



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

Štefanova ulica 5, 1000 Ljubljana

T: 01 478 60 01

F: 01 478 60 58

E: gp.mz@gov.si

www.mz.gov.si

Številka: 0070-153/2022/

Ljubljana, 7. 7. 2022

EVA: 2022-2711-0080

GENERALNI SEKRETARIAT VLADE REPUBLIKE SLOVENIJE

Gp.gs@gov.si

ZADEVA: Predlog Zakona o ukrepih za zagotovitev stabilnega delovanja zdravstvenega sistema (EVA 2022-2711-0080) – predlog za obravnavo

1. Predlog sklepov vlade:

Na podlagi drugega odstavka 2. člena Zakona o Vladi Republike Slovenije (Uradni list RS, št. 24/05 – uradno prečiščeno besedilo, 109/08, 38/10 – ZUKN, 8/12, 21/13, 47/13 – ZDU-1G, 65/14 in 55/17) je Vlada Republike Slovenije na seji dne.... sprejela naslednji

SKLEP

Vlada Republike Slovenije je določila besedilo Predloga Zakona o ukrepih za zagotovitev stabilnega delovanja zdravstvenega sistema (EVA 2022-2711-0080) in ga pošlje v obravnavo Državnemu zboru Republike Slovenije po nujnem postopku.

Barbara Kolenko Helbl
generalna sekretarka

Priloge:

- besedilo predloga zakona
- obrazložitve k členom
- členi, ki se spreminjajo in od katerih se odstopa

Prejmejo:

- Državni zbor Republike Slovenije
- Ministrstvo za zdravje
- Služba Vlade Republike Slovenije za zakonodajo
- Ministrstvo za javno upravo
- Ministrstvo za finance
- Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti
- Generalni sekretariat Vlade Republike Slovenije

2. Predlog za obravnavo predloga zakona po nujnem ali skrajšanem postopku v državnem zboru z obrazložitvijo razlogov:

V skladu s 143. členom Poslovnika državnega zbora Vlada Republike Slovenije predlaga, da se predlog zakona obravnava po nujnem postopku, da bi se preprečile težko popravljive posledice za delovanje države. Navedeno je potrebno, da se omilijo posledice oziroma zmanjšajo negativni učinki dolgoročno nestabilnega delovanja zdravstvenega sistema v Republiki Sloveniji na vse uporabnike

zdravstvenega sistema (paciente, zdravstvene delavce in zdravstvene sodelavce in druge).

Republika Slovenija se že desetletja spopada z neučinkovito organiziranim zdravstvenim sistemom, čigar negativne posledice je epidemija nalezljive bolezni COVID-19 potencirala do te mere, da je v zadnjih dveh letih zdravstveni sistem povsem izčrpan (zlasti njegove kadrovske zmogljivosti) in je prišel do roba zloma. S predlogom zakona se želi zdravstveni sistem v najkrajšem času okrepiti in odpraviti njegovo delovanje na način izrednih razmer v času, ko takšnih razmer dejansko ni.

Cilj predloga zakona je stabilizirati zdravstveni sistem in mrežo (zdravstveni sistem umiriti, in sicer tako na nivoju zdravniške službe, zdravstvene nege in ostalega zdravstvenega osebja) in pacientom, ki čakajo preko dopustne čakalne dobe, zagotoviti primerno zdravstveno obravnavo. Na podlagi realizacije začasnih ukrepov iz tega zakona, opravljenih analiz, se želi pridobiti objektivne podatke o izkoriščenosti zdravstvenega sistema (predvsem z vidika obremenitve zaposlenih).

Akutne razmere v zdravstvu zahtevajo takojšnjo intervencijo države, zato se predlog vlaga po nujnem postopku. Predlog zakona namreč vsebuje nujne, ciljano usmerjene, ukrepe v zdravstvu, s katerim se odločilno vpliva na organizacijo zdravstvenega sistema.

3.a Osebe, odgovorne za strokovno pripravo in usklajenost gradiva:

- Danijel Bešič Loredan, minister za zdravje
- Aleš Šabeder, sekretar, vodja Direktorata za zdravstveno ekonomiko in Direktorata za razvoj zdravstvenega sistema po pooblastilu

3.b Zunanji strokovnjaki, ki so sodelovali pri pripravi dela ali celotnega gradiva:

Luka Gaberščik, Brulc, Gaberščik in partnerji, odvetniška družba, o.p., d.o.o., Dunajska cesta 9, 1000 Ljubljana, stroški v zvezi s pripravo tega zakona, ki bremenijo javnofinančna sredstva Ministrstva za zdravje, znašajo 12.450 eur.

4. Predstavniki vlade, ki bodo sodelovali pri delu državnega zbora:

- Danijel Bešič Loredan, minister za zdravje
- mag. Tadej Ostrc, državni sekretar, Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije
- Aleksandra Lah Topolšek, državna sekretarka, Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije
- Breda Božnik, državna sekretarka, Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije
- Aleš Šabeder, sekretar, vodja Direktorata za zdravstveno ekonomiko in Direktorata za razvoj zdravstvenega sistema po pooblastilu
- Iztok Kos, generalni direktor Direktorata za zdravstveno varstvo

5. Kratek povzetek gradiva:

S predlogom zakona se zaradi odprave organizacijskih slabosti zdravstvenega sistema in nerazumno dolgih čakalnih dob, nastalih zlasti zaradi preprečevanja in obvladovanja okužbe z nalezljivo boleznijo COVID-19, ter z namenom zagotoviti zadostne zmogljivosti (kader, oprema, prostor) za stabilno delovanje zdravstvenega sistema na način, da je prebivalstvu Republike Slovenije zagotovljena enakopravna, primerna, kakovostna in varna zdravstvena obravnava, sprejema posamezne trajne in začasne ukrepe na področju zdravstvene dejavnosti, pacientovih pravic, zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja ter poklicev v zdravstveni dejavnosti.

Spreminja se ureditev področja delovanja javnih zdravstvenih zavodov (natančno se definira ustanovitelj, organ, ki uresničuje njegove pravice in obveznosti, ter predlagatelja gradiva, sestava in pristojnosti svetov zavodov, katerih ustanovitelj je Republika Slovenija, področje notranje revizije), in pogoje za zdravstvenega administrativnega sodelavca. Pristojnost za opravljanje upravnega in systemskega nadzora v zdravstvu ter inšpekcijskega nadzora na področju čakalnih seznamov oziroma čakalnih dob se prenaša na drug državni organ. Na novo se definira postopek dogovarjanja o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, za koncesije, ki se iztečejo v obdobju veljavnosti tega zakona, pa se predvideva podaljšanje za dve leti.

Med začasnimi ukrepi se določa tudi začasno povečanje obsega programa zdravstvene dejavnosti (za namen skrajševanja in odprave čakalnih dob) in posebne določbe v zvezi s poklici v zdravstveni dejavnosti.

6. Presoja posledic za:

a)	javnofinančna sredstva nad 40.000 EUR v tekočem in naslednjih	DA
----	---	----

	treh letih	
b)	usklajenost slovenskega pravnega reda s pravnim redom Evropske unije	NE
c)	administrativne posledice	DA
č)	gospodarstvo, zlasti mala in srednja podjetja ter konkurenčnost podjetij	NE
d)	okolje, vključno s prostorskimi in varstvenimi vidiki	NE
e)	socialno področje	DA
f)	dokumente razvojnega načrtovanja: – nacionalne dokumente razvojnega načrtovanja – razvojne politike na ravni programov po strukturi razvojne klasifikacije programskega proračuna – razvojne dokumente Evropske unije in mednarodnih organizacij	NE

7.a Predstavitev ocene finančnih posledic nad 40.000 EUR:

Za povečanje obsega programa zdravstvene dejavnosti predlog zakona predvideva sredstva iz naslova neizvedenih programov v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja, če ta sredstva ne zadoščajo se dodatna sredstva zagotovijo iz državnega proračuna. V letu 2021 je bilo opravljenega programa v specialistični ambulantni dejavnosti in v akutni bolnišnični obravnavi v vrednosti 1.607 mio eur. Ob predpostavki, da bi bili vsi programi izvedeni 105 odstotno, bi to pomenilo potrebnih **dodatnih 80 mio eur na letni ravni**. Ocenjuje se, da bo iz državnega proračuna za ta namen v letu 2022 potrebnih 10 mio eur, v letu 2023 okrog 60 mio eur in v letu 2024 okrog 30 mio eur.

Za izvajanje ukrepa razbremenitve zdravstvenih delavcev, ki opravljajo poklic v zdravstveni dejavnosti na primarni ravni – **dodatek za povečan obseg dela za posebne obremenitve**, je ocenjena višina potrebnih sredstev na mesečni ravni 2,91 mio eur (bruto / bruto) oziroma **34,9 mio eur (bruto / bruto) na letni ravni**. V oceni je upoštevano število timov, ki jih izvajalcem (javnim zdravstvenim zavodom in koncesionarjem) priznava Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije in kader, ki je priznan v standardih Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

V Republiki Sloveniji je v letu 2022 število občin s koeficientom razvitosti, nižjim od 0,9 , 36 od skupno 212 občin. Za izvajanje ukrepa razbremenitve zdravstvenih delavcev, ki opravljajo poklic v zdravstveni dejavnosti na primarni ravni – **dodatek za posebne pogoje dela na območjih občin z nižjo razvitostjo**, je ocenjeno, da v ambulantah v teh občinah deluje skupno cca. 52 polnih timov družinske medicine in 10 polnih timov otroškega in šolskega dispanzerja (javni zdravstveni zavodi in koncesionariji). Ob predpostavki, da delo opravljajo polni delovni čas, je ocenjena vrednost potrebnih finančnih sredstev 31.000 eur bruto na mesečni oziroma **370.000 eur bruto na letni ravni**. Če se s tem ukrepom uspe zvišati prisotnost zdravnika na teh območjih za 20 odstotkov, bo na letni ravni potrebnih 400.000 eur bruto.

Za namen izvajanja strokovnega nadzora s svetovanjem, kadar za posamezno poklicno skupino ni organizirane poklicne zbornice, ter upravnega in sistemskega nadzora v zdravstvu je potrebna stalna okrepitev novoustanovljenega Urada Republike Slovenije za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu, in sicer se predvideva štiri dodatne zaposlitve:

Št. zap.	Delovno mesto	Plačni razred	Skupni strošek delodajalca mesečno	Skupni strošek delodajalca - leto 2022	Skupni strošek delodajalca - leto 2023	Skupni strošek delodajalca - leto 2024
1	višji svetovalec III	37	3.149,89	12.599,54	37.798,62	37.798,62
1	višji svetovalec III	37	3.149,89	12.599,54	37.798,62	37.798,62
1	podsekretar	42	3.797,89	15.191,55	45.574,66	45.574,66
1	podsekretar	42	3.797,89	15.191,55	45.574,66	45.574,66
	SKUPAJ		13.895,55	55.582,19	166.746,56	166.746,56

Sprememba upravljanja v bolnišnicah, v skladu s katerim bodo člani sveta zavoda ob večji

odgovornosti za svoje delo upravičeni tudi do višjega plačila (sejnina), bo povzročila povečane izdatke bolnišnic, obenem pa zaradi manjšega števila članov svetov tudi prihranek. Neto finančni učinek se ocenjuje na 0,3 mio eur povečanja obveznosti za druga javna finančna sredstva.

Za dodatne naloge Ministrstva za zdravje bodo potrebne dodatne zaposlitve predvsem za izvrševanje ukrepov iz tega zakona, vezanih na izplačila iz proračuna Ministrstva za zdravje, in sicer začasno tri zaposlitve:

Št. zap.	Delovno mesto	Plačni razred	Skupni strošek delodajalca mesečno	Skupni strošek delodajalca - leto 2022	Skupni strošek delodajalca - leto 2023	Skupni strošek delodajalca - leto 2024
1	višji svetovalec III	37	3.018,38	9.323,75	37.294,99	12.342,13
1	višji svetovalec III	37	3.018,38	9.323,75	37.294,99	12.342,13
1	finančnik V	20	1.611,62	5.103,47	20.413,87	6.715,09
	SKUPAJ		7.648,38	23.750,96	95.003,85	31.399,34

I. Ocena finančnih posledic, ki niso načrtovane v sprejetem proračunu				
	Tekoče leto (t)	t + 1	t + 2	t + 3
Predvideno povečanje (+) ali zmanjšanje (–) prihodkov državnega proračuna				
Predvideno povečanje (+) ali zmanjšanje (–) prihodkov občinskih proračunov				
Predvideno povečanje (+) ali zmanjšanje (–) odhodkov državnega proračuna	17.891.219	95.561.749	33.139.812	166.746
Predvideno povečanje (+) ali zmanjšanje (–) odhodkov občinskih proračunov				
Predvideno povečanje (+) ali zmanjšanje (–) obveznosti za druga javnofinančna sredstva	20.000.000	20.000.000	20.000.000	0
II. Finančne posledice za državni proračun				
II.a Pravice porabe za izvedbo predlaganih rešitev so zagotovljene:				
Ime proračunskega uporabnika	Šifra in naziv ukrepa, projekta	Šifra in naziv proračunske postavke	Znesek za tekoče leto (t)	Znesek za t + 1
Ministrstvo za zdravje	2711-19-0007 - Skrajševanje čakalnih dob	9513 - Sistemska ureditev zdravstvenega varstva	680.000	
Ministrstvo za zdravje	2711-19-0007 - Skrajševanje čakalnih dob	211173 - Nacionalni razpis za izboljšanje dostopnosti do zdravstvenih storitev 38. člen ZNUPZ - COVID-19	333.113,18	
SKUPAJ				
II.b Manjkajoče pravice porabe bodo zagotovljene s prerazporeditvijo:				
Ime proračunskega uporabnika	Šifra in naziv ukrepa, projekta	Šifra in naziv proračunske postavke	Znesek za tekoče leto (t)	Znesek za t + 1
SKUPAJ				
II.c Načrtovana nadomestitev zmanjšanih prihodkov in povečanih odhodkov proračuna:				
Novi prihodki	Znesek za tekoče leto (t)		Znesek za t + 1	

SKUPAJ		

OBRAZLOŽITEV:

I. Ocena finančnih posledic, ki niso načrtovane v sprejetem proračunu

V zvezi s predlaganim vladnim gradivom se navedejo predvidene spremembe (povečanje, zmanjšanje):

- prihodkov državnega proračuna in občinskih proračunov,
- odhodkov državnega proračuna, ki niso načrtovani na ukrepih oziroma projektih sprejetih proračunov,
- obveznosti za druga javnofinančna sredstva (drugi viri), ki niso načrtovana na ukrepih oziroma projektih sprejetih proračunov.

II. Finančne posledice za državni proračun

Prikazane morajo biti finančne posledice za državni proračun, ki so na proračunskih postavkah načrtovane v dinamiki projektov oziroma ukrepov:

II.a Pravice porabe za izvedbo predlaganih rešitev so zagotovljene:

Navedejo se proračunski uporabnik, ki financira projekt oziroma ukrep; projekt oziroma ukrep, s katerim se bodo dosegli cilji vladnega gradiva, in proračunske postavke (kot proračunski vir financiranja), na katerih so v celoti ali delno zagotovljene pravice porabe (v tem primeru je nujna povezava s točko II.b). Pri uvrstitvi novega projekta oziroma ukrepa v načrt razvojnih programov se navedejo:

- proračunski uporabnik, ki bo financiral novi projekt oziroma ukrep,
- projekt oziroma ukrep, s katerim se bodo dosegli cilji vladnega gradiva, in
- proračunske postavke.

Za zagotovitev pravic porabe na proračunskih postavkah, s katerih se bo financiral novi projekt oziroma ukrep, je treba izpolniti tudi točko II.b, saj je za novi projekt oziroma ukrep mogoče zagotoviti pravice porabe le s prerazporeditvijo s proračunskih postavk, s katerih se financirajo že sprejeti oziroma veljavni projekti in ukrepi.

II.b Manjkajoče pravice porabe bodo zagotovljene s prerazporeditvijo:

Navedejo se proračunski uporabniki, sprejeti (veljavni) ukrepi oziroma projekti, ki jih proračunski uporabnik izvaja, in proračunske postavke tega proračunskega uporabnika, ki so v dinamiki teh projektov oziroma ukrepov ter s katerih se bodo s prerazporeditvijo zagotovile pravice porabe za dodatne aktivnosti pri obstoječih projektih oziroma ukrepih ali novih projektih oziroma ukrepih, navedenih v točki II.a.

II.c Načrtovana nadomestitev zmanjšanih prihodkov in povečanih odhodkov proračuna:

Če se povečani odhodki (pravice porabe) ne bodo zagotovili tako, kot je določeno v točkah II.a in II.b, je povečanje odhodkov in izdatkov proračuna mogoče na podlagi zakona, ki ureja izvrševanje državnega proračuna (npr. priliv namenskih sredstev EU). Ukrepanje ob zmanjšanju prihodkov in prejemkov proračuna je določeno z zakonom, ki ureja javne finance, in zakonom, ki ureja izvrševanje državnega proračuna.

7.b Predstavitev ocene finančnih posledic pod 40.000 EUR:

/

8. Predstavitev sodelovanja z združenji občin:

Vsebina predloženega gradiva (predpisa) vpliva na:	NE
– pristojnosti občin, – delovanje občin, – financiranje občin.	

Predlog predpisa ni bil objavljen na portalu E-demokracija.

9. Predstavitev sodelovanja javnosti:	
Gradivo je bilo predhodno objavljeno na spletni strani predlagatelja:	NE
(Če je odgovor NE, navedite, zakaj ni bilo objavljeno.)	
Ker gre za predlog zakona po nujnem postopku, sodelovanje javnosti pri pripravi predloga zakona ni potrebno.	
10. Pri pripravi gradiva so bile upoštevane zahteve iz Resolucije o normativni dejavnosti:	NE
11. Gradivo je uvrščeno v delovni program vlade:	NE
Danijel BEŠIČ LOREDAN MINISTER	

**ZAKON
O UKREPIH ZA ZAGOTOVITEV STABILNEGA DELOVANJA ZDRAVSTVENEGA SISTEMA****I. UVOD****1. OCENA STANJA IN RAZLOGI ZA SPREJEM PREDLOGA ZAKONA**

Trenutno stanje zdravstvenega sistema v Sloveniji ni zavidljivo, saj se spopada s posledicami epidemije nalezljive bolezni COVID-19, ki se kažejo kot neposredne zdravstvene težave prebolelih in obolelih, deloma pa tudi kot sistemske težave, nastale zaradi protikoronskih ukrepov na področju zdravstvene dejavnosti. Pri tem je zlasti mišljena dolgotrajna odsotnost osebnega in tudi siceršnjega stika pacientov z izbranimi osebnimi zdravniki in zdravniki specialisti na sekundarni ali terciarni ravni (kamor so bili oziroma naj bi bili napoteni), nedostopnost do nekaterih zdravstvenih storitev in podaljšanje čakalnih dob preko najdaljše dopustne čakalne dobe pri večini diagnostičnih postopkov pa tudi sicer. Dolgotrajna nedostopnost do zdravstvenih storitev je znižala stopnjo preventive, zaradi česar se je tudi povečala incidenca nekaterih vrst bolezni.

Celoten zdravstveni sistem, vključno z zdravstveno inšpekcijo, se je v zadnjih dveh letih osredotočal na določanje in nadzor nad spoštovanjem začasnih ukrepov v zvezi s COVID-19 (npr. nadzor nad spoštovanjem karantenskih odločb), zaradi česar se je po oceni predlagatelja zmanjšal obseg in kakovost nadzora nad sistemskimi rešitvami, kot je spoštovanje pacientovih pravic, zlasti upravljanje s čakalnimi dobami in vodenje čakalnih seznamov. V tem je tudi primarni razlog, da poročilo o čakalnih dobah še ni pripravljeno, bi pa tudi sicer v pretežni meri izkazovalo posledice epidemije COVID-19 in ne nujno sistemskih ozkih grl. Pravilnik o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah (Uradni list RS, št. 3/18, 201/20 in 103/21) namreč določa, da morajo izvajalci pripravljati poročila o stanju glede čakalnih dob po posameznih stopnjah nujnosti, in sicer do 15. julija za prvo polletje in do 15. januarja za drugo polletje, Nacionalni inštitut za javno zdravje pa bi moral nato na svojih spletnih straneh vsaj enkrat mesečno za pretekli mesec javno objaviti statistične podatke o številu čakajočih pacientov po posameznih stopnjah nujnosti, številu čakajočih pacientov nad najdaljšo dopustno čakalno dobo po posameznih stopnjah nujnosti, prvih prostih terminih po posameznih stopnjah nujnosti in realiziranih čakalnih dobah za posamezno stopnjo nujnosti. Nacionalni inštitut za javno zdravje je zadnje Mesečno poročilo izdal za stanje na dan 1. 2. 2021¹ (torej za obdobje od 1. julija do 31. decembra 2020).

Svet zavoda

Zakon o zavodih v 29. členu določa, da zavod upravlja svet ali drug kolegijski organ upravljanja. Svet zavoda ima upravljalvske (npr. sprejema statut zavoda, splošne akte zavoda in letno poročilo) in poslovodne pristojnosti (npr. sprejema finančni načrt in program dela, program razvoja, spremlja njuno izvrševanje, predlaga ustanovitelju spremembe ali razširitev dejavnosti).

Delovanje sveta zavoda urejajo Zakon o zavodih, Zakon o zdravstveni dejavnosti ter akt o ustanovitvi in statut posameznega zavoda kot interna splošna akta zavoda, nenazadnje pa tudi poslovnik o delu posameznega sveta zavoda.

V skladu z 29. členom Zakona o zavodih svet zavoda sestavljajo predstavniki ustanovitelja, predstavniki delavcev zavoda ter predstavniki uporabnikov oziroma zainteresirane javnosti. Sestava, način imenovanja oziroma izvolitve članov, trajanje mandata in pristojnosti sveta zavoda se določijo z

¹ Vir: https://www.nijz.si/sl/publikacije?field_ciljna_skupina_publikacije_tid=All&field_podrocje_publikacije_tid=1012&field_tip_publikacije_tid=963&field_oblika_publikacije_tid=All&field_leto_objave_tid=All.

zakonom, aktom o ustanovitvi oziroma s statutom ali pravili zavoda. Zakon o zavodih ne opredeljuje številčnega razmerja med t.i. tripartitno sestavo sveta zavoda, temveč to vprašanje, kot tudi vprašanje imenovanja, trajanja njihovega mandata ter posebne pristojnosti sveta zavoda, prepušča področnim zakonom ali aktom o ustanovitvi zavoda oziroma njihovim statutom. 28. člen Zakona o zdravstveni dejavnosti določa, da zdravstveni zavod upravlja svet zavoda, ki ga sestavljajo predstavniki ustanovitelja, delavcev zavoda in zavarovancev oziroma drugih uporabnikov. Svet zavoda, ki opravlja dejavnost na sekundarni ravni zdravstvene dejavnosti, sestavljajo tudi predstavniki občin oziroma mesta, na katerih območjih zdravstveni zavod opravlja dejavnost. Predstavnike uporabnikov imenuje Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, če zdravstveni zavod opravlja zdravstvene storitve na njegov račun. Sestavo in številčno razmerje predstavnikov v svetu določi ustanovitelj z aktom o ustanovitvi.

30. člen Zakona o zavodih v nadaljevanju opredeljuje splošne pristojnosti sveta zavoda:

- sprejema statut (s soglasjem ustanovitelja) oziroma pravila in druge splošne akte zavoda,
- sprejema programe dela in razvoja zavoda ter spremlja njihovo izvrševanje,
- določa finančni načrt in sprejema zaključni račun zavoda (odločanje o razporeditvi presežka prihodkov nad odhodki),
- predlaga ustanovitelju spremembo ali razširitev dejavnosti,
- daje ustanovitelju in direktorju zavoda predloge in mnenja o posameznih vprašanjih,
- opravlja druge z zakonom ali aktom o ustanovitvi oziroma s statutom ali pravili zavoda določene zadeve.

V skladu z 32. členom Zakona o zavodih svet zavoda imenuje in razrešuje direktorja zavoda, če ga za to pooblašča zakon ali akt o ustanovitvi, k čemur daje soglasje ustanovitelj, če ni z zakonom določeno drugače.

Predlagatelj ocenjuje, da obseg programa zdravstvene dejavnosti predstavlja velik del bruto domačega proizvoda Republike Slovenije in obenem predstavlja ključni steber socialne politike v državi, kar pa zahteva močnejšo obliko upravljanja organizacij v zdravstvenem sistemu, ki so že od leta 1993 oblikovane kot javni zavodi. Javno zdravstvo predstavlja nekatere od največjih zaposlovalcev in kupcev na področju medicinske opreme, storitev in farmacije v Sloveniji, pri tem pa se srečuje z gospodarskimi praksami, ki so prilagojene visoko profitnim sistemom in pa sindikalnemu organiziranju.

V sedanjem sistemu upravljanja zavodov imajo člani sveta zavodov relativno malo odgovornosti, moč za izvajanje upravljanja z zavodi pa je odvisna predvsem od znanja in angažiranosti posameznih članov svetov. Zato sedanji sistem ne ustvarja zadovoljivih rezultatov, zlasti zaradi visokih izgub pri nekaterih izvajalcih, podaljševanja čakalnih dob, neoptimalni organizaciji nabavnih tokov in videzu kientelističnega poslovanja. V 2022 ima po petih mesecih 19 bolnišnic skupaj 41 milijonov evrov izgube, močno rastejo izdatki za material in storitve, pesti pa jih tudi nelikvidnost. Bolnišnice z največjo izgubo so UKC Ljubljana (24 milijonov evrov), UKC Maribor (3,5 milijona evrov), celjska bolnišnica (4,4 milijona evrov), slovenjegraška bolnišnica (štiri milijone evrov), murskosoboška bolnišnica (1,5 milijona evrov) in kranjska porodnišnica (pol milijona evrov). Trenutno imajo bolnišnice skupaj za 173 milijonov evrov obveznosti, od katerih je zapadlih obveznosti za skoraj 77 milijonov evrov.

Predlagatelj ocenjuje, da se navedena organizacijska tveganja bistveno bolj izražajo pri bolnišnicah kot pri zdravstvenih domovih, saj je obseg zaposlovanja in nabav relativno visok, dosednji sveti zavodov (tj. njegovi člani) pa niso bili spodbujani k odgovornemu in ekonomsko učinkovitemu upravljanju. Upravljanje zavodov prav tako ne izkazuje nobene strukturne usmeritve, ki bi zahtevala določeno stopnjo znanja ali odgovornosti, ta pa se po oceni predlagatelja vsaj za zavode na sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti mora zahtevati. Predlagatelj zato meni, da je primarno treba na novo urediti poslovanje in upravljanje javnih zdravstvenih zavodov na sekundarni in terciarni ravni oziroma, kjer je ustanovitelj Republika Slovenije.

Izkazana je torej potreba po večji profesionalizaciji upravljanja javnih zdravstvenih zavodov, zlasti bolnišnic, pri čemer pa je zaradi narave poslovanja potrebna sinergija znanj s področja zdravstva, upravljanja, ekonomije in prava. Obstoječi sistem imenovanja predstavnikov ustanovitelja, lokalne skupnosti, delavcev zavoda in zavarovancev oziroma drugih uporabnikov (tj. predstavnikov Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije) ustvarja nehomogeno in interesno raznoliko nadzorstveno telo, ki

v praksi ne dosega pričakovanih rezultatov. Predlagatelj meni, da bi s poudarjanjem odgovornosti ustanovitelja, torej Vlade Republike Slovenije povečal odgovornost zdravstvenega ministra pri operativnem izvajanju zdravstvenih storitev.

Vodenje zdravstvenih ustanov je torej nezadovoljivo, saj je bilo delovanje svetov zavodov neprofesionalno, pogosto so ta mesta zasedali posamezniki brez ustreznih delovnih izkušenj in brez primernih poklicnih kvalifikacij. Glede na to upravljanje javnih zdravstvenih zavodov večinoma ni bilo zadovoljivo. Nenazadnje so bile nepravilnosti zaznane tudi na področju javnega naročanja in investicij, nenadzorovano je bilo področje kakovosti in varnosti v zdravstvu, kar je doprineslo k temu, da kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave nimamo implementirane pravzaprav v nobenem segmentu zdravstvenega sistema.

Splošni dogovor

Obstoječi sistem partnerskega dogovarjanja in urejanja pogodbenega odnosa med plačnikom, torej Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije in izvajalci zdravstvenih storitev, se je oblikoval v smeri, ki je postopek naredila povsem neučinkovit. Čeprav se uporablja termin »dogovarjanje«, se partnerji v procesu praviloma dogovorijo s konsenzom le glede manjšega števila predlogov, ki jih podajo vsi partnerji, vse pomembne odločitve pa se – včasih tudi namenoma – prepustijo Vladi Republike Slovenije. Proces dogovarjanja traja nesorazmerno dolgo glede na roke za pripravo finančnih načrtov izvajalcev in povzroča negotovost glede poslovnih pogojev izvajanja zdravstvenih programov v tekočem letu.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije je kot nosilec obveznega zdravstvenega zavarovanja običajno 80-odstotni plačnik zdravstvenih storitev, ki se izvajajo na primarni ravni. Izvajalci zdravstvene dejavnosti na primarni ravni so v javni zdravstveni zavodi in zasebniki s koncesijo. Oboje pri urejanju odnosov z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije zastopa Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, ki združuje javne in zasebne izvajalce zdravstvene dejavnosti. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije in združenje se skupaj z Ministrstvom za zdravje in Zdravniško zbornico Slovenije za vsako leto dogovorijo o programu storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, opredelijo zmogljivosti, potrebne za njegovo izvajanje, in določijo obseg sredstev. Na tej podlagi določijo izhodišča za izvajanje programov in za oblikovanje cen programov oziroma storitev ter druge podlage za sklepanje pogodb z izvajalci zdravstvene dejavnosti. Če navedena izhodišča niso sprejeta do konca decembra za naslednje leto, odloči o njih najpozneje v enem mesecu arbitražna, ki jo sestavlja enako število predstavnikov plačnika zdravstvenih storitev (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije), predstavnikov izvajalcev zdravstvene dejavnosti in zdravnikov (zbornica in združenje) in predstavnikov regulatorja zdravstvenega sistema (Ministrstvo za zdravje). Če v okviru arbitraže ni mogoče doseči sporazuma, odloči o spornih vprašanjih Vlada Republike Slovenije. V praksi se redno dogaja, da stranke Splošnih dogovorov za posamezno leto vseh odprtih vprašanj ne morejo doseči sporazumno s sklenitvijo dogovora oziroma v okviru arbitraže, zato Vlada Republike Slovenije s svojo odločitvijo za nazaj nadomešča njihovo voljo. Sklepi Vlade Republike Slovenije o spornih vprašanjih iz Splošnega dogovora ne določajo pravic in obveznosti pogodbenih izvajalcev zdravstvene dejavnosti (sklepi tudi ne predstavljajo izvršilnega predpisa). Veljavni zakon nima posebnega pooblastila, da bi Vlada Republike Slovenije tak predpis izdala, niti je zakon ne pooblašča za izdajo enostranskih oblastvenih aktov, s katerimi bi lahko posegla v pravice ali obveznosti strank Splošnih dogovorov oziroma v pravno urejena razmerja med Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije in pogodbenimi izvajalci zdravstvene dejavnosti. V skladu s sodno prakso Višjega sodišča v Ljubljani Vlada Republike Slovenije v zakonu tudi nima pravne podlage, da bi s sklepi o spornih vprašanjih iz Splošnega dogovora v zdravstvu lahko nadomeščala voljo strank pri spreminjanju že sprejetega letnega Splošnega dogovora in že sklenjenih pogodbenih razmerij med Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije in pogodbenimi izvajalci zdravstvene dejavnosti.

Glede na navedeno je nujno potrebno postopek spremeniti na način, ki bo bolj fleksibilen, hitrejši in učinkovitejši ter bo izhajal iz vnaprej sprejetih sistemskih usmeritev in odločitev, v samem izhodišču pa bo že upošteval trenutne potrebe uporabnikov zdravstvenega sistema, ki jih bodo odražali ustrezni kazalniki. Potrebno je tudi spremeniti vlogo »partnerjev« v postopku urejanja odnosov med plačniki in izvajalci na način, da njihova vloga odraža pristojnosti in odgovornosti v sistemu zdravstvenega varstva. To zlasti velja za bolj jasno določene pristojnosti Ministrstva za zdravje oziroma Vlade

Republike Slovenije, Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije in izvajalcev. Vlada Republike Slovenije pa mora imeti pooblastilo, da v izrednih okoliščinah sama določi vsebino dogovora.

Čakalne dobe in dostopnost do zdravstvenih storitev

Zagotavljanje dostopnosti do zdravstvenih storitev in posledično skrajševanje čakalnih dob za potrebne zdravstvene storitve je prednostna naloga ne le v Republiki Sloveniji, temveč tudi v številnih drugih državah Evropske unije. Zaradi vpliva posledic ukrepov omejevanja in preprečevanja širjenja virusa SARS-CoV-2, se je izvajanje zdravstvene dejavnosti v zadnjih dveh letih izvajalo v omejenem obsegu, kar še dodatno podaljšuje čakalne dobe. Predolge čakalne dobe so danes v Sloveniji posledica epidemije COVID-19, dodatno pa na zmanjšano dostopnost do zdravstvenih storitev vplivajo tudi drugi dejavniki, ki povzročajo povečanje povpraševanje po zdravstvenih storitvah, npr. staranje prebivalstva, razvoj novih zdravstvenih tehnologij, ozaveščenost pacientov glede njihovih pravic ter skrb za zdravje, ki so bili prav tako upoštevani pri pripravi predloga tega zakona. Po drugi strani ponudba zdravstvenih storitev ni uravnotežena glede na povpraševanje po zdravstvenih storitvah zaradi omejenih virov, kot je npr. kader, oprema in prostor ter omejena finančna sredstva za plačilo zdravstvenih storitev.

Čakalne dobe učinkujejo tudi na kazalnike kakovosti zdravstvenega sistema, saj predolge čakalne dobe posledično lahko vplivajo na potek in uspešnost zdravljenja, prispevajo k višjim stroškom zdravljenja, daljši odsotnosti z dela in družinskega kroga, daljšim potekom rehabilitacije ter slabšim zdravstvenim stanjem pacientov po zdravljenju.

Dosedanji ukrepi, ki sta jih Vlada Republike Slovenije ali Ministrstvo za zdravje dodatno predlagala za večjo dostopnost do zdravstvenih storitev, so bili ukrepi kratkoročne narave.

Enkratni dodatni programi v obdobju 2016 – 2018 so bili implementirani z namenom, da se poleg pogodbeno dogovorjenega programa z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije izvede več zdravstvenih storitev za paciente. Z dodatnim financiranjem prek enkratnih dodatnih programov so se na nekaterih storitvah čakalne dobe sicer skrajšale, vendar zgolj na kratek rok. Obseg storitev in delež preseganja plačanih programov zdravstvene dejavnosti se je na letni ravni spreminjal. Izvajalci zdravstvene dejavnosti zato niso pravočasno pristopili k ustrezni organizaciji dela, kar je vplivalo na zmanjšano porabo razpoložljivih sredstev za ta namen.

V letu 2021 je Ministrstvo za zdravje na podlagi 38., 39. in 40. člena Zakona o nujnih ukrepih na področju zdravstva (Uradni list RS, št. 112/21) objavilo Nacionalni razpis za večjo dostopnost do zdravstvenih storitev. V nabor je vključilo storitve po naslednjih merilih:

- čakalna doba za izvedbo zdravstvene storitve posamezne vrste,
- vpliv čakalne dobe na poslabšanje zdravstvenega stanja pacienta in
- vpliv čakalne dobe na trajanje delavčeve začasne odsotnosti z dela zaradi zdravstvenih razlogov. Izbran je bil nabor zdravstvenih storitev.

Ključna novost predlaganega ukrepa je bila, da so se v izvajanje dodatnih storitev, financiranih prek nacionalnega razpisa, lahko vključili tudi zasebni izvajalci zdravstvene dejavnosti, če so imeli ustrezno dovoljenje za opravljanje zdravstvene dejavnosti. Kljub temu izvajanje nacionalnega razpisa ni doseglo zastavljenih ciljev in pričakovanj Ministrstva za zdravje. Na slabšo realizacijo nacionalnega razpisa je med drugim vplivalo:

- neskladje podatkov o čakajočih v centralnem sistemu eNaročanje glede na podatke v lokalnih sistemih izvajalcev (termini v preteklosti), saj so se podatki o čakajočih pacientih črpali iz centralnega sistema eNaročanje in ne iz lokalnih sistemov izvajalcev zdravstvene dejavnosti;
- naročanje pacientov na proste termine se je izvajalo prek klicnih centrov plačnikov zdravstvenih storitev in Nacionalnega inštituta za javno zdravje, pri čemer je ocenjeno, da bi komunikacija s pacientom dosegla boljše rezultate, če bi izvajalci zdravstvene dejavnosti sami vzpostavili sistem naročanja pacientov na dodatne termine;
- pacienti se v pomembnem deležu niso odločili za zamenjavo izvajalca (zdravstvenega delavca);
- pacienti so, če niso želeli opraviti storitve v okviru nacionalnega razpisa, še vedno čakajoči

nad najdaljšo dopustno čakalno dobo, kljub temu, da jim je bila omogočena izvedba storitve pri izvajalcu s krajšim terminom.

Na podlagi tako pridobljenih izkušenj se s tem zakonom vzpostavlja spremenjene pravne podlage za povečanje dostopnosti do zdravstvenih storitev, s katerimi se ocenjuje, da bo cilj dosežen s čim manjšimi dodatnimi administrativnimi obremenitvami in da bo omogočal fleksibilnost glede na potrebe v danem trenutku.

Notranje revidiranje

Notranje revidiranje v javnih zdravstvenih zavodih opredeljujejo naslednji zakoni oziroma določbe:

- 53. člen Zakona o računovodstvu (Uradni list RS, št. 23/99, 30/02 – ZJF-C in 114/06 – ZUE), ki določa, da kontroliranje podatkov in notranje revidiranje uredijo pravne osebe v skladu s predpisi in računovodskimi standardi;
- 100. člen Zakona o javnih financah (Uradni list RS, št. 11/11 – uradno prečiščeno besedilo, 14/13 – popr., 101/13, 55/15 – ZFisP, 96/15 – ZIPRS1617, 13/18 in 195/20 – odl. US), ki določa odgovornost predstojnika zdravstvenega zavoda za vzpostavitev in delovanje ustreznega sistema finančnega poslovanja in kontrol ter notranjega revidiranja. Zakon vsebuje jasna določila o tem, da notranje revidiranje zagotavlja neodvisno preverjanje sistemov finančnega poslovanja (menedžmenta) in kontrol ter svetovanje poslovodstvu za izboljšanje njihove učinkovitosti. Notranje revidiranje izvajajo notranji revizorji v skladu s kodeksom poklicne etike notranjih revizorjev in s standardi notranjega revidiranja, ki jih izda minister za finance na podlagi mnenja Računskega sodišča Republike Slovenije.
- Pravilnik o usmeritvah za usklajeno delovanje sistema notranjega nadzora javnih financ (Uradni list RS, št. 72/02), ki med drugim obsega sklop določil glede vzpostavitve, delovanja in razvoja notranjega nadzora javnih financ ter temeljnih načel, organizacije in pravil izvajanja notranjega revidiranja. Na podlagi 10. člena pravilnika so zdravstveni zavodi, katerih letni proračun presega 2.086.463 evrov, dolžni zagotoviti notranjo revizijo svojega poslovanja vsako leto, ostali pa najmanj enkrat v obdobju vsakih treh let. Pravilnik dopušča, da zavodi zagotovijo izvajanje notranjega revidiranja z možnostjo izbire med naslednjimi izvedbenimi možnostmi:
 - a) z lastno notranjerevizijsko službo;
 - b) s skupnimi notranjerevizijskimi službami, ki jih vzpostavi več zavodov, ki zaradi spoštovanja načela gospodarnosti ne vzpostavijo lastne službe.

Ocenjuje se, da je revidiranje v javnih zdravstvenih zavodih na sekundarni in terciarni ravni treba okrepiti in izvajati pogostejše, kot je to določeno v obstoječi zakonodaji ter redno izvajati revizije področij, ki so prepoznana kot najbolj pereča.

Pomanjkanje zdravstvenega kadra na primarni ravni

Zaradi vsega navedenega je zdravstveni sistem prišel do točke, ko so se razgalile vse slabosti sistema, ki se v 20 letih ni uspel ustrezno organizirati in prilagoditi na številne spremembe v zdravstvu in tudi sicer. Zdravstveni sistem je po dveh letih epidemije (na podlago vseh nerešenih organizacijskih slabosti) izčrpan, zdravstveni kader je na robu zmogljivosti, najbolj problematično pa je na področju primarne medicine in urgentnih centrov, ker ni zdravnikov urgentne medicine. Po podatkih Ministrstva za zdravje je v Sloveniji 131.000 oseb brez izbranega osebnega zdravnika ali pediatra (kar je dobrih 6 odstotkov vseh zavarovanih oseb), ker jih slednji zaradi preobremenjenosti (prevelikega števila že opredeljenih pacientov, pa tudi zaradi preobremenjenosti z administrativnimi opravili) ne morejo sprejeti. Po vsej državi je prostih le še dobrih 100 družinskih zdravnikov oziroma 11 odstotkov. Ker je stanje na področju primarnega zdravstva najbolj zaskrbljujoče, predlagatelj s tem zakonom posebno skrb namenja prav reševanju primarne zdravstvene dejavnosti.

Bolnišnice so zastarele, oprema marsikje dotrajana, čakalne dobe so se zaradi omejevalnih ukrepov v času epidemije še podaljšale, čakalni seznam pa slabo upravljani oziroma marsikje neprečiščeni. Stanje na sekundarni (in terciarni) ravni je neposredno povezano s perečimi razmerami na primarni ravni. V času epidemije je prišlo tudi do neenakopravne obravnave pacientov, saj se določeni programi oziroma zdravstvene storitve v tem obdobju niso izvajali (v celoti). Ne glede na navedeno pa se ocenjuje, da zdravstveni sistem ne deluje s polno zmogljivostjo, saj npr. tri največje zdravstvene ustanove v Sloveniji naredijo le okoli 75 odstotkov zdravstvenih storitev, kot bi jih morale glede na program, pri čemer pa ustvarjajo tudi finančni primanjkljaj. Zmogljivosti v bolnišnicah niso zadostno

izkoriščene, praviloma se popoldan oziroma v vikendih delo opravlja z bistveno manjšo intenzivnostjo ali pa se sploh ne. Navedene zdravstvene ustanove se soočajo z izrazitim pomanjkanjem zdravstvenega osebja, zlasti negovalnega kadra.

V Republiki Sloveniji trenutno primanjkuje zdravnikov specialistov družinske medicine in zdravnikov specialistov pediatrije, kar je razvidno tudi iz Odredbe o zgornji meji ponudb za delo v Republiki Sloveniji za leto 2022, izdane na podlagi zakona, ki ureja priznavanje poklicnih kvalifikacij zdravnikov, zdravnik specialist, doktor dentalne medicine in doktor dentalne medicine specialist). Iz odredbe, ki upošteva sporočene potrebe izvajalcev zdravstvene dejavnosti, izhaja, da je za specializacijo iz družinske medicine razpisanih kar 72 prostih delovnih mest, za specializacije iz pediatrije pa kar 10 prostih delovnih mest.

Ministrstvo je na podlagi 12.č člena Zakona o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 58/08, 107/10 – ZPPKZ, 40/12 – ZUJF, 88/16 – ZdZPZD, 40/17, 64/17 – ZZDej-K, 49/18, 66/19 in 199/21) v letu 2021 in 2022 izdalo šest dovoljenj za začasno opravljanje zdravniške službe (vse s področja pediatrije) v terciarni dejavnosti, saj ni bilo mogoče drugače zagotoviti neprekinjene nujne zdravniške pomoči. Na področju družinske medicine je bilo v letu 2021 izdanih sedem odločb o priznanju poklicne kvalifikacije, trenutno so v obravnavi še štiri vloge za izdajo odločbe o priznanju poklicne kvalifikacije na podlagi Zakona o priznavanju poklicnih kvalifikacij zdravnik, zdravnik specialist, doktor dentalne medicine in doktor dentalne medicine specialist (Uradni list RS, št. 107/10, 40/17 – ZZdsS-F in 203/20 – ZIUPOPdve).

Tudi sicer je mogoče iz komunikacije z delodajalci razbrati, da obstaja ogromno pomanjkanje zdravnikov specialistov družinske medicine, negovalnega kadra (diplomirane medicinske sestre, tehniki zdravstvene nege, bolničarji negovalci), pa tudi laboratorijskih sodelavcev I in II v zdravstveni dejavnosti.

Vlada je za namen reševanja te problematike 9. 12. 2021 sprejela Posebni vladni projekt za nagrajevanje timov ambulant družinske medicine oziroma otroškega in šolskega dispanzerja, s sklepom, št. 10005-96/2022/3 z dne 5. 5. 2022, pa še njegovo spremembo (v nadaljnjem besedilu: PVP 2022), ki se izvaja v obdobju od 1. 1. 2022 do 31. 12. 2023. Finančna sredstva za izvajanje posebnega vladnega projekta se zagotavljajo v okviru kalkulacij za planiranje in financiranje programov zdravstvenih storitev ambulant družinske medicine (v nadaljnjem besedilu: ADM) oziroma otroškega in šolskega dispanzerja (v nadaljnjem besedilu: OŠD) v skladu z Aneksom št. 1 k Splošnem dogovoru za pogodbeno leto 2021.

Cilj PVP 2022 je ohranitev ali povečanje dostopnosti do primarne ravni zdravstva, na način, da se z izplačevanjem delovne uspešnosti iz naslova povečanega obsega dela zagotovi ustrezno nagrajevanje zdravstvenih delavcev (tj. zdravnika in srednje medicinske sestre oziroma diplomirane medicinske sestre) v timu ADM oziroma OŠD, ki presegajo 1895 glavarinskih količnikov na tim.

S PVP 2022 je bilo predvideno plačilo 100 odstotnega plana storitev pri doseganju 13.000 količnikov (op.: z Aneksom št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2022 je predvidena ukinitve in vnovična vzpostavitev 100 odstotnega plačila storitev pri doseganju 13.000 količnikov).

Na podlagi PVP 2022 so bili do dodatka upravičeni samo zdravstveni delavci v timih ADM in OŠD, ki bodo presegali glavarični količnik, pri čemer je merilo razpon njegovega preseganja po naslednjih razredih, kot je prikazano v spodnji tabeli:

razpon preseganja glavaričnega količnika	odstotek izplačila delovne uspešnosti
do 1895	0
od 1896 do 2000	5
od 2001 do 2100	10
od 2101 do 2200	15
od 2201 do 2300	20
od 2301 do 2400	25
nad 2400	30

Osnova za izplačilo dodatka iz naslova delovne uspešnosti je mesečna osnovna plača javnega uslužbenca v posameznem obdobju. Javnemu uslužbencu se lahko izplača delovna uspešnost iz naslova posebnega projekta ob doseganju meril iz zgornje tabele.

Delovna uspešnost se obračuna sorazmerno z dejansko prisotnostjo zdravstvenega delavca,

vključenega v projekt, to pomeni, da se lahko zmanjša izključno zaradi njegove odsotnosti. Pri dodatku za delovno uspešnost se seveda upošteva sorazmerni delež zaposlitve v timu ADM oziroma OŠD.

Po podatkih Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije je bilo na dan 1. 5. 2022 v javnih zdravstvenih zavodih 676 timov ADM in 175 timov OŠD, ki presegajo 1895 glavarinskih količnikov na tim, 253 timov pa je takih, ki ne dosega 1895 glavarinskih količnikov na tim.

Iz Poročil o delovni uspešnosti za obdobje januar – maj 2022, ki jih je oddalo 45 zdravstvenih domov (op.: 14 zdravstvenih domov poročila ni podalo), izhaja, da je o delovni uspešnosti skupaj poročano za 589 timov ADM in 159 timov OŠD, ki presegajo število glavarinskih količnikov na tim. Iz poročil še izhaja, da do sedaj izplačana vrednost delovne uspešnosti iz naslova PVP 2022 (skupaj s prispevki) za obdobje januar – marec 2022 za ADM znaša 1.770.064,98 evra, za OŠD 371.204,88 evra oziroma skupaj 2.141.269,86 evrov za obdobje prvih treh mesecev 2022 (ob upoštevanju dejstva, da so štirje zdravstveni domovi poročali samo za prva dva meseca 2022, en zdravstveni dom pa samo za januar 2022).

Zaenkrat torej povečanja opredeljenih na tim ni zaznati, nasprotno, je celo nekoliko upadlo, število glavaričnih količnikov v ADM pa je naraslo (verjetno zaradi vpliva staranja populacije; število opredeljenih v starostni skupini 19-49 in 50-64 let je namreč padlo za 1.389 oziroma 2.863 oseb, medtem ko je število oseb v starostni skupini 65-74 in nad 75 let naraslo za 1.540 oziroma 884 oseb). Na podlagi navedenega predlagatelj ugotavlja, da PVP 2022 zaenkrat ni dosegel svojega namena in ciljev; razlog morda tiči v tem, da je dodatek predvsem nagrada za tiste, ki imajo že sedaj več opredeljenih pacientov, nima pa (zaenkrat) večjega učinka na tiste z manj opredeljenimi. Morda je vzrok za to v začasnosti PVP 2022 in prenizki finančni stimulaciji. Pri tem velja poudariti, da večje število opredeljenih pacientov, ki jih ima posamezni izbrani osebni zdravnik in s tem večje število glavaričnih količnikov, še ne pomeni, da opravi (sorazmerno) več zdravstvenih storitev in s tem zagotavlja večjo dostopnost do zdravstvenega varstva. Morda dodatnih opredelitev ni bilo (tudi) zaradi epidemije oziroma z njo povezanimi začasnimi ukrepi v zdravstveni dejavnosti in tudi sicer, ki so potekali vzporedno s PVP 2022, ali pa zaradi nezmanjšanih administrativnih bremen (predviden ukrep uvedbe zdravstvenega administrativnega sodelavca iz splošnega dogovora namreč v vmesnem obdobju ni bil realiziran).

Vsled zapisanemu predlagatelj s predlogom tega zakona razveljavlja veljavni PVP, odpravlja njegove šibkosti in določa zakonsko podlago za višje dodatke k plači, in sicer nominalno, ne v odstotku (kar naj bi zlasti stimuliralo mlajše zdravstvene delavce). Predlagatelj na podlagi analiz podatkov veljavnega PVP ugotavlja, da zgolj finančna stimulacija ne zadošča za povečanje števila opredeljenih pacientov, zato s predlogom zakona uvaja dodatno spodbudo, in sicer povečuje število kadrov v timu glede na število opredeljenih pacientov. Zdravstveni delavci na primarni ravni so namreč jasno pokazali, da denar na določeni točki ni več motivator, saj so preobremenjeni. Razbremenitev zdravstvenih delavcev z dodatnimi srednjimi medicinskimi sestrami, diplomiranimi medicinskimi sestrami in zdravstvenimi administratorji bi skupaj z dodatno finančno spodbudo za več opravljenega dela lahko rezultirala v večjem številu opredeljenih pacientov in posledično zmanjšanju števila čakajočih pacientov na zdravstveno storitev, torej boljši dostopnosti do zdravstvenega varstva.

Nadzor v zdravstvu

Zakon o zdravstveni dejavnosti določa za zagotavljanje zakonitosti, strokovnosti, kakovosti in varnosti dela več vrst nadzorov, in sicer:

- notranji nadzor,
- strokovni nadzor s svetovanjem,
- upravni nadzor,
- sistemski nadzor,
- nadzor Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije nad izpolnjevanjem pogodb z izvajalci zdravstvene dejavnosti,
- inšpekcijski nadzor,

pri čemer so posamezni državni organi neposredno pristojni za izvajanje upravnega nadzora (Ministrstvo za zdravje), sistema nadzora (Ministrstvo za zdravje v sodelovanju s pristojnimi poklicnimi zbornicami) in inšpekcijski nadzor (npr. Zdravstveni inšpektorat Republike Slovenije). Upravni in sistemski nadzori se vodijo kot upravni postopki in so praviloma zelo dolgotrajni, brez pomembnejšega učinka, saj so ukrepi omejeni (odprava organizacijskih, materialnih in drugih nepravilnosti oziroma pomanjkljivosti; prepoved opravljanja zdravstvene dejavnosti ali zdravstvenih storitev, dokler niso odpravljene ugotovljene pomanjkljivosti oziroma nepravilnosti, ki bi lahko

povzročile neposredno nevarnost za zdravje ljudi; začetek disciplinskega postopka po zakonu, ki ureja delovna razmerja, ali postopka za ugotovitev morebitne odškodninske odgovornosti odgovorne osebe izvajalca zdravstvene dejavnosti, zdravstvenega delavca, zdravstvenega sodelavca ali drugega zaposlenega pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti; naznanitev suma storitve kaznivega dejanja pristojnim organom pregona; vložitev predloga za izvedbo drugega nadzora v zdravstveni dejavnosti), za izvajanje teh nalog pa nikoli ni bilo zagotovljenega ustreznega oziroma zadostnega kadra.

Ministrstvo za zdravje je doslej uvedlo en sistemski nadzor v zdravstvu, in sicer glede Nacionalnega inštituta za otroške srčne bolezni v letu 2019, število upravnih nadzorov v zadnjih letih pa je bilo nekoliko višje; pet v 2018, trije v 2019, eden v 2020, v 2021 in 2022 pa nobeden. Nadzor nad zdravstveno dejavnostjo (tj. nad izvajalci zdravstvene dejavnosti) je bil torej pomanjkljiv, saj se pogosto ni izvajal oziroma se je izvajal v premajhnem obsegu, manjkala pa je tudi (specializirana) strokovnost, kakovost in učinkovitost.

Javno naročanje v zdravstvu (medicinski pripomočki)

Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o javnem naročanju (Uradni list RS, št. 10/22; v nadaljnjem besedilu: ZJN-3C) je opredelil pojem referenčne cene in sistem naročanja medicinskih pripomočkov in medicinske opreme na način, ki ni v skladu z evropskim pravnim redom na tem področju in ki v praksi ni izvedljiv. Medicinski pripomočki se nabavljajo na različne načine (kot nakup, najem ali kot izvedba preiskave) in zato referenčne cene, kot so predvidene v zakonu, ni mogoče uporabiti. Prav tako register medicinskih pripomočkov v Evropski uniji še ni vzpostavljen oziroma se še vzpostavlja, v prvi vrsti pa bi bilo treba opredeliti tudi enakovrednost medicinskih pripomočkov (standardizirati izdelke), ki bi lahko konkurirali na posameznem javnem naročilu. Cene v konkretnem naročilu so soodvisne še od mnogo drugih dejavnikov, ne le glede na trenutno stanje na trgu (obsega naročila, različnih specifikacije in tudi drugih meril, ki se lahko uporabijo poleg cene).

Določbe ZJN-3C so v nekaterih delih v nasprotju z Direktivo 2014/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 26. februarja 2014 o javnem naročanju in razveljavitvi Direktive 2004/18/ES (UL L št. 94 z dne 28. 3. 2014 str. 65; v nadaljnjem besedilu: Direktiva 2014/24/EU), saj uvajajo novo izjemo, v kateri je mogoče izvesti postopek s pogajanjem brez predhodne objave (ki ga ureja 46. člen Zakona o javnem naročanju (Uradni list RS, št. 91/15, 14/18, 121/21, 10/22 in 74/22 – odl. US), kar je v nasprotju z 32. členom Direktive 2014/24/EU. ZJN-3C povečuje možnost uporabe netransparentnih postopkov in povečuje korupcijska tveganja, kar je ob sprejemu zakona opozorila že Komisija za preprečevanje korupcije.

ZJN-3C je začel veljati 20. 2. 2022, sporne določbe pa naj bi se začele uporabljati 20. 9. 2022. Glede na navedeno je treba omenjena neskladja odpraviti nemudoma, še pred 20. 9. 2022, z namenom, da ne pride do zgoraj navedenih tveganj, arbitrarnega odločanja z novelo predvidenega urada oziroma celo dejanskega nastanka škodljivih posledic.

Trajanje koncesij v zdravstveni dejavnosti

Koncesija v zdravstveni dejavnosti se podeli za določen čas, in sicer za obdobje 15 let, šteto od dneva začetka opravljanja programov zdravstvene dejavnosti oziroma zdravstvenih storitev specialistične bolnišnične dejavnosti, za katere se objavi javni razpis za podelitev koncesije.

Najpozneje 12 mesecev pred potekom obdobja podelitve koncesije koncedent preveri realizacijo programa v podeljenem obsegu ter ali še obstoji potreba po podelitvi koncesije. Potreba v skladu z drugim odstavkom 42. člena Zakona o zdravstveni dejavnosti obstoji, če javni zdravstveni zavod ne more zagotavljati opravljanja zdravstvene dejavnosti v obsegu, kot je določen z mrežo javne zdravstvene službe, oziroma če javni zdravstveni zavod ne more zagotoviti potrebne dostopnosti do zdravstvenih storitev. Če je ta pogoj izpolnjen, koncedent na podlagi pozitivnega mnenja Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije in pristojne zbornice oziroma strokovnega združenja podaljša obdobje podelitve koncesije za naslednjih 15 let. V primeru podaljšanja koncesije koncedent izda odločbo o podaljšanju koncesije in predlaga sklenitev dodatka h koncesijski pogodbi.

Postopek po veljavnem 43. členu Zakona o zdravstveni dejavnosti določa podaljševanje koncesij z izdajo odločbe in sklenitvijo nove koncesijske pogodbe, kar za izvajalce zdravstvene dejavnosti predstavlja dodaten upravno administrativni postopek in začasno negotovost glede bodočega

izvajanja zdravstvene dejavnosti. Negotovost pa ni zgolj na strani koncesionarja, v času destabilizacije zdravstvenega sistema je tudi država zainteresirana, da nabor izvajalcev zdravstvene dejavnosti ni zmanjšan. Na primarni ravni je trenutno podeljenih okrog 900 koncesij, sekundarni ravni zdravstvene dejavnosti pa okoli 320 koncesij.

Administrativne obremenitve v zdravstvu

Ker se na nivoju celotne države soočamo z znatnim pomanjkanjem specialistov družinske medicine, tudi zaradi premajhnega zanimanja mladih zdravnikov za specializacijo iz družinske medicine, je v Sloveniji brez izbranega osebnega zdravnika 131.000 oseb. Glavarinski količnik je določen administrativno in številni zdravniki odklanjajo vsako dodatno predlagano izbiro oziroma opredelitev. Družinski zdravniki si namreč ne želijo več delati kot po tekočem traku, temveč želijo v celoti in popolnoma vnovčiti znanje, ki jim ga je proces izobraževanja, vključno s specializacijo, nudil, želijo si torej delati s pacienti (jim nuditi zdravstvene storitve) in manj z administracijo, ki pa je je iz leta v leto več.

Tudi mladi zdravniki so npr. v javnem manifestu² med najpomembnejšimi ukrepi oziroma prioritetami za korenito reformo zdravstvenega sistema v Sloveniji izpostavili odpravo oziroma zmanjšanje administrativnega bremena za zdravnike, kar je med drugim tudi vodilni vzrok nezadovoljstva med (mladimi) zdravniki. Zdravnikov čas bi moral biti posvečen pacientu in ne papirnati birokraciji, ki pogosto sama sebi namen. Pri tem na prvo mesto postavljajo zdravnike družinske medicine, ki morajo opravljati ogromno administrativnega dela.

Predlagatelj vidi rešitev (poleg npr. manjše glavarine) v manjši administrativni obremenitvi zdravnikov, zaradi česar bi primarno izbrani zdravniki imeli več časa za neposredno delo s pacienti, sekundarno pa bi se tudi mladi zdravniki raje odločali za specializacijo iz družinske medicine. Ker se je obseg t.i. nezdravniškega dela povečal do take mere, velja prenesti nekatera opravila z zdravnika družinske medicine na nekatere druge specialnosti oziroma profile v zdravstvu.

2. CILJI, NAČELA IN POGLAVITNE REŠITVE PREDLOGA ZAKONA

2.1 Cilji

Glavni cilj predloga zakona je omiliti oziroma odpraviti posledice dolgotrajno neučinkovito organiziranega zdravstvenega sistema, čigar negativne posledice je potencirala epidemija nalezljive bolezni COVID-19, ki je v zadnjih dveh letih zdravstveni sistem v Sloveniji povsem izčrpala (zlasti kadrovske zmogljivosti) in ga pripeljala vse do roba zloma. S predlogom zakona se želi zdravstveni sistem okrepiti in odpraviti delovanje zdravstvenega sistema na način »izrednih razmer« v času, ko takšnih izrednih razmer dejansko ni.

Cilj zakona je stabilizirati zdravstveni sistem in mrežo (zdravstveni sistem umiriti, in sicer na nivoju zdravniške službe, zdravstvene nege in ostalega zdravstvenega osebja) in pacientom, ki čakajo preko najdaljše dopustne čakalne dobe, zagotoviti primerno, kakovostno in varno zdravstveno obravnavo v skladu z medicinsko doktrino. Na podlagi realizacije začasnih ukrepov iz tega zakona, opravljenih analiz, se želi pridobiti objektivne podatke o izkoriščenosti zdravstvenega sistema (predvsem z vidika obremenitve zaposlenih).

Nadalje se želi medicino (zdravstveno obravnavo) vrniti na primarni nivo (odpraviti pomanjkanje družinskih zdravnikov in izboljšati njihove pogoje dela), omogočiti dobro delujočo nujno medicinsko pomoč ob hkratnem delovanju urgentnih centrov. S predlogom zakona se stremi k večji profesionalizaciji upravljanja javnih zdravstvenih zavodov, posledično pa zagotoviti ustrezno vodenje, učinkovito organizacijo in racionalizacijo delovanja, gospodarno in zakonito poslovanje ter nenazadnje njihovi krepitvi.

Cilj ukrepov, ki jih predvideva ta zakon, je do marca 2023 pridobiti objektivni posnetek stanja, sposobnosti oziroma zmogljivosti slovenskega zdravstvenega sistema, ob tem pa pacienta postaviti na prvo mesto in tudi denar (v smislu plačevanja zdravstvenih storitev) mora slediti pacientu. Na ta način

² [Mladi zdravniki Slovenije - Manifest Mladih zdravnikov Slovenije](#)

bo mogoče pripraviti in implementirati ustrezne standarde in normative.

Vse to bo v nadaljevanju (po izteku veljavnosti ukrepov iz tega zakona) omogočilo celovito reformo v smislu postavitve novega, delujočega, fleksibilnega in modernega zdravstvenega sistema z močnimi, dobro vodenimi in organiziranimi zdravstvenimi ustanovami, kjer bodo zmogljivosti (prostor, oprema in kader) v celoti izkoriščene, pacientom pravočasno nudena zdravstvena obravnava, ki jo potrebujejo, zdravstveno osebje pa bo zdravstveno dejavnost opravljalo v primernem delovnem okolju. Končni cilj je med drugim tudi to, da so pacienti enakopravno in ustrezno obravnavani ne glede na regijo, v kateri prebivajo.

2.2 Načela

Predlog zakona sledi naslednjim načelom:

- načelo državne intervencije:
Država se vmeša v delovanje posameznih ustrojov, ko ugotovi, da je intervencija nujna in da je z namenom varovanja javne koristi treba ukrepati hitro. Predlagatelj z zakonom določa nujne ukrepe na področju zdravstva zaradi stabilizacije javnega zdravstvenega sistema in njegove krepitve, da bo v nadaljevanju zmožni zagotavljati javne dobrine (zdravstvene storitve) vsem prebivalcem Republike Slovenije, in sicer enakopravno, primerno, kakovostno in varno ter pravočasno.
- načelo socialne države:
Socialna država je država, ki si za cilj postavlja socialno varnost in socialno pravičnost za vse svoje prebivalce, to načelo pa je konkretizirano v pravici do socialne varnosti in do zdravstvenega varstva. Država je namreč tista, ki mora urediti obvezno zdravstveno in drugo socialno zavarovanje in skrbeti za njegovo ustrezno delovanje. Temeljna vrednota socialne države je solidarnost, ki preprečuje prevelik razkorak med posameznimi segmenti družbe. Država je tako dolžna, da uredi ustrezno delovanje Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ki je nosilec obveznega zdravstvenega zavarovanja. Glede na navedeno mora država s predpisom poskrbeti, da je postopek dogovarjanja partnerjev glede programa storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja učinkovit, tj. tak, ki državljanom Republike Slovenije zagotavlja ustrezno varstvo v primeru bolezni in poškodbe.
- načelo zdravstvenega varstva oziroma dostopnosti do zdravstvenih storitev:
V Sloveniji je na ustavni ravni zagotovljena pravica do zdravstvenega varstva vsakemu, ne le državljanu, z zakoni pa je urejeno zagotavljanje te pravice iz javnih sredstev. Glede na navedeno je temeljna naloga države, da poskrbi, da zdravstveno varstvo (tj. sistem vseh ukrepov in storitev, ki so usmerjene v krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, zgodnje odkrivanje bolezni, njeno pravočasno zdravljenje, nego in rehabilitacijo) preko nalog, ki jih izvajajo različne službe in ustanove, odgovorne za zdravje prebivalstva, ni zgolj prazna pravica, temveč je zdravstveno varstvo pacientom dejansko zagotovljeno.
- načelo pravne države in načelo zakonitosti:
Pravna država temelji na pravilih, predpisanih v ustavi in zakonih, pri čemer ta pravila pomenijo omejevanje in nadzor oblasti, zagotavlja pa se tudi spoštovanje človekovih pravic in svoboščin ter ureja razmerja pravnih subjektov. Ravnanja oblasti in drugih subjektov morajo biti predvidljiva, zato predlagatelj pravice in obveznosti določa v samem zakonu, podrobnejša (izvedbena) ureditev pa je prepuščena podzakonskim aktom.
Načelo enakosti pred zakonom ne pomeni, da predpis ne bi smel različno urejati položajev pravnih subjektov, pač pa, da tega ne sme početi samovoljno, brez razumnega in stvarnega razloga. Predlagatelj morebitno različno obravnavo subjektov (npr. razlikovanje med izvajalci v javni mreži in izvajalci zdravstvene dejavnosti izven javne mreže) utemeljuje z razumnimi in stvarnimi razlogi (primarna vključitev izvajalcev iz javne mreže, zagotavljanje sredstev iz proračunskih virov, zagotavljanje javne službe brez ustvarjanja dobička, izvajanje dejavnosti v javno korist itd.),
- načelo osredotočenosti na pacienta:
Usmerjenost k uporabniku je ena od vrednot, ki jih javnost utemeljeno pričakuje od javnega sektorja oziroma izvajalca javnih služb. Javni sektor naj bi deloval tako, da je javnost (uporabniki v zdravstvu) z njegovimi storitvami zadovoljen, pri čemer je dostopnost ena od ključnih elementov. Prav tako se predlagatelj zaveda, da novi javni management predpostavlja tudi sodelovanje uporabnikov v procesu odločanja oziroma uporabljanja, zato se predstavniki nevladnih organizacij s področja varstva pacientovih pravic predvideva tudi v novo oblikovanih svetih zavodov. Pacient ni več »objekt« v procesu zdravstvene obravnave in izvajanja zdravstvene dejavnosti, temveč je lahko tudi sooblikovalec izvajanja javne službe. Vsak ima namreč pravico, da sodeluje pri upravljanju javnih zadev.

- spoštovanje pacientovega časa:
Predlog zakona stremi k odpravi oziroma zmanjšanju čakalnih dob in s tem k zagotavljanju zdravstvenih storitev v okviru javne službe v razumnem roku. Predlagatelj se zaveda, da je eden izmed ključnih vidikov zadovoljstva ravno izvedba zdravstvene storitve v najkrajšem možnem času, tj. v času, ki je sprejemljiv z vidika objektivne medicinske presoje kliničnih potreb pacienta glede na njegovo zdravstveno stanje, anamnezo, verjeten razvoj bolezni, stopnje bolečin ali naravo prizadetosti v trenutku uveljavljanja pravice.
- načelo skrbnosti in dobrega gospodarstvenika (gospodarja):
Standard skrbnosti se uporablja za presojo ravnanj določenega udeleženca obligacijskega razmerja. Standard skrbnosti dobrega gospodarja oziroma gospodarstvenika se uporablja, kadar se presoja ravnanje udeleženca, ki izpolnjuje obveznost, ki ni v zvezi z njegovo poklicno dejavnostjo. Takšen pristop nedvomno zahteva strokovno in profesionalno držo nosilca takega ravnanja, kar je nedvomno potrebno tudi v primeru izvajanja nalog upravljanja zdravstvene ustanove.
- načelo ohranitve in krepitve javne zdravstvene službe in še posebej primarnega zdravstvenega varstva:
Z določanjem mreže javne zdravstvene službe si država prizadeva za ustrezno razporeditev izvajalcev javne zdravstvene službe na posamezni ravni na območju celotne države. Zdravstveno varstvo na primarni ravni omogoča prvi stik z zdravnikom za diagnosticiranje in zdravljenje akutnih in kroničnih bolezni, promocijo zdravja in zdravega načina življenja, preprečevanje bolezni, svetovanje in vzgojo pacientov, zato je njegova krepitev ključna. Šele dobro delovanje primarne ravni omogoča ustrezno delovanje zdravstvene dejavnosti na sekundarni in terciarni ravni. Predlagatelj se zaveda, da je treba v prvi vrsti zagotoviti stabilno delovanje primarne ravni (z vidika kadrovskih in drugih zmogljivosti ter nenazadnje ustrezno organizacijo), ki bo nadalje omogočila ustrezno (normalno) delovanje preostalih ravni zdravstvene dejavnosti.
- načelo zmanjševanja administrativnih bremen v zdravstvu:
Zakon sledi načelu odpravljanja birokratskih postopkov za zdravstveni kader (zdravstvene delavce) na način, da te postopke prelaga na zdravstvene sodelavce, s čimer omogoča, da se zdravnik in drugi zdravstveni delavci ukvarjajo predvsem z izvajanjem zdravstvenih storitev, kar je v skladu z njihovimi poklicnimi kompetencami, medtem ko je npr. zdravstveni administrativni sodelavec izšolan in izurjen ravno za izvajanje administrativnih opravil. Predlagatelj se zaveda administrativnih bremen, ki so bile v zadnjem obdobju naložene predvsem zdravnikom na primarni ravni, zato se uvaja zdravstvenega administrativnega sodelavca, ki bo namesto zdravnika izvajal administrativna opravila. Z namenom hitrejšega zaposlovanja se za omenjenega zdravstvenega sodelavca določa, da za samostojno delo v zdravstveni dejavnosti ni potrebno opravljanje pripravništva in strokovnega izpita.
- načelo sodobnega managementa:
Novi javni management sledi dobrim praksam iz gospodarstva (zasebnega sektorja), kjer je bilo kot učinkovita ureditev prepoznana profesionalizacija upravljanja pravnih oseb. Predlagatelj zato ureditev svetov zavodov približuje ureditvi nadzornih svetov gospodarskih služb, zato jasno določa odgovornost članov sveta zavoda, dodatne (tudi negativne) pogoje za imenovanje in spremembe glede njihovih pristojnosti. Načelo predvideva upoštevanje načel enakosti, apolitičnosti, samostojnosti, učinkovitosti, gospodarnosti in odgovornosti ter nenehnega izboljševanja kakovosti delovanja (svetov zavodov in zavodov samih),
- načelo integritete in preprečevanja korupcije:
Predlagatelj se zaveda vloge državnih organov na tem področju, saj so nedvomno prvi poklicani, da krepijo delovanje pravne države v Sloveniji. S tem namenom odpravlja morebitna korupcijska tveganja in krepí transparentnost v vseh postopkih izvrševanja javne oblasti pri opravljanju javnih zadev, kar vključuje tudi postopke javnega naročanja – še zlasti v zdravstvu, kjer so tveganja povečana. Predlagatelj pri tem opozarja, da je oziroma mora biti pravo javnega naročanja usmerjeno v varovanje ponudnikov in zagotavljanju zdrave konkurence na trgu ter transparentnosti postopka (vključno z načelom enake obravnave subjektov). Navedeno se med drugim zagotavlja tudi z obveznimi objavami o naročilu.

2.3 Poglavitne rešitve

S predlogom zakona se določa trajne in začasne ukrepe na področju zdravstvenega varstva z namenom zagotoviti zadostne zmogljivosti (kader, oprema, prostor) za stabilno delovanje zdravstvenega sistema tako, da bo prebivalstvu Republike Slovenije zagotovljena enakopravna, primerna, kakovostna in varna zdravstvena obravnava.

Poglavitne rešitve so:

- jasna določitev ustanovitelja javnega zdravstvenega zavoda (na vsaki ravni zdravstvene dejavnosti),
- profesionalizacija upravljanja javnih zdravstvenih zavodov in zagotovitev močnejše vloge svetov zavodov tudi prek spremenjenih pristojnosti in sestave,
- obveznost izvajanja vsakoletne notranje revizije prek preizkušenega državnega notranjega revizorja in obveznost izvajanja revizije računovodskih standardov,
- obvezno notranje revidiranje v javnih zdravstvenih zavodih (tudi) na področju upravljanja čakalnih seznamov in čakalnih dob,
- samostojno delo zdravstvenega administrativnega sodelavca v zdravstveni dejavnosti brez predhodne obveznosti opravljanja pripravništva in strokovnega izpita,
- prenos pristojnosti za opravljanje upravnega in sistemskega nadzora v zdravstvu,
- prenos pristojnosti za opravljanje inšpekcijskega nadzora na področju čakalnih seznamov oziroma čakalnih dob, s čimer se omogoči, da bo izključna pristojnost teh inšpektorjev zgolj nadzor nad tem področjem in ne več celotna področna zdravstvena zakonodaja,
- nova, učinkovitejša ureditev sprejemanja (splošnega) dogovora za izvajanje zdravstvenih storitev v mreži javne zdravstvene službe,
- začasno podaljšanje trajanja koncesij po samem zakonu za dve leti,
- začasno povečanje obsega programa zdravstvene dejavnosti za namen odprave oziroma skrajševanja čakalnih dob,
- določanje finančnih spodbud za zdravstvene delavce in zdravstvene sodelavce; vključno z dodatkom za posebne pogoje dela na območjih občin z nižjo razvitostjo za zdravnike, ki delajo v ambulantah splošne in družinske medicine, pediatrije ter ginekologije in porodništva v javni mreži izvajalcev zdravstvene dejavnosti na primarni ravni,
- odprava neskladja s pravnim redom Evropske unije na področju javnega naročanja v zdravstvu (medicinskih pripomočkov in medicinske opreme) ter posledično korupcijskih tveganj oziroma tveganja za netransparentne postopke naročanja.

3. OCENA FINANČNIH POSLEDIC PREDLOGA ZAKONA ZA DRŽAVNI PRORAČUN IN DRUGA JAVNA FINANČNA SREDSTVA

Skupni ocenjeni finančni učinek **posameznih ukrepov interventnega zakona znaša 207,6 mio eur, kar je prikazano v spodnji tabeli:**

Ukrep	Finančne posledice			SKUPAJ	Vir financiranja
	2022	2023	2024		
Storitve nad rednim obsegom	30.000.000	80.000.000	50.000.000	160.000.000	Zdravstvena blagajna in državni proračun
Dodatki primar	8.725.000	34.900.000	2.908.333	46.533.333	Državni proračun
Dodatki primar - občine z nižjo razvitostjo	100.000	400.000	33.333	533.333	Državni proračun
Zaposlitve Urad za nadzor, kakovost, investicije	55.582	166.746	166.746	389.074	Državni proračun
Zaposlitve MZ	23.750	95.003	31.399	150.152	Državni proračun
SKUPAJ	38.904.332	115.561.749	53.139.812	207.605.893	

Za povečanje obsega programa zdravstvene dejavnosti predlog zakona predvideva sredstva iz naslova neizvedenih programov v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja, če ta sredstva ne zadoščajo se dodatna sredstva zagotovijo iz državnega proračuna. V letu 2021 je bilo opravljenega programa v specialistični ambulantni dejavnosti in v akutni bolnišnični obravnavi v vrednosti 1.607 mio eur. Ob predpostavki, da bi bili vsi programi izvedeni 105 odstotno, bi to pomenilo potrebnih **dodatnih 80 mio eur na letni ravni**. Ocenjuje se, da bo iz državnega proračuna za ta namen v letu 2022 potrebnih 10 mio eur, v letu 2023 okrog 60 mio eur in v letu 2024 okrog 30 mio eur.

Za izvajanje ukrepa razbremenitve zdravstvenih delavcev, ki opravljajo poklic v zdravstveni dejavnosti na primarni ravni – **dodatek za povečan obseg dela za posebne obremenitve**, je ocenjena višina potrebnih sredstev na mesečni ravni 2,91 mio eur (bruto / bruto) oziroma **34,9 mio eur** (bruto / bruto) **na letni ravni**. V oceni je upoštevano število timov, ki jih izvajalcem (javnim zdravstvenim zavodom in koncesionarjem) priznava Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije in kader, ki je priznan v standardih Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Za izvajanje ukrepa razbremenitve zdravstvenih delavcev, ki opravljajo poklic v zdravstveni dejavnosti na primarni ravni – **dodatek za posebne pogoje dela na območjih občin z nižjo razvitostjo**, je ocenjeno, da v ambulantah v teh občinah deluje skupno cca. 52 polnih timov družinske medicine in 10 polnih timov otroškega in šolskega dispanzerja (javni zdravstveni zavodi in koncesionarji). Ob predpostavki, da delo opravljajo polni delovni čas, je ocenjena vrednost potrebnih finančnih sredstev 31.000 eur bruto na mesečni oziroma **370.000 eur bruto na letni ravni**. Če se s tem ukrepom uspe zvišati prisotnost zdravnika na teh območjih za 20 odstotkov, bo na letni ravni potrebnih 400.000 eur bruto.

Za namen izvajanja strokovnega nadzora s svetovanjem, kadar za posamezno poklicno skupino ni organizirane poklicne zbornice, ter upravnega in systemskega nadzora v zdravstvu pa je potrebna stalna okrepitev novoustanovljenega Urada Republike Slovenije za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu, in sicer se predvideva štiri dodatne zaposlitve:

Št. zap.	Delovno mesto	Plačni razred	Skupni strošek delodajalca mesečno	Skupni strošek delodajalca - leto 2022	Skupni strošek delodajalca - leto 2023	Skupni strošek delodajalca - leto 2024
1	višji svetovalec III	37	3.149,89	12.599,54	37.798,62	37.798,62
1	višji svetovalec III	37	3.149,89	12.599,54	37.798,62	37.798,62
1	podsekretar	42	3.797,89	15.191,55	45.574,66	45.574,66
1	podsekretar	42	3.797,89	15.191,55	45.574,66	45.574,66
	SKUPAJ		13.895,55	55.582,19	166.746,56	166.746,56

Sprememba upravljanja v bolnišnicah, v skladu s katerim bodo člani sveta zavoda ob večji odgovornosti za svoje delo upravičeni tudi do višjega plačila (sejnine), bo povzročila povečane izdatke bolnišnic, obenem pa zaradi manjšega števila članov svetov tudi prihrank. Neto finančni učinek se ocenjuje na 0,3 mio eur povečanja obveznosti za druga javna finančna sredstva.

Za dodatne naloge Ministrstva za zdravje oziroma urada, pristojnega za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu, bodo potrebne dodatne zaposlitve predvsem za izvrševanje ukrepov iz tega zakona, vezanih na izplačila iz proračuna Ministrstva za zdravje, in sicer začasno tri zaposlitve:

Št. zap.	Delovno mesto	Plačni razred	Skupni strošek delodajalca mesečno	Skupni strošek delodajalca - leto 2022	Skupni strošek delodajalca - leto 2023	Skupni strošek delodajalca - leto 2024
1	višji svetovalec III	37	3.018,38	9.323,75	37.294,99	12.342,13
1	višji svetovalec III	37	3.018,38	9.323,75	37.294,99	12.342,13
1	finančnik V	20	1.611,62	5.103,47	20.413,87	6.715,09
	SKUPAJ		7.648,38	23.750,96	95.003,85	31.399,34

4. NAVEDBA, DA SO SREDSTVA ZA IZVAJANJE ZAKONA V DRŽAVNEM PRORAČUNU ZAGOTOVLJENA, ČE PREDLOG ZAKONA PREDVIDEVA PORABO PRORAČUNSKIH SREDSTEV V OBDOBJU, ZA KATERO JE BIL DRŽAVNI PRORAČUN ŽE SPREJET

Preostala sredstva bodo zagotovljena z rebalansom ali spremembami državnega proračuna.

5. PRIKAZ UREDITVE V DRUGIH PRAVNIH SISTEMIH IN PRILAGOJENOSTI PREDLAGANE

UREDITVE PRAVU EVROPSKE UNIJE

Predlog zakona ni predmet usklajevanja s pravnim redom Evropske unije.

Prikaz ureditev v drugih pravnih sistemih je prikazana po državah v abecednem vrstnem redu.

Prikaz ureditve v drugih pravnih sistemih

Velika Britanija

Velika Britanija ima v sklopu nadzornega sveta tudi revizijski odbor³.

Velika Britanija je maksimalne čakalne dobe za izbrane vrste elektivnih posegov zniževala postopoma. Od 2002-2003 je veljala maksimalna čakalna doba 12 mesecev, nato 9 mesecev od 2003-2004 in 18 tednov od 2006 dalje. Sankcioniranje nedoseganja maksimalne čakalne dobe je bilo uvedeno postopno, od 2000-2005. Doseganje maksimalne čakalne dobe je visoko na prioritetni lestvici politike in nadzor nad zagotavljanjem maksimalne čakalne dobe izvaja poseben oddelek v kabinetu predsednika vlade ter posebne komisije, kar je v letu 2008 prispevalo k pomembnemu skrajšanju povprečnih čakalnih dob pri zamenjavi kolka in kolena ter operacijah sive mreže. Leta 2010 je bila maksimalna čakalna doba 18 tednov od napotitve pacienta do zaključka zdravljenja (ang. RTT- from referral to treatment) vključena v pravila NHS (ang. The National Health Service Commissioning Board). RTT standard je bil prenesen v sekundarno zakonodajno raven, odgovornost za izvajanje pa je bil prenesen na NHS in CCG (ang. Clinical Commissioning Group), ki morata zagotavljati, da 92 % pacientov na čakalnih seznamih z zdravljenjem začne v 18. tednih. Poleg uvedbe maksimalne čakalne dobe ima Velika Britanija sprejet dolgoročni načrt za skrajševanje čakalnih dob v okviru reforme zunaj-bolnišničnega zdravstvenega varstva, ki vključuje ukrepe na strani ponudbe in povpraševanja po zdravstvenih storitvah na podlagi treh ciljev: (1) zmanjšati nepotrebne specialistične preglede; (2) povečati različne oblike zunaj-bolnišnične specialistične obravnave (npr. povečanje rabe digitalnih storitev); (3) povečati obseg zdravstvenih storitev in skrajšati čakalne dobe za elektivne posege. Rezultat ukrepov politike je, da se je delež čakajočih pacientov na čakalnih seznamih, ki so čakali manj kot 18 tednov na začetek zdravljenja, v letu 2013 iz 94 % znižal v letu 2018 na 86 %, pri čemer so se povprečne čakalne dobe podaljšale za 1,6 tednov v enakem obdobju (sprememba iz 5,6 tednov na 7,2 tedna), in sicer kot posledica ukrepa na strani ponudbe zdravstvenih storitev, zaradi zmanjšanja finančnih sredstev.

V Veliki Britaniji je zagotavljanje zdravstvenih storitev organizirano kot centralizirana nacionalna zdravstvena služba. Upravlja ga Ministrstvo za zdravje, v okviru katerega deluje oddelek nacionalne zdravstvene službe (NHS). NHS opravlja dve, sicer ločeni nalogi hkrati: organizira sistem in zagotavlja zdravstvene storitve. Deluje na podlagi posebne strukture, tj. strateških zdravstvenih oblasti (strategic health authorities), ki so odgovorne za vse zdravstvene storitve na svojem območju, vključno z oceno lokalnih zdravstvenih potreb in sprejemanjem lokalnih zdravstvenih strategij. NHS je največji ponudnik zdravstvenih storitev in večina bolnišnic spada pod njegovo okrilje.

Sistem je financiran s pomočjo davkov in zagotavlja brezplačen dostop do zdravstvenih storitev v naravi vsem osebam, ki prebivajo na določenem območju. Tudi tujci s kartico evropskega zdravstvenega zavarovanja imajo brezplačno zdravstveno varstvo. Prebivalci imajo pravico do preventivnih storitev, cepljenja, primarnega, bolnišničnega in ambulantnega specialističnega zdravljenja in storitev, storitev na področju duševnega zdravja, blažilne oskrbe, dolgotrajne nege, načrtovanja družine, rehabilitacije in fizioterapije ter zdravljenja in nege na domu. Doplačila obstajajo v omejenem obsegu. Plačilo zobozdravstvenih storitev je v celoti krito za nosečnice, matere, ki so rodile v zadnjih 12 mesecih, osebe, mlajše od 18 let in mlajše od 19 let, ki se izobražujejo, ter osebe, ki so prejemniki obveznosti, za katere se zahteva premoženjski cenzus. Za preostale prebivalce so določene tri stopnje doplačil v višini 25 EUR, 70 EUR in 301 EUR, odvisno od potrebnega zobozdravstvenega zdravljenja.

³ <https://www.uclh.nhs.uk/about-us/who-we-are/board-directors/audit-committee>

Med poklici in z njimi povezanimi delovnimi mesti, ki izpolnjujejo znanja in spretnosti RQF3 za sistem skilled work route na podlagi točk so bili po podatkih MAC 2020 na seznam deficitarnih poklicev uvrščeni menedžerji in direktorji na področju zdravstvenih storitev in javnega zdravja, zdravniki, zobozdravniki, medicinski radiografi, zdravstveni delavci, medicinske sestre, babice. Vlada periodično naroči Svetovalnemu odboru za migracije (Migration Advisory Committee), da priporoči, katere poklice naj se uvrsti na seznam deficitarnih poklicev. Vlada nato odloči, kateri poklici bodo uvrščeni na ta seznam. Svetovalni odbor za migracije upošteva tri glavna merila pri oceni, ali uvrstiti poklic na seznam deficitarnih poklicev: (1) ali poklic izpolnjuje zahtevano raven znanja in spretnosti, (2) ali poklica primanjkuje ter (3) ali je smiselno ta primanjkljaj zapolniti z delavci migranti. Prednost uvrstitve poklica na seznam deficitarnih poklicev je, da ni treba izvajati preizkusa rezidenčnega trga dela (Resident Labour Market Test oziroma RLMT), ki je lahko dolgotrajen in obremenjujoč postopek. Določil ga je Home Office z namenom, da imajo domači delavci v Veliki Britaniji možnost, da se prijavijo na delovna mesta, preden se ta delovna mesta ponudijo delavcem migrantom. Nadaljnje prednosti so na primer nižje vizumske pristojbine in koristi za delavce migrante ter oprostitev od pogoja minimalnega dohodka.

Prikaz ureditve v pravnem redu EU

Nemčija

LMU Klinika je skupaj z Medicinsko fakulteto Ludwig-Maximilians-Univerza (LMU) v Münchnu ena izmed vodilnih medicinskih ustanov na nacionalni in mednarodni ravni. Klinika je pod pravnim nadzorom Bavarskega državnega ministrstva za znanost in umetnost. V skladu z Zakonom o bavarski univerzitetni bolnišnici so organi klinike nadzorni svet, bolnišnični svet in konferenca. Nadzorni svet odloča o temeljnih zadevah klinike in nadzoruje poslovanje izvršilnega odbora. Sestavljajo ga predsednik, namestnik predsednika in sedem članov. Predsednik, namestnik predsednika in en član nadzornega sveta so predstavniki Bavarskega državnega ministrstva za znanost in umetnost, en član je predstavnik Bavarskega državnega ministrstva za finance in notranje zadeve, en član je predstavnik Bavarskega državnega ministrstva za zdravje in oskrbo, en član je predsednik LMU Klinike, ena članica je direktorica Klinike za interno medicino Univerzitetne bolnišnice Köln, en član je ekonomist in politik ter en član je predstavnik Oddelka za klinično farmakologijo LMU Klinike.

Zdravstveno varstvo se zavarovanim osebam zagotavlja v javno financiranem OZZ in nadomestnem (substitutivnem) zasebnem zdravstvenem zavarovanju. Leta 2015 je bilo v državi 124 neprofitnih, od države neodvisnih in med seboj konkurenčnih zdravstvenih blagajn (nem. Krankenkassen), ki tvorijo sistem OZZ. Po zadnjih podatkih je v Nemčiji trenutno 118 zdravstvenih blagajn (leta 1993 kar 1.221). Sistem zdravstvenega varstva temelji na sodelovanju med državo, zveznimi državami in zdravstvenimi blagajnami ter izvajalci.

Leta 2012 je bilo zdravstveno varstvo v Nemčiji financirano (skupni izdatki za zdravstvo) na sledeč način: javna sredstva v celoti: 74,6 %; od tega davki 4,8 %; OZZ 57,4 %; obvezno pokojninsko zavarovanje 1,4 %; obvezno nezgodno zavarovanje 1,6 %; OZZ za dolgotrajno oskrbo 7,7 %; zasebni viri 27,1 %, od tega neposredna plačila 13,5 %; zasebno zdravstveno zavarovanje: 9,3 %; sredstva delodajalcev pa 4,3 %.

Splošni zdravniki in specialisti v ambulantni oskrbi so obvezno vključeni v regionalne organizacije, ki se preko voljenih predstavnikov pogajajo za pogodbe z zdravstvenimi blagajnami, s katerimi pogodbe sklepajo tudi bolnišnice (teh je okoli 2000; med njimi prevladujejo državne, 33 % pa je zasebnih neprofitnih), ki jih zastopajo zasebne organizacije. Najpomembnejšo takšno organizacijo predstavlja Združenje nemških bolnišnic. Ambulantni zdravniki po navadi delajo v zasebnih ordinacijah, pri čemer za zavarovane osebe registracija pri osebnem zdravniku ni obvezna, ti pa ne opravljajo funkcije »vratarja«, vendar pa zdravstvene blagajne svojim zavarovanim osebam nudijo (in spodbujajo) možnost vključitve v sistem družinske oskrbe, ki pogosto sovпада z vratarsko funkcijo.

Plačilo po uspešnosti leta 2015 še ni bilo uvedeno, vendar pa zdravniki prejmejo dodatek za zdravljenje pacientov, vključenih v posebne zdravstvene programe. Velika večina bolnišničnih zdravnikov prejema plače, le vodstveni zdravniki lahko v skladu z navedeno tarifo zdravijo tudi

zasebno zavarovane paciente. Bolnišnični zdravniki ne smejo zdraviti bolnikov izven bolnišnice razen izjemoma, ko število ambulantnih zdravnikov ne zadošča.

Ključno regulatorno vlogo pri odločitvah o vsebini in obsegu pravic, ki jih zagotavlja OZZ, ter o standardih kakovosti izvajalcev ima Zvezni skupni odbor, ki se v največji možni meri opira na instituciji, ki se ukvarjata z ocenjevanjem in primerjanjem zdravstvenih tehnologij (Inštitut za kakovost in učinkovitost, Inštitut za izboljšanje kakovosti in raziskave v zdravstvenem varstvu). Odbor ima 13 glasujočih članov: pet iz združenja javnih zavarovalnic (bolniških blagajn), po enega iz zveznega združenja zdravnikov in zobozdravnikov, enega iz združenja bolnišnic in tri nepovezane člane. V odboru je tudi pet predstavnikov pacientov, ki imajo svetovalno vlogo, ne morejo pa glasovati.

Deficitarni poklici v zdravstvu v Nemčiji so na primer zdravniki, fizioterapevti in medicinske sestre.

Državljeni tretjih držav, ki želijo delati v Nemčiji, so zaradi Zakona o kvalificiranem priseljevanju, ki je začel veljati 2. 3. 2020, deležni milejših postopkov in pravil. V skladu z zakonom se (poleg tistih, ki imajo diplomu iz terciarnega izobraževanja) državljani tretjih držav, ki imajo poklicno izobrazbo, pridobljeno po usposabljanju, ki je trajalo vsaj dve leti, prav tako štejejo za usposobljene strokovnjake in so kot taki upravičeni do zaposlitve v Nemčiji.

Delavec mora izpolnjevati naslednje pogoje, da lahko zakonito dela v Nemčiji: imeti mora tujo kvalifikacijo uradno priznano od pristojnega organa v Nemčiji in imeti mora pogodbo/ponudbo delodajalca v Nemčiji na svojem področju kvalifikacije. Preden je začel veljati Zakon o kvalificiranem priseljevanju, delavci, ki niso bili državljani EU, niso smeli dobiti službe, ki bi jo lahko zapolnil nemški delavec ali delavec EU. Zdaj Zvezna agencija za zaposlovanje v zvezi s tem ne izvaja več prednostnih pregledov.

Avstrija

AKH – Wiener Allgemeine Krankenhaus/ Vienna General Hospital npr. ima nadzorni svet, ki sprejema strateške odločitve. Sestavljajo ga štirje člani: rektor Medicinske fakultete na Dunaju, generalni direktor združenja dunajskih bolnišnic (KAV) – osrednja kontaktna točka v okviru dunajskega zdravstvenega združenja in zunanjih organizacijskih enot zdravstvenega sektorja, predstavnik rektorata Medicinske fakultete in predstavnik mesta Dunaj. Upravni odbor izvaja operativno vodenje in nadzor. Sestavljata ga dva člana; direktor Tehnične univerze na Dunaju in član rektorata Medicinske fakultete na Dunaju.

Državljeni tretje države lahko v Avstriji zaprosijo za rdeče-belo-rdeči karton kot usposobljeni delavci v deficitarnih poklicih, ki velja 24 mesecev, če:

- lahko podajo dokazilo o opravljenem usposabljanju v deficitarnem poklicu v skladu z uredbo,
- so prejeli zavezujočo ponudbo za zaposlitev v Avstriji in jim je bodoči delodajalec pripravljen plačevati z minimalno plačo, določeno z zakonom, uredbo ali kolektivno pogodbo (v primeru, da je določeno plačilo v zadevni družbi običajno, jim ga je treba tudi dodeliti),
- dosežejo najmanj 55 točk v skladu z merili za upravičenost za usposobljene delavce.

Deficitarne poklice se vsako leto razglasi v uredbi (Fachkräfteverordnung), ki jo izda zvezni minister za delo (Arbeitsminister/Arbeitsministerin), v posvetovanju z zvezno ministrico za gospodarstvo (Wirtschaftsminister/Wirtschaftsministerin). Kateri poklici veljajo za deficitarne poklice, je odvisno od razvoja avstrijskega trga dela.

Na seznamu avstrijskih deficitarnih poklicev za leto 2022 so zdravniki, diplomirane medicinske sestre, specialisti medicinske tehnologije in zdravstveni pomočniki.

Nizozemska

Univerzitetni klinični center Leiden (LUMC) je sodoben univerzitetni medicinski center za raziskave, izobraževanje in oskrbo pacientov z visoko kakovostnim profilom in močno znanstveno usmeritvijo. Članov nadzornega sveta je pet, vsi so člani nadzornih svetov različnih zasebnih družb, skladov iz pretežno nemedicinskega sektorja. V neprofitnih zasebnih bolnišnicah na Nizozemskem je bila vloga nadzornih svetov strateško usmerjena: pregledovati proračune, imenovati računovodje, odobriti združitve in imenovati izvršne direktorje (npr. managerje bolnišnic). Dejanska vloga nadzornega sveta je veljala za bolj hortacijsko kot pa uveljavljanje neposredne moči: »arbiter, navdihovalec, diplomat«. V

zadnji analizi pa so v teh nizozemskih zasebnih bolnišnicah ugotovili, da ima nadzorni svet končno odgovornost.

Z reformo leta 2006 upravljajo na Nizozemskem obvezno zdravstveno zavarovanje (OZZ) zasebne zavarovalnice, ki so dobile nalogo, naj s skrbnim kupovanjem zdravstvenih storitev v imenu svojih zavarovancev povečajo učinkovitost zdravstvenega sistema.

Splošni zdravnik je vratar sistema; samo 4 % obiskov pri njem ima za posledico napotitev na sekundarno raven. Zdravnik ima v povprečju 1.900 pacientov, ki ga obiščejo 5-krat letno. 75 % splošnih zdravnikov dela v skupinskih praksah. Večina je samozaposlenih, 11 % pa je zaposlenih pri drugem zdravniku. Plačani so v obliki glavarine in plačil za storitve, obstajajo poskusi plačila po rezultatih.

Skoraj vsi specialisti delajo v bolnišnicah in so plačani po storitvah ali prejemajo plačo (večinoma v univerzitetnih bolnišnicah). Število zdravnikov na plačah narašča. Le majhno število zdravnikov dela tudi izven bolnišnic v ambulantah. Skoraj vse bolnišnice so zasebne in neprofitne. 70 % cen v bolnišnicah je določenih med pogajanjimi med izvajalci in zavarovalnicami, 30 % pa je določenih na nacionalni ravni.

Reforma leta 2006 je Ministrstvo za zdravje spremenila iz neposrednega nadzornika v oddaljenega čuvarja sistema. Danes ima vlogo pri določanju pogojev za dostop, kakovost in obvladovanje stroškov zdravstvenega sistema, določa prioritete in po potrebi spreminja zakonodajo. Uradi v njegovi sestavi so odgovorni za postavljanje operativnih prioritet. Zdravstveni svet ima svetovalno vlogo, pri čemer se opira na z dokazi odprto medicino, Nacionalni inštitut za zdravstveno varstvo svetuje vladi glede vsebine košarice pravic, zagotavljanja kakovosti in zavarovalniškega sistema. Obe inštituciji ocenjujeta zdravstvene tehnologije, vendar minister pri končni odločitvi o vsebini košarice ni zavezan njunim nasvetom.

Nizozemska je leta 2000 z dogovorom med nacionalnim združenjem bolnišnic in zavarovalnicami dogovorila družbeno sprejemljive maksimalne čakalne dobe, in sicer: (a) 4 tedne (80 % v 3 tednih) za oceno specialista vključno z diagnostiko; (b) 6 tednov (80 % v 4 tednih) za zdravstvene storitve v dnevni bolnišnični obravnavi; (c) 7 tednov (80 % v 5 tednih) za bolnišnično obravnavo. Spodbuda za zagotavljanje družbeno sprejemljivih (maksimalnih) čakalnih dob na Nizozemskem je imela odločitev sodišča, da je pacientova pravica do pravočasne zdravstvene obravnave sodno izvršljiva. Leta 2001 je bil spremenjen model financiranja bolnišnic – iz pasivnega fiksnega proračuna v aktivno plačevanje opravljenih storitev, vključno z odpravo omejitve zaposlovanja strokovnega osebja v bolnišnicah. Ti ukrepi, vključno z ukrepi na strani ponudbe zdravstvenih storitev, predvsem s povečevanjem števila posegov v kirurgiji, je prispevalo k skrajšanju povprečnih čakalnih dob (npr. iz 12 tednov na 5 tednov za operacije sive mreže, 7 tednov za zamenjavo kolka in kolena v obdobju 2000-2010 in ostale na nizki ravni do leta 2014, ko so se ponovno začele podaljševati zaradi dodatnih proračunskih omejitev, ki so vplivale na ponudbo ob naraščajočem povpraševanju po zdravstvenih storitvah.

Švedska

Södersjukhuset (SöS) npr. je ena največjih bolnišnic v Stockholmu. Zgrajena je bila med letoma 1937 in 1944 in ima največji oddelek za nujne primere v Skandinaviji. Bolnišnica ima centralno upravo s podpornimi funkcijami, kot so finance, kadri, komunikacija in kakovost, razvoj, medicinska tehnologija in informacijska tehnologija. Bolnišnična služba skrbi za upravljanje premoženja, obrokov za paciente, tekstila in drugih potrebščin. Södersjukhuset AB je organizirana kot delniška družba v lasti regije Stockholm. Skupščina občinskega sveta imenuje upravni odbor, ki sprejema splošne dolgoročne odločitve in imenuje direktorja bolnišnice. Od leta 2016 imajo Södersjukhuset, bolnišnica Södertälje in bolnišnica Danderyd isti odbor, vendar z lastnimi predstavniki zaposlenih. Namen je, da bi lahko uskladili vprašanja med bolnišnicami.

V skladu z Zakonom o zdravstvenih in medicinskih storitvah (HSL 2017:30) so okrožja dolžna poročati o čakalnih dobah švedskemu združenju lokalnih organov in regij. Prvo jamstvo za zdravstveno oskrbo je bilo na Švedskem uvedeno že leta 1992. Leta 2010 je bilo jamstvo uzakonjeno z Zakonom o

zdravstvenih in medicinskih storitvah (HSL 2017:30). Sedanja vlada je leta 2019 okrepila zahteve za primarno zdravstveno varstvo glede nege, ki jo mora zagotavljati pacientom. Trenutna zakonska zahteva je 0-3-90-90, kar pomeni, da bi moral imeti pacient možnost vzpostaviti stik z zdravstvenim osebjem na primarni ravni še isti dan, ko se je obrnil nanj (0); zdravstvena ocena na primarni ravni naj bi bila opravljena v treh dneh (3); po potrebi naj bi se prvi zdravstveni pregled na specialistični ravni opravil v 90 dneh (90); zdravljenje pa naj bi se začelo v nadaljnjih 90 dneh. Vseeno mnogi čakajo dlje. Dolge čakalne dobe in slaba dostopnost do zdravstvenega varstva so na Švedskem že vrsto let velik izziv. Vendar pa se čakalne dobe v 21 švedskih okrožjih zelo razlikujejo. Eden pomembnih razlogov za dolge čakalne dobe je pomanjkanje medicinskih sester in razpoložljivih zdravnikov na nekaterih območjih. Leta 2020 je Švedsko skupaj s preostalim svetom prizadel koronavirus. Zaradi pandemije so se čakalne dobe še podaljšale.

Inšpektorat za zdravstveno in socialno varstvo (IVO) je vladna agencija, ki deluje v okviru Ministrstva za zdravje in socialne zadeve. Agencija je pristojna za nadzor nad zdravstvenim in socialnim varstvom, vključno z zdravstvenim osebjem in osebjem socialnega varstva. Prav tako je pristojna za nekatere vloge za izdajo dovoljenj. Izvaja tudi nadzor nad zdravstvenimi dejavnostmi in zdravstvenimi delavci, da zagotovi spoštovanje veljavnih zakonov in drugih predpisov.

Švedska vlada je sprejela več pobud za spodbujanje in podpiranje regionalnih svetov, da bi izboljšala dostopnost do zdravstvenega varstva in skrajšala čakalne dobe. Vlada regionalnim svetom v ta namen letno nameni več kot 3 milijarde švedskih kron. Avgusta 2020 je vlada imenovala delegacijo, katere naloga je bila prizadevati si za večjo dostopnost do zdravstvenega varstva, s poudarkom na krajših čakalnih dobah. Delegacija je svoje končno poročilo predstavila maja 2022. Med drugim so predlagali bolj omejeno jamstvo za zdravstveno oskrbo. Švedska vlada je sprejela tudi več ukrepov za povečanje dostopnosti do nujne medicinske pomoči, zdravljenja raka, porodniškega varstva, psihiatričnih storitev in ukrepe za preprečevanje samomora. Pomembno prednostno področje je krepitev primarnega zdravstvenega varstva in izboljšanje delovnih pogojev za izvajalce na primarni ravni, pri čemer ima posebno prednost zagotavljanje primarnega zdravstvenega varstva na podeželju. Eden od ciljev te reforme je povečati dostopnost do primarnega zdravstvenega varstva in s tem ustvariti dodatne zmogljivosti na specialistični ravni ter tako omogočiti pravočasno oskrbo večjemu številu pacientov.

Zdravstveni sistem je zelo integriran. Pomembna sprememba po letu 1990 je bila prenos od bolnišničnih stacionarnih obravnav k ambulantnim obravnavam in obravnavi v lastnem okolju. Druga sprememba je bila koncentracija visoko specializiranih storitev na univerzitetne bolnišnice in specializirane centre.

Za Švedsko je značilen majhen obseg primarnega zdravstvenega varstva (16 % vseh zdravnikov, 20 % sredstev). Zdravniki nimajo vloge vratarja. Običajno gre za skupinske prakse, v katerih sodelujejo v povprečju štirje zdravniki. Približno 40 % zdravnikov dela zasebno. Javni in zasebni zdravniki so plačani enako; glavarina 80 %, plačilo za storitve 17-18 %, 2-3 % pa za doseganje rezultatov.

Specialistične ambulate delujejo v bolnišnicah pa tudi v ozko specializiranih zasebnih (poli)klinikah. Plačila so prospektivna, fiksna in temeljijo na plačilu po primeru (SPP). Zdravniki, ki imajo pogodbo z javnim plačnikom, ne morejo zaračunavati mimo določenih tarif. Nobena zakonodaja ne prepoveduje zdravnikom, da bi izven bolnišnice ali javne ambulate obravnavali tudi zasebne bolnike, lahko pa taka pravila vzpostavijo delodajalci. Večina bolnišnic je javnih, vendar javni plačnik lahko sklepa pogodbe tudi z zasebnimi bolnišnicami. Sredstva bolnišnic temeljijo na historičnem globalnem proračunu (2/3), SPP in spodbudah za rezultate dela (manj kot 5 %). Zaposleni prejemajo plače.

Glavna odgovornost za vzdrževanje kakovostnega zdravstvenega varstva je v rokah okrajev in občin. Podeljujejo dovoljenja za delovanje izvajalcev in določajo cene za paciente in plačila za izvajalce. Ministrstvo za zdravje in socialno politiko določa skupno zdravstveno politiko. Poleg njega obstaja sedem vladnih agencij, ki se ukvarjajo z različnimi vidiki zdravstvenega varstva in javnega zdravja. Nacionalni svet za zdravstveno varstvo razvija medicinske normative in standarde ter nadzira njihovo upoštevanje. Podeljuje tudi licence zdravstvenemu osebju. Dve telesi delata na področju ocenjevanja zdravstvenih tehnologij. Svet za ocenjevanje zdravstvenih tehnologij ima mandat, da ocenjuje

zdravstvene tehnologije s strokovnega, ekonomskega, etičnega in socialnega vidika, in promovira uporabo stroškovno učinkovitih tehnologij. Podobno telo ocenjuje stroškovno učinkovitost zdravil.

Švedska ima razmeroma veliko število zdravnikov in medicinskih sester, vendar ima še vedno težave z zaposlovanjem osebja, zlasti na podeželju. Po podatkih švedskega statističnega urada (Statistiska centralbyrån) v zdravstvu primanjkuje številnih poklicnih skupin. Raziskava o trendih na trgu dela iz leta 2020 kaže na veliko pomanjkanje pred kratkim diplomiranih medicinskih sester, patronažnih medicinskih sester in medicinskih sester za diagnostično radiologijo. Švedska se spopada tudi s splošnim pomanjkanjem zdravnikov v primarnem zdravstvu, zlasti v bolj oddaljenih krajih. Samo 15 odstotkov zdravnikov je zdravnikov družinske medicine, kar omejuje pravočasen dostop do primarnega zdravstvenega varstva. Švedska vlada je sprejela več ukrepov za odpravo pomanjkanja znanj in spretnosti. Vlada je leta 2019 ustanovila Nacionalni svet za zdravstvene kompetence, ki svetuje pri usklajevanju, analizi in racionalizaciji zagotavljanja usposobljenega osebja. Vlada namenja tudi 1 milijardo švedskih kron letno za izboljšanje pogojev za zdravstveno osebje. Poleg tega vlada v predlogu proračuna za leto 2022 predlaga pobudo za zdravstveno osebje v vrednosti 2 milijard za obdobje 2022–2023. Švedska se tako kot številne druge države spopada z izzivi pri zagotavljanju medicinskih sester in babic. Vlada zato namenja 400 milijonov švedskih kron letno za plačano specialistično usposabljanje medicinskih sester (500 milijonov švedskih kron letno v obdobju 2020–2022). V predlogu proračuna za leto 2022 vlada predlaga, da se v ta namen leta 2023 nameni dodatnih 100 milijonov švedskih kron. Da bi povečala privlačnost specialističnega usposabljanja medicinskih sester ter spodbudila razvoj in izboljšala karijerne možnosti, vlada namenja 100 milijonov švedskih kron letno tudi za delovna mesta za medicinske sestre specialistke. Poleg zgoraj navedenih pobud se je vlada odločila za državno subvencijo za spodbujanje trajnostnega delovnega okolja za osebje v zdravstvu in oskrbi starejših. Državna subvencija regijam in občinam omogoča financiranje projektov za izboljšanje delovnega okolja. Za leto 2021 je v ta namen namenjenih skupaj 300 milijonov švedskih kron. Ocenjuje se, da bo za leto 2022 in naslednja leta skupno dodeljena 1 milijarda švedskih kron.

Za opravljanje dela zdravstvenega delavca na Švedskem je treba pridobiti licenco. Nacionalni odbor za zdravje in socialno varstvo (Socialstyrelsen) izdaja švedsko zdravniško izkaznico ali švedsko specialistično potrdilo.

Francija

Nadzorni svet bolnišnic v Franciji (ki je enakovreden upravnemu odboru) je posvetovalna skupščina, katere glavna naloga je prispevati k opredelitvi strategije ustanove in izvajati stalni nadzor nad njenim vodstvom. Nadzorni svet sestavljajo trije kolegiji s predstavniki lokalnih organov, predstavniki osebja ustanove in usposobljenimi posamezniki, vključno s predstavniki uporabnikov. Predsednik ustanove je izvoljen izmed predstavnikov lokalnih organov in usposobljenih posameznikov. Sestava organov in njihove pristojnosti so urejene v zakoniku o javnem zdravju.

Zdravstveni zavodi so pravne osebe z upravno in finančno avtonomijo. Revizijska funkcija je del notranje organizacije zavoda in ni urejena na nacionalni ravni. Organizirana je predvsem v velikih ustanovah, ki uporabljajo zunanja svetovalna podjetja. Računovodske izkaze zdravstvenih ustanov s prometom nad 100 milijonov EUR morajo vsako leto potrditi zakoniti revizorji kot zakonska obveznost.

Poleg tega se v zdravstvenih ustanovah glede kakovosti obravnave izvaja zunanja revizija. Certificiranje je sistem obveznega zunanjega ocenjevanja za vse zdravstvene ustanove in ga vsaka štiri leta izvedejo strokovnjaki, ki jih imenuje HAS. Njegov cilj je zagotoviti neodvisno oceno kakovosti in varnosti obravnave ter vseh storitev, ki jih zagotavljajo bolnišnice in klinike v Franciji.

Za čakalne dobe v Franciji ne veljajo zavezujoči predpisi. Po drugi strani pa je vlada zelo pozorna na čakalne dobe za npr. umetno prekinitev nosečnosti in njihovo spreminjanje, saj lahko kažejo na težave pri dostopu do storitev. Poleg raziskav, ki jih na to temo lahko izvede ARS v regijah, se redno izvajajo tudi raziskave na nacionalni ravni, da bi bolje razumeli te povprečne čakalne dobe. V zadnjih letih so bile izvedene tri zaporedne raziskave: v letih 2014, 2017 in 2019. Rezultat zadnje raziskave iz leta 2019 je bilo vladno poročilo za parlament, ki je vključevalo globalno oceno ponudbe umetno prekinitev nosečnosti in predlagani akcijski načrt.

Socialna varnost, vključno z zdravstvenim varstvom, je zgodovinsko gledano Bismarckov sistem (ki temelji na poklicu). Za zdravstveno varstvo še vedno obstajajo zgodovinski poklicni skladi (kmetijstvo, zaposleni in neodvisni delavci), vendar je zdravstveno varstvo zdaj univerzalno in enotno. Nacionalni cilj porabe za zdravstveno zavarovanje je cilj porabe, ki se ne sme preseči v smislu primarnega zdravstvenega varstva in hospitalizacije v zasebnih ali javnih ustanovah, pa tudi v zdravstvenih in socialnih centrih.

Poleg splošnih zdravnikov in medicinskih sester naj bil primanjkljaj tudi za maserje in babice. Tri četrtine ljudi, ki so najbolj oddaljeni od strokovnjakov primarnega zdravstvenega varstva, živijo na podeželju.

6. PODATEK O ZUNANJEM STROKOVNJAKU OZIROMA PRAVNI OSEBI, KI JE SODELOVALA PRI PRIPRAVI PREDLOGA ZAKONA, IN ZNESKU PLAČILA ZA TA NAMEN:

Luka Gaberščik, Brulc, Gaberščik in partnerji, odvetniška družba, o.p., d.o.o., Dunajska cesta 9, 1000 Ljubljana, stroški v zvezi s pripravo tega zakona, ki bremenijo javnofinančna sredstva Ministrstva za zdravje, znašajo 12.450 eur.

7. NAVEDBA, KATERI PREDSTAVNIKI PREDLAGATELJA BODO SODELOVALI PRI DELU DRŽAVNEGA ZBORA IN DELOVNIH TELES:

- Danijel Bešič Loredan, minister za zdravje
- mag. Tadej Ostrc, državni sekretar, Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije
- Aleksandra Lah Topolšek, državna sekretarka, Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije
- Breda Božnik, državna sekretarka, Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije
- Aleš Šabeder, sekretar, vodja Direktorata za zdravstveno ekonomiko in Direktorata za razvoj zdravstvenega sistema po pooblastilu
- Iztok Kos, generalni direktor Direktorata za zdravstveno varstvo

II. BESEDILO ČLENOV

I. DEL SPLOŠNA DOLOČBA

1. člen (vsebina)

S tem zakonom se zaradi odprave organizacijskih slabosti zdravstvenega sistema in nerazumno dolgih čakalnih dob, nastalih zlasti zaradi preprečevanja in obvladovanja okužbe z nalezljivo boleznijo COVID-19, ter z namenom zagotoviti zadostne zmogljivosti (kader, oprema, prostor) za stabilno delovanje zdravstvenega sistema na način, da je prebivalstvu Republike Slovenije zagotovljena enakopravna, primerna, kakovostna in varna zdravstvena obravnava,

1. spreminjajo in dopolnjujejo določbe naslednjih zakonov:

- Zakona o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 23/05 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 23/08, 58/08 – ZZdrS-E, 77/08 – ZDZdr, 40/12 – ZUJF, 14/13, 88/16 – ZdZPZD, 64/17, 1/19 – odl. US, 73/19, 82/20, 152/20 – ZZUOOP, 203/20 – ZIUPOPDVE, 112/21 – ZNUPZ in 196/21 – ZDOsk; v nadaljnjem besedilu: ZZDej),
- Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 64/17, 73/19 – ZZDej-L in 152/20 – ZZUOOP; v nadaljnjem besedilu: ZZDej-K),
- Zakona o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 15/08, 55/17 in 177/20; v nadaljnjem besedilu: ZPacP),
- Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C, 47/15 – ZZSDT, 61/17 – ZUPŠ, 64/17 – ZZDej-K, 36/19, 189/20 – ZFRO, 51/21, 159/21, 196/21 – ZDOsk, 15/22 in 43/22; v nadaljnjem besedilu: ZZVZZ),

2. odstopa od določb ZZDej in ZZVZZ,

3. določajo začasni ukrepi na področju čakalnih dob in poklicev v zdravstveni dejavnosti.

II. DEL SPREMEMBE IN DOPOLNITVE ZAKONOV

1. Zakon o zdravstveni dejavnosti

2. člen

V ZZDej se besedilo 25. člena spremeni tako, da se glasi:

»Javni zdravstveni zavod na primarni ravni ustanovi samoupravna lokalna skupnost s soglasjem ministrstva, pristojnega za zdravje, in po predhodnem mnenju Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Ustanoviteljske pravice in obveznosti samoupravne lokalne skupnosti uresničuje občinski svet, če s predpisi, ki urejajo področje lokalne samouprave, ni določeno drugače.

Javni zdravstveni zavod na sekundarni in terciarni ravni ustanovi Republika Slovenija po predhodnem mnenju Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Ustanoviteljske pravice in obveznosti Republike Slovenije uresničuje Vlada Republike Slovenije, predloge v zvezi z uresničevanjem ustanoviteljskih pravic in obveznosti pa daje ministrstvo, pristojno za zdravje.

Mnenje Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije se zahteva tudi za spremembo dejavnosti in za prenehanje javnega zdravstvenega zavoda.«.

3. člen

V 28. členu se prvi odstavek spremeni tako, da se glasi:

»Zdravstveni zavod, ki ga ustanovi samoupravna lokalna skupnost, upravlja svet zavoda, ki je sestavljen iz predstavnikov:

- ☐ ustanovitelja,
- ☐ delavcev zavoda,
- ☐ zavarovancev oziroma drugih uporabnikov.«.

Drugi odstavek se spremeni tako, da se glasi:

»V svet zavoda ne morejo biti imenovani državni funkcionarji in funkcionarji samoupravnih lokalnih skupnosti, predstavniki pogodbenih partnerjev zdravstvenega zavoda in njihovih združenj, predstavniki poklicnih združenj ali zbornic v zdravstvu, predstavniki pravnih oseb, ki ponujajo prostovoljna zdravstvena zavarovanja, zdravila ali medicinske pripomočke, ter predstavniki drugih pravnih oseb, katerih sodelovanje v svetu zavoda bi vplivalo ali ustvarjalo videz, da vpliva na nepristransko in objektivno opravljanje nalog.«.

4. člen

Za 28. členom se doda nov, 28.a člen, ki se glasi:

»28.a člen

Zdravstveni zavod, ki ga ustanovi Republika Slovenija, upravlja svet zavoda, ki je sestavljen iz predstavnikov ustanovitelja, delavcev zavoda in zavarovancev oziroma drugih uporabnikov.

Svet zdravstvenega zavoda iz prejšnjega odstavka je pristojen za:

- imenovanje in razrešitev direktorja zdravstvenega zavoda s soglasjem ministra, pristojnega za zdravje,
- imenovanje in razrešitev strokovnega vodje zdravstvenega zavoda,
- nadzor nad delom direktorja zdravstvenega zavoda in strokovnega vodje zdravstvenega zavoda,
- druge naloge, ki jih določa zakon.

Člane sveta zavoda, predstavnike ustanovitelja, imenuje in razrešuje minister, pristojen za zdravje, ki jih izbere med strokovnjaki s področja zdravstva, upravljanja oziroma ekonomije in prava. Člane sveta zavoda, predstavnike delavcev zavoda, izvolijo predstavniki delavcev. Člane sveta zavoda, predstavnike zavarovancev oziroma drugih uporabnikov, na predlog nevladnih organizacij s področja varstva pacientovih pravic imenuje minister, pristojen za zdravje. Predsednika sveta zavoda izvolijo člani med predstavniki ustanovitelja, podpredsednik pa je član, predstavnik delavcev zavoda.

V svet zavoda ne morejo biti imenovani državni funkcionarji in funkcionarji samoupravnih lokalnih skupnosti, predstavniki pogodbenih partnerjev zdravstvenega zavoda in njihovih združenj, predstavniki poklicnih združenj ali zbornic v zdravstvu, predstavniki pravnih oseb, ki ponujajo prostovoljna zdravstvena zavarovanja, zdravila ali medicinske pripomočke, ter predstavniki drugih pravnih oseb, katerih sodelovanje v svetu zavoda bi vplivalo ali ustvarjalo videz, da vpliva na nepristransko in objektivno opravljanje nalog.

Člani sveta zavoda morajo pri svojem delu ravnati s skrbnostjo dobrega gospodarja. Člani sveta zavoda so za svoje delo upravičeni do sejnine in povračila stroškov v skladu s predpisom, ki ureja sejnine in povračila stroškov v javnih zavodih.

Za škodo, ki je nastala kot posledica kršitve njihove dolžnosti iz prejšnjega odstavka, člani sveta zavoda odgovarjajo v skladu s splošnimi pravili civilne odgovornosti. Pred imenovanjem v svet zavoda morajo kandidati podpisati izjavo o seznanitvi z odgovornostjo.

Podrobnejše pogoje za imenovanje, sestavo in številčno razmerje predstavnikov v svetu zavoda ter postopek za izbiro članov sveta zavoda iz tega člena določi minister, pristojen za zdravje.«.

5. člen

V 29. členu se prvi odstavek spremeni tako da se glasi:

»Direktorja zdravstvenega zavoda, ki ga ustanovi samoupravna lokalna skupnost, imenuje in razrešuje svet zavoda s soglasjem ustanovitelja. Ne glede na drugi odstavek 25. člena tega zakona direktorja zdravstvenega zavoda, ki ga ustanovi Republika Slovenija, imenuje in razrešuje svet zavoda s soglasjem ministra, pristojnega za zdravje.«.

6. člen

Za 30. členom se doda nov, 30.a člen, ki se glasi:

»30.a člen

Svet zavoda iz prvega odstavka 28.a člena tega zakona imenuje in razrešuje notranjega revizorja, ki ima naziv preizkušeni državni notranji revizor in opravlja notranje revidiranje v skladu z zakonom, ki ureja javne finance.

Notranja revizija se v zdravstvenem zavodu iz prvega odstavka 28.a člena tega zakona opravi vsako leto.

Revizija računovodskih izkazov se opravi vsako drugo leto, vsako leto pa pri zdravstvenih zavodih, ki imajo:

- skupno vrednost aktive v bilanci stanja višjo od 40 milijonov eurov ali
- več kot 1000 zaposlenih.

Notranji revizor izvaja naloge v skladu z letnim načrtom notranje revizije, ki ga svet zavoda sprejme do konca marca za tekoče leto. Letni načrt mora vsebovati tudi revizijo upravljanja čakalnih seznamov, čakalnih dob, vzrokov zanje in predlogov za njihovo odpravo ter revizijo izkoriščenosti zmogljivosti (prostorov, opreme in kadrov), pri čemer se pri reviziji izkoriščenosti kadrovskih zmogljivosti ugotavljajo tudi odmiki glede na standarde Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Letno poročilo o delu notranje revizije za preteklo koledarsko leto, ki vsebuje tudi opredelitev notranjega revizorja, ali se v zdravstvenem zavodu z javnimi sredstvi, namenjenimi za opravljanje javne službe, upravlja kot dober gospodar, notranji revizor najpozneje do konca februarja predloži v obravnavo svetu zavoda, po potrditvi sveta zavoda pa ga v seznanitev posreduje ministrstvu, pristojnemu za zdravje, in uradu, pristojnemu za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu.

Postopek izbire notranjega revizorja izvede svet zavoda, pogodbo o zaposlitvi z notranjim revizorjem ali civilno pravno pogodbo z zunanjim izvajalcem notranje revizije pa sklene predsednik sveta zavoda.«.

7. člen

V 64. členu se v petem odstavku na koncu druge alineje pika nadomesti z vejico in doda nova, tretja alineja, ki se glasi:

»– zdravstveni administrativni sodelavec, če ima zaključeno srednjo izobrazbo, kot jo določa seznam poklicev zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev.«.

8. člen

V 79.a členu se v prvem odstavku besedilo »ministrstvo, pristojno za zdravje« nadomesti z besedilom »urad, pristojen za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu«.

9. člen

V 80. členu se v drugem odstavku v napovednem stavku besedilo »ministrstvo, pristojno za zdravje« nadomesti z besedilom »urad, pristojen za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu«.

V tretjem odstavku se besedilo »ministrstva, pristojnega za zdravja« nadomesti z besedilom »urada,

pristojnega za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu«, besedilo »ministrstvo, pristojno za zdravje, samo« pa z besedilom »urad, pristojen za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu, sam«.

V četrtem odstavku se:

- v napovednem stavku besedilo »ministrstvo, pristojno za zdravje« nadomesti z besedilom »urad, pristojen za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu«,
- v prvi alineji besedilo »ki jo sestavljajo predstavniki ministrstva, pristojnega za zdravje, in po potrebi zunanji strokovnjaki,« črta.

V šestem odstavku se v napovednem stavku besedilo »ministru, pristojnemu za zdravje« nadomesti z besedilom »uradu, pristojnemu za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu«.

V sedmem odstavku se v drugem stavku besedilo »ministra, pristojnega za zdravje« nadomesti z besedilom »urada, pristojnega za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu«.

V osmem odstavku se:

- v prvem stavku besedilo »ministrstvu, pristojnemu za zdravje« nadomesti z besedilom »uradu, pristojnemu za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu«,
- v drugem stavku besedilo »ministrstvo, pristojno za zdravje, začne postopek« nadomesti z besedilom »urad, pristojen za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu, predlaga ministrstvu, pristojnemu za zdravje, začetek postopka«.

Deveti odstavek se spremeni tako, da se glasi:

»V primeru ugotovljenih pomanjkljivosti oziroma nepravilnosti izvajalec zdravstvene dejavnosti poročilo iz šestega odstavka tega člena obravnava v okviru organov, pristojnih za kakovost in varnost zdravstvene dejavnosti, in o tem poroča uradu, pristojnemu za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu.«.

V enajstem odstavku se v napovednem stavku besedilo »Ministrstvo, pristojno za zdravje« nadomesti z besedilom »Urad, pristojen za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu«.

10. člen

V 82. členu v prvem odstavku besedilo »Minister, pristojen za zdravje« nadomesti z besedilom »Urad, pristojen za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu«.

V drugem odstavku se v prvem in drugem stavku besedilo »minister, pristojen za zdravje« v vseh sklonih nadomesti z besedilom »urad, pristojen za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu« v ustreznem sklonu.

2. Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstveni dejavnosti

11. člen

V ZZDej-K se v 39. členu v drugem odstavku beseda »petih« nadomesti z besedo »sedmih«.

2. Zakon o pacientovih pravicah

12. člen

V ZPacP se v 85. členu v prvem odstavku besedilo »ministrstvo, pristojno za zdravje, inšpektorat, pristojen za zdravje« nadomesti z besedilom »urad, pristojen za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu, inšpektorji, pristojni za področje čakalnih seznamov oziroma čakalnih dob«.

V drugem odstavku se besedilo »Ministrstvo, pristojno za zdravje« nadomesti z besedilom »Urad, pristojen za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu«.

V tretjem odstavku se besedilo »četrtega odstavka 14. člena, prvega in osmega odstavka 14.b člena, prvega, drugega, tretjega, šestega, sedmega, osmega in devetega odstavka 15. člena, drugega in

tretjega odstavka 15.a člena, prvega, tretjega in četrtega odstavka 15.b člena, 15.c in 15.č člena, četrtega odstavka 16. člena,« črta.

Za tretjim odstavkom se doda nov četrti odstavek, ki se glasi:

»(4) Nadzor nad določbami četrtega odstavka 14. člena, prvega in osmega odstavka 14.b člena, prvega, drugega, tretjega, šestega, sedmega, osmega in devetega odstavka 15. člena, drugega in tretjega odstavka 15.a člena, prvega, tretjega in četrtega odstavka 15.b člena, 15.c in 15.č člena ter četrtega odstavka 16. člena tega zakona opravljajo inšpektorji, pristojni za področje čakalnih seznamov oziroma čakalnih dob«.

Dosedanji četrti do šesti odstavek postanejo peti do sedmi odstavek.

V dosedanjem sedmem odstavku, ki postane osmi odstavek, se besedilo »tretjega, četrtega in petega« nadomesti z besedilom »tretjega, četrtega, petega in šestega«.

Za novim osmim odstavkom, se dodajo novi deveti, deseti, enajsti in dvanajsti odstavek, ki se glasijo:

»(9) Naloge inšpekcijskega nadzora na področju čakalnih seznamov oziroma čakalnih dob opravljajo inšpektorji, zaposleni na uradu, pristojnem za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu.

(10) Za inšpektorja, pristojnega za področje čakalnih seznamov oziroma čakalnih dob, ki opravlja nadzor nad izvajanjem tega zakona v skladu s četrtim odstavkom tega člena, je lahko imenovana oseba, ki ima:

- predpisano izobrazbo v skladu z zakonom, ki ureja sistem javnih uslužbencev,
- ustrezne delovne izkušnje, določene s predpisi, ki urejajo notranjo organizacijo in sistemizacijo v organih državne uprave,
- strokovni izpit za inšpektorja, kot ga določajo predpisi o inšpekcijskem nadzoru,
- najmanj eno leto delovnih izkušenj s področja upravljanja čakalnih seznamov oziroma čakalnih dob.

(11) Izjemoma se lahko za inšpektorja, pristojnega za področje čakalnih seznamov oziroma čakalnih dob, imenuje oseba, ki nima strokovnega izpita za inšpektorja, vendar mora ta izpit opraviti najpozneje v šestih mesecih od dneva imenovanja za inšpektorja.

(12) Če ni s tem zakonom določeno drugače, se za inšpektorje iz devetega odstavka tega člena in za izvedbo postopkov inšpekcijskega nadzora uporabljajo določbe zakona, ki ureja splošni upravni postopek, ter zakona, ki ureja inšpekcijski nadzor.«.

3. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju

13. člen

V ZZVZZ se besedilo 63. člena spremeni tako, da se glasi:

»Zavod, pristojne zbornice, združenja zdravstvenih zavodov in drugih zavodov ter organizacij, ki opravljajo zdravstveno dejavnost, (v nadaljnjem besedilu: deležniki) se vsako leto dogovorijo o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, opredelijo zmogljivosti, potrebne za njegovo izvajanje, in določijo obseg sredstev (v nadaljnjem besedilu: dogovor). V dogovoru 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, ter zasebnimi zdravstvenimi delavci.

Zavod za namen pogajanj z deležniki pripravi predlog dogovora, pri čemer upošteva resolucijo o nacionalnem planu zdravstvenega varstva smernice zdravstvene politike, ki jih vsako leto najpozneje do konca avgusta za naslednje koledarsko leto določi minister, pristojen za zdravje, najnovejša spoznanja znanosti in razvoj medicinske tehnologije, z vidika obsega programov pa tudi aktualna demografska gibanja in ekonomske razmere v Republiki Sloveniji. Zavod k predlogu dogovora pridobi soglasje ministra, pristojnega za zdravje. Če se tekom pogajanj z deležniki predlog dogovora bistveno spremeni, Zavod pridobi ponovno soglasje ministra, pristojnega za zdravje. Šteje se, da se predlog dogovora bistveno spremeni, če se spreminja obseg sredstev za več kot 10 odstotkov ali uvaja nove širitve programov.

Zavod začne pogajanja z deležniki najpozneje do konca septembra za naslednje koledarsko leto. Dogovor se sklene najpozneje do konca novembra za naslednje koledarsko leto.

Če dogovor ni sklenjen v roku iz prejšnjega odstavka oziroma v primeru izrednih okoliščin (npr. večja nesreča, naravna nesreča, epidemija, krizne razmere, negativno finančno poslovanje zdravstvenih zavodov ali druge resne motnje, ki ogrožajo nemoteno delovanje zdravstvenega sistema), lahko Vlada Republike Slovenije določi vsebino dogovora. Če dogovor ni sklenjen v roku iz prejšnjega odstavka in Vlada Republike Slovenije ne določi vsebine dogovora do konca decembra, do določitve vsebine dogovora velja dogovor, sklenjen za preteklo koledarsko leto.

Postopek sklepanja dogovora iz tega člena smiselno velja tudi za sklepanje sprememb dogovora tekom koledarskega leta, pri čemer se lahko spremeni le vsebina, ki ob pripravi dogovora ni bila znana, neupoštevanje te vsebine pa bi lahko ogrozilo nemoteno izvajanje programov storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja v tekočem koledarskem letu.«.

14. člen

V 77. členu se za tretjim odstavkom doda nov četrti odstavek, ki se glasi:

»Postopek in način izvajanja nadzora iz tega člena določi Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije v soglasju z ministrom, pristojnim za zdravje.«.

III. DEL ODSTOP OD DOLOČB POSAMEZNIH ZAKONOV

1. Zakon o zdravstveni dejavnosti

15. člen (podaljšanje koncesije)

(1) Ne glede na drugi, tretji in četrti odstavek 43. člena ZZDej se koncesiji, katere obdobje podelitve se izteče v času veljavnosti tega ukrepa, po samem zakonu podaljša obdobje podelitve koncesije za dve leti.

(2) Do podaljšanja iz prejšnjega odstavka ne pride, če najpozneje 90 dni pred potekom obdobja podelitve koncesije:

- koncesionar koncedenta pisno obvesti, da ne želi podaljšanja obdobja podelitve koncesije, oziroma
- koncedent ugotovi, da koncesija, upoštevajoč razloge iz drugega odstavka 43. člena ZZDej, ni več potrebna in o tem pisno obvesti koncesionarja.

(3) Ukrep iz tega člena velja do 31. decembra 2024. Vlada Republike Slovenije lahko ukrep iz tega člena podaljša s sklepom za obdobje šest mesecev. Sklep o podaljšanju ukrepa Vlada Republike Slovenije objavi v Uradnem listu Republike Slovenije.

2. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju

16. člen (prenos pooblastil izbranega osebnega zdravnika)

(1) Ne glede na tretji odstavek 80. člena ZZVZZ ter 174., 181, 182., 183., 212., 212.a, 213., 229., 230., 233. in 247. člen Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 79/94, 73/95, 39/96, 70/96, 47/97, 3/98, 3/98, 51/98 – odl. US, 73/98 – odl. US, 90/98, 6/99 – popr., 109/99 – odl. US, 61/00, 64/00 – popr., 91/00 – popr., 59/02, 18/03, 30/03, 35/03 – popr., 78/03, 84/04, 44/05, 86/06, 90/06 – popr., 64/07, 33/08, 7/09, 88/09, 30/11, 49/12, 106/12, 99/13 – ZSVarPre-C, 25/14 – odl. US, 25/14, 85/14, 10/17 – ZČmIS, 64/18, 4/20, 42/21 – odl. US, 61/21, 159/21 – ZZVZZ-P, 183/21 in 196/21 – ZDOsk) za namen razbremenitve in zagotavljanje večje dostopnosti do zdravstvenega varstva lahko izbrani osebni zdravnik, kadar oceni, da to narekuje racionalnost dela,

ob upoštevanju kliničnih smernic in strokovnih priporočil pristojnega razširjenega pristojnega kolegija:

- pooblastila, ki ne vplivajo na diagnostiko in zdravljenje, vključno z izdajo medicinskih pripomočkov za sanitarne ali gibalne potrebe pacientov ali rutinsko spremljanje zdravstvenega stanja, izdajo potrdila o upravičenosti do nadomestila za začasno zadržanost zaradi bolezni ali nege do največ tri koledarske dni ter izdajo vseh listin glede izključno administrativno-finančnih pravic pacientov (npr. nenujni reševalni prevozi, potni stroški, spremstvo), prenese na diplomirano medicinsko sestro;
- pooblastila za izdajo listin o izključno administrativno-finančnih pravicah pacientov (npr. nenujni reševalni prevozi, potni stroški, spremstvo) prenese na zdravstvenega administrativnega sodelavca.

(2) Ukrep iz tega člena velja do 31. decembra 2024. Vlada Republike Slovenije lahko ukrep iz tega člena podaljša s sklepom za obdobje šest mesecev. Sklep o podaljšanju ukrepa Vlada Republike Slovenije objavi v Uradnem list Republike Slovenije.

IV. DEL ZAČASNI UKREPI

17. člen

(izvajanje zdravstvenih storitev nad rednim obsegom programa zdravstvene dejavnosti)

(1) Za namen povečane dostopnosti do zdravstvenih storitev in odprave oziroma skrajševanja čakalnih dob, se izvajalcem zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe, ki v okviru svojih zmogljivosti (kader, oprema, prostor) izvajajo zdravstvene storitve nad obsegom programa, dogovorjenim z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: redni obseg programa zdravstvene dejavnosti), zagotovi plačilo po realizaciji za vse tako opravljene zdravstvene storitve brez sklenitve posebne pisne pogodbe. Izvajalci iz prejšnjega stavka lahko izvajajo zdravstvene storitve nad rednim obsegom programa zdravstvene dejavnosti v okviru vseh vrst zdravstvene dejavnosti, ki so dogovorjene v rednem obsegu programa zdravstvene dejavnosti, če so predhodno v celoti izpolnili redni obseg programa teh vrst zdravstvene dejavnosti. V izvajanje zdravstvenih storitev iz tega odstavka izvajalec zdravstvene dejavnosti s koncesijo ne more vključiti zdravstvenih delavcev, zaposlenih pri javnih zdravstvenih zavodi. Nadzor nad izvajanjem zdravstvenih storitev nad rednim programom zdravstvene dejavnosti izvaja Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, smiselno upoštevajoč določbe zakona, ki urejajo zdravstveno dejavnost, ki veljajo za nadzor nad izpolnjevanjem pogodb z izvajalci zdravstvene dejavnosti.

(2) Za ugotavljanje zadostnega obsega odprave oziroma skrajšanja čakalnih dob se uporabi merilo število čakajočih pacientov po posameznih stopnjah nujnosti in število čakajočih pacientov nad najdaljšo dopustno čakalno dobo po posameznih stopnjah nujnosti. Če je pacientu iz prejšnjega stavka predlagana izvedba zdravstvene storitve znotraj najdaljše dopustne čakalne dobe pri določenem izvajalcu zdravstvene dejavnosti, vendar pacient izvedbo zdravstvene storitve pri tem izvajalcu odkloni, se ga za potrebe ugotavljanja izpolnjevanja merila iz tega odstavka ne šteje kot čakajočega pacienta.

(3) Če izvajalci zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe do 31. decembra 2022 ne zagotovijo zadostnega obsega odprave oziroma skrajšanja čakalnih dob, ki presegajo najdaljšo dopustno čakalno dobo, kar Vlada Republike Slovenije ugotovi s posebnim sklepom, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije v nadaljnjih 30 dneh od izdanega sklepa, izvede javni poziv, s katerim v izvajanje zdravstvenih storitev za namen odprave oziroma skrajšanja čakalnih dob, ki presegajo najdaljšo dopustno čakalno dobo, dodatno vključi izvajalce zdravstvene dejavnosti izven mreže javne zdravstvene službe. V izvajanje zdravstvenih storitev iz tega odstavka izvajalec zdravstvene dejavnosti izven mreže javne zdravstvene službe ne more vključiti zdravstvenih delavcev, zaposlenih pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe. Vrste zdravstvene dejavnosti, podrobnejši postopek in merila za vključitev izvajalcev iz tega odstavka določi minister, pristojen za zdravje, postopek financiranja, poročanje in nadzor nad izvajanjem zdravstvenih storitev pa izvaja Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

(4) V izvajanje zdravstvenih storitev nad rednim obsegom programa zdravstvene dejavnosti se vključijo zgolj izvajalci iz prvega in tretjega odstavka tega člena, kjer obstajajo čakalne dobe. Izvajalci zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe nadaljujejo z izvajanjem zdravstvenih storitev v skladu s prvim odstavkom tega člena ne glede na vključitev izvajalcev zdravstvene dejavnosti izven mreže javne zdravstvene službe na podlagi prejšnjega odstavka.

(5) Vir podatkov o čakalni dobi in čakajočih so podatki iz centralnega sistema eNaročanje. Izvajalci zdravstvene dejavnosti so odgovorni za usklajenost podatkov o čakalni dobi in čakajočih v lokalnih sistemih glede na centralni sistem eNaročanje. V izvajanje ukrepa iz tega člena se lahko vključijo le izvajalci iz prvega in tretjega odstavka tega člena, ki imajo usklajene podatke iz tega odstavka.

(6) Izvajalcem zdravstvene dejavnosti iz tega člena se zagotovi plačilo glede na obseg opravljenih zdravstvenih storitev, upošteva se standarde storitev in cene, dogovorjene v programu storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja.

(7) Sredstva za povečanje obsega programa oziroma izvedbo zdravstvenih storitev iz tega člena se zagotovijo iz sredstev nerealiziranega programa storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije preveri realizacijo izvajalcev zdravstvene dejavnosti in sredstva iz nerealiziranih programov nameni za izvajanje zdravstvenih storitev nad rednim obsegom programa zdravstvene dejavnosti iz tega člena. Če sredstva iz prvega stavka tega odstavka ne zadoščajo, se dodatna sredstva za zagotavljanje ukrepa iz tega člena zagotovijo iz proračuna Republike Slovenije.

(8) Ukrep iz tega člena velja do 31. decembra 2023.

18. člen

(posebne določbe za poklice v zdravstveni dejavnosti)

(1) Z namenom zagotoviti stabilno delovanje zdravstvene dejavnosti na primarni ravni in večjo dostopnost do zdravstvenih storitev se določata naslednji finančni spodbudi za poklice v zdravstveni dejavnosti:

- dodatek za povečan obseg dela za posebne obremenitve,
- dodatek za posebne pogoje dela na območjih občin z nižjo razvitostjo.

(2) Ukrepa iz prejšnjega odstavka veljata za zdravstvene delavce in zdravstvene sodelavce, določene v seznamu poklicev za zdravstveno dejavnost, zaposlene pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe na primarni ravni zdravstvene dejavnosti.

(3) Sredstva za izvajanje ukrepov iz prvega odstavka tega člena zagotavlja proračun Republike Slovenije, uveljavlja pa jih lahko le izvajalec iz prejšnjega odstavka, ki ima usklajene, popolne in ažurirane podatke v registru izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev v zdravstvu, ki ga upravlja Nacionalni inštitut za javno zdravje. Sredstva za izplačilo dodatka iz tega člena se pridobi neposredno na podlagi vloge, ki se vloži na podlagi tega zakona in predpisov, izdanih na podlagi četrtega oziroma petega odstavka tega člena, ter brez sklenitve posebne pisne pogodbe.

(4) Zdravstvenim delavcem in zdravstvenim sodelavcem, ki so zaposleni v ambulantah pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe na primarni ravni zdravstvene dejavnosti, pripada dodatek za povečan obseg dela za posebne obremenitve v višini do 2000 evrov mesečno, za polni delovni čas, sorazmerno glede na obseg programa zdravstvene dejavnosti. Zdravstvenim timom v ambulantah iz prejšnjega stavka pripada tudi dodaten kader, in sicer do največ 1,5 srednje medicinske sestre, največ 0,5 diplomirane medicinske sestre in največ 1,0 zdravstvenega administrativnega sodelavca. Višino dodatka in obseg dodatnega kadra, upoštevajoč število opredeljenih pacientov in opravljenih zdravstvenih storitev, podrobnejša merila za posamezni poklic v zdravstveni dejavnosti, način vlaganja zahtevkov, poročanje, obvezna dokazila in roke za vložitev zahtevkov določi Vlada Republike Slovenije.

(5) Dodatek za posebne pogoje dela na območjih občin z nižjo razvitostjo pripada zdravnikom, ki opravljajo zdravniško službo na primarni ravni zdravstvene dejavnosti na območjih občin, ki v skladu z uredbo, ki določa razvitost občin, dosegajo razmerje med razvitostjo občine in povprečno razvitostjo občin v državi manjše od 0,9. Dodatek za posebne pogoje dela na območjih občin z nižjo razvitostjo znaša do 500 evrov mesečno, za polni delovni čas, sorazmerno glede na obseg programa zdravstvene dejavnosti. Za razpored dela, upoštevajoč število opredeljenih pacientov iz občin z nižjo razvitostjo, je pristojen odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti. Dodatek iz tega odstavka se določi sorazmerno glede na število opredeljenih pacientov na posameznega zdravnika na območju občin z nižjo razvitostjo. Višino dodatka za posebne pogoje dela na območjih občin z nižjo razvitostjo, upoštevajoč število opredeljenih pacientov in delovno obremenitev ter odstotek razvitosti občin, poročanje, način vlaganja zahtevkov, obvezna dokazila in roke za vložitev zahtevkov določi Vlada

Republike Slovenije.

(6) Dodatek iz četrtega in petega odstavka tega člena se ne všteva v osnovo za nadomestilo plače za čas odsotnosti z dela in v odpravnino. Dodatek iz četrtega in petega odstavka tega člena se ne izključujeta med seboj, dodatek iz četrtega odstavka tega člena pa se izključuje z dodatkom za delovno uspešnost iz naslova povečanega obsega dela.

(7) Nadzor nad izvajanjem ukrepa iz prvega odstavka tega člena v javnem sektorju izvaja inšpektorat, pristojen za sistem plač v javnem sektorju v skladu z zakonom, ki ureja sistem plač v javnem sektorju. V primeru ugotovljenih nepravilnosti pri izplačilu dodatka iz tega člena inšpektor Inšpektorata za javni sektor izreče ukrep za odpravo nepravilnosti. Nadzor nad izvajanjem ukrepa iz prejšnjega stavka opravlja tudi inšpekcija, pristojna za nadzor proračuna Republike Slovenije.

(8) Zdravstveni delavec oziroma zdravstveni sodelavec mora v celoti ali delno vrniti prejeta sredstva iz naslova dodatka iz četrtega oziroma petega odstavka tega člena, če se v nadzoru iz prejšnjega odstavka ugotovi, da so bila pridobljena neutemeljeno, oziroma če prejemnik ne poroča v skladu s predpisom, izdanim na podlagi četrtega oziroma petega odstavka tega člena.

(9) Ukrepa iz tega člena veljata do 31. decembra 2023.

V. DEL PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE

19. člen **(izvajanje določb o javnih zdravstvenih zavodih)**

(1) Vlada Republike Slovenije uskladi akte o ustanovitvi javnih zdravstvenih zavodov z določbami novega 28.a člena ZZDej najpozneje do 31. decembra 2022.

(2) Sveti zdravstvenih zavodov iz novega 28.a člena ZZDej uskladijo statute z akti iz prejšnjega odstavka v 60 dneh od njihove uveljavitve.

(3) Minister, pristojen za zdravje, imenuje člane svetov zavodov iz novega 28.a člena ZZDej najpozneje v 30 dneh od uveljavitve statuten iz prejšnjega odstavka. Dosedanji člani svetov zavodov opravljajo svojo funkcijo do imenovanja novih članov svetov zavodov v skladu z določbami novega 28.a člena ZZDej.

(4) Podrobnejše pogoje za imenovanje, sestavo in številčno razmerje predstavnikov v svetu zavoda ter postopek za izbiro članov sveta zavoda iz sedmega odstavka novega 28.a člena ZZDej določi minister, pristojen za zdravje, najpozneje v dveh mesecih od uveljavitve tega zakona.

(5) Predsednik sveta zavoda sklene pogodbo iz petega odstavka novega 30.a člena ZZDej najpozneje do 31. decembra 2022.

20. člen **(izvajanje določb o nadzoru v zdravstvu)**

(1) Ministrstvo, pristojno za zdravje, evidenco iz enajstega odstavka 80. člena ZZDej ter vse podatke, dokumentacijo in arhiv o upravnih in sistemskih nadzorih v zdravstvu, opravljenih ali uvedenih do začetka uveljavitve tega zakona, prenese na urad, pristojen za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu, najpozneje v dveh mesecih od uveljavitve tega zakona.

(2) Minister, pristojen za zdravje, uskladi predpise iz drugega odstavka 79.a, trinajstega odstavka 80. člena in iz četrtega odstavka 82. člena ZZDej s tem zakonom najpozneje v dveh mesecih od uveljavitve tega zakona.

(3) Inšpektorji, pristojni za področje čakalnih seznamov oziroma čakalnih dob, iz spremenjenega 85. člena ZPacP začnejo z delovanjem v okviru urada, pristojnega za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu, najpozneje do 15. septembra 2022. Urad, pristojen za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu, prevzame naloge na področju inšpektorjev, pristojnih za področje čakalnih seznamov oziroma čakalnih dob ter inšpektorje, ki na dan začetka njegovega delovanja v Zdravstvenem

inšpektoratu Republike Slovenije opravljajo inšpekcijski nadzor nad področjem čakalnih seznamov oziroma čakalnih dob, skupaj s pripadajočo opremo in sredstvi, nedokončanimi zadevami, arhivi in evidencami ter pravicami proračunske porabe v skladu z določbami zakona, ki ureja izvajanje državnega proračuna. Z dnem prevzema nalog v skladu s prejšnjim stavkom z vodenjem postopkov na področju prenesenih nalog, ki so se začeli pred prevzemom nalog, nadaljuje urad, pristojen za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu. Ustrezno število inšpektorjev, ki opravljajo nadzor nad izvajanjem zakona, ki ureja pacientove pravice, za področje čakalnih seznamov oziroma čakalnih dob, se imenuje najpozneje do 15. septembra 2022. Do imenovanja inšpektorjev na podlagi prejšnjega stavka opravljajo inšpekcijski nadzor zdravstveni inšpektorji, ki izpolnjujejo pogoje v skladu s posebnim zakonom.

(4) Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije določi postopek in način izvajanja nadzora iz četrtega odstavka 77. člena ZZVZZ najpozneje v dveh mesecih od uveljavitve tega zakona.

21. člen

(prevzem javnih uslužbencev in dokumentacije)

Urad, pristojen za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu, najpozneje do 15. septembra 2022 prevzame javne uslužbence in dokumentacijo Urada Vlade Republike Slovenije za centralno cenovno evidenco medicinskih pripomočkov in medicinske opreme.

22. člen

(izvajanje določb o dogovoru in izvajanju zdravstvenih storitev nad rednim obsegom programa zdravstvene dejavnosti)

(1) Smernice zdravstvene politike iz drugega odstavka spremenjenega 63. člena ZZVZZ za leto 2023 določi minister, pristojen za zdravje, najpozneje do 31. avgusta 2022.

(2) Vlada Republike Slovenije v 30 dneh od uveljavitve tega zakona preveri, ali so izpolnjeni pogoji za določitev programov storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, opredelitev zmogljivosti, potrebnih za njegovo izvajanje, in določitev obsega sredstev v skladu s četrnim odstavkom spremenjenega 63. člena ZZVZZ.

(3) Vlada Republike Slovenije najpozneje do 15. januarja 2023 preveri obseg odprave oziroma skrajšanja čakalnih dob, ki presegajo najdaljšo dopustno čakalno dobo, opravljen na podlagi izvajanja zdravstvenih storitev v skladu s prvim odstavkom 17. člena tega zakona.

(4) Minister, pristojen za zdravje, določi vrste zdravstvene dejavnosti, podrobnejši postopek in merila za vključitev izvajalcev iz tretjega odstavka 17. člena tega zakona v štirih mesecih od uveljavitve tega zakona.

(5) Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije določi postopek financiranja, poročanje in nadzor nad izvajanjem zdravstvenih storitev iz tretjega odstavka 17. člena tega zakona v dveh mesecih od uveljavitve tega zakona.

23. člen

(izvajanje določb glede poklicev v zdravstveni dejavnosti)

(1) Vlada Republike Slovenije določi višino dodatka za povečan obseg dela za posebne obremenitve, obseg dodatnega kadra, upoštevajoč število opredeljenih pacientov in opravljenih zdravstvenih storitev, podrobnejša merila za posamezni poklic v zdravstveni dejavnosti, ter poročanje, način vlaganja zahtevkov, obvezna dokazila in roke iz četrtega odstavka 18. člena tega zakona v dveh mesecih od uveljavitve tega zakona.

(2) Vlada Republike Slovenije določi višino dodatka za posebne pogoje dela na območjih občin z nižjo razvitostjo, poročanje, način vlaganja zahtevkov, obvezna dokazila in roke za vložitev zahtevkov iz petega odstavka 18. člena tega zakona v dveh mesecih od uveljavitve tega zakona.

24. člen

(prenehanje veljavnosti)

(1) Z dnem uveljavitve tega zakona prenehajo veljati:

- 27.a in 27.b točka 2. člena, štirinajsti odstavek 24. člena, sedmi odstavek 32. člena, 47.a člen, tretji odstavek 64. člena in tretji odstavek 84. člena Zakona o javnem naročanju (Uradni list RS, št. 91/15, 14/18, 121/21, 10/22 in 74/22 – odl. US),
- Uredba o metodologiji za izračun referenčnih cen za medicinske pripomočke in medicinsko opremo (Uradni list RS, št. 74/22),
- Odlok o ustanovitvi, nalogah in organizaciji Urada Vlade Republike Slovenije za centralno cenovno evidenco medicinskih pripomočkov in medicinske opreme (Uradni list RS, št. 37/22),
- Sklep Vlade Republike Slovenije št. 10007-130/2021/5 z dne 9. 12. 2021 in št. 10005-96/2022/3 z dne 5. 5. 2022 o Posebnem vladnem projektu za nagrajevanje timov ambulant družinske medicine oziroma otroškega in šolskega dispanzerja.

(2) Predpisi in določbe iz prejšnjega odstavka se uporabljajo do 14. septembra 2022.

(3) Poglavje »6. Nacionalni razpis za izboljšanje dostopnosti do zdravstvenih storitev« ter 38., 39. in 40. člen Četrtega dela Zakona o nujnih ukrepih na področju zdravstva (Uradni list RS, št. 112/21, 189/21 in 206/21 – ZDUPŠOP) prenehajo veljati 1. oktobra 2022, uporabljajo pa se do 31. decembra 2022.

25. člen (začetek uporabe)

Spremenjeni 79.a, spremenjeni 80. in spremenjeni 82. člen ZZDej, spremenjeni 85. člena ZPacP ter 17. in 18. člena tega zakona se začnejo uporabljati 15. septembra 2022.

26. člen (začetek veljavnosti)

Ta zakon začne veljati naslednji dan po objavi v Uradnem listu Republike Slovenije.

III. OBRAZLOŽITEV

K 1. členu

S tem členom se določa, kateri zakoni se spreminjajo in dopolnjujejo, od katerega zakona se odstopa in začasne ukrepe s področja čakalnih dob in poklicev v zdravstveni dejavnosti.

K 2. členu

S predlogom člena se celovito ureja ustanoviteljstvo javnega zdravstvenega zavoda in kdo v imenu ustanovitelja izvršuje njegove pravice in obveznosti, in sicer na primarni ravni ter posebej na sekundarni in terciarni ravni. Predlog člena določa tudi, da se za ustanovitev, spremembo dejavnosti in prenehanje predhodno pridobi mnenje Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Glede prenehanja javnega zdravstvenega zavoda se sicer kot *lex generalis* uporabi Zakon o zavodih (poglavje XIII.), saj Zakon o zdravstveni dejavnosti (razen mnenja Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije) posebnih določb glede prenehanja ne vsebuje.

S predlogom člena se obstoječa ureditev vsebinsko ne spreminja, poseg v zakon pa je trajne narave. Zdravstvena področna zakonodaja (Zakon o zdravstveni dejavnosti in Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju) namreč ne določata dovolj jasno, kdo je ustanovitelj javnega zdravstvenega zavoda ter kdo v njegovem imenu izvršuje pravice in obveznosti.

K 3. in 4. členu

Predlog zakona v navedenih členih določa sestavo predstavnikov v svetu zavoda, in sicer v 3. členu za zdravstvene zavode, kjer je ustanovitelj samoupravna lokalna skupnost, v 4. členu pa za zdravstvene zavode, kjer je ustanovitelj Republika Slovenija. Določila glede sveta zavoda na primarni ravni se vsebinsko ne spreminja, v 3. členu se le črta določilo 28. člena ZZDej, ki se nanaša na zdravstvene zavode, kjer je ustanovitelj Republika Slovenija. V sestavo in imenovanje zavodov, ki jih ustanovijo samoupravne lokalne skupnosti, predlog zakona ne posega, se pa dodaja negativen pogoj za imenovanje (na enak način, kot je predviden za svete zdravstvenih zavodov, katerih ustanovitelj je Republika Slovenija), tj. da v svet zavoda ne morejo biti imenovani državni funkcionarji in funkcionarji samoupravnih lokalnih skupnosti, predstavniki pogodbenih partnerjev zdravstvenega zavoda in njihovih združenj, predstavniki poklicnih združenj ali zbornic v zdravstvu, predstavniki pravnih oseb, ki ponujajo prostovoljna zdravstvena zavarovanja, zdravila ali medicinske pripomočke, ter predstavniki drugih pravnih oseb, katerih sodelovanje v svetu zavoda bi vplivalo ali ustvarjalo videz, da vpliva na nepristransko in objektivno opravljanje nalog.

Za zdravstvene zavode, kjer je ustanovitelj Republika Slovenija, je celovito in na novo urejeno v 4. členu predloga zakona s predlogom novega 28.a člena ZZDej.

V svetu zavoda se še naprej ohranja predstavnik delavcev (previdoma enega ne glede na velikost zavoda). Ukinja se predstavnik lokalne skupnosti in določa drugačen način imenovanja člana za sklop zavarovancev oziroma uporabnikov tj. Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. S tem se tudi izključuje konflikt interesa pri predstavniku Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ki nastopa kot naročnik in plačnik zdravstvenih storitev zavoda. Člane sveta zavoda v imenu ustanovitelja imenuje minister za zdravje, razen predstavnika delavcev, ki ga izvolijo predstavniki delavcev. Predstavnika zavarovancev oziroma uporabnikov na predlog nevladnih organizacij s področja pacientovih pravic imenuje minister za zdravje. Pri navedenem je predlagatelj izhajal iz že ustaljene rešitve v postopku imenovanja zastopnikov pacientov pravic, kot to določa zakon, ki ureja pacientove pravice. Na ta način potekajo javni razpisi vse od uveljavitve ZPacP v letu 2008. ZPacP namreč v 50. členu (za prehodno obdobje pa v 89. členu) določa, da kandidate za zastopnike pacientovih pravic predlagajo nevladne organizacije ali društva, ki delujejo na področju zdravstva ali varstva potrošnikov, območni sveti ZZZS in občinski sveti občin. Podrobnejši način in postopek izbire na podlagi javnega poziva določi vlada v samem javnem pozivu. Predsednika sveta zavoda izvolijo člani izmed predstavnikov ustanovitelja, podpredsednika pa izmed predstavnikov delavcev zavoda in predstavnikov zavarovancev oziroma drugih uporabnikov. Določitev številčnega razmerja

posameznih predstavnikov je, kot navedeno zgoraj, prepuščeno podzakonskemu predpisu.

Predlog člena določa tudi pristojnosti sveta zavoda, in sicer imenovanje in razrešitev direktorja zavoda s soglasjem ministra za zdravje (v veljavni ureditvi soglasje podaja ustanovitelj), imenovanje in razrešitev strokovnega vodje zavoda (tj. strokovnega direktorja), nadzor nad delom direktorja zavoda in strokovnega vodje zavoda ter druge naloge, ki jih določa zakon, ki ureja javne zavode (in akt o ustanovitvi zavoda). V aktih o ustanovitvi se bo kot nalogo sveta zavoda med drugim določilo tudi podajo obveznih usmeritev direktorju zdravstvenega zavoda glede porabe presežka prihodkov nad odhodki ter podajo soglasja k aktu o notranji organizaciji zdravstvenega zavoda.

Za člane sveta zavoda se določa negativni pogoj, in sicer v svet zavoda ne morejo biti imenovani državni funkcionarji in funkcionarji samoupravnih lokalnih skupnosti, predstavniki pogodbenih partnerjev zdravstvenega zavoda in njihovih združenj, predstavniki poklicnih združenj ali zbornic v zdravstvu, predstavniki pravnih oseb, ki ponujajo prostovoljna zdravstvena zavarovanja, zdravila ali medicinske pripomočke, ter predstavniki drugih pravnih oseb, katerih sodelovanje v svetu zavoda bi vplivalo ali ustvarjalo videz, da vplivajo na nepristransko in objektivno opravljanje nalog.

Za člana sveta zavoda se nadalje izrecno zahteva, da mora pri svojem delu ravnati s skrbnostjo, ki se v pravnem prometu zahteva pri ustrezni vrsti obligacijskih razmerij, tj. skrbnost dobrega gospodarstvenika oziroma dobrega gospodarja. Gre za pravni standard za ravnanje določene osebe v določenem poslovnem razmerju oziroma okolju, kot to določa Obligacijski zakonik. Višina sejin za člane sveta zavoda bo določena z Uredbo o sejinah in povračilih stroškov v javnih skladih, javnih agencijah, javnih zavodih in javnih gospodarskih zavodih (Uradni list RS, št. 16/09, 107/10, 66/12, 51/13 in 6/15), ki sistemsko ureja zadevno področje. Za predmetno uredbo se načrtuje ustrezna prilagoditev glede višine sejin oziroma povračil stroškov, in sicer bo novelirana za primer tistih svetov zavodov, ki svojo funkcijo opravljajo v smislu oziroma bližje funkciji nadzornih svetov gospodarskih služb, tj. se zanje določa višjo stopnjo skrbnosti in odgovornosti ter zahtevnejše pogoje in standarde za imenovanje.

Podrobnejše pogoje za imenovanje, sestavo in številčno razmerje predstavnikov v svetu zavoda ter postopek za izbiro članov sveta zavoda določi minister za zdravje.

K 5. členu

S predlogom tega člena se usklajuje postopek oziroma pristojnost za imenovanje in razreševanje direktorja zdravstvenega zavoda z novim 28.a členom Zakona o zdravstveni dejavnosti, in sicer ga po novem imenuje oziroma razrešuje svet zavoda s soglasjem ministra za zdravje.

Imenovanje in razrešitev direktorja zdravstvenega zavoda, ki ga ustanovi samoupravna lokalna skupnost, še naprej poteka na enak način, tj. svet zavoda s soglasjem ustanovitelja. Ne glede na drugi odstavek 25. člena tega zakona, ki določa, kdo uresničuje pravice in dolžnosti ustanovitelja, pa direktorja zdravstvenega zavoda, ki ga ustanovi Republika Slovenija, imenuje in razrešuje svet zavoda s soglasjem ministra za zdravje.

K 6. členu

Notranjo revizijo javnih financ predvideva zakon, ki ureja javne finance, in sicer za vse (ne)posredne proračunske uporabnike, pri čemer je njegov predstojnik odgovoren za vzpostavitev in delovanje ustreznega sistema finančnega poslovanja in kontrol ter notranjega revidiranja. Notranja revizija predstavlja neodvisno preverjanje sistemov finančnega poslovanja (menedžmenta) in kontrol ter svetovanje poslovodstvu (lastnem) za izboljšanje njihove učinkovitosti. Predstojnik je namreč v skladu z zakonom, ki ureja zavode, odgovoren za poslovanje in za zakonitost dela zavoda ter pristojen za organizacijo in vodenje dela. Glede na navedeno je nujno, da postane notranja revizija standard vsakega javnega zdravstvenega zavoda, saj zagotavlja dodatni oziroma poglobljeni nadzor nad njihovim delovanjem.

Pravilnik o usmeritvah za usklajeno delovanje sistema notranjega nadzora javnih financ (Uradni list RS, št. 72/02), ki velja za vse posredne in neposredne proračunske uporabnike, določa minimalno

obdobje zagotavljanja obvezne notranje revizije, kar pa za potrebe zdravstva ni zadostno, zato se s tem členom predvideva obvezna letna revizija vseh zdravstvenih zavodov, katerih ustanovitelj je Republika Slovenija.

Predlog zakona (novi 30.a člen ZZDej) zato v bolnišnicah in drugih javnih zavodih na sekundarni oziroma terciarni ravni zdravstvene dejavnosti uvaja okrepljeno notranjo revizijo, ki je sicer obvezna že na podlagi veljavnega Zakona o javnih financah in zgoraj omenjenega pravilnika, vendar se z zakonom nalaga posebne zahteve glede imenovanja notranjega revizorja in pri oblikovanju programov nadzora. Notranjo revizijo bo lahko glede na predlagani člen opravljal zgolj notranji revizor, ki ima naziv preizkušeni državni notranji revizor. Slednji morajo vsakoletno obravnavati upravljanje čakalnih seznamov, čakalne dobe, vzroke zanje in ukrepe za njihovo odpravo, ter revizijo izkoriščenosti zmogljivosti (prostorov, opreme in kadrov) v teh zavodih. Pri reviziji izkoriščenosti kadrovskih zmogljivosti bodo notranji revizorji morali ugotavljati tudi odmike glede na standarde Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Notranje revidiranje je kot rečeno neodvisna in nepristranska dejavnost dajanja zagotovil poslovodstvu, da notranje kontrole dosegajo cilje, in svetovanja, namenjena izboljšanju poslovanja. Z bolj določno obvezno vsebino vsakoletne notranje revizije se naslavlja problematiko, ki je v zadnjem času skupna skoraj vsem javnim zdravstvenim zavodom, upošteva njihovo dejavnost in organizacijo pa so lahko vzroki in poti do izboljšav različne. Zato je vloga notranje revizije v tem primeru prepoznana kot dodana vrednost za izboljšanje poslovanja ter učinkovitost in uspešnost posameznega javnega zdravstvenega zavoda.

Predlagatelj verjame, da je vzrokov za nastanek čakalnih dob poleg uvodoma omenjene epidemije COVID-19 več in so različni glede na posamezna področja, izvajalce zdravstvene dejavnosti oziroma vrste zdravstvene dejavnosti, zato z uveljavitvijo usmerjenih notranjih revizij pričakuje, da se bodo ugotovili temeljni razlogi za nastanek čakalnih dob pri posameznih zdravstvenih storitvah. Ocenjuje se namreč, da so nekatere čakalne dobe posledica administrativnih postopkov, druge izkaz pomanjkanja medicinske in druge opreme, tretje pa rezultat neustrezno načrtovane kadrovske politike pri določanju specializacij. Z uveljavitvijo tovrstnega sistema nadzora oziroma informacijskega vira, bodo Ministrstvo za zdravje in drugi deležniki lahko v nadaljevanju ustrezno načrtovali svoje ukrepe in se posluževali zahtevnejših analitičnih metod za odkrivanje vzrokov za nedopustne čakalne dobe

Hkrati se s predlogom tega člena zahteva obvezno revidiranje računovodskih izkazov, in sicer se mora vsako leto opraviti pri zdravstvenih zavodih, ki imajo:

- skupno vrednost aktive v bilanci stanja višjo od 40 milijonov eurov ali
- več kot 1000 zaposlenih,

pri vseh ostalih pa vsaj vsako drugo leto.

Predlog tega člena nadalje zahteva, da letno poročilo vsebuje tudi opredelitev notranjega revizorja, ali se v zdravstvenem zavodu iz tega člena z javnimi sredstvi, namenjenimi za opravljanje javne službe, dejansko upravlja kot dober gospodar. Navedeno pomeni, da mora poslovodstvo v vseh zadevah ravnati kot dober gospodarstvenik (v smislu Obligacijskega zakonika), pri tem pa paziti na javni interes. Vodilo oziroma temeljna usmeritev je zagotavljanje javne (zdravstvene) službe.

Člen določa predložitev letnega poročila o delu notranje revizije za preteklo koledarsko leto v obravnavo svetu zavoda. To pomeni, da mora svet zavoda po obravnavi sprejeti ustrezne sklepe glede na ugotovitve letnega poročila ter nadzirati izvajanje morebitnih popravljivih ukrepov. Nadalje se poročilo pošlje tudi Ministrstvu za zdravje in Uradu Republike Slovenije za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu, ki bosta na podlagi prejetih poročil ugotavljala morebitne sistemske pomanjkljivosti in ukrepala v okviru svojih pristojnosti.

Predlog člena še določa, da postopek izbire notranjega revizorja izvede svet zavoda, pri čemer mu administrativno pomoč zagotavljajo strokovne službe zdravstvenega zavoda. Imenovanje in razreševanje notranjega revizorja je v skladu s prvim odstavkom predlaganega člena namreč v pristojnosti sveta zavoda. Predsednik sveta zavoda pa z izbranim notranjim revizorjem sklene ustrezno pogodbo.

K 7. členu

S predlogom tega člena se omogoča samostojno delo v zdravstvenih dejavnosti za zdravstvenega

administrativnega sodelavca brez obveznosti opravljanja pripravništva in strokovnega izpita, za zaposlitev zadošča izpolnjevanje pogoja glede izobrazbe. Slednja je določena z odredbo, ki ureja seznam poklicev za zdravstveno dejavnost.

Zdravstveni administrativni sodelavec je kot zdravstveni sodelavec uvrščen v seznam poklicev v zdravstveni dejavnosti, ki ga minister za zdravje izda na podlagi 62. člena Zakona o zdravstveni dejavnosti (Priloga 2).

Na podlagi Aneksa št. 1 k Splošnemu dogovoru za leto 2021 je v obstoječe time splošne medicine ter otroškega in šolskega dispanzerja že umeščen 0,3 zdravstvenega administratorja.

K 8. členu

Predmetni člen določa prenos pristojnosti za izvajanje strokovnega nadzora s svetovanjem, kadar za posamezno poklicno skupino ni organizirane poklicne zbornice z javnim pooblastilom, in sicer z Ministrstva za zdravje na novoustanovljeni Urad Republike Slovenije za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu, ki je določen kot organ v sestavi Ministrstva za zdravje.

K 9. členu

S predlogom tega člena zakona se pristojnost izvajanja upravnega nadzora v zdravstvu prenaša z Ministrstva za zdravje na novoustanovljeni Urad Republike Slovenije za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu, ki je določen kot organ v sestavi Ministrstva za zdravje.

Obenem se s predlogom člena določa nekatere manjše spremembe oziroma popravke z namenom bolj jasne in enostavne ureditve postopka. V četrtem odstavku 80. člena se zato s tem namenom črta zahteva, da morajo nadzorno komisijo, ki opravlja upravni nadzor, sestavljati predstavniki Ministrstva za zdravje in po potrebi zunanji strokovnjaki, saj se je v praksi izkazalo za administrativno oviro, ki je pogosto povzročala zastoje že pri oblikovanju te komisije. Zaradi ustanovitve novega organa v sestavi in posledično drugačnih razmejitev pooblastil in odgovornosti se posega tudi v veljavni osmi odstavek (njegov drugi stavek), ki opredeljuje poročanje nadzorovanca o izvedenih ukrepih. Na podlagi predlagane spremembe bo Urad Republike Slovenije za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu v določenih primerih, ko nadzorovanec ne bo zadovoljivo izvedel popravljivih ukrepov oziroma nepravilnosti odpravil, predlagal Ministrstvu za zdravje, da začne postopek za odvzem dovoljenja za opravljanje zdravstvene dejavnosti. Prav tako je treba poseči v veljavni deveti odstavek in izrecno določiti, da:

- nadzorovanec poročilo o ugotovljenih pomanjkljivosti oziroma nepravilnosti obravnava v okviru organov, pristojnih za kakovost in varnost zdravstvene dejavnosti (do sedaj le, kadar je minister za zdravje to zahteval, po predlagani spremenjeni odločbi pa bo to obvezno);
- se o ugotovitvah organov iz prejšnje alineje poroča Uradu Republike Slovenije za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu.

K 10. členu

S predlogom tega člena zakona se pristojnost izvajanja systemskega nadzora prenaša z Ministrstva za zdravje na novoustanovljeni Urad Republike Slovenije za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu, ki je določen kot organ v sestavi Ministrstva za zdravje.

K 11. členu

ZZDej-K je v drugem odstavku 39. člena določa, da morajo izvajalci zdravstvene dejavnosti, ki v dovoljenju za opravljanje zdravstvene dejavnosti nimajo navedenega odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti ali niso v registru zasebnih zdravstvenih delavcev sami navedeni kot odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti ali v dovoljenju navedeni odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti oziroma zasebni zdravstveni delavec, ki je sočasno odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti, ne izpolnjuje pogojev iz 3.a člena zakona, v roku petih let od uveljavitve tega zakona (tj. 17. decembra 2022) vložiti vlogo za dopolnitev izdanega dovoljenja oziroma vpisa v register zasebnih zdravstvenih delavcev z določitvijo odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti.

S predlogom tega člena se obdobje petih let podaljšuje za dve dodatni leti, tj. do 17. decembra 2024.

K 12. členu

S predlogom zakona se posega v Zakon o pacientovih pravicah, ki je po oceni predlagatelja sicer ustrezno zastavljen, a je zaradi obremenitve zdravstvene inšpekcije, ki je v skladu s področno zdravstveno zakonodajo in Zakonom zdravstveni inšpekciji (Uradni list RS, št. 59/06 – uradno prečiščeno besedilo, 40/14 – ZIN-B, 196/21 – ZDOsk in 29/22) pristojna tudi za inšpekcijski nadzor nad področjem nalezljivih bolezni, zdravstvene ustreznosti oziroma varnosti živil in hrane, omejevanja porabe alkohola, tobaka in tobačnih izdelkov, minimalnih sanitarno zdravstvenih pogojev pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti, ravnanja z odpadki, ki nastanejo pri opravljanju zdravstvene dejavnosti, itd., v času epidemije COVID-19 ostal nekoliko zapostavljen in se ni izvajal v pričakovanem oziroma potrebnem obsegu.

S predlogom tega člena se ne uvaja posebnega novega inšpekcijskega organa, ampak bodo naloge inšpekcije opravljali inšpektorji v okviru novoustanovljenega Urada Republike Slovenije za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu, pri čemer se urad prevzame inšpektorje, ki so to področje nadzirali sedaj, v okviru Zdravstvenega inšpektorata Republike Slovenije. Predlagatelj pri tem upošteva, da inšpekcijski organi oziroma inšpekcije ne delujejo samo v okviru inšpektoratov, temveč so lahko na podlagi tretjega odstavka 8. člena Zakona o inšpekcijskem nadzoru organizirane tudi v okviru uprav, uradov, služb in celo v okviru javnih agencij. Urad Republike Slovenije za nadzor, kakovost in nabave oziroma investicije v zdravstvu bo namreč za vsako leto moral kot posebni inšpekcijski organ pripraviti strateške usmeritve in prioritete dela na podlagi 11.a člena Zakona o inšpekcijskem nadzoru in tudi poročati za pripravo poročila Inšpekcijskega sveta, ki deluje na podlagi 11. člena Zakona o inšpekcijskem nadzoru.

Z vzpostavitvijo novih inšpektorjev na področju čakalnih seznamov oziroma čakalnih seznamov Urad Republike Slovenije za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu kot organ v sestavi Ministrstva za zdravje pridobiva dodatno (inšpekcijsko) možnost nadzora in ugotavljanja vzrokov za nastanek čakalnih dob pri posameznih izvajalcih zdravstvenih storitev, poleg tega pa pridobiva neposredno možnost izrekanja sankcij (z izrekanjem glob), kar praviloma upravni in sistemski nadzor v zdravstvu ne moreta zagotavljati.

Predlagatelj ocenjuje, da je ločitev inšpekcijskih pristojnosti na tem segmentu od zdravstvenega inšpektorata smiselna ravno zaradi zagotavljanja ustrezne osredotočenosti na problem reševanja (predolgi) čakalnih dob in slabe upravljanja čakalnih seznamov ter hitrega oziroma pravočasnega izvajanja zdravstvenih storitev, poleg tega se ocenjuje, da je področje upravljanja čakalnih seznamov in čakalnih dob bolj vezano na delovanje izvajalcev zdravstvene dejavnosti z vidika kakovosti, kar je tudi sicer delovno področje novoustanovljenega organa.

Inšpekcijski nadzori bodo v teh primerih zato lahko bolj usmerjeni v spoštovanje pravil in nadzor nad informacijskimi tehnologijami, za kar je smiselno usposobiti specializirane inšpektorje, medtem ko se vprašanja (javnega) zdravja in pa nadzora zdravstvene stroke še naprej prepušča inšpektorjem s področja zdravja oziroma poklicnim zbornicam z javnimi pooblastili (slednji v okviru strokovnega nadzora s svetovanjem). Področje čakalnih seznamov in čakalnih dob sicer sodi v okvir pravice spoštovanja pacientovega časa, ki je ena izmed 14 univerzalnih pravic, ki jih imajo pacienti kot uporabniki zdravstvenih storitev.

Pristojnost inšpekcijskega nadzora nad omenjenem področju je kot omenjeno zgoraj po vsebini sorodna sklopu kakovosti in varnosti v zdravstvu ter sklopu koordinacije javnih zdravstvenih zavodov oziroma ga dopolnjuje, zato je njegova umestitev v Urad Republike Slovenije za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu smiselna.

Predlog člena izrecno določa, nad katerimi vsebinami bodo novi inšpektorji, ki bodo zaposleni na omenjenem uradu, izvajali (inšpekcijski) nadzor. Zakon določa pogoje za imenovanje inšpektorja, med katerimi je najmanj eno leto delovnih izkušenj na področju upravljanja čakalnih seznamov oziroma čakalnih dob. Pri izvajanju inšpekcijskih nadzorov morajo inšpektorji upoštevati določbe ZPacP, zakona, ki ureja inšpekcijski nadzor, in zakona, ki ureja splošni upravni postopek.

S predlogom se usklajuje tudi sprememba pristojnosti glede upravnega nadzora v zdravstvu. Veljavni zakon namreč določa, da je nadzorni organ na področju varstva pacientovih pravic Ministrstvo za zdravje, ki nad izvajalci zdravstvene dejavnosti opravlja upravni nadzor v zdravstvu. Ker se s predlogom tega zakona pristojnost za opravljanje upravnega nadzora prenaša z Ministrstva za zdravje na Urad Republike Slovenije za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu, se s predlogom tega člena usklajuje tudi to področje.

K 13. členu

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije je kot nosilec obveznega zdravstvenega zavarovanja običajno 80-odstotni plačnik zdravstvenih storitev, ki se izvajajo na primarni ravni zdravstvene dejavnosti. Izvajalci zdravstvene dejavnosti na primarni ravni so v cca. 75 odstotkih javni zdravstveni zavodi, v preostalem pa zasebni izvajalci s koncesijo. Oboje pri urejanju odnosov z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije zastopa Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, ki združuje javne in zasebne izvajalce zdravstvene dejavnosti. Zavod in združenje se skupaj z Ministrstvom za zdravje in Zdravniško zbornico Slovenije za vsako leto dogovorijo o programu storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, opredelijo zmogljivosti, potrebne za njegovo izvajanje, in določijo obseg sredstev. Na tej podlagi določijo izhodišča za izvajanje programov in za oblikovanje cen programov oziroma storitev ter druge podlage za sklepanje pogodb z izvajalci zdravstvene dejavnosti. Če navedena izhodišča niso sprejeta do konca decembra za naslednje leto, odloči o njih najpozneje v enem mesecu arbitražna, ki jo sestavlja enako število predstavnikov plačnika zdravstvenih storitev (Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije), predstavnikov izvajalcev zdravstvene dejavnosti in zdravnikov (zbornica in združenje) in predstavnikov regulatorja zdravstvenega sistema (Ministrstvo za zdravje). Če v okviru arbitraže ni mogoče doseči sporazuma, odloči o spornih vprašanjih Vlada Republike Slovenije. V praksi se redno dogaja, da podpisniki Splošnih dogovorov za posamezno leto vseh odprtih vprašanj ne morejo doseči sporazumno s sklenitvijo dogovora oziroma v okviru arbitraže, zato Vlada Republike Slovenije s svojo odločitvijo (s sklepom) za nazaj nadomešča njihovo voljo. Pri tem velja poudariti, da takšni sklepi ne določajo pravic in obveznosti pogodbenih izvajalcev zdravstvene dejavnosti in v skladu z ustaljeno prakso Ustavnega sodišča Republike Slovenije po vsebini ali obliki ne pomenijo izvršilnega predpisa. Tudi v skladu s sodno prakso Upravnega sodišča Republike Slovenije sklepi vlade o spornih vprašanjih iz splošnega dogovora v zdravstvu ne posegajo v človekove pravice in temeljne svoboščine strank tega dogovora. Navedene pomeni, da zoper sklep Vlade Republike Slovenije ni dopustno vlaganje ustavnih presoj ali presoj zakonitosti pred Upravnim sodiščem Republike Slovenije. Upravno sodišče tovrsten sklep vlade šteje za akt nosilca izvršilne veje oblasti, ki je utemeljen na politični diskreciji in zakonskih pooblastil, zoper katerega sodno varstvo ni predvideno, torej ni upravni akt oziroma akt, ki se lahko izpodbija v upravnem sporu. Nadalje v skladu s sodno prakso Višjega sodišča v Ljubljani Vlada Republike Slovenije v Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju tudi nima pravne podlage, da bi s sklepi o spornih vprašanjih iz splošnega dogovora lahko nadomeščala voljo strank pri spreminjanju že sprejetega dogovora in že sklenjenih pogodbenih razmerij med njegovimi podpisniki. Veljavna ureditev je zato sporna z vidika pravice do enakega varstva pravic iz 22. člena Ustave Republike Slovenije (saj strankam v postopku odločanja ni zagotovljena pravica odgovoriti na navedbe nasprotna stranke), z vidika pravice do sodnega varstva iz prvega odstavka 23. člena Ustave Republike Slovenije (saj volje strank ne nadomešča neodvisno, nepristransko in z zakonom ustanovljeno sodišče, temveč vlada, ki zaradi predhodne vloge stranke (prek ministrstva) v arbitražnem postopku ne more biti nepristranska) in nenazadnje tudi z vidika pravice do pravnega sredstva iz 25. člena Ustave Republike Slovenije (saj zoper sklep vlade kot rečeno ni zagotovljeno pravno sredstvo).

S predlagano spremembo Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju se spreminja neučinkovit in pravno sporen sistem sklepanja splošnega dogovora, ki se je za večino spornih vprašanj zaključil s sklepom vlade, ki je odločil o vseh odprtih spornih vprašanjih in tako določil končno vsebino splošnega dogovora. Procesu za sprejemanje tovrstnega sklepa so bili večinoma namenjeni sami sebi in niso izkazovali učinkovitosti ali potrebne ravni legitimnosti na tak način sprejetih odločitev. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije bo moral glede na predlog tega člena pri pripravi vsebinskega programa dogovora upoštevati spremembe v medicinski doktrini, najnovejša spoznanja znanosti in razvoj medicinske tehnologije, z vidika obsega programov pa tudi aktualna demografska gibanja in ekonomske razmere v Republiki Sloveniji. S predmetno določbo se vzpostavlja tudi temelj za institucionalno sodelovanje Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije z npr. Uradom za makroekonomske analize in razvoj in Statističnim uradom Republike Slovenije ter poklicnimi zbornicami in visokošolskimi zavodi s področja zdravstva. Zavod pa mora upoštevati tudi veljavno resolucijo o nacionalnem planu zdravstvenega varstva, ki je strateški dokument, in potrebe prebivalstva po zdravstveni obravnavi.

S predlagano spremembo se nadalje spreminja vloga Ministrstva za zdravje, ki do danes ni imelo nobenih vzvodov za vodenje tekoče zdravstvene politike pri porabi sredstev iz zdravstvene blagajne, čeprav so okoliščine slovenskega zdravstvenega sistema to pogosto zahtevale, temveč se je ukvarjalo z vsebinami, ki bi se morale dogovoriti na relaciji plačnik – izvajalec. S spremembo tega člena se uvaja sistem smernic ministra za zdravje, s katerimi se bodo izpostavila področja, ki v

posameznem koledarskem letu zahtevajo povečano porabo sredstev na področju zdravstva oziroma povečan obseg programa (npr. povečana skrb za duševno zdravje, povečano varstvo pred redkimi boleznimi, skrajševanje čakalnih dob na področju menjav kolka ali revmatoloških obolenj) oziroma ukrepi, ki izhajajo iz sprejetih strategij ministrstva ali Vlade Republike Slovenije.

S predlogom tega člena je Ministrstvo za zdravje vpleteno v pripravo osnutka dogovora o programu storitev na način, da poda soglasje ob upoštevanju zahtevanih smernic. S tem se daje jasen signal ostalim deležnikom, torej Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije ter predstavnikom zavodov, na katerih področjih in kako je treba zagotoviti financiranje. Dosedanji sistem, ko je Vlada Republike Slovenije sprejemala program zaradi nedelovanja ustaljenih poti oziroma sodelovanja deležnikov, ostaja v veljavi in se dopolnjuje tudi s primeri, ko zaradi izjemnih okoliščin slovenski zdravstveni sistem potrebuje nujno in hitro intervencijo. Določa se zakonske podlage, ki so z vidika odločevalca zahtevane, kadar mora država nujno ukrepati v javnem interesu in s tem nadomestiti voljo pogodbenikov. Če se tekom pogajanj predlog dogovora bistveno spremeni, predlog člena predvideva pridobitev novega soglasja Ministrstva za zdravje. Predmetna določa vnaša tudi splošno pravilo (domnevo), po katerem se šteje sprememba za bistveno, če se spreminja obseg sredstev za več kot 10 odstotkov ali uvaja nove širitve programov. Takšna (bistvena) sprememba predloga torej povzroči obveznost pridobitve novega soglasja. Nebistvena sprememba je takšna, ki na vsebino dogovora nima nobenega praktičnega pomena in predstavlja le neznatne oziroma manjše popravke ali dopolnitve.

Ker Sklep Vlade Republike Slovenije ni ustrezen oblastveni akt, se dosedanja sporna ureditev s predmetnim členom spreminja, in sicer se določa, da je Vlada Republike Slovenije tista, ki v teh izjemnih primerih določi vsebino dogovora – to pomeni izda predpis, s katerim določi programe storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, opredeli zmogljivosti, potrebne za njegovo izvajanje, in določi obseg sredstev. Navedeno je utemeljeno s tem, da odločitev Vlade Republike Slovenije (s sklepom) ne more posegati oziroma spreminjati pravic in obveznosti udeležencev splošnega dogovora, za kaj takega mora biti izdan ustrezen splošni pravni akt. Izredne okoliščine so zlasti nesreča (kar opredeljuje zakon, ki ureja varstvo okolja), naravna nesreča (kar opredeljuje zakon, ki ureja varstvo pred naravnimi in drugimi nesrečami), epidemija, krizne razmere, negativno finančno poslovanje zdravstvenih zavodov ali druge resne motnje, ki ogrožajo nemoteno delovanje zdravstvenega sistema. Pri tem velja upoštevati, da nesreča pomeni dogodek ali vrsta dogodkov, povzročenih nenadzorovano, ki prizadenejo oziroma ogrozijo življenje ali zdravje ljudi ali ki npr. povzročijo škodo okolju v takem obsegu, da je za njihov nadzor in obvladovanje treba uporabiti posebne ukrepe, ker ukrepi rednih dejavnosti ne zadostujejo. Naravne nesreče so v skladu s področno zakonodajo npr. potres, poplava, zemeljski ali snežni plaz, požar v naravnem okolju, množični pojav nalezljive bolezni. Krizne razmere pa so razmere, ki jih ni mogoče obvladovati z običajnimi sredstvi in ukrepi, v katerih so ogrožene temeljne družbene vrednote (npr. javno zdravje). Kadar Vlada Republike Slovenije ugotovi, da so nastopile izredne okoliščine, ima zakonsko pooblastilo, da določi vsebino dogovora in tako zagotovi ustrezno državno intervencijo oziroma poskrbi za čimprejšnjo stabilizacijo sistema. Kaj je vsebina dogovora, pa je izrecno določeno v prvem odstavku predmetnega člena.

Kot pomembno prednost velja izpostaviti, da predlagani člen določa jasno časovnico, ki zagotavlja pravočasno sprejetje dogovora, in vlogo posameznih deležnikov v tem postopku ter nenazadnje izrecno določene posledice, če dogovor ni sprejet v predvidenem roku.

S predlogom tega člena se določa tudi, da se spremenjeni postopek smiselno uporablja tudi za spremembe, ki jih je treba vpeljati tekom leta. V tem primeru se roki, določeni v zakonu, ne uporabljajo, dodano pa je določilo, da so možne le spremembe vsebin, katerih problematika ob pripravi dogovora ni bila znana in je zato ni bilo možno vključiti v pripravo dogovora, neupoštevanje te vsebine pa bi lahko ogrozilo nemoteno izvajanje programov storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja v tekočem koledarskem letu. To pomeni, da partnerji z aneksom ne morejo obravnavati predlogov, ki bi lahko bili podani v procesu dogovarjanja za naslednje koledarsko leto, ali obravnavati vsebine predlogov, ki so bili v procesu dogovarjanja za naslednje koledarsko leto že zavrženi, okoliščine pa se niso bistveno spremenile.

K 14. členu

S predlogom tega člena se izrecno določa pravno podlago za izdajo predpisa, ki bo natančneje uredil postopke izvajanja nadzora Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije nad izpolnjevanjem pogodb z izvajalci zdravstvenih storitev, nadzor nad izdajanjem in zaračunavanjem zdravil in medicinskih pripomočkov ter nad načini in postopki uresničevanja zdravstvenega zavarovanja.

Ker gre za podzakonski akt, bo sprejet na način, kot je predvideno za predpise, in objavljen v Uradnem listu Republike Slovenije.

K 15. členu

Za čas do ureditve neravnovesij v zdravstvenem sistemu se predlaga tudi avtomatično podaljšanje koncesij za dve leti, s čemer se zlasti razbremenijo izvajalci (obstoječe koncesionarje) pred skrbjo oziroma negotovostjo glede podaljšanja aktualnih koncesij, s čimer se jih tudi spodbudi k povečevanju obsega izvajanja zdravstvenih storitev in s tem povečevanju dostopnosti do zdravstvenih storitev. Hkrati izvajalcem nudi višjo mero gotovosti za bodoče izvajanje zdravstvene dejavnosti (nadaljnjih 24 mesecev), kar je tudi v interesu Republike Slovenije oziroma javnem interesu, saj se bo v tem obdobju intenzivno izvajal projekt pospešenega skrajševanja oziroma odpravljanja čakalnih dob v okviru začasno povečanega programa zdravstvene dejavnosti. Slednji ukrep predvideva predlog tega zakona v 17. členu.

Dodatno pojasnjujemo, da javni zdravstveni zavodi zaradi predmetnega ukrepa ne bodo prikrajšani za morebitne dodaten obseg programa zdravstvene dejavnosti (vrnjen oziroma prevzet od izvajalca zdravstvene dejavnosti s koncesijo), saj bodo na podlagi drugega ukrepa (17. člena) tega zakona lahko izvajali storitve nad programom, in sicer za vse vrste zdravstvene dejavnosti, ki jih izvajajo po programu, pod pogojem, da so predhodno v celoti izpolnili redni obseg programa teh vrst zdravstvene dejavnosti.

Navedeni ukrep je časovno omejen, in sicer velja do 31. decembra 2024, z možnostjo podaljšanja za obdobje šest mesecev s sklepom Vlade Republike Slovenije, ki se objavi v Uradnem list Republike Slovenije.

K 16. členu

S predlogom tega člena se razširja pooblastila nekaterih drugih zdravstvenih delavcev oziroma zdravstvenih sodelavcev za namen razbremenitve izbranega osebnega zdravnika in zagotovitve večje dostopnosti pacientov do zdravstvenih storitev na primarni ravni.

Predlog za prenos pooblastil na diplomirane medicinske sestre (oziroma diplomiranega zdravstvenika in magistrice oziroma magistre zdravstvene nege) v ambulantni družinske medicine podpira tudi Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Slednja navaja, da je v preteklosti na Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije in zdravniške organizacije že naslovila pobudo za razširitev kompetenc z zdravnika na diplomirano medicinsko sestro (DMS), in sicer za predpisovanje medicinsko-tehničnih pripomočkov za izločalno stomo na DMS – enterostomalno terapevtko. Zbornica – Zveza nadalje podpira razširitev kompetenc z zdravnika na DMS za predpisovanje medicinsko- tehničnih pripomočkov v ambulantah družinske medicine, patronažnem varstvu in v domu za starejše oziroma socialnovarstvenem zavodu. DMS za razširitev kompetenc z dodatnim strokovnim izobraževanjem pridobi vso potrebno strokovno usposobljenost za takšno razširitev kompetenc.

V praksi se vse bolj uveljavlja prenos določenih strokovnih in administrativnih nalog na drugo zdravstveno in administrativno osebje, da se zdravniki lahko posvetijo predvsem kliničnim nalogam, zdravljenju. Odgovornosti in pooblastila morajo biti jasno razdeljene in transparentno določene, zato se s predlogom tega člena predvideva pisno pooblastilo zdravnika – morebitno izvajanja takšnih nalog s strani drugega osebja »v imenu zdravnika« namreč ni dopustno. Ker gre za osebni odnos med zdravnikom in pacientom, pomemben pa je tudi vpliv na kakovost in organizacijo dela, o pooblastilu odloča vsak osebni zdravnik sam in ne npr. poslovodstvo izvajalca zdravstvene dejavnosti.

Zaradi zagotavljanja strokovnosti, kakovosti in varnosti delovanja ambulate se s predlogom izrecno določa, da je prenos pooblastil mogoče le ob presoji zdravnika, da je to v konkretnem primeru racionalno in da pri tem upošteva veljavne klinične smernice in strokovna priporočila pristojnega razširjenega pristojnega kolegija (tj. Razširjenega strokovnega kolegija za družinsko medicino). Ker je razširjeni strokovni kolegij najvišji in avtonomni strokovni organ določene stroke, ki je pri svojih odločitvah zavezan dosežkom znanosti, strokovno preverjenim metodam in razvoju stroke, upošteva javni zdravstveni interes, predlagatelj ocenjuje, da je predmetni ukrep utemeljen.

Tudi ta ukrep je časovno omejen, in sicer velja do 31. decembra 2024, z možnostjo podaljšanja za obdobje šest mesecev s sklepom Vlade Republike Slovenije, ki se objavi v Uradnem list Republike Slovenije.

Slovenije.

K 17. členu

S predlaganim členom se za namen povečane dostopnosti do zdravstvenih storitev in odprave oziroma skrajševanja čakalnih dob, vsem izvajalcem zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe, ki v okviru kadrovske, prostorske in opremske zmogljivosti, s katerimi razpolagajo, izvajajo zdravstvene storitve nad obsegom programa, za katerega so dogovorjeni z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije, zagotovi plačilo po realizaciji za vse tako opravljene zdravstvene storitve, in sicer brez sklenitve posebne oziroma dodatne pisne pogodbe. Predlog zakona izrecno zahteva, da izvajalci lahko izvajajo zdravstvene storitve nad rednim obsegom programa zdravstvene dejavnosti v okviru vseh vrst zdravstvene dejavnosti, ki so dogovorjene v rednem obsegu programa zdravstvene dejavnosti, ob pogoju, da predhodno v celoti izpolnijo redni obseg programa vsake take posamezne vrste zdravstvene dejavnosti. Nadzor nad izvajanjem zdravstvenih storitev nad rednim programom zdravstvene dejavnosti bo izvajal Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (smiselno upoštevajoč pravila, ki jih določa ZZDej glede finančno medicinskega nadzora).

Predlagatelj pojasnjuje, da izvajalci zdravstvene dejavnosti že danes delno presegajo pogodbene pogoje, vendar le do višine, ko se jim to še izplača zaradi doplačil iz sredstev dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja (iz tega vira so plačane vse storitve in ne samo do plana) oziroma dokler s tem ne delajo izgube. V primeru plačila vseh opravljenih storitev tudi iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, kar predvideva predlog tega člena, pa bodo izvajalci stimulirani k opravljanju večjega obsega storitev kot sedaj (kolikor jim bodo dopuščale kadrovske, prostorske in opremske zmogljivosti).

Zaradi omejevanja prelivanja kadrov, kar bi v praksi lahko onemogočalo izvajanje storitev nad programom je v predlog zakona dodan pogoj, da izvajalec zdravstvene dejavnosti s koncesijo v izvajanje zdravstvenih storitev ne sme vključiti zdravstvenih delavcev, ki so zaposleni pri javnih zdravstvenih zavodi. Slednji naj bi namreč primarno opravljali zdravstvene storitve za lastnega delodajalca.

Postopek, ki ga določa ta ukrep, poteka dvofazno; v prvi fazi gre za izvajalce zdravstvene dejavnosti v javni mreži, tem pa se (ob izpolnjenih pogojih iz tega člena) naknadno in zgolj z namenom odpravljanja oziroma skrajševanja čakalnih dob, ki presegajo najdaljšo dopustno dobo, pridružijo izvajalci zdravstvene dejavnosti izven javne mreže. To pomeni, da izvajalci zdravstvene dejavnosti v javni mreži tudi v tej drugi fazi (ne glede na vključitev zasebnih izvajalcev) nemoteno nadaljujejo z izvajanjem zdravstvenih storitev na podlagi prvega odstavka tega člena. Do sprožitve druge faze pride, če izvajalci zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe do 31. decembra 2022 ne bodo uspeli zagotoviti zadostnega obsega odprave oziroma skrajšanja čakalnih dob, ki presegajo najdaljšo dopustno čakalno dobo. Navedeno bo Vlada Republike Slovenije preverjala na podlagi podatkov in potrdila s posebnim sklepom, šele na taki podlagi pa bo Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije v nadaljnjih 30 dneh, izvedel javni poziv za vključitev izvajalcev zdravstvene dejavnosti izven javne mreže. S prehodno določbo 22. člena tega zakona je predvideno, da Vlada Republike Slovenije najpozneje do 15. januarja 2023 preveri obseg odprave oziroma skrajšanja čakalnih dob, ki presegajo najdaljšo dopustno čakalno dobo, opravljen v okviru izvajanja zdravstvenih storitev v tej prvi fazi (znotraj javne mreže). Vrste zdravstvene dejavnosti, podrobnejši postopek in merila za vključitev teh izvajalcev bo določil minister za zdravje, pri tem pa bo upošteval tudi morebitno različno dinamiko opravljanja zdravstvenih storitev. Postopek financiranja, poročanje in nadzor nad izvajanjem zdravstvenih storitev pa bo določil Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Ob tem velja dodati, da se v izvajanje zdravstvenih storitev nad rednim obsegom programa zdravstvene dejavnosti vključijo zgolj izvajalci iz prvega in tretjega odstavka tega člena, kjer obstajajo čakalne dobe. Pri npr. izbranih osebnih zdravnikih se čakalni seznam ne vodi, vodijo zgolj naročilno knjigo.

Predlagatelj tudi v okviru te faze predvideva omejitve glede prehajanja kadrov med posameznimi sistemi, saj v izvajanje zdravstvenih storitev iz tega odstavka izvajalec zdravstvene dejavnosti izven mreže javne zdravstvene službe ne sme vključiti zdravstvenih delavcev, ki so zaposleni pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe (torej pri koncesionarjih oziroma javnih zdravstvenih zavodih). Odsotnost tega pogoja bi namreč lahko povzročilo zastoj izvajanja zdravstvenih storitev na podlagi prvega odstavka tega člena (zaradi pomanjkanja kadra).

V predlog zakon se dodaja odgovornost izvajalcev zdravstvene dejavnosti za skladnost podatkov o čakalni dobi in številu čakajočih v lokalnih sistemih glede na centralni sistem eNaročanje. V izvajanje tega ukrepa se bodo lahko vključili le izvajalci, ki bodo imeli podatke o čakajočih in čakalni dobi iz svojih lokalnih informacijskih sistemov usklajene s podatki iz centralnega sistema eNaročanje. To pomeni, da bo moral skrbnik centralnega sistema eNaročanje, t.j. Nacionalni inštitut za javno zdravje, potrditi, da so podatki izvajalcev skladni z njegovimi in da imajo izvajalci vzpostavljene in vpeljane vse potrebne procese za usklajenost podatkov.

Kot merilo, kdaj je dosežen zadostni obseg odprave oziroma skrajšanja čakalnih dob se preveri dva podatka, in sicer število čakajočih pacientov po posameznih stopnjah nujnosti in število čakajočih pacientov nad najdaljšo dopustno čakalno dobo po posameznih stopnjah nujnosti. Pri tem velja dodati, da se pacienta, ki mu je predlagana izvedba zdravstvene storitve znotraj najdaljše dopustne čakalne dobe pri nekem drugem izvajalcu zdravstvene dejavnosti (tj. kjer ni na čakalnem seznamu), a izvedbo zdravstvene storitve pri tem izvajalcu odkloni, za potrebe ugotavljanja izpolnjevanja tega merila ne šteje kot čakajočega pacienta.

Splošni dogovor pri tem ostaja relevantna pravna podlaga za določitev standardov, strukture in cene posameznih storitev, ki pa se s tako predlaganim členom lahko količinsko poveča.

Sredstva za povečanje obsega programa oziroma izvedbo zdravstvenih storitev nad rednim programom se zagotovijo iz sredstev nerealiziranega programa zdravstvene dejavnosti. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije bo preveril realizacijo izvajalcev zdravstvene dejavnosti in sredstva iz nerealiziranih programov namenil za izvajanje zdravstvenih storitev nad rednim obsegom programa zdravstvene dejavnosti. Če navedena sredstva ne bi zadoščala, se bo dodatna sredstva za zagotavljanje ukrepa iz tega člena zagotovilo iz proračuna Republike Slovenije.

Zaradi opravljanja storitev nad obsegom programa zdravstvene dejavnosti se pri koncesionarju koncesijska odločba ne spreminja, prav tako se ne spreminja koncesijska pogodba, saj nima vpliva na podeljeno koncesijo. Z ukrepom se le določa, da se zagotavlja plačilo v 100 % realizaciji – neposredno na podlagi tega zakona.

Izvajalci, ki so vključeni v ta ukrep, morajo seveda imeti izdano ustrezno dovoljenje za opravljanje zdravstvene dejavnosti (tiste, ki je podlaga za izvajanje zdravstvenih storitev na podlagi tega ukrepa), enako velja za koncesionarje, ki morajo poleg takšnega dovoljenja imeti tudi podeljeno koncesijo za to vrsto zdravstvene dejavnosti.

Kot omenjeno zgoraj se izvajalci zdravstvene dejavnosti v javni mreži lahko vključijo v izvajanje tega ukrepa pod pogojem, da predhodno v celoti realizirajo redni program (dogovorjen z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije), pri čemer se navedeno preverja glede na posamezno vrsto zdravstvene dejavnosti in ne celotni program.

Navedeni ukrep je časovno omejen, in sicer velja do 31. decembra 2023.

K 18. členu

S predlaganim členom se z namenom zagotoviti stabilno delovanje zdravstvene dejavnosti na primarni ravni in zagotoviti večjo dostopnost do zdravstvenih storitev določa posamezne finančne spodbude za posamezne poklice v zdravstveni dejavnosti na primarni ravni .

Upravičenci do finančne stimulacije (dodatkov) so zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci, zaposleni pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe na primarni ravni. Gre za zdravstvene delavce in zdravstvene sodelavce, določene v seznamu poklicev za zdravstveno dejavnost, ki ga predpiše minister za zdravje na podlagi 62. člena ZZDej.

Sredstva na podlagi ukrepov iz tega člena zagotavlja proračun Republike Slovenije, uveljavlja pa jih lahko le izvajalec, ki ima usklajene, popolne in ažurirane podatke v registru izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev v zdravstvu, ki ga upravlja Nacionalni inštitut za javno zdravje (register RIZDDZ). Sredstva za izplačilo dodatkov iz tega člena se pridobi neposredno na podlagi vloge, ki se vloži na podlagi tega zakona in predpisov, izdanih na podlagi četrtega oziroma petega odstavka tega člena, ter brez sklenitve posebne pisne pogodbe.

Zdravstvenim delavcem in zdravstvenim sodelavcem, ki so zaposleni v ambulantah pri izvajalcih

zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe na primarni ravni, bo na podlagi predlagane člena pripadal dodatek za povečan obseg dela za posebne obremenitve v višini do 2000 eurov mesečno bruto, za polni delovni čas, in sicer sorazmerno glede na obseg programa zdravstvene dejavnosti.

Zdravstvenim timom v navedenim ambulantah bo pripadal tudi dodaten kader, in sicer do največ 1,5 srednje medicinske sestre, največ 0,5 diplomirane medicinske sestre in največ 1,0 zdravstvenega administrativnega sodelavca.

Dodatek za posebne pogoje dela na območjih občin z nižjo razvitostjo pripada zdravnikom, ki opravljajo zdravniško službo v ambulantah s področja posebej obremenjenih poklicev na območjih občin, ki v skladu z uredbo, ki določa razvitost občin, dosegajo razmerje med razvitostjo občine in povprečno razvitostjo občin v državi manjše od 0,90. Dodatek za posebne pogoje dela na območjih občin z nižjo razvitostjo znaša do 500 eurov mesečno, in sicer za polni delovni čas, sorazmerno glede na obseg programa zdravstven dejavnosti. V podzakonskem predpisu bo opredeljena točna višina in merila za dodelitev dodatka; upoštevati namreč velja, da obstajajo tudi takšni zdravniki, ki imajo glavarinski količnik pod normativom, ker je premalo pacientov na določen območju. Taki zdravniki bi morali biti »mobilni«, kar pomeni, da bi morali izvajati enakovrstno delo še v npr. sosednji občini (do dosega glavarinskega količnika za normativ). Primeroma – zdravnik, ki 1 x tedensko (8 ur) dela v neki ambulanti, bo upravičen do dodatka v višini 100 eur. Za delo 5 x tedensko (40 ur) bo prejel 500 eur. Mejnik razvitosti območja občine je koeficient 0,9, upoštevajoč Uredbo o metodologiji za določitev razvitosti občin za leti 2022 in 2023 ter usmeritve Ministrstva za finance iz objavljenih Koeficientov razvitosti občin in obseg sofinanciranja investicij iz državnega proračuna za leti 2022 in 2023. Iz slednjega npr. izhaja, da imajo koeficient razvitosti nižji od 1,0, naslednje občine (po abecednem vrstnem redu) Apače, Bistrica ob Sotli, Bovec itd. Ministrstvo za finance predmetne koeficiente določi (in objavi na spletni strani) neposredno na podlagi uredbe. Koeficient razvitosti občin, nižji kot 0,9, je tudi meja za 100 % financiranje investicij iz državnega proračuna. V to skupino trenutno spada 36 najmanj razvitih slovenskih občin.

Dodatek iz četrtega in petega odstavka tega člena se ne všteva v osnovo za nadomestilo plače za čas odsotnosti z dela in v odpravnino. Zneski dodatkov v tem členu so določeni kot bruto zneski, dodatka pa se med seboj ne izključujeta. Predlagatelj poudarja, da se dodatek iz četrtega odstavka tega člena se izključuje z dodatkom za delovno uspešnost iz naslova povečanega obsega dela (iz naslova opravljanja povečanega obsega pri opravljanju rednih nalog in projektov ali morebitnih posebnih vladnih projektov).

S predmetnim členom (in vzporednimi ukrepi na ravni podzakonskih aktov in splošnega dogovora) skuša predlagatelj preseči pomanjkljivosti Posebnega vladnega projekta za nagrajevanje timov ambulant družinske medicine oziroma otroškega in šolskega dispanzerja, s sklepom, št. 10005-96/2022/3 z dne 5. 5. 2022, pa še njegovo spremembo (v nadaljnjem besedilu: PVP 2022), in sicer z uvedbo dodatnega merila števila opravljenih zdravstvenih storitev, vključitvijo vseh izvajalcev zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe (torej tudi ambulate družinske medicine (ADM) in otroškega in šolskega dispanzerja (OŠD) s koncesijo ter npr. osebnih ginekologov), vključitvijo vseh zdravstvenih delavcev v navedenih timih (ne le zdravnika in medicinske sestre temveč tudi zdravstvenega administrativnega sodelavca), podvojitvijo finančne stimulacije (višine dodatka) itd.

Merila, zlasti višina glavarinskega količnika, bo določena s podzakonskim aktom, pri čemer je glede višine treba upoštevati tudi vidik kakovosti in varnosti (mnenje pristojnega razširjenega strokovnega kolegija).

S tem ukrepom se kot dodatno merilo uvaja število opravljenih storitev, saj zgolj glavarinski količnik ne pove nič o dejanski dostopnosti zdravnika oziroma dejstva, da pacient do zdravstvene storitve v resnici pride. Cilj tega predloga pa je ravno v večji dostopnosti do zdravstvenega varstva in osredotočenosti na pacienta.

Z ukrepom se tudi izrecno določa nadzor, in sicer bo nadzor nad izvajanjem obeh finančnih ukrepov izvajal Inšpektorat za sistem plač v javnem sektorju (v delu javnega sektorja v skladu s svojimi pristojnostmi) ter proračunska inšpekcija. Poleg navedenega je nad izvajalci mogoč tudi upravni nadzor na podlagi zakona, ki ureja zdravstveno dejavnost.

S podzakonskim aktom bodo v okviru dodatnih meril določeni tudi ukrepi v primerih, ko izvajalci ne bodo zasledovali vidik kakovosti in varnosti, meril za dodelitev delovne uspešnosti in posledice, če

poročanje ne bo v skladu z navodili, še zlasti pa se bodo merila osredotočila na vidik produktivnosti.

Predlog člena pa izrecno predvideva tudi vračilo (v celoti ali delno) prejetih sredstev iz naslova obeh dodatkov, opredeljenih v tem členu, in sicer če se v inšpekcijskem nadzoru ugotovi, da so bila pridobljena neutemeljeno, oziroma če prejemnik ne poroča v skladu z uredbo Vlade Republike Slovenije, ki bo podrobneje določala tudi merila za upravičenost do dodatka za posamezni poklic v zdravstveni dejavnosti, poročanje, način vlaganja zahtevkov, obvezna dokazila in roke za vložitev zahtevkov.

Ukrepa iz tega člena sta začasne narave; veljata do 31. decembra 2023, pri čemer podaljšanje s sklepom vlade ni predvideno. Ob tem je treba upoštevati tudi prehodno določbo 25. člena predloga zakona, ki predvideva, da se določba 18. člena predloga zakona začne uporabljati 15. septembra 2022, pri čemer se Sklep Vlade Republike Slovenije o Posebnem vladnem projektu za nagrajevanje timov ambulant družinske medicine oziroma otroškega in šolskega dispanzerja razveljavlja z dnem uveljavitve tega zakona, uporablja pa se do 14. septembra 2022. Navedeno zagotavlja, da ne more priti do morebitnega dvojnega plačila za istovrstno delo.

K 19., 20., 21., 22. in 23. členu

S prehodnimi določbami v 19. členu se določa roke za sprejetje oziroma uskladitev internih aktov javnih zavodov (aktov o ustanovitvi in statutih) in za imenovanje novih članov sveta zavoda ter sklenitev pogodbe z notranjim revizorjem (slednje za primer tistih javnih zdravstvenih zavodov, kjer je ustanovitelj Republika Slovenija, kjer ustrezne pogodbe še ni sklenjene).

S predlaganim 20. členom se določa roke za izdajo podzakonskih predpisov in posameznih drugih izvedbenih dejanj v zvezi z izvajanjem določb glede (upravnega, sistemskega, strokovnega in inšpekcijskega) nadzora v zdravstvu. Evidenca iz enajstega odstavka 80. člena ZZDej se nanaša na izvedene upravne nadzore in izrečene ukrepe v okviru upravnega nadzora v zdravstvu, zaradi uporabe določb zakona, ki urejajo izvajanje upravnega nadzora, kar izrecno predvideva tretji odstavek 82. člena ZZDej, pa se s to prehodno določbo prenos evidenc določa tudi za področje sistemskih nadzorov v zdravstvu.

Na podlagi prehodne določbe 21. člena tega zakona mora Urad Republike Slovenije za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu prevzeti javne uslužbenke in dokumentacijo Urada Vlade Republike Slovenije za centralno cenovno evidenco medicinskih pripomočkov in medicinske opreme najpozneje do 15. septembra 2022, kar je v skladu s predlogom 24. člena tega zakona, ki z dnem razveljavitve tega zakona razveljavlja tudi Odlok o ustanovitvi, nalogah in organizaciji Urada Vlade Republike Slovenije za centralno cenovno evidenco medicinskih pripomočkov in medicinske opreme (Uradni list RS, št. 37/22), podaljšuje pa njegovo uporabo vse do 14. septembra 2022.

Prehodna določba 22. člena izvedbena dejanja v zvezi z izvajanjem določb o dogovoru in povečanju obsega programa zdravstvene dejavnosti.

S predlaganim 23. členom pa se določa izvedbena dejanja za izvajanje določb glede posebej obremenjenih poklicev v zdravstvu – poklicev na primarni ravni.

K 24. členu

S predlogom tega člena se določa razveljavitev določb predpisov oziroma aktov, in sicer v delu, kjer se ureja nacionalni razpis za izboljšanje dostopnosti do zdravstvenih storitev. Zaradi predvidene drugačne ureditve reševanja problematike nedopustnih čakalnih dob, se s predlaganim členom ukinja interventni ukrep Nacionalni razpis za izboljšanje dostopnosti do zdravstvenih storitev. Glede na to, da se določbe 38., 39. in 40. člena ZNUPZ uporabljajo do 31. decembra 2022, so na ta način viri financiranja in plačilo storitev zagotovljeni. Ministrstvo za zdravje bo tako spremenjena medsebojna razmerja z izvajalci uredilo pogodbeno.

Razveljavlja se tudi uredba, ki določa metodologijo za izračun referenčnih cen za medicinske pripomočke (določila zadnje novele zakona, ki ureja javna naročila (določila ZJN-3C)) in Odlok o ustanovitvi, nalogah in organizaciji Urada Vlade Republike Slovenije za centralno cenovno evidenco medicinskih pripomočkov in medicinske opreme.

V zvezi z razveljavitvijo posameznih določb ZJN-3 predlagatelj pojasnjuje, da se črtanje določb Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o javnem naročanju (Uradni list RS, št. 10/22; v

nadaljnem besedilu: ZJN-3C), ki je opredelil pojem referenčne cene in sistem naročanja medicinskih pripomočkov in medicinske opreme na način, predlaga, ker ni v skladu z evropskim ravnim redom na tem področju in praksi tudi ni izvedljiv. Medicinski pripomočki se nabavljajo na različne načine (kot nakup, najem ali kot izvedba preiskave) in zato referenčne cene, kot so predvidene v zakonu, ni mogoče uporabiti. Prav tako register medicinskih pripomočkov v Evropski uniji še ni vzpostavljen oziroma se šele vzpostavlja, v prvi vrsti pa bi bilo treba opredeliti tudi enakovrednost medicinskih pripomočkov (standardizirati izdelke), ki bi lahko konkurirali na posameznem javnem naročilu. Cene v konkretnem naročilu so soodvisne še od mnogo drugih dejavnikov, ne le glede na trenutno stanje na trgu (obsega naročila, različnih specifikacije in tudi drugih meril, ki se lahko uporabijo poleg cene).

Z vidika sistema javnega naročanja so določbe, katerih črtanje se predlaga, v nekaterih delih v neskladju z Direktivo 2014/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 26. februarja 2014 o javnem naročanju in razveljavitvi Direktive 2004/18/ES (UL L št. 94 z dne 28. 3. 2014 str. 65; v nadaljnem besedilu: Direktiva 2014/24/EU). Določbe ZJN-3C uvajajo novo izjemo, v kateri je mogoče izvesti postopek s pogajanjem brez predhodne objave (ki ga ureja 46. člen Zakona o javnem naročanju (Uradni list RS, št. 91/15, 14/18, 121/21, 10/22 in 74/22 – odl. US), kar je v nasprotju z 32. členom Direktive 2014/24/EU. ZJN-3C povečuje možnost uporabe netransparentnih postopkov in povečuje korupcijska tveganja, kar je ob sprejemu zakona opozorila že Komisija za preprečevanje korupcije. Hkrati pa se je Republika Slovenija v Načrtu za okrevanje in odpornost zavezala, da bo zmanjševala število netransparentnih postopkov, te določbe pa jih povečujejo. Določbe tudi ne nudijo rešitve za številna vprašanja v praksi, med drugim, če referenčna cena ob uveljavitvi zakona ne bo določena ali če bodo ponudbe v netransparentnih postopkih še vedno presegale referenčne cene in so takšne ponudbe nedopustne, naročniki nabav ne bodo mogli izvesti, pacienti pa bodo ostali brez storitev.

ZJN-3C je začel veljati 20. 2. 2022, sporne določbe pa naj bi se začele uporabljati 20. 9. 2022. Ker so določbe v nasprotju z evropskim pravnim redom, v postopke javnega naročanja vnašajo dodatna korupcijska tveganja in povečujejo število netransparentnih postopkov ter jih v praksi ne bo mogoče izvajati, je treba določbe odpraviti.

K 25. členu

S predlaganim členom se določa začetek uporabe tega zakona. Predlagatelj ocenjuje, da je za začetek uporabe posameznih ukrepov potreben zamik zaradi izdaje izvršilnih predpisov in nekaterih drugih izvedbenih dejanj. Za namen prenosa opravljanja strokovnega nadzora s svetovanjem za poklice v zdravstveni dejavnosti, za katere ni ustanovljene poklicne zbornice z javnim pooblastilom, (določba spremenjenega 79.a člena ZZDej) in opravljanja inšpekcijskega nadzora na področju čakalnih seznamov oziroma čakalnih dob (določbe spremenjenega 85. člena ZPacP) na Urad Republike Slovenije za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu je npr. treba spremeniti uredbo, ki določa organe v sestavi ministrstva. Na področju

K 26. členu

S predlaganim členom se določa začetek veljavnosti tega zakona.

IV. BESEDILO ČLENOV, KI SE SPREMINJAJO

Zakon o zdravstveni dejavnosti

25. člen

Javni zdravstveni zavod na primarni ravni se lahko ustanovi, spremeni ali razširi dejavnost ali preneha le s soglasjem ministrstva, pristojnega za zdravje in po predhodnem mnenju Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Mnenje Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije je potrebno tudi za ustanovitev, spremembo ali razširitev dejavnosti in za prenehanje javnih zdravstvenih zavodov, ki opravljajo zdravstvene storitve na sekundarni in terciarni ravni.

28. člen

Zdravstveni zavod upravlja svet zavoda, ki ga sestavljajo predstavniki:

- ustanovitelja,
- delavcev zavoda,
- zavarovancev oziroma drugih uporabnikov.

Svet javnega zdravstvenega zavoda, ki opravlja dejavnost na sekundarni ravni, sestavljajo tudi predstavniki občin oziroma mesta, na katerih območju zavod opravlja dejavnost.

Predstavnike uporabnikov imenuje Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, če zdravstveni zavod opravlja zdravstvene storitve na njegov račun.

Sestavo in številčno razmerje predstavnikov v svetu določi ustanovitelj z aktom o ustanovitvi.

29. člen

Direktorja zdravstvenega zavoda imenuje in razrešuje svet zavoda s soglasjem ustanovitelja.

Direktor zdravstvenega zavoda mora imeti visoko strokovno izobrazbo in najmanj 5 let delovnih izkušenj.

Če poslovodna funkcija in funkcija vodenja strokovnega dela zavoda nista ločeni, mora imeti direktor visoko strokovno izobrazbo ustrezne zdravstvene smeri.

Če sta poslovodna funkcija in funkcija strokovnega vodenja zdravstvenega zavoda ločeni, vodi strokovno delo zdravstvenega zavoda strokovni vodja, ki mora imeti visoko izobrazbo ustrezne zdravstvene smeri in najmanj pet let delovnih izkušenj.

64. člen

(delno se preneha uporabljati)
(delno se preneha uporabljati)

Zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci razen zdravnikov smejo samostojno opravljati delo v

zdravstveni dejavnosti po končani pripravniški dobi in opravljenem strokovnem izpitu.

Pripravništvo za zdravstvene delavce in zdravstvene sodelavce traja šest mesecev.

Minister, pristojen za zdravje, predpiše vsebino pripravništva, program in postopek opravljanja strokovnega izpita ter določi pogoje oziroma primere, ko se šteje, da zdravstveni delavec oziroma zdravstveni sodelavec izpolnjuje pogoje glede ustrezne poklicne kvalifikacije na podlagi priznavanja pridobljenih kompetenc z delom, primere oprostitev opravljanja pripravništva in oprostitev opravljanja strokovnega izpita.

Strokovni izpit za zdravnike in zobozdravnike vsebuje poznavanje urgentne medicine in predpisov s področja zdravstvenega varstva. Zdravniki ga lahko opravljajo kadarkoli v poteku sekundariata, najprej pa po končanih šestih mesecih usposabljanja.

Ne glede na prvi odstavek tega člena smejo delo v zdravstveni dejavnosti samostojno opravljati:

- diplomirana medicinska sestra in diplomirana babica, če ima zaključen ustrezen študijski program prve stopnje, ki traja najmanj tri leta, in je lahko dodatno izražen z enakovrednimi kreditnimi točkami ECTS, ter obsega vsaj 4.600 ur teoretičnega in kliničnega izobraževanja oziroma usposabljanja, pri čemer trajanje teoretičnega izobraževanja predstavlja vsaj tretjino, trajanje kliničnega usposabljanja pa vsaj polovico minimalnega trajanja usposabljanja,
- magister farmacije, če ima zaključen ustrezen študijski program druge stopnje, ki traja najmanj pet let, in je lahko dodatno izražen z enakovrednimi kreditnimi točkami ECTS, ter obsega najmanj štiri leta teoretičnega in praktičnega izobraževanja oziroma usposabljanja ter najmanj šestmesečno praktično usposabljanje v lekarni ali v bolnišnici pod vodstvom farmacevtskega oddelka bolnišnice in ima opravljen strokovni izpit.

Poleg pogojev iz prejšnjega odstavka morajo biti za samostojno opravljanje dela v zdravstveni dejavnosti izvajalci posameznih zdravstvenih poklicev oziroma s posameznih področij vpisani v register in imeti veljavno licenco. Osebam iz prvega in drugega odstavka 38. člena Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 64/17) se licenca podeli za strokovna področja, ki se določijo v predpisu iz sedmega odstavka tega člena. Poklice in področja, za katere velja to določilo, v posebnem seznamu določi minister, pristojen za zdravje, pri čemer poleg načela smotnosti upošteva zahtevano stopnjo izobrazbe in odgovornost za odločitve, ki vplivajo na zdravstveno obravnavo, ter razvoj medicinske doktrine in medicinske tehnologije pri varovanju zdravja, preprečevanju, odkrivanju in zdravljenju bolnikov in poškodovancev. Nalogi vodenja registra in podeljevanja licenc lahko minister, pristojen za zdravje, podeli zbornici ali strokovnemu združenju.

Licenca se podeli za določen čas – za dobo sedmih let, podaljšati pa jo je možno na podlagi dokazil o strokovni usposobljenosti za nadaljnje delo. V primeru ugotovljenih večjih strokovnih napak je možen odvzem licence. Podrobnejše določbe o načinu, organih, evidenci in postopku pri odločanju o podelitvi, podaljšanju in odvzemu licence se določijo v pravilniku, ki ga za zdravstvene delavce in zdravstvene sodelavce v poklicih ali dejavnostih, za katere je javno pooblastilo za to podeljeno pristojni zbornici ali strokovnemu združenju, sprejme pristojna zbornica ali strokovno združenje v soglasju z ministrom, pristojnim za zdravje, za druge zdravstvene delavce in zdravstvene sodelavce pa minister, pristojen za zdravje.

V registru iz šestega odstavka tega člena se vodijo naslednji podatki:

- osebno ime,
- datum in kraj rojstva,
- stalno oziroma začasno prebivališče,
- državljanstvo,
- podatki o diplomi, strokovnem izpitu, specializaciji in pridobljenih dodatnih znanjih,
- datum in področje pridobljenih znanstvenih in pedagoških nazivov,
- članstvo v domačih in tujih strokovnih združenjih,
- izjava o uveljavljanju pravice do ugovora vesti,

- drugi podatki, ki so potrebni za opravljanje nalog in javnih pooblastil.

79.a člen

V primeru, da za posamezne poklicne skupine zdravstvenih delavcev ni organizirane pristojne zbornice ali strokovnega združenja z javnim pooblastilom v skladu s tem zakonom, opravlja strokovni nadzor ministrstvo, pristojno za zdravje.

Način izvajanja strokovnega nadzora s svetovanjem iz prejšnjega odstavka predpiše minister, pristojen za zdravje.

80. člen

Upravni nadzor obsega nadzor nad izvajanjem predpisov s področja opravljanja zdravstvene dejavnosti in zdravstvenega zavarovanja ter področja materialnega poslovanja.

Upravni nadzor opravlja ministrstvo, pristojno za zdravje, po določbah tega zakona in na njegovi podlagi izdanih podzakonskih predpisov, in lahko zajema nadzor:

- izvajalca zdravstvene dejavnosti v celoti ali samo njegove posamezne notranje organizacijske enote,
- posameznega zdravstvenega delavca ali zdravstvenega sodelavca ali
- nadzor zdravstvene obravnave posameznega primera.

Upravni nadzor se opravlja kot redni nadzor na podlagi programa ministrstva, pristojnega za zdravje, ali kot izredni nadzor, ki ga uvede ministrstvo, pristojno za zdravje samo ali na predlog Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, bolnika ali njegovega ožjega družinskega člana, zdravstvenega delavca ali zdravstvenega sodelavca, pristojne zbornice ali strokovnega združenja, zastopnika pacientovih pravic ter drugih državnih organov (npr. varuh človekovih pravic, komisija za preprečevanje korupcije, informacijski pooblaščenec).

Postopek upravnega nadzora se začne s sklepom o začetku upravnega nadzora, ki ga izda ministrstvo, pristojno za zdravje, in vsebuje:

- navedbo predsednika in članov komisije, ki jo sestavljajo predstavniki ministrstva, pristojnega za zdravje, in po potrebi zunanji strokovnjaki,
- navedbo namena in predvidenega obsega nadzora,
- rok, v katerem se zaključi nadzor.

Upravni nadzor obsega naslednja nadzorna dejanja:

- pregled listinske dokumentacije in pridobitev njenih kopij,
- pregled podatkov oziroma dokumentacije, ki se hrani v informatizirani obliki in pridobitev kopij,
- pogovor z zdravstvenimi delavci oziroma zdravstvenimi sodelavci ali drugimi zaposlenimi pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti,
- pogovor z bolnikom ali njegovim ožjim družinskim članom,
- pregled listin,
- ogled in pregled posameznih objektov, prostorov, opreme in predmetov izvajalca zdravstvene dejavnosti,
- fotografiranje ali snemanje na drug nosilec vizualnih podatkov oseb, objektov, prostorov, opreme in predmetov izvajalca zdravstvene dejavnosti,
- brezplačni vpogled oziroma pridobitev podatkov iz uradnih evidenc in drugih podatkov, ki se nanašajo na nadzorovanega izvajalca zdravstvene dejavnosti,
- druga nadzorna dejanja glede na namen upravnega nadzora.

O ugotovitvah upravnega nadzora komisija iz prve alineje četrtega odstavka tega člena poda poročilo ministru, pristojnemu za zdravje, v katerem lahko predlaga naslednje ukrepe:

- odpravo organizacijskih, materialnih in drugih nepravilnosti oziroma pomanjkljivosti, prepoved opravljanja zdravstvene dejavnosti ali zdravstvenih storitev, dokler niso odpravljene ugotovljene pomanjkljivosti oziroma nepravilnosti, ki bi lahko povzročile neposredno nevarnost za zdravje ljudi,
- začetek disciplinskega postopka po zakonu, ki ureja delovna razmerja ali postopka za ugotovitev morebitne odškodninske odgovornosti odgovorne osebe izvajalca zdravstvene dejavnosti, zdravstvenega delavca, zdravstvenega sodelavca ali drugega zaposlenega pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti,
- naznanitev suma storitve kaznivega dejanja pristojnim organom pregona,
- vložitev predloga za izvedbo drugega nadzora iz 76. člena tega zakona.

Komisija iz prve alineje četrtega odstavka tega člena poročilo iz prejšnjega odstavka pošlje v mnenje izvajalcu zdravstvene dejavnosti, pri katerem se opravlja nadzor. Upravni nadzor se zaključi s poročilom iz prejšnjega odstavka, v primeru predlaganih ukrepov pa z odreditvijo ukrepov ministra, pristojnega za zdravje.

Izvajalec zdravstvene dejavnosti o posameznih izvedenih ukrepih v za to določenih rokih poroča ministrstvu, pristojnemu za zdravje. Če je iz poročila iz prejšnjega stavka razvidno, da izvedeni ukrepi niso zadovoljivi oziroma pomanjkljivosti niso bile odpravljene, vzroki za neizvedbo ukrepov oziroma odpravo pomanjkljivosti pa so na strani izvajalca zdravstvene dejavnosti, ministrstvo, pristojno za zdravje, začne postopek odvzema dovoljenja za opravljanje zdravstvene dejavnosti v skladu s četrto alinejo prvega odstavka 3.b člena tega zakona ali poda svetu zavoda pobudo za razrešitev direktorja zavoda, če gre za javni zdravstveni zavod ali drug javni zavod iz 8. člena tega zakona. Če je bil upravni nadzor opravljen v javnem zdravstvenem zavodu ali drugemu javnem zavodu iz 8. člena tega zakona, o ugotovitvah nadzora, ukrepih in izvajanju ukrepov direktor zavoda obvesti svet zavoda.

V primeru ugotovljenih pomanjkljivosti oziroma nepravilnosti minister, pristojen za zdravje, izvajalcu zdravstvene dejavnosti tudi naloži, da poročilo iz šestega odstavka tega člena obravnava v okviru organov, pristojnih za kakovost in varnost zdravstvene dejavnosti in mu o tem poroča.

V primeru izrednega upravnega nadzora se predlagatelju iz tretjega odstavka tega člena na njegovo zahtevo posreduje povzetek poročila iz šestega odstavka tega člena in informacije o odrejenih ukrepih.

Ministrstvo, pristojno za zdravje, za namen spremljanja zakonitosti dela izvajalcev zdravstvene dejavnosti vodi evidenco izvedenih upravnih nadzorov in izrečenih ukrepov, ki vsebuje:

- navedbo nadzorovanega izvajalca zdravstvene dejavnosti, njegove notranje organizacijske enote, nadzorovanega zdravstvenega delavca ali zdravstvenega sodelavca ali nadzorovane zdravstvene obravnave,
- sedež oziroma kraj opravljanja nadzora,
- datum uvedbe in zaključka nadzora,
- ugotovljene nepravilnosti in pomanjkljivosti,
- izrečene ukrepe,
- izvedene ukrepe.

Podatki iz evidence iz prejšnjega odstavka se hranijo trajno.

Minister, pristojen za zdravje, določi postopek in način izvajanja upravnega nadzora.

Določbe tega člena se smiselno uporabljajo tudi za nadzor nad zakonitostjo izvrševanja nalog, ki jih pristojna zbornica oziroma strokovno združenje opravlja kot javno pooblastilo.

82. člen

Minister, pristojen za zdravje, lahko, če obstajajo razlogi za sum, da so nastale nepravilnosti v zvezi z organizacijo ali strokovnostjo delovnega procesa ali nepravilnosti v zvezi s kakovostjo in varnostjo

dela zdravstvenih delavcev, zdravstvenih sodelavcev ali zdravstvenih storitev pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti, ki zahtevajo celovit strokovni in upravni nadzor, odredi sistemski nadzor.

Sistemski nadzor pomeni sočasno izvedbo upravnega in strokovnega nadzora s svetovanjem po tem zakonu, lahko pa k sočasni izvedbi nadzora minister, pristojen za zdravje, pozove tudi Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije za nadzor po 83. členu tega zakona in inšpekcijske organe iz 83.a člena tega zakona. Na poziv ministra, pristojnega za zdravje, posamezne pristojne zbornice oziroma strokovna združenja imenujejo za izvedbo strokovnega nadzora s svetovanjem svoje člane v komisijo za izvedbo sistema nadzora, ki jo imenuje minister, pristojen za zdravje. Izvedbo sistema nadzora vodi predsednik komisije za izvedbo sistema nadzora, ki je predstavnik ministrstva, pristojnega za zdravje, vsak član komisije pa izvaja nadzor v skladu s pooblastili in postopki izvajanja posamezne vrste nadzora.

Glede zaključka postopka sistema nadzora in glede vodenja evidence o izvedenih sistemskih nadzorih se uporabljajo določbe tega zakona, ki urejajo izvajanje upravnega nadzora.

Minister, pristojen za zdravje, v sodelovanju s pristojnimi zbornicami oziroma strokovnimi združenji določi postopek in način izvajanja sistema nadzora.

Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstveni dejavnosti (ZZDej-K)

39. člen

Izvajalci zdravstvene dejavnosti, ki so pridobili dovoljenje za opravljanje zdravstvene dejavnosti pred uveljavitvijo tega zakona ali po petem odstavku tega člena oziroma so bili vpisani v register zasebnih zdravstvenih delavcev pred uveljavitvijo tega zakona ali po devetem odstavku tega člena, morajo v šestih mesecih od uveljavitve predpisa iz tretjega odstavka 3.a člena zakona, vložiti vlogo za uskladitev vrste zdravstvene dejavnosti, za katero imajo dovoljenje za opravljanje zdravstvene dejavnosti oziroma za uskladitev vpisa v register zasebnih zdravstvenih delavcev z vrstami zdravstvene dejavnosti, kot so določene v predpisu iz tretjega odstavka 3.a člena zakona.

Izvajalci zdravstvene dejavnosti iz prejšnjega odstavka, ki v dovoljenju za opravljanje zdravstvene dejavnosti nimajo navedenega odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti ali niso v registru zasebnih zdravstvenih delavcev sami navedeni kot odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti ali v dovoljenju navedeni odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti oziroma zasebni zdravstveni delavec, ki je sočasno odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti, ne izpolnjuje pogojev iz 3.a člena zakona, morajo v roku petih let od uveljavitve tega zakona vložiti tudi vlogo za dopolnitev izdanega dovoljenja oziroma vpisa v register zasebnih zdravstvenih delavcev z določitvijo odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti.

Če imetnik dovoljenja za opravljanje zdravstvene dejavnosti oziroma zasebni zdravstveni delavec v roku ne vloži vloge v skladu s prvim in drugim odstavkom tega člena ali predlagani odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti ne izpolnjuje pogojev iz petega odstavka 3.a člena zakona, to predstavlja razlog za odvzem dovoljenja iz prve alineje prvega odstavka 3.b člena zakona oziroma izbris iz registra zasebnih zdravstvenih delavcev.

Za zasebne zdravstvene delavce, ki so na dan uveljavitve tega zakona vpisani v register zasebnih zdravstvenih delavcev, se šteje, da imajo veljavno dovoljenje za opravljanje zdravstvene dejavnosti, pod pogojem, da v roku, določenem v prvem in drugem odstavku tega člena, uskladijo vpis v register zasebnih zdravstvenih delavcev v skladu s prvim in drugim odstavkom tega člena.

Postopki za izdajo dovoljenja za opravljanje zdravstvene dejavnosti ali za vpis v register zasebnih zdravstvenih delavcev, ki so se začeli pred uveljavitvijo tega zakona, se dokončajo po dosedanjih predpisih.

Za zasebne zdravnike, ki so na dan uveljavitve tega zakona vpisani kot zasebni zdravniki v register zdravnikov pri Zdravniški zbornici Slovenije, se z uveljavitvijo tega zakona šteje, da so kot zasebni zdravniki vpisani v register zasebnih zdravstvenih delavcev pri ministrstvu, pristojnemu za zdravje.

Zasebni zdravniki iz prejšnjega odstavka morajo v roku iz prvega odstavka tega člena podati vlogo za uskladitev vpisa v register zasebnih zdravstvenih delavcev z vrstami zdravstvene dejavnosti, kot so določene v predpisu iz tretjega odstavka 3.a člena zakona, ter v roku iz drugega odstavka tega člena vlogo za dopolnitev vpisa v register zasebnih zdravstvenih delavcev z določitvijo odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti, sicer ministrstvo, pristojno za zdravje, začne postopek za izbris zasebnega zdravnika iz registra zasebnih zdravstvenih delavcev.

Zdravniška zbornica Slovenije v roku 30 dni od uveljavitve tega zakona posreduje ministrstvu, pristojnemu za zdravje, podatke, dokumentacijo in arhiv o zasebnih zdravnikih, s katerimi razpolaga na podlagi zakona, ki ureja zdravniško službo in predpisov, sprejetih na njegovi podlagi. V roku iz prejšnjega stavka Zdravniška zbornica Slovenije posreduje ministrstvu, pristojnemu za zdravje, nerešene vloge za vpis v register zasebnih zdravnikov. Ministrstvo, pristojno za zdravje, v roku 30 dni od prejema podatkov in dokumentacije dopolni register zasebnih zdravstvenih delavcev s podatki o zasebnih zdravnikih.

Postopke za vpis v register zasebnih zdravnikov, ki so se začeli pred uveljavitvijo tega zakona, dokonča ministrstvo, pristojno za zdravje, po dosedanjih predpisih o vpisu v register zasebnih zdravstvenih delavcev.

Zakon o pacientovih pravicah

85. člen (nadzorni in prekrškovni organi)

(1) Nadzor nad izvajanjem tega zakona opravljajo ministrstvo, pristojno za zdravje, inšpektorat, pristojen za zdravje, nosilec obveznega zdravstvenega zavarovanja, Informacijski pooblaščenec in inšpektorat, pristojen za kulturo in medije.

(2) Ministrstvo, pristojno za zdravje, nad določbami tega zakona izvaja upravni nadzor.

(3) Nadzor nad določbami četrtega odstavka 14. člena, prvega in osmega odstavka 14.b člena, prvega, drugega, tretjega, šestega, sedmega, osmega in devetega odstavka 15. člena, drugega in tretjega odstavka 15.a člena, prvega, tretjega in četrtega odstavka 15.b člena, 15.c in 15.č člena, četrtega odstavka 16. člena, 18. člena, prvega odstavka 20. člena, 23. člena, drugega in tretjega odstavka 24. člena, 25. člena, drugega, petega, šestega in sedmega odstavka 26. člena, 27. člena, četrtega odstavka 30. člena, tretjega, četrtega, petega, šestega in sedmega odstavka 31.a člena, četrtega odstavka 34. člena, petega in sedmega odstavka 35. člena, četrtega, petega in šestega odstavka 49. člena, drugega odstavka 56. člena, 57. in 58. člena, četrtega odstavka 60. člena, prvega in petega odstavka 61. člena, drugega, petega in šestega odstavka 62. člena, prvega odstavka 63. člena, šestega odstavka 69. člena, 77. člena in drugega odstavka 78. člena tega zakona opravlja inšpektorat, pristojen za zdravje.

(4) Nadzor nad določbami 44., 45. in 46. člena, drugega odstavka 63. člena in 68. člena tega zakona izvaja Informacijski pooblaščenec.

(5) Nadzor nad določbami 19. člena tega zakona izvaja inšpektorat, pristojen za kulturo in medije.

(6) Nadzor nad določbami petega odstavka 8. člena, 10., 14., 14.a, 14.b, 15., 15.a, 15.b, 15.c, 15.č in 25. člena tega zakona v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe izvaja nosilec obveznega zdravstvenega zavarovanja. Nadzor nosilca obveznega zdravstvenega zavarovanja je omejen na nadzor za vse zdravstvene storitve, ki so predmet pogodbe med izvajalcem zdravstvene dejavnosti in

nosilcem obveznega zdravstvenega zavarovanja.

(7) Organi iz tretjega, četrtega in petega odstavka tega člena so tudi prekrškovni organi po tem zakonu.

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju

63. člen

Zavod, pristojne zbornice, združenja zdravstvenih zavodov in drugih zavodov ter organizacij, ki opravljajo zdravstveno dejavnost, ter ministrstvo, pristojno za zdravstvo, se za vsako leto dogovorijo o programu storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, opredelijo zmogljivosti, potrebne za njegovo izvajanje in določijo obseg 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 ter zasebnimi zdravstvenimi delavci.

Če izhodišča iz prejšnjega odstavka niso sprejeta do konca decembra za naslednje leto, odloči o njih najpozneje v enem mesecu arbitražna komisija, ki jo sestavlja enako število predstavnikov Zavoda, predstavnikov pristojnih zbornic in združenj zdravstvenih zavodov ter predstavnikov ministrstva, pristojnega za zdravstvo. Če v okviru arbitraže ni mogoče doseči sporazuma, odloči o spornih vprašanjih Vlada Republike Slovenije.

77. člen

Zavod izvaja nadzor nad izpolnjevanjem pogodb z izvajalci zdravstvenih storitev, nadzor nad izdajanjem in zaračunavanjem zdravil in medicinskih pripomočkov ter nad načini in postopki uresničevanja zdravstvenega zavarovanja v skladu s tem zakonom in statutom Zavoda.

Če pooblaščen nadzorni zdravnik ali farmacevt Zavoda pri nadzorih iz prejšnjega odstavka ugotovijo strokovne ali druge napake pri delu izvajalcev zdravstvenih storitev ali nezakovitosti dela, mora Zavod o nepravilnostih v 15 dneh obvestiti ministrstvo, pristojno za zdravje, oziroma v primeru strokovnih napak pristojno zbornico.

Pri izvajanju nadzora nad uresničevanjem pogodb iz prvega odstavka tega člena se ne uporabljajo določbe zakona, ki ureja splošni upravni postopek.

V. BESEDILO ČLENOV, OD KATERIH SE ODSTOPA

Zakon o zdravstveni dejavnosti

43. člen

Koncesija se podeli za določen čas, in sicer za obdobje 15 let, šteto od dneva začetka opravljanja programov zdravstvene dejavnosti oziroma zdravstvenih storitev specialistične bolnišnične dejavnosti, za katere se objavi javni razpis za podelitev koncesije (v nadaljnjem besedilu: koncesijska dejavnost).

Najpozneje 12 mesecev pred potekom obdobja podelitve koncesije koncedent preveri realizacijo programa v podeljenem obsegu ter ali še obstoji potreba po podelitvi koncesije, upošteva druge odstavke 42. člena tega zakona. Če so izpolnjeni prej navedeni pogoji, koncedent na podlagi pozitivnega mnenja Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije in pristojne zbornice oziroma strokovnega združenja podaljša obdobje podelitve koncesije za naslednjih 15 let.

V primeru podaljšanja koncesije koncedent izda odločbo o podaljšanju koncesije in predlaga sklenitev dodatka h koncesijski pogodbi. V primeru neskladja med koncesijsko odločbo in koncesijsko pogodbo veljajo določbe koncesijske odločbe.

Obvestilo o podaljšanju koncesije koncedent objavi na svoji spletni strani, lahko pa tudi na portalu javnih naročil, z vsebino, kot je za objavo obvestila o rezultatu postopka podelitve koncesije določena v četrtem odstavku 44.c člena tega zakona.

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju

80. člen

Pri uveljavljanju pravic iz zdravstvenega zavarovanja po tem zakonu ima zavarovana oseba pravico do proste izbire zdravnika in zdravstvenega zavoda.

Zdravnik, ki ga zavarovana oseba izbere, je njen izbrani osebni zdravnik. Mladolletne osebe morajo imeti izbranega osebnega zdravnika. Zavarovana oseba ima pravico, da poleg splošnega osebnega zdravnika svobodno izbere tudi osebnega ginekologa, specialista ginekologije s porodništvom in osebnega zobozdravnika. Izbrani osebni zdravnik za zavarovane osebe do dopolnjenega 19. leta starosti je specialist, pediater ali specialist šolske medicine, izjemoma je lahko specialist splošne medicine (družinske medicine), ali zdravnik splošne medicine s podiplomskim študijem iz zdravstvenega varstva žensk, otrok in mladine. Zdravnik, ki ne izpolnjuje pogojev, pa zdaj izvaja zdravstveno varstvo otrok in mladine do dopolnjenega 19. leta starosti, mora do leta 2002 pridobiti ustrezno strokovno usposobljenost. Za zavarovane osebe starejše od 19 let je izbrani osebni zdravnik specialist splošne medicine (družinske medicine) ali specialist medicine dela, prometa in športa, izjemoma je lahko tudi zdravnik splošne medicine s podiplomskim študijem socialne medicine.

Izbrani osebni zobozdravnik za starostno obdobje do dopolnjenega 19. leta je praviloma zobozdravnik, usposobljen za zobozdravstveno varstvo otrok in mladine. Osebni zdravnik skrbi za zdravje zavarovane osebe in je pooblaščen, da jo napoti na zdravniško komisijo, k specialistu in v bolnišnico, predpiše na račun zavoda zdravila na recept in vodi ter izbira zdravstveno dokumentacijo o zavarovani osebi. Izbrani osebni zdravnik (razen osebnega ginekologa in osebnega zobozdravnika) je pooblaščen tudi za ugotavljanje nezmožnosti za delo in drugih razlogov za začasno zadržanost od dela do 30 dni. Zavarovana oseba si izbere osebnega zdravnika najmanj za dobo enega leta. To obdobje se lahko skrajša, če pride med zdravnikom in zavarovano osebo do nesoglasij in nezaupanja.

Osebni zdravnik lahko pooblastila iz prejšnjega odstavka, ki se nanašajo na diagnostiko in zdravljenje, vključno s predpisovanjem zdravil na recept, kot tudi napotitev na bolnišnično zdravljenje, prenese na ustreznega specialista, napotenega zdravnika, če to narekuje bolnikovo zdravstveno stanje in

racionalnost dela. Če je izbrani osebni zdravnik za zavarovane osebe do dopolnjenega 19. leta starosti zdravnik splošne medicine, praviloma pooblasti najbližjega ustreznega specialista pediatra oziroma specialista šolske medicine za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva.

Način uresničevanja pravic do proste izbire zdravnika in zdravstvenega zavoda uredi zavod s splošnim aktom.

V. PREDLOG, DA SE PREDLOG ZAKONA OBRAVNAVA PO NUJNEM OZIROMA SKRAJŠANEM POSTOPKU

V skladu s 143. členom Poslovnika državnega zbora Vlada Republike Slovenije predlaga, da se predlog zakona obravnava po nujnem postopku, da bi se preprečile težko popravljive posledice za delovanje države. Navedeno je potrebno, da se omilijo posledice oziroma zmanjšajo negativni učinki dolgoročno nestabilnega delovanja zdravstvenega sistema v Republiki Sloveniji na vse uporabnike zdravstvenega sistema (paciente, zdravstvene delavce in zdravstvene sodelavce in druge). Težko popravljive posledice za delovanje države se namreč nanašajo tudi na delovanje njenih podsistemov, tj. državnih organov in drugih organizacij, torej tudi javnega zdravstvenega sistema.

Republika Slovenija se že desetletja spopada z neučinkovito organiziranim zdravstvenim sistemom, čigar negativne posledice je epidemija nalezljive bolezni COVID-19 potencirala do te mere, da je v zadnjih dveh letih zdravstveni sistem povsem izčrpan (zlasti njegove kadrovske zmogljivosti) in je prišel do roba zloma. S predlogom zakona se želi zdravstveni sistem v najkrajšem času okrepiti in odpraviti njegovo delovanje na način izrednih razmer v času, ko takšnih razmer dejansko ni.

Cilj predloga zakona je stabilizirati zdravstveni sistem in mrežo (zdravstveni sistem umiriti, in sicer tako na nivoju zdravniške službe, zdravstvene nege in ostalega zdravstvenega osebja) in pacientom, ki čakajo preko dopustne čakalne dobe, zagotoviti primerno zdravstveno obravnavo. Na podlagi realizacije začasnih ukrepov iz tega zakona, opravljenih analiz, se želi pridobiti objektivne podatke o izkoriščenosti zdravstvenega sistema (predvsem z vidika obremenitve zaposlenih).

Akutne razmere v zdravstvu zahtevajo takojšnjo intervencijo države, zato se predlog vlaga po nujnem postopku. Predlog zakona namreč vsebuje nujne, ciljano usmerjene, ukrepe v zdravstvu, s katerim se odločilno vpliva na organizacijo zdravstvenega sistema.

VI. PRILOGE

/