

Številka: 2025-003.kzo/ml

Datum: 31. 01. 2025

ZADEVA: Mnenje Koordinacije zdravniških organizacij

Spoštovani,

Koordinacija zdravniških organizacij za sestanek predlaga zlasti pogovor o spodnjih izhodiščih oziroma vidikih novele Zakona o zdravstveni dejavnosti:

- Zakon predvideva številne prepovedi za zdravstvene delavce in zdravstvene sodelavce, ki delajo v javnih zavodih. Zdravniki in zobozdravniki, ostali zdravstveni delavci ter zdravstveni sodelavci iz javnih zavodov ne bodo smeli opravljati samoplačniških storitev pri drugih izvajalcih ali kot samostojni izvajalci. To bo veljalo, čeprav bo njihova storilnost merjena, kar bi sicer omogočalo, da z dovoljenjem vodstva v prostem času nudijo zdravstvene storitve tudi drugod, če so svoje redne obveznosti že izpolnili.

Takšna stroga ločitev med javnim in zasebnim sektorjem postavlja zdravnike pred izbiro, ki bo lahko ključne kadre spodbudila k temu, da zapustijo javne zavode in začnejo delovati izključno v okviru tržne dejavnosti. Posledično bi to dodatno oslabilo javni zdravstveni sistem, zmanjšalo dostopnost storitev in povečalo obremenitve za preostale zdravnike v javnih zavodih. Kljub trditvam politike, da bo zakon okrepil javno zdravstvo so napovedi iz zdravstva drugačne. Obstaja utemeljena skrb, da bodo dejavnosti kot so dermatologija, oftalmologija, plastična in rekonstruktivna kirurgija, maksilofacialna kirurgija, ortopedija ipd. v državnih zdravstvenih zavodih še bolj osiromašene ali jih preprosto ne bo več. Od 11 specialistov maksilofacialne kirurgije in 9 specialistov plastične in rekonstruktivne medicine na UKC Ljubljana jih je polovica že danes prepričanih, da bodo ob uveljavitvi zakona zapustili UKC. Na Dermatološki kliniki v Ljubljani je svoj odhod po sprejetju novele ZZDej napovedalo 6 specialistov, v SB Novo mesto je dermatologija tik pred zaprtjem, imajo le še 2 specialista za celo bolnišnico. Oddelek za očesno patologijo so zaradi pomanjkanja kadra že zaprli, svoj odhod so napovedali tudi vsi trije plastični kirurgi, v UKC Mb pa trije od osmih.

- Pri tem iz ankete, ki jo je med svojimi člani izvedla Zdravniška zbornica Slovenije, izhaja, da 83 odstotkov uprašanih meni, da uvedba zakonske omejitve dodatnega dela zdravnikov ne bo pripomogla k izboljšanju kakovosti in obsega zdravstvenih storitev v javnem zdravstvu. 65 odstotkov uprašanih namreč meni, da javni zavodi v tem trenutku ne morejo zagotoviti večjega obsega storitev kljub pripravljenosti zaposlenih, da bi več delali. 68 odstotkov uprašanih pa meni, da bo predlagana novela ZZDej negativno vplivala na njihov način dela. V anketi je sodelovalo 3.522 zdravnikov in zobozdravnikov.
- Novela ne vsebuje nobenih ukrepov, ki bi izboljšali pogoje za delo ali motivirali zdravstvene delavce in zdravstvene sodelavce, da bi ostali zaposleni v javnih zavodih. Ukinja tudi v prvem predlogu predviden dodatek za družinske zdravnike in pediatrie, ki bodo opredeljevali dodatne paciente. Z začetkom veljave določb, ki urejajo delovno uspešnost, pa celo predvideva ukinitve posebnega dodatka za povečan obseg dela za posebne obremenitve zdravstvenih delavcev in sodelavcev v ambulantah družinske

medicine ter v otroških in šolskih dispanzerjih iz Zakona o nujnih ukrepih za zagotovitev stabilnosti zdravstvenega sistema, ki naj bi sicer veljal do 31. 12. 2026.

Naj ob tem opozorimo tudi na kadrovske in prostorske omejitve, s katerimi se soočajo zdravstveni delavci v javnih zdravstvenih zavodih. Zaradi pomanjkanja medicinskih sester, anesteziologov in inštrumentark že zdaj številne specialnosti ne morejo izvajati storitev v obsegu, kot bi si želele. Na to problematiko opozarjajo tudi izjave slovenskih zdravnikov, priložene v prilogi.

- *Novela bistveno omejuje tudi delo zdravnikov in zobozdravnikov zunaj javne zdravstvene mreže, saj je delo le-teh v javnih zavodih omejeno zgolj na vrhunske strokovnjake z najmanj 20 let delovnih izkušenj, ki uvajajo nove metode diagnostike, preventive in zdravljenja, pri čemer se bodo smeli zaposliti s krajšim delovnim časom ali skleniti pogodbo o zaposlitvi za dopolnilno delo z javnim zavodom, ki nosi naziv kliničnosti in zgolj za nekatere zdravstvene storitve, ki jih bo določil minister za zdravje. Takšna ureditev je povsem nerazumna, saj namesto, da bi vrhunskim zdravnikom omogočila opravljanje dodatnega dela zunaj javnega zavoda, jih praktično sili, da v celoti zapustijo javne zavode in se nato dopolnilno ter zgolj začasno (za največ 12 mesecev z možnostjo podaljšanja) zaposlijo nazaj v istem javnem zavodu, če želijo kombinirati zaposlitev. Hkrati bo po novi ureditvi primeroma zaposlenim pri koncesionarju zgolj s soglasjem njihovega delodajalca dovoljeno opravljanje dopolnilnega dela v javnem zavodu, med tem ko bodo za zaposlene izven javne zdravstvene mreže veljali predstavljeni bistveno strožji pogoji (da gre za vrhunskega strokovnjaka itd.). Za navedeno ni videti razumnega razloga, saj naj bi bil cilj novega zakona ravno v okrepitvi kadrov v javnih zavodih, ne v dodatnem omejevanju vključevanja kadrov v delo javnih zavodov.*
- *Novela določa, da bo osebam, ki opravljajo naloge vodenja področja (pomočnik direktorja zdravstvenega zavoda, pomočnik strokovnega direktorja zdravstvenega zavoda), vodenja organizacijske enote terciarne bolnišnice (predstojnik klinike, kliničnega oddelka ali kliničnega inštituta) ali vodenja organizacijske enote, neposredno podrejene direktorju zdravstvenega zavoda ali strokovnemu direktorju zdravstvenega zavoda (npr. vodja oddelka, vodja službe) v celoti prepovedano opravljanje zdravstvenih storitev pri drugem izvajalcu (znotraj in izven javne zdravstvene mreže) ali kot samostojni izvajalec, hkrati bodo za njih veljale omejitve glede imetništva poslovnih deležev. V primeru take ureditve obstaja tveganje, da sicer najbolj kompetentni kadri ne bodo zainteresirani za opravljanje navedenih nalog. Zlasti, ker predlog zakona za izgubo dohodka ne predvideva nikakršne finančne kompenzacije oziroma dodatnega nagrajevanja.*
- *Pogoji za odgovorne nosilce dejavnosti postajajo strožji. Predlog zakona določa, da mora odgovorni nosilec po pridobitvi licence imeti vsaj dve leti delovnih izkušenj z vodenjem ali sodelovanjem v zdravstvenem timu pri izvajanju vrste zdravstvene dejavnosti, za katero se izdaja dovoljenje. To bo otežilo mladim zdravnikom in zobozdravnikom, da odprejo zasebno prakso oziroma pridobijo koncesijo. Takšna ureditev onemogoča mlajšim zdravnikom tudi vstop v deficitarne dejavnosti, kot je družinska medicina, kjer bi polno usposobljeni mladi zdravniki lahko delali kot koncesionarji, a sedaj tega ne bodo mogli. Hkrati bodo mladi zdravniki in zobozdravniki brez takšnih omejitev zasebno dejavnost lahko opravljali v tujini. Podoben pogoj je Ustavno sodišče že prepoznalo kot nedopusten.*
- *Vlada z novelo občinam jemlje pristojnosti na področju določanja mreže javne zdravstvene službe na primarni ravni. Vlada s tem prevzema pristojnosti lokalnih skupnosti, pri čemer ne gre prezreti dejstva, da bi že po obstoječi ureditvi v Zakonu o zdravstveni dejavnosti morala urediti mrežo javne zdravstvene službe na sekundarni ravni, a tega ni storila. Sedaj zakon predvideva, da bo vlada uredila mrežo na vseh ravneh, primarni, sekundarni in terciarni.*
- *Predvideni so nastavki za povezovanje med javnimi zavodi, kar vključuje tudi povezovanje z vidika kadrov. Zakon za morebitne premestitve ne predvideva nobenih*

spodbud za zdravstvene delavce, kar zmanjšuje privlačnost javnega sektorja kot zaposlovalca. To bo negativno vplivalo na pravno varnost zdravstvenih delavcev glede kraja in vsebine njihovega dela ter oslabilo stabilnost delovnega okolja v javnih zavodih, s tem pa zmanjšalo zanimanje zdravstvenih delavcev za delo v teh zavodih.

- Nov zakon uvaža tudi obvezno merjenje dnevne delovne obremenitve zdravstvenega delavca ali zdravstvenega sodelavca, ki je zaposlen ali opravlja delo na podlagi podjemne pogodbe ali pogodbe o sodelovanju v zdravstvenem zavodu ali pri koncesionarju. Zakon zgolj deklarativno napoveduje merjenje učinkovitosti zdravstvenih delavcev, vendar brez konkretnih izpeljav. To je seveda lažje napovedati kot pa izvesti, zlasti ker bi morali biti osnovni nastavki za takšne spremembe vključeni v pravkar sprejeti Zakon o zagotavljanju kakovosti v zdravstvu, na katerega pa se ta predlog v ničemer ne naslanja. Če bi bil sistem, kot si ga predstavlja predlagatelj, nekritično uveden, bi lahko javni sektor prevzel negativne finančne spodbude, ki bi ga vodile k izbiranju lažjih pacientov oziroma storitev ali celo zmanjševanju kakovosti storitev s pretiranim povečanjem števila obravnav. Takšna tveganja so očitna, saj država na področju razvoja in vzpostavitve takšnih sistemov doslej ni storila nobenih vsebinskih premikov, kar dodatno poudarja nepremišljenost in odsotnost strateškega pristopa k uvedbi teh novosti. Po mnenju zbornice je nadzor nad izvajanjem storitev potreben, a bi moral biti zanj v prvi vrsti pristojen in odgovoren izvajalec oziroma vodje posameznih enot v okviru njega.
- Zakon uvaža dodatne omejitve in administrativne obremenitve za koncesionarje (med drugim merjenje dnevnih delovnih obremenitve njegovih zdravstvenih delavcev in sodelavcev). Številni koncesionarji delujejo v osnovnem zdravstvu (družinska medicina, pediatrija itd.), kjer se že sedaj soočajo s pretiranimi obremenitvami in administrativnimi bremenmi, hkrati pa na teh področjih vlada hudo pomanjkanje zdravnikov. Tovrstni ukrepi predstavljajo tveganje še dodatnih odhodov zdravnikov iz teh področij. Navedeno bo neposredno poslabšalo že obstoječe nevzdržno stanje z vidika neopredeljenih pacientov in okrnjene pravice do primerne zdravstvene obravnave.
- Soglasje za dodatno delo preko podjemne pogodbe bodo lahko pridobili le zdravstveni delavci in sodelavci, ki so v javnih zavodih zaposleni za polni delovni čas. Varovanim kategorijam delavcev, primeroma starejšim delavcem, bi moralo biti še naprej omogočeno uveljavljanje vseh njihovih pravic iz ZDR-1 (npr. odklonitev nadurnega dela) ter možnost sočasnega dela zunaj javnega zavoda, saj ne gre nujno za enake oblike dela.
- Soglasje za dodatno delo bo izdano le, če javni zavod nima lastne potrebe po dodatnem, dopolnilnem oz. delu, ki presega polni delovni čas zdravstvenega delavca. Če zavod v tem času sklene podjemno pogodbo za enake storitve z zunanjim delavcem, ki ni zaposlen pri njem, se šteje, da ima potrebo po dodatnem delu in se vsa že izdana soglasja prekličejo in se 6 mesecev ne bodo mogla ponovno pridobiti. Odločitev o sklenitvi takšne pogodbe je v pristojnosti delodajalca, zato ni dopustno, da ima negativne posledice za vse njegove delavce, ki bi želeli pridobiti ali so že pridobili soglasje za dodatno delo. Opozoriti velja tudi, da je termin enake storitve preširok, saj je lahko posamezna storitev oziroma pacient v določenem oziru specifičen in je zato potrebna vključitev določenega zunanjega delavca, kar pa ne bi smelo preprečiti izdaje soglasja zaposlenim za primerljive storitve, ki pa vseeno niso enake (z vidika težavnosti, kompleksnosti itd.).
- Soglasje za dodatno delo bo dano le, če javni zavod za vrsto zdravstvene dejavnosti, za katero se izdaja soglasje, v posameznem koledarskem letu realizira celotni program, dogovorjen z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije (preračunano kvartalno). Če javni zavod iz razlogov na njegovi strani (pomanjkanje drugega kadra, prostora itd.) programa ne realizira, njegovi zaposleni ne bodo smeli izvajati storitev pri drugih izvajalcih v javni zdravstveni mreži (primeroma niti ne v drugem javnem

zavodu, v katerem so delno zaposleni), kar bo še povečalo čakalne dobe oziroma zmanjšalo dostopnost do storitev v mreži javne zdravstvene službe.

- *Novela uvaža tudi nedopustno razlikovanje med zdravniki oz. zobozdravniki, ki so zaposleni v enem javnem zavodu in tistimi, ki so zaposleni v dveh ali več javnih zavodih skupno do polnega delovnega časa. Slednji bodo namreč potrebovali soglasje vsakega izmed javnih zavodov za delo pri drugem javnem zavodu, ob tem pa bo za njih veljala prepoved, da pri drugem zavodu ne smejo opravljati tržne zdravstvene dejavnosti. Navedeno pomeni, da zdravnik zaposlen za 30 % polnega delovnega časa v enem, 70 % polnega delovnega časa pa v drugem javnem zavodu, ne more delati tržne dejavnosti v nobenem izmed teh dveh javnih zavodov (njegovih delodajalcev), če pa je zaposlen zgolj v enem javnem zavodu, pa lahko pri tem opravlja delo tudi v tržni dejavnosti.*
- *Zdravstvenemu delavcu po predlogu zakona ne bo omogočeno vključevanje v neprekinjeno zdravstveno varstvo preko podjemne pogodbe pri lastnem delodajalcu (javnem zavodu), lahko pa se bo preko podjemne pogodbe vključeval v NZV pri drugem javnem zavodu. Za tako neenako obravnavo ni videti razumnega razloga. Hkrati je ureditev tudi v nasprotju s ciljem, ki ga zasleduje predlog zakona, da bi zdravstveni delavci čim več storitev opravili pri lastnem delodajalcu.*
- *Bolj ugodna davčna obravnava podjemnih pogodb bo veljala le za podjemne pogodbe, ki jih javni zavod sklepa z lastnim zaposlenim, vključno s podjemnimi pogodbami za izvajanje tržnih zdravstvenih storitev. To ustvarja nedopustno davčno razlikovanje napram podjemnim pogodbam, ki jih drugi izvajalci sklepajo za tovrstne storitve, kot tudi napram podjemnim pogodbam, ki jih sklepa javni zavod, a ne z lastnim zaposlenim pač pa z drugimi zdravstvenimi delavci in sodelavci.*

Velja poudariti, da so številni zdravstveni domovi po državi (npr. v Tolminu, Postojni, Gornji Radgoni, Ljutomeru ...) močno odvisni od zunanjega zdravstvenega kadra za zagotavljanje specialističnih ambulant, dežurstev in drugih storitev. Doslej so te strokovnjake pogosto zaposlovali prek samostojnih podjetnikov (s.p.), vendar obstaja tveganje, da zaradi prehoda na podjemne pogodbe mnogi ne bodo več zainteresirani za sodelovanje.

- *NIJZ bo v soglasju z ministrom za zdravje določal vrste zdravstvenih storitev za vsako vrsto zdravstvene dejavnosti, pri čemer bo to veljalo za vse izvajalce, tudi tiste izven javne zdravstvene mreže. Takšno birokratsko razmejevanje vrst dejavnosti pomeni nedopusten poseg v strokovno avtonomijo zdravnikov in zobozdravnikov pri določanju mej strokovnih kompetenc. V tujih ureditvah ni najti sistema, kjer bi se meje zdravniških licenc določale s predpisi, pač pa so te povezane s programom posamezne specializacije. Rigidna ureditev bo povzročila, da številni izvajalci, ki so polno usposobljeni za določene posege, teh ne bodo več mogli izvajati, če storitve ne bodo navedene na seznamu NIJZ. Takšna ureditev pomeni nazadovanje razvoja zdravniške stroke in oviro za njen napredek.*
- *Vlada RS bo lahko določila najvišje cene zdravstvenih storitev v okviru tržne zdravstvene dejavnosti. Vsem prebivalcem bi morale biti zdravstvene storitve, katerih pomanjkanje bi lahko povzročilo resno zdravstveno škodo, zagotovljene v okviru javne zdravstvene mreže v breme ZZZS. Ranljive skupine bi morale tako zaščititi s krepitvijo javne zdravstvene mreže in povečanjem njene dostopnosti, ne pa z reguliranjem cen samoplačniških storitev. S tem ukrepom vlada pričakuje, da bodo socialno ogroženi še vedno sami nosili stroške zdravstvenih storitev, namesto da bi jih krila država, kar dodatno pogloblja socialne neenakosti.*
- *Za pridobitev in izvajanje koncesije bo moral izvajalec ustrezen kader zaposliti in ga ne bo več mogel zagotavljati na drugi zakoniti podlagi. Takšna ureditev je z vidika dostopnosti pacientov do zdravstvenih storitev nerazumna, saj veljajo strožji standardi za koncesionarje, ki morajo imeti zaposlen ves kader, medtem ko lahko javni zavodi kader zagotavljajo tudi na drugih podlagah. Če obveznost zaposlitve prispeva h*

kakovosti obravnave in dostopnosti storitev, bi morala veljati enotno za vse izvajalce, ne glede na njihov pravni status.

- Koncesionarjem bo onemogočeno statusno preoblikovanje in sprememba dejanskega lastnika v času trajanja koncesije, sicer se koncesija odvzame s petletno prepovedjo podelitve nove. Takšna ureditev je nerazumna, saj koncesionar zgolj prilagaja svojo statusno obliko spreminjajočim se potrebam, pri čemer mu država ne zagotavlja jamstev za izgube, kot velja za javne zavode. Do spremembe dejanskega lastnika pa lahko pride v več primerih, ki so izven nadzora koncesionarja, primeroma smrt imetnika poslovnih deležev in posledično njihovo dedovanje. Javni interes, torej dostopnost pacientov do stabilne, pravočasne in kakovostne zdravstvene oskrbe, bi morali zagotavljati z milejšimi vsebinskimi ukrepi, npr. z zahtevo, da storitve še naprej opravljajo zdravstveni delavci z ustreznimi kompetencami. Poleg tega zakon za koncesionarje že uvaja strožjo obveznost, da imajo vse zdravstvene delavce zaposlene, medtem ko za javne zavode to ne velja. S takšnimi omejitvami zakon očitno presega tisto, kar je sorazmerno in potrebno za zagotovitev javnega interesa, medtem ko podobnih obveznosti (kot je obveznost zaposlitve) drugemu tipu izvajalcev – državnim zavodom – sploh ne nalaga.*
- Po oceni Koordinacije pa je pozitivno, da se bo s predlogom zakona bolj podrobno uredilo vprašanje ravnanja z zdravstveno dokumentacijo ob prenehanju izvajalca zdravstvene dejavnosti, vključno z možnostjo njene digitalizacije. S tem bo zagotovljena pravica pacientov do seznanitve oziroma ustreznega ravnanja z njihovo zdravstveno dokumentacijo.*

*S spoštovanjem,
Koordinacija zdravniških organizacij (KZO)*

*za KZO Miha Lukač, dr. med.
vodja KZO v letu 2025*



KZO:

ZZS – predsednica prof. dr. Bojana Beović, dr. med.

SZD – predsednik prof. dr. Radko Komadina, dr.med.

FIDES – predsednik Damjan Polh, dr. med.

SZZZZS – predsednik Miha Lukač, dr. med.