

# **PREDLOG ZAKONA O SPREMEMBAH IN DOPOLNITVAH ZAKONA O NUJNIH UKREPIH ZA ZAGOTOVITEV STABILNOSTI ZDRAVSTVENEGA SISTEMA (ZNUZSZS-B)**

## **I. UVOD**

### **1. OCENA STANJA IN RAZLOGI ZA SPREJEM ZAKONA**

#### **1.1. Javno in zasebno financiranje in izvajanje zdravstva**

Univerzalno dostopno in solidarno financirano zdravstveno varstvo je ena izmed ključnih pridobitev evropskih demokracij po 2. svetovni vojni. Značilnost držav nekdanjega socialističnega bloka je poleg javnega financiranja tudi javno izvajanje zdravstvene dejavnosti tako na primarni kot sekundarni ravni, medtem ko v zahodnoevropskih državah v primarnem varstvu prevladujejo zasebniki, ki so financirani z javnim denarjem in ustrezajo slovenskim koncesionarjem. Druga posebnost je organizacija primarne zdravstvene dejavnosti: medtem ko so na Zahodu to dejavnost do nedavna izvajali posamezni in med seboj organizacijsko nepovezani zdravniki in šele v zadnjih desetletjih nastajajo skupinske prakse različnih oblik vse do popolnega posnemanja zdravstvenih domov, pa so zdravstveni domovi še izpred druge svetovne vojne pogosta oblika oblika organiziranosti primarnega varstva v vzhodnoevropskih državah.

Zdravstveni domovi v Sloveniji so nastali po prvi svetovni vojni. Predstavljajo enotno vstopno točko v celotni zdravstveni sistem. V zdravstvenih domovih naj bi bile tako dostopne vse storitve, ki jih prebivalci potrebujejo za uveljavljanje svojih potreb na primarni ravni (preventivni in kurativni pregledi, osnovne radiološke in ultrazvočne preiskave, laboratorijske preiskave telesnih tekočin, fizioterapija, storitve s področja javnega zdravja itd.) Splošni oziroma družinski zdravnik opravlja tudi funkcijo vratarja za dostop do ostalih ravni zdravstvenega varstva.

V Sloveniji smo zdravstveno dejavnost opredelili kot javno službo. S tem smo ohranili ureditev iz časov SFRJ, ko je bilo zdravstvo del ti. dejavnosti posebnega družbenega pomena. Opredelitev zdravstvene dejavnosti kot javne službe ima še naslednje posledice:

- zakonsko pomeni enako dostopnost vseh državljanov do storitev, ki so predmet javne službe ter ustrezno upravno-pravno varstvo te pravice (kar je učinkoviteje in hitreje kot sodno varstvo v primeru pogodbenih odnosov);
- javna služba pomeni administrativni in tudi ekonomski monopol na posameznem področju, kar pomeni, da brez izrecnega dovoljenja ni možno zasebno izvajati teh dejavnosti;
- državi omogoča neposredne in takojšnje ukrepe na področju izvajanja dejavnosti, ker ni potrebno spreminjati zakona ali pogodb (ta značilnost je prišla do izraza v epidemiji COVID-19, ko je država lahko vplivala na prilagajanje sistema preko vodstev zavodov ter organov upravljanja javnih zavodov);
- pomeni jasno politično in pravno odgovornost države in lokalnih skupnosti, da zagotavlja nemoteno in nepretrgano izvajanje dejavnosti, pri čemer stroške le-te krije tudi iz proračunov;
- za uporabnike pomeni zagotavljanje enake storitve ne glede na območje bivanja ter finančno moč posamezne lokalne skupnosti oz. lokalnih skupnosti;

- država, lokalne skupnosti in nosilci javnih služb so odgovorni za razvoj dejavnosti glede na potrebe (in ne samo za njihovo izvajanje);
- dejavnost je podvržena dodatnemu političnemu nadzoru tako izvoljenih predstavnikov kot tudi uporabnikov.

Gre za sistem, ki je pravno dobro zastavljen, vendar pa je zaradi neustreznega nadzora in številnih parcialnih interesov postal neučinkovit. Poleg tega je doživel v samostojni državi dve veliki spremembi. Javnemu financiranju se je pridružilo doplačevanje storitev iz žepa, sprva v obliki doplačil, nato v obliki zasebnega dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, oboje pa je povečalo regresivnost financiranja zdravstvenega varstva. Druga sprememba je bila uvedba zasebnega dela zdravnikov s koncesijo države, ki je omogočila, da javna zdravstvena blagajna z javnim denarjem financira zasebne izvajalce, ki resda opravljajo delo v javni mreži, vendar za razliko od javnih izvajalcev lahko zase zadržijo dobiček. V dotleji neprofitnem javnem zdravstvu se je pojavil ključni motivator tržnega gospodarstva: dobiček. Posledica tega je, da naraščajoče število zdravnikov hkrati opravlja delo v javnem in zasebnem sektorju oz zmanjševanje zaposlenosti v javnih zdravstvenih zavodih.

Kakovost in obseg zdravstvenega varstva na primarnem nivoju sta odvisna tudi od razvitosti občine in velikosti proračuna. Kar je v nasprotju z ustavno zajamčeno pravico do zdravstvenega varstva (51. Člena Ustave RS), ki pomeni, da mora biti zagotovljen vsem državljanom enak dostop in enaka kakovost storitve ne glede na občino bivanja in ne glede na izvajanje bodisi v javnem zdravstvenem zavodu ali pri koncesionarju.

## **1.2. Neurejena koncesionarska dejavnost**

Pomanjkljiva zakonodaja in nedorečenost koncesijskih aktov in koncesijskih pogodb omogoča naslednje škodljive oziroma vsaj zelo tvegane pojave:

- razveza odgovornosti za razvoj zdravstvene dejavnosti. Koncesionarje ščitita koncesijski akt in koncesijska pogodba. V praksi to pomeni, da koncesionar ni dolžan obravnavati več bolnikov kot je to določeno s koncesijskim aktom ali pogodbo in da tega tudi v primeru izrednih potreb (epidemija, naravna katastrofa, itd.) ni možno spreminjati (svetost pogodbenega razmerja);
- primešanje koncesije (koncesionar sam zagotovi potrebna materialna sredstva in tudi prevzame tveganje uspešnosti podjema) in javno-zasebnih partnerstev (ko zasebniki s svojim vložkom pomagajo pri izgradnji javne infrastrukture in javnega sektorja);
- neupoštevanje zakonsko opredeljenega namena koncesij, kar se kaže v podeljevanju koncesij ne glede na potrebe prebivalstva in obstoječo javno zdravstveno mrežo. Trenutno število podeljenih koncesij je tako preveliko glede na osnovni namen koncesionarstva kot dopolnilne oblike izvajanja javnih služb na posameznih območjih;
- možnost enostavnega vračanja koncesij in neurejenost prevzemanja opredeljenih bolnikov ob prenehanju koncesije. Pomanjkljiva zakonodaja tako sama po sebi generira povečevanje števila bolnikov brez izbranega zdravnika;
- neustrezen nadzor zaradi nerazumevanja položaja koncesionarja v javni zdravstveni mreži. Koncesionar izvaja dejavnost zaradi ustvarjanja lastnega dohodka in dobička. Nadzor bi moral biti usmerjen v omejevanje osebnih dobičkov iz javnih sredstev ter v izpolnjevanje vseh obveznosti delovanja znotraj javnega sektorja;
- politično deklariranje zavzemanja za javne storitve ob hkratnem tihem dopuščanju privatizacije zdravstvene dejavnosti (primer podeljevanje koncesij ob koncu mandata zadnjega in nekaterih prejšnjih ministrov za zdravje);

- dopuščanje prehajanja stroškovno ugodnejših zdravstvenih storitev h koncesionarjem in zasebnikom. V javnem sektorju tako narašča delež storitev, ki so drage in ne omogočajo ustvarjanja presežkov.

### **1.3. Dvojna klinična praksa**

Narašča število zdravnikov in nekaterih drugih zdravstvenih delavcev, zaposlenih v javnem sektorju, ki v prostem času delajo kot zasebniki. Tako delo imenujemo dvojna praksa in ga poznajo v številnih državah, kjer pa je bolj regulirano kot v Sloveniji. V strokovni literaturi na to temo prevladuje naštevanje negativnih posledic dvojne prakse: navzkrižje interesov, manjša motiviranost za delo in manjša storilnost v javnih ustanovah, preusmerjanje lažjih bolnikov in donosnejših storitev iz javnega v zasebni sektor itd. Večji interes za zdravljenje lažjih bolnikov se kaže tudi v zmanjšani dostopnosti do zdravstvene obravnave težjih bolnikov. Ti bolniki ostajajo v javnem sistemu, kar povečuje stroške in povzroča izgubo.

### **1.4. Dvojno plačevanje storitev in preskakovanje vrst**

Pomanjkljivosti javne zdravstvene službe dodatno izkoriščajo tudi zasebne zdravstvene zavarovalnice. Ie te v okviru tržnih zdravstvenih zavarovanj ponujajo selektiven izbor enakih storitev, kar ima za posledico: preskakovanje čakalnih vrst (neenaka obravnava pacientov znotraj javne zdravstvene službe); dodatno pomanjkanje zdravstvenega osebja znotraj javne zdravstvene mreže (storitve zavarovalnic izvajajo skozi dvojno prakso večinoma javni zdravniki, ker so plačala v podjetjih v lasti zdravstvenih zavarovalnic višja); pacienti se še enkrat zavarujejo za storitve, ki jih obsega že javno zavarovanje; zasebne zavarovalnice ustvarjajo dodatne dobičke na področju, ki bi morale biti neprofitno.

### **1.5. Interventna zakona za skrajševanje čakalnih vrst**

Z namenom odpravljanja organizacijskih slabosti zdravstvenega sistema in nedopustno dolgih čakalnih dob ter ob ključnem cilju, zagotoviti enakopravno, primerno, kakovostno in varno zdravstveno obravnavo je Državni zbor septembra 2022 sprejel Zakon o nujnih ukrepih za zagotovitev stabilnosti zdravstvenega sistema. Eno od pomembnejših določil je bilo oblikovanje finančnih vzpodbud za izvajalce zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe. 15. člen tega zakona je določal, da 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 (v nadaljnjem besedilu: redni obseg programa zdravstvene dejavnosti), zagotovi plačilo po realizaciji za vse tako opravljene zdravstvene storitve brez sklenitve posebne pisne pogodbe«.

Analiza preliminarnih rezultatov je pokazala, da so se v letu 2022 v primerjavi s prejšnjimi leti razmere poslabšale. Dodatni denar se je prednostno pretakal v zasebni sektor. V nekaterih panogah, kjer so čakalne dobe najdaljše, je bila opazna selitev manj zahtevnih storitev v zasebni sektor. Število pacientov, ki nedopustno dolgo čakajo na določeno storitev, se je povečalo, zmanjšalo se je število bolnišničnih obravnav. Povečalo se je tudi število pacientov brez izbranega osebnega zdravnika.

Opazni so bili še drugi negativni vplivi:

- neselektivno plačevanje katerihkoli in vseh storitev je v praksi ukinilo splošni princip koordinirane alokacije razpoložljivih javnih sredstev in razdira mrežo javnega zdravstva na primarni in sekundarni ravni;

- dodatno financiranje ni sledilo potrebam prebivalstva na določenem geografskem območju;
- povečal se je obseg selitev zdravnikov iz javnega sektorja k zasebnim izvajalcem s koncesijo ali brez nje;
- povečujejo se medregijske razlike v številu zdravstvenih delavcev in neenaka dostopnost do storitev v primarnem zdravstvenem varstvu;
- pacienti so primorani v selitev za družinskimi zdravniki na bolj oddaljena območja.

Povezava med zmanjšanjem števila določenih storitev v javnem sektorju in porastom v zasebnem je tako pogosta, da ne more biti dvoma o njeni vzročnosti: v javnih zavodih se je storilnost zmanjšala, čakalne dobe so se podaljšale, javni zdravniki pa se selijo h koncesionarjem, kjer so bolje plačani in kjer izvajajo praviloma manj tvegane storitve, izbirajo pa tudi storitve, ki so zaradi zastarelih cen preplačane in zato bolj donosne. Neselektivna spodbuda ni povečala števila najbolj potrebnih storitev, temveč najbolj donosnih. Povečan obseg dela pri zasebnikih pretežno zagotavljajo javni zdravniki z dvojno prakso, v javnih ustanovah pa se število pacientov, ki čakajo nedopustno dolgo, povečuje.

Zakon o nujnih ukrepih za zagotovitev stabilnosti zdravstvenega sistema iz septembra 2022 je prispeval k opisanim negativnim trendom zlasti s svojim določilom, da bo iz dodatnih sredstev zagotovljeno plačilo vseh zdravstvenih storitev nad obsegom programa, dogovorjenim z ZZS. To je zasebnim izvajalcem s koncesijo omogočilo, da so povečali izvajanje enostavnejših in donosnejših storitev, medtem ko javni izvajalci take selekcije ne smejo opravljati. Poleg tega zakon ni poskrbel za primerne spodbude, ki bi zdravnike motivirale, da bi dodatno delo opravljali v javnih zavodih in ne pri zasebnikih. Državni zbor je z novim Zakonom o nujnih ukrepih za zagotovitev stabilnosti zdravstvenega sistema ZNUZSZS-A (Uradni list RS, št. 76/23 z dne 12. 7. 2023) nekatere od slabosti prejšnjega istoimenskega zakona skušal odpraviti. Zakon je spremenil 15. člen ZNUZSZS tako, da še vedno omogoča plačilo zdravstvenih storitev po realizaciji, vendar le za izbrane zdravstvene storitve. Te storitve bo na podlagi podatkov Nacionalnega inštituta za javno zdravje, na predlog nabora zdravstvenih storitev, ki ga bo pripravil Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (Zavod), določila vlada. Ukrep usmerja izvajalce k točno določenim skupinam zdravstvenih storitev, kjer so čakalne dobe najdaljše in je zdravstvena korist največja, posledično pa se prilagaja dejanskim razmeram v zdravstvenem sistemu. Izvajalci lahko izvajajo te zdravstvene storitve, če so predhodno v celoti izpolnili redni obseg programa za izbrane vrste zdravstvenih storitev.

Predlagatelji menimo, da tudi ta interventni zakon ni v zadostni meri odpravil slabosti prejšnjega interventnega zakona. Predvsem ni določil delovnih obveznosti (normativov) v rednem delovnem času kot podlag za ugotavljanje, kdaj posamezniku pripada dodatno plačilo. Prav tako ni določil spodbud, ki bi zdravstvene delavce motivirale za večjo produktivnost v rednem delovnem času, in tudi ne ukrepov, ki bi zaustavili kadrovsko siromašenje ter nelojalno konkurenco javnim zavodom, ki je posledica pomanjkljive regulacije koncesionarstva in dopuščanja dela v dvojni klinični praksi.

## **2. CILJI, NAČELA IN POGLOVITNE REŠITVE ZAKONA**

### **2.1. Cilji**

Naštete ključne probleme na področju zdravstvenega varstva doživljajo državljani in državljanke kot nedopustno dolge čakalne dobe, nedostopnost zdravnikov v primarnem zdravstvenem varstvu (po zadnjih podatkih že skoraj 150.000 pacientov nima izbranega

osebnega zdravnika) in spodbujanje preskakovanja čakalnih vrst s pomočjo zasebnih zavarovanj. Cilji zakona so spremeniti in dopolniti nekatera določila ZNUZSZS in s tem povečati uresničljivost njegovega cilja, ki je smotrnejša, učinkovitejša in ciljno usmerjena poraba sredstev, ki so namenjena realizaciji zdravstvenih storitev z dolgimi čakalnimi dobami.

Cilji predlaganega zakona so v omejenem okviru možnosti, ki jih daje interventni zakon, naslednji:

1. skrajšati čakalne dobe na prve preglede in ostale storitve,
2. zagotoviti vsakemu prebivalcu dostop do osebnega zdravnika,
3. zaščititi in okrepiti javno izvajanje zdravstvene dejavnosti.

## **2.2. Načela**

### **1. Načelo zakonitosti**

Zakoni, podzakonski predpisi in drugi splošni akti morajo biti v skladu z ustavo. V skladu s četrtem odstavkom 153. člena Ustave Republike Slovenije (Uradni list RS, št. 33/91-I, 42/97 – UZS68, 66/00 – UZ80, 24/03 – UZ3a, 47, 68, 69/04 – UZ14, 69/04 – UZ43, 69/04 – UZ50, 68/06 – UZ121,140,143, 47/13 – UZ148, 47/13 – UZ90,97,99, 75/16 – UZ70a in 92/21 – UZ62a) morajo posamični akti in dejanja državnih organov, organov lokalnih skupnosti in nosilcev javnih pooblastil temeljiti na zakonu ali na zakonitem predpisu.

### **2. Načelo socialne države**

Načelo socialne države daje zakonodajalcu široko polje proste presoje pri zagotavljanju in uresničevanju socialne varnosti njegovih državljanov. Načelo je povezano z načelom vzajemnosti in solidarnosti.

### **3. 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.

### **4. Načelo enakosti**

Načelo enakosti pomeni enako dostopnost, uporabo in kakovost zdravstvenih storitev za enake potrebe ne glede na spol, starost, raso, vero, etnično pripadnost, gmotno stanje, družbeni položaj, sposobnosti plačila ali druge osebne okoliščine pacienta.

## **2.3. Poglavitne rešitve**

**1. Skrajšanje čakalnih dob.** Vse javne zdravstvene ustanove na sekundarni ravni z nedopustno dolgimi čakalnimi dobami morajo v roku enega meseca pripraviti akcijski načrt dela. Načrt mora vsebovati konkretne ukrepe za skrajšanje čakalnih dob v naslednjih dvanajstih mesecih ter biti opredeljen po posameznih oddelkih, področjih in vrstah storitev. Vse ustanove imajo na razpolago dodatna finančna sredstva za plačilo dodatnega dela zdravstvenega osebja za

krajšanje vrst. Plačilo presežnega dela se izvaja po drugačnem ključu kot to velja za plačilo rednega dela. Ker delovni normativi za delo v rednem delovnem času ne obstajajo, pripravi na podlagi povprečne storilnosti v Sloveniji v preteklih dvanajstih mesecih Ministrstvo za zdravje začasne delovne normative za vsa poglavitna delovna področja in posamezne vrste ambulant. Zdravniki in timi, ki te normative presegajo, so finančno stimulirani za delovno uspešnost ne glede na to, ali jih presegajo v rednem delovnem času ali izven njega.

**2. Dostop do osebnega zdravnika, ginekologa in pediatra za vsakega.** Zakon določa, da prag, nad katerim lahko zdravnik v primarnem zdravstvenem varstvu odkloni opredeljevanje novih pacientov, postane 10 % višji, kot je njihov glavarinski normativ. Za vsakega pacienta nad glavarinskim normativom dobi tim zdravstvenih delavcev dodatno plačilo. Zdravnike na primarni ravni se dodatno razbremeni administrativnega dela s povečanjem tima in prenosom kompetenc na druge člane tima. Z dvigom za 10% bi zagotovili, da imajo vsi prebivalci dejansko razpoložljiva prosta mesta pri izbranih zdravnikih, česar trenutna ureditev ne omogoča, saj bi glede na število prebivalcev in zdravnikov ob doslednem upoštevanju normativa trenutno več kot 300.000 oseb ostalo brez svojega izbranega zdravnika.

**3. Omejitev zasebnega izvajanja javnih zdravstvenih storitev.** Z namenom, da se zaustavi proces zasebnega izvajanja javnih zdravstvenih storitev, se prekličejo se vsa obstoječa soglasja za delo zdravnikov izven matične institucije. Dovoljenja za delo v dvojni praksi lahko izdajo samo ustanove ali oddelki, ki so ministrstvu že posredovale svoj akcijski načrt skrajševanja čakalnih vrst in lahko izkažejo, da nimajo nedopustno dolgih čakalnih dob in da že v polnosti izkoriščajo vse svoje kapacitete za dodatno delo za zdravnike, ki presegajo vzpostavljene delovne normative. Vsako posamezno dovoljenje mora odobriti ministrstvo za zdravje oziroma Urad za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu.

Zakon je interventen in njegova določila veljajo do navedenih datumov oziroma do sprejetja ustreznih sistemskih zakonov.

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

Zakon ne bo imel dodatnih finančnih posledic za državni proračun in druga javna finančna sredstva. Sredstva za storitve nad rednim programom so zagotovljena, njihova poraba pa je nadzorovana, tako da ne more priti do njihovega preseganja.

### **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**

Zakon ne predvideva porabe dodatnih proračunskih sredstev v obdobju, za katero je bil državni proračun že sprejet. Proračunska sredstva za izvajanje zakona so zagotovljena v sprejetih proračunih 2023 in 2024 na proračunski postavki 221206 financiranje storitve nad rednim obsegom programa zdr.dej.15. člen ZNUZSZS in ukrepu številka 2711-22-0039.

### **5. PRIKAZ UREDITVE V DRUGIH PRAVNIH SISTEMIH IN PRILAGOJENOSTI PREDLAGANE UREDITVE PRAVU EVROPSKE UNIJE**

Vsebina, ki se ureja s predlogom zakona, ni predmet urejanja s pravom EU.

Glede posega v Zakon o nujnih ukrepih za zagotovitev stabilnosti zdravstvenega sistema je primerjana ureditev smiselno povzeta po predlogu zakona ZNUZSZS-A), ki ga je na predlog Vlade sprejel Državni zbor 30. junija 2023:

## **Nemčija**

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.

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 ponavadi delajo v zasebnih ordinacijah, pri čemer za zavarovane osebe registracija pri osebem 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.

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

## **Nizozemska**

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 obišejo 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 pogajanja 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 prioritete. 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 zaposlovana 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

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.

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 ambulante 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 ambulante 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**

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.

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.«

## **Velika Britanija**

V Angliji 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 njeno okrilje.

Za zagotavljanje zdravstvenih storitev, sklepanje pogodb z izvajalci in plačevanje storitev na primarni ravni so odgovorne organizacije primarnega zdravstvenega varstva (*primary care organisation*). Prebivalci imajo pravico do proste izbire zdravnika, ki mora praviloma prebivati znotraj določenih geografskih mej. Ta mora posameznika potrditi oziroma sprejeti in uvrstiti na seznam pacientov NIH. Če posameznik ne more najti zdravnika, ki bi ga sprejel in vpisal, to lahko stori organizacija primarnega zdravstvenega varstva proti volji zdravnika. Zdravniki na primarni ravni so v 66 % zasebniki, ki imajo pogodbo z NHS in so plačani po storitvah, po glavarinskem modelu in po kakovosti. Zasebnikov brez pogodbe, ki postavljajo lastne cene storitev, je manj kot 3 %. Zdravniki posamezniki se tudi v osnovnem zdravstvu umikajo multidisciplinarnim skupinskim praksam.

Javne bolnišnice večinoma upravlja NHS. Večina financiranja javnih bolnišnic je zagotovljena s strani lokalnih zdravstvenih organov (*primary care trusts*), ki jim potrebna sredstva zagotavlja vlada. Specialisti na sekundarni ravni so večinoma uslužbenci NHS na plačah. 55 % teh zdravnikov v omejenem obsegu opravlja nekaj privatnega dela, vendar se njihovo število zmanjšuje, ker se razkorak med plačilom v javnem in zasebnem sistemu zmanjšuje. Bolnišnice so plačane po enotnih nacionalnih tarifah, od tega gre glavnina (60 %) na račun SP. Prihodki bolnišnic niso vnaprej omejeni. Privatne bolnišnice niso povezane z javnim sistemom in le občasno opravljajo zanj nekatere deficitarne storitve; NHS za ta namen porabi manj kot 4 % vseh sredstev za bolnišnice.

## **6. PRESOJA POSLEDIC, KI JIH BO IMEL SPREJEM ZAKONA**

### **6.1 Presoja administrativnih posledic**

**a. v postopkih oziroma poslovanju javne uprave ali pravosodnih organov:**

Predlog zakona nima posledic v postopkih oziroma poslovanju javne uprave ali pravosodnih organov.

**b. pri obveznostih strank do javne uprave ali pravosodnih organov:**

Predlog zakona nima posledic pri obveznostih strank do javne uprave ali pravosodnih organov.

**6.2 Presoja posledic za okolje, vključno s prostorskimi in varstvenimi vidiki, in sicer za:**

Predlog zakona nima posledic za okolje.

**6.3 Presoja posledic za gospodarstvo, in sicer za:**

Predlog zakona nima posledic za gospodarstvo.

**6.4 Presoja posledic za socialno področje, in sicer za:**

Predlog zakona prinaša pozitivne posledice za zdravstveni sistem in dostopnost do zdravstvenih storitev ter pozitivne učinke na zdravje posameznikov in s tem javno zdravje v Republiki Sloveniji.

**6.5 Presoja posledic za dokumente razvojnega načrtovanja, in sicer za:**

Predlog zakona nima posledic za dokumente razvojnega načrtovanja.

**6.6 Presoja posledic za druga področja**

Predlog zakona nima posledic za druga področja.

**6.7 Izvajanje sprejetega predpisa:**

**a) Predstavitev sprejetega zakona:**

Sprejeti zakon bo predstavljen na spletni strani Ministrstva za zdravje.

**b) spremljanje izvajanja sprejetega predpisa**

V okviru svojih pristojnosti bo izvajanje sprejetega predpisa spremljalo Ministrstvo za zdravje.

**6.8 Druge pomembne okoliščine v zvezi z vprašanji, ki jih ureja predlog zakona**

V zvezi z vprašanji, ki jih ureja predlog zakona, ni drugih pomembnih okoliščin.

**7. PRIKAZ SODELOVANJA JAVNOSTI PRI PRIPRAVI PREDLOGA ZAKONA:**

Zakon je oblikovala in pripravila civilna iniciativa Glas ljudstva glede na večje število javnih in strokovnih posvetov, odprtih tribun ter manifestacij z udeležbi in aktivnim sodelovanjem širše javnosti.

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

Zakon so brezplačno pripravili strokovni sodelavci civilne iniciative Glas ljudstva.

## **9. NAVEDBA, KATERI PREDSTAVNIKI PREDLAGATELJA BODO SODELOVALI**

### **PRI DELU DRŽAVNEGA ZBORA IN DELOVNIH TELES**

- dr. Dušan Keber
- Katarina Rotar
- Jaša Jenull
- dr. Brigita Skela Savič

## II. BESEDILO ČLENOV

### I. DEL

#### SPLOŠNA DOLOČBA

##### 1. člen

(vsebina)

S tem interventnim zakonom se za odpravo slabosti pri izvajanju javne zdravstvene dejavnosti, kot so: nedopustno dolge čakalne dobe, veliko število pacientov brez izbranega osebnega zdravnika, neučinkovita izraba zmogljivosti (kader, oprema, prostor), kadrovsko siromašenje javnega zdravstva, delo v dvojni praksi, neurejena koncesionarska dejavnost in vnašanje tržne dejavnosti v javno zdravstveno službo. Zakon spreminja in dopolnjuje začasne ukrepe Zakona o nujnih ukrepih za zagotovitev stabilnosti zdravstvenega sistema (ZNUZSZS).

### II. DEL

#### SPREMEMBE IN DOPOLNITVE ZAKONOV

##### 2. člen

V Zakonu o nujnih ukrepih za zagotovitev stabilnosti zdravstvenega sistema (Uradni list RS, št. 100/22 in 141/22 – ZNUZSZS) se v Poglavju III. DEL, Odstop od določb posameznih zakonov, 1. Zakon o zdravstveni dejavnosti, besedilo 13. člena nadomesti z:

“13. člen

(podaljšanje koncesije)

- (1) Minister, pristojen za zdravje, pripravi nov enoten koncesijski akt in novo splošno koncesijsko pogodbo za področje zdravstva. Nove koncesijske pogodbe se sklepajo izključno na podlagi tega akta in pogodbe.
  
- (3) Ukrep iz tega člena velja do 31. decembra 2024.”

##### 3. člen

V Zakonu o nujnih ukrepih za zagotovitev stabilnosti zdravstvenega sistema (Uradni list RS, št. 100/22 in 141/22 – ZNUZSZS) se v Poglavju IV. DEL, Začasni ukrepi, se za 16. členom ZNUZSZS dodajo členi 16a, 16b, 16c, 16č, 16d, 16e in 16f.

##### “16a. člen

(zagotavljanje dostopnosti do osebnega zdravnika)

- (1) Zdravniki v osnovnem zdravstvenem varstvu so dolžni opredeljevati paciente do praga, ki je 10 % višji od njihovega glavarinskega normativa, kakor ga določa Priloga k Uredbi

o spremembah Uredbe o določitvi višine dodatka za povečan obseg dela za posebne obremenitve in dodatka za zaposlitev dodatnega zdravstvenega kadra (Uradni list RS, št. 146/22).

- (2) Preseganje dogovorjenega programa primarne zdravstvene dejavnosti je možno za paciente s stalnim ali začasnim bivališčem v občini ustanoviteljici zdravstvenega doma in za paciente, ki zaradi dnevnih migracij preživijo del dneva na območju občine ustanoviteljice drugih zdravstvenih domov ali imajo druge utemeljene razloge za opredeljevanje v drugem območju. Gravitacijsko območje koncesionarja se pokriva z gravitacijskim območjem najbližjega zdravstvenega doma.
- (3) Timom zdravstvenih delavcev se prizna plačilo v višini 15 eur mesečno bruto za vsakega opredeljenega pacienta nad glavarinskim normativom, ki ga določa Priloga k Uredbi o spremembah Uredbe o določitvi višine dodatka za povečan obseg dela za posebne obremenitve in dodatka za zaposlitev dodatnega zdravstvenega kadra (Uradni list RS, št. 146/22). Ta znesek se med člane tima deli v razmerju njihovih osnovnih bruto plač. Plačilo za vsakega pacienta nad 30% sedanjega normativa znaša 10 eur, nad 50 % pa 5 eur.
- (4) Ukrepi iz tega člena veljajo do 31. decembra 2025.

#### **16b. člen**

(administrativna razbremenitev osebnih zdravnikov)

- (1) Določijo se naslednje razbremenitve dela timov v primarnem zdravstvenem varstvu:
  - Ne glede na 46. člen Zakona o zdravstveni dejavnosti lahko napotnico za specialistične preglede in obravnave izdaja tudi napotni specialist in o tem obvesti izbranega zdravnika.
  - Ne glede na 80. člen Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju lahko začasno zadržanost od dela iz razlogov, povezanih z nosečnostjo, porodom in reproduktivnim zdravjem odobrijo tudi ginekologi v primarnem zdravstvenem varstvu.
- (2) Ukrepi iz tega člena veljajo do 31. decembra 2025.

#### **16c. člen**

(odsotnost z dela brez zdravniškega potrdila)

- (1) Ne glede na 29., 31. in 35. člen 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 in 36/19, v nadaljnjem besedilu: ZZVZZ), tretji in osmi odstavek 137. ter prvi odstavek 167. člena Zakona o delovnih razmerjih (Uradni list RS, št. 21/13, 78/13 – popr., 47/15 – ZZSDT, 33/16 – PZ-F, 52/16, 15/17 – odl. US, 22/19 – ZPosS in 81/19; v nadaljnjem besedilu: ZDR-1) in 54. člen Zakona o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 15/08 in 55/17) je lahko delavec odsoten z dela zaradi

bolezni brez potrčila o upravičeni zadržanosti od dela, ki ga izda izbrani osebni zdravnik, do tri zaporedne delovne dni v kosu (v nadaljnjem besedilu: kratkotrajna odsotnost zaradi bolezni), in sicer v skupnem trajanju do 10 dni na leto.

- (2) Delavec o vsakokratni kratkotrajni odsotnosti zaradi bolezni pisno ali elektronsko obvesti delodajalca prvi dan odsotnosti. Delavec v času koriščenja kratkotrajne odsotnosti zaradi bolezni ne sme opravljati pridobitne dejavnosti ali se gibati izven kraja svojega bivanja.
- (3) Nadomestilo za čas kratkotrajne odsotnosti z dela zaradi bolezni se obračuna v višini nadomestila, ki ga delodajalec obračuna in plača delavcu zaradi bolezni v skladu z osmim odstavkom 137. člena ZDR-1.
- (4) Nadomestilo iz tretjega odstavka tega člena se ne izplača, če delavec ravna v nasprotju z drugim odstavkom tega člena.
- (5) Nadzor nad izvajanjem ukrepa iz tega člena opravlja ZZS.
- (6) Ukrepi iz tega člena veljajo do 31. decembra 2025.

## **16č. člen**

(začasni delovni normativ)

- (1) Javni zdravstveni zavodi na sekundarni in terciarni ravni (zavodi) pripravijo lastno oceno časa, porabljenega za delo zdravnikov:
  - za vsako od storitev, plačano od ZZS;
  - za bolniško oskrbni dan (BOD) po zahtevnosti obravnave in BOD v dnevni bolnišnici;
  - za operativne posege, razdeljene v tri skupine po zahtevnosti posega;
  - za prvi ambulantni pregled ločeno in skupno za druge vrste pregledov;
  - druge storitve, ki jih ni mogoče zajeti v eni od prejšnjih skupin.
- (2) Zavodi v sodelovanju z ZZS pripravijo podatke o:
  - številu opravljenih storitev, plačanih s strani ZZS;
  - številu storitev iz prejšnje alineje, ki so vključene v SPP in jih ZZS ne plačuje posebej;
  - številu opravljenih BOD po zahtevnosti obravnave;
  - številu operativnih posegov, razdeljenih v tri skupine po zahtevnosti posega;
  - številu ambulantnih pregledov ločeno na prve preglede in druge vrste pregledov;
  - številu drugih storitev, ki jih ni mogoče zajeti v eni od prejšnjih skupin;
- (3) Zavodi na podlagi podatkov iz prvega in drugega odstavka izračunajo potrebni čas dela zdravnikov za vse opravljene storitve.

- (4) Zavodi pripravijo za vse redno zaposlene zdravnike (specialist, specializant) in zdravnike, zaposlene po pogodbah, pregled dejanske prisotnosti na delovnem mestu v zadnjem letu (2022). Ob upoštevanju njihovega efektivnega delovnega časa izračunajo efektivni čas vseh zdravnikov v zavodu v letu 2022.
- (5) Zavodi posredujejo podatke iz 1., 3. in 4. odstavka Ministrstvu, pristojnemu za zdravje, v roku enega meseca po začetku veljavnosti tega zakona.
- (6) Ministrstvo za zdravje na podlagi primerjave časovnih normativov za primerljive storitve vseh zavodov določi začasne časovne nacionalne normative za storitve iz prvega odstavka. Preseganje nacionalnih časovnih normativov je podlaga za plačilo presežnega dela zavodov in za nagrajevanje presežnega dela zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev.
- (7) Ukrepi iz tega člena veljajo do 31. decembra 2025.

#### **16d. člen**

(akcijski načrt za skrajševanje čakalnih vrst)

- (1) Uprave javnih zdravstvenih zavodov v roku 2 mesecev od dneva uveljavitve tega zakona pripravijo akcijske načrte za dostopnost pacientov do izbranega osebnega zdravnika oziroma za skrajšanje čakalnih dob.
- (2) Akcijski načrti javnih zdravstvenih zavodov na primarni ravni vsebujejo nabore ukrepov, ki bodo zmanjšali število pacientov brez izbranega zdravnika. Akcijski načrti javnih zdravstvenih zavodov na sekundarni in terciarni ravni vsebujejo nabore ukrepov za vsako področje, na katerem so evidentirane nedopustno dolge čakalne dobe za diagnostične in terapevtske storitve in na katerem so čakalne dobe za prvi pregled daljše od 30 dni. Načrte za posamezna področja pripravijo vodje oddelkov v sodelovanju z upravo, potrdijo pa jih nadzorni sveti zavodov. Akcijski načrti morajo vsebovati finančno opredelitev stroškov preseganja obstoječega rednega programa, ki pa mora upoštevati pričakovani redni obseg dela na podlagi začasnih nacionalnih normativov.
- (3) Izvajalci predložijo akcijski načrt Ministrstvu, ki po potrebi naloži posameznim zavodom dodatne ukrepe. Nadzor nad izvedbo akcijskih načrtov in doseganjem ciljev je v pristojnosti Urada za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu.
- (4) Sredstva, potrebna za izvajanje akcijskih načrtov, ki presegajo obseg rednega programa, kot je opredeljen za zmanjšanje razlik v storilnosti med zavodi v 2. odstavku tega člena, se zagotavljajo v skladu s 7. odstavkom 15. člena ZNUZSZS.
- (5) Ukrepi iz tega člena veljajo do 31. decembra 2025.

#### **16e. člen**

(nagrajevanje preseganja rednega programa)

- (1) Posamezen zdravstveni delavec na področju sekundarne in terciarne zdravstvene dejavnosti je plačan iz naslova preseganja rednega programa, če opravi več storitev, kot jih je mogoče pričakovati na podlagi delovnega časa in začasnih



nacionalnih normativov. O opravljenih storitvah vodi dnevnik, ki ga potrdi nadrejeni zdravstveni delavec. Plačilo ni vezano na to, ali je bilo presežno delo opravljeno v rednem delovnem času ali izven njega.

- (2) Delo, ki presega redni program, se zdravstvenim delavcem plača iz cene zdravstvene storitve po odbitku materialnih stroškov. Ta ostanek cene se razdeli med člane tima, ki opravljajo storitev, v razmerju njihovih osnovnih bruto plač in porabljenega časa za storitev.
- (3) Izvajanje zdravstvenih storitev v okviru rednega programa zdravstvene dejavnosti in njegovega preseganja spremlja ZZS, ki ministru, pristojnemu za zdravje, posreduje poročila o obsegu izvajanja zdravstvenih storitev iz tega člena. Podrobnejšo vsebino, način poročanja in ostanek cene storitve, ki si jo razdelijo zdravstveni delavci, določi minister, pristojen za zdravje.
- (4) Ukrepi iz tega člena veljajo do 31. decembra 2025

#### **16f. člen**

(omejitev zasebnega izvajanja javnih zdravstvenih storitev)

- (1) Direktorji zdravstvenih zavodov prekličejo vsa obstoječa soglasja, izdana po 53.b členu Zakona o zdravstveni dejavnosti, za delo pri drugih izvajalcih zdravstvene dejavnosti.
- (2) Dovoljenja za tako delo (delo v dvojni praksi) lahko izdajo samo ustanove ali oddelki, ki so Ministrstvu posredovali akcijski načrt za zmanjševanje čakalnih vrst v skladu s 16d. členom tega zakona, in izkazujejo, da nimajo nedopustno dolgih čakalnih dob ali da že v polnosti izkoriščajo vse svoje kapacitete za dodatno delo za zdravnike, ki presegajo delovne normative iz 16č. člena tega zakona.
- (3) Vsako posamezno dovoljenje za delo pri drugih izvajalcih zdravstvene dejavnosti mora odobriti Ministrstvo, pristojno za zdravje.
- (4) Ukrepi iz tega člena veljajo do 31. decembra 2025"

### **III. DEL**

#### **PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE**

##### **4. člen**

(izvajanje določb zakona)

- (1) Minister, pristojen za zdravje, najpozneje v enem mesecu po začetku veljavnosti tega zakona pripravi nov enoten koncesijski akt in novo splošno koncesijsko pogodbo za vse ravni zdravstvenega varstva iz 1. odstavka spremenjenega 13. člena. Spremenjeni 13. člen zakona se začne uporabljati tri mesece po uveljavitvi tega zakona, do takrat pa se uporablja 13. člen Zakona o nujnih ukrepih za zagotovitev stabilnosti zdravstvenega sistema (Uradni list RS, št. 100/22, 141/22 – ZNUNBZ in 76/23).

- (2) Uprave vseh javnih zdravstvenih zavodov v roku 2 mesecev od dneva uveljavitve tega zakona pripravijo akcijske načrte za dostopnost pacientov do izbranega osebnega zdravnika (velja za zdravstvene zavode na primarni ravni) oziroma za skrajšanje čakalnih dob (velja za zdravstvene zavode na sekundarni in terciarni ravni) iz novega 16.d člena ter jih posredujejo Ministrstvu, pristojnemu za zdravje.
- (3) Uprave vseh javnih zdravstvenih zavodov v sodelovanju z ZZSZ v roku 1 meseca od dneva uveljavitve tega zakona posredujejo podatke, opredeljene v prvih štirih odstavkih novega 16.č člena tega zakona Ministrstvu, pristojnemu za zdravje.
- (4) Minister, pristojen za zdravje, najpozneje v dveh mesecih po začetku veljavnosti tega zakona pripravi Uredbo o začasnih nacionalnih delovnih normativih zdravstvenega kadra v sekundarnem zdravstvu iz novega 16.č člena.
- (5) Minister, pristojen za zdravje, najpozneje v dveh mesecih po začetku veljavnosti tega zakona pripravi Uredbo o določitvi višine dodatka za povečan obseg dela za zdravstvene delavce iz novega 16.e člena, ki se prične uporabljati en mesec po njeni uveljavitvi.
- (6) Direktorji zdravstvenih zavodov v roku 14 dni od dneva uveljavitve tega zakona prekličejo vsa obstoječa soglasja svojih zaposlenih, izdana po 53.b členu Zakona o zdravstveni dejavnosti, za delo pri drugih izvajalcih zdravstvene dejavnosti.

## **8. člen**

(začetek veljavnosti)

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

## **III. OBRAZLOŽITVE ČLENOV**

### **OBRAZLOŽITEV**

#### **K 1. členu**

Člen opredeljuje vsebine, ki jih zakon ureja.

#### **K 2. členu**

Člen nadomešča 13. člen Zakona o nujnih ukrepih za zagotovitev stabilnosti zdravstvenega sistema (Uradni list RS, št. 100/22 in 141/22 – ZNUZSZS). Nadomeščeni člen določa, da se koncesiji, katere obdobje podelitve se izteče v času veljavnosti tega interventnega zakona, podaljša obdobje podelitve koncesije za dve leti.

Novi člen ta interventni ukrep ukinja in vrača podaljševanje koncesij pod določila izvirnega zakonskega določila ZZDej (43. člen), ki v trenutni obliki ne omogoča podaljševanja obdobja koncesijskih pogodb temveč ob izteku pogodbenega obdobja koncesionarja zahteva javni razpis, na katerem lahko konkurirajo vsi zainteresirani ponudniki zdravstvenih storitev.

Novi člen Ministrstvu, pristojnemu za zdravje nalaga pripravo novega enotnega koncesijskega akta in novih splošnih koncesijskih pogodb za vse ravni zdravstvenega varstva, ki bodo prednostno varovale javni interes in interese uporabnikov zdravstvenega sistema pred potencialnimi praksami nelojalne konkurence oziroma pred izogibanjem zakonsko opredeljenih obveznosti s strani koncesionarjev. Ker večina pravic in dolžnosti koncesionarjev izhaja neposredno iz njihovih sklenjenih koncesijskih pogodb je poglobitni možni način regulacije njihovega delovanja preko zakonskih obveznosti in omejitev opredeljenih v teh pogodbah. Zato je v tem členu zakonu oblikovanje novih bolj ustrezno oblikovanih pogodb ter enotnega koncesijskega akta postavljeno kot nujen predpogoj sklepanja novih pogodb, ki bodo v večji meri zagotovile varovanje javnega interesa in interesa uporabnikov zdravstvenega sistema.

### **K 3. členu**

Ta člen dodaja ZNUZSZS v Poglavlju IV. DEL, ZAČASNI UKREPI, za 16. členom sedem dodatnih členov (16a, 16b, 16c, 16d, 16e, 16f, 16g).

**16a. člen** omogoča večjo dostopnost do osebnega zdravnika. Ključno določilo je zvišanje praga, nad katerim lahko zdravniki v osnovnem zdravstvenem varstvu odklanjajo nove paciente, za 10%. Odstotek ustreza deležu zavarovancev, ki so trenutno brez izbranega zdravnika. To določilo formalno ne pomeni preseganje obstoječega glavarinskega količnika, temveč interventno povečanje delovne obveznosti, ki je tudi dodatno nagrajeno. Člen določa, da se dodatno delo javnih zdravnikov in koncesionarjev izvaja le za paciente z bivališčem na gravitacijskem območju zdravstvenega doma in s tem preprečuje, da bi morali pacienti iskati izbranega zdravnika na oddaljenih lokacijah. Člen določa bruto plačilo 15 eur mesečno za vsakega opredeljenega pacienta nad glavarinskim normativom. Pri tem plačilu so udeleženi vsi člani tima v razmerju njihovih osnovnih bruto plač. Plačilo za vsakega pacienta nad 30% sedanjega normativa se zmanjša na 10 eur, nad 50 % pa 5 eur, s čemer se destimulira pretirano novačenje pacientov, ki bi vplivalo na kakovost obravnave.

**16b. člen** določa razbremenitve dela timov, namenjene temu, da ob povečanem številu obravnavanih bolnikov ne pride do zmanjšanja kakovost obravnave. V prvem odstavku določa, da lahko napotnico za specialistične preglede in obravnave izdaja tudi napotni specialist in o tem obvesti izbranega zdravnika. S temse znatno razbremeni administrativno obremenitev osebnih zdravnikov, ker predstavlja ponovna izdaja napotnic za paciente, ki so že v obravnavi pri specialistvu velik del njihovega bremena, ki pa sicer ne vpliva na potek ali kvaliteto zdravljenja pacienta.

V drugem odstavku zakon določa, da lahko začasno zadržanost od dela iz razlogov, povezanih z nosečnostjo, porodom in reproduktivnim zdravjem odobrijo tudi ginekologi v primarnem zdravstvenem varstvu. Ukrep predstavlja smiselno razbremenitev saj so ginekologi tisti, ki postavijo diagnozo in odredjajo terapijo na ginekološkem področju in so kot taki kvalificirani, da ocenijo ali je zadržanost od dela primeren in potreben ukrep. S to spremembo se razbremeni osebne zdravnike, ki trenutno v tovrstnih primerih v praksi zadržanost od dela odobrijo glede na podano diagnozo ginekologa.

**16c. Člen** bistveno lajša administrativno obremenitev osebnih zdravnikov s tem da vzpostavlja možnost krajše odsotnosti z dela zaradi bolezni brez potrdila osebnega zdravnika. Pisanje zdravniških potrdil o upravičeni odsotnosti zaradi kratkotrajnih boleznih namreč trenutno predstavlja izjemno velik del administrativnega bremena osebnih zdravnikov hkrati pa se že zdaj trenutno v primarni praksi opravlja v večini primerov preko samo-diagnoze pacientov.

**16č. Člen** določa, da javni zdravstveni zavodi na sekundarni in terciarni ravni pripravijo lastno oceno časovnih normativov za delo zdravnikov in določa okvirno metodologijo za to pripravo. Metodologija temelji na izvajalcem prepuščeni arbitrarni oceni, koliko časa potrebuje zdravnik ali tim zdravnikov za storitve, ki jih plačuje ZZS ali jih zdravstveni zavodi opravijo v okviru SPP (skupin primerljivih primerov) in jih redno evidentirajo. Skupni čas za vse opravljene storitve v letu dni primerjajo z dejansko prisotnostjo zdravnikov na delovnem mestu v tem letu in ugotovijo bodi skladnost obeh podatkov ali odstopanje, ki ga morajo odpraviti z ustrežno spremembo prvotno določenih normativov. Na podlagi normativov za primerljive storitve ministrstvo za zdravje določi začasne nacionalne normative, ki so podlaga za plačilo preseganja rednega programa dela in za nagrajevanje presežnega dela zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev.

**16d. Člen** določa, da vsi javni zdravstveni zavodi v roku 3 mesecev od dneva uveljavitve tega zakona pripravijo akcijske načrte za vzpostavitev dostopnosti pacientov do izbranega osebnega zdravnika in za skrajšanje čakalnih dob na diagnostične in terapevtske storitve ter prve preglede na sekundarni ravni. Ministrstvo za zdravje po potrebi naloži posameznim zavodom dodatne obveznosti, s katerimi zmanjša razlike v storilnosti med posameznimi zavodi.

**16e. Člen** določa nagrajevanje delavcev na področju sekundarne zdravstvene dejavnosti za preseganje svojih rednih delovnih obveznosti. Zdravstveni delavec je plačan iz sredstev, namenjenih plačilu preseganja rednega programa, za vsako storitev, ki presega pričakovani obseg njegovega rednega dela, in to ne glede na to, ali je te storitve opravil v rednem delovnem času ali izven njega. Delo se ne plačuje v ceni porabljenega časa, temveč iz ostanka cene storitve po odbitku materialnih stroškov. Podrobnejšo vsebino, način poročanja in ostanek cene storitve, ki si jo razdelijo zdravstveni delavci, določi minister za zdravje.

**16f. Člen** določa omejitev za prehajanje zaposlenih zdravstvenih delavcev v javnih zavodih k zasebnim izvajalcem tako, da nalaga direktorjem zdravstvenih zavodov, da prekličejo vsa obstoječa soglasja za delo izven matične institucije. Obenem določa pogoje, ob katerih je tako dovoljenje mogoče ponovno pridobiti.

#### **K 4. členu**

Člen našteva in določa roke, v katerem mora minister, pristojen za zdravstvo, in ostali navedeni pravni subjekti sprejeti vse potrebne podzakonske ukrepe, ter izvesti dejavnosti potrebne za uveljavitev določil tega zakona.

#### **K 5. členu**

Člen določa, da zakon začne veljati naslednji dan po objavi v Uradnem listu Republike Slovenije.

### **BESEDILA ČLENOV, KI SE SPREMINJAJO**

**13. Člen Zakona o nujnih ukrepih za zagotovitev stabilnosti zdravstvenega sistema (Uradni list RS, št. 100/22 in 141/22 – ZNUZSZS)**

**13. 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.