



REPUBLIKA SLOVENIJA  
DRŽAVNI SVET

*Komisija za socialno varstvo, delo, zdravstvo in invalide*

Številka: 060-09-4/2019/8  
Ljubljana, 8. 5. 2019

Predlog

**Z A P I S N I K**

18. seje Komisije Državnega sveta za socialno varstvo, delo, zdravstvo in invalide, ki je bila v četrtek, 4. 4. 2019, v sobi 212/II, Šubičeva 4, Ljubljana.

Seja se je začela ob 14.00 uri in se zaključila ob 15.30 uri.

**PRISOTNI:**

- predsednik komisije: mag. Peter Požun,
- podpredsednik komisije: Danijel Kastelic,
- člani komisije: dr. Matjaž Gams, Mitja Gorenšek, Tomaž Horvat, Lidija Jerkič, Alojz Kovšca, Ladislav Rožič, Jože Smole in
- nadomestni član: Samer Khalil (nadomeščal Igorja Antauerja).

**OPRAVIČENO ODSOTEN:**

- član komisije: Igor Antauer.

**OSTALI PRISOTNI:**

- dr. Tomaž Pliberšek, Dušan Jošar, Renata Babić, Ministrstvo za zdravje,
- Saša Strelec, Ministrstvo za finance,
- Mitja Žiher, Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti,
- Duša Hlade Zore, Mojca Mahkota, Avgust Rebič, zastopniki pacientovih pravic,
- Marjan Pintar, Miriam Komac, Janja Močan, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije,
- Nika Sokolič, Zdravniška zbornica Slovenije,
- Monika Ažman, Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije
- Nina Pirnat, Nacionalni inštitut za javno zdravje,
- Daniela Dimič, Sladjana Jelisavčić, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Sejo je sklical in vodil predsednik komisije mag. Peter Požun.

S sklicem seje 26. marca 2019 so članica in člani komisije prejeli predlog dnevnega reda, ki se je glasil:

**1. Potrditev zapisnika 16. seje Komisije za socialno varstvo, delo, zdravstvo in invalide**

**2. Problematika skrajševanja čakalnih dob z vidika financiranja zdravstvenega varstva**

Po elektronski pošti 1. 4. 2019 pa so naknadno prejeli še predlog za razširitev dnevnega reda seje z naslednjo točko:

**1A. Predlog zakona o spremembi Zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (ZPIZ-2G) - nujni postopek, EPA 491-VIII**

Predlagana razširitev dnevnega reda je bila sprejeta s 6 glasovi ZA in nobenim glasom PROTI. Na podlagi sprejete razširitve dnevnega reda je predsedujoči dal na glasovanje naslednji predlog dnevnega reda (sprejet 6 ZA, 0 PROTI):

**1. Potrditev zapisnika 16. seje Komisije za socialno varstvo, delo, zdravstvo in invalide**

**1A. Predlog zakona o spremembi Zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (ZPIZ-2G) - nujni postopek, EPA 491-VIII – RAZŠIRITEV**

**2. Problematika skrajševanja čakalnih dob z vidika financiranja zdravstvenega varstva**

Ad 1.)

Predlog zapisnika 16. seje je bil **sprejet** (7 ZA, 0 PROTI) brez pripomb.

Ad 1A.)

Komisija je obravnavala Predlog zakona o spremembi Zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (ZPIZ-2G), ki ga je v obravnavo Državnemu zboru po nujnem postopku predložila Vlada Republike Slovenije.

Komisija predlog zakona **podpira** (9 ZA, 0 PROTI).

Komisija ugotavlja, da se s predlogom zakona želi zvišati razpoložljivi dohodek in izboljšati socialni položaj delavcem v primeru izplačila regresa za letni dopust, na način, da se spreminja znesek, do katerega se regres za letni dopust ne všteva v osnovo za plačilo prispevkov iz naslova pokojninskega in invalidskega zavarovanja. Navedeni znesek se povečuje iz 70 % povprečne plače zaposlenih v Republiki Sloveniji za predpretekli mesec na 100 % povprečne letne plače zaposlenih za predpretekli mesec. Predlagane spremembe naj bi v veljavo stopile že v letošnjem letu, pri čemer bo s prehodnim režimom in po uradni dolžnosti v letu 2019 poskrbljeno tudi za povračilo morebitnih (pre)plačanih prispevkov za socialno varnost (zavarovancem in

delodajalcem), če so delodajalci regres za letošnje leto delavcem že izplačali v znesku, ki presega 70 % povprečne mesečne plače predpreteklega meseca.

Komisija podpira predlagane rešitve, seznanjena je bila tudi s podporo tako delodajalske kot delojemalske strani ob obravnavi predlaganih rešitev na 317. seji Ekonomsko-socialnega sveta 22. 3. 2019.

Komisija dodatno ugotavlja, da je obravnavani predlog zakona povezan s Predlogom zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o dohodnini, EPA 490-VIII, ki je bil v obravnavo Državnemu zboru predložen istočasno in prav tako po nujnem postopku. Glede na navedeno vsebinsko povezanost predlaganih rešitev, je bilo v razpravi pozvano k poenotenju izrazoslovja, uporabljenega v navedenih dveh zakonih, v povezavi z zneski, ki služijo kot podlaga za določitev višine zneska, do katerega se regres za letni dopust ne všteva v osnovo za plačilo prispevkov za socialno varnost oziroma zneska, ki se ne všteva v davčno osnovo dohodka iz delovnega razmerja. Medtem ko Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju tako v zvezi z regresom kot v okviru nekaterih drugih določb uporablja besedno zvezo »povprečna plača zaposlenih v Republiki Sloveniji za predpretekli mesec«, Zakon o dohodnini v tretjem odstavku 44. člena že v skladu z veljavno zakonsko dikcijo, tako pa bo tudi po novem, navaja, da se pri določanju zneska povprečne mesečne plače zaposlenih v Sloveniji upošteva zadnji podatek Statističnega urada Republike Slovenije. Uporaba različnega izrazoslovja bi lahko po opozorilih predstavnikov delojemalcev in delodajalcev v praksi pripeljala do zmede pri določanju zneska regresa, ki bo ostal neobdavčen oziroma ne bo obremenjen z obvezo plačila prispevkov za socialno varnost.

Komisija ugotavlja, da se Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti ter Ministrstvo za finance zavedata neuskladenosti uporabljenega izrazoslovja, a poudarjata, da bi njegova uskladitev terjala podrobnejšo razpravo in obsežne posege v obe zakonski besedili, saj se navedeni izrazi uporabljajo tudi v drugih zakonskih določbah, ne zgolj v povezavi z izplačilom regresa. Poudarjata, da so bili navedeni pomisleki izraženi že med obravnavo predlaganih sprememb zakonodaje v okviru Ekonomsko-socialnega sveta ter da so bila v zvezi s tem podana tudi pojasnila Ministrstva za finance. Slednje dodatno zagotavlja, da ne pričakuje zapletov v praksi, saj ne glede na neskladje v izrazoslovju, slednje in z njim povezane zakonske določbe zavezanca za plačilo prispevkov napotujejo na iste zneske mesečne plače, ki bo služila kot osnova za izračun obveznosti iz naslova dohodnine ali prispevkov za pokojninsko in invalidsko zavarovanje.

Komisija je v posredni povezavi z informacijo, da se zaradi predlaganih rešitev predvideva manjko v blagajni pokojninskega in invalidskega zavarovanja v višini 1,4 milijona evrov, pozvala k skrbi za dolgoročno vzdržnost pokojninskega sistema, v povezavi z izzivi starajoče se družbe ter obremenitvami, ki jih slednja prinaša za proračunska sredstva, saj ima vpliv tudi na druga področja družbe (zdravstveno varstvo, infrastrukturni izzivi, ki so povezani z višjimi družbenimi izdatki itd.).

\* \* \*

Za poročevalca je bil določen predsednik komisije mag. Peter Požun.

## Ad 2.)

Komisija je obravnavala problematiko skrajševanja čakalnih dob z vidika financiranja zdravstvenega varstva, s poudarkom na rezultatih izvajanja Posebnega vladnega projekta za skrajševanje čakalnih dob in povečanje kakovosti zdravstvene obravnave.

Komisija se je podrobneje seznanila z vsebino Poročila o izvajanju Posebnega vladnega projekta za skrajševanje čakalnih dob in povečanje kakovosti zdravstvene obravnave, s katerim se je seznanila tudi Vlada Republike Slovenije na 20. redni seji 21. 2. 2019.

Komisija ugotavlja, da je bil Posebni vladni projekt za skrajševanje čakalnih dob in povečanje kakovosti zdravstvene obravnave (v nadaljevanju: PVP) sprejet na podlagi drugega odstavka 22.d člena Zakona o sistemu plač v javnem sektorju in se je izvajal med 1. 4. 2017 in 31. 3. 2018, na podlagi 3. točke Sporazuma o začasni prekinitvi stavkovnih aktivnosti med sindikatom FIDES in Vlado Republike Slovenije (v nadaljevanju: Vlada). Za izvajanje PVP je bilo v 2017 in 2018 namenjenih 18 milijonov evrov letno, ki naj bi se jih porabilo za izplačilo delovne uspešnosti zdravnikom, diplomiranim in srednjim medicinskim sestram, zdravstvenim delavcem, zdravstvenim sodelavcem ter drugim javnim uslužbencem iz naslova povečanega obsega dela.

V izvajanje PVP se je vključilo 93 izvajalcev javnih zdravstvenih zavodov na primarni in sekundarni ravni. V okviru PVP so bili opredeljeni kriteriji tako za izvajalce (javne zdravstvene zavode), ki so bili lahko vključeni v njegovo izvajanje, kot tudi zaposlene v zdravstvenem sistemu, ki so bili vključeni v izvajanje povečanega obsega dela. Kot predpogoja za plačilo iz naslova PVP sta bila določena obveza sklenitve dogovora med javnim zdravstvenim zavodom in zaposlenim (dogovor o vsebini, obsegu dodatnega dela in obdobju povečanega obsega dela zaposlenega) ter predpogoj opravljenih dodatnih ur dela s pacienti zaradi preseganja normativa v določeni višini, ki je veljal tako za primarno kot za sekundarno in terciarno raven zdravstva ter zobozdravstva. V zvezi z delom zdravnikov in zobozdravnikov je bila kot eden od pogojev za upravičenost do izplačil iz naslova PVP opredeljena tudi uporaba storitev eZdravja (eNapotnica in eRecept, Centralni register podatkov o pacientih), specifično na sekundarni ravni pa sta bila določena pogoja, da v hospitalnem delu pacient prejme odpustno pismo že ob odpustu (vsaj začasno odpustno pismo z jasnimi navodili za terapijo doma) ter da se pacientu po obravnavi v specialistični ambulanti izvid (vsaj delni) izda takoj ali najkasneje v treh delovnih dneh.

Z namenom implementacije PVP sta bili ustanovljeni dve projektni skupini. Med njune naloge je med drugim sodila tudi ocena finančnih sredstev, potrebnih za izvedbo PVP. Predvideno je bilo, da bo do izplačila delovne uspešnosti v skladu s pogoji PVP do delovne uspešnosti upravičenih vsaj 30 % zaposlenih zdravnikov na primarni, sekundarni in terciarni ravni, vendar pa je bilo ob zaključku PVP ugotovljeno, da je bilo v povprečju mesečno nagrajenih le 1.075 zdravnikov oz. 17 % od skupno 6.063 zaposlenih zdravnikov (na dan 31. 12. 2017), ki bi bili potencialno upravičeni do plačila za povečan obseg dela iz naslova PVP. Kot dodaten razlog za nižje število zaposlenih, ki so prejeli izplačilo v skladu s PVP, se v poročilu o izvajanju PVP izpostavlja zakasnelo opredeljevanje normativov na sekundarni ravni (še le po začetku izvajanja PVP).

Kot eden izmed razlogov za relativno nizek delež dodatno nagrajenih zaposlenih se navaja tudi omejitev višine izplačil iz naslova povečanega obsega dela. Na podlagi prvega odstavka 3. člena Zakona o ukrepih na področju plač in drugih stroškov dela za leto 2017 in drugih ukrepih v javnem sektorju (Uradni list RS, št. 88/16) je namreč lahko, ne glede na določbo prvega odstavka 4. člena Uredbe o delovni uspešnosti iz naslova povečanega obsega dela za javne uslužbenke (Uradni list RS, št. 53/08 in 89/08) in splošnih aktov, ki urejajo plačilo delovne uspešnosti iz naslova povečanega obsega dela za javne uslužbenke v drugih državnih organih, do 31. decembra 2018 višina dela plače javnega uslužbenca za plačilo delovne uspešnosti pri opravljanju rednih delovnih nalog uporabnika proračuna ali projekta, načrtovanega v okviru sprejetega finančnega načrta uporabnika proračuna, vključno z delom plače za plačilo delovne uspešnosti iz naslova povečanega obsega dela iz naslova in sredstev posebnega projekta, skupaj znašala največ 30 odstotkov njegove osnovne plače. Če je torej javnemu uslužbencu že pripadala določena višina izplačila iz naslova povečanega obsega dela zaradi nadomeščanja manjkajočih ali odsotnih sodelavcev ali iz kakšnega drugega razloga, slednji ni mogel prejeti celotnega predvidenega izplačila iz naslova povečanega obsega dela v povezavi s PVP (predvideno izplačilo v višini 25 % osnovne plače), kar se je izkazalo kot ena izmed ovir za vključevanje zdravstvenih delavcev v PVP.

Ministrstvo za zdravje izpostavlja posamezne pozitivne učinke izvajanja PVP, in sicer skrajšanje čakalnih dob na povprečno 1800 čakalnih seznamih posameznih zdravstvenih storitev (npr. pri diagnostičnih storitvah, operacijah žolčnih kamnov, drugih žilnih operacijah in operacijah karpalnega kanala) pri 93 izvajalcih zdravstvenih storitev, ki so bili vključeni v PVP. Prav tako je bilo pacientom iz naslova povečane kakovosti izvajanja storitev v celotnem obdobju izvajanja PVP, tako na primarni kot sekundarni ravni, namenjenih vsaj 10.700 dodatnih ur dela. Med izvajanjem PVP pa je prišlo tudi do opaznega povečanja uporabe storitev eZdravja. Na podlagi izvajanja PVP so bila oblikovana tudi orodja za merjenje učinkovitosti dela zaposlenih, ki lahko od zdaj naprej vodstvom bolnišnic in zdravstvenih domov predstavljajo podlago za nagrajevanje zaposlenih.

Ministrstvo za zdravje ocenjuje, da bi bilo navkljub nekaterim pozitivnim učinkom izvajanja PVP izvajanje takšnega projekta lahko tudi bistveno bolj uspešno, zlasti kar se tiče vodenja projekta. Od skupaj 36 milijonov evrov, koliko jih je bilo namenjenih projektu v 2017 in 2018, je bilo namreč porabljenih le 8.149.512 evrov. Neuporabljeni sredstva v 2017 so ostala v proračunu države, v okviru proračuna za 2018 pa so se razporedila za druge namene, med drugim je bilo iz proračuna Ministrstva za zdravje v 2018 namenjenih 10 milijonov evrov za izvajanje dodatnega programa »Zmanjševanje števila čakajočih pacientov nad dopustno čakalno dobo za izbrane zdravstvene storitve v letu 2018« (t. i. EDP 2018).

Glede na kratek čas, namenjen pripravi projekta, so bila z uvedbo PVP povezana določena tveganja, katerih posledica je tudi manjša uspešnost izvedenega projekta. Pri tem Ministrstvo za zdravje izpostavlja usposobljenost izvajalcev za učinkovito vodenje projekta ter dejstvo, da so bila izplačila iz naslova PVP vezana na izpolnjevanje določenih kriterijev, pri čemer se je, kot že omenjeno, normative na sekundarni ravni začelo določati šele med izvajanjem projekta. Posledično bi bilo glede na rezultate PVP po oceni Ministrstva za zdravje morebiti bolje tovrstni projekt uvesti parcialno v zgolj eni od institucij, na podlagi njegovega izvajanja v praksi ugotoviti njegove prednosti in

pomanjkljivosti, ga na podlagi ugotovitev novelirati in šele nato implementirati v okviru celotnega zdravstvenega sistema. Obenem Ministrstvo za zdravje meni, da se katerikoli projekt lahko izvaja uspešno le, če ga njegovi izvajalci podpirajo in optimalno izkoristijo vse možnosti za njegovo čim boljšo izvedbo.

Komisija ugotavlja, da je bil Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) v okviru PVP zadolžen za zbiranje in obdelavo podatkov in izplačilo sredstev izvajalcem, pri čemer način dela (na podlagi tabel, pripravljenih v programu Microsoft Office Excel) ocenjuje kot neprimeren. Poudarja, da bi si morali za pripravo tako obsežnega projekta vzeti več časa, natančneje opredeliti nabor podatkov, ki se jih bo spremljalo, ter že predhodno definirati vire navedenih podatkov. Kot eno od večjih pomanjkljivosti projekta ZZZS izpostavlja težave pri izvedbi projekta in izračunih utemeljenosti izplačil, ker se je za nekatere dejavnosti in programe sproti ali pa celo za nazaj določalo kriterije. Modra knjiga standardov in normativov za sekundarni nivo namreč nima opredeljenih normativov po posameznih specialnostih oziroma nosilcih zdravstvene dejavnosti. ZZZS ocenjuje, da osnovna ideja uvedbe PVP ni bila slaba, a bi jo bilo treba po posameznih strokah in posameznih dejavnostih v prihodnje bolj podrobno razdelati, si vzeti več časa za prijavo projekta, najprej v pilotni obliki, nato pa na tej podlagi izdelan model postopoma, po posameznih segmentih vpeljati v celoten sistem.

Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije (ZDRZZ) pritrjuje ZZZS glede težav pri vzpostavitvi PVP, na kar po njegovem mnenju kažejo tudi podatki o porabljenih sredstvih iz naslova projekta. Kljub temu tudi ZDRZZ ocenjuje, da sta bila ustrezna tako ideja kot izbrani način stimuliranja zaposlenih in skrajševanja čakalnih dob. ZDRZZ poudarja, da zaposleni v javnih zavodih pričakujejo, da se bo projekt nadaljeval, saj ugotovljene pomanjkljivosti PVP ponujajo dobro podlago za izboljšanje projekta v prihodnje. Pri tem Združenje poziva, da naj se posebej upošteva predloge in pripombe izvajalcev na primarni ravni.

Komisija je bila seznanjena, da v pripravo in izvajanje PVP zaradi načina, na katerega je bil vzpostavljen (kot odgovor na stankovne zahteve FIDES), ni bilo vključenih kar nekaj pomembnih deležnikov, med drugim koncesionarji, za katere Zdravniška zbornica Slovenije opozarja, da bi jih bilo smiselno vključiti v projekt, saj enako kot javni zdravstveni zavodi sodelujejo v javni zdravstveni mreži in bi lahko veliko prispevali k skrajševanju čakalnih dob. Tudi ZDRZZ v začetku v projekt ni bil vključen, je pa uspelo naknadno v dogovoru z ZZZS v projekt dodatno vključiti še ostalo zdravstveno osebje in druge javne uslužbenke, ki so bili neposredno vključeni v izvajanje povečanega obsega dela v skladu s smernicami PVP.

Na to, da niso bili povabljeni k pripravi projekta, niti se jim ni dalo možnosti koristiti preostalih sredstev iz naslova projekta, je opozorila tudi Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, ki zastopa več kot 22.000 medicinskih sester in babic, ki so dnevno vključene v izvajanje zdravstvenih storitev in prav tako lahko veliko pripomorejo k skrajševanju čakalnih dob. Kljub temu Zbornica-zveza poudarja, da takšen način stimulacije zaposlenih v zdravstvu podpira in ocenjuje, da bi bil projekt lahko v primeru njegovega nadaljevanja uspešen, če se bo v njegovo pripravo in izvedbo aktivno vključilo vse izvajalce in poklicne profile v zdravstvenem varstvu.

Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) ocenjuje, da je PVP pozitivno vplival na uporabo storitev eZdravja na splošno, predvsem na povečano uporabo storitev eNapotnice in eRecepta. Prav tako je zaznati povečan interes izvajalcev za vse ostale storitve, ki jih je Ministrstvo za zdravje razvilo v okviru eZdravja. NIJZ sicer meni, da bi bilo treba v primeru nadaljevanja projekta s strokovno-metodološkega vidika bolje zastaviti program tako, da bi se, namesto na skrajševanje čakalnih dob po posameznih vrstah zdravstvenih storitev, osredotočili na skrajševanje čakalnih dob za posamezni program (npr. kardio-vaskularni) in pri tem zasledovali cilje skrajšanja čakalnih vrst na vseh treh nivojih hkrati – primarnem, sekundarnem in terciarnem. Na takšen način bi se zagotovilo bolj celovit pregled nad dejanskimi učinki izvajanja programa v celotni liniji storitev na posameznem področju zdravstvene obravnave. Treba bi bilo natančneje definirati kazalnike kakovosti izvedenih storitev ter trenutno stanje upoštevati kot ničelno izhodišče, ki bi služilo za postavitev ciljev v zvezi s skrajševanjem posameznih čakalnih dob ter posledično pripomoglo k realnejšim ocenam uspešnosti njihovega doseganja.

NIJZ dodatno poudarja, da so vsa dodatna finančna sredstva, ki se jih namenja skrajševanju čakalnih dob več kot dobrodošla, čemur pritrjuje tudi komisija, a pod pogojem, da so učinkovito porabljena. Velikokrat je namreč slišati opozorila o tem, da v zdravstvenem sistemu ni na voljo dovolj sredstev, medtem ko rezultati izvajanja PVP kažejo, da v tem primeru ni bilo težave s samimi sredstvi, ampak z njihovo porabo. Zato komisija meni, da bi bilo treba aktivneje pristopiti tudi k analizi organizacije izvajanja zdravstvenih storitev, saj zgolj zagotavljanje dodatnih finančnih sredstev ne bo avtomatično omogočilo skrajševanja čakalnih dob. Pri tem komisija poudarja, da se mora izvajalcem za vsako dodatno izvedeno storitev, ki presega načrtovani obseg programov v okviru splošnega dogovora v zdravstvu, zagotoviti plačilo vseh opravljenih storitev, še posebej če stanje v blagajni ZZZS to omogoča.

Komisija je bila seznanjena tudi z oceno zastopnikov pacientovih pravic, ki poročajo, da pri svojem delu niso zaznali bistvenega skrajševanja čakalnih dob, saj število pritožb zgolj dodatno narašča. Pri tem izpostavljajo nesprejemljivo dolge čakalne dobe na področju zobne protetike (tudi po 4 leta) in ortopedije, kjer obstaja interes koncesionarjev in tudi zasebnikov za izvajanje povečanega obsega programa, a se slednjega ne odobri. V zvezi z napredkom, storjenim pri uveljavljanju storitev eZdravja, pa zastopniki pacientovih pravic opozarjajo, da se lahko izreče pohvale storitvi eRecept, medtem ko pri izvajanju storitve eNaročanje še vedno prihaja do odstopanj med dejanskimi čakalnimi dobami in tistimi, navedenimi v podatkovnih bazah NIJZ, zato pozivajo k njihovem ažuriranju oziroma uskladitvi.

V zvezi s storitvijo eNaročanja NIJZ, ki zbira podatke in objavlja podatke o čakajočih na posamezne storitve, pojasnjuje, da storitev eNaročanje lahko deluje brežhibno zgolj v primeru, če izvajalci svoje proste datume ažurno umeščajo v sistem. Zaradi zaznanih odstopanj v podatkih o čakalnih dobah pri izvajalcih in NIJZ, se je NIJZ lotil podrobnejše analize posameznih primerov, pri čemer je bilo v 99,9 % vseh proučenih primerov ugotovljeno, da je vzrok za težave na strani izvajalcev.

Komisija se zaveda, da je vprašanje skrajševanja čakalnih dob v povezavi s financiranjem zdravstvenega varstva veliko širše in kompleksnejše od vprašanja uspešnosti izvajanja PVP, a glede na predstavljeno analizo njegovih rezultatov ocenjuje, da slednji vendarle lahko predstavlja dobro izhodišče za nadaljevanje tovrstnih

aktivnosti, ob predpogoju, da se v prihodnje v pripravo in izvedbo projekta aktivno vključi vse deležnike, ki lahko pripomorejo k njegovi uspešnosti in učinkovitejši izvedbi. Skrajševanje čakalnih dob namreč ne predstavlja le strokovnega, ampak tudi etično družbeno vprašanje, saj lahko v veliki meri vpliva na življenje posameznika. Dobro zdravstveno stanje državljanov je interes celotne družbe. Razrešitev problematike skrajševanja čakalnih dob lahko pomeni tudi ponoven dvig ocen o kakovosti slovenskega zdravstvenega sistema, katerih padec je v zadnjih dveh letih opaziti na nekaterih mednarodnih primerjalnih lestvicah razvitih držav. Pri tem komisija izpostavlja odlične strokovnjake različnih področij, ki jih premore slovenski zdravstveni sistem (na področju medicine, zdravstvene nege, informatike, vodenja...) in ki bi jim morali omogočiti, da svoje znanje lahko čim bolj učinkovito implementirajo.

Komisija na podlagi navedenega poziva Ministrstvo za zdravje, da prevzame aktivnejšo vlogo koordinatorja in si prizadeva za okrepljeno medsebojno sodelovanje vseh deležnikov na tem področju, ki morajo za doseg zadanih ciljev delovati usklajeno in učinkovito.

Komisija kot primer izpostavlja še vedno nedorečene standarde in normative, ker se ZZZS, pristojno ministrstvo in stroka o njihovi vsebini že dolga leta ne morejo zediniti, kljub temu da slednji predstavljajo temeljno izhodišče za kakršnekoli ukrepe, načrte in analize, ne samo glede skrajševanja čakalnih dob, ampak tudi drugih pomembnih vprašanj v zdravstvenem sistemu. Komisija zato kot pomemben del razrešitve nastale situacije s čakalnimi dobami izpostavlja nujnost čimprejšnje zakonske opredelitve mreže izvajalcev, kadrovskih in storitvenih normativov ter standardov, pa tudi jasno razmejitev sekundarne in terciarne zdravstvene ravni.

Komisija na podlagi opozoril posameznih deležnikov ugotavlja, da ostajajo odprta še številna vprašanja, ki lahko neposredno ali posredno vplivajo na uspešnost načrtovanih aktivnosti za skrajševanje čakalnih dob. Tako se na primer izpostavlja omejene pravice do proste izbire osebnega zdravnika v posameznih regijah, npr. v Ljubljani; vprašanje ustreznosti števila vpisanih na medicinski fakulteti v Ljubljani in Mariboru ter hkratnega povpraševanja po zaposlitvi zdravnikov iz tujine, glede na dejanske potrebe po zdravnikih (leta 2000 26 % manj zdravnikov od povprečja EU, v 2016 16 % manj od povprečja EU); nujnost vlaganja dodatnih naporov za poenotenje seznamov čakajočih na storitve med NIJZ in izvajalci ter vprašanje ustrezne višine deleža financiranja zdravstvenega varstva iz proračunskih sredstev (Slovenija je še vedno na repu držav EU po deležu BDP, ki ga namenja za zdravstveno varstvo, oziroma deležu proračunskih virov v tekočih izdatkih za zdravstvo).

Kot enega od najbolj perečih področij, na katerem se ne zagotavlja ustrezne dostopnosti prebivalstva do zdravstvenih storitev, komisija izpostavlja področje zobozdravstva za odrasle, s poudarkom na ortodontiji in zobni protetiki. Komisija ugotavlja, da na tem področju veliko težavo predstavljajo cene zobozdravstvenih storitev in nadstandardnih materialov, katerih uporabo se trenutno večinoma krije iz žepa pacientov. Za njihovo spremembo bi bilo treba zagotoviti dodatna finančna sredstva iz blagajne obveznega zdravstvenega zavarovanja ter obenem poiskati načine motiviranja zobozdravnikov, ki so zaposleni v javnih zdravstvenih zavodih, za izvajanje povečanega obsega dela. Trenutno namreč kot javni uslužbenci niso upravičeni do variabilnega dela plačila za svoje delo, zato ZZZS poroča, da je 20 %-no preseganje programa na področju



zdravstva v 2018 predvsem posledica dodatnega dela koncesionarjev, ki so za to ustrezno stimulirani (vgrajevanje nadstandardnih materialov na podlagi doplačil iz žepa jim predstavlja dodaten vir zaslužka). ZZZS hkrati opozarja, da se vprašanje variabilnosti plačila za delo zaposlenih v javnih zdravstvenih zavodih ne more urejati v okviru Splošnega dogovora v zdravstvu, ampak v drugih zakonskih in podzakonskih aktih.

Komisija na podlagi opozoril ZDRZZ dodatno ugotavlja, da kljub problematičnosti področja v okviru Splošnega dogovora v zdravstvu za 2019 sploh ni predvidenega plačila za povečan obseg dela na področju zobozdravstva za odrasle, ampak zgolj za področje mladinskega zobozdravstva, in sicer v višini 15 % cene opravljenih storitev.

Kot ena izmed aktualnih problematik v povezavi s skrajševanjem čakalnih dob se izpostavlja način urejanja in financiranja enkratnih dodatnih programov (EDP) za zmanjševanje čakalnih dob. V okviru Splošnega dogovora v zdravstvu za 2019 je bil namreč povečan obseg dela v povezavi s t. i. prospektivnimi programi (posegi v povezavi z akutnimi primeri) letos prenesen v redni program izvajalcev zdravstvenih storitev, medtem ko se je 2018 slednji izvajal na podlagi Enkratnega dodatnega programa skrajševanja čakalnih dob 2018 (EDP 2018) ter sklepanja podjemnih pogodb z zaposlenimi v javnih zdravstvenih zavodih. Slednji pri tem opozarjajo, da zaradi omejenih kadrovskih kapacitet letošnjega predvidenega obsega programov ne bodo mogli izvesti v rednem delovnem času, zato je ZDRZZ že zaprosil Ministrstvo za zdravje za odobritev izvajanja posebnih programov, kar bi omogočilo plačilo zaposlenih po podjemnih pogodbah, v primeru opravljanja povečanega obsega dela.

Ministrstvo za zdravje do predloga še ni zavzelo jasnega stališča, zato ga komisija poziva k takojšnjemu odzivu na izpostavljeno problematiko in opozarja, da je bilo izgubljenega že tri mesece časa, v katerem bi se že lahko izvajalo programe v predvidenem povečanem obsegu. Pri tem ugotavlja, da ostaja odprto tudi vprašanje ustreznosti urejanja EDP v okviru Splošnega dogovora v zdravstvu (ZZZS meni, da to ni ustrezno, saj slednje onemogoča strateški pristop k določanju obsega posameznih programov; poudarja nujnost določitve fiksnega obsega pričakovanih količin izvedenih storitev za daljše časovno obdobje, na podlagi zaznanih (že dlje časa povečanih) potreb zavarovancev po zdravstveni oskrbi na posameznem področju in razpoložljivih kapacitet) ter tudi vprašanje ustreznosti določenega obsega in višine cene t. i. prvih pregledov. V Splošnem dogovoru v zdravstvu za leto 2019 se je kot načrtovani obseg prvih pregledov namreč določilo povprečno število navedenih pregledov, glede na plane, ki so jih v preteklih letih posamezni izvajalci oblikovali vsak po svoji oceni in na podlagi izkušenj iz preteklih let. Težavo predstavlja dejstvo, da so v preteklosti plani posameznih izvajalcev na tem področju med seboj precej odstopali, kar pomeni, da letos opredeljeno povprečje za nekatere izvajalce lahko predstavlja bistveno povečanje obsega dela, ki ga brez povečanih obremenitev zaposlenih ne bo mogoče izvesti. Obenem je kot stimulacija za preseganje v 2019 določenega poenotenega plana prvih pregledov za vse izvajalce določeno zgolj 10 %-no povišanje cene posameznega prvega pregleda. Pri tem je bila komisija s strani ZDRZZ seznanjena, da gre za že v osnovi podcenjeno storitev (cene se gibljejo od 10–15 evrov), saj so pogosto ravno prvi pregledi tako strokovno kot izvedbeno najbolj zahtevni (terjajo ugotovitev dejanskega stanja, oceno ogroženosti pacienta, pripravo programa obravnave, diagnostične storitve in kompleksnejše laboratorijske preiskave, ki pogosto niso ustrezno finančno pokrite).

Komisija na podlagi navedenega ocenjuje, da trenutne cene prvih pregledov in ponujena stimulacija javnim zdravstvenim zavodom ne predstavljajo zadostne motivacije za izvajanje povečanega obsega dela, saj si bodo, kot opozarja ZDRZZ, zaradi podcenjenosti navedene storitve na ta način samo povzročali izgube ali obstoječe izgube le še dodatno poglobljali. Komisija je bila seznanjena tudi s predlogom ZDRZZ, da se z Aneksom 1 k Splošnem dogovoru v zdravstvu za leto 2019 vsaj za 50 % dvigne ceno prvega pregleda. ZZZS pri tem pojasnjuje, da so že izvajali določene analize, na podlagi katerih so ugotovili, da bi bilo za dvig obsega dela na tem področju treba dvigniti cene storitev prvih pregledov za 30–50 %, vendar v letošnjem letu, zaradi povečane obremenitve zdravstvene blagajne iz naslova dviga plač v javnem sektorju in razširitev posameznih programov, za to trenutno ni bilo na voljo ustreznih dodatnih finančnih sredstev. Obenem pa ZZZS pojasnjuje, da so ultrazvočne, rentgenske in CT preiskave plačane po dejanski realizaciji. Hkrati se je na podlagi analiz dejanskih materialnih stroškov in potreb po laboratorijskih preiskavah ter ugotovljenih razlik med višino plačil laboratorijskih raziskav na primarni in sekundarni ravni s Splošnim dogovorom v zdravstvu za 2019 v okviru razpoložljivih sredstev zagotovilo dodatna sredstva za laboratorijske preiskave v splošnih bolnišnicah na področju interne medicine (malo manj kot 34.000 evrov), infektologije (150.701 evro), pulmologije (31.000 evrov) in urologije (8.100 evrov).

Komisija ugotavlja, da bi bilo treba več pozornosti nameniti tudi vzrokom za trenutno povečano število čakajočih na zdravstvene storitve. Pri tem ZDRZZ ocenjuje, da so daljše čakalne dobe posledica intenzivnejšega varčevanja v času splošne finančne in gospodarske krize, ob hkratnih povečanih potrebah prebivalstva ter omejenih zdravstvenih kapacitetah. S konjunkturo smo sicer dobili možnost ponovnega vlaganja v zdravstveni sistem, pri čemer pa je treba paziti, da bodo sredstva, ki so na voljo, resnično premišljeno porabljena. Prelivanje velikega dela finančnih sredstev zgolj v pokrivanje stroškov dela ne bo dalo zelenih rezultatov.

Rešitve bi bilo očitno treba iskati tudi izven obstoječega sistema, s ciljem zagotavljanja večje produktivnosti javnih zdravstvenih zavodov. Pri tem ZDRZZ meni, da bi ključ do rešitve lahko predstavljala sistemski poseg v obstoječi način delovanja javnih zdravstvenih zavodov, ki temelji na Zakonu o zavodih iz 1991, saj so se okoliščine delovanja javnih zdravstvenih zavodov v več kot dveh desetletjih bistveno spremenile. Temu bi se čim prej moralo prilagoditi tudi organizacijsko obliko javnih zdravstvenih zavodov in s tem poslovodstvom omogočiti podlage za večjo prilagodljivost delovanja v povezavi z višjo stopnjo produktivnosti dela. V preteklosti je bilo že večkrat pozvano tudi k spremembam plačnega sistema za zaposlene v javnih zdravstvenih zavodih, katerih plačila so trenutno omejena z določbami zakonodaje, ki enovito ureja plače v javnem sektorju in ne ponuja možnosti za variabilno plačilo zaposlenih. Komisija se strinja tudi z opozorili ZDRZZ, da bi morali predlagani in implementirani ukrepi izboljševati in ne poslabševati stanje v sistemu, predvsem pa bi se jih moralo uvajati z mislijo na končni rezultat za uporabnika – pacienta.

Komisija ponovno opozarja tudi na številne možnosti izboljšav delovanja sistema zdravstvenega varstva v povezavi z uporabo naprednih informacijsko-komunikacijskih tehnologij. Pri pripravi in izvajanju vseh kompleksnejših projektov na področju zdravstva bi bilo po mnenju komisije treba v kar največji meri izkoristiti tako kadrovske kot

informacijske vire ZZZS (več kot 780 zaposlenih in najbolj razvit informacijski sistem v Sloveniji), prav tako pa vlagati več naporov v nadgradnjo in nadaljnje poenotenje informacijskih sistemov, ki se uporabljajo v zdravstvu, ter razmišljati o uporabi novih tehnoloških rešitev na področju zdravstva (možnost vpeljave programa elektronskega mobilnega zdravja, ki je v pripravi, ter t. i. »data-driven« pristopov k zdravljenju, v okviru katerih se na podlagi množice podatkov lahko terapije in ostale aktivnosti prilagaja konkretnemu posamezniku ipd.).

Komisija v zvezi z vprašanjem čakalnih dob izpostavlja tudi dane okoliščine, na katere lahko le delno vplivamo, kot so starajoča se populacija in s tem povezana polimorbidnost, t. i. medicinska inflacija (povečanje stroškov v zdravstvenem varstvu kot posledice novih metod diagnostike in zdravljenja ter uvedba novih, predvsem bioloških zdravil, ki so izjemno draga), odnos družbe do zdravja ter pričakovanja pacientov v postopku zdravstvene obravnave (kot dobrega se še vedno pogosto ocenjuje zdravnika, ki hitro odobri odsotnost z dela zaradi bolezni, napoti na specialistično obravnavo ali popusti pritiskom pacienta, da naj se mu predpiše zdravila na podlagi njegove lastne analize svojega zdravstvenega stanja, ne glede na zdravnikovo znanje). Komisija zato kot del rešitve za razbremenitev zdravstvenega sistema, tako z vidika kadrovskih kot finančnih obremenitev, prepoznava spremembo naše miselnosti in racionalnejše obnašanje, ki naj bo skladno z našimi dejanskimi potrebami po zdravstveni oskrbi.

Na podlagi razprave je komisija v zvezi z obravnavano problematiko sprejela (8 ZA, 0 PROTI) naslednje sklepe:

- 1. Komisija za socialno varstvo, delo, zdravstvo in invalide je opravila razpravo o problematiki skrajševanja čakalnih dob, s poudarkom na rezultatih izvajanja Posebnega vladnega projekta za skrajševanje čakalnih dob in povečanje kakovosti zdravstvene obravnave.**
- 2. Komisija se je seznanila s stališči ključnih deležnikov, povezanih s problematiko skrajševanja čakalnih dob.**
- 3. Komisija na podlagi predstavitve Poročila o izvajanju Posebnega vladnega projekta za skrajševanje čakalnih dob in povečanje kakovosti zdravstvene obravnave ugotavlja, da so razvidni pozitivni rezultati navedenega projekta, ki je temeljil na variabilnem nagrajevanju izvajalcev zdravstvenega varstva, a da vendarle slednji, zaradi različnih razlogov in okoliščin, povezanih z vsemi deležniki, vključenimi v izvajanje projekta, ni v popolnosti dosegel zelenega učinka.**
- 4. Komisija na podlagi ugotovitev, navedenih v predhodnem sklepu, predlaga Vladi Republike Slovenije, da prouči možnost nadaljevanja Posebnega vladnega projekta za skrajševanje čakalnih dob in povečanje kakovosti zdravstvene obravnave, na podlagi variabilnega nagrajevanja izvajalcev zdravstvenega varstva. Pri tem naj upošteva pripombe in predloge, povzete v poročilu komisije, ter razširi dosednji obseg deležnikov, vključenih v izvajanje projekta, na vse deležnike, ki lahko aktivno pripomorejo k njegovi učinkovitejši in uspešnejši izvedbi.**

Komisija je sprejela (8 ZA, 0 PROTI) tudi naslednji dodatni sklep:

**Komisija v skladu s četrtem odstavkom 35. člena Poslovnika Državnega sveta (Uradni list RS, št. 70/08, 73/09, 101/10, 6/14 in 26/15) predlaga, da se obravnavano problematiko kot točko dnevnega reda uvrsti na že sklicano 17. sejo Državnega sveta, ki bo 10. aprila 2019.**

\* \* \*

Za poročevalca je bil določen predsednik komisije mag. Peter Požun.

Mag. Nuša Zupanec  
sekretarka komisije

Mag. Peter Požun  
predsednik komisije