

Št. dok. 683
Ljubljana, 17. 11. 2025

Zadeva: Stališča in predlogi ZDUS k Resoluciji o nacionalnem planu zdravstvenega varstva v Sloveniji 2026-2036, ki je v javni razpravi do vključno 17. 11. 2025

Veljavni zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (4.člen) določa, da Republika Slovenija uresničuje svoje naloge na področju zdravstvenega varstva med drugim tudi s tem, da ga načrtuje in določa njegovo strategijo razvoja. To nalogo uresničuje s sprejemom Resolucije o nacionalnem planu (v nadaljnjem: Resolucija), s katero naj bi določila dolgoročne, srednje ročne in kratkoročne cilje in naloge sistema ter njegovih deležnikov. Iz tega izhaja, da omenjena Resolucija predstavlja zelo pomemben dokument, ki določa poleg strategije razvoja tudi prednostna razvojna področja, cilje, nosilce nalog in mrežo javne zdravstvene dejavnosti in je v bistvu podlaga za zakone s področja zdravstvenega varstva. Gre za tako pomemben dokument, da ga sprejema, enako kot zakone, Državni zbor, ki s tem zastavlja za daljše obdobje temelje in okvire za delovanje sistema zdravstvenega varstva. S tem pa ima Resoluciji vlogo, da poda odgovor na vsa vprašanja razvoja sistema v okvirih možnega, uresničljivega in sprejemljivega v družbenih in ekonomskih pogojih in pogojih, ki jih narekujejo potrebe ljudi ter zmožnosti zdravstvenih zmogljivosti. Kaj naj bi bila njena vsebina določa Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (v nadaljnjem ZZVZZ) v svojem 6.členu. Zaradi takšne vloge zbuja resolucija veliko zanimanja najširše javnosti, zato je **čas za poglobljeno javno razpravo bistveno prekratek.**

Ugotavljamo, da je na hitro nekaj pripravljenega z veliko "leporečenja" kaj so krovni cilji (ki so enaki ali podobni kot v Resoluciji 2016 -2025, ki pa so bili žal le malo ali sploh niso bili realizirani.), nič pa ni zapisanega o temeljnih zadevah kako te cilje uresničiti, kar je pri strategiji ključno, sicer je to mrtva črka na papirju.

Manjkajo ključne zadeve za merjenje uresničevanja Resolucije oz. strategije: **to so kazalniki doseganja rezultatov** kot so: konkretni cilji, merska enota, izhodiščna vrednost v izhodiščnem letu, ciljna vrednost v letu 2036, kdo je zadolžen za realizacijo, časovni okvir, od kje bodo viri financiranja...itd. To pa zahteva resen pristop pri pripravi Resolucije.

Dosedanje slabosti v našem slovenskem pristopu k dolgoročnemu načrtovanju na področju zdravstvenega varstva so med drugim bile, da smo o predlogih načrtov na dolgo razpravljali in se o njih prepirali, a smo po njihovem sprejemu pozabili nanje in je vse teklo naprej, kot da jih ne bi imeli. Še manj smo po tem ugotavljali njihovo (ne)uresničevanje. Ali bomo znali slabosti v zvezi z dosedanjo prakso sprejemanja Resolucij spremeniti? Ali Resolucijo pripravljamo zaradi zakona, ki to določa ali zaradi potrebe, da to pot v sistemu pridemo do takšnih planskih in praktičnih rešitev, ki bodo vodile k boljšemu zdravju ljudi, njihovemu večjemu zadovoljstvu in vsebinski ter finančni vzdržnosti sistema javnega zdravstvenega zavarovanja in zdravstvene dejavnosti?

Glede na nakopičene težave v sistemu zdravstvenega varstva pričakujemo jasne in konkretne opredelitve, kako bomo uresničili načela „zdravje v vse politike“, kako bomo odpravili nakopičene pomanjkljivosti v sistemu nasploh, prav tako pa v organizaciji, vodenju in upravljanju zdravstvenih zavodov, v financiranju področja itd.. O teh vprašanih so ponekod nakazane opredelitve o nekaterih možnih spremembah, za večino drugih (npr. mreža javne zdravstvene dejavnosti, zagotavljanje finančne stabilnosti sistema itd.) teh odgovorov ni, ali pa jih dokument prenaša na neke druge dokumente (strategije), za katere ni znano, kdaj in kdo jih bo sprejel in kakšno vlogo naj bi imeli v sistemu.

Dokument navaja in ponavlja vrsto splošno znanih usmeritev in priporočil Svetovne zdravstvene organizacije in drugih mednarodnih organizacij, s katerimi se teoretično vsi strinjamo, a se v praksi uresničujejo le deloma. Sprejem Resolucije bi morala biti prilika, da ta določi konkretne naloge iz teh dokumentov, njihove izvajalce, roke ter cilje, ki naj bi jih dosegli. Tako bi Resolucija morala predvideti naloge lokalnih skupnosti, šol, vrtcev in delodajalcev na področju krepitve zdravja in naloge delodajalcev v zvezi z varnostjo in zdravjem pri delu kot tudi pri zagotavljanju pogojev in dostopnosti do zdravstvenih storitev in pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Na podoben način bi morala biti bolj zavezujoča do posameznih nosilcev na področju ohranjanja zdravju prijaznega naravnega okolja, do zdrave hrane, varnosti v cestnem prometu itd. „Zdravje v vse politike“ je namreč prav v tem, da vsi resorji delujejo in načrtujejo ukrepe, ki zmanjšujejo tveganja za bolezni in poškodbe ter vodijo k boljšemu zdravju. Vplivi raznih dejavnosti na zdravje so že dolgo znani, a brez konkretnih programov v posameznih okoljih ni mogoče pričakovati sprememb in rezultatov.

ZZVZZ (6.člen) določa kaj mora vsebovati Resolucija in o čem nato z njenim sprejemom odloči Državni zbor. To so strategija razvoja, prednostna področja, cilji, nosilci nalog, podlage za razvoj zdravstvenih dejavnosti, merila za mrežo javne zdravstvene dejavnosti in mreža na sekundarni in terciarni ravni. To so področja, ki so za sistem vitalnega pomena, a se jih Resolucija tu in tam le dotika in ne ureja. Prav tako ne vsebuje kratkoročnih in srednjeročnih ciljev ter ukrepov za doseganje boljšega zdravja, razvoj zdravstvenih zmogljivosti, odpravljanje neenakosti v zdravju in mreži zmogljivosti po območjih itd.

Predlog dopolnitev resolucije

1. Resolucijo je treba dopolniti s **konkretnimi merili in kriteriji za oblikovanje mreže javne zdravstvene službe**. Mreža javne zdravstvene dejavnosti mora biti oblikovana na podlagi meril, ki morajo biti zakonsko določena, za vse izvajalce na primarni (tudi ginekologe, zobozdravnike, patronažo, fizioterapijo, paliativno oskrbo) in sekundarni ravni. Kadrovske zmogljivosti morajo biti načrtovane dolgoročno tako na izobraževalnem, kot tudi na finančnem področju. Poleg števila izvajalcev in uporabnikov je treba upoštevati še druge postavke kot npr. starost, spol, umrljivost, obolevnost in zdravstveno in socialno-ekonomsko stanje prebivalcev, dostopnost do zdravstvene službe, razvitost mreže izvajalcev na sekundarni ravni po regijah, stopnjo urbanizacije območij, prehranjevalne navade, onesnaženost okolja, kakovost prometne infrastrukture, itd. Poudarjamo, da je z vzpostavitvijo mreže skladno z merili na vseh ravneh treba začeti takoj, sicer pa je to dolgoročen proces, za kar je potreben čas zaradi dolgega izobraževanja.

Brez meril za določitev mreže je Resolucija nepopolna in z njo ni mogoče slediti ciljem zaradi česar naj bi jo sploh sprejemal Državni zbor. Brez meril za določitev mreže javne zdravstvene dejavnosti je omogočen še naprej stihijski, nenačrten razvoj zdravstvenih dejavnosti in zmogljivosti (kadri, prostori, oprema), neracionalnosti, razvoj mimo prioritete, obstoj zmogljivosti, ki ne izpolnjujejo predpisanih pogojev. Obstajajo določene zmogljivosti, ki niso dovolj izkoriščene, na drugi strani pa dejavnosti, ki so deficitarne in premalo razvite. Vse to pa so pojavi, ki naj bi jih z Resolucijo in na tej podlagi s spremembami predpisov, ki ji bo sledili, odpravili. Gre za zahtevno nalogo, priprava meril za mrežo javne zdravstvene dejavnosti in mreže na sekundarni in terciarni ravni je ena od osnovnih nalog, ki jih je treba opraviti in brez česar razprava o Resoluciji ne more dati pravih odgovorov o tem, kakšno zdravstveno varstvo si želimo in zmoremo. Tega dela ni mogoče prenašati na prihodnost, čeprav je realno pričakovati določene odpore posameznih izvajalcev, njihovih interesnih skupin, nekaterih lokalnih skupnosti in okolij itd. Istočasno pa imamo ravno na tem področju največ zdravstveni statističnih in ekonomskih podatkov, s katerimi se da utemeljiti predloge meril za mrežo in mrežo samo.

V predlog Resolucije je potrebno vnesti konkretna merila za kadrovske zmogljivosti na primarni, sekundarni in terciarni ravni, za bolnišnične kapacitete (za splošne in specialne bolnišnice, inštitute, klinike), njihove ožje dejavnosti (specialnosti) in prostorsko razporeditev. Vse to je lahko navedeno kot usmeritev do konca leta 2036, ter predvideti postopnost sprememb in dinamiko približevanja zastavljenemu ciljem.

2. K točki 4.1.1. Primarna zdravstvena dejavnost

Sistemska zagotovitev možnosti izbire osebnega zdravnika vsem zavarovanim osebam in ukinitev nesistemskih ambulant za osebe brez izbranega zdravnika!

Na strani 27 je področje primarnega zdravstva. V opisu problematike s katero se sooča primarno zdravstvo, ni nikjer omenjena problematika dostopnosti do izbranega zdravnika, s katero se sooča cca 145.000 državljanov Slovenije, ki nimajo svojega izbranega zdravnika. Resolucijo je nujno potrebno dopolniti z ukrepi, kako in kdaj se bo ta problematika uredila. To je temeljna naloga MZ in vseh odločevalcev o delovanju sistema zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja.

3. K točki 4.1.4. Nujna medicinska pomoč (NMP)

Na strani 32 je predstavljeno področje nujne medicinske pomoči, urgentnih centrov (UC) in ostalih oblik delovanja NMP. Veliko leporečenja in obljub, brez prave vsebine, kako bomo v Sloveniji zagotovili v bodoče delovanje UC, satelitskih urgentnih centrov (SUC), itd. ob **katastrofalnem pomanjkanju kadra**, še zlasti specialistov urgentne medicine in tudi dipl. med. sester v ANMP. V Sloveniji si ne moremo dovoliti sesutja UC, kar pa je bližnja realnost, zato so ukrepi nujni.

Član Komisije za zdravstveno in socialno varstvo pri ZDUS G. Jože Veternik nadalje navaja, da se je 30. septembra 2025 zaključil jesenski razpis za prijavo kandidatov na specializacije, ki ga je objavila Zdravniška zbornica Slovenije. Na razpis za specializacijo iz urgentne medicine se je na 20 razpisanih mest prijavil le en kandidat. V zadnjih tednih so mediji poročali o grožnjah po zaprtju urgentnih centrov v Trbovljah in Slovenj Gradcu, ki delujeta v okviru tamkajšnjih splošnih bolnišnic. Vzrok za grožnje po zaprtju teh dveh urgentnih centrov je zlasti pomanjkanje zdravniškega kadra, deloma pa tudi sodelovanje med splošno bolnišnico in lokalnimi zdravstvenimi domovi.

V Sloveniji je v okviru javne mreže nujne medicinske pomoči organiziranih 15 urgentnih centrov, ki delujejo v okviru bolnišnic. Odprtih je tudi že nekaj satelitskih urgentnih centrov, ki pa naj bi v polnem obsegu pričeli delovati v letu 2027. V medijih smo pred časom lahko prebrali, da naj bi na področju urgentne medicine delalo približno 200 zdravnikov, med katerimi je približno tretjina specializantov. Več kot 50% specialistov urgentne medicine pa ni zaposlenih v urgentnih centrih, ampak v zdravstvenih domovih, torej na primarni ravni. Po podatkih Sekcije za urgentno medicino pri Slovenskem zdravniškem društvu naj bi v Sloveniji nujno potrebovali še približno 300 specialistov urgentne medicine. Ob trenutni dinamiki pridobivanja novih specialistov in tudi ostalega zdravstvenega kadra in ob dejstvu, da specializacija traja pet let, se račun ne izide. V Sloveniji zato lahko prav kmalu pričakujemo kolaps delovanja vsaj nekaj urgentnih centrov in tudi drugih oblik izvajanja nujne medicinske pomoči, tako na primarni kot na sekundarni ravni.

Zakaj ni vpisa na specializacijo iz urgentne medicine oz. se število prijavljenih kandidatov vsako leto še zniža? Zakaj ni motivacije za ta študij, na drugi strani pa je za nekatere dejavnosti število interesentov preseženo (npr. radiologija, dermatologija, oftalmologija)? Zagotovo je delo v urgentnih centrih in ambulantah nujne medicinske pomoči zelo stresno, potrebne so hitre in zelo odgovorne odločitve pri reševanju nujnih stanj in življenj. Delo v turnusu traja od 8 do 12 ur, vsak tretji turnus je praviloma ponoči. Tudi stavka zdravniškega in ostalega medicinskega kadra v nujni medicinski pomoči ni mogoča, delo v raznih zasebnih ambulantah in klinikah ni možno. Dejavnost nujne medicinske pomoči se izvaja le v javnih zavodih, urgentni zdravniki delajo v turnusu in dela na terenu zaradi zahtevnosti in pogojev dela skoraj zagotovo ne morejo opravljati do 65. leta, itd. Vse to so razlogi, da se mladi diplomanti Medicinske fakultete ne odločajo za specializacijo iz urgentne medicine.

Kaj bi morala Vlada, Ministrstvo za zdravje in stroka skupaj narediti, da se ta voz drsenja proti katastrofi prične ustavljati? Ukrepi bi morali biti zlasti usmerjeni k izboljšanju osebne motivacije, k zmanjševanju raznih "ne nujnih obiskov" v ambulantah nujne medicinske pomoči, k spremembi dela specialista urgentne medicine po 60. letu, itd.

Predlogi ukrepov so naslednji:

- Vsak specializant urgentne medicine bi moral v obdobju celotne specializacije mesečno prejemati dodatek k plači v višini vsaj 1000 eur neto (ne bruto, kot pišejo mediji te dni, da se razmišlja). S tem bi mlade specializante finančno nekoliko spodbudili k vpisu.
- Glede na izredno veliko deficitarnost in vsakodnevno stresnost dela, je potrebno določiti dodatek k osnovni plači v višini vsaj 30%.
- Sprejeti poenoten nabor in cenik ne nujnih storitev, ki jih pacienti zahtevajo in pričakujejo v urgentnih centrih in ambulantah nujne medicinske pomoči.
- Okrepiti področje družinske medicine in v naslednjih dveh letih za 10% dvigniti mejo za odklanjanje pacientov, da bi več ljudi imelo izbranega osebnega zdravnika in bi tako zmanjšali obisk na urgencah zaradi ne nujnih stanj.
- Spodbujati državljane k večji odgovornosti do lastnega zdravja.
- Urediti prenos nekaterih kompetenc z zdravnika na druge zdravstvene delavce in sodelavce (diplomirane medicinske sestre).

- Urediti delo specialistov urgentne medicine, ko dopolnijo npr. 60 let, saj ni realno pričakovati, da bodo lahko ob koncu svoje aktivne delovne dobe še vedno dnevno hodili na intervencije na teren oz. opravljali psihično in fizično zelo težko in stresno delo v urgentnih centrih.

Potrebno je torej sprejeti ukrepe, ki bodo zagotavljali večjo motivacijo in dolgoročno kadrovske stabilnost in to takoj, kar mora najti ustrezno mesto v resoluciji, ki je v pripravi.

4. K točki 4.10.1. Financiranje javnega zdravstvenega sistema

V tretjem poglavju na strani 21 so navedene poglavitne vrednote slovenskega zdravstva in sicer univerzalnost, solidarnost, enakost, pravičnost financiranja, dostopnost, kakovost in varnost zdravstvene oskrbe. S preoblikovanjem dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja v obvezni zdravstveni prispevek (OZP) je **kršeno načelo solidarnosti in pravičnosti financiranja, saj zavarovane osebe plačujejo isti znesek OZP (od 1. marca 2025 dalje 37.17€)** ne glede na njihove finančne zmožnosti. Predlagamo pravičnejšo ureditev v odvisnosti od dohodkov posameznika, sistemsko bolj korektno pa bi bilo zlitje v prispevno stopnjo za obvezno zdravstveno zavarovanje.

V Resoluciji bi morali biti konkretno opredeljeni viri za financiranje sistema zdravstvenega varstva in sicer :

- prispevki delodajalcev in delojemalcev za zavarovanje za bolezni in poškodbe izven dela ter prispevki delodajalcev za zavarovanje za poškodbe na delu in poklicne bolezni, kjer bodo uvedeni bonusi in malusi v odvisnosti od vlaganj v zdravje zaposlenih in povprečnih stroškov pri delodajalcu v primerjavi s povprečjem dejavnosti ali v Sloveniji;
- proračunska sredstva države in občin za financiranje programov storitev, za plačevanje prispevkov za osebe, ki same zaradi svojega socialnega položaja ne zmorejo plačevati prispevkov, za obveznosti, ki jih imajo kot ustanovitelji javnih zdravstvenih zavodov (investicije, izobraževanje zdravstvenih delavcev, specializacije, raziskovalna dejavnost v zdravstveni dejavnosti, kritje amortizacije javnih zdravstvenih zavodov), za programe krepitve zdravja na državni in lokalni ravni,
- zasebna sredstva uporabnikov za zdravstvene programe in storitve, ki niso zagotovljene v sistemu OZZ.

Nadalje bi morala Resolucija nakazati, kako se bodo finančna sredstva iz posameznih virov, kot tudi pravice zavarovanih oseb in programi zdravstvenih storitev medsebojno usklajevali in ohranjali ravnovesje, **s ciljem, da ohranimo obseg pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.**

Komisija za zdravstveno in socialno varstvo ZDUS
Pripravila: Jože Veternik in mag. Rosvita Svenšek

Predsednica ZDUS
Zdenka Jan