. Pojemo preveč maščob, sladkih izdelkov in soljene hrane, premalo pa sadja in zelenjave. Tudi število dnevnih obrokov in ritem prehranjevanja povprečnega prebivalca nista ustrezna. Po izsledkih nacionalne raziskave (CINDI, 2004) se v Sloveniji zdravo in pretežno zdravo prehranjuje le 23 % ljudi. Posebno ogrožene skupine so moški, ljudje iz nižjih družbenih slojev, z nižjo izobrazbo, zaposleni ter prebivalci iz vaškega okolja in vzhodnega dela Slovenije.

Poleg tega se zaradi obsežnega prehranjevanja zunaj doma zmanjšuje poraba živil v gospodinjstvih, narašča pa delež porabe polpripravljenih in povsem pripravljenih živil oziroma jedi, kar je značilno zlasti za gospodinjstva z mlajšim, bolj izobraženim nosilcem ter gospodinjstva z otroki in višjim dohodkom (Gregorič in sod., 2005).

Raziskava o obnašanju v zvezi z zdravjem v šolskem obdobju (2002, 2006) kaže, da otroci in mladostniki sadja in zelenjave še vedno ne uživajo redno vsak dan – to navado ima le polovica deklet in tretjina fantov. Uživanje sadja in zelenjave s starostjo upada. Med skupinami z različnim socialnoekonomskim statusom so statistično pomembne razlike, saj večkrat na dan uživa sadje in zelenjavo več otrok iz družin z višjim socialnoekonomskim statusom. Razveseljivo je, da v letu 2006 v primerjavi z letom 2002 več otrok in mladostnikov uživa sadje vsak dan. Manj vseh pa jim je zelenjava, saj se je število tistih, ki posegajo po njej redno, zmanjšalo v primerjavi z letom 2002. Velik delež otrok uživa sladkarije in sladkane pijače vsak dan.

Tudi z zajtrkovalnimi navadami šolskih otrok ne moremo biti povsem zadovoljni, saj jih med tednom redno opušča zajtrk dobra tretjina, medtem ko ga redno uživa prav tako tretjina – dekleta ga opuščajo pogostejše od fantov. Odnos do telesne teže je ena od kategorij, pri kateri so slovenski otroci in mladostniki posebno izpostavljeni, tudi v primerjavi z vrstniki iz drugih držav. Podatki kažejo, da se

predvsem dekleta zaznavajo v velikem deležu kot malce predebela, še zlasti tista iz družin z nižjim socialnoekonomskim statusom. Tovrstna zaznava pri dekletih narašča s starostjo. Veliko je bilo v preteklih letih že narejenega za zmanjševanje obremenjenosti z idealno vitkostjo, kaže pa, da bo treba tovrstno prizadevanje nadaljevati. Skoraj petina deklet in desetina fantov je imela namreč ob anketi tako ali drugačno dieto. Dekleta se pogosteje od fantov odločajo za hujšanje, pri čemer so oblike različne: predvsem zmanjšujejo obroke hrane ali se jim celo odpovedujejo. Fantje pa se posvečajo pospešeni telesni dejavnosti. Številne možnosti za izboljšanje stanja izhajajo tudi iz slovenske raziskave o prehrani doječih mater, ki kaže, da mladim mamam v prehrani primanjkujejo nekateri vitamini (A, C, D, E in folna kislina) in nekateri elementi (magnezij, železo in jod), pomemben vir za večino le-teh pa sta prav sadje in zelenjava (Širca Čampa in sod., 2003).

Slovenija je ena od držav, v katerih je primanjkuje joda v vodi in hrani, od tod tudi golšavost v nekaterih geografskih predelih. V letih 1991 do 1994 je bila izvedena epidemiološka študija, ki je zajela 50 šol na območju Slovenije. Pri 79 % pregledanih otrok je bila potrjena povečana ščitnica. Kljub uvedbi jodiranja leta 1953 je bilo na podlagi teh in še nekaterih podatkov ugotovljeno, da je vnos joda pod fiziološkimi mejami in da je Slovenija uvrščena na endemsko območje I. stopnje. Zato od leta 1999 obvezno jodiramo sol za prehrano ljudi in živali z 20–30 mg kalijevega jodida na kg soli. Prvi objavljeni podatki raziskave Pediatrične klinike v Ljubljani iz leta 2005 kažejo, da je Sloveniji uspelo zatreti golšavost na svojem ozemlju.

Država v vrčevskem in šolskem sistemu omogoča zdravo prehranjevanje otrok z različnimi mehanizmi. Na podlagi strategije prehranske politike je Ministrstvo za zdravje izdalo Smernice zdravega prehranjevanja v vzgojno-izobraževalnih ustanovah z izborom jedilnikov. Skupaj z Ministrstvom za šolstvo in šport in Ministrstvom za kmetijstvo, gozdarstvo in prehrano pa sodeluje pri pripravi meril kakovosti za javno naročanje hrane v vzgojno-izobraževalnih ustanovah. Vsaka šola mora po šolskih predpisih organizirati za otroke vsaj en obrok hrane na dan. V okviru obveznega osnovnošolskega izobraževanja šolsko malico v določenem obsegu sofinancira država. Poseben uspeh je bil dosežen s projektom *Jabolko v šoli*, s katerim se je Ministrstvo za šolstvo in šport leta 2004 odločilo podpreti izbrane šole, ki želijo povečati ponudbo sadja za učence in dijake. Najpomembnejše ugotovljene spremembe so: med učenci in dijaki se je povečala poraba jabolk in priljubljenost tega sadja je narasla. Med učenci in dijaki se je povečalo zavedanje o pomenu zdrave prehrane, pa tudi ekološka ozaveščenost in znanje o ravnanju z odpadki.

Slovenija je pridružena skupini Salt Action Network Svetovne zdravstvene organizacije (SZO), tako pa sledi usmeritvam Evropske skupnosti in SZO. Člani skupine skrbijo za izmenjavo informacij in izkušenj ter gradiva v povezavi z zniževanjem vsebnosti soli v prehranskih izdelkih. Prav tako dejavno sodelujejo v SZO za ureditev trženja nezdrave hrane otrokom in v skupini za spremljanje debelosti pri otrocih.

1.7.5 Telesna dejavnost

Telesna dejavnost je za vsakega prebivalca Slovenije eden najpomembnejših dejavnikov za varovanje zdravja. Študije o telesni/gibalni dejavnosti otrok in mladostnikov, pa tudi odraslih kažejo, da smo v Sloveniji premalo telesno dejavni.

Študija Svetovne zdravstvene organizacije *Obnašanje v zvezi z zdravjem v šolskem obdobju* (Health Behaviour in School-Aged Children: a WHO Cross-National Study), ki je bila v Sloveniji izvedena leta 2002 med 4500 naključno izbranimi učenci in dijaki 5. in 7. razreda osemletke ter 8. razreda devetletke, ugotavlja, da je v celotnem vzorcu le 40,8 % mladih telesno dovolj dejavnih za zaščito svojega zdravja. Glede na priporočila WHO in metodologijo raziskave to pomeni, da so telesno dejavni (hoja, igra, šolske dejavnosti, ples, šport) vsaj 60 minut večino dni v tednu. Med mladimi gibalna/športna dejavnost s starostjo upada. Že pri 11 letih je zanimanja za telesno dejavnost manj, posebno med dekleti. Pri 15 letih le 40 % fantov in le še 24 % deklet dosega priporočeno raven telesne dejavnosti z vidika varovanja zdravja. Najnovejša študija HBSC je bila v Sloveniji izvedena leta 2006 na vzorcu 5130 otrok in mladostnikov, starih 11, 13 in 15 let. Primerjava rezultatov raziskav HBSC 2002 in HBSC 2006 kaže na upadanje telesne dejavnosti med mladimi. Med dekleti in tudi med fanti je bilo leta 2006, v primerjavi s stanjem pred štirimi leti, več tistih, ki v tednu pred anketiranjem sploh niso bili telesno dejavni, in manj tistih, ki so bili v enem tednu telesno dejavni vsak dan vsaj eno uro skupaj. Od leta 2002 do leta 2006 je delež telesno nedejavnih fantov narasel z 2,9 % na 3,2 %. Delež telesno nedejavnih deklet pa se je v zadnjih štirih letih dvignil s 3,8 % na 5 %. Delež fantov, ki so bili telesno

dejavni vsak dan v tednu pred odgovarjanjem na anketo, se je od leta 2002 do leta 2006 znižal z 29 % na 21,9 %, pri dekletih pa s 16,4 % na le 13,3 %.

Tudi odrasli prebivalci Slovenije so premalo telesno dejavni za zaščito svojega zdravja. Raziskava *Gibalna/športna aktivnost za zdravje* (CINDI 2002/03) ugotavlja, da je med odraslimi, starimi 25 do 65 let, 32,4 % zadosti telesno (gibalno) dejavnih in 16,8 % nič telesno (gibalno) dejavnih. Metodologija raziskave določa, da so zadosti telesno dejavni tisti, ki so zmerno telesno (gibalno) dejavni pet in več dni v tednu. Študije Fakultete za šport o gibalni/športni dejavnosti odraslih v Sloveniji ugotavljajo, da se leta 1996 polovica od teh sploh ni ukvarjala s športom. Podatki za leto 2000 opozarjajo na poslabšanje stanja na tem področju. Leta 2000 je bilo gibalno/športno nedejavnih 44,1 % moških in 63,2 % žensk. S starostjo gibalna/športna dejavnost še bolj upada.

Slovenija je v letu 2007 dobila ključni nacionalni dokument, ki zadeva spodbujanje telesne dejavnosti za zdravje – *Strategijo Vlade RS na področju telesne (gibalne) dejavnosti za krepitev zdravja od 2007 do 2012*. Pripravilo jo je Ministrstvo za zdravje v sodelovanju z Ministrstvom za šolstvo in šport ter drugimi resorji, sprejeta pa je bila na 102. redni seji vlade 7. marca 2007.

Prednostni cilji te strategije so usmerjeni v spodbujanje vseh oblik rednega gibanja in telesne vadbe za zdravje med vsemi skupinami prebivalstva. Poseben poudarek je dan posebnim ciljnim skupinam, kakršni so: otroci in mladostniki, odrasli, starejši, nosečnice, družine, osebe z invalidnostjo in delavci v delovnem okolju.

1.8 Okolje in zdravje

Eden od ključnih pogojev za ohranjanje in krepitev zdravja ter preprečevanje bolezni je zdravo okolje. Pomembne naloge javnozdravstvenih institucij so proučevanje povezave med negativnimi dejavniki okolja in njihovimi učinki na zdravje ljudi, da se čim prej prepoznajo tveganja, ki obstajajo na tem področju, ter pripravijo ukrepi in postopki za njihovo odstranitev, tako pa zaščita zdravja ljudi. Dejavniki tveganja so vezani na segmente iz širšega okolja, kakršni so: atmosferski zrak, voda in zemlja; na živila, vključno s pitno vodo, in predmete splošne rabe, s katerimi smo v neposrednem stiku oziroma predstavljajo pomemben doprinos k ožjemu bivalnemu okolju.

Zdravstvene posledice številnih okoljskih dejavnikov tveganja nastanejo zaradi zelo kompleksnih povezav in so zato še vedno zelo slabo poznane. *Evropski akcijski načrt okolja in zdravja 2004–2010* postavlja tri glavna področja: izboljšanje informacijske verige za razumevanje povezav med izvori onesnaženja in njihovimi učinki na zdravje, okrepitev raziskovalne dejavnosti in zapolnitev vrzeli v znanju o vplivih dejavnikov okolja na zdravje ter revizija politike na tem področju in izboljšanje komunikacije. Učinki okolja na občutljivejše skupine prebivalstva so še zlasti pomembni. Evropska strategija postavlja v ospredje zaščito otrok, saj je njihova izpostavljenost in dovzetnost za negativne dejavnike okolja lahko večja kakor pri odraslih. Izziv in dolžnost je izvajati pravico otrok, da odraščajo in živijo v zdravem okolju, kar je zapisano v *Evropski konvenciji o pravicah otrok*.

V naslednjem srednjeročnem obdobju so v Sloveniji prednostna področja: razvoj okoljskih zdravstvenih kazalnikov, razvoj integriranega spremljanja stanja v okolju, vključno z žvili, pitno vodo in predmeti splošne rabe, kar bo omogočilo opredelitev bistvene izpostavljenosti ljudi, razvoj metodološkega sistema za analizo interakcij med okoljem in zdravjem, zagotovitev, da so morebitni dejavniki tveganja okolja na zdravje pravočasno prepoznani, obravnavani in obvladovani, usposabljanje in izobraževanje strokovnjakov o novih prijemih pri obvladovanju dejavnikov tveganja za zdravje ter obveščanje strokovne in laične javnosti.

Zagotavljanje varne hrane je odgovornost vseh členov v prehranski verigi, vključujoč potrošnike. Za varnost hrane morajo poskrbeti nosilci živilskih dejavnosti in država (zakonodaja, zdravstvene službe, izobraževanje). Načelo obvladovanja dejavnikov tveganja *od njive do mize*, ki je v Sloveniji že vzpostavljeno, je treba izpopolnjevati in dopolnjevati z močnejšimi povezavami med posameznimi deležniki.

Razmeroma velik delež žvil prihaja iz držav tretjega sveta. Glede analiz je treba posvetiti večjo pozornost živilom, ki prihajajo iz držav nečlanic EU, predvsem iz držav brez predpisanih nadzornih

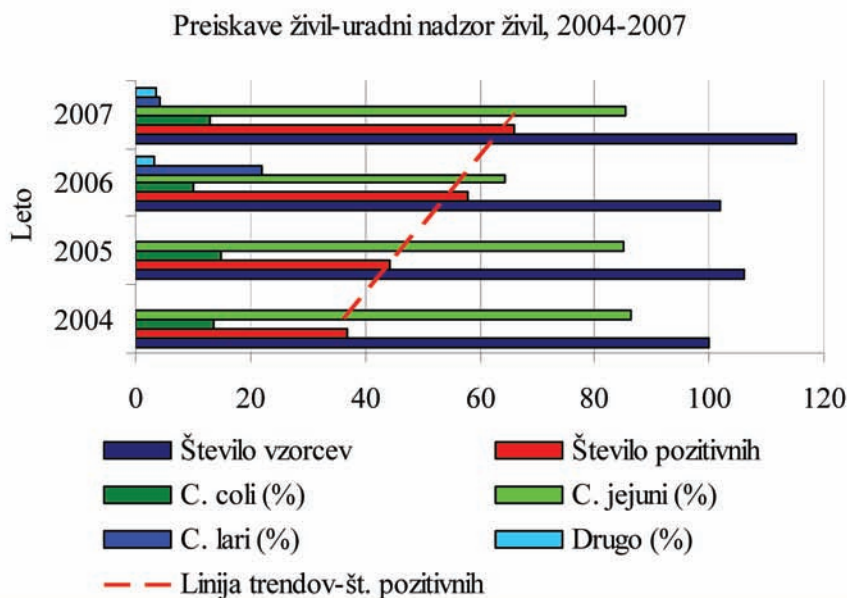
postopkov v sistemih notranjega nadzora, ki temeljijo na načelih HACCP, kar je v EU zakonska obveza. Nujno je imenovanje nacionalnih javnozdravstvenih in referenčnih laboratorijev za posamezna področja dela. Tako bo omogočeno sodelovanje z referenčnimi laboratoriji EU in uradnimi nacionalnimi laboratoriji. Izpolnjena bo zahteva EU glede izvajanja uradnega nadzora, ki predpisuje, da na področjih, kjer v EU delujejo referenčni laboratoriji Skupnosti, država članica določi nacionalni referenčni laboratorij.

Eden najpomembnejših ciljev je zagotavljanje in uveljavljanje kemijske varnosti, vključno s sistemom hitrega obveščanja za predmete splošne rabe (RAPEX), s katerim poskuša Evropska komisija zagotoviti hiter pretok informacij o nevarnih neživilskih proizvodih, ki jih odkrijejo na trgu oziroma pri uvozu v države članice. V letu 2006 so te priglasile 924 proizvodov, od teh Slovenija devet, ki so predstavljali tveganje za zdravje potrošnikov, v naslednjih kategorijah: za poškodbe 25 %, za električni šok 24 %, za požar in opekline 18 %, za davljenje in zadušitev 14 %, za kemijsko tveganje 9 % in za preostalo tveganje (poškodbe vida in sluha, eksplozije, akutne zastrupitve, alergije) 10 %. Največ priglasitev je bilo v zvezi z oporečnimi igračami (24 %), sledile so električne naprave (19 %), svetila (11 %), kozmetika (5 %), drugo, na primer pohištvo, športna oprema, oblačila in okrasni predmeti (27 %). V slabi polovici primerov so bili oporečni proizvodi umaknjeni s trga prostovoljno, pri 57 % pa so bili potrebni ukrepi pristojnih inštitucij v posameznih državah članicah: prepoved prodaje, umik s trga oziroma odpoklic. Materiali, namenjeni stiku z živili, pri tem niso vključeni, saj poteka javljanje tovrstnih oporečnih materialov po sistemu hitrega obveščanja za živila in krmo (RASFF).

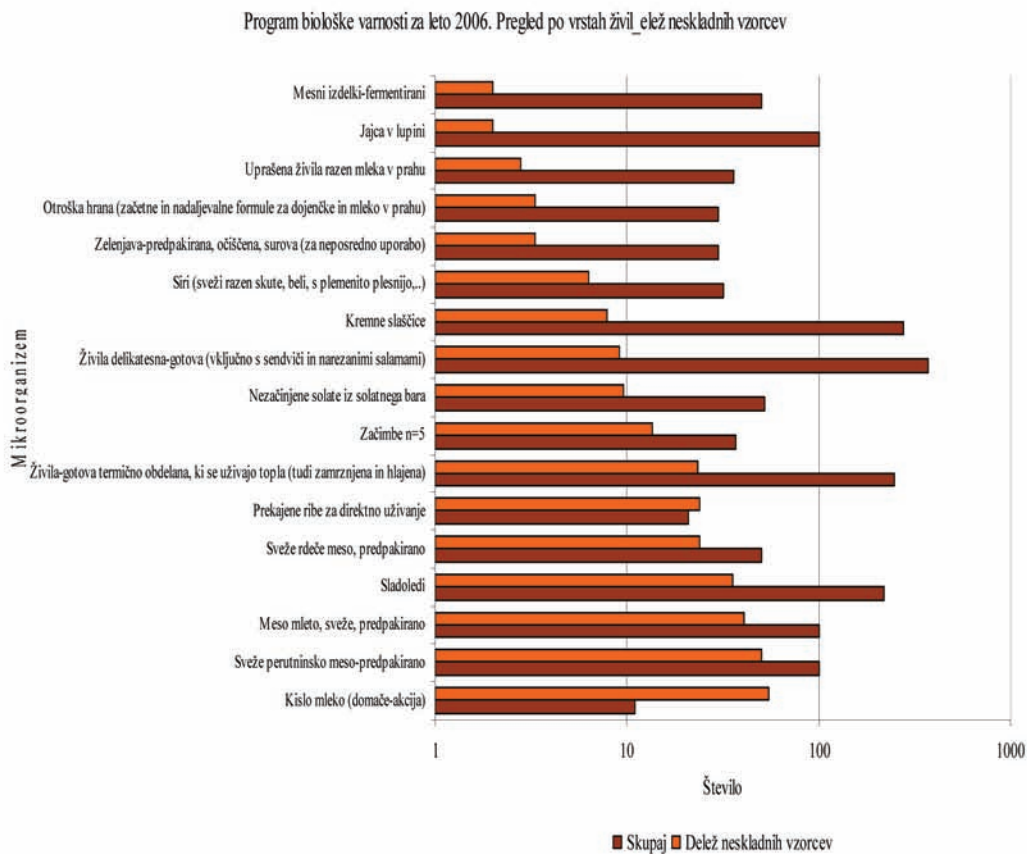
Problematika podnebnih sprememb kot sestavni del vplivov na okolje postaja vse pomembnejša. Te spremembe že na različne načine vplivajo na zdravje: v letu 2003 je Evropa doživela najmočnejši vročinski val, leto poprej je v 15 večjih poplavih umrlo 250 ljudi in en milijon jih je bilo prizadetih. Zdravje ljudi je odvisno predvsem od zadostne količine in zdravstveno ustrezne pitne vode in hrane, ustrezne nastanitve in dobrih socialnih razmer. Spreminjajoče podnebje bo verjetno vplivalo na vse te dejavnike. Študije kažejo, da lahko pričakujemo večjo pogostost in moč izrednih vremenskih dogodkov, posebno vročinskih valov, suše in padavin, posledično pa več bolezni, povezanih s hrano in vodo, bolezni, ki jih prenašajo različni prenašalci – vektorji, in več alergijskih težav v Evropi.

Slikovna predstavitev nekaterih podatkov s področij okolja in zdravja je prikazana v prikazih 28 do 31.

Prikaz 28. Rezultati preiskav živil v okviru programa uradnega nadzora v letih od 2004–2007. Preiskave živil zaradi ugotavljanja kampilobakterja. Vir: IVZ RS, 2007



Prikaz 29. Biološka varnost živil v letu 2006: pregled po vrstah živil in delež neskladnih vzorcev. Vir: IVZ RS, 2007



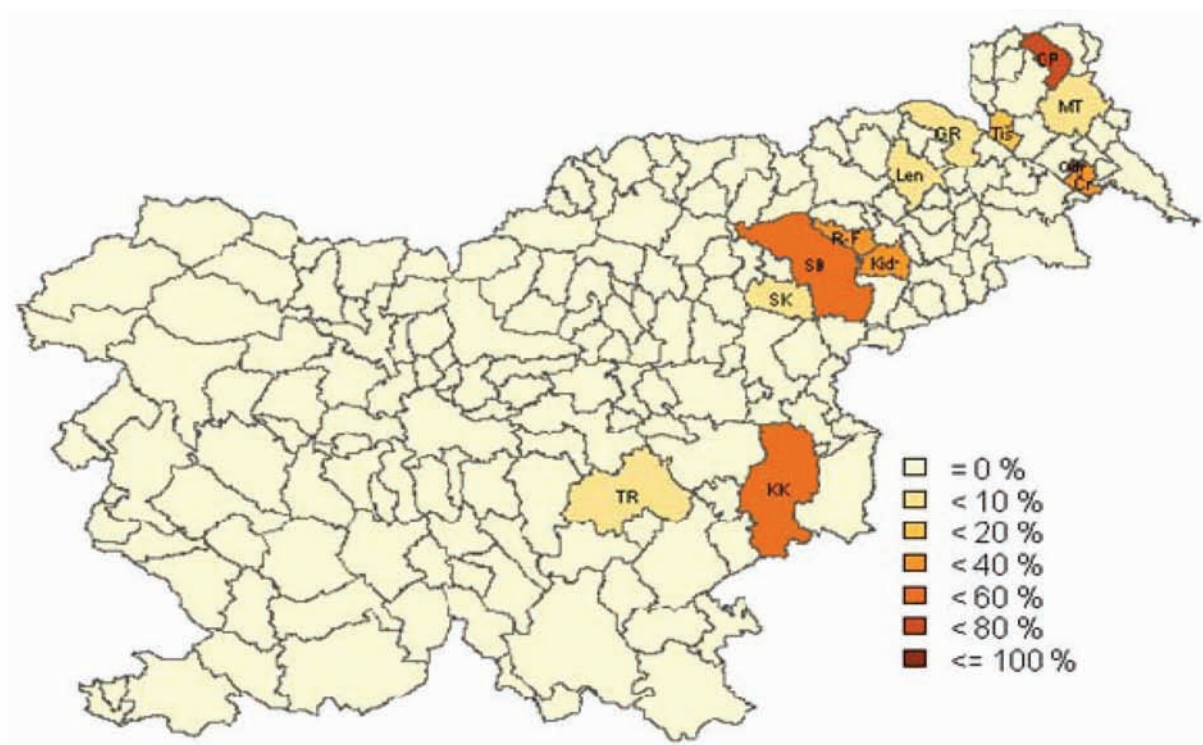
Prikaz 30. Kemijsko onesnaženje pitne vode v letu 2006 – izpostavljeni delež prebivalcev po občinah (IVZ RS):

Arzenu – 1 700 prebivalcev

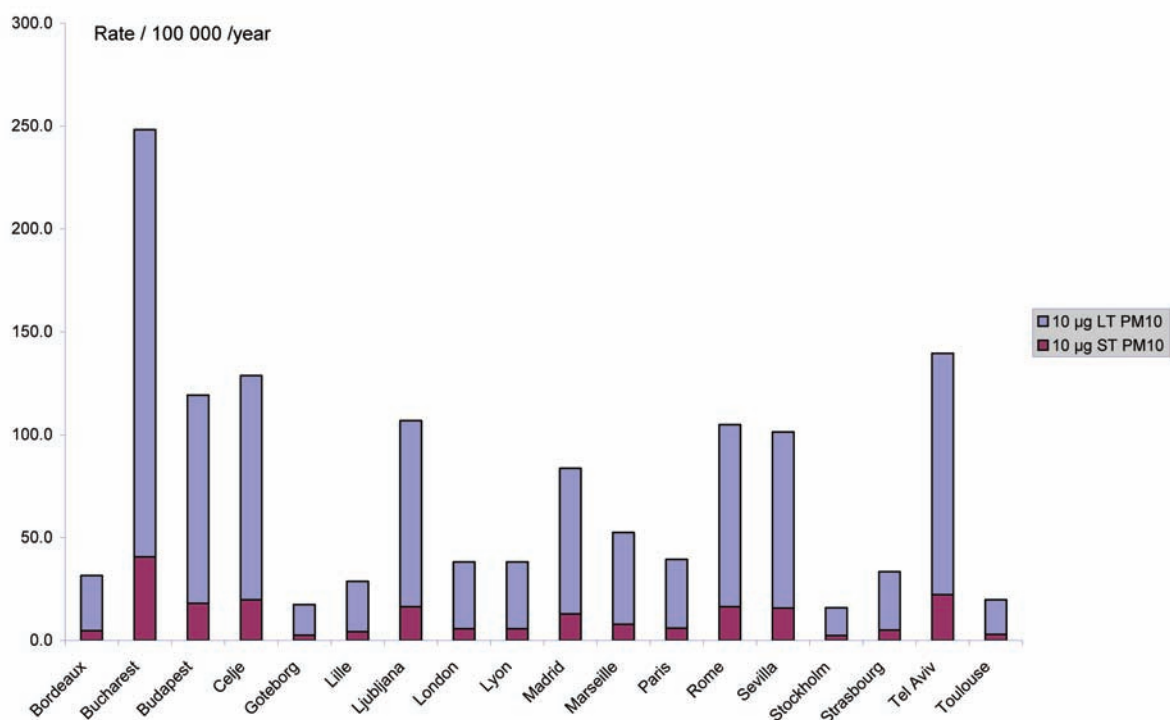
Nitratom – 34 300 prebivalcev

Pesticidom – 37 000 prebivalcev

Skupno kemikalijam – cca 40 000 prebivalcev



Prikaz 31. Število umrlih v velikih mestih Evrope zaradi dolgotrajne izpostavljenosti trenutni stopnji onesnaženosti s prašnimi delci PM 10 v letu 2003. Vir: IVZ RS – poročilo mednarodnega projekta APHEIS



Priloga 2

Prikaz 32. Zdravstveni delavci in sodelavci po zdravstvenih regijah 2007

Naziv poklicne skupine	Zdravstvene regije									Skupna vsota
	Celje	Gorica	Koper	Kranj	Ljubljana	Maribor	Murska Sobota	Novo mesto	Ravne	
BABICA	23	5	16	7	29	11	2	5	12	110
BIOLOG	11	5	6	13	79	19	5	3	2	143
BOLNIČAR	1		1				9	8		19
DEFEKTOLOG	4	3	2	3	52	12	3	3	1	83
DENTIST	4		3		2	12	1		1	23
DIPL. MED. SESTRA/ ZDRAVSTVENIK	277	75	85	117	454	344	114	133	82	1681
DIPL.BABICA/BABIČAR	4	9	7	10	16	2	8	6	2	64
DIPL.DELOVNI TERAPEVT	12	13	6	7	80	25	5	3	1	152
DIPL.FIZIOTERAPEVT	39	23	9	24	98	40	8	13	6	260
DIPL.INŽ.LABORATORIJSKE BIOMEDICINE	10	1	6	11	22	2	5	10	1	68
DIPL.INŽ.ORTOTIKE IN PROTETIKE					18					18
DIPL.RADIOLOŠKI INŽENIR	17	4	17	16	70	16	4	12	8	164
DIPLOMIRANI SANITARNI INŽENIR	10	5	5	14	23		3	4	1	65
EKONOMIST	27	15	5	13	49	38	18	10	6	181
FARMACEVT	121	53	70	93	417	122	60	54	27	1017
FARMACEVTSKI TEHNIK	74	22	25	56	221	81	40	40	19	578
FIZIK					15	4				19
INŽ.ELEKTROTEHNIKE	2		1		24	9	1			37
INŽENIR FARMACIJE	7	4	4	11	36	4		4	1	71
INŽENIR MEDICINSKE BIOKEMIJE	2	2	1	1	4	2		1	1	14
INŽENIR ORTOTIKE IN PROTETIKE	2				4	1		1	1	9
INŽENIR RADIOLOGIJE	33	16	18	19	150	41	16	11	8	312
INŽENIR ZOBNE PROTETIKE	1	1	4		4		2		1	13
KEMIJSKI TEHNOLOG	10	5	6	12	19	23		2	2	79
LABORATORIJSKI TEHNIK	73	33	48	55	327	78	24	41	17	696
LOGOPED	3	2	17	4	13	13	1	1	3	57
MATEMATIK	1				6					7
ORG.DELA V ZDRAVSTVU	7		1	4	44	6		4		66
ORGANIZATOR DELA (DRUGE SMERI)	8	4	1	11	32	7	9	5		77
DRUGO	105	23	24	38	564	49	16	26	1	846
PRAVNIK	10	5	1	4	19	13	4	2	2	60
PROF.ZDRAVSTVENE VZGOJE	6	4		8	16	1	2	4		41
PROFESOR	11			4	48	3		1	1	68
PSIHOLOG	15	4	6	16	93	31	7	6	5	183
SANITARNI INŽENIR / VIŠJI SANITARNI TEHNIK	4	7	9	7	47	13	9	7	4	107
SOCIALNI DELAVEC	6	3	4	6	38	20	6	5	4	92
TEHNIK ZDRAVSTVENE NEGE	1487	608	792	886	4058	1797	734	648	433	11443
VETERINAR	1	1	1	1	8	3	1	1		17
VIŠJA MEDICINSKA SESTRA / VIŠJI ZDRAVSTVENI TEHNIK	217	116	123	130	932	270	53	75	46	1962
VIŠJI DELOVNI TERAPEVT	23	6	7	22	79	18	3	7	4	169
VIŠJI FIZIOTERAPEVT	132	36	63	41	267	89	29	47	17	721
VIŠJI LABORATORIJSKI TEHNIK	8	2	9		14	17	1	6	1	58
VIŠJI ZOBNI TEHNIK		2	1	1	2					6
ZDRAVNIK	538	207	287	325	2178	728	202	270	138	4873

Zdravstvene regije										
Naziv poklicne skupine	Celje	Gorica	Koper	Kranj	Ljubljana	Maribor	Murska Sobota	Novo mesto	Ravne	Skupna vsota
ZOBOTEHNIK	78	47	54	72	276	108	39	55	24	753
ZOBOZDRAVNIK										
(ZOBOZDRAVNIK)	155	83	86	108	450	178	58	70	43	1231
ŽIVILSKI TEHNOLOG	1			1	2		3	2		9
Skupna vsota	3580	1454	1831	2171	11399	4250	1505	1606	926	28722

Vir: IVZ, Evidenca gibanja zdravstvenih delavcev in mreža zdravstvenih zavodov – BPI (IVZ 16), 2007

Prikaz 33. Članstvo ZZS za leto 2007

ČLANSTVO ZDRAVNIŠKE ZBORNICE SLOVENIJE Vir: Register ZZS 31. 3. 2007	ZAPOSLENI V ZDRAVNIŠKI SLUŽBI											
	Bolnišnica	Zdravstveni dom	Zasebni sektor s koncesijo	Zdravilišče	Posebni socialni zavod	ZZZS-letni načrt t	JMZ	od tega specializanti	Zasebni sektor brez koncesije	od tega specializanti	Aktivni v zdravni- ški službi	od tega specializanti
SKUPAJ	2432	1722	1186	52	5	656	6053	1078	191	1	6244	1079
Zdravniki skupaj	2141	1199	588	52	5	641	4626	1052	40		4666	1052
Abdominalna kirurgija	2					4	6	6			6	6
Anatomska patologija in citopatologija	32	1				10	43	12			43	12
Anesteziologija, reanim. in perioperativna med.	233	4	4			23	264	47	1		265	47
Dermatovenerologija	30	6	12	2		14	64	15	2		66	15
Družinska medicina	5	529	195	1		81	811	239			811	239
Fizikalna in rehabilitacijska medicina	37	8	4	25	1	14	89	19	2		91	19
Gastroenterologija	2		1			3	6	4			6	4
Ginekologija in porodništvo	158	70	43	1		43	315	63	2		317	63
Infektologija	34	4				9	47	13			47	13
Interna medicina	462	37	70	14		95	678	144	3		681	144
Internistična onkologija	5					8	13	12			13	12
Javno zdravje	5	7	1			3	16	7			16	7
Kardiovaskularna kirurgija	3					6	9	9			9	9
Klinična genetika	1					2	3	3			3	3
Klinična mikrobiologija	6	1				1	8	2			8	2
Maksilofacialna kirurgija	10		3			5	18	5			18	5
Medicina dela, prometa in športa	9	99	28				136	13	16		152	13
Nefrologija						5	5	5			5	5
Nevrokirurgija	16					3	19	4			19	4
Nevrologija	72	1	7			17	97	23			97	23
Nevropsihiatrija							0	0			0	0
Nuklearna medicina	10					4	14	4			14	4
Oftalmologija	61	17	33			18	129	24	2		131	24
Onkologija z radioterapijo	25					9	34	11			34	11
Ortopedska kirurgija	77	2	6	1		17	103	20	1		104	20
Otorinolaringologija	56	6	8			15	85	19			85	19
Otroška in mladostniška psihiatrija	7	8	8			4	27	4			27	4
Pedriatrija	162	204	55	3	3	74	501	106			501	106
Plastična, rekonstrukcijska in estetska kirurgija	18		4			7	29	12	1		30	12
Pnevmologija	8					18	26	23			26	23

ČLANSTVO ZDRAVNIŠKE ZBORNICE SLOVENIJE Vir: Register ZZS 31. 3. 2007	ZAPOSLENI V ZDRAVNIŠKI SLUŽBI											
	Bolnišnica	Zdravstveni dom	Zasebni sektor s koncesijo	Zdravilišče	Posebni socialni zavod	ZZZS-letni načrt t	JMZ	od tega specializanti	Zasebni sektor brez koncesije	od tega specializanti	Aktivni v zdravni- ški službi	od tega specializanti
Psihiatrija	117	21	35	1		35	209	43	2		211	43
Radiologija	111	13	16	2		27	169	37	1		170	37
Revmatologija						2	2	2			2	2
Sodna medicina	4						4	0			4	0
Splošna kirurgija	269	1	11			44	325	57	4		329	57
Splošna medicina - nespecialist	13	160	43	2	1	1	220	1	3		223	1
Torakalna kirurgija	2					2	4	4			4	4
Transfuzijska medicina	17					4	21	6			21	6
Travmatologija	20					5	25	22			25	22
Urologija	43		1			9	53	12			53	12
Zobozdravniki skupaj	23	503	597			15	1138	26	151	1	1289	27
Čeljustna in zobna ortopedija	2	30	38			4	74	8	4		78	8
Dentalna medicina	3	439	519				961	0	134		1095	0
Oralna kirurgija	1	2	13			4	20	6	2		22	6
Otroško in preventivno zobozdravstvo	3	24	1			2	30	3			30	3
Stomatološka protetika	4	5	12			3	24	4	5	1	29	5
Zobne bolezni in endod. / Parodontologija	10	3	14				27	5	6		35	5
Drugi skupaj	268	20	1				289	0			289	0
Častni član							0	0			0	0
Diplomatni, nezaključeni sekundarij, zaključeni sekundarij	3		1				4	0			4	0
Mladi raziskovalec	3						3	0			3	0
Pripravnik zobozdravnik		20					20	0			20	0
Sekundarij	262						262	0			262	0
Tujci v postopku pridobitve licence							0	0			0	0

Vir: ZZS

Prikaz 34. Zasebniki s koncesijo ter zaposleni v podjetjih s koncesijo in pri zasebnikih s koncesijo

		vrsta ustanove	vrsta ustanove	vrsta ustanove	
	status zaposlitve	Podjetje s koncesijo	Zaposlen pri zasebniku s koncesijo	Zasebnik s koncesijo	Skup.
stomatolog	stomatolog	97	20	412	529
splošni zdravnik	splošni zdravnik	2	1	36	39
Anesteziologija, reanimatologija in perioperativna medicina	specialist	4			4
Anesteziologija, reanimatologija in perioperativna medicina skupno		4			4
Čeljustna in zobna ortopedija	specialist	13	1	21	35
	specializant	2		1	3
	stomatolog	5	1	3	9
Čeljustna in zobna ortopedija skupno		20	2	25	47
Dermatovenerologija	specialist	5		8	13

		vrsta ustanove	vrsta ustanove	vrsta ustanove	
	<i>status zaposlitve</i>	<i>Podjetje s koncesijo</i>	<i>Zaposlen pri zasebniku s koncesijo</i>	<i>Zasebnik s koncesijo</i>	<i>Skup.</i>
Dermatovenerologija skupno		5		8	13
Družinska medicina	specialist	33	1	151	185
	specializant	3		23	26
	splošni zdravnik	1		3	4
Družinska medicina skupno		37	1	177	215
Fizikalna in rehabilitacijska medicina	specialist	3		2	5
Fizikalna in rehabilitacijska medicina skupno		3		2	5
Gastroenterologija	specialist	1			1
Gastroenterologija skupno		1			1
Ginekologija in porodništvo	specialist	8		35	43
	specializant	1			1
Ginekologija in porodništvo skupno		9		35	44
Interna medicina	specialist	37		42	78
	specializant	1			1
Interna medicina skupno		38		42	79
Javno zdravje	specialist			1	1
Javno zdravje skupno				1	1
Maksilofacialna kirurgija	specialist	3		2	5
	stomatolog		1	1	2
Maksilofacialna kirurgija skupno		3	1	3	7
Medicina dela, prometa in športa	specialist	18		15	33
	specializant	1		1	2
	splošni zdravnik	1			1
Medicina dela, prometa in športa skupno		20		16	36
Nevrologija	specialist	4		3	7
Nevrologija skupno		4		3	7
Nevropsihiatrija	specialist	1		3	4
Nevropsihiatrija skupno		1		3	4
Oftalmologija	specialist	18		19	37
	specializant	1			1
Oftalmologija skupno		19		19	38
Oralna kirurgija	specialist	5		5	10
	specializant	1		1	2
	stomatolog			3	3
Oralna kirurgija skupno		6		9	15
Ortopedska kirurgija	specialist			6	6
Ortopedska kirurgija skupno				6	6
Otorinolaringologija	specialist			8	8

		vrsta ustanove	vrsta ustanove	vrsta ustanove	
	status zaposlitve	Podjetje s koncesijo	Zaposlen pri zasebniku s koncesijo	Zasebnik s koncesijo	Skup.
Otorinolaringologija skupno				8	8
Otroško in preventivno zobozdravstvo	specialist stomatolog	1		1	1
Otroško in preventivno zobozdravstvo skupno		1		1	2
Parodontologija	specialist stomatolog	2		2	2
Parodontologija skupno		2		2	4
Pedriatrija	specialist	4		2	6
Pedriatrija	specialist	15		40	55
	specializant			1	1
	splošni zdravnik	1			1
Pedriatrija skupno		16		41	57
Plastična, rekonstrukcijska in estetska kirurgija	specialist	3		1	4
	specializant	1			1
Plastična, rekonstrukcijska in estetska kirurgija skupno		4		1	5
Psihiatrija	specialist	15		25	40
Psihiatrija skupno		15		25	40
Radiologija	specialist	11		5	16
Radiologija skupno		11		5	16
Splošna kirurgija	specialist	5		4	9
Splošna kirurgija skupno		5		4	9
Stomatološka protetika	specialist	1		11	12
	stomatolog	1		2	3
Stomatološka protetika skupno		2		13	15
Urologija	specialist	1			1
Urologija skupno		1			1
Zobne bolezni in endodontija	specialist	5		5	10
	specializant			1	1
Zobne bolezni in endodontija skupno		5		6	11
Skupaj		333	25	903	1261

Vir: Register Zdravniške zbornice Slovenije, december 2007

Prikaz 35. Število zaposlenih zdravnikov v osnovnem zdravstvenem varstvu po občinah in pravnem statusu

Občina	Naziv	Pravni status		Skupaj
		Javni	Zasebni	
Ajdovščina		14	1	15
Beltinci		4	1	5
Bistrica ob Sotli			1	1
Bled		8		8

Občina	Naziv	Pravni status		Skupaj
		Javni	Zasebni	
Bohinj		5		5
Borovnica			2	2
Bovec		2		2
Brda		1	1	2
Brezovica		3	1	4
Brežice		12	6	18
Cankova			1	1
Celje		44	8	52
Cerklje na Gorenjskem		1		1
Cerknica		8	1	9
Cerkno		4		4
Cerkvenjak			2	2
Črenšovci		2		2
Črna na Koroškem		1		1
Črnomelj		8	3	11
Destričnik			1	1
Divača		1		1
Dobrepolje			1	1
Dobrna		1		1
Dobrova - Polhov Gradec		1		1
Dol pri Ljubljani			1	1
Dolenjske Toplice		1		1
Domžale		22	11	33
Dravograd		2	1	3
Duplek		1		1
Gorenja vas - Poljane			3	3
Gorišnica			2	2
Gornja Radgona		11		11
Gornji Grad			2	2
Gornji Petrovci		2		2
Grosuplje		14		14
Hoče - Slivnica		1		1
Horjul			2	2
Hrastnik		7	1	8
Hrpelje - Kozina		1		1
Idrija		11		11
Ig			1	1
Ilirska Bistrica		9	2	11
Ivančna Gorica		6		6
Izola/Isola		10	3	13
Jesenice		24		24
Juršinci			1	1
Kamnik		13	7	20
Kanal		2	1	3
Kidričevo		3		3

Občina	Naziv	Pravni status		Skupaj
		Javni	Zasebni	
Kobarid		3	2	5
Kočevje		6	7	13
Komenda			1	1
Koper/Capodistria		35	9	44
Kozje		1	1	2
Kranj		57	6	63
Kranjska Gora		2		2
Križevci			1	1
Krško		14	9	23
Kuzma		1		1
Laško		10		10
Lenart		6	3	9
Lendava/Lendva		7	3	10
Litija		11	3	14
Ljubljana		259	60	319
Ljubno			1	1
Ljutomer		9	3	12
Logatec		8		8
Loška dolina		3		3
Loški Potok		1		1
Lovrenc na Pohorju			1	1
Luče			1	1
Lukovica			1	1
Majšperk			2	2
Maribor		72	22	94
Markovci			1	1
Medvode		9		9
Mengeš		1	3	4
Metlika		5	1	6
Mežica		2		2
Miklavž na Dravskem polju			1	1
Miren - Kostanjevica		2		2
Mirna Peč		1		1
Mislinja		1	1	2
Moravče		2		2
Moravske Toplice		2		2
Mozirje			2	2
Murska Sobota		29	9	38
Muta			1	1
Naklo		1		1
Nazarje		2		2
Nova Gorica		27	9	36
Novo mesto		37	9	46
Oplotnica			2	2
Ormož		9		9

Občina	Naziv	Pravni status		Skupaj
		Javni	Zasebni	
Piran/Pirano		5	12	17
Pivka			3	3
Podčetrtek		1		1
Podlehnik		1		1
Podvelka		1		1
Polzela		1	4	5
Postojna		11	4	15
Prebold			1	1
Preddvor		1		1
Prevalje		3		3
Ptuj		18	10	28
Puconci		1		1
Rače - Fram		1	1	2
Radeče		2		2
Radlje ob Dravi		3	1	4
Radovljica		8	3	11
Ravne		13	2	15
Ribnica		8	1	9
Ribnica na Pohorju		1		1
Rogaška Slatina		4	3	7
Rogašovci		1		1
Rogatec		2		2
Ruše		2	2	4
Selnica ob Dravi			1	1
Semič		1		1
Sevnica		8	3	11
Sežana		12	2	14
Slovenj Gradec		6	5	11
Slovenska Bistrica		6	9	15
Slovenske Konjice		5	5	10
Sodražica		1		1
Šempeter - Vrtojba		8	2	10
Šenčur		1		1
Šentilj		1	2	3
Šentjernej		3		3
Šentjur		6	4	10
Škocjan		1		1
Škofja Loka		11	8	19
Škofljica			1	1
Šmarje pri Jelšah		6		6
Šmartno ob Paki		2		2
Šoštanj		3	1	4
Štore		5		5
Tolmin		10		10
Trbovlje		18		18
Trebnje		12		12

Občina	Naziv	Pravni status		Skupaj
		Javni	Zasebni	
Trnovska vas			1	1
Tržič		6	3	9
Turnišče		1		1
Velenje		24	5	29
Velike Lašče		2		2
Videm		2		2
Vipava		3		3
Vitanje			1	1
Vodice			1	1
Vojnik		5	1	6
Vransko		2		2
Vrhnika		7	6	13
Vuzenica		1	1	2
Zagorje ob Savi		9	4	13
Zreče		3		3
Žalec		6	7	13
Železniki			3	3
Žiri			2	2
Žirovnica		1		1
Žužemberk		2	1	3
Skupaj		1183	369	1552

Vir: Evidenca gibanja zdravstvenih delavcev in mreža zdravstvenih zavodov – BPI

Prikaz 36. Gibanje števila in deleža (kurativnih in preventivnih) obiskov na primarni ravni zdravstvene dejavnosti ter števila obiskov na prebivalca v obdobju 1995–2004 za Slovenijo

Število obiskov po razlogih	1995	%	2000	%	2004	%
Št. obiskov - kurativa (v 1000)	9.960	90,41	9.076	88,85	8.910	89,00
Št. obiskov - preventiva (v 1000)	1.057	9,59	1.139	11,15	1.101	11,00
Št. obiskov - skupaj (v 1000)	11.017	100,00	10.215	100,00	10.011	100,00
Št. obiskov na prebivalca	5,6		5,2		4,9	

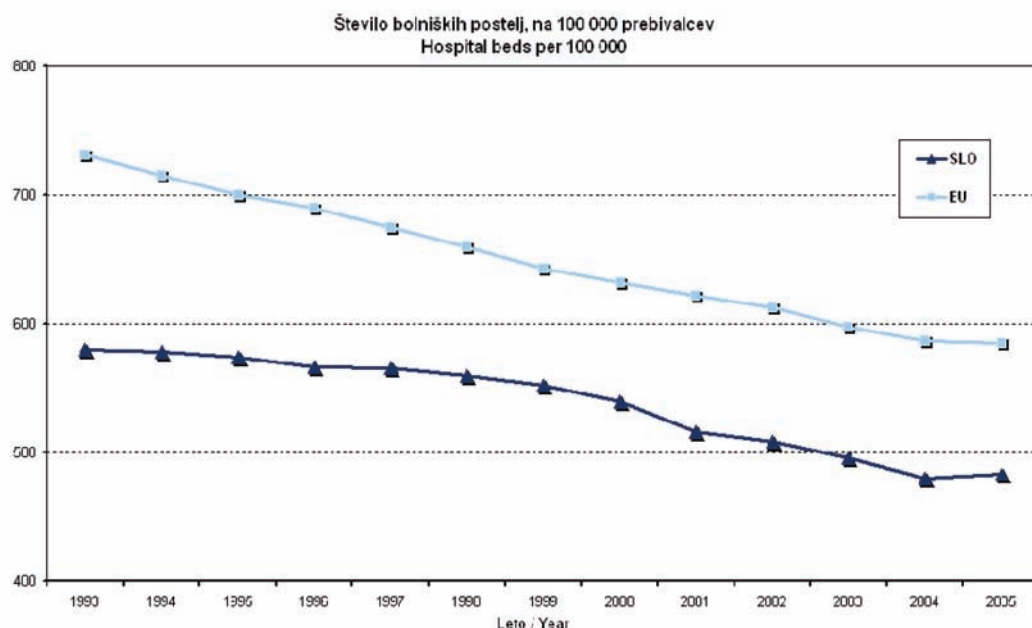
Vir: Zdravstveni statistični letopis, IVZ 2006, ZZZS

Prikaz 37. Gibanje stopnje in deleža hospitalizacij na sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti po osnovnih vzrokih v obdobju 1995–2004 za Slovenijo

MKB-9	1995	%	2000	%	2004	%
Neoplazme	13,6	8,8	17,0	10,4	18,03	11,72
Bolezni srca	15,6	10,1	17,0	10,4	17,92	11,65
Poškodbe in zastrupitve	14,7	9,6	16,1	9,9	15,26	9,92
Skupaj vse diagnoze (na 1000 prebivalcev)	154,3	100,0	163,1	100,0	153,86	100,00

Vir: Zdravstveni statistični letopis, IVZ 2006, ZZZS

Prikaz 38. Zmanjševanje števila bolniških postelj na prebivalca v Sloveniji v primerjavi z EU v letih od 1993 do 2005



Vir: Zdravstveni statistični letopis, IVZ - 2006, ZZZS

Prikaz 39. Bolnišnice in njihov pogodbeni obseg programa za leto 2007

						KOLIČINA PROGRAMA	
Bolnišnica	Deja- vnost	Naziv dejavnosti	Podde- javnost	Naziv poddejavnosti	Kader iz ur	Obseg 1	Obseg 2
B Golnik	201	Specialistična ambulantna dejavnost	25	SPEC.AMB. INTERNISTIKA	2,23	31.937	6.774
			26	SPEC.AMB. PULMOLOGIJA	21,43	328.946	16.259
			52	SPEC.AMB. DIABET MED. STOM.	4,69	54.416	9.734
			96	SPEC. AMB. GASTROENTERO	1,87	31.048	
			97	SPEC. AMB. KARDIOLOGIJA	5,27	78.212	
			100	CT	2,64	67.500	1.313
			102	SPEC.AMB.INTER-UA	7,07	29.686	5.356
			104	SPEC.AMB. ULTRAZVOK	0,59	12.343	768
			105	SPEC.AMB. RENTGEN	1,03	16.023	5.147
		Specialistična ambulantna dejavnost skupaj			46,82		
	202	Specialistična bolnišnična dejavnost	110	AKUTNA BOLN OBRAVNAVA**	245,74	7.160	10.167
				SPP - TERCIAR	73,40		
			111	ZDRAV NEGA IN PALIAT. OSKRBA	10,28	4.316	4.316
		Specialistična bolnišnična dejavnost skupaj			329,42		
B Golnik Skupaj					376,24		

						KOLIČINA PROGRAMA	
Bolnišnica	Deja- vnost	Naziv dejavnosti	Podde- javnost	Naziv poddejavnosti	Kader iz ur	Obseg 1	Obseg 2
B Postojna	101	Osnovna zdravstvena dejavnost	4	D.ZA ŽENSKE-GLAVARINA		39.495	
				D.ZA ŽENSKE-OBISKI	5,55	42.383	
		Osnovna zdravstvena dejavnost skupaj			5,55		
	201	Specialistična ambulantna dejavnost	29	SPEC.AMB. PEDIATRIJA	0,66	9.611	1.230
				SPEC.AMB. GINEKOLOGIJA	1,40	22.471	3.165
				SPEC. AMB. BOLEZNI DOJK	0,35	6.254	904
				SPEC.AMB. MAMOGRAFIJA	0,67	10.241	1.129
		Specialistična ambulantna dejavnost skupaj			3,08		
	202	Specialistična bolnišnična dejavnost	70	SPEC.BOL. DOJ. MATERE NO	1,68	1.000	250
				AKUTNA BOLN OBRAVNAVA**	76,68	3.498	2.893
				ZDRAV NEGA IN PALIAT. OSKRBA	1,30	545	
		Specialistična bolnišnična dejavnost skupaj			79,66		
B Postojna Skupaj					88,29		
B Sežana	201	Specialistična ambulantna dejavnost	25	SPEC.AMB. INTERNISTIKA	0,68	9.611	1.361
				SPEC.AMB. PULMOLOGIJA	3,12	46.474	3.030
				DIALIZA I	1,86	1.245	
					DIALIZA III	4,61	2.520
				SPEC. AMB. KARDIOLOGIJA	1,36	19.221	1.067
				SPEC. AMB. TIREOLOGIJA	2,35	20.845	784
				SPEC.AMB. RENTGEN	0,68	10.487	2.763
		Specialistična ambulantna dejavnost skupaj			14,66		
	202	Specialistična bolnišnična dejavnost	65	PBZ-OSKRBNi DAN PBZ	58,52	24.580	
				AKUTNA BOLN OBRAVNAVA**	31,76	672	1.007
				ZDRAV NEGA IN PALIAT. OSKRBA	1,28	536	
		Specialistična bolnišnična dejavnost skupaj			91,56		
B Sežana Skupaj					106,22		
B Topolšica	201	Specialistična ambulantna dejavnost	25	SPEC.AMB. INTERNISTIKA	0,82	11.533	588
				SPEC.AMB. PULMOLOGIJA	4,42	67.929	1.282
				SPEC.AMB. DIABET MED. STO	1,45	16.869	2.201
				SPEC. AMB. ALERGOLOGIJA	1,64	22.775	1.594

						KOLIČINA PROGRAMA		
Bolnišnica	Deja- vnost	Naziv dejavnosti	Podde- javnost	Naziv poddejavnosti	Kader iz ur	Obseg 1	Obseg 2	
			96	SPEC. AMB. GASTROENTERO	4,95	81.967	240	
			97	SPEC. AMB. KARDIOLOGIJA	10,03	146.730	7.374	
			102	SPEC.AMB.INTER-UA	4,42	18.554	1.652	
			105	SPEC.AMB. RENTGEN	0,86	13.395	1.980	
		Specialistična ambulantna dejavnost skupaj			28,59			
	202	Specialistična bolnišnična dejavnost	110	AKUTNA BOLN OBRAVNAVA**	141,22	3.510	5.440	
			111	ZDRAV. NEGA IN PALIAT. OSKRBA	5,31	2.229	2.229	
		Specialistična bolnišnična dejavnost skupaj			146,53			
	B Topolšica Skupaj					175,12		
	BGP Kranj	101	Osnovna zdravstvena dejavnost	4	D.ZA ŽENSKE-GLAVARINA		85.415	
				D.ZA ŽENSKE-OBISKI	11,10	88.099		
Osnovna zdravstvena dejavnost skupaj				11,10				
201		Specialistična ambulantna dejavnost	29	SPEC.AMB. PEDIATRIJA	0,66	9.611	1.771	
			30	SPEC.AMB. GINEKOLOGIJA	1,93	30.965	3.327	
			62	SPEC. AMB. BOLEZNI DOJK	1,41	25.014	4.723	
			90	SPEC.AMB. MAMOGRAFIJA	3,04	46.254	4.768	
			104	SPEC.AMB. ULTRAZVOK	0,23	4.937	350	
			Specialistična ambulantna dejavnost skupaj			7,27		
		202	Specialistična bolnišnična dejavnost	70	SPEC.BOL. DOJ. MATERE NO	0,44	264	264
110				AKUTNA BOLN OBRAVNAVA**	103,13	4.300	3.311	
111				ZDRAV. NEGA IN PALIAT. OSKRBA	1,66	696	696	
Specialistična bolnišnična dejavnost skupaj				105,23				
BGP Kranj Skupaj					123,60			
CZBO Šentvid	201	Specialistična ambulantna dejavnost	29	SPEC. AMB. PEDIATRIJA	0,24	3.513	1.027	
		Specialistična ambulantna dejavnost skupaj			0,24			
	202	Specialistična bolnišnična dejavnost	50	SPEC. BOL. DEJ. INV. MLAD.	43,73	489	15.956	
		Specialistična bolnišnična dejavnost skupaj			43,73			
CZBO Šentvid Skupaj					43,97			

						KOLIČINA PROGRAMA	
Bolnišnica	Deja- vnost	Naziv dejavnosti	Podde- javnost	Naziv poddejavnosti	Kader iz ur	Obseg 1	Obseg 2
Inštitut za rehabilitacijo	201	Specialistična ambulantna dejavnost	38	SPEC. AMB. REHABILITACIJA	38,37	515.073	14.530
		Specialistična ambulantna dejavnost skupaj		38,37			
	202	Specialistična bolnišnična dejavnost	38	SPEC. BOL. REHAB., PRIMER	261,53	1.585	
		Specialistična bolnišnična dejavnost skupaj		261,53			
	402	Zdravila	74	ZDRAVILA POZ. LISTA - DE	4,87	46.906	
		Zdravila skupaj			4,87		
Inštitut za rehabilitacijo Skupaj					304,77		
OB Valdoltra	201	Specialistična ambulantna dejavnost	28	SPEC. AMB. NEVROLOGIJA	1,35	23.388	
			32	SPEC. AMB. ORTOPEDIJA	12,44	177.288	25.319
			47	SPEC. AMB. MAGNETNA RESON	4,51	71.441	3.204
			100	CT	3,95	100.980	2.288
			105	SPEC. AMB. RENTGEN	8,46	131.286	22.631
		Specialistična ambulantna dejavnost skupaj			30,71		
	202	Specialistična bolnišnična dejavnost	71	SPEC. BOL. SPREMLJANJE- P	0,02	9	126
			110	AKUTNA BOLN OBRAVNAVA**	326,99	5.624	11.702
			111	ZDRAV. NEGA IN PALIAT. OSKRBA	14,41	6.052	
		Specialistična bolnišnična dejavnost skupaj			341,42		
	OB Valdoltra Skupaj					372,13	
Onkološki inštitut	201	Specialistična ambulantna dejavnost	36	SPEC.AMB. ONKOLOGIJA	97,37	621.840	95.759
			47	SPEC.AMB. MAGNETNA RESON	1,69	26.760	1.200
			100	CT	3,05	77.967	1.500
			104	SPEC.AMB. ULTRAZVOK	5,95	125.000	9.500
			105	SPEC.AMB. RENTGEN	11,59	180.000	25.000
			114	SPEC.AMB. RADIOTERAPIJA	95,35	873.158	73.158
			120	PET CT	4,72	60.800	1.000
		Specialistična ambulantna dejavnost skupaj			219,72		
	202	Specialistična bolnišnična dejavnost	110	AKUTNA BOLN OBRAVNAVA**	441,68	13.600	17.816
				SPP - TERCIAR	108,50		
			111	ZDRAV NEGA IN PALIAT. OSKRBA	12,12	5.090	5.090

						KOLIČINA PROGRAMA	
Bolnišnica	Deja- vnost	Naziv dejavnosti	Podde- javnost	Naziv poddejavnosti	Kader iz ur	Obseg 1	Obseg 2
		Specialistična bolnišnična dejavnost skupaj			562,30		
Onkološki inštitut Skupaj					782,02		
PB Begunje	201	Specialistična ambulantna dejavnost	37	SPEC.AMB. PSIHIATRIJA	6,99	110.081	10.088
		Specialistična ambulantna dejavnost skupaj			6,99		
	202	Specialistična bolnišnična dejavnost	37	SPE BOL DEJ PSIH-DN OSK	19,57	321	12.647
				SPEC BOL DEJ PSIH-PRIME	140,72	1.190	56.573
				ZDRAV. NEGA IN PALIAT. OSKRBA	4,13	1.735	1.735
		Specialistična bolnišnična dejavnost skupaj	111		164,42		
PB Begunje Skupaj					171,41		
PB Idrija	201	Specialistična ambulantna dejavnost	37	SPEC.AMB. PSIHIATRIJA	5,68	89.421	6.088
		Specialistična ambulantna dejavnost skupaj			5,68		
	202	Specialistična bolnišnična dejavnost	37	SPEC. BOL. DEJ. PSIH. - DN OSK	4,57	75	2.955
				SPEC. BOL. DEJ. PSIH - PRIME	188,60	1.517	72.118
				ZDRAV. NEGA IN PALIAT. OSKRBA	5,08	2.132	
		Specialistična bolnišnična dejavnost skupaj	111		198,25		
PB Idrija Skupaj					203,93		
PB Ormož	201	Specialistična ambulantna dejavnost	37	SPEC. AMB. PSIHIATRIJA	7,74	121.848	10.508
		Specialistična ambulantna dejavnost skupaj			7,74		
	202	Specialistična bolnišnična dejavnost	37	SPEC. BOL. DEJ. PSIH. -PRIME	125,69	1.001	
				ZDRAV. NEGA IN PALIAT. OSKRBA	3,48	1.460	
		Specialistična bolnišnična dejavnost skupaj	111		129,17		
PB Ormož Skupaj					136,91		
PB Vojnik	201	Specialistična ambulantna dejavnost	37	SPEC. AMB. PSIHIATRIJA	7,71	121.469	10.290
		Specialistična ambulantna dejavnost skupaj			7,71		
	202	Specialistična bolnišnična dejavnost	37	SPEC. BOL. DEJ. PSIH. -PRIME	152,48	1.210	

						KOLIČINA PROGRAMA	
Bolnišnica	Deja- vnost	Naziv dejavnosti	Podde- javnost	Naziv poddejavnosti	Kader iz ur	Obseg 1	Obseg 2
			111	ZDRAV. NEGA IN PALIAT. OSKRBA	4,20	1.764	
		Specialistična bolnišnična dejavnost skupaj			156,68		
PB Vojnik Skupaj					164,39		
PK Ljubljana	201	Specialistična ambulantna dejavnost	37	SPEC. AMB. PSIHIATRIJA	57,71	712.665	54.945
	202	Specialistična ambulantna dejavnost skupaj			57,71		
		Specialistična bolnišnična dejavnost	37	SPEC. BOL. DEJ. PSIH. - DN OSK	32,08	526	20.724
				SPEC. BOL. PSIH. TUJA DRUŽ.	9,90	28	10.000
				SPEC. BOL. DEJ. PSIH. -PRIME	517,76	3.607	71.477
		Specialistična bolnišnična dejavnost skupaj			559,74		
PK Ljubljana Skupaj					617,45		
SB Brežice	101	Osnovna zdravstvena dejavnost	4	D. ZA ŽENSKE - GLAVARINA		27.014	
				D. ZA ŽENSKE - OBISKI	2,78	24.961	
			5	FIZIOTERAPIJA, DEL. TERAP.	3,16	50.228	973
			Osnovna zdravstvena dejavnost skupaj			5,94	
	201	Specialistična ambulantna dejavnost	25	SPEC. AMB. INTERNISTIKA	3,43	48.438	9.163
			28	SPEC. AMB. NEVROLOGIJA	1,72	31.247	1.514
			29	SPEC. AMB. PEDIATRIJA	0,56	8.169	1.332
			30	SPEC. AMB. GINEKOLOGIJA	0,80	12.828	1.731
			31	SPEC. AMB. KRG, TRAVM., UROL.	7,95	118.051	11.968
			32	SPEC.AMB. ORTOPEDIJA	1,40	19.945	2.226
			33	SPEC. AMB. ORL	0,75	11.767	1.059
			34	SPEC. AMB. OKULISTIKA	2,87	52.222	8.303
			52	SPEC. AMB. DIABET. MED. STO	3,62	42.009	4.604
			62	SPEC. AMB. BOLEZNI DOJK	0,56	10.006	1.353
			90	SPEC. AMB. MAMOGRAFIJA	0,98	14.830	983
			96	SPEC. AMB. GASTROENTERO	2,95	48.876	476
			97	SPEC. AMB. KARDIOLOGIJA	4,97	73.040	
			100	CT	0,96	24.621	750
			102	SPEC. AMB. INTER-UA	5,29	22.200	4.379
			103	SPEC. AMB. KRG - UA	11,06	77.711	6.261
			104	SPEC. AMB. ULTRAZVOK	2,38	49.939	5.067
			105	SPEC. AMB. RENTGEN	2,96	45.935	10.500

						KOLIČINA PROGRAMA	
Bolnišnica	Deja- vnost	Naziv dejavnosti	Podde- javnost	Naziv poddejavnosti	Kader iz ur	Obseg 1	Obseg 2
		Specialistična ambulantna dejavnost skupaj			55,21		
	202	Specialistična bolnišnična dejavnost	70	SPEC. BOL. DOJ. MATERE NO	0,84	500	500
			110	AKUTNA BOLN. OBRAVNAVA**	169,21	5.840	6.483
			111	ZDRAV. NEGA IN PALIAT. OSKRBA	5,02	2.110	
		Specialistična bolnišnična dejavnost skupaj			175,07		
SB Brežice Skupaj					236,22		
SB Celje	101	Osnovna zdravstvena dejavnost	4	D. ZA ŽENSKE - GLAVARINA		46.341	
				D. ZA ŽENSKE - OBISKI	6,66	50.313	
			5	FIZIOTERAPIJA, DEL. TERAP.	10,05	159.800	3.413
		Osnovna zdravstvena dejavnost skupaj			16,71		
	201	Specialistična ambulantna dejavnost	25	SPEC. AMB. INTERNISTIKA	2,66	38.491	4.590
			27	SPEC. AMB. INFEKTOLOGIJA	2,28	32.195	5.720
			28	SPEC. AMB. NEVROLOGIJA	15,63	281.173	7.653
			29	SPEC. AMB. PEDIATRIJA	11,75	170.108	8.419
			30	SPEC. AMB. GINEKOLOGIJA	4,89	78.296	4.522
			31	SPEC. AMB. KRG, TRAVM., UROL	47,05	673.227	70.353
			32	SPEC. AMB. ORTOPEDIJA	6,04	85.985	11.712
			33	SPEC. AMB. ORL	12,38	193.591	20.680
			34	SPEC. AMB. OKULISTIKA	13,94	252.997	24.214
			35	SPEC. AMB. DERMATOLOGIJA	7,63	117.293	18.198
			39	DIALIZA I	12,37	8.300	
				DIALIZA II	2,02	600	
				DIALIZA III	15,92	8.700	
				DIALIZA IV	4,32	1.900	
			45	SPEC. AMB. MAKSILOFAC. KRG	9,85	145.595	8.622
			46	SPEC. AMB. FIZIATRIJA	2,05	32.265	2.309
			47	SPEC. AMB. MAGNETNA RESON	3,45	54.635	2.459
			52	SPEC. AMB. DIABET MED. STO	8,02	93.051	7.900
			90	SPEC. AMB. MAMOGRAFIJA	2,38	36.192	9.560
			96	SPEC. AMB. GASTROENTERO	9,07	150.272	1.753
			97	SPEC. AMB. KARDIOLOGIJA	14,62	206.628	22.263
			98	SPEC. AMB. TIROLOGIJA	9,65	137.575	2.375
			100	CT	7,96	203.400	5.100

						KOLIČINA PROGRAMA	
Bolnišnica	Deja- vnost	Naziv dejavnosti	Podde- javnost	Naziv poddejavnosti	Kader iz ur	Obseg 1	Obseg 2
			102	SPEC. AMB. INTER-UA	22,74	95.442	11.489
			103	SPEC. AMB. KRG-UA	41,60	292.386	28.507
			104	SPEC. AMB. ULTRAZVOK	5,63	118.208	7.500
			105	SPEC. AMB. RENTGEN	17,32	268.900	73.000
		Specialistična ambulantna dejavnost skupaj				313,22	
	202	Specialistična bolnišnična dejavnost	70	SPEC. BOL. DOJ. MATERE NO	2,95	1.756	
			71	SPEC. BOL. SPREMLJANJE - P	0,02	13	
			110	AKUTNA BOLN. OBRAVNAVA**	1.155,59	33.388	43.528
			111	ZDRAV. NEGA IN PALIAT. OSKRBA	27,40	11.510	
		Specialistična bolnišnična dejavnost skupaj				1.185,96	
	SB Celje Skupaj					1.515,89	
SB Izola	101	Osnovna zdravstvena dejavnost	4	D. ZA ŽENSKE - GLAVARINA		35.747	
				D. ZA ŽENSKE - OBISKI	4,81	37.519	
			5	FIZIOTERAPIJA, DEL. TERAP	0,42	6.611	154
		Osnovna zdravstvena dejavnost skupaj				5,23	
	201	Specialistična ambulantna dejavnost	25	SPEC. AMB. INTERNISTIKA	16,78	261.573	21.811
			26	SPEC. AMB. PULMOLOGIJA	0,93	14.107	630
			28	SPEC. AMB. NEVROLOGIJA	2,00	35.928	4.477
			29	SPEC. AMB. PEDIATRIJA	2,32	33.517	4.224
			30	SPEC. AMB. GINEKOLOGIJA	3,89	62.323	4.723
			31	SPEC. AMB. KRG, TRAVM., UROL.	14,17	217.471	39.726
			33	SPEC. AMB. ORL	6,70	104.938	10.942
			34	SPEC. AMB. OKULISTIKA	8,28	150.399	21.354
			35	SPEC. AMB. DERMATOLOGIJA	1,73	26.571	3.337
			39	DIALIZA I	3,57	2.396	
				DIALIZA II	0,75	224	
				DIALIZA III	11,32	6.188	
			47	SPEC. AMB. MAGNETNA RESON	2,96	46.917	2.104
			62	SPEC. AMB. BOLEZNI DOJK	0,28	5.003	989
			63	SPEC. AMB. - ZDRAV. NEPLOD.	0,10	1.439	235
			90	SPEC. AMB. MAMOGRAFIJA	1,55	23.546	2.490
			96	SPEC. AMB. GASTROENTERO	0,52	8.693	805
			97	SPEC. AMB. KARDIOLOGIJA	4,19	59.230	3.043

						KOLIČINA PROGRAMA	
Bolnišnica	Deja- vnost	Naziv dejavnosti	Podde- javnost	Naziv poddejavnosti	Kader iz ur	Obseg 1	Obseg 2
			98	SPEC. AMB. TIREOLOGIJA	7,50	66.516	3.251
			100	CT	3,70	94.473	1.206
			102	SPEC. AMB. INTER - UA	15,64	65.663	8.295
			103	SPEC. AMB. KRG - UA	30,47	229.264	9.122
			104	SPEC. AMB. ULTRAZVOK	0,95	19.881	1.249
			105	SPEC. AMB. RENTGEN	1,30	20.117	5.279
			Specialistična ambulantna dejavnost skupaj			141,60	
	202	Specialistična bolnišnična dejavnost	70	SPEC. BOL. DOJ. MATERE NO	0,97	580	145
			110	AKUTNA BOLN. OBRAVNAVA**	395,65	13.847	15.302
			111	ZDRAV. NEGA IN PALIAT. OSKRBA	11,90	4.998	
		Specialistična bolnišnična dejavnost skupaj			408,52		
	SB Izola Skupaj					555,35	
SB Jesenice	101	Osnovna zdravstvena dejavnost	4	D. ZA ŽENSKE - GLAVARINA		38.425	
				D. ZA ŽENSKE - OBISKI	3,70	34.529	
			5	FIZIOTERAPIJA, DEL. TERAP.	2,50	39.810	910
		Osnovna zdravstvena dejavnost skupaj			6,20		
	201	Specialistična ambulantna dejavnost	25	SPEC. AMB. INTERNISTIKA	1,82	25.788	6.999
			29	SPEC. AMB. PEDIATRIJA	2,99	43.248	4.051
			30	SPEC. AMB. GINEKOLOGIJA	2,07	33.176	2.492
			31	SPEC. AMB. KRG, TRAVM., UROL.	11,06	147.143	21.401
			32	SPEC. AMB. ORTOPEDIJA	2,80	39.890	5.052
			33	SPEC. AMB. ORL	6,99	108.833	9.612
			34	SPEC. AMB. OKULISTIKA	1,15	20.889	3.465
			35	SPEC. AMB. DERMATOLOGIJA	2,47	37.959	6.009
			39	DIALIZA I	4,21	2.822	2.822
				DIALIZA II	0,51	150	150
				DIALIZA III	4,78	2.611	2.611
				DIALIZA IV	6,48	2.850	2.850
				DIALIZA V	5,38	1.706	1.706
			52	SPEC. AMB. DIABET. MED. STO	2,81	32.650	3.816
			58	SPEC. AMB. PEDOPSIHIAT.	0,36	4.950	132
			62	SPEC. AMB. BOLEZNI DOJK	1,88	33.352	5.019
			90	SPEC. AMB. MAMOGRAFIJA	3,47	52.800	5.750
			96	SPEC. AMB. GASTROENTERO	7,50	124.192	
			97	SPEC. AMB. KARDIOLOGIJA	4,93	69.677	

						KOLIČINA PROGRAMA	
Bolnišnica	Deja- vnost	Naziv dejavnosti	Podde- javnost	Naziv poddejavnosti	Kader iz ur	Obseg 1	Obseg 2
			100	CT	3,92	100.323	2.300
			102	SPEC. AMB. INTER - UA	6,72	28.202	4.500
			103	SPEC. AMB. KRG - UA	23,97	168.515	15.363
			104	SPEC. AMB. ULTRAZVOK	2,00	41.965	3.100
			105	SPEC. AMB. RENTGEN	8,62	133.906	35.100
		Specialistična ambulantna dejavnost skupaj		118,89			
	202	Specialistična bolnišnična dejavnost	70	SPEC. BOL. DOJ. MATERE NO	2,01	1.200	1.200
			110	AKUTNA BOLN. OBRAVNAVA**	365,14	11.308	15.040
			111	ZDRAV. NEGA IN PALIAT. OSKRBA	10,27	4.315	4.315
			Specialistična bolnišnična dejavnost skupaj		377,42		
SB Jesenice Skupaj					502,51		
SB Murska Sobota	101	Osnovna zdravstvena dejavnost	4	D. ZA ŽENSKE - GLAVARINA		38.147	
				D. ZA ŽENSKE - OBISKI	4,81	38.764	
			5	FIZIOTERAPIJA, DEL. TERAP.	7,92	125.942	1.936
				48	RAZVOJNA AMBULANTA*	7,03	12
				Osnovna zdravstvena dejavnost skupaj		19,76	
	201	Specialistična ambulantna dejavnost	25	SPEC. AMB. INTERNISTIKA	8,16	115.327	31.820
			26	SPEC. AMB. PULMOLOGIJA	2,63	40.047	3.120
			27	SPEC. AMB. INFЕКTOLOGIJA	1,87	26.429	4.593
			28	SPEC. AMB. NEVROLOGIJA	1,08	20.538	3.111
			29	SPEC. AMB. PEDIATRIJA	3,75	54.300	5.669
			30	SPEC. AMB. GINEKOLOGIJA	1,93	30.965	1.970
			31	SPEC. AMB. KRG, TRAVM., UROL.	25,89	387.432	43.464
			32	SPEC. AMB. ORTOPEDIJA	2,80	39.890	5.863
			33	SPEC. AMB. ORL	10,43	161.801	16.852
			34	SPEC. AMB. OKULISTIKA	8,79	158.904	20.912
			39	DIALIZA I	10,27	6.891	
				DIALIZA II	0,49	144	
				DIALIZA III	5,77	3.155	
				DIALIZA IV	0,01	3	
				DIALIZA V	2,30	729	
			62	SPEC. AMB. BOLEZNI DOJK	2,12	37.521	3.172
			90	SPEC. AMB. MAMOGRAFIJA	1,79	27.208	2.889
			96	SPEC. AMB. GASTROENTERO	5,62	93.144	1.143
			97	SPEC. AMB. KARDIOLOGIJA	9,52	134.548	4.599

						KOLIČINA PROGRAMA	
Bolnišnica	Deja- vnost	Naziv dejavnosti	Podde- javnost	Naziv poddejavnosti	Kader iz ur	Obseg 1	Obseg 2
			98	SPEC. AMB. TIREOLOGIJA	0,47	4.169	444
			100	CT	4,86	124.169	2.264
			102	SPEC. AMB. INTER - UA	13,97	58.631	7.051
			103	SPEC. AMB. KRG - UA	21,12	148.454	12.631
			104	SPEC. AMB. ULTRAZVOK	3,88	81.461	1.604
			105	SPEC. AMB. RENTGEN	3,87	60.087	4.163
		Specialistična ambulantna dejavnost skupaj			153,39		
	202	Specialistična bolnišnična dejavnost	65	PBZ - OSKRBNJ DAN PBZ	8,12	3.411	1.429
			70	SPEC. BOL. DOJ. MATERE NO	1,34	800	
			110	AKUTNA BOLN OBRAVNAVA**	483,10	18.376	21.132
			111	ZDRAV. NEGA IN PALIAT. OSKRBA	15,96	6.703	
		Specialistična bolnišnična dejavnost skupaj			508,52		
SB Murska Sobota Skupaj					681,67		
SB Nova Gorica	101	Osnovna zdravstvena dejavnost	4	D. ZA ŽENSKE - GLAVARINA		24.348	
				D. ZA ŽENSKE - OBISKI	2,59	22.848	
			48	RAZVOJNA AMBULANTA*	5,86	12	
		Osnovna zdravstvena dejavnost skupaj			8,45		
	201	Specialistična ambulantna dejavnost	25	SPEC. AMB. INTERNISTIKA	5,20	73.521	6.787
			28	SPEC. AMB. NEVROLOGIJA	2,82	49.920	2.586
			29	SPEC. AMB. PEDIATRIJA	4,05	58.625	4.723
			30	SPEC. AMB. GINEKOLOGIJA	4,14	66.353	5.252
			31	SPEC. AMB. KRG, TRAVM., UROL.	9,62	139.988	15.737
			32	SPEC. AMB. ORTOPEDIJA	4,51	64.267	7.369
			33	SPEC. AMB. ORL	6,28	97.033	9.316
			34	SPEC. AMB. OKULISTIKA	5,74	104.444	12.983
			39	DIALIZA I	2,34	1.569	
				DIALIZA II	1,06	316	
				DIALIZA III	15,24	8.329	
				DIALIZA IV	5,42	2.383	
				DIALIZA V	6,89	2.186	
			47	SPEC.AMB. MAGNETNA RESON.	2,16	34.141	1.531
			50	SPEC. AMB. INV. MLADINA	1,95	36.290	1.057
			52	SPEC. AMB. DIABET. MED. STO	3,52	40.812	4.440
			96	SPEC. AMB. GASTROENTERO	5,92	98.112	2.474

						KOLIČINA PROGRAMA			
Bolnišnica	Deja- vnost	Naziv dejavnosti	Podde- javnost	Naziv poddejavnosti	Kader iz ur	Obseg 1	Obseg 2		
			97	SPEC. AMB. KARDIOLOGIJA	6,80	96.106	9.184		
			98	SPEC. AMB. TIREOLOGIJA	2,14	27.033	1.505		
			100	CT	4,26	108.900	3.026		
			102	SPEC. AMB. INTER - UA	5,48	23.007	2.946		
			103	SPEC. AMB. KRG - UA	15,97	112.243	13.227		
			104	SPEC. AMB. ULTRAZVOK	1,43	30.116	1.698		
			105	SPEC. AMB. RENTGEN	10,40	161.963	58.459		
			Specialistična ambulantna dejavnost skupaj				133,34		
	202	Specialistična bolnišnična dejavnost	50	SPEC. BOL. INV. MLAD -OSK. D	82,38	19.926	332		
			70	SPEC. BOL. DOJ. MATERE NO	2,11	1.256			
			110	AKUTNA BOLN OBRAVNAVA**	491,38	16.172	18.676		
			111	ZDRAV. NEGA IN PALIAT. OSKRBA	14,25	5.987			
			Specialistična bolnišnična dejavnost skupaj				590,12		
			SB Nova Gorica Skupaj					731,91	
	SB Novo mest	101	Osnovna zdravstvena dejavnost	4	D.ZA ŽENSKE-GLAVARINA		77.125		
					D.ZA ŽENSKE-OBISKI	7,40	69.201		
					Osnovna zdravstvena dejavnost skupaj				7,40
201		Specialistična ambulantna dejavnost	25	SPEC. AMB. INTERNISTIKA	15,79	235.856	21.118		
			26	SPEC. AMB. PULMOLOGIJA	3,59	54.610	3.830		
			27	SPEC. AMB. INFEKTOLOGIJA	1,19	16.819	3.407		
			28	SPEC. AMB. NEVROLOGIJA	7,83	141.787	7.497		
			29	SPEC. AMB. PEDIATRIJA	1,66	24.027	3.466		
			30	SPEC. AMB. GINEKOLOGIJA	3,43	54.997	2.658		
			31	SPEC.AMB. KRG,TRAVM,UROL	26,77	391.008	40.811		
			32	SPEC.AMB. ORTOPEDIJA	3,27	46.538	6.989		
			33	SPEC.AMB. ORL	8,81	136.103	12.519		
			34	SPEC.AMB. OKULISTIKA	11,19	202.306	22.152		
			35	SPEC. AMB. DERMATOLOGIJA	3,85	62.504	7.837		
			37	SPEC. AMB. PSIHIATRIJA	1,20	18.979	1.924		
			39	DIALIZA I	3,56	2.389	22		
				DIALIZA II	1,61	478	51		
				DIALIZA III	19,30	10.546	75		
				DIALIZA IV	5,02	2.209	6		
				DIALIZA V	3,21	1.019	3		
			46	SPEC. AMB. FIZIATRIJA	2,79	44.275			

						KOLIČINA PROGRAMA	
Bolnišnica	Deja- vnost	Naziv dejavnosti	Podde- javnost	Naziv poddejavnosti	Kader iz ur	Obseg 1	Obseg 2
			52	SPEC. AMB. DIABET. MED. STO	8,63	100.125	11.747
			60	SPEC. AMB. ALERGOLOGIJA	0,77	10.629	1.554
			96	SPEC. AMB. GASTROENTERO	10,79	178.836	1.013
			97	SPEC. AMB. KARDIOLOGIJA	3,43	48.538	2.340
			100	CT	2,15	55.080	
			102	SPEC. AMB. INTER - UA	14,00	58.744	6.298
			103	SPEC. AMB. KRG - UA	27,27	191.686	19.877
			104	SPEC. AMB. ULTRAZVOK	1,54	32.253	
			105	SPEC. AMB. RENTGEN	3,96	61.513	
			Specialistična ambulantna dejavnost skupaj			196,61	
	202	Specialistična bolnišnična dejavnost	70	SPEC. BOL. DOJ. MATERE NO	1,56	928	928
			110	AKUTNA BOLN. OBRAVNAVA**	591,39	20.049	24.820
			111	ZDRAV. NEGA IN PALIAT. OSKRBA	19,84	8.335	
		Specialistična bolnišnična dejavnost skupaj			612,79		
SB Novo mesto Skupaj					816,80		
SB Ptuj	101	Osnovna zdravstvena dejavnost	4	D. ZA ŽENSKE - GLAVARINA		17.415	
				D. ZA ŽENSKE - OBISKI	2,96	20.711	
			5	FIZIOTERAPIJA, DEL. TERAP	4,10	65.110	1.371
			48	RAZVOJNA AMBULANTA*	5,86	12	
		Osnovna zdravstvena dejavnost skupaj			12,92		
	201	Specialistična ambulantna dejavnost	25	SPEC. AMB. INTERNISTIKA	1,78	25.175	6.890
			28	SPEC. AMB. NEVROLOGIJA	1,20	22.820	1.426
			29	SPEC. AMB. PEDIATRIJA	3,03	43.824	4.740
			30	SPEC. AMB. GINEKOLOGIJA	2,16	34.596	1.440
			31	SPEC. AMB. KRG, TRAVM., UROL.	8,29	116.759	9.715
			32	SPEC. AMB. ORTOPEDIJA	0,47	6.648	1.014
			33	SPEC. AMB. ORL	2,42	37.958	4.109
			34	SPEC. AMB. OKULISTIKA	3,69	66.788	8.115
			36	SPEC. AMB. ONKOLOGIJA	0,21	3.037	268
			39	DIALIZA I	5,26	3.530	
				DIALIZA II	0,67	200	
				DIALIZA III	12,00	6.556	
			52	SPEC. AMB. DIABET. MED. STO	4,69	54.416	4.987
			62	SPEC. AMB. BOLEZNI DOJK	0,73	12.924	2.828

						KOLIČINA PROGRAMA		
Bolnišnica	Deja- vnost	Naziv dejavnosti	Podde- javnost	Naziv poddejavnosti	Kader iz ur	Obseg 1	Obseg 2	
			90	SPEC. AMB. MAMOGRAFIJA	1,30	19.737	2.314	
			96	SPEC. AMB. GASTROENTERO	3,34	55.303	388	
			97	SPEC. AMB. KARDIOLOGIJA	4,53	64.688	1.535	
			100	CT	3,94	100.836	1.690	
			102	SPEC. AMB. INTER - UA	4,42	18.554	3.255	
			103	SPEC. AMB. KRG - UA	15,97	112.243	14.208	
			104	SPEC. AMB. ULTRAZVOK	1,97	41.339	3.733	
			105	SPEC. AMB. RENTGEN	8,53	132.368	21.012	
			Specialistična ambulantna dejavnost skupaj			90,60		
	202	Specialistična bolnišnična dejavnost	70	SPEC. BOL. DOJ. MATERE NO	0,87	520		
			110	AKUTNA BOLN. OBRAVNAVA**	250,76	9.452	9.559	
			111	ZDRAV. NEGA IN PALIAT. OSKRBA	8,09	3.398		
		Specialistična bolnišnična dejavnost skupaj			259,72			
	SB Ptuj Skupaj					363,24		
	SB Slovenj Gradec	101	Osnovna zdravstvena dejavnost	4	D. ZA ŽENSKE - GLAVARINA		26.233	
D. ZA ŽENSKE - OBISKI					2,96	25.285		
5				FIZIOTERAPIJA, DEL. TERAP	5,27	83.713	1.502	
48				RAZVOJNA AMBULANTA*	4,69	12		
Osnovna zdravstvena dejavnost skupaj				12,92				
201		Specialistična ambulantna dejavnost	25	SPEC. AMB. INTERNISTIKA	10,32	161.905	15.839	
			28	SPEC. AMB. NEVROLOGIJA	0,99	18.022	685	
			29	SPEC. AMB. PEDIATRIJA	3,30	49.991	4.628	
			30	SPEC. AMB. GINEKOLOGIJA	2,84	45.562	3.233	
			31	SPEC. AMB. KRG, TRAVM., UROL.	20,41	296.507	33.596	
			32	SPEC. AMB. ORTOPEDIJA	1,87	26.593	4.180	
			33	SPEC. AMB. ORL	0,48	7.592	955	
			35	SPEC. AMB. DERMATOLOGIJA	2,22	34.163	6.834	
			36	SPEC. AMB. ONKOLOGIJA	0,39	5.694	662	
			39	DIALIZA I	4,44	2.982	2.982	
				DIALIZA II	0,68	202	202	
				DIALIZA III	7,80	4.260	4.260	
				DIALIZA IV	2,16	948	948	
				DIALIZA V	3,46	1.098	1.098	
			52	SPEC. AMB. DIABET. MED. STO	3,09	35.898	4.745	

						KOLIČINA PROGRAMA		
Bolnišnica	Deja- vnost	Naziv dejavnosti	Podde- javnost	Naziv poddejavnosti	Kader iz ur	Obseg 1	Obseg 2	
			60	SPEC. AMB. ALERGOLOGIJA	0,79	10.887	938	
			62	SPEC. AMB. BOLEZNI DOJK	0,94	16.676	2.587	
			90	SPEC.AMB. MAMOGRAFIJA	1,43	21.766	2.242	
			96	SPEC. AMB. GASTROENTERO	0,21	3.527	329	
			97	SPEC. AMB. KARDIOLOGIJA	7,14	100.921	3.930	
			98	SPEC. AMB. TIREOLOGIJA	2,16	24.545	1.834	
			100	CT	2,89	73.772	1.520	
			102	SPEC. AMB. INTER - UA	9,74	40.884	6.340	
			103	SPEC. AMB. KRG - UA	12,98	91.245	9.661	
			104	SPEC. AMB. ULTRAZVOK	1,88	39.496	3.025	
			105	SPEC. AMB. RENTGEN	5,94	92.165	28.642	
			Specialistična ambulantna dejavnost skupaj				110,55	
	202	Specialistična bolnišnična dejavnost	70	SPEC. BOL. DOJ. MATERE NO	2,83	1.688	1.688	
			110	AKUTNA BOLN OBRAVNAVA**	440,07	14.254	16.765	
			111	ZDRAV. NEGA IN PALIAT. OSKRBA	13,13	5.513	5.513	
		Specialistična bolnišnična dejavnost skupaj				456,03		
	SB Slovenj Gradec Skupaj					579,50		
	SB Trbovlje	101	Osnovna zdravstvena dejavnost	4	D. ZA ŽENSKÉ - GLAVARINA		23.014	
					D. ZA ŽENSKÉ - OBISKI	2,96	23.616	
5				FIZIOTERAPIJA, DEL. TERAP.	4,68	74.412	1.116	
Osnovna zdravstvena dejavnost skupaj				7,64				
201		Specialistična ambulantna dejavnost	25	SPEC. AMB. INTERNISTIKA	3,06	43.248	14.936	
			28	SPEC. AMB. NEVROLOGIJA	0,48	9.106	675	
			29	SPEC. AMB. PEDIATRIJA	1,18	17.059	3.604	
			30	SPEC. AMB. GINEKOLOGIJA	1,93	30.965	2.119	
			31	SPEC. AMB. KRG, TRAVM., UROL.	9,18	138.094	15.440	
			32	SPEC. AMB. ORTOPEDIJA	1,24	17.729	2.095	
			39	DIALIZA I	4,45	2.987	2.987	
				DIALIZA II	0,73	216	216	
				DIALIZA III	9,93	5.425	5.425	
			52	SPEC. AMB. DIABET. MED. STO	3,28	38.091	5.818	
			60	SPEC. AMB. ALERGOLOGIJA	0,82	11.388	942	
			62	SPEC. AMB. BOLEZNI DOJK	1,48	26.265	3.695	
			90	SPEC. AMB. MAMOGRAFIJA	2,26	34.282	3.400	

						KOLIČINA PROGRAMA		
Bolnišnica	Deja- vnost	Naziv dejavnosti	Podde- javnost	Naziv poddejavnosti	Kader iz ur	Obseg 1	Obseg 2	
			96	SPEC. AMB. GASTROENTERO	2,25	37.258	98	
			97	SPEC. AMB. KARDIOLOGIJA	3,74	52.858	659	
			102	SPEC. AMB. INTER - UA	4,42	18.554	2.542	
			103	SPEC. AMB. KRG - UA	4,92	34.606	4.96	
			104	SPEC. AMB. ULTRAZVOK	2,35	49.370	3.400	
			105	SPEC. AMB. RENTGEN	4,84	75.125	20.000	
			Specialistična ambulantna dejavnost skupaj			62,54		
	202	Specialistična bolnišnična dejavnost	70	SPEC. BOL. DOJ. MATERE NO	1,07	640	160	
			110	AKUTNA BOLN OBRAVNAVA**	184,03	6.081	6.640	
			111	ZDRAV. NEGA IN PALIAT. OSKRBA	6,83	2.868		
		Specialistična bolnišnična dejavnost skupaj			191,93			
	SB Trbovlje Skupaj					262,11		
	UKC Ljubljana	101	Osnovna zdravstvena dejavnost	1	SPL. AMB. - GLAVARINA		54.620	
SPL. AMB. - OBISKI					6,84	58.807		
SPL. AMB. - PREVENTIVA						1.634		
4				D. ZA ŽENSKE - GLAVARINA		207.833		
				D. ZA ŽENSKE - OBISKI	24,24	203.421		
5				FIZIOTERAPIJA, DEL. TERAP.	25,15	399.964	6.149	
16				ZDRAV. VZGOJA*	9,38	12		
56				NUJNA MED. POMOČ - MOTO*	1,47	12		
				NUJNA MED. POMOČ - PHE*	43,94	12		
Osnovna zdravstvena dejavnost skupaj					111,02			
102		Zobozdravstvena dejavnost	8	ZOB. DEJ. - ODRASLI	14,20	187.737		
			10	ZOB. DEJ. - MLADINA	1,26	16.030		
			12	ORTODONTIJA	17,47	261.555		
			13	PEDONTOLOGIJA	3,27	45.585		
			14	STOM. - PROT. DEJ	8,55	126.623		
			16	ZOBOZDR. VZGOJA*	5,51	12		
			17	SPEC. DEJ. ZDRAV. ZOB	20,40	298.812		
			Zobozdravstvena dejavnost skupaj			70,66		
106		Dejavnost reševalnih prevozov	23	NENUJNI REŠ. PREVOZI - T	5,84	381.926		
			92	NUJNI REŠ. PREVOZI - TOČK*	54,62	12		
				NUJNI REŠ. PREV. S HELIKOP.*	5,31	12		
			Dejavnost reševalnih prevozov skupaj			65,77		

						KOLIČINA PROGRAMA	
Bolnišnica	Deja- vnost	Naziv dejavnosti	Podde- javnost	Naziv poddejavnosti	Kader iz ur	Obseg 1	Obseg 2
	201	Specialistična ambulantna dejavnost	25	SPEC. AMB. INTERNISTIKA	51,69	734.717	75.924
			26	SPEC. AMB. PULMOLOGIJA	3,27	49.866	4.282
			27	SPEC. AMB. INFEKTOLOGIJA	15,30	216.239	24.180
			28	SPEC. AMB. NEVROLOGIJA	26,22	472.389	17.819
			29	SPEC. AMB. PEDIATRIJA	45,04	675.509	39.137
			30	SPEC. AMB. GINEKOLOGIJA	62,78	955.584	33.979
			31	SPEC. AMB. KRG, TRAVM., UROL.	150,19	2.148.948	65.000
			32	SPEC. AMB. ORTOPEDIJA	19,69	268.665	24.105
			33	SPEC. AMB. ORL	25,54	409.928	38.337
			34	SPEC. AMB. OKULISTIKA	31,00	563.998	54.094
			35	SPEC. AMB. DERMATOLOGIJA	14,58	223.958	38.990
			39	DIALIZA I	22,72	15.250	15.250
				DIALIZA II	7,79	2.312	2.312
				DIALIZA III	56,31	30.769	30.769
				DIALIZA IV	24,24	10.659	10.659
				DIALIZA V	18,66	5.924	5.924
			45	SPEC. AMB. MAKSILOFAC. KRG	18,41	272.199	17.626
			46	SPEC. AMB. FIZIATRIJA	18,79	298.401	5.530
			47	SPEC. AMB. MAGNETNA RESON.	6,74	106.733	4.786
			49	SPEC. AMB. MEDICINA DELA *	10,55	12	
				SPEC. AMB. MEDICINA DELA	7,03	117.628	3.255
			52	SPEC. AMB. DIABET MED. STO	28,59	331.764	17.416
			58	SPEC. AMB. PEDOPSIHIATRIJA	1,05	14.350	395
			61	SPEC. AMB. MED. GENETIK	4,93	81.099	628
			96	SPEC. AMB. GASTROENTERO	38,53	638.350	6.125
			97	SPEC. AMB. KARDIOLOGIJA	18,35	259.370	12.782
			98	SPEC. AMB. TIREOLOGIJA	24,15	272.069	11.686
			100	CT	13,85	354.230	6.425
			102	SPEC. AMB. INTER - UA	44,20	185.540	21.240
			103	SPEC. AMB. KRG - UA	128,43	902.760	84.669
			104	SPEC. AMB. ULTRAZVOK	40,46	850.086	44.700
			105	SPEC. AMB. RENTGEN	41,93	651.000	60.000
		Specialistična ambulantna dejavnost skupaj			1.021,01		
	202	Specialistična bolnišnična dejavnost	37	SPEC. BOL. DEJ. PSIH. - DN OSK	0,30	5	

						KOLIČINA PROGRAMA	
Bolnišnica	Deja- vnost	Naziv dejavnosti	Podde- javnost	Naziv poddejavnosti	Kader iz ur	Obseg 1	Obseg 2
			66	SPEC. BOL. DEJ. PSIH. -PRIME	6,72	60	
				GOJENJE IN PRESADITEV K	1,74	1	
				PRESADITEV HONDROC	2,75	25	
				PRESADITEV JETER	6,10	10	
				PRESADITEV KOSTNEGA MOZGA	32,10	30	
				PRESADITEV LEDVIC	25,01	41	
				PRESADITEV LEDVICE	1,76	2	
				PRESADITEV PLJUČ	0,61	1	
				PRESADITEV ROŽENIC	3,20	40	
				PRESADITEV SRCA	3,60	6	
			70	SPEC. BOL. DOJ. MATERE NO	12,53	7.464	
			71	SPEC. BOL. SPREMLJANJE - P	0,23	130	
			110	AKUTNA BOLN. OBRAVNAVA**	3.742,25	96.625	142.921
				SPP - TERCJAR	1.373,31		
			111	ZDRAV. NEGA IN PALIAT. OSKRBA	83,86	35.222	
		Specialistična bolnišnična dejavnost skupaj		5.296,07			
	402	Zdravila	74	PARANTERALNA PREHRANA*	1,03	12	
				ZDRAVILA POZ. LISTA - DE	13,11	126.271	
		Zdravila skupaj		14,14			
	403	Medicinskotehnični pripomočki	76	PRESKRBA S KISIKOM	1,18	1.590	
		Medicinsko-tehnični pripomočki skupaj		1,18			
UKC Ljubljana Skupaj					6.579,85		
UKC Maribor	101	Osnovna zdravstvena dejavnost	4	D. ZA ŽENSKE - GLAVARINA		90.995	
				D. ZA ŽENSKE - OBISKI	11,10	90.993	
			16	ZDRAV. VZGOJA*	1,44	12	
		Osnovna zdravstvena dejavnost skupaj		12,54			
	201	Specialistična ambulantna dejavnost	25	SPEC. AMB. INTERNISTIKA	18,63	284.664	26.946
			26	SPEC. AMB. PULMOLOGIJA	3,54	52.670	3.111
			27	SPEC. AMB. INFEKTOLOGIJA	2,41	34.118	6.387
			28	SPEC. AMB. NEVROLOGIJA	13,46	238.433	12.066
			29	SPEC. AMB. PEDIATRIJA	9,84	142.381	9.249
			30	SPEC. AMB. GINEKOLOGIJA	12,85	206.071	7.039
			31	SPEC. AMB. KRG, TRAVM., UROL.	32,64	488.820	71.236

Bolnišnica	Dejavnost	Naziv dejavnosti	Poddejavnost	Naziv poddejavnosti	Kader iz ur	KOLIČINA PROGRAMA	
						Obseg 1	Obseg 2
			32	SPEC. AMB. ORTOPEDIJA	4,67	66.483	12.679
			33	SPEC. AMB. ORL	19,70	306.472	30.328
			34	SPEC. AMB. OKULISTIKA	9,03	162.368	20.935
			35	SPEC. AMB. DERMATOLOGIJA	7,19	110.461	17.218
			36	SPEC. AMB. ONKOLOGIJA	0,13	1.898	144
			37	SPEC. AMB. PSIHIATRIJA	6,90	109.134	7.009
			38	SPEC. AMB. REHABILITACIJA	19,44	319.311	7.875
			39	DIALIZA I	19,71	13.227	
				DIALIZA II	1,89	562	
				DIALIZA III	5,02	2.743	
				DIALIZA IV	5,94	2.612	
				DIALIZA V	3,67	1.166	
			46	SPEC. AMB. FIZIATRIJA	5,30	83.510	17.518
			47	SPEC. AMB. MAGNETNA RESON	3,28	51.917	2.328
			52	SPEC. AMB. DIABET. MED. STO	7,27	84.345	5.578
			58	SPEC. AMB. PEDOPSIHIATRIJA	0,10	1.320	360
			61	SPEC. AMB. MED. GENETIKA	11,41	187.582	1.450
			62	SPEC. AMB. BOLEZNI DOJK	1,41	25.014	2.597
			63	SPEC. AMB - ZDRAV. NEPLOD	2,53	35.985	2.268
			90	SPEC. AMB. MAMOGRAFIJA	1,98	30.021	3.125
			96	SPEC. AMB. GASTROENTERO	10,78	178.632	2.587
			97	SPEC. AMB. KARDIOLOGIJA	6,08	85.991	6.887
			98	SPEC. AMB. TIREOLOGIJA	2,35	20.845	2.202
			100	CT	8,25	211.041	4.377
			102	SPEC. AMB.INTER-UA	16,04	67.351	11.459
			103	SPEC. AMB.KRG-UA	51,73	382.534	43.886
			104	SPEC. AMB. ULTRAZVOK	2,02	42.458	3.909
			105	SPEC. AMB. RENTGEN	25,02	388.466	
		Specialistična ambulantna dejavnost skupaj			352,21		
202	Specialistična bolnišnična dejavnost		37	SPEC. BOL. DEJ. PSIH. - DN OSK	2,87	47	
				SPEC. BOL. DEJ. PSIH. -PRIME	156,14	1.265	
			66	PRESADITEV ROŽENIC	2,00	25	
			70	SPEC. BOL. DOJ. MATERE NO	3,21	1.912	
			71	SPEC. BOL. SPREMLJANJE - P	0,09	53	

						KOLIČINA PROGRAMA	
Bolnišnica	Deja- vnost	Naziv dejavnosti	Podde- javnost	Naziv poddejavnosti	Kader iz ur	Obseg 1	Obseg 2
			110	AKUTNA BOLN. OBRAVNAVA**	1.569,21	46.183	66.450
				SPP - TERCIAR	443,15		
			111	ZDRAV. NEGA IN PALIAT. OSKRBA	43,98	18.471	
		Specialistična bolnišnična dejavnost skupaj			2.220,65		
UKC Maribor Skupaj					2.585,40		
Skupaj					19.076,90		

Vir: ZZZS, nov. 2007

Prikaz 40. Opombe k prikazu 39

OPOMBE

Obseg 1: naziv merske enote			Obseg 2: naziv merske enote		
101 Osnovna zdravstvena dejavnost					
1	Splošna ambulanta: količnik iz glavarine, količnik iz obiskov				
4	Dispanzer za ženske: količnik iz glavarine, količnik iz obiskov				
5	Fizioterapija: točke iz zelene knjige	5	Fizioterapija: nov primer, sprejet na posamezno terapijo		
16	Zdravstvena vzgoja: pavšal (12 mesecev)				
48	Razvojna ambulanta: pavšal (12 mesecev)				
56	Nujna medicinska pomoč: pavšal (12 mesecev)				
102 Zobozdravstvena dejavnost					
Celotna dejavnost razen					
16	točke iz zelene knjige				
16	Zobozdravstvena vzgoja: pavšal (12 mesecev)				
106 Reševalni prevozi					
23	Nenujni reševalni prevoz: točke iz zelene knjige				
92	Nujni reševalni prevoz: pavšal				
201 Specialistična ambulantna dejavnost					
celotna dejavnost	točke iz zelene knjige		celotna dejavnost razen:	obisk	
			39	Dializa I, II, III: dializa; Dializa IV, V: dan	
			90	Mamografija: slikanje	
			47, 100, 104, 105	MR, CT, UZ, RTG: preiskava	
			114	Radioterapija: zdravljenje	

202 Specialistična bolnišnična dejavnost			
37	Psihiatrija: primer		
38	Rehabilitacija: primer		
50	Invalidna mladina: CZBO Šentvid: primer SB Nova Gorica: BOD - bolnišnični oskrbni dan		
65	Podaljšano bolnišnično zdravljenje: BOD - bolnišnični oskrbni dan		
66	Presaditve: presaditev		
70	Doječe matere: NOD - nemedicinski oskrbni dan		
71	Spremljanje: primer		
110	Akutna bolnišnična obravnava: primer	110	Akutna bolnišnična obravnava: utež
111	Zdravstvena nega in paliativna oskrba: BOD - bolnišnični oskrbni dan		
402 Zdravila			
74	Paranteralna prehrana: pavšal		
74	Zdravila s pozitivne liste: točke za delo z zdravili		
403 Medicinski tehnični pripomočki			
76	Preskrba s kisikom: ura		

Prikaz 41. Izvajalci akutne bolnišnične obravnave po metodologiji SPP in njihov pogodbeni obseg programa za leto 2007

IZVAJALEC	PRIMERI	UTEŽI
SB Celje	33.388	43.528
SB Izola	13.847	15.302
SB Jesenice	11.308	15.040
SB Murska Sobota	18.376	21.132
SB Nova Gorica	16.172	18.676
SB Novo mesto	20.049	24.820
SB Slovenj Gradec	14.254	16.765
SB Brežice	5.840	6.483
SB Ptuj	9.452	9.559
SB Trbovlje	6.081	6.640
B Postojna	3.498	2.893
BGP Kranj	4.300	3.311
B Sežana	672	1.007
B Topolšica	3.510	5.441
OB Valdoltra	5.624	11.702
Artros	70	60
Bitenc Marko	235	525
Estetika Fabjan	250	153
Iatros - dr. Košorok	1.340	897
KC Toš Aljoša	200	164
KS Rožna dolina	2.927	2.342
MC Medicor	1.311	4.984
UKC Ljubljana	96.625	142.921
UKC Maribor	46.183	66.450
Onkološki inštitut	13.600	17.816
Kopa Golnik	7.160	10.167
VSI IZVAJALCI SKUPAJ	336.272	448.777

Vir: ZZZS, nov. 2007

Prikaz 42. Ocena prihodkov in odhodkov slovenskih bolnišnic za leto 2007 z upoštevanjem arbitraže

Bolnišnice							
a: izvedba I-XII/06							
b: načrt 2007							
c: ocena izvedbe I-XII/07							
d: c/a							
e: c/b							
Vsi podatki razen razmerij so v EUR.							
		CELOTNI PRIHODKI	PRIHODKI IZ POSLOVANJA	CELOTNI ODHODKI	IZPLAČILA NA PODLAGI ARBITRAŽE	PRESEŽEK PRIHODKOV (+)	PRESEŽEK ODHODKOV (-)
		870	860	888		889	890
1. Splošna bolnišnica Celje	a.	66.459.993	66.298.856	66.597.124		0	137.131
	b.	66.696.710	66.613.270	66.696.710		0	0
	c.	70.289.430	69.224.473	69.635.939	933.000	653.491	0
	d.	105,8	104,4	104,6		-	0
	e.	105,4	103,9	104,4		-	0,0
2. Psihiatrična bolnišnica Vojnik	a.	5.250.513	5.160.587	4.874.862		375.651	0
	b.	5.351.766	5.261.766	5.316.208		35.558	0
	c.	5.610.500	5.539.152	5.517.278		93.222	0
	d.	106,9	107,3	113,2		24,8	-
	e.	104,8	105,3	103,8		262,2	-
3. Splošna bolnišnica Izola	a.	27.951.265	27.358.408	28.569.023		0	617.759
	b.	28.176.911	27.644.074	28.176.911		0	0
	c.	28.382.513	27.907.583	28.798.093		0	415.580
	d.	101,5	102,0	100,8		-	67,3
	e.	100,7	101,0	102,2		-	-
4. Bolnišnica Sežana	a.	3.977.833	3.964.643	4.058.847		0	81.014
	b.	4.212.095	4.198.627	4.212.095		0	0
	c.	4.158.805	4.149.452	4.158.805		0	0
	d.	104,5	104,7	102,5		-	0,0
	e.	98,7	98,8	98,7		-	-
5. Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna	a.	4.107.570	4.069.429	4.085.983		21.587	0
	b.	4.230.712	4.191.512	4.227.056		3.656	0
	c.	4.597.661	4.516.442	4.575.213		22.448	0
	d.	111,9	111,0	112,0		104,0	-
	e.	108,7	107,8	108,2		614,0	-
6. Ortopedska bolnišnica Valdoltra	a.	19.349.408	19.062.772	18.667.410		681.998	0
	b.	19.140.000	18.987.000	18.598.055		541.945	0
	c.	19.140.000	18.987.000	18.598.055		541.945	0
	d.	98,9	99,6	99,6		79,5	-
	e.	100,0	100,0	100,0		100,0	-
7. Splošna bolnišnica Jesenice	a.	23.204.031	23.100.490	24.472.262		0	1.268.232
	b.	23.355.382	23.250.348	23.322.429		32.952	0
	c.	25.231.616	23.194.297	24.395.321	1.942.000	836.295	0
	d.	108,7	100,4	99,7		-	0,0
	e.	108,0	99,8	104,6		0,0	-
8. Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj	a.	4.758.708	4.752.165	4.749.528		9.180	0
	b.	4.788.428	4.783.004	4.787.504		924	0
	c.	4.873.930	4.861.886	4.871.472		2.458	0
	d.	102,4	102,3	102,6		26,8	-
	e.	101,8	101,6	101,8		266,0	-

9.	Psihiatrična bolnišnica Begunje	a.	5.466.214	5.398.142	5.361.804	104.410	0
		b.	5.475.768	5.412.861	5.475.768	0	0
		c.	5.668.800	5.593.340	5.570.493	98.307	0
		d.	103,7	103,6	103,9	94,2	-
		e.	103,5	103,3	101,7	-	-
10.	Bolnišnica Golnik	a.	18.794.442	18.547.500	17.887.167	907.275	0
		b.	18.550.000	18.360.000	18.390.000	160.000	0
		c.	19.155.000	18.900.000	19.001.000	154.000	0
		d.	101,9	101,9	106,2	17,0	-
		e.	103,3	102,9	103,3	96,3	-
11.	Splošna bolnišnica Brežice	a.	9.491.525	9.283.555	9.445.180	46.344	0
		b.	9.431.852	9.330.450	9.431.852	0	0
		c.	9.962.540	9.674.665	10.076.597	147.000	114.058
		d.	104,9	104,2	106,7	0,0	-
		e.	105,6	103,7	106,8	-	-
12.	Univerzitetni klinični center Ljubljana	a.	326.487.535	325.997.851	329.176.961	0	3.179.110
		b.	328.237.865	327.774.164	328.237.865	0	0
		c.	338.012.257	336.353.172	345.272.889	0	7.260.632
		d.	103,5	103,2	104,9	-	-
		e.	103,0	102,6	105,2	-	-
-	Onkološki inštitut Ljubljana	a.	54.182.396	54.036.743	54.738.470	0	701.727
		b.	57.507.628	57.390.369	57.805.366	0	0
		c.	59.287.654	59.441.097	65.603.774	0	6.316.120
		d.	109,4	110,0	119,8	-	-
		e.	103,1	103,6	113,5	-	-
13.	Psihiatrična klinika Ljubljana	a.	21.206.143	21.128.476	21.128.693	77.450	0
		b.	21.420.781	21.359.160	21.420.781	0	0
		c.	21.825.000	21.755.000	21.739.000	86.000	0
		d.	102,9	103,0	102,9	111,0	-
		e.	101,9	101,9	101,5	-	-
14.	Inštitut RS za rehabilitacijo Ljubljana	a.	19.916.866	19.786.784	19.186.401	730.465	0
		b.	20.152.650	20.046.792	19.829.918	322.732	0
		c.	20.477.553	20.338.534	20.020.400	457.153	0
		d.	102,8	102,8	104,3	62,6	-
		e.	101,6	101,5	101,0	141,7	-
15.	Splošna bolnišnica Trbovlje	a.	11.388.579	11.338.207	11.238.867	149.712	0
		b.	11.728.383	11.680.921	11.728.383	0	0
		c.	11.664.000	11.604.000	11.773.492	0	109.492
		d.	102,4	102,3	104,8	0,0	-
		e.	99,5	99,3	100,4	0,0	-
16.	Psihiatrična bolnišnica Idrija	a.	6.428.418	6.385.495	6.286.492	141.926	0
		b.	6.676.680	6.647.480	6.676.680	0	0
		c.	6.871.271	6.771.759	6.745.591	125.680	0
		d.	106,9	106,0	107,3	88,6	-
		e.	102,9	101,9	101,0	-	-
17.	Center za zdravljenje bolezni otrok Šentvid pri Stični	a.	1.396.299	1.389.747	1.395.889	410	0
		b.	1.421.617	1.417.542	1.419.741	1.876	0
		c.	1.437.894	1.436.810	1.435.913	1.981	0
		d.	103,0	103,4	102,9	483,4	-
		e.	101,1	101,4	101,1	105,6	-

18.	Mladinsko klimatsko zdravilišče Rakitna	a.	549.720	528.614	870.694	0	320.973	
		b.	1.003.855	997.180	1.003.380	475	0	
		c.	835.975	826.098	984.681	0	148.706	
		d.	152,1	156,3	113,1	-	46,3	
		e.	83,3	82,8	98,1	0,0	-	
19.	Univerzitetni klinični center Maribor	a.	126.164.303	125.669.223	127.137.485	0	973.182	
		b.	125.848.125	125.848.125	125.848.125	0	0	
		c.	127.322.646	126.924.006	128.843.322	0	1.520.676	
		d.	100,9	101,0	101,3	-	156,3	
		e.	101,2	100,9	102,4	-	-	
20.	Splošna bolnišnica Ptuj	a.	16.497.171	16.417.964	17.343.156	0	845.986	
		b.	16.835.211	16.775.538	17.174.199	0	338.988	
		c.	17.098.680	17.011.644	17.815.478	0	716.798	
		d.	103,6	103,6	102,7	-	84,7	
		e.	101,6	101,4	103,7	-	211,5	
21.	Psihiatrična bolnišnica Ormož	a.	4.536.154	4.431.589	4.324.645	211.509	0	
		b.	4.606.652	4.574.652	4.606.652	0	0	
		c.	4.657.054	4.517.342	4.656.628	426	0	
		d.	102,7	101,9	107,7	0,2	-	
		e.	101,1	98,7	101,1	-	-	
22.	Splošna bolnišnica Murska Sobota	a.	32.310.296	32.113.378	32.383.049	0	72.753	
		b.	33.027.041	32.867.635	33.027.041	0	0	
		c.	33.769.135	33.603.666	34.019.196	0	250.061	
		d.	104,5	104,6	105,1	-	343,7	
		e.	102,2	102,2	103,0	-	-	
23.	Splošna bolnišnica dr. F. Derganc Nova Gorica	a.	31.270.706	31.056.745	31.392.136	0	121.430	
		b.	31.757.000	31.538.000	31.679.000	78.000	0	
		c.	32.523.547	32.268.380	33.305.547	0	782.000	
		d.	104,0	103,9	106,1	-	644,0	
		e.	102,4	102,3	105,1	0,0	-	
24.	Splošna bolnišnica Novo mesto	a.	38.017.122	37.973.654	38.016.525	597	0	
		b.	38.087.481	37.981.905	38.087.481	0	0	
		c.	42.882.619	38.818.285	42.996.317	1.525.000	0	113.698
		d.	112,8	102,2	113,1	0,0	-	
		e.	112,6	102,2	112,9	-	-	
25.	Splošna bolnišnica Slovenj Gradec	a.	27.967.765	27.289.973	28.115.707	0	147.942	
		b.	28.202.053	27.609.497	28.202.053	0	0	
		c.	29.219.714	28.535.017	30.204.914	0	985.200	
		d.	104,5	104,6	107,4	-	665,9	
		e.	103,6	103,4	107,1	-	-	
26.	Bolnišnica Topolšica	a.	6.912.961	6.871.724	6.899.562	13.399	0	
		b.	7.251.748	7.205.846	7.251.748	0	0	
		c.	7.165.451	7.125.962	7.593.462	0	428.012	
		d.	103,7	103,7	110,1	0,0	-	
		e.	98,8	98,9	104,7	-	-	
-	Vse bolnišnice skupaj	a.	914.043.934	909.412.714	918.403.922	3.471.913	9.168.965	
		b.	923.174.394	919.747.718	922.633.002	1.178.118	338.988	
		c.	952.121.243	939.879.062	968.208.870	4.547.000	3.073.406	19.161.033
		d.	104,2	103,4	105,4	88,5	209,0	
		e.	103,1	102,2	104,9	260,9	5652,4	

Prikaz 43. Organizacija nujne medicinske pomoči

Število timov po enotah NMP							
Izvajalec	1 A	1 B	1 B -ok	PHE	z motorjem	GRS	s helikopterjem
	1	2	3	4	5	6	7
ZD CELJE				1,5			
ZD LAŠKO		1					
ZD SL.KONJICE		1					
ZD ŠENTJUR	1						
ZD ŠMARJE(Kozje+ Rog.Slatina)	2	1					
ZD ŽALEC	1						
ZD KOPER:	1	-	-	1	1	-	-
ZD Koper	1						
ZD Koper				1			
ZD Koper					1		
ZD IZOLA	1						
ZD PIRAN	1						
ZD POSTOJNA				1			
ZD IL.BISTRICA		1					
ZD SEŽANA		1					
OZ GORENJSKA:	3	2	1	2	-	1	1
ZD Radovljica	1						
ZD Bohinj	1						
ZD Kranj.Gora	1						
ZD Tržič		1					
ZD Bled		1					
ZD Šk. Loka			1				
ZD Kranj				1			
ZD Jesenice				1			
GRS in helikopt. enota NMP						1	1
ZD BREŽICE		1					
ZD KRŠKO				1			
ZD SEVNICA		1					
ZD LJUBLJANA,KC:	-	-	-	4	1	-	-
ZD Ljubljana+KC				4			
KC					1		
KC*							1
ZD GROSUPLJE	1						
ZD DOMŽALE		1					
ZD LITIJA		1					
ZD KAMNIK		1					
ZD VRHNIKA	1						
ZD CERKNICA		1					
ZD IDRIJA			1				
ZD LOGATEC		1					
ZD KOČEVJE			1				
ZD RIBNICA		1					
ZD TRBOVLJE				1			
ZD HRASTNIK	1						
ZD ZAGORJE		1					
ZD MARIBOR:	-	-	-	2	1	-	-
ZD Maribor				2			
ZD Maribor					1		

Število timov po enotah NMP							
Izvajalec	1 A	1 B	1 B -ok	PHE	z motorjem	GRS	s helikopterjem
	1	2	3	4	5	6	7
ZD LENART		1					
ZD SL.BISTRICA		1					
ZD PTUJ				1			
ZD ORMOŽ		1					
ZD G.RADGONA		1					
ZD LENDAVA		1					
ZD LJUTOMER		1					
ZD M.SOBOTA				1			
ZD AJDOVŠČINA		1					
ZD N.GORICA				1			
ZD TOLMIN			1				
ZD ČRNOMELJ		1					
ZD METLIKA	1						
ZD N.MESTO				1			
ZD TREBNJE		1					
REŠEVALNA KOROŠKE:	2	2	-	1	-	-	-
Reševalna Koroške				1			
ZD Dravograd	1						
ZD Radlje		1					
ZD Ravne	1						
ZD RAVNE - priprav.							
ZD Sl.Gradec		1					
ZD VELENJE				1			
ZD MOZIRJE		1					
SKUPAJ	16	28	4	19,5	3	1	2

Legenda:

1. Enote A, B in okrepljena enota B (v nadaljnjem besedilu: B-ok) so organizacijske oblike službe NMP v osnovni zdravstveni dejavnosti ter predstavljajo z ustreznim osebjem in opremo okrepljeno obstoječo dežurno službo.

2. Prehospitalska enota (v nadaljnjem besedilu: PHE) je posebna oblika organiziranosti službe nujne medicinske pomoči v večjih središčih in deluje na primarni ravni zdravstvene dejavnosti 24 ur na dan. Organizira se poleg obstoječe redne dežurne službe v zdravstvenem domu ali bolnišnici, lahko pa opravlja tudi naloge enot A in B.

Prikaz 44. Stanje v lekarništvu na dan 31. 12. 2007

Naziv enote	B, J, Z	Enota	L	P	D	G	A	I	Občina	OE ZZS
UKC	B	L	0	0	0				LJUBLJANA	LJ
Boln. dr. P. Držaja	B	L	1	0	0				LJUBLJANA	LJ
Inštitut RS za rehabilitacijo	B	L	1	0	0				LJUBLJANA	LJ
LEKARNA AJDOVŠČINA	J									NG
Ajdovščina	J	L	1	0	0				AJDOVŠČINA	NG
Vipava	J	L	1	0	0				VIPAVA	NG

Naziv enote	B, J, Z	Enota	L	P	D	G	A	I	Občina	OE ZZS
LEKARNA BREŽICE	J									KK
Brežice	J	L	1	0	0				BREŽICE	KK
Trnje	J	L	1						BREŽICE	KK
Bizeljsko	J	P	0	1	0				BREŽICE	KK
Terme Čatež	J	P	0	1	0				BREŽICE	KK
CELJSKE LEKARNE	J									CE
Gregorčičeva	J	L	1	0	0				CELJE	CE
Center	J	L	1	0	0				CELJE	CE
TC Planet Tuš	J	L	1						CELJE	CE
Lava	J	L	1						CELJE	CE
Laško	J	L	1	0	0				LAŠKO	CE
Rogaška Slatina	J	L	1	0	0				ROG.SLATINA	CE
Slov. Konjice	J	L	1	0	0				SLOV.KONJICE	CE
Šentjur	J	L	1	0	0				ŠENTJUR	CE
Šmarje	J	L	1	0	0				ŠMARJE	CE
Otok	J	L	1	0	0				CELJE	CE
Vojnik	J	L	1	0	0				VOJNIK	CE
Radeče	J	L	1	0	0				RADEČE	CE
Kozje	J	P	0	1	0				KOZJE	CE
Zreče	J	L	1	0					ZREČE	CE
Vitanje	J	D	0	0	1				VITANJE	CE
Nova vas	J	L	1	0					CELJE	CE
Rogatec	J	P	0	1					ROGATEC	CE
Rimske Toplice	J	P		1					LAŠKO	CE
Loče	J	P		1					SLOV.KONJICE	CE
GAL CE	J	G	0	0		1	0		CELJE	CE
A CE	J	A	0	0		0	1		CELJE	CE
KRAŠKE LEKARNE	J									KP
Il.Bistrica	J	L	1	0	0				IL.BISTRICA	KP
Postojna	J	L	1	0	0				POSTOJNA	KP
Sežana	J	L	1	0	0				SEŽANA	KP
Pivka	J	L	1	0	0				PIVKA	KP
Komen	J	P	0	1	0				KOMEN	KP
Divača	J	P	0	1	0				DIVAČA	KP
Podgrad	J	D			0				IL.BISTRICA	KP
MESTNE LEKARNE	J									LJ
Kamnik Novi trg	J	L	1	0	0				KAMNIK	LJ
Kamnik	J	L	1	0	0				KAMNIK	LJ
Laze	J	D	0	0	1				KAMNIK	LJ

Naziv enote	B, J, Z	Enota	L	P	D	G	A	I	Občina	OE ZZSZ
Mengeš	J	L	1	0	0				MENGEŠ	LJ
Domžale	J	L	1	0	0				DOMŽALE	LJ
Radomlje	J	L	1						DOMŽALE	LJ
Litija	J	L	1	0	0				LITIJA	LJ
Nova Litija	J	L	1	0	0				LITIJA	LJ
Moravče	J	P		1					MORAVČE	LJ
LEKARNA KOČEVJE	J									LJ
Kočevje	J	L	1	0	0				KOČEVJE	LJ
Osilnica	J	D			1				OSILNICA	LJ
Vas Fara	J	D			1				KOSTEL	LJ
Predgrad	J	D			1				KOČEVJE	LJ
OBALNE LEKARNE	J									KP
Koper	J	L	1	0	0				KOPER	KP
Izola	J	L	1	0	0				IZOLA	KP
Piran	J	L	1	0	0				PIRAN	KP
Lucija	J	L	1	0	0				PIRAN	KP
Semedela	J	L	1	0	0				KOPER	KP
Hrpelje	J	P	0	1	0				HRPELJE- KOZINA	KP
Ankaran	J	P	0	1					KOPER	KP
GAL KP	J	G	0	0		1	0		KOPER	KP
A KP	J	A	0	0		0	1		KOPER	KP
GORENJSKE LEKARNE	J									KR
Boh.Bistrica	J	L	1	0	0				BOHINJ	KR
Jesenice	J	L	1	0	0				JESENICE	KR
Kranj	J	L	1	0	0				KRANJ	KR
Planina	J	L	1	0	0				KRANJ	KR
Primskovo	J	L	1						KRANJ	KR
Planina II	J	L	1						KRANJ	KR
Kranjska Gora	J	L	1	0	0				KRANJSKA GORA	KR
Škofja Loka	J	L	1	0	0				ŠKOFJA LOKA	KR
Podlubnik	J	L	1						ŠKOFJA LOKA	KR
Stražišče	J	L	1	0	0				KRANJ	KR
Radovljica	J	L	1	0	0				RADOVLJICA	KR
Železniki	J	L	1	0	0				ŽELEZNIKI	KR
Tržič	J	L	1	0	0				TRŽIČ	KR
Zlatorog Bled	J	L	1	0	0				BLED	KR
Cerklje	J	L	1						CERKLJE	KR
Gorenja vas	J	L	1	0	0				GORENJA VAS- POLJANE	KR

Naziv enote	B, J, Z	Enota	L	P	D	G	A	I	Občina	OE ZZSZ
Žiri	J	L	1	0	0				ŽIRI	KR
Kropa	J	P	0	1	0				RADOVLJICA	KR
Lesce	J	L	1						RADOVLJICA	KR
Žirovnica	J	P	0	1					ŽIROVNICA	KR
Preddvor	J	L	1						PREDDVOR	KR
Šenčur	J	L	1						ŠENČUR	KR
GAL KR	J	G	0	0		1	0		KRANJ	KR
A KR	J	A	0	0		0	1		KRANJ	KR
INFORMAT	J	I						1	KRANJ	
LEKARNA KRŠKO	J									KK
Krško	J	L	1	0	0				KRŠKO	KK
Kostanjevica	J	L	1	0	0				KRŠKO	KK
LEKARNA LJUBLJANA	J									LJ
Ajdovščina	J	L	1	0	0				LJUBLJANA	LJ
Bavarski dvor	J	L	1	0	0				LJUBLJANA	LJ
Bežigranski dvor	J	L	1						LJUBLJANA	LJ
Bežigrad	J	L	1	0	0				LJUBLJANA	LJ
Brdo	J	L	1						LJUBLJANA	LJ
Centralna	J	L	1	0	0				LJUBLJANA	LJ
Črnuče	J	L	1	0	0				LJUBLJANA	LJ
Fužine	J	L	1	0	0				LJUBLJANA	LJ
Lekarna pri Polikliniki	J	L	1						LJUBLJANA	LJ
Miklošič	J	L	1	0	0				LJUBLJANA	LJ
Mirje	J	L	1	0	0				LJUBLJANA	LJ
Moste	J	L	1	0	0				LJUBLJANA	LJ
Nove Jarše	J	L	1	0	0				LJUBLJANA	LJ
Polje	J	L	1	0	0				LJUBLJANA	LJ
Rakovnik	J	L	1	0	0				LJUBLJANA	LJ
Šentvid	J	L	1	0	0				LJUBLJANA	LJ
Šiška	J	L	1	0	0				LJUBLJANA	LJ
Tabor	J	L	1	0	0				LJUBLJANA	LJ
Vič	J	L	1	0	0				LJUBLJANA	LJ
Cerknica	J	L	1	0	0				CERKNICA	LJ
Logatec	J	L	1	0	0				LOGATEC	LJ
Grosuplje	J	L	1	0	0				GROSUPLJE	LJ
Idrija	J	L	1	0	0				IDRIJA	LJ
Ivančna Gorica	J	L	1	0	0				IV.GORICA	LJ
Medvode	J	L	1	0	0				MEDVODE	LJ
Velike Lašče	J	P	0	1	0				VEL.LAŠČE	LJ
Vrhnika	J	L	1	0	0				VRHNIKA	LJ
Levstik	J	L	1	0					LJUBLJANA	LJ
Koseze	J	P	0	1	0				LJUBLJANA	LJ

Naziv enote	B, J, Z	Enota	L	P	D	G	A	I	Občina	OE ZZSZ
Borovnica	J	P	0	1	0				BOROVNICA	LJ
Stari trg	J	P	0	1	0				LOŠKA DOLINA	LJ
Vnanje Gorice	J	L	1	0	0				BREZOVICA	LJ
Dobrepolje	J	P		1					DOBREPOLJE	LJ
INFORMAT	J	I							LJUBLJANA	LJ
GAL LJ	J	G	0	0		1	0		LJUBLJANA	LJ
A LJ	J	A	0	0		0	1		LJUBLJANA	LJ
MARIBORSKE LEKARNE	J									MB
Center	J	L	1	0	0				MARIBOR	MB
Gospodsvetska	J	L	1						MARIBOR	MB
Glavni trg	J	L	1	0	0				MARIBOR	MB
Melje	J	L	1	0	0				MARIBOR	MB
Nova vas	J	L	1	0	0				MARIBOR	MB
Pri gradu	J	L	1	0	0				MARIBOR	MB
Pobrežje	J	L	1	0	0				MARIBOR	MB
Studenci	J	L	1	0	0				MARIBOR	MB
Tabor	J	L	1	0	0				MARIBOR	MB
Tezno	J	L	1	0	0				MARIBOR	MB
Limbuš	J	L	1						MARIBOR	MB
Radvanje	J	L	1	0	0				MARIBOR	MB
Lenart	J	L	1	0	0				LENART	MB
Ruše	J	L	1	0	0				RUŠE	MB
Šentilj	J	L	1	0	0				ŠENTILJ	MB
Sladki Vrh	J	D	0	0	1				ŠENTILJ	MB
Lovrenc	J	D	0	0	0				LOVRENC NA POH.	MB
Lovrenc	J	P		1					LOVRENC NA POH.	MB
Selnica	J	D	0	0					SELNICA OB DRAVI	MB
Lenart	J	D	0	0					LENART	MB
GAL MB	J	G	0	0		1	0		MARIBOR	MB
A MB	J	A	0	0		0	1		MARIBOR	MB
LEKARNA MOZIRJE	J									RA
Mozirje	J	L	1	0	0				MOZIRJE	RA
Ljubno	J	P	0	1	0				LJUBNO	RA
Gornji Grad	J	D	0	0	0				GORNJI GRAD	RA
Luče	J	D	0	0	1				LUČE	RA
POMURSKE LEKARNE	J								MURSKA SOBOTA	MS
Lekarna v Šavel centru	J	L	1						MURSKA SOBOTA	MS

[illegible]

Naziv enote	B, J, Z	Enota	L	P	D	G	A	I	Občina	OE ZZSZ
LEKARNA ORMOŽ	J									MB
Ormož	J	L	1	0	0				ORMOŽ	MB
Središče ob Dravi	J	P	0	1	0				ORMOŽ	MB
Ivanjковci	J	D			1				ORMOŽ	MB
LEKARNE PTUJ	J									MB
Ptuj	J	L	1	0	0	0			PTUJ	MB
Breg	J	L	1						PTUJ	MB
Gorišnica	J	L	1						GORIŠNICA	MB
Kidričevo	J	L	1	0	0				KIDRIČEVO	MB
Majšperk	J	L	1	0	0				MAJŠPERK	MB
Budina - Brstje	J	L	1	0					PTUJ	MB
Videm pri Ptuj	J	P		1					VIDEM	MB
A PT		A							PTUJ	MB
G PT	J	G				1			PTUJ	MB
Zavrč	J	D			1				ZAVRČ	MB
Žetale	J	D			1				ŽETALE	MB
KOROŠKA LEKARNA	J									RA
Dravograd	J	L	1	0	0				DRAVOGRAD	RA
Črna	J	L	1	0	0				ČRNA	RA
Mislinja	J	P	0	1	0				MISLINJA	RA
Mežica	J	L	1	0	0				MEŽICA	RA
Prevalje	J	L	1	0	0				PREVALJE	RA
Radlje	J	L	1	0	0				RADLJE	RA
Ravne	J	L	1	0	0				RAVNE	RA
Slov.Gradec	J	L	1	0	0				SLOV.GRADEC	RA
KTC Slov.Gradec	J	L	1	0	0				SLOV.GRADEC	RA
Vuzenica	J	L	1	0	0				VUZENICA	RA
Podvelka	J	P	0	1	0				PODVELKA	RA
GAL RA	J	G	0	0		1	0		RAVNE	RA
A RA	J	A	0	0		0	0		RAVNE	RA
LEKARNA RIBNICA	J									LJ
Ribnica	J	L	1	0	0				RIBNICA	LJ
Sodražica	J	P	0	1	0				SODRAŽICA	LJ
Loški Potok	J	D	0	0	1				LOŠKI POTOK	LJ
LEKARNA SEVNICA	J									KK
Sevnica	J	L	1	0	0				SEVNICA	KK
Senovo	J	L	1	0	0				KRŠKO	KK
Krmelj	J	L	1	0	0				SEVNICA	KK
Planina	J	P	0	1	0				ŠENTJUR	CE

Naziv enote	B, J, Z	Enota	L	P	D	G	A	I	Občina	OE ZZSZ
LEK SLOV BISTRICA	J									MB
Oplotnica	J	L	1	0	0				OPLOTNICA	MB
Center	J	L	1	0	0				SLOV.BISTRICA	MB
Bistrica	J	L	1	0					SLOV.BISTRICA	MB
Poljčane	J	L	1	0	0				POLJČANE	MB
ZASAVSKE LEKARNE	J									LJ
Center	J	L	1	0	0				TRBOVLJE	LJ
Medijske toplice	J	P	0	1	0				ZAGORJE	LJ
Trbovlje	J	L	1	0	0				TRBOVLJE	LJ
Hrastnik	J	L	1	0	0				HRASTNIK	LJ
Zagorje	J	L	1	0	0				ZAGORJE	LJ
Dol pri Hrastniku	J	P	0	1	0				HRASTNIK	LJ
LEKARNA VELENJE	J									RA
Velenje Kersnikova	J	L	1						VELENJE	RA
Velenje Center	J	L	1	0	0				VELENJE	RA
Velenje Cankarjeva	J	L	1						VELENJE	RA
Šoštanj	J	L	1	0	0				ŠOŠTANJ	RA
Šmartno	J	L	1	0	0				ŠMARTNO	RA
ŽALSKE LEKARNE	J									CE
Žalec	J	L	1	0	0				ŽALEC	CE
Petrovče	J	L	1						ŽALEC	CE
ZASEBNE LEKARNE	Z									
Markovec	Z	L	1	0	0				KOPER	KP
Pušnik	Z	L	1	0	0				TRBOVLJE	LJ
Apoteka pri teatru	Z	L	1	0	0				CELJE	CE
Dobrna	Z	P	0	1					DOBRNA	CE
WTC	Z	L	1	0	0				LJUBLJANA	LJ
Zupančičeva jama	Z	L	1	0	0				LJUBLJANA	LJ
Dežman	Z	L	1	0	0				LJUBLJANA	LJ
Šmarje	Z	D	0	0	1				KOPER	KP
Škofije	Z	L	1	0	0				KOPER	KP
Komenda	Z	L	1	0	0				KOMENDA	LJ
Vodice	Z	P	0	1					VODICE	LJ
Križevci	Z	L	1	0	0				KRIŽEVCI	MS
Lekarna Mesto 37	Z	L	1	0	0				ŠKOFJA LOKA	KR

Naziv enote	B, J, Z	Enota	L	P	D	G	A	I	Občina	OE ZZS
Novak	Z	L	1	0	0				NOVO MESTO	NM
Pri kranjskem orlu	Z	L	1	0	0				KRANJ	KR
Deteljica	Z	L	1	0	0				TRŽIČ	KR
Arnica Montana	Z	L	1	0	0				MARIBOR	MB
Šinigoj	Z	L	1	0	0				NOVA GORICA	NG
San Simon	Z	L	1	0	0				IZOLA	KP
Bovec	Z	L	1	0	0				BOVEC	NG
Tolmin	Z	L	1	0	0				TOLMIN	NG
Most na Soči	Z	L	1	0	0				TOLMIN	NG
Podbrdo	Z	D	0	0	1				TOLMIN	NG
Kobarid	Z	L	1	0	0				KOBARID	NG
Pod sv.Rokom	Z	L	1	0	0				SEVNICA	KK
Cizej	Z	L	1	0	0				LAŠKO	CE
Magdalena Lah	Z	L	1	0	0				MARIBOR	MB
Radenci	Z	L	1	0	0				RADENCI	MS
Apoteka Cankova	Z	L	1	0	0				CANKOVA	MS
Rogašovci	Z	P		1					ROGAŠOVCI	MS
Na Vidmu	Z	L	1	0	0				KRŠKO	KK
Solkan	Z	L	1	0	0				NOVA GORICA	NG
Čepovan	Z	D			1				NOVA GORICA	NG
Trnovo	Z	D			1				NOVA GORICA	NG
Mlaka	Z	L	1	0	0				KRANJ	KR
Lekarna na Ogrlici	Z	L	1	0	0				KOPER	KP
Marjantci	Z	L	1	0	0				MORAV.TOPL.	MS
Kromberk	Z	L	1	0	0				NOVA GORICA	NG
Miklavž	Z	L	1	0	0				MIKLAVŽ NA DR. P.	MB
Portorož	Z	L	1	0	0				PIRAN	KP
Murgle	Z	L	1	0	0				LJUBLJANA	LJ
Kirurški sanatorij Rožna dolina	Z	D	0	0	1				LJUBLJANA	LJ
Polzela	Z	L	1	0	0				POLZELA	CE
Cvetka	Z	L	1	0	0				PREBOLD	CE
Vransko	Z	L	1	0	0				VRANSKO	CE
Top Lek	Z	L	1	0	0				PTUJ	MB
Gornji Petrovci	Z	L	1	0	0				GORNJI PETROVCI	MS
Pesnica	Z	L	1	0	0				PESNICA	MB
Flerin	Z	L	1	0	0				DOMŽALE	LJ
Moja lekarna	Z	L	1	0	0				ŠKOFLJICA	LJ
Dobrova	Z	P	0	1					DOBROVA- POLH. GRADEC	LJ
Horjul	Z	P		1					HORJUL	LJ
Podčetrtek	Z	L	1	0	0				PODČETRTEK	CE
Bizjak	Z	L	1	0	0				LJUBLJANA	LJ
Dravlje	Z	L	1	0	0				LJUBLJANA	LJ
Grad	Z	L	1	0	0				GRAD	MS

Naziv enote	B, J, Z	Enota	L	P	D	G	A	I	Občina	OE ZZSZ
Štepanjsko naselje	Z	L	1	0					LJUBLJANA	LJ
Straža	Z	L	1						STRAŽA	NM
Pri gledališču	Z	L	1	0					MARIBOR	MB
Sanofarm	Z	L	1	0	0				LJUBLJANA	LJ
Lent	Z	L	1						MARIBOR	MB
Rače	Z	L	1						RAČE-FRAM	MB
Pragersko	Z	P		1					SLOV.BISTRICA	MB
Makole	Z	P		1					MAKOLE	MB
Plavž	Z	L	1						JESENICE	KR
Pogačnik	Z	L	1						DOL PRI LJUBLJANI	LJ
Duplek	Z	L	1						DUPLEK	MB
Žužek	Z	L	1						LJUBLJANA	LJ
Nove Poljane	Z	L	1						LJUBLJANA	LJ
Zalog	Z	L	1						LJUBLJANA	LJ
Bitenc	Z	L	1						LJUBLJANA	LJ
Cerkno	Z	L	1						CERKNO	LJ
Vrščaj	Z	L	1						ČRNOMELJ	NM
Vinica	Z	P		1					ČRNOMELJ	NM
Brinje	Z	L	1						LJUBLJANA	LJ
Europark	Z	L	1						MARIBOR	MB
Brod	Z	L	1						LJUBLJANA	LJ
Gornji Grad	Z	L	1						GORNJI GRAD	RA
S. Kozma	Z	L	1						HOČE-SLIVNICA	MB
Zgornja Kungota	Z	P		1					KUNGOTA	MB
Barsos-H	Z	L	1						LJUBLJANA	LJ
Vir	Z	L	1						DOMŽALE	LJ
Brezje	Z	L	1						MARIBOR	MB
Sveti Jurij	Z	L	1						ŠENTJUR	CE
Štore	Z	P		1					ŠTORE	CE
Anita	Z	L	1						SELNICA OB DRAVI	MB
Šalara	Z	L	1						KOPER	KP
Prule-Trnovo	Z	L	1						LJUBLJANA	LJ
Lekarna V Supernovi	Z	L	1						KRANJ	KR
Žužemberk	Z	L	1						ŽUŽEMBERK	NM
Naklo	Z	L	1						NAKLO	KR
Bled	Z	L	1						BLED	KR
Juršinci	Z	L	1						JURŠINCI	MB
Dren	Z	L	1						RAVNE NA KOROŠKEM	RA
Špringer	Z	L	1						GORNJA RADGONA	MS
Skupaj			243	44	16	9	7	1		

Legenda:

B - bolnišnična lekarna; opravljata tudi javno službo na primarni ravni

J - javni zavod

Z - zasebne lekarne

L - lekarna

P - podruž. lekarne

D - priročna zaloga zdravil

G - galen. laboratorij

A - kontrol. analizni laboratorij

I - informat. služba

Vir: Lekarniška zbornica

Prikaz 45. Seznam zdravilišč v Sloveniji

Naziv	Naslov	Kraj
TERME LENDAVA	TOMŠIČEVA ULICA 2 A	9220 LENDAVA/LENDVA
ZDRAVILIŠČE MORAVCI D.D.	KRANJČEVA ULICA 12	9226 MORAVSKE TOPLICE
RADENSKA - ZDRAVILIŠČE D.O.O. RADENCI	ZDRAVILIŠKO NASELJE 12	9252 RADENCI
UNIOR-ZREČE	CESTA NA ROGLO 15	3214 ZREČE
ZDRAVILIŠČE ROGAŠKA - ZDRAVSTVO	ZDRAVILIŠKI TRG 9	3250 ROGAŠKA SLATINA
TOPLICE DOBRNA	DOBRNA 50	3204 DOBRNA
ZDRAVILIŠČE LAŠKO	ZDRAVILIŠKA CESTA 4	3270 LAŠKO
ATOMSKE TOPLICE D.D. PODČETRTEK	ZDRAVILIŠKA CESTA 24	3254 PODČETRTEK
TERME ČATEŽ	TOPLIŠKA CESTA 35	8250 BREŽICE
HOTELI PALACE, D.D. PORTOROŽ	OBALA 45	6320 PORTOROŽ - PORTOROSE
RDEČI KRIŽ SLOVENIJE REPUBLIŠKI ODBOR LJUBLJANA	JADRANSKA CESTA 73	6280 ANKARAN
KRKA ZDRAVILIŠČA, NOVO MESTO	DOLENJSKE TOPLICE 2	8350 DOLENJSKE TOPLICE
KRKA ZDRAVILIŠČA, NOVO MESTO	BREZOVICA 1	8220 ŠMARJEŠKE TOPLICE
KRKA - ZDRAVILIŠČE STRUNJAN, D.O.O.	STRUNJAN 148	6320 PORTOROŽ - PORTOROSE
TERME TOPOLŠICA, D.D.	TOPOLŠICA 77	3326 TOPOLŠICA
TERME PTUJ, D.O.O.	POT V TOPLICE 009	2250 PTUJ

Prikaz 46. INDEKS KEP 12-LETNIKOV V NEKATERIH DRŽAVAH EU

DRŽAVA	KEP	LETO
Austria	1.0	2002
Belgium	1,1	2001
Denmark	0.8	2006

DRŽAVA	KEP	LETO
Finland	1,2	2000
France	1,2	2006
Germany	0.7	2005
Greece	2,2	2000
Ireland	1,1	2002
Italy	2,1	2004
Luxembourg	3.0	1990
Netherlands	0.8 ³	2002
Portugal	1,5	1999
Slovenia	1,8	1998
Spain	1,1	2000
Sweden	1.0	2005
UK	0.74	2004-05

Vir

<http://www.whocollab.od.mah.se/euro/eu/eurofr.html>

• [DMFT data for 2000 onwards are from CAPP data base](#)

• ¹Flanders

• ²Attica

• ³The Hague

• ⁴Great Britain (does not include Northern Ireland)

Prikaz 47. Odstotek ljudi brez zob

STAROST	ODSTOTEK
25-29	0
30-34	0
35-39	0,4
40-44	0,9
45-49	2,8
50-54	5,3
55-59	7,7
60-64	15,9

Vir: Zaletel - Kragelj, L., Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije (Z zdravjem povezan vedenjski slog). Ljubljana, Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje

Prikaz 48. Delež ljudi brez zob po socialnem statusu

SPODNJI	9,9
DELAVSKI	5,8
SREDNJI	2,8
VIŠJI SREDNJI	1,4
ZGORNJI	2,9

Vir: Zaletel-Kragelj L., Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije (Z zdravjem povezan vedenjski slog). Ljubljana, Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje

Prikaz 49. POGOSTOSTI UMIVANJA ZOB PO STAROSTNIH SKUPINAH

STAROST	<2 KRAT NA DAN
25-29	43,5
30-34	48
35-39	50,7
40-44	53,3
45-49	57,8
50-54	55,6
55-59	60,8
60-64	58,1

Vir: Zaletel-Kragelj L., Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije (Z zdravjem povezan vedenjski slog). Ljubljana, Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje

Prikaz 50. Vzpostavitev nove mreže službe nujne medicinske pomoči (NMP).

Javni zdravstveni zavod	Tip NMP	Število ekip NMP DS	
ZD+KC LJUBLJANA	PHE	4	4
ZD GROSUPLJE	A	1	
ZD DOMŽALE	C	1	
ZD LITIJA	B-ok *	1	
ZD KAMNIK	B	1	
ZD VRHNIKA	A	1	
ZD CERKNICA	B	1	
ZD IDRIJA	B-ok	1	
ZD LOGATEC	B	1	
ZD KOČEVJE	B-ok	1	
ZD RIBNICA	B	1	
ZD TRBOVLJE	C	1	
ZD HRASTNIK	A	1	
ZD ZAGORJE	B	1	
ZD DRAVOGRAD	A2	1	
ZD RADLJE	B	1	
ZD RAVNE	B	1	
ZD RAVNE – priprav. Črna	A2	1	
ZD SLOVENJ GRADEC	PHE	1	1
ZD VELENJE	PHE	1	0,5
ZD MOZIRJE	B	1	
ZD KOPER	A	1	
ZD KOPER	PHE	1	1
ZD IZOLA	A	1	
ZD PIRAN	A	1	
ZD POSTOJNA	C	1	
ZD ILIRSKA BISTRICA	B	1	
ZD SEŽANA	B	1	
ZD CELJE	PHE	1,5	1,5

Javni zdravstveni zavod	Tip NMP	Število ekip	
		NMP	DS
ZD LAŠKO	B	1	
ZD SLOVENSKE KONJICE	B	1	
ZD ŠENTJUR	A	1	
ZD ŠMARJE Kozje	A2	1	
ZD ŠMARJE Rogaška Slatina	A2	1	
ZD ŠMARJE	B	1	
ZD ŽALEC	A	1	
OZ GOR. KRANJ	PHE	1	1,3
OZ GOR. JESENICE	C	1	
OZ GOR. ŠKOFJA LOKA	B-ok	1	
OZ GOR. BLEJ	B	1	
OZ GOR. TRŽIČ	B	1	
OZ GOR. RADOVLJICA	A	1	
OZ GOR. BOHINJ	A2	1	
OZ GOR. KRANJSKA GORA	A«	1	
ZD BREŽICE	B	1	
ZD KRŠKO	C	1	
ZD SEVNICA	B	1	
ZD MARIBOR	PHE	2,5	2,5
ZD LENART	B	1	
ZD SLOVENSKA BISTRICA	B	1	
ZD PTUJ	PHE	1	1
ZD ORMOŽ	B	1	
ZD GORNJA RADGONA	B	1	
ZD LENDAVA	B	1	
ZD LJUTOMER	B	1	
ZD MURSKA SOBOTA	PHE	1	1
GORNJI PETROVCI	A2	1	
ZD AJDOVŠČINA	B	1	
ZD NOVA GORICA	PHE	1	1
ZD TOLMIN	B-ok	1	
ZD ČRNOMELJ	B	1	
ZD METLIKA	A	1	
ZD NOVO MESTO	PHE	1	1
ZD TREBNJE	B	1	

Legenda:

1. Enote A, B in okrepljena enota B (v nadaljnjem besedilu: B-ok) so organizacijske oblike službe NMP v osnovni zdravstveni dejavnosti in predstavljajo z ustreznim osebjem in opremo okrepljeno obstoječo dežurno službo.
2. Enota A2 je enota A, ki se organizira izjemoma pri zdravstveni postaji, pri kateri ni zdravniške dežurne službe.
3. Prehospitalska enota (v nadaljnjem besedilu: PHE) je posebna oblika organiziranosti službe NMP v večjih središčih in deluje na primarni ravni zdravstvene dejavnosti 24 ur na dan. Organizira se poleg obstoječe redne dežurne službe v zdravstvenem domu ali bolnišnici, lahko pa opravlja tudi naloge enote A in B.
4. Enota C je enaka PHE, le da ponoči deluje kot enota B.

Priloga 3

Kazalniki kakovosti

V letu 2006 so izvajalci spremljali šest kazalnikov kakovosti za obdobje 1. 1.–31. 12. 2006. Kazalniki so opredeljeni v priročniku *Splošni standardi zdravstvene obravnave za bolnišnice*. Izvajalci so jih objavili na svoji spletni strani in poslali poročilo na Ministrstvo za zdravje do 31. 1. 2007. V poročilu in objavi na spletnih straneh so navedli podatke po metodologiji, ki je zapisana v navedenem priročniku, in vključili tudi izpolnjene preglednice načrta za izboljšave. Vsi so dolžni spremljati vseh šest kazalnikov kakovosti. Izvzet je le kazalnik pod zaporedno številko 3 *Čakalna doba na računalniško tomografijo* za tiste izvajalce, ki te dejavnosti ne opravljajo.

Predpisani kazalniki kakovosti so:

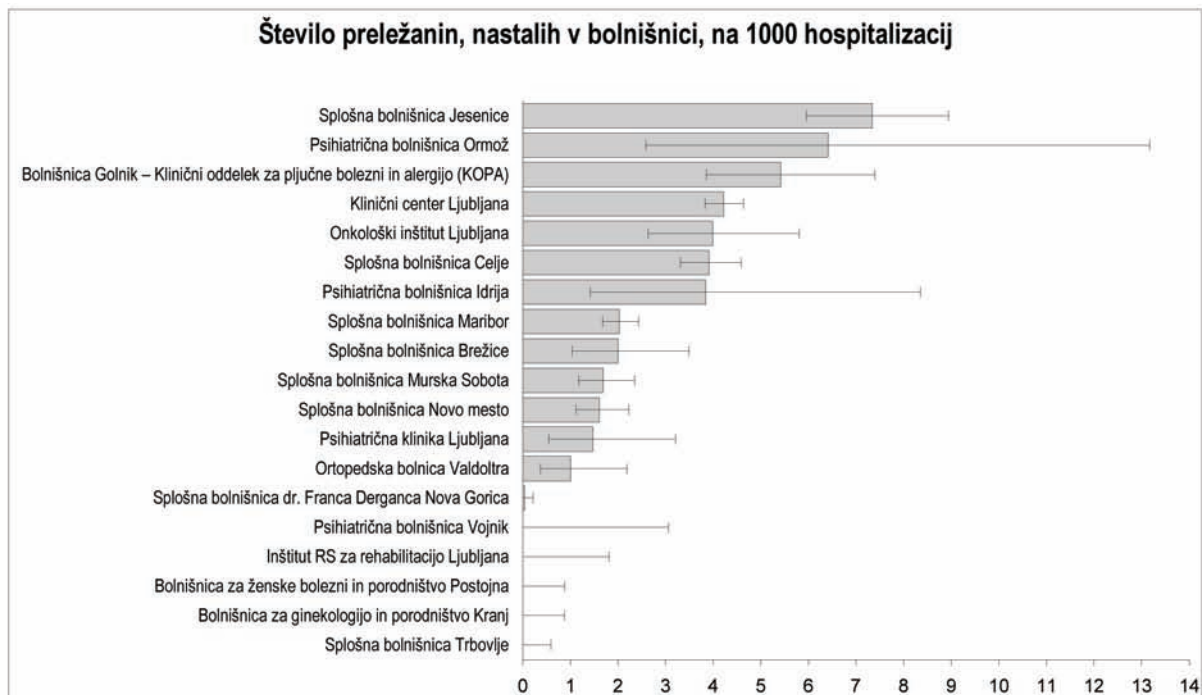
1. Število padcev s postelj na 1000 oskrbnih dni.
2. Število preležanin, nastalih v bolnišnici, na 1000 hospitaliziranih bolnikov.
3. Čakalna doba za računalniško tomografijo.
4. Čakanje na odpust: dnevi, ko bolniki, ki so končali zdravljenje v akutni bolnišnici, čakajo na odpust.
5. Delež nenačrtovanega ponovnega sprejema v isto bolnišnico v sedmih dneh po odpustu zaradi iste ali podobne diagnoze.
6. Bolnišnične okužbe.

V nadaljevanju so prikazani podatki po posameznih bolnišnicah za prva dva navedena kazalnika. Za druge štiri kazalnike zbrani podatki žal še ne omogočajo ustrezne in primerljive predstavitve. V obrazložitvi je treba poudariti, da višja številka ne pomeni v tem trenutku tudi slabšega izvajanja zdravstvene dejavnosti, ampak je v tej prvi fazi zbiranja podatkov močno odvisna tudi od zavzetosti izvajalcev zdravstvene dejavnosti in njihove doslednosti pri beleženju navedenih padcev s postelje in preležanin.

Prikaz 51



Prikaz 52



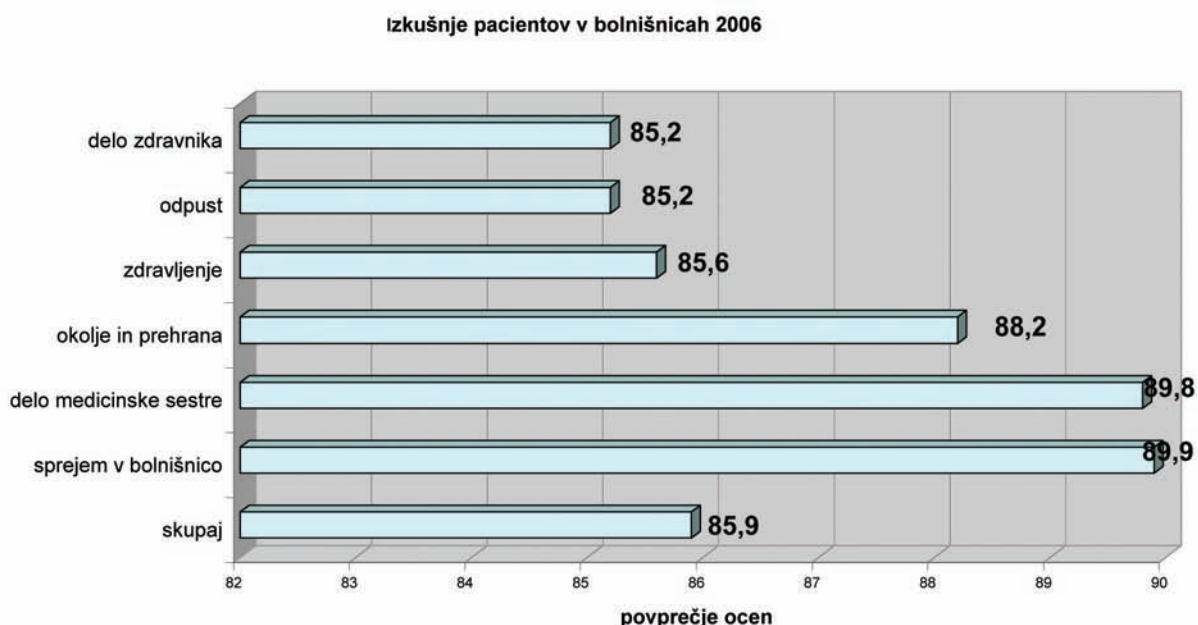
Anketa o izkušnjah pacientov

Od šestih načel kakovosti je osredotočenje na pacienta najpomembnejše. Če želimo to načelo uresničevati, moramo paciente spraševati o njihovih izkušnjah pri zdravljenju. V ta namen je Ministrstvo za zdravje v letu 2006 izvedlo prvo nacionalno anketo o izkušnjah pacientov v bolnišnicah, ki omogoča primerjavo med le-timi, saj je standardizirana.

Anketa je pokazala, da imajo pacienti na splošno zelo dobre izkušnje z zdravljenjem v bolnišnici – ocenili so jih z 89,9 točke na lestvici od 0 do 100. Bolnišnice so bile razdeljene v tri skupine: v najnižjem percentilu razporeditve rezultatov so se ti v osmih bolnišnicah gibal od 81 do 84,2 točke, v srednjem percentilu je bilo 12 bolnišnic z rezultati med 84,2 in 86,7 točke in v najvišjem percentilu sedem bolnišnic z rezultatom od 86,7 do 94,3 točke.

Vprašanja so bila razdeljena v sklope in rezultati so prikazani na naslednjem grafu.

Prikaz 53



Na posamezna vprašanja so pacienti odgovarjali z oceno od 1 do 5. Večina ocen je bila v vseh bolnišnicah med 4 in 5. Najslabše so bila ocenjena vprašanja, ki so se nanašala na nekatere vidike odnosa zdravnik in medicinska sestra do pacienta. Problem je bilo tudi podajanje informacij.

Sklop *delo zdravnika*

Pacienti so izrazili visoko mnenje glede dostojanstvenega in spoštljivega ravnanja. Najbolj jih je motilo, da so zdravniki pred njimi govorili, kakor da jih ni, da so se o njih in njihovi bolezni pogovarjali v navzočnosti drugih oseb, da ni bila zagotovljena zasebnost pri pogovoru, viziti in opravljanju posegov ter da niso bili obvarovani pred pogledi in poslušanjem drugih.

Sklop *delo medicinske sestre*

Vprašanja za medicinske sestre so bila podobna kakor za zdravnike. Pacienti najbolj ocenjujejo razlago namena posega, ki so ga želele medicinske sestre opraviti, ter da spremljajo in obvladujejo vsa naročila in dejavnosti, ki se nanašajo na pacienta. Paciente je tudi pri medicinskih sestrah najbolj motilo, da so pred njimi govorile, kakor da jih ni. Predolgo je bilo treba čakati tudi na prihod medicinske sestre, ko so jo poklicali. Pacienti tudi niso zadovoljni glede razumljivosti odgovorov na zastavljena vprašanja.

Sklop vaše zdravljenje

Pacienti najboljše ocenjujejo razumljivo razlago zdravnika glede koristi in tveganja zdravljenja. Dobrih možnosti, da bi s podpisom vplivali, komu se lahko dajo informacije v zvezi z njihovim zdravstvenim stanjem, pacienti nimajo. Večkrat dobijo tudi nasprotujoče si informacije o svoji bolezni, zdravljenju in zdravstveni negi od različnih zaposlenih. Ob uvedbi novega zdravila slabo ocenjujejo tudi razlago o njegovih možnih stranskih učinkih.

Sklop kako ocenjujete bolnišnico, okolje in prehrano

Pacienti najboljše ocenjujejo higieno bolniške sobe, sodelovanje med osebjem in količino razpoložljive hrane. Bolnišnice jih slabo seznajajo s pravicami in dolžnostmi, ki jih ima pacient. Tudi s prehrano nasploh niso preveč zadovoljni. Ponoči jih moti hrup, ki ga povzroča osebje.

Sklop odpust iz bolnišnice

Pacienti najboljše ocenjujejo pogovor z zdravnikom in medicinsko sestro o nadaljnji zdravstveni oskrbi po odpustu iz bolnišnice.

Cilj Ministrstva za zdravje je bil predvsem, da bi na ta način pomagalo bolnišnicam pri izboljšavah, ki bodo temeljile na podatkih.

Priloga 4

Tabelarični prikazi podatkov o nadzoru.

Interni strokovni nadzor

Prikaz 54. Povzetek odgovorov strokovnih direktorjev slovenskih bolnišnic glede izvajanja rednega strokovnega internega nadzora v letu 2005

Elementi internega strokovnega nadzora	Število bolnišnic	Skupno število strokovnih internih nadzorov
Posredovan odgovor na MZ	25	
Predložen Pravilnik o SIN	22	
Redni SIN s priloženimi zapisniki	5	40
Redni SIN brez priloženih zapisnikov	8	379

Legenda:

SIN - strokovni interni nadzor, MZ - Ministrstvo za zdravje

Vir. odgovori, prejeti na Ministrstvu za zdravje v letu 2006

Strokovni nadzor s svetovanjem

Prikaz 55. Obseg strokovnega nadzora s svetovanjem v letih 2005, 2006 in 2007

	področje zdravstva	ustanove			Skupaj opravljeni nadzori
		bolnišnica	zdravstveni dom	zasebni sektor	
2005	bolnišnično in specialistično zdravstvo	16		1	17
	osnovno zdravstvo		7	12	19
	Zdravstvo skupaj	16	7	13	36
	Zobozdravstvo		4	5	9
	Skupaj zdravstvo in zobozdravstvo	16	11	18	45
	ekspertna mnenja*				5
	Skupaj 2005				50
2006	bolnišnično in specialistično zdravstvo	28			28
	osnovno zdravstvo		9	11	20
	Zdravstvo skupaj	28	9	11	48
	Zobozdravstvo		4	8	12
	Skupaj zdravstvo in zobozdravstvo	28	13	19	60
	ekspertna mnenja*				5
	Skupaj 2006				65
2007	bolnišnično in specialistično zdravstvo	53		2	55
	osnovno zdravstvo		29	19	48
	Zdravstvo skupaj	53	29	21	103
	Zobozdravstvo		5	23	28
	bodo opravljeni v l. 2008:**				
	- zdravstvo	3	1	1	5
	- zobozdravstvo		1	1	2
	Skupaj zdravstvo in zobozdravstvo	56	36	46	138
	ekspertna mnenja*				12
	Skupaj 2007				150
Skupaj l. 2005+2006+2007		100	60	83	243
ekspertna mnenja l. 2005+2006+2007 *					22
Skupaj l. 2005+2006+2007					265

Opombe:

* rezervirana sredstva nadzorov za izvedenska mnenja na podlagi prispelih pritožb in za njihovo rešitev

** nadzori, ki so bili določeni za leto 2007, vendar jih ni bilo mogoče izvesti v letu 2007, zato bodo opravljeni v januarju oziroma februarju 2008

Vir: Poročila o strokovnih nadzorih za leto 2005, 2006 in 2007 – Zdravniška zbornica Slovenije

Finančni medicinski nadzor

Prikaz 56. Število izvedenih nadzorov po območnih enotah ZZZS za leto 2006

območna enota	načrtovano število	izvedeno število	indeks %	izredno število	načrtovano in izredno število	indeks vseh %
Celje	104	109	104,81	1	110	105,8
Koper	78	74	94,87	1	75	96,2
Kranj	97	91	93,81	0	91	93,8
Krško	50	47	94	0	47	94
Ljubljana	220	179	81,36	15	194	88,2

območna enota	načrtovano število	izvedeno število	indeks %	izredno število	načrtovano in izredno število	indeks vseh %
Maribor	159	142	89,31	0	142	89,3
Murska Sobota	74	52	70,27	3	55	74,3
Nova Gorica	77	62	80,52	1	63	81,8
Novo mesto	68	78	114,71	1	79	116,2
Ravne na Koroškem	90	79	87,78	1	80	88,9
Skupaj	1017	913	89,77	23	936	92

Vir: Poslovno poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leto 2006

Prikaz 57. Finančne posledice po opravljenih nadzorih pri izvajalcih v letu 2006

Načrtovani nadzori

Vrsta nadzora	Število nadzorov	Odbitki za OZZ	Pogodbene kazni	Povpr. odbitkov za OZZ	Povpr. odbitkov za PZZ	Povpr. pog. kazni
Medobmočni	338	76.199.225		0	226.110	0
Območni	228	5.718.255		0	25.080	10.078
Administrativni	131	0		0	0	0
Finančni	114	2.044.402		0	17.933	10.427
Pravice	102	8.833.589		0	86.604	0
Skupaj	913	92.795.471		0	355.727	20.505

Izredni nadzori

Vrsta nadzora	Število nadzorov	Odbitki za OZZ	Pogodbene kazni	Povpr. odbitkov za OZZ	Povpr. odbitkov za PZZ	Povpr. pog. kazni
Medobmočni	18	23.696.666		0	1.316.481	7.494
Območni	1	0		0	0	5.211
Administrativni	0	0		0	0	0
Finančni	1	0		0	0	0
Pravice	3	51.449		0	17.150	0
Skupaj	23	23.748.115		0	1.333.631	12.705
Skupaj vsi	936	116.543.586		0	1.689.358	4.065
Obveznosti iz leta 2005		13.111.300				
Sistemske napake		45.760.470				

Legenda:

OZZ - obvezno zdravstveno zavarovanje

PZZ - prostovoljno zdravstveno zavarovanje

Vir: Poslovno poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leto 2006

Upravni nadzor

Prikaz 58. Obseg upravnega nadzora Ministrstva za zdravje v letih 2005, 2006 in 2007

Leto	Št. UN v bolnišnicah	Št. UN v zdravstvenih domovih	Št. UN v ZZV	Št. UN v drugih JZ	SKUPAJ
2005	1	2	0	1	4
2006		1	1		2
2007	1	3	0	0	4

Legenda:

UN - upravni nadzor

ZZV - zavod za zdravstveno varstvo

JZ - javni zavod

Vir: Statistični podatki Ministrstva za zdravje

Inšpekcijski nadzor

Prikaz 59. Obseg nadzora, opravljenega v okviru delokroga posamezne inšpekcije oziroma nadzorstva v letih 2005, 2006, 2007

Leto	Število nadzorov posamezne inšpekcijske službe/nadzorstva								Skupno število nadzorov	
	ZIRS-ZI (št.inšp.=125)		URSK-KI (št.inšp.= 5)		URSVS (št.inšp.=2)		JAZMP-FN (št.inšp.=6)			
	IP	VZ	IP	VZ	IP	VZ	IP	VZ	IP	VZ
2005	29811	6593	164	148	82	70	Ni podatka	370 (ZAF)	30057	7181
2006	31940	6477	161	23	70	70	93	325 (ZAF)	32264	6895
2007	40701	6798	164	48	139	70	86	165	41090	7081
Skupaj	102452	19868	489	219	291	70	179	860	103411	21017

Legenda:

ZIRS-ZI – Zdravstveni inšpektorat Republike Slovenije, Zdravstvena inšpekcija

URSK – Urad Republike Slovenije za kemikalije, Inšpekcija za kemikalije

URSV – Uprava Republike Slovenije za varstvo pred sevanji

JAZMP-FN – Javna agencija Republike Slovenije za zdravila in medicinske pripomočke, Farmacevtsko nadzorstvo

IP – inšpekcijski pregledi

VZ – vzorci različnih proizvodov

Št. inšp. – obstoječe število inšpektorjev, ki v posameznem organu izvajajo nadzor na terenu

ZAF – Zavod za farmacijo in preizkušanje zdravil

Vir: Statistični podatki organov (ZIRS, URSK, URSVS in JAZMP)

Delo zdravstvene inšpekcije v okviru Zdravstvenega inšpektorata obsega varnost živil oziroma hrane, vključno s pitno vodo; varnost različnih proizvodov, ki niso živila, nalezljive bolezni, higiensko ustreznost kopalnih vod, minimalne sanitarno-zdravstvene pogoje v zdravstveni dejavnosti, na področjih otroškega varstva, vzgoje in izobraževanja, sociale, higienske nege, gostinstva in turizma, kopališč, pa tudi omejevanje uporabe tobačnih izdelkov in alkohola.

Delo inšpekcije za kemikalije v okviru Urada Republike Slovenije za kemikalije obsega področje kemikalij vključno s fitofarmacevtskimi sredstvi in biocidi, kemično orožje, sestavine za prepovedane droge, strateško blago in omejevanje nevarnih snovi.

Delo inšpekcije Uprave Republike Slovenije za varstvo pred sevanji obsega področje izvajanja dejavnosti in uporabe virov ionizirajočega sevanja v zdravstvu in veterinarstvu ter varovanja zdravja ljudi pred škodljivimi vplivi tega sevanja.

Delo farmacevtskega nadzorstva v okviru Javne agencije Republike Slovenije za zdravila in medicinske pripomočke obsega proizvodnjo oziroma izdelavo, promet na debelo in na drobno zdravil za uporabo v humani in veterinarski medicini, kakovost zdravil v prometu, varnost medicinskih pripomočkov, prepovedane droge, kri, celice in tkiva.

Priloga 5

Javno zdravje – ocena spremembe proračunskih virov za preventivo in krepitev zdravja v letih 2008 do 2013

Prikaz 60. Ocena potrebnih finančnih virov za uresničitev nacionalnega plana zdravstvenega varstva

Naziv postavke	2008 v €	2009 v €	2010 v €	2011 v €	2012 v €	2013 v €
1706 Preventivni programi zdravstvenega varstva	9.726.916	10.412.397	11.764.659	12.885.617	14.140.928	15.548.579
1446 Program varovanja zdravja delavcev	62.185	62.616	62.616	62.616	62.616	62.616
1451 Spremljanje vplivov okolja na zdravje	1.140.994	1.148.898	1.148.898	1.148.898	1.148.898	1.148.898
4274 Zmanjševanje razlik v zdravju	171.112	172.297	172.297	172.297	172.297	172.297
5527 Programi EU na področju javnega zdravja	6.192	6.235	6.859	7.544	8.299	9.129
6855 Nacionalni programi boja proti aidsu	40.128	40.406	40.406	40.406	40.406	40.406
7075 Raziskovalne naloge in študije	329.661	329.661	329.661	329.661	329.661	329.661
7083 Zdravstvena prosveta in vzgoja	796.455	950.000	1.140.000	1.368.000	1.641.600	1.969.920
7084 Izvajanje javne službe na IVZ in ZZV	7.140.189	7.925.610	8.797.427	9.765.144	10.839.310	12.031.634
9151 Upravljanje varne hrane in krme	40.000					

Prikaz 61. Projekcija porabe sredstev za investicije

			1	2	3	4	5	6	7					
zap	številka	Naziv projekta	Vrednost	Načrtovana poraba v obdobju 2007-2011						Načrtovana poraba v obdobju 2012 do 2019				
št.	projekta v NRP	v NRP (načrtu razvojnih programov)	projekta	2008	2009	2010	2011	po 2011	Σ 2008do po 2011 (2019)	2012	2013	2014	2015 DO 2019	Σ 2012 do 2019
1.	2711-02-0001	Oprema za več javnih zdravstvenih zavodov	21.796.631	8.458.705	1.174.487	1.249.491	1.249.491	3.539.844	15.672.018	1.249.491	1.249.491	1.040.862	0	3.539.844
		proračunska sredstva	21.796.631	8.458.705	1.174.487	1.249.491	1.249.491	3.539.844	15.672.018	1.249.491	1.249.491	1.040.862	0	3.539.844
		druga sredstva	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2.	2711-03-0001	SB Nova Gorica-urgenca,op blok, vezni trakt	6.294.949	0	4.310.508	1.984.500	0	0	6.295.008	0	0	0	0	0
		proračunska sredstva	3.147.504	0	2.155.254	992.250	0	0	3.147.504	0	0	0	0	0
		druga sredstva	3.147.445	0	2.155.254	992.250	0	0	3.147.504	0	0	0	0	0
3.	2711-06-0004	SB Murska Sobota-Urgenca	2.921.050	0	2.921.050	0	0	0	2.921.050	0	0	0	0	0
		proračunska sredstva	1.460.525	0	1.460.525	0	0	0	1.460.525	0	0	0	0	0
		druga sredstva	1.460.525	0	1.460.525	0	0	0	1.460.525	0	0	0	0	0
4.	2711-06-0005	UKC Maribor-Urgenca	32.165.125	0	0	0	32.165.125	0	32.165.125	0	0	0	0	0
		proračunska sredstva	2.115.674	0	0	0	2.115.674	0	2.115.674	0	0	0	0	0
		druga sredstva	30.049.451	0	0	0	30.049.451	0	30.049.451	0	0	0	0	0
5.	2711-06-0006	SB Novo mesto-interni oddelek in urgenca	17.706.915	0	352.613	89.718	3.473.512	13.791.072	17.706.915	3.473.512	2.063.512	2.063.512	6.190.536	13.791.072
		proračunska sredstva	14.886.915	0	352.613	89.718	2.063.512	12.381.072	14.886.915	2.063.512	2.063.512	2.063.512	6.190.536	12.381.072
		druga sredstva	2.820.000	0	0	0	1.410.000	1.410.000	2.820.000	1.410.000	0	0	0	1.410.000
6.	2711-06-0007	UKC Klinika za nuklearno medicino in KIR	7.141.963	0	312.969	31.297	31.297	6.766.400	7.141.963	676.640	676.640	676.640	4.736.480	6.766.400
		proračunska sredstva	7.141.963	0	312.969	31.297	31.297	6.766.400	7.141.963	676.640	676.640	676.640	4.736.480	6.766.400
		druga sredstva	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7.	2711-06-0008	KOPA Golnik-Vurnikova stavba-obnova	8.345.851	0	0	0	2.086.462	6.259.389	8.345.851	4.172.926	2.086.463	0	0	6.259.389
		proračunska sredstva	8.345.851	0	0	0	2.086.462	6.259.389	8.345.851	4.172.926	2.086.463	0	0	6.259.389
		druga sredstva	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8.	2711-06-0009	Zavod za transfuzijsko medicino-Krvna banka	9.332.166	0	408.946	40.895	40.895	8.841.430	9.332.166	884.143	884.143	884.143	6.189.001	8.841.430
		proračunska sredstva	9.332.166	0	408.946	40.895	40.895	8.841.430	9.332.166	884.143	884.143	884.143	6.189.001	8.841.430
		druga sredstva	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9.	2711-06-0010	SB Brežice-CIT, PACU, centr. sterilizacija	1.251.877	0	417.292	834.585	0	0	1.251.877	0	0	0	0	0
		proračunska sredstva	1.251.877	0	417.292	834.585	0	0	1.251.877	0	0	0	0	0
		druga sredstva	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

			1	2	3	4	5	6	7					
zap	številka	Naziv projekta	Vrednost	Načrtovana poraba v obdobju 2007-2011						Načrtovana poraba v obdobju 2012 do 2019				
št.	projekta v NRP	v NRP (načrtu razvojnih programov)	projekta	2008	2009	2010	2011	po 2011	Σ 2008do po 2011 (2019)	2012	2013	2014	2015 DO 2019	Σ 2012 do 2019
10.	2711-06-0013	PB Begunje-preureditev, obnova V. faza	894.220	0	894.220	0	0	0	894.220	0	0	0	0	0
		proračunska sredstva	894.220	0	894.220	0	0	0	894.220	0	0	0	0	0
		druga sredstva	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11.	2711-94-0001	UKCL-DTS+HB-prizidek in preureditev	92.681.707	15.660.373	19.373.057	20.139.545	16.703.527	12.142.210	84.018.712	8.662.995	3.479.215	0	0	12.142.210
		proračunska sredstva	92.681.707	15.660.373	19.373.057	20.139.545	16.703.527	12.142.210	84.018.712	8.662.995	3.479.215	0	0	12.142.210
		druga sredstva	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12.	2711-94-0002	UKC Ljubljana-Nevrološka klinika	32.559.600	1.604.807	1.604.807	1.604.807	1.604.807	2.058.740	8.477.968	1.604.807	453.933	0	0	2.058.740
		proračunska sredstva	32.559.600	1.604.807	1.604.807	1.604.807	1.604.807	2.058.740	8.477.968	1.604.807	453.933	0	0	2.058.740
		druga sredstva	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13.	2711-94-0005	UKC Ljubljana- klinika ORL	27.310.327	958.797	958.797	958.797	958.797	2.876.403	6.711.591	958.797	958.797	958.809	0	2.876.403
		proračunska sredstva	27.310.327	958.797	958.797	958.797	958.797	2.876.403	6.711.591	958.797	958.797	958.809	0	2.876.403
		druga sredstva	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14.	2711-94-0007	Onkološki inštitut Ljubljana II. faza	30.328.501	0	0	6.094.300	18.455.141	5.779.060	30.328.501	5.779.060	0	0	0	5.779.060
		proračunska sredstva	30.328.501	0	0	6.094.300	18.455.141	5.779.060	30.328.501	5.779.060	0	0	0	5.779.060
		druga sredstva	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15.	2711-94-0010	SB Celje-dokončanje bolnišničnih oddelkov	82.577.524	4.482.135	3.084.829	14.139.512	10.412.995	45.380.246	77.499.717	6.600.000	6.600.000	6.600.000	25.580.246	45.380.246
		proračunska sredstva	25.026.256	4.482.135	3.084.829	4.372.829	5.086.463	8.000.000	25.026.256	1.100.000	1.100.000	1.100.000	4.700.000	8.000.000
		druga sredstva	57.551.268	0	0	9.766.683	5.326.532	37.380.246	52.473.461	5.500.000	5.500.000	5.500.000	20.880.246	37.380.246
16.	2711-94-0011	SB Jesenice-novogradnja	17.752.688	73.026	1.679.603	4.827.048	1.679.603	8.690.119	16.949.399	1.679.603	1.679.603	1.679.603	3.651.310	8.690.119
		proračunska sredstva	14.605.243	73.026	1.679.603	1.679.603	1.679.603	8.690.119	13.801.954	1.679.603	1.679.603	1.679.603	3.651.310	8.690.119
		druga sredstva	3.147.445	0	0	3.147.445	0	0	3.147.445	0	0	0	0	0
17.	2711-94-0012	SB Trbovlje-obnova, preureditev, novogradnja	26.874.946	7.865.548	9.190.168	0	0	0	17.055.716	0	0	0	0	0
		proračunska sredstva		15.732	18.382	0	0	0	34.114	0	0	0	0	0
		druga sredstva	0	7.849.816	9.171.786	0	0	0	17.021.602	0	0	0	0	0
18.	2711-94-0014	SB Slovenj Gradec-novogradnja, obnova	18.437.193	7.669.712	6.256.719	0	0	0	13.926.431	0	0	0	0	0
		proračunska sredstva	15.617.193	7.669.712	3.436.719	0	0	0	11.106.431	0	0	0	0	0
		druga sredstva	2.820.000	0	2.820.000	0	0	0	2.820.000	0	0	0	0	0
19.	2711-94-0015	SB Izola-urgenca, obnova	12.997.958	0	4.802.651	8.195.307	0	0	12.997.958	0	0	0	0	0
		proračunska sredstva	10.177.958	0	3.392.651	6.785.307	0	0	10.177.958	0	0	0	0	0
		druga sredstva	2.820.000	0	1.410.000	1.410.000	0	0	2.820.000	0	0	0	0	0
20.	2711-94-0029	ZZV Koper-novogradnja	5.317.104	0	324.921	30.625	30.625	4.930.933	5.317.104	704.419	704.419	704.419	2.817.676	4.930.933
		proračunska sredstva	5.317.104	0	324.921	30.625	30.625	4.930.933	5.317.104	704.419	704.419	704.419	2.817.676	4.930.933
		druga sredstva	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

1 2 3 4 5 6 7														
zap	številka	Naziv projekta	Vrednost	Načrtovana poraba v obdobju 2007-2011						Načrtovana poraba v obdobju 2012 do 2019				
št.	projekta v NRP	v NRP (načrtu razvojnih programov)	projekta	2008	2009	2010	2011	po 2011	Σ 2008do po 2011 (2019)	2012	2013	2014	2015 DO 2019	Σ 2012 do 2019
21.	2711-94-0030	PB Idrija, obnova, III. faza	3.915.664	0	1.863.941	1.618.227	433.496	0	3.915.664	0	0	0	0	0
		proračunska sredstva	3.915.664	0	1.863.941	1.618.227	433.496	0	3.915.664	0	0	0	0	0
		druga sredstva	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
22.	2711-94-0032	PB Ormož, obnova. Preureditev - II. faza	9.720.347	0	2.396.026	2.637.289	915.750	3.771.282	9.720.347	3.771.282	0	0	0	3.771.282
		proračunska sredstva	9.720.347	0	2.396.026	2.637.289	915.750	3.771.282	9.720.347	3.771.282	0	0	0	3.771.282
		druga sredstva	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
23.	2711-94-0034	Priprava investicij in nakupi zemljišč	1.104.941	25.854	0	125.188	0	190.408	341.450	190.408	0	0	0	190.408
		proračunska sredstva	1.104.941	25.854	0	125.188	0	190.408	341.450	190.408	0	0	0	190.408
		druga sredstva	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
24.	2711-96-0002	UKC Ljubljana-Pediatrična klinika-novogradnja	86.931.924	2.331.548	2.331.548	2.331.548	2.122.424	6.331.310	15.448.378	2.331.548	2.331.548	1.668.214	0	6.331.310
		proračunska sredstva	86.931.924	2.331.548	2.331.548	2.331.548	2.122.424	6.331.310	15.448.378	2.331.548	2.331.548	1.668.214	0	6.331.310
		druga sredstva	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
25.	2711-99-0002	UKC Ljubljana-IMDPŠ	2.311.138	1.816.788	0	0	0	0	1.816.788	0	0	0	0	0
		proračunska sredstva	2.311.138	1.816.788	0	0	0	0	1.816.788	0	0	0	0	0
		druga sredstva	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
26.	2711-99-0004	Požarnovarnostne sanacije	9.498.031	0	0	2.113.926	2.113.926	4.980.048	9.207.900	2.058.999	2.921.049	0	0	4.980.048
		proračunska sredstva	9.498.031	0	0	2.113.926	2.113.926	4.980.048	9.207.900	2.058.999	2.921.049	0	0	4.980.048
		druga sredstva	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
27.	Sofinanc.!	ZUIM-III. faza obnove (sofinanciranje MŠŠ)	2.712.402	2.086.463	0	0	0	0	2.086.463	0	0	0	0	0
		proračunska sredstva	2.712.402	2.086.463	0	0	0	0	2.086.463	0	0	0	0	0
		druga sredstva	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
28.	2711-07-0001	Novi Klinični center v Ljubljani	268.950.000	0	150.000	200.000	200.000	268.400.000	268.950.000	26.663.703	53.327.406	79.991.109	108.417.782	268.400.000
		proračunska sredstva	268.950.000	0	150.000	200.000	200.000	268.400.000	268.950.000	26.663.703	53.327.406	79.991.109	108.417.782	268.400.000
		druga sredstva	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
29.	2711-08-0005	PK Ljubljana - nadomestni objekt EZOA in CIP	6.238.510	3.703.890	2.050.561	0	0	0	5.754.451	0	0	0	0	0
		proračunska sredstva	4.388.099	3.286.597	1.101.502	0	0	0	4.388.099	0	0	0	0	0
		druga sredstva	1.850.411	417.293	949.059	0	0	0	1.366.352	0	0	0	0	0
30.	Sofinanc.!	CZBO Šentvid pri Stični (udeležba k N fin. meh.)	110.000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		proračunska sredstva	110.000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		druga sredstva	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
31.	2711-08-0006	UKC Maribor - obnova starega ORL in očesnega oddelka	2.500.000	250.000	250.000	1.000.000	1.000.000	0	2.500.000	0	0	0	0	0
		proračunska sredstva	1.500.000	250.000	250.000	500.000	500.000	0	1.500.000	0	0	0	0	0
		druga sredstva	1.000.000	0	0	500.000	500.000	0	1.000.000	0	0	0	0	0

12														
			1	2	3	4	5	6	7					
zap	številka	Naziv projekta	Vrednost	Načrtovana poraba v obdobju 2007-2011						Načrtovana poraba v obdobju 2012 do 2019				
št.	projekta v NRP	v NRP (načrtu razvojnih programov)	projekta	2008	2009	2010	2011	po 2011	Σ 2008do po 2011 (2019)	2012	2013	2014	2015 DO 2019	Σ 2012 do 2019
32.	2711-08-0007	UKC Maribor - Onkologija in radioterapija	10.800.000	1.620.000	0	9.180.000	0	0	10.800.000	0	0	0	0	0
		proračunska sredstva	1.620.000	1.620.000	0	0	0	0	1.620.000	0	0	0	0	0
		druga sredstva	9.180.000	0	0	9.180.000	0	0	9.180.000	0	0	0	0	0
33.	2711-08-0008	UKC Maribor - infomatizacija, digitalizacija	6.200.000	930.000	0	5.270.000	0	0	6.200.000	0	0	0	0	0
		proračunska sredstva	930.000	930.000	0	0	0	0	930.000	0	0	0	0	0
		druga sredstva	5.270.000	0	0	5.270.000	0	0	5.270.000	0	0	0	0	0
34.	evidenčni projekt	Negovalne bolnišnice	50.000.000	0	0	10.000.000	10.000.000	30.000.000	50.000.000	10.000.000	10.000.000	10.000.000	0	30.000.000
		proračunska sredstva	50.000.000	0	0	10.000.000	10.000.000	30.000.000	50.000.000	10.000.000	10.000.000	10.000.000	0	30.000.000
		druga sredstva	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

VSI PROJEKTI SKUPAJ	Vrednost projektov	Načrtovana poraba v obdobju 2012 do po 2015							Načrtovana poraba v obdobju 2012 do po 2015				
		2008	2009	2010	2011	po 2011	Σ 2007do po 2011 (2019)		2012	2013	2014	2015 DO 2019	Σ 2012 do 2019
NAČRTOVANA PORABA SKUPAJ	865.681.252	59.537.646	67.109.713	94.696.605	105.677.873	404.728.894	711.750.731		81.462.333	89.416.219	106.267.311	157.583.031	404.728.894
proračunska sredstva	717.689.761	51.270.537	49.143.089	64.430.227	68.391.890	395.938.648	579.174.391		74.552.333	83.916.219	100.767.311	136.702.785	395.938.648
druga sredstva	121.116.545	8.267.109	17.966.624	30.266.378	37.285.983	38.790.246	132.576.340		6.910.000	5.500.000	5.500.000	20.880.246	38.790.246

Preglednica vključuje porabo sredstev za naložbe v okviru Plana. Prikazane so povečane vrednosti za gradnjo centrov nujne zdravniške pomoči na strani drugih virov. Ti viri so nujno potrebni za to gradnjo, zato so skupne vrednosti projektov v letih 2010 in 2011 višje.

Za projekt Novi klinični center Ljubljana (projekt iz Resolucije o nacionalnih razvojnih projektih za obdobje 2007–2023) ni mogoče pridobiti evropskih sredstev. Zato se po letu 2012 sredstva, ki so bila načrtovana za Novi klinični center Ljubljana v postavki drugi viri, prestavijo v postavko proračunska sredstva. S to prestavitvijo je Nacionalni razvojni projekt finančno zapolnjen, saj je gradnja tega centra prednostna naloga države v teh letih.

Ob skrajševanju ležalne dobe v bolnišnicah je bilo jasno, da bo treba poskrbeti za postelje v t. i. neakutni obravnavi, pa tudi finančna sredstva za ustrezno zdravstveno nego in oskrbo na domu. V neakutno nego so sprejeti bolniki po akutni bolnišnični obravnavi, ki potrebujejo nadaljevanje zdravljenja, rehabilitacijo, zdravstveno nego ali paliativno oskrbo. Ob staranju prebivalstva se potrebe po taki oskrbi in negi povečujejo, zato samo zmogljivosti v bolnišnicah ne bodo zadostovale. Treba bo zgraditi t. i. negovalne bolnišnice. Glede na sedanje število bolnišnično oskrbljenih pacientov in nepričakovane trende v prihodnjih letih ter ob upoštevanju, da različni pacienti (kirurški, internistični) potrebujejo različno dobo za nego, predvidevamo, da bomo potrebovali od 450–600 postelj za neakutno obravnavo.«