



REPUBLIKA SLOVENIJA
DRŽAVNI SVET

Številka: 501-01-2/2020/6
Ljubljana, 16. 9. 2020

Gospod
Igor Zorčič
predsednik
Državnega zbora Republike Slovenije

Na podlagi prve alineje prvega odstavka 97. člena Ustave Republike Slovenije (Uradni list RS, št. 33/91-I, 42/97, 66/00, 24/03, 69/04, 68/06, 47/13 in 75/16) je Državni svet Republike Slovenije na 32. seji 16. 9. 2020 določil besedilo Predloga zakona o spremembah Zakona o pacientovih pravicah, ki ga na podlagi prvega odstavka 114. člena Poslovnika Državnega zbora (Uradni list RS, št. 92/07 – UPB 1, 105/10, 80/13, 38/17 in 46/20) pošilja Državnemu zboru v obravnavo in sprejem po skrajšanem postopku.

Državni svet na podlagi 95. člena Poslovnika Državnega sveta (Uradni list RS, št. 70/08, 73/09, 101/10, 6/14, 26/15 in 55/20) pooblašča državnega svetnika mag. Petra Požuna za predstavnika Državnega sveta na sejah Državnega zbora in njegovih delovnih teles pri obravnavi predloga zakona.

Državni svet dodatno pooblašča državnega svetnika mag. Petra Požuna za morebitna usklajevanja v zvezi z vsebino predloga zakona v okviru zakonodajnega postopka.

Alojz Kovšca
predsednik

Priloga:
- predlog zakona

PREDLOG ZAKONA O SPREMEMBAH ZAKONA O PACIENTOVIH PRAVICAH

I. UVOD

1. OCENA STANJA IN RAZLOGI ZA SPREJEM PREDLOGA ZAKONA

Družinska medicina je, glede na evropsko definicijo družinske medicine, akademska in znanstvena veda s svojo lastno izobraževalno vsebino, raziskavami, z dokazi podprto klinično dejavnostjo in klinično specialnostjo, ki je usmerjena v primarno zdravstveno varstvo. Pri družinski medicini gre običajno za prvi stik z zdravstveno službo v okviru sistema zdravstvenega varstva, ki svojim uporabnikom zagotavlja odprt in neomejen dostop ter se ukvarja z vsemi vrstami zdravstvenih težav, ne glede na starost, spol ali druge značilnosti obravnavane osebe. Pri tem učinkovito uporablja vire oziroma sredstva zdravstvenega varstva tako, da usklajuje oskrbo bolnikov, sodeluje z ostalimi strokovnjaki v okviru primarnega zdravstvenega varstva, povezuje pa se tudi z drugimi specialnostmi ter, kadar je to treba, prevzema vlogo posrednika za bolnika. Družinska medicina razvija odnos, ki je osredotočen na posameznika, njegovo družino in skupnost, poteka pa običajno v obliki posveta med zdravnikom in bolnikom, ki z učinkovitim sporazumevanjem postopoma ustvari medsebojno povezanost. Družinska medicina je odgovorna tudi za zagotavljanje dolgoročne, kontinuirane oskrbe, kot to zahtevajo potrebe bolnika, hkrati uporablja specifičen način odločanja, ki ga določata razširjenost in pogostnost pojavljanja bolezni v skupnosti. Pri tem mora sočasno obvladovati akutne in kronične zdravstvene probleme posameznih bolnikov in obravnavati bolezni, ki se v zgodnjem stadiju svojega razvoja lahko pojavijo na nediferenciran način, kar včasih zahteva tudi nujno posredovanje. Poleg tega družinska medicina spodbuja zdrav način življenja in blagostanje bolnikov z ustreznim in z učinkovitim ukrepanjem, saj ima specifično odgovornost do zdravja v skupnosti. Z zdravstvenimi težavami se ukvarja v psihološkem, socialnem, kulturnem in eksistencialnem okviru.¹

Zdravniki družinske medicine so zdravniki specialisti, ki so usposobljeni v temeljnih načelih stroke. Gre za osebne zdravnike, ki so v prvi vrsti odgovorni za zagotavljanje vsestranske in kontinuirane zdravstvene oskrbe vsakega posameznika, ki išče zdravniško pomoč. Pri skrbi za posameznike v okviru njihovih družin so zavezani spoštovati avtonomnost svojih bolnikov, pri njihovi obravnavi in dogovarjanju z njimi o načrtu vodenja oziroma obvladovanja bolezni pa morajo upoštevati psihične, psihološke, socialne, kulturne in bivanjske dejavnike. Pri tem uporabljajo predvsem znanje in zaupanje, pridobljeno na osnovi večkratnih stikov med bolnikom in zdravnikom. Svojo strokovno vlogo zdravniki družinske medicine izvajajo s pospeševanjem zdravja, preprečevanjem bolezni in z zagotavljanjem zdravljenja, oskrbe in lajšanja bolnikovih težav. Omenjene dejavnosti družinski zdravniki opravljajo neposredno ali s pomočjo drugih služb, odvisno od zdravstvenih potreb in razpoložljivih sredstev v skupnosti, za katero skrbijo, prav tako pa, kadar je to treba, bolnikom pomagajo pri dostopu do omenjenih storitev. Sprejeti morajo odgovornost za razvijanje in ohranitev svojih sposobnosti, osebnega ravnovesja in vrednot kot osnove za učinkovito in varno zdravstveno oskrbo bolnikov.²

¹ Povzeto po Evropski definiciji družinske medicine (2004), dostopno na URL: https://drmed.org/wp-content/uploads/2014/06/791-DEFINICIJA_DRUZINSKE_MEDICINE_2004.pdf (30. 6. 2020), str. 5.

² Prav tam, str. 12.

Glede na trenutno stanje družinske medicine v Republiki Sloveniji se z namenom zagotavljanja zgoraj navedene definicije družinske medicine zahteva od specialistov družinske medicine izreden napor. Seznam aktivnih zdravnikov v splošnih ambulantah, otroških in šolskih dispanzerjih na dan 1. 6. 2020 je namreč izkazoval število 1435 aktivnih zdravnikov³, kar je, glede na potrebe, premalo. Število vseh zdravnikov, ne le zdravnikov družinske medicine, je - glede na povprečje Evropske unije nizko - v Sloveniji imamo 3,10 zdravnika na 1000 prebivalcev, v sosednji Avstriji pa 5,18.⁴

Posledično so zdravniki družinske medicine javnost in pristojne organe že večkrat⁵ seznanili s problematiko preobremenitve. Pri tem so opozarjali, da trenutno delo poteka po principu tekočega traku, ki je hkrati prekomerno obremenjeno z urejanjem administracije, zato pogosto ni več mogoče zagotoviti dobre kakovosti obravnave pacientov. Slednje močno kvari tudi odnose med zdravniki družinske medicine in bolniki, saj imajo slednji pogosto upravičen občutek, da se jim zdravniki ne posvetijo dovolj. Prav odnos med zdravniki družinske medicine in bolniki pa je eden od temeljev družinske medicine. Zaradi staranja prebivalstva ob povečani povprečni življenjski dobi za več kot pet let postaja obravnava pacientov vse bolj kompleksna zaradi pogostejših pridruženih kroničnih obolenj. To zahteva več časa za obravnavo bolnika, ki pa ga v trenutni situaciji družinski zdravnik nima. Zdravniki opozarjajo, da je primarno delo družinskih zdravnikov prva diagnostika in zdravljenje kroničnih stabilnih obolenj, medtem ko administrativna opravila predstavljajo delo, ki bi ga lahko opravil ne-zdravstveni delavec in s tem razbremenil zdravnika. Zaradi navedenih dejstev menijo, da je zdravstvena oskrba pacientov kot posledica opisanega načina dela nevarna tako za paciente kot tudi za zdravnike. Pri svojem delu so izpostavljeni izjemnemu časovnemu pritisku, zato se objektivno povečuje tudi možnost nastanka strokovnih napak. Pri tem je treba poudariti, da imajo strokovne napake v medicini lahko bistveno težje posledice kot v drugih poklicih oziroma na drugih področjih družbenega življenja.

Preobremenjenost zdravnikov družinske medicine ne vpliva negativno le na zdravnike, temveč tudi na paciente. V skladu s prvim odstavkom 51. 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 in 75/16 – UZ70a; v nadaljnjem besedilu: Ustava) ima vsakdo pravico do zdravstvenega varstva pod pogoji, ki jih določa zakon. Ustavno varovano jedro navedene pravice pa predstavljajo predvsem

³ Število opredeljenih po starostnih skupinah pri aktivnih zdravnikih SA, OD+ŠD na dan 1. 6. 2020, podatki, pridobljeni na spletni strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, dosegljivo na URL: https://partner.zzzs.si/wps/portal/portali/aizv/zdravstvene_storitve/izbira_osebnega_zdravnika/seznam_zdr_v_spl_amb_otr_in_sol_dispan/ (30. 6. 2020).

⁴ Izjava za javnost Zdravniške zbornice Slovenije z dne 17. 12. 2019, dosegljivo na URL: <https://www.zdravniskazbornica.si/informacije-publikacije-in-analize/obvestila/2019/12/17/od-leta-2017-se-je-%C5%A1tevilo-zdravnikov-pove%C4%8Dalo-le-za-202-in-ne-za-10-odstotkov> (30. 6. 2020).

⁵ Opis dejanskega stanja, povzet po Zajec, Boleče izpovedi zdravnikov o tem, zakaj družinska medicina v Sloveniji na žalost ugaša (Zdravstveni portal), dosegljivo na URL: <https://www.zdravstveniportal.si/zdravstvo/sistem/268/druzinska-medicina> (30. 6. 2020) in Pismo ministrstvu: problematika preobremenitve v ambulantah (Naš čas), dosegljivo na URL: <https://www.nascas.si/pismo-ministrstvu-problematika-preobremenitve-v-ambulantah/> (30. 6. 2020).

razpoložljivost zdravstvenih dobrin ter zdravstvenih ustanov, ustrezna dostopnost do zdravstvenih dobrin in ustanov (informacijska, ekonomska, geografska), zdravstvene storitve morajo biti zagotovljene tudi v skladu s strokovnimi medicinskimi oziroma zdravstvenimi standardi, poleg tega pa morajo biti za pacienta varne, primerne in ustrezne kakovosti.⁶ Če zdravniki družinske medicine zaradi administrativnih obremenitev svojim pacientom ne morejo zagotoviti varnih in kakovostnih zdravstvenih storitev, lahko to predstavlja resen poseg v pravice pacientov iz 51. člena Ustave.

Opisane razmere negativno vplivajo tudi na voljo zdravnikov do opravljanja svojega dela. Opozarjajo, da administrativni postopki jemljejo čas, ki bi ga morali namenjati pacientom, poleg tega pa pogosto tudi ne sodijo v delokrog oseb, ki imajo za seboj 20 let izobrazbe, od tega deset let na področju medicine. V enem dnevu nekateri zdravniki pregledajo tudi do 110 pacientov, kar je občutno previsoko število pacientov za varno opravljanje dela. Nadzornikov zdravnikov naj pri tem ne bi zanimalo, da je zdravnik v enem dnevu pregledal 110 pacientov, temveč le vprašanje, ali so bili vsi administrativni postopki opravljeni brez napake. Zdravniki ob tem kot zgled navajajo Švedsko, kjer ima zdravnik na razpolago 30 minut za obravnavo posameznega pacienta. Poudarjajo, da si pacientov ne želijo puščati pred svojimi vrati, vendar pa jim prav tako ne želijo zagotavljati neakovostne obravnave v prenapolnjenih ambulantah. V trenutnih razmerah to pomeni, da morajo, če želijo delati kakovostno in natančno, svoj delovni čas podaljšati, kar pa lahko negativno vpliva tudi na njihovo zdravje.

Vse več zdravnikov družinske medicine, kljub zdravemu načinu življenja, psihično ne zdrži več pritiskov, ki jih doživljajo med opravljanjem svojega dela, posledično pa pogosto prihaja do primerov, ko zdravniki opustijo delo v tej in kateri koli drugi veji medicine. Problematika preobremenjenosti zdravnikov družinske medicine je prisotna v vrsti zdravstvenih domov po Sloveniji, v javnosti pa je najmočnejše odmeval dogodek v Kranju aprila 2019, ko je 23 od skupno 34 zdravnikov splošne družinske medicine 1. aprila podalo pisne odpovedi. Tovrstne situacije lahko pripeljejo do zloma družinske medicine na določenem geografskem področju, s tem pa nezmožnost zagotavljanja ustreznega zdravstvenega varstva na primarnem nivoju. Študija preobremenjenosti specializantov družinske medicine iz leta 2012 je pokazala visoke obremenitve že med specializanti družinske medicine. Glede na rezultate vprašalnika analize jih je bilo 45,9 % visoko čustveno izčrpanih, pri 43,1 % so zasledili visoko depersonalizacijo, 45,9 % jih je zatrjevalo nizko osebno izpolnitev. Visoko izgorelih v vseh treh dimenzijah⁷ je bilo 18,3 % specializantov, v dveh dimenzijah 27,5 %, v eni dimenziji 24,8 %, le 29,4 % specializantov pa ni bilo izgorelih v nobeni od treh dimenzij. Na visoko čustveno izčrpanost je statistično pomembno vplivalo pogosto (tedensko) dežurstvo in višja starost zdravnika.⁸

Študenti medicine se zaradi nizkega stika z družinsko medicino v času študija, podcenjevanjem specializacije družinske medicine v primerjavi z drugimi

⁶ Ivanc, Komentar k 51. členu, v: Avbelj et al., Komentar Ustave Republike Slovenije (I. del), Nova Gorica: Nova univerza, Evropska pravna fakulteta (2019), str. 457.

⁷ Dimenzije so čustvena izčrpanost, depersonalizacija in nizek nivo osebne izpolnitve.

⁸ Selič, Stegne Ignjatovič, Klemenc Ketiš, Burnout among Slovenian family medicine trainees: A cross-sectional study, Zdravniški Vestnik 81 (3) (1. 3. 2012), dosegljivo na URL: <https://vestnik.szdz.si/index.php/ZdravVest/article/view/567> (7. 7. 2020).

specializacijami v času študija ter predvsem zaradi razvrednotenja poklica družinskega zdravnika s številnimi opravili zaradi nepravilnega delovanja zdravstvenega sistema redko odločijo za specializacijo v tej smeri. Ob tem je treba poudariti, da v osnovnem zdravstvu vsak dodatni zdravnik na 10.000 prebivalcev zniža stopnjo umrljivosti za šest odstotkov, za 10 odstotkov pa se zmanjša obisk urgentnih služb. Države z večjim deležem zdravnikov na primarni ravni beležijo boljše izide zdravljenja in daljšo življenjsko dobo prebivalcev. Pomen specializacije študentov medicine v tej smeri je torej očiten, žal pa je v letih od 2008 do 2018 specializacijo iz družinske medicine zaključilo le 468 zdravnikov, medtem pa se je 156 zdravnikov družinske medicine tudi upokojilo. Če bi želeli le vzdrževati obstoječe stanje, bi potrebovali 70 specialistov na leto, za konkretno zmanjšanje obremenitev zdravnikov družinske medicine pa bi potrebovali 90 specialistov na leto.⁹

Preobremenjenost zdravnikov družinske medicine z administrativnimi postopki je dejstvo, ki ogroža tako zdravje zdravnikov, kot tudi zdravje pacientov, ki jih obravnavajo. V luči navedenega bi bilo treba nekatere administrativne postopke prilagoditi oziroma jih poenostaviti, če ne celo odpraviti. Med predlogi ukrepov, ki jih zdravniki družinske medicine predlagajo, je tudi sprememba podatkov, ki jih morajo pri svojem delu vnesti v naročilno knjigo, ter sprememba časovnih rokov, v katerih morajo pacienti predložiti svojo napotnico, kadar gre za napotnico s stopnjo nujnosti zelo hitro oziroma za napotnico s stopnjo nujnosti hitro ali redno. Predlagatelj s tem namenom predlaga poseg v 15. člen Zakona o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 15/08 in 55/17; v nadaljnjem besedilu: ZPacP) in 24. člen Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 55/17; v nadaljnjem besedilu: ZPacP-A).

ZPacP določa pravice, ki jih ima pacient kot uporabnik zdravstvenih storitev pri vseh izvajalcih zdravstvene dejavnosti, postopke uveljavljanja, teh pravic, kadar so te kršene, in s temi pravicami povezane dolžnosti, njegov namen pa je omogočiti enakopravno, primerno, kakovostno in varno zdravstveno obravnavo, ki temelji na zaupanju in spoštovanju med pacientom in zdravnikom ali drugim zdravstvenim delavcem ter zdravstvenim sodelavcem. Sprejet je bil 29. 1. 2008, v veljavo je stopil 28. 2. 2008, uporabljati pa se je začel pol leta kasneje, 28. 8. 2008. Od sprejema je bil ZPacP noveliran le enkrat, novela ZPacP-A je bila sprejeta leta 2017.

ZPacP v drugem odstavku 15. člena določa, da mora izvajalec zdravstvene storitve pri izbranem osebnem zdravniku splošne oziroma družinske medicine, izbranem osebnem ginekologu in izbranem osebnem pediatru ter za preventivne preglede v mreži javne zdravstvene službe za navedene storitve in za druge zdravstvene storitve, pri katerih ni čakalnih dob, voditi naročilno knjigo, v katero mora vpisovati naslednje podatke: zaporedno številko vpisa pacienta, pacientovo osebno ime, pacientove kontaktne podatke (e-naslov ali telefonsko številko), razlog obravnave, termin in navedbo o izvedbi zdravstvene storitve. Navedena določba je postala del ZPacP z uveljavitvijo novele ZPacP-A. V komentarju k 6. členu ZPacP-A¹⁰, ki je povsem na novo določil besedilo 15. člena ZPacP, je predlagatelj zapisal, da je

⁹ Zajec, Boleče izpovedi zdravnikov o tem, zakaj družinska medicina v Sloveniji na žalost ugaša (Zdravstveni portal), URL: <https://www.zdravstveniportal.si/zdravstvo/sistem/268/druzinska-medicina> (30. 6. 2020).

¹⁰ Glej besedilo Predloga zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o pacientovih pravicah z dne 19. 5. 2017, EPA 1984 – VII.

naročilna knjiga poenostavljena elektronska evidenca naročenih pacientov, ki - za razliko od čakalnega seznama - vsebuje precej manj podatkov. Navedeni nabor podatkov naj bi po mnenju predlagatelja zagotavljal ustrezno razločevanje med obravnavo naročenih in nenaročenih pacientov. Izkušnje iz prakse so pokazale, da tudi navedeni omejeni nabor podatkov lahko predstavlja precejšnjo obremenitev zdravnikov družinske medicine, zato je treba 15. člen ZPacP spremeniti na način, da se bo v prihodnje v naročilno knjigo vpisovalo le res nujne podatke.

Izkazalo se je tudi, da vsi izvajalci zdravstvenih storitev, ki morajo voditi naročilno knjigo, ne vodijo elektronske naročilne knjige, saj v nekaterih javnih zdravstvenih zavodih še vedno vodijo fizično naročilno knjigo. ZPacP v 11.c točki 2. člena naročilno knjigo sicer izrecno definira kot elektronsko evidenco zaporedno naročenih pacientov. Dosledna uporaba elektronske naročilne knjige bi zmanjšala breme pri vpisovanju nujnih podatkov pri naročanju pacientov, saj informacijska tehnologija omogoča povezave med podatkovnimi bazami. Na ta način bodo nekateri podatki, ki jih trenutno zahteva drugi odstavek 15. člena ZPacP, že samodejno vneseni v naročilno knjigo. V praksi pri naročanju zdravniki (in medicinske sestre) v računalniškem programu izberejo pacienta in termin, v shranjenem terminu pa so podatki o pacientu torej že vsebovani.

Novela ZPacP-A v prehodnih določbah, natančneje v 24. členu, ureja tudi predložitev napotne listine. Člen določa, da mora pacient do ureditve v zakonu, ki ureja zdravstveno zavarovanje¹¹, izvajalcu zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne službe predložiti napotno listino s stopnjo nujnosti nujno najpozneje naslednji dan, napotno listino s stopnjo nujnosti zelo hitro v petih dneh in napotno listino s stopnjo nujnosti hitro ali redno v 14 dneh po njeni izdaji. Pri štetju rokov se računa čas od izdaje napotne listine, ki je zapisan na napotni listini, do njene predložitve izvajalcu zdravstvene dejavnosti. Pacient mora biti ob izdaji napotne listine obveščen tudi o posledicah nepravočasne predložitve napotne listine. Drugi in tretji odstavek navedenega člena urejata situacijo, kadar pacient izbere drugega izvajalca zdravstvene dejavnosti oziroma zdravstvenega delavca, in situacijo, kadar pacient napotno listino predloži po izteku navedenih rokov. Predlagatelj novele ZPacP-A je v komentarju k 24. členu zapisal, da se s to prehodno odločbo ureja pravna praznina. S tem ukrepom naj bi zakon pacientu nalagal večjo skrb za začetek postopka uvrščanja na čakalni seznam in s tem hitrejši začetek pričakovanega zdravljenja, kar vpliva k zmanjševanju morebitnih škodljivih posledic odlašanja z zdravstveno obravnavo. Po mnenju predlagatelja ZPacP-A tovrstna materija sicer spada v sklop predpisov, ki urejajo zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje, zato je navedeno zakonsko določbo v ZPacP-A predvidel le začasno, do sprejema novega Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju.¹² Tudi pri 24. členu ZPacP-A, ki je danes še vedno v veljavi¹³, se je pokazalo, da so navedeni roki za

¹¹ Trenutno zdravstveno zavarovanje ureja Zakon 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), namesto katerega bi bilo treba čim prej sprejeti povsem nov zakon.

¹² Glej besedilo Predloga zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o pacientovih pravicah z dne 19. 5. 2017, EPA 1984 – VII.

¹³ Prvi strukturni del vsake novele zakona postane del osnovnega zakonskega besedila, zato vanj z novimi novelami ni možno posegati, ampak je treba z novelo spremeniti ali črtati spremenjeno osnovno besedilo zakona. Drugi strukturni del vsake novele zakona (prehodne in končne določbe) pa

predložitev napotne listine prekrajši, zato je stroka predlagala, da se jih ustrezno podaljša. Pacienti morajo namreč imeti dovolj časa, da na podlagi informacij in podatkov o čakalnih dobah izberejo drugega izvajalca zdravstvene dejavnosti. V praksi prihaja do primerov, ko pacienti rok za predložitev napotne listine zamudijo, zdravniki pa jim morajo nato izdati novo, kar zanje predstavlja dodatno nepotrebno breme. Roke bi bilo smiselno podaljšati zato, da se število takšnih primerov, ko morajo zdravniki ponovno izdati napotno listino, zmanjša.

2. CILJI, NAČELA IN POGLAVITNE REŠITVE PREDLOGA ZAKONA

2.1. Cilji

Cilj zakona je poenostaviti postopke tako za izvajalce zdravstvenih storitev na primarni ravni kot tudi za paciente. Predlog zakona namreč predvideva, da izvajalci nekaterih zdravstvenih storitev (npr. v ambulantah družinske medicine) v naročilno knjigo vpišejo le podatke, ki so nujni. Trenutna zakonska ureditev predvideva tudi vpis nekaterih podatkov, ki za izvajanje teh zdravstvenih storitev niso nujni. Po drugi strani predlog zakona tudi podaljšuje čas, v katerem morajo pacienti izvajalcu zdravstvene storitve, za katero se potrebuje napotnica, to predložiti. Čas za predložitev napotnice v nujnih primerih sicer ostaja enak. Cilj predlaganih sprememb je povečana učinkovitost delovanja zdravstvenega sistema, tudi s pomočjo digitalizacije, in razbremenitev zdravnikov na primarni ravni.

2.2. Načela

Predlog zakona spoštuje temeljna in druga načela, ki jih je vseboval že predlog prvotnega besedila ZPacP, posebej pa ponovno poudarja načela, ki jih je vsebovala novela ZPacP-A, v kateri so bila poudarjena predvsem naslednja načela: zagotavljanje primerne obravnave, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe, pravočasnega dostopa in zagotavljanje transparentnosti pri vodenju čakalnih seznamov ter zavarovanje pred kršitvami pacientovih pravic. Novela je poudarjala tudi pridobitev pravice do zdravstvenega varstva oziroma dostopa do zdravstvenih storitev v razumnem času, ki se ugotavlja za vsakega pacienta posebej. Predlog zakona od navedenih načel poudarja predvsem zagotavljanje transparentnosti pri vodenju čakalnih seznamov in dostop do zdravstvenih storitev v razumnem času. Z doslednim upoštevanjem in poudarjanjem navedenih načel predlagatelj izhaja iz in sledi nekaterim temeljnim načelom, ki vežejo vse udeležence v sistemu zdravstvenih storitev, veljajo za celoten zakon in služijo za razlago njegovih določb. S tem se tudi drži temeljnih usmeritev, ki jih je za morebitno spreminjanje ZPacP predvidel prvotni predlog zakona.

2.3. Poglavitne rešitve

Predlog zakona spreminja drugi odstavek 15. člena ZPacP, ki ureja predvsem podatke, ki jih mora izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe za zdravstvene storitve pri izbranem osebnem zdravniku splošne

po uveljavitvi ostanejo v veljavi in jih je mogoče spreminjati, z izjemo uveljavitvene določbe. Glej Nomotehnične smernice, 3., spremenjena in dopolnjena izd., Ljubljana: Služba Vlade Republike Slovenije za zakonodajo (2018), str. 135–136.

oziroma družinske medicine, izbranim osebnem ginekologu in izbranim osebnem pediatru ter za preventivne preglede in zdravstvene storitve, pri katerih ni čakalnih dob, vpisovati v naročilno knjigo. Dosedanja ureditev od izvajalca zahteva, da v naročilno knjigo vpiše zaporedno številko vpisa pacienta, pacientovo osebno ime, pacientove kontaktne podatke (e-naslov ali telefonsko številko), razlog obravnave, termin ter navedbo o izvedbi zdravstvene storitve. Po novem izvajalec v naročilno knjigo ne bi vpisoval zaporedne številke vpisa pacienta, razloga obravnave in navedbe o izvedbi zdravstvene storitve. S predlogom zakona se predvideva, da namesto čakalnega seznama naročilno knjigo vodijo tudi izbrani osebni zobozdravniki, razen za zobnoprostetično obravnavo, pri kateri bi se zaradi čakalnih dob še naprej vodil čakalni seznam.

Predlog zakona prav tako predvideva, da se izrecno navede, da gre za vodenje podatkov v elektronski naročilni knjigi in ne v fizični obliki. Izvajalcem zdravstvenih dejavnosti, pri katerih se vodi naročilna knjiga, tako tudi ne bo treba vpisovati vseh preostalih podatkov, saj bo izmenjava med podatkovnimi bazami, ki že obstaja, omogočala, da bodo nekateri podatki (npr. kontaktni) pri izbiri termina in pacienta v naročilno knjigo že samodejno na voljo. Skladno s to spremembo prehodna določba predvideva tudi šest mesecev časa od uveljavitve novele zakona, v katerem bodo tisti izvajalci zdravstvenih storitev, ki (še vedno) vodijo fizično naročilno knjigo, začeli z vodenjem elektronske naročilne knjige. Ustavijo se tudi postopki o prekrških na podlagi četrte alineje prvega odstavka 87. člena ZPacP, ki so se začeli pred uveljavitvijo novele in še niso pravnomočno zaključeni. Pri tem je treba poudariti, da imajo vsi izvajalci (vsi javni zdravstveni zavodi) dostop do informacijskega sistema, ki nudi podlago za vodenje naročilne knjige v elektronski obliki, že na voljo, a nekateri med njimi s tovrstnim vodenjem naročilne knjige še niso začeli.

Predvidena je tudi sprememba v ZPacP-A, katerega prehodna določba, ki ureja časovne roke, v katerih mora pacient izvajalcu zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne službe predložiti napotno listino, do ureditve v zakonu, ki ureja zdravstveno zavarovanje, ostaja v veljavi. Predlog zakona predvideva podaljšanje rokov, ki jih predvideva 24. člen ZPacP-A. Pacient bi moral tako izvajalcu zdravstvene dejavnosti po novem napotnico predložiti v sedmih dneh, ne petih, če gre za stopnjo nujnosti zelo hitro oziroma v 21 dneh, ne 14 dneh, če gre za stopnjo nujnosti hitro ali redno.

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

Predlagane rešitve ne bodo dodatno obremenile državnega proračuna in drugih javnih sredstev.

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

Predlog zakona ne predvideva porabe dodatnih proračunskih ali drugih javnofinančnih sredstev.

5. PRIKAZ UREDITVE V DRUGIH PRAVNIH SISTEMIH IN PRILAGOJENOST PREDLAGANE UREDITVE PRAVU EVROPSKE UNIJE

5.1 Skladnost s pravnim redom Evropske unije

Zakon ni predmet usklajevanja s pravom Evropske unije.

5.2 Prikaz ureditve v državah članicah Evropske unije

Avstrija

Avstrija je imela v začetku leta 2019 46.337 aktivnih zdravnikov, od tega je bilo splošnih zdravnikov 14.805. Dostop do zdravstvenih storitev na primarni ravni v Avstriji ni enakomerno razporejen, kar je predvsem posledica geografskih in poselitvenih značilnosti države. Največja gostota ambulant družinske medicine je v urbanih središčih, predvsem na Dunaju, medtem ko je na podeželju gostota ambulant družinske medicine precej manjša, poleg tega se le malo zdravnikov odloči za delo v ruralnem okolju. V Avstriji sicer ocenjujejo, da imajo zadovoljivo pokritost, ki pacientom zagotavlja hiter in neoviran dostop do zdravstvenih storitev. Tako kot v Sloveniji tudi v Avstriji poznajo različne kategorije nujnosti pri obravnavi pacientov. Pacienti imajo tako na primer pravico do MRI preiskave v roku 20 delovnih dni in CT preiskave v roku 10 delovnih dni. V nujnih primerih se ta rok skrajša na pet dni, v najnujnejših primerih pa se mora MRI ali CT preiskava izvesti nemudoma.

Tudi v Avstriji se v zadnjih letih srečujejo s problematiko preobremenjenosti zdravnikov, saj je 66 % specializantov družinske medicine izrazilo nezadovoljstvo s svojim delovnim časom, kar 30 % pa jih je izjavilo, da ne bi ponovno izbrali tega poklica, če bi imeli to možnost. Posebno breme avstrijskim zdravnikom predstavljajo prav administrativne naloge, saj jim izpolnjevanje dokumentacije pogosto vzame tudi do polovice delovnega časa. Posledično se čedalje večje število mladih avstrijskih zdravnikov odloča za delo v tujini.¹⁴

Nemčija

Leta 2018 je imela Nemčija 392.402 aktivnih zdravnikov oziroma 1,9 % več kot leto poprej. Več kot 40.000 zdravnikov je delovalo v splošnih ambulantah. Država je z zakonom določila, da mora 17 ponudnikov obveznega zdravstvenega zavarovanja vzpostaviti klicne centre, ki pacientom zagotavljajo lažji in hitrejši dostop do zdravstvenih storitev in krajšo čakalno dobo. Pacienti na omenjene klicne centre lahko pokličejo, ko jim osebni zdravnik že izda napotnico, pri čemer pa za nekatere specialistične preglede (npr. pri oftalmologu ali ginekologu) napotnice ne potrebujejo. Klicni centri so zavezani najti termin pri specialistu v roku enega tedna z najvišjo dovoljeno čakalno dobo štirih tednov. Omenjena obveznost ne velja za rutinske preglede ali manjše zdravstvene težave. Specialisti morajo biti od kraja bivališča pacienta oddaljeni največ 30 minut ali 60 minut, če gre za določene vrste specialistov

¹⁴ Scharer, Freitag, Physicians' exodus: Why medical graduates leave Austria or do not work in clinical practice, Wiener klinische Wochenschrift (2015), 127 (9–10), dostopno preko portala ResearchGate, URL:

https://www.researchgate.net/publication/275664780_Physicians'_exodus_Why_medical_graduates_leave_Austria_or_do_not_work_in_clinical_practice (30. 6. 2020).

(radiologe, anesteziologe). Nemčija se sicer v nekaterih zveznih državah sooča z upadanjem števila zdravnikov, kar bo na dolgi rok povečalo njihovo obremenjenost.

Zdravniki v Nemčiji se sicer že zdaj soočajo s preobremenjenostjo, saj naj bi 60 % zdravnikov porabilo tri ure dnevno za administrativne naloge, 35 % pa kar štiri ure ali več. Preobremenjenost z administrativnimi nalogami se je pojavila v zadnjih letih, saj je še leta 2013 le osem odstotkov zdravnikov poročalo, da za administrativne naloge porabijo vsaj tri ure dnevno. Predstavniki zvezne vlade so sicer izrazili upanje, da bo digitalizacija pomembno pripomogla k zmanjšanju obremenitev.¹⁵

Poljska

Na Poljskem je bilo leta 2019 184.420 zdravnikov z licenco, od tega jih je bilo 167.812 tudi aktivnih. Zdravnikov splošne medicine z licenco je bilo v istem obdobju 11.669, od tega jih je bilo aktivnih 11.283. Dosegljivost zdravstvenih storitev, vključno z ambulantami družinske medicine, je različna glede na posamezne dele države, večja gostota ambulant naj bi bila v zahodnem in jugozahodnem delu države, sicer pa je gostota zdravnikov na 100.000 prebivalcev večja na vzhodu države. Glede lokacijske razporeditve ambulant poljska pravna ureditev ne postavlja nobenih zahtev, vseeno pa so državne institucije in lokalne skupnosti dolžne zagotavljati enak dostop do zdravstva vsem državljanom. V ta namen država razvija sisteme in orodja, ki državljanom olajšajo dostop do zdravstvenega sistema in skrajšajo čas od prvega stika pacienta z zdravstvenim sistemom do obravnave v ambulanti. Omeniti je mogoče npr. brskalnik, ki je bil razvit z namenom olajšati dostop do celovitega pregleda ponudnikov ambulantnih storitev, pri katerih stroške krije nacionalni zdravstveni sklad.

Tudi na Poljskem se soočajo s problematiko preobremenjenosti zdravnikov kot posledico desetletij posvečanja pozornosti bolnišnični negi namesto ambulantnemu zdravljenju. Leta 2018 je poljsko ministrstvo za zdravje predlagalo povečanje števila osebja, ki bi se ukvarjalo z administracijo z namenom razbremeniti zdravnike, ter prerazporeditev bremen na druge zdravstvene delavce. Zdravniki na Poljskem so soočeni s številnimi administrativnimi težavami tudi zaradi dejstva, da imajo najnižje število zdravnikov na 1000 prebivalcev v Evropski uniji.¹⁶

Švedska

Švedska je imela leta 2016 približno 42.000 licenciranih zdravnikov, od tega jih je bilo 39.000 tudi zaposlenih v zdravstvenem sektorju. Približno 78 % zdravnikov jih je bilo zaposlenih v javnem zdravstvu, preostanek pa v zasebnem. Družinskih zdravnikov je bilo v tem obdobju 6410, od tega 3460 v javnem sektorju. Zdravniki na primarni ravni nimajo vloge vratarja zdravstvenega sistema, pacienti lahko večinoma neposredno kontaktirajo izbrane specialiste. Pacienti na Švedskem imajo zagotovljen dostop do zdravstvenih storitev v določenem roku, če do njih dostopajo v svojem okolišu oziroma regiji. V nasprotnem primeru imajo sicer zagotovljen dostop do zdravstvenih storitev tudi drugje, vendar nimajo zagotovljene najvišje dovoljene čakalne dobe. Prav čakalne dobe so še vedno eden izmed glavnih težav zdravstva na Švedskem,

¹⁵ Carter, German doctors being "suffocated by bureaucracy", dosegljivo na URL: <https://www.iamexpat.de/expat-info/german-expat-news/german-doctors-being-suffocated-bureaucracy> (30. 6. 2020).

¹⁶ Zdravstveni profili držav za leto 2019 (OECD in Evropski observatorij za zdravstvene sisteme in politike), Poljska, str. 19.

medtem ko je primarna zdravstvena oskrba na visokem nivoju, z visoko stopnjo digitalizacije, pri čemer je treba poudariti predvsem uporabo videokonferenčnih klicev za posvetovanje pacientov, ki imajo le blažje zdravstvene težave, z osebnimi zdravniki.¹⁷

6. RAZLOGI ZA OBRAVNAVO PO SKRAJŠANEM POSTOPKU

Predlog zakona posega v en člen ZPacP in v en člen ZPacP-A, pri čemer gre za manj zahtevne, vendar nujne spremembe. Predlagamo, da se v skladu s prvim odstavkom 142. člena Poslovnika državnega zbora (Uradni list RS, št. 92/07 – uradno prečiščeno besedilo, 105/10, 80/13, 38/17 in 46/20) predlog zakona obravnava po skrajšanem postopku.

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

Pri delu Državnega zbora in delovnih teles bo sodeloval državni svetnik mag. Peter Požun.

¹⁷ Zdravstveni profili držav za leto 2019 (OECD in Evropski observatorij za zdravstvene sisteme in politike), Švedska.

II. BESEDILO ČLENOV

Zakon o spremembah Zakona o pacientovih pravicah

1. člen

V Zakonu o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 15/08 in 55/17) se v 15. členu drugi odstavek spremeni tako, da se glasi:

»(2) Čakalni seznam se ne vodi za zdravstvene storitve pri izbranem osebnem zdravniku splošne oziroma družinske medicine, izbranem osebnem ginekologu, izbranem osebnem zobozdravniku in izbranem osebnem pediatru ter za preventivne preglede. Izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe za storitve iz prejšnjega stavka in za zdravstvene storitve, pri katerih ni čakalnih dob, vodi elektronsko naročilno knjigo, v katero vpisuje naslednje podatke:

- pacientovo osebno ime in priimek,
- pacientove kontaktne podatke (e-naslov ali telefonsko številko),
- termin.«.

Četrty odstavek se spremeni tako, da se glasi:

»(4) Ne glede na drugi odstavek, se čakalni seznam vodi za zobnoprotenično obravnavo pri izbranem osebnem zobozdravniku. V čakalnem seznamu za zobnoprotenično obravnavo pri izbranem osebnem zobozdravniku se vodijo podatki iz 1., 2., 3., 4., 5., 6., 9. (ki jo določi lečeči zobozdravnik), 10., 13., 16., 17., 18., 19., 22. in 23. točke prejšnjega odstavka ter podatek o datumu potrditve predloga za pričetek zobnoprotenične obravnave.«.

PREHODNE IN KONČNA DOLOČBA

2. člen

(1) Četrta alineja prvega odstavka 87. člena zakona se začne uporabljati v šestih mesecih od uveljavitve tega zakona.

(2) Postopki o prekrških na podlagi četrte alineje prvega odstavka 87. člena zakona, ki so se začeli pred uveljavitvijo tega zakona in še niso pravnomočno zaključeni, se ustavijo.

3. člen

V Zakonu o spremembah in dopolnitvah Zakona o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 55/17) se v 24. členu v prvem odstavku v drugi alineji beseda »petih« nadomesti z besedo »sedmih«, v tretji alineji pa se številka »14« nadomesti s številko »21«.

4. člen

Za predložitev napotne listine, izdane pred uveljavitvijo tega zakona in pri kateri rok za njeno predložitev še ni potekel, veljajo roki iz spremenjenega 24. člena zakona.

5. člen

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

III. OBRAZLOŽITEV ČLENOV

K 1. členu

Predlog zakona s 1. členom spreminja 15. člen ZPacP, ki med drugim ureja tudi podatke, ki jih mora izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe za preglede pri osebnem zdravniku splošne oziroma družinske medicine, izbranem osebnem ginekologu in izbranem osebnem pediatru, za preventivne preglede in za zdravstvene storitve, pri katerih ni čakalnih dob, vpisovati v naročilno knjigo. Trenutni drugi odstavek 15. člena določa, da se v naročilno knjigo vpisujejo zaporedna številka vpisa pacienta, pacientovo osebno ime, pacientovi kontaktni podatki (e-naslov ali telefonska številka), razlog obravnave, termin in navedba o izvedbi zdravstvene storitve. Predlagatelj zakona je na podlagi mnenj stroke predvidel spremembo tega člena na način, da izvajalec zdravstvene dejavnosti v zgoraj navedenih primerih v naročilno knjigo ne bi več vpisoval razloga obravnave in navedbe o izvedbi zdravstvene storitve.

Prav tako je v prvem stavku drugega odstavka 15. člena pri naštevanju izvajalcev storitev, ki jim ni treba voditi čakalnega seznama, dodan izbrani osebni zobozdravnik. S tem se v skladu s strukturo drugega odstavka 15. člena nedvoumno določa, da morajo izbrani osebni zobozdravniki voditi elektronsko naročilno knjigo, ni pa jim treba več voditi čakalnega seznama. Skladno s spremembo se spreminja tudi četrti odstavek 15. člena, saj je za zoboprotetično obravnavo pri izbranem osebnem zobozdravniku še naprej predvideno vodenje čakalnega seznama zaradi čakalnih dob.

Prav tako se je izkazalo, da bi bilo koristno, če bi vsi izvajalci zdravstvene dejavnosti iz drugega odstavka 15. člena ZPacP vodili elektronsko naročilno knjigo. Slednje sicer posredno zapoveduje že 11.c točka 2. člena ZPacP, ki naročilno knjigo opredeljuje kot elektronsko evidenco zaporedno naročenih pacientov, vendar nekateri izvajalci zdravstvene dejavnosti še vedno vodijo fizično naročilno knjigo. Predlog zakona zato drugi odstavek 15. člena ZPacP spreminja na način, da bo ta izrecno določal, da morajo izvajalci zdravstvene dejavnosti voditi elektronsko naročilno knjigo. S tem se želi izvajalce spodbuditi, da vendarle preidejo na vodenje elektronske naročilne knjige. Ta ukrep za seboj ne bo potegnil nobenih dodatnih stroškov ali pretiranih prilagajanj, saj imajo vsi izvajalci zdravstvene dejavnosti že nameščen ustrezen informacijski sistem, ki omogoča vodenje elektronske naročilne knjige, poleg tega pa tudi prejemajo sredstva za informatizacijo. Sprememba odstavka bo torej spodbudila tiste izvajalce, ki zaradi različnih razlogov še niso začeli z vodenjem elektronske naročilne knjige, da to storijo. Vodenje elektronske naročilne knjige tudi poenostavi vpis določenih podatkov (npr. kontaktni podatki pacienta), ki jih bodo morali izvajalci zdravstvene dejavnosti še naprej vpisovati.

K 2. členu

ZPacP v četrti alineji prvega odstavka 87. člena določa, da se z globo od 400 do 4.100 evrov kaznuje za prekršek pravna oseba, ki opravlja zdravstveno dejavnost, če ne vodi naročilne knjige v skladu z drugim odstavkom 15. člena ZPacP. Prehodna določba zato izvajalcem zdravstvene dejavnosti, ki trenutno vodijo naročilno knjigo v fizični obliki, omogoča dovolj časa za prehod na vodenje elektronske naročilne knjige. Glede na dejstvo, da imajo vsi izvajalci zdravstvene dejavnosti že nameščen informacijski sistem, ki vodenje elektronske naročilne knjige že omogoča oz. jo že

vsebuje, je šest mesecev časa po uveljavitvi zakona dovolj, da lahko preidejo na vodenje elektronske naročilne knjige. Postopki o prekrških na podlagi četrte alineje prvega odstavka 87. člena ZPacP, ki so se ali se bodo začeli pred uveljavitvijo predloga zakona in še ne bodo pravnomočno zaključeni, se v skladu s prehodno določbo ustavijo.

K 3. členu

Z novelo ZPacP-A je zakonodajalec spremenil besedilo ZPacP. Pri vsakem noveliranju prvi (vsebinski) del novele postane del osnovnega zakonskega besedila, drugi del novele, ki vsebuje prehodne in končne določbe, pa učinkuje povsem enako kot nov predpis, ki nadomesti prejšnjega, in ga je torej z izjemo uveljavitvene določbe mogoče novelirati.¹⁸ ZPacP-A v prehodnih in končnih določbah vsebuje tudi 24. člen, ki velja tudi v razmerju do osnovnega zakonskega besedila in je del njegovih prečiščenih prehodnih in končnih določb. 24. člen ZPacP-A, ki ureja predložitev napotne listine, določa, da mora pacient do ureditve v zakonu, ki ureja zdravstveno zavarovanje, izvajalcu zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne službe napotno listino predložiti najpozneje naslednji dan (stopnja nujnosti nujno), v petih dneh (stopnja nujnosti zelo hitro) oziroma v 14 dneh po njeni izdaji (stopnja nujnosti hitro ali redno).

Predlog zakona podaljšuje rok za predložitev napotne listine, kadar je stopnja nujnosti zelo hitro, s petih dni na sedem dni, poleg tega podaljšuje tudi rok za predložitev napotne listine, kadar je stopnja nujnosti hitro ali redno, in sicer s 14 na 21 dni. V praksi so se ti roki namreč izkazali za prekratke, mnogi pacienti namreč potrebujejo čas za premislek o izbiri izvajalca zdravstvene dejavnosti. V tem času se namreč lahko pozanimajo o čakalnih dobah in kakovosti posameznega izvajalca. Roki so prekratki tudi za zdravnike, ki pacientom napotnice izdajo, saj morajo v primeru, če pacient zamudi rok za predložitev napotnice, izdati novo napotnico. Tudi če do tega pride po krivdi pacienta, zdravniki nimajo možnosti, da bi izdajo nove napotnice zavrnil. Navedeno povzroča dodatne administrativne obremenitve zdravnikom, zato je roke smiselno podaljšati, da bodo pacienti imeli dovolj časa za predložitev napotnice (in morebitno izbiro drugega izvajalca), zdravnikom pa ne bo treba ponovno izdajati napotnih listin v tako velikem številu.

K 4. členu

Prehodna določba določa, da lahko pacient, katerega napotna listina je bila izdana pred uveljavitvijo tega zakona, to predloži v roku, ki ga bo določal spremenjeni 24. člen ZPacP-A. Z navedeno določbo se želi preprečiti morebitno nejasnost glede veljavnosti starih in novih rokov za predložitev že izdane napotne listine. Prehodna določba tako izvajalcem zdravstvenih storitev in pacientom omogoča, da so natančno seznanjeni s tem, da lahko pacienti napotne listine, ki so bile izdane pred uveljavitvijo tega zakona, predložijo v skladu z novimi roki. Pacient, ki mu je bila pred uveljavitvijo tega zakona npr. izdana napotna listina s stopnjo nujnosti zelo hitro in rok petih dni

¹⁸ Pri noveliranju novel zakona se sme novelirati prehodne in končne določbe novele, saj so te njene prave izvorne določbe. Izjema velja le za uveljavitveno določbo, ki je ni dopustno novelirati. Pri noveliranju 24. člena ZPacP-A gre za noveliranje prehodne določbe navedene novele, ne pa za noveliranje uveljavitvene (slednjo vsebuje 28. člen ZPacP-A). Noveliranje 24. člena ZPacP-A je torej dopustno. Glej Nomotehnične smernice, 3., spremenjena in dopolnjena izd., Ljubljana: Služba Vlade Republike Slovenije za zakonodajo (2018), str. 135–136.

za njeno predložitev še ni potekel, bo to lahko predložil v sedmih namesto v petih dneh po njeni izdaji.

K 5. členu

Člen določa začetek veljavnosti sprejetega zakona, ki ne odstopa od splošnega vakacijskega roka.

IV. BESEDILO ČLENOV, KI SE SPREMINJAJO

15. člen (čakalni seznam)

(1) Izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe vodi elektronski čakalni seznam za vse zdravstvene storitve, pri katerih obstaja čakalna doba, in sicer po skupinah zdravstvenih storitev v posamezni enoti. Izvajalec iz prejšnjega stavka vodi čakalni seznam pacientov, ki želijo, da se storitev opravi zunaj mreže javne zdravstvene dejavnosti, ločeno.

(2) Čakalni seznam se ne vodi za zdravstvene storitve pri izbranem osebnem zdravniku splošne oziroma družinske medicine, izbranem osebnem ginekologu in izbranem osebnem pediatru ter za preventivne preglede. Izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe za storitve iz prejšnjega stavka in za zdravstvene storitve, pri katerih ni čakalnih dob, vodi naročilno knjigo, v katero vpisuje naslednje podatke:

- zaporedno številko vpisa pacienta,
- pacientovo osebno ime,
- pacientove kontaktne podatke (e-naslov ali telefonsko številko),
- razlog obravnave,
- termin,
- navedbo o izvedbi zdravstvene storitve.

(3) Na čakalnem seznamu se vodijo naslednji podatki:

1. zaporedna številka uvrstitve pacienta,
2. datum in ura uvrstitve pacienta ter datum obvestila,
3. način uvrstitve na čakalni seznam,
4. pacientovo osebno ime,
5. pacientovi naslov in kontaktni podatki (e-naslov ali telefonska številka),
6. številka zavarovane osebe pri nosilcu obveznega zdravstvenega zavarovanja oziroma, če ta ni znana, EMŠO,
7. številka napotne listine,
8. datum prejema napotne listine,
9. stopnja nujnosti (z napotne listine in morebitna spremenjena),
10. šifra zdravstvene storitve,
11. zdravstveni delavec, ki je opravil triažo napotne listine (osebno ime in šifra),
12. datum triaže napotne listine,
13. obstoj medicinske indikacije za uvrstitev pacienta na točno določen termin, ki se upošteva poleg določene stopnje nujnosti (skupaj z navedbo in opisom razloga, osebnim imenom in šifro zdravstvenega delavca, ki je to medicinsko indikacijo podal),
14. želja pacienta glede izbire točno določenega izvajalca zdravstvene dejavnosti, zdravstvenega delavca ali zdravstvenega sodelavca (osebno ime in šifra zdravstvenega delavca ali zdravstvenega sodelavca),
15. želja pacienta glede izbire nadomestnega termina (vključno s podatkom o prvotno ponujenem terminu),
16. predvideni termin in okvirni termin izvedbe zdravstvene storitve,

17. podatek o odpovedi od termina (datum odpovedi pred terminom, število dni do termina, razlog za odpoved, datum odsotnosti, datum opravičila po terminu, razlog za odpoved, opravičenost odpovedi, morebitna začasna prepoved uvrstitve na čakalni seznam),
18. podatki o prenaročitvi pacienta iz razlogov izvajalca zdravstvene dejavnosti (datum prvotnega termina, razlog za prenaročitev, nov termin),
19. datum in ura izvedene zdravstvene storitve,
20. osebno ime in šifra zdravstvenega delavca ali zdravstvenega sodelavca, ki je zdravstveno storitev izvedel,
21. podatek o utemeljenosti napotitve oziroma naročanja na zdravstveno storitev,
22. podatek o črtanju s čakalnega seznama (razlog in datum),
23. osebno ime in šifra pooblaščenega osebe za čakalni seznam, ki je pacienta uvrstila na čakalni seznam, spremenila vrstni red uvrstitve na čakalni seznam oziroma ga črtala s čakalnega seznama.

(4) Čakalni seznam, ki se vodi pri izbranem osebnem zobozdravniku, ne vsebuje podatkov iz 7., 8., 9., 11., 12., 13., 20. in 22. točke prejšnjega odstavka.

(5) Pacient je za isto zdravstveno storitev lahko uvrščen na čakalni seznam največ pri enem izvajalcu zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe, in sicer največ na en termin oziroma okvirni termin. Omejitev glede števila terminov oziroma okvirnih terminov ne velja za kontrolni pregled.

(6) Namen obdelave podatkov v čakalnem seznamu je zagotoviti:

- obveščenost o čakalni dobi in vrstnem redu,
- spoštovanje vrstnega reda in enakopravno obravnavo pacientov,
- preglednost dostopa do zdravstvenih storitev.

(7) Podatki s čakalnega seznama, vključno s podatki o sledljivosti obdelave podatkov, se hranijo pet let od izvedbe zdravstvene storitve oziroma črtanja s čakalnega seznama. Sledljivost sprememb vsakega podatka, vključno s spremembami vrstnega reda in drugih prejšnjih podatkov, se izvaja tako, da je omogočen vpogled v podatek, kdo in kdaj je spremenil posamezen podatek, in obrazložitev okoliščin, ki narekujejo spreminjanje podatkov.

(8) Pacient, ki je uvrščen na čakalni seznam, ima pravico izvedeti razloge za čakalno dobo in njeno dolžino ter pravico do vpogleda, kopije ali izpisa podatkov s čakalnega seznama za vse uvrščene paciente, pri čemer se lahko seznani le s podatki iz 1., 2., 3., 8., 9., 10., 12., 13. (razen podatka o zdravstvenem delavcu), 16. in 18. točke tretjega odstavka tega člena. Za seznanitev po tem odstavku se smiselno uporabljajo prvi, drugi, četrti, šesti, sedmi in deseti odstavek 41. člena tega zakona. Izvajalec zdravstvene dejavnosti seznanitev pacientu omogoči takoj, vendar najpozneje pet dni po prejemu zahteve. Pacient lahko za posamezno zdravstveno storitev pri istem izvajalcu zdravstvene dejavnosti vloži zahtevo iz tega odstavka največ enkrat mesečno. Določba tega odstavka ne posega v pacientovo pravico do seznaitve z lastnimi osebnimi podatki.

(9) Pacient, ki je vpisan v naročilno knjigo, ima pravico do seznaitve z naročilno knjigo na smiselno enak način, kot to določa prejšnji odstavek za čakalni seznam.

(10) Kadar se za posamezno zdravstveno storitev vodi čakalni seznam, se pacientu, ki ni uvrščen na čakalni seznam, ne sme opraviti zdravstvena oziroma zobozdravstvena storitev, razen če gre za nujno medicinsko pomoč, nujno zobozdravstveno pomoč ali nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene in zobozdravstvene storitve.

(11) Način poročanja izvajalcev zdravstvene dejavnosti, obseg in način javne objave statističnih podatkov o čakalnih dobah in številu čakajočih, ki jih za posamezno zdravstveno storitev po posameznih stopnjah nujnosti objavlja Nacionalni inštitut za javno zdravje (v nadaljnjem besedilu: NIJZ), določi minister, pristojen za zdravje.

(12) Podatke iz prejšnjega odstavka pridobiva za potrebe nadzora in financiranja programov tudi Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

24. člen (predložitev napotne listine)

(1) Pacient do ureditve v zakonu, ki ureja zdravstveno zavarovanje, izvajalcu zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne službe predloži napotno listino:

- s stopnjo nujnosti nujno: najpozneje naslednji dan,
- s stopnjo nujnosti zelo hitro: v petih dneh,
- s stopnjo nujnosti hitro ali redno: v 14 dneh po njeni izdaji.

O posledicah nepravočasne predložitve napotne listine se pacienta obvesti ob izdaji napotne listine.

(2) Kadar pacient, ki je uvrščen na čakalni seznam, izbere drugega izvajalca zdravstvene dejavnosti oziroma zdravstvenega delavca, je rok za predložitev napotne listine iz druge in tretje alineje prejšnjega odstavka tri dni od dneva, ko pooblaščen oseba za čakalni seznam, na katerega je bil pacient uvrščen, prejme napotno listino.

(3) Pacienta z napotno listino, predloženo po izteku rokov iz prvega in drugega odstavka tega člena, se ne uvrsti na čakalni seznam oziroma se mu ne opravi zdravstvena storitev, o čemer ga pooblaščen oseba za čakalni seznam obvesti v treh dneh od prejema napotne listine.