



REPUBLIKA SLOVENIJA
DRŽAVNI SVET

Komisija za socialno varstvo, delo, zdravstvo in invalide

Številka: 060-09-5/2019/10
Ljubljana, 8. 5. 2019

Predlog

Z A P I S N I K

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

Seja se je začela ob 14.00 uri in se zaključila ob 16.10 uri.

PRISOTNI:

- predsednik komisije: mag. Peter Požun,
- člani komisije: Igor Antauer, dr. Matjaž Gams, Tomaž Horvat, Lidija Jerkič, Ladislav Rožič, Jože Smole in
- nadomestni član: Samer Khalil (nadomeščal Mitja Gorenščka).

OPRAVIČENO ODSOTEN:

- podpredsednik komisije: Danijel Kastelic,
- član komisije: Alojz Kovšca, Mitja Gorenšček.

OSTALI PRISOTNI:

- Barbara Tiselj, Majda Volčanšek, Jana Lovšin, Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti,
- dr. Tomaž Pliberšek, Tanja Mate, Jana Frankovič, Ministrstvo za zdravje,
- Nevenka Lekše, Združenje ZaNas,
- Simona Repar Bornšek, Zdravstveni dom Ljubljana, regijska koordinatorica specializacij družinske medicine
- Julija Šter, Zdravstveni dom Radovljica,
- Miljen Vidaković, Zdravstveni dom Sežana,
- Veronika Vezjak, Sekcija mladih zdravnikov družinske medicine pri Zdravniški zbornici Slovenije,
- Mario Bartolac, Zdravstveni dom Ljubljana,
- Maja Pešić, Zasebni zavod Pešić – Izola,
- Marijan Pintar, Združenje zdravstveni zavodov Slovenije,
- Marko Kolšek, Medinska fakulteta Univerze v Ljubljani, nacionalni koordinator specializacij družinske medicine.

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

Dnevni red (7 ZA, 0 PROTI):

- 1. Predlog zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o socialnem varstvu (ZSV-I) - skrajšani postopek, EPA 492-VIII**
- 2. Odgovor Ministrstva za zdravje na vprašanja državnega svetnika mag. Petra Požuna glede specializantov s področja družinske medicine in izvajanja 20.a člena Zakona o zdravniški službi**

Ad 1.)

Komisija je obravnavala Predlog zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o socialnem varstvu (ZSV-I), ki ga je v obravnavo Državnemu zboru po skrajšanem postopku predložila Vlada Republike Slovenije.

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

Komisija ugotavlja, da je glavni namen predlaganih zakonskih rešitev zagotovitev sistemske podpore žrtvam kaznivih dejanj, in sicer v obliki svetovanja, posredovanja informacij, seznanitve z možnostjo sodelovanja v kazenskem postopku in usmeritvami glede navedenih možnosti. V primeru izkazane potrebe bodo po novem žrtvam, ki sodijo med posebej ranljive skupine, omogočene tudi zaščita in specialistične storitve.

Komisija k vsebini predloga zakona nima pripomb, a izpostavlja dva pomembna vidika obravnave žrtev in domnevnih storilcev kaznivih dejanj. Komisija tako poziva k bolj spoštljivi medijski obravnavi žrtev kaznivih dejanj (včasih se žrtvam s pretirano medijsko pozornostjo le še dodatno povzroča psihično trpljenje) in tudi k bolj korektni, predvsem pa objektivni obravnavi domnevnih storilcev kaznivih dejanj, tako v medijih kot v okviru sodnih postopkov. Pogosto je namreč nekomu, ki se izkaže za nedolžnega, nemogoče povrniti dobro ime, ki mu je bilo neomadeževano med bodisi sodnim postopkom bodisi zaradi pretirane medijske izpostavljenosti.

Komisija dodatno pojasnjuje, da je obravnavo predloga zakona načrtovala skladno s terminskim programom dela Državnega zbora, v skladu s katerim naj bi pristojni odbor Državnega zbora novelo Zakona o socialnem varstvu obravnaval šele v začetku maja 2019. Zaradi vložene zahteve koalicijskih poslanskih skupin za sklic nujne seje Odbora za delo, družino, socialne zadeve in invalide, je slednji novelo zakona obravnaval vzporedno s komisijo. Posledično komisija svoje mnenje Državnemu zboru posreduje v seznanitev v času, ko je predlog zakona že v fazi obravnave na plenumu Državnega zbora.

Ad 2.)

Komisija je obravnavala Odgovor Ministrstva za zdravje na vprašanja državnega svetnika mag. Petra Požuna glede specializantov s področja družinske medicine in izvajanja 20.a člena Zakona o zdravniški službi.

Novi 20.a člen je bil v zakon, ki ureja zdravniško službo, uveden s sprejetjem Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravniški službi (ZZdrS-F) 12. 7. 2017 na 32. seji Državnega zbora. Na podlagi navedenega novega 20.a člena, ki se je začel uporabljati 1. 1. 2018, je po novem omogočeno, da je na podlagi ocene mentorja lahko izbrani osebni zdravnik tudi specializant s področja družinske medicine, ki opravlja četrto leto specializacije iz družinske medicine, če specializant s tem pisno soglaša in če v to privoli tudi njegov glavni mentor. Navedene določbe veljajo tudi za specializante ginekologije in porodništva ter pediatrije.

Kot izhaja iz osnovne verzije predloga zakona, vložene v parlamentarno proceduro, je bil glavni namen predlagane nove zakonske ureditve več-plasten, in sicer razbremeniti zdravnike specialiste na primarni ravni zdravstvene dejavnosti; prebivalcem Slovenije omogočiti lažji in hitrejši dostop do zdravniških storitev in specializantom omogočiti lažji prehod iz statusa specializanta v status specialista.

S sprejemom 20.a člena Zakona o zdravniški službi (v nadaljevanju ZZdrS) tako lahko po novem specializanti samostojno opravljajo zdravniško službo ter opredeljujejo paciente, ne glede na omejitve iz 80. člena 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 in 64/17 – ZZDej-K), ki kot izbranega osebnega zdravnika opredeljuje zgolj zdravnika specialista z licenco za delo na področju splošne, torej družinske medicine, ali zdravnika specialista z licenco za delo na področju medicine dela, prometa in športa oz. izjemoma splošne medicine s podiplomskim študijem socialne medicine.

Predlagana nova ureditev je sledila vsebini Sporazuma o začasni prekinitvi stavkovnih aktivnosti, ki ga je Ministrstvo za zdravje podpisalo s sindikatom FIDES, v katerem je bilo celo predvideno, da bodo specializanti družinske medicine paciente lahko opredeljevali že po dveh letih specializacije. Ta pogoj je bil nato v predlogu novele ZZdrS-F, v skladu z Direktivo Evropskega parlamenta in Sveta 2005/36/ES z dne 7. septembra 2005 o priznavanju poklicnih kvalifikacij, spremenjen in določen tako, da lahko specializant opredeljuje paciente šele v četrtem letu specializacije iz družinske medicine.

Na podlagi intenzivnih javnih opozoril zdravnikov družinske medicine o njihovi preobremenjenosti in posledičnem izgorevanju, je Državni svet januarja 2019 na predlog državnega svetnika mag. Petra Požuna na Ministrstvo za zdravje poslal vprašanja v zvezi z izvajanjem 20.a člena ZZdrS-F, in sicer glede števila specializantov s področja družinske medicine, ki opravljajo četrto leto specializacije iz družinske medicine, in glede števila specializantov iz družinske medicine, ki v četrtem letu specializacije že opredeljujejo paciente v vlogi izbranih osebnih zdravnikov. Državni svet je zanimalo tudi pri katerih specifičnih izvajalcih specializanti opredeljujejo paciente, kolikšno je število teh pacientov in kakšne kratkoročne ukrepe načrtuje Ministrstvo za zdravje, da bi se izboljšala učinkovitost izvajanja 20.a člena Zakona o zdravniški službi.

Iz odgovora Ministrstva za zdravje, ki ga je Državni svet prejel 21. 2. 2019, izhaja, da je bilo po podatkih Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) na dan 1. 1. 2019

v vlogi izbranega osebnega zdravnika le dvanajst specializantov družinske medicine, medtem ko je Zdravniška zbornica Slovenije, v skladu s petim odstavkom 31. člena Pravilnika o vrstah, vsebini, trajanju in poteku specializacij zdravnikov, potrdilo o možnosti opravljanja nalog osebnega zdravnika izdala kar 45 specializantom od skupaj 51, ki so bili na dan 28. 1. 2019 v zadnjem letu specializacije družinske medicine.

Ministrstvo za zdravje je v odgovoru Državnemu svetu razkorak med podatki Zdravniške zbornice Slovenije in ZZS pojasnilo tako, da se podatki Zdravniške zbornice Slovenije nanašajo na določeno časovno obdobje, podatki ZZS pa na točno določen dan. Razkorak naj bi nastal tudi zaradi načina kroženja specializantov v času specializacije iz družinske medicine – zgolj na sekundarnem in ne tudi primarnem nivoju, kar naj bi specializante oviralo pri opravljanju funkcije izbranega osebnega zdravnika. Kot enega od možnih načinov izboljšanja učinkovitosti izvajanja 20.a člena je zato Ministrstvo za zdravje v odgovoru navedlo spremembo programa specializacije iz družinske medicine in povečanje števila danih soglasij specializantov za delo izbranega osebnega zdravnika. Napovedana je bila tudi priprava novega obračunskega modela financiranja splošnih ambulant, ki bo na novo opredelil glavarinske količnike in bo stimulatивно naravnano za nove osebne izbrane zdravnike.

Komisija ugotavlja, da se v zadnjem času ponovno krepijo opozorila o preobremenjenosti zdravnikov družinske medicine. Nekateri družinski zdravniki odpovedujejo delovna razmerja ali to vsaj napovedujejo, prav tako je v nekaterih lokalnih skupnostih zaznati težave z uveljavljanjem pravice do izbire osebnega zdravnika, saj ponekod zaradi zasedenosti ali pomanjkanja zdravnikov družinske medicine opredeljevanje dodatnih pacientov ni možno. Na to so opozorili tudi nekateri državni svetniki, ki v Državnem svetu zastopajo lokalne interese.

Glede na to, da možnost opredeljevanja pacientov s strani specializantov družinske medicine v četrtem letu specializacije predstavlja enega od načinov reševanja navedenih težav, kar je bil tudi eden od razlogov za sprejem novega 20.a člena ZZdrS, se je razprava komisije o navedeni tematiki usmerila v naslednjih pet vprašanj:

1. Ali ovire za učinkovitejše izvajanje 20.a člena ZZdrS izhajajo iz neustrezne zakonodajne ureditve oziroma so sistemske narave?
2. Ali so razlog za slabšo implementacijo 20.a člena ZZdrS težave z zagotavljanjem finančnih sredstev za program ambulate družinske medicine, ki ga izvaja zdravnik specializant, s strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije?
3. Ali predstavlja glavno oviro pomanjkanje interesa delodajalcev – zdravstvenih zavodov, da bi zagotovili svojim specializantom možnost opredeljevanja pacientov že v četrtem letu specializacije?
4. Ali gre za težavo v samem programu specializacije, predvsem kar se tiče urnika specializacije v zadnjem, četrtem letniku specializacije?
5. Ali gre za pomanjkanje interesa specializantov četrtega letnika za opredeljevanje pacientov?

Komisija je bila seznanjena s stališči Ministrstva za zdravje, Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije, nacionalnega koordinatorja in regijske koordinatorice specializacij družinske medicine, Združenja za državljanski nadzor zdravstvenega varstva – ZaNas ter predstavnikov mladih zdravnikov. Na sejo so bili vabljeni, a se je niso udeležili, tudi predstavniki vseh treh združenj lokalnih skupnosti, Zdravniška zbornica Slovenije kot nosilka javnih pooblastil na področju specializacij ter ključni upravljavec finančnih sredstev za izvajanje zdravstvenih programov - Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Komisija ob tem poudarja nezadovoljstvo zaradi odsotnosti slednjih dveh ključnih deležnikov v sistemu zdravstvenega varstva, ki lahko prav v okviru te tematike odločilno pripomoreta k učinkovitejši implementaciji sprejetih zakonodajnih rešitev.

Komisija v zvezi z obravnavano tematiko izvajanja 20.a člena Zakona o zdravniški službi ugotavlja, da v zvezi z vprašanjem morebitne neustreznosti navedene zakonske podlage Ministrstvo za zdravje zavrača očitke, da se pred uvedbo navedenega ukrepa ni posvetovalo s stroko s področja družinske medicine, saj naj bi pripravljavcem navedenih zakonskih rešitev ravno stroka pritrdila, da bi takšna rešitev lahko doprinesla k vsaj delni razbremenitvi že obstoječih zdravnikov družinske medicine, ki presegajo povprečje glavarinskih količnikov.

Komisija, na podlagi razprave prisotnih vabljenih na seji, kot pomembno vprašanje ustreznosti zakonske ureditve 20.a člena izpostavlja vprašanje prevzemanja odgovornosti specializanta, ki opredeljuje paciente, oziroma vprašanje odgovornosti mentorja, v primeru specializantove napačne odločitve pri delu. Navedeno vprašanje so v razpravi izpostavili tako koordinator specializacije družinske medicine, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, predstavniki mladih zdravnikov kot tudi nekateri člani komisije. Izpostavljena sta bila dva vidika navedene odgovornosti. Prvi vidik se nanaša na psihološko breme, ki ga prevzemanje takšne odgovornosti lahko predstavlja za specializanta, predvsem z vidika morebitne odškodninske odgovornosti za storjeno napako, pa tudi na breme mentorja, ki s podanim soglasjem za opredeljevanje pacientov prevzame odgovornost za specializantovo (v osnovi samostojno) delo. Izpostavljena je bila dilema v zvezi z razlago vsebine 20.a člena ZZdrS na način, da je mentor tisti, ki s svojo privolitvijo, da lahko specializant opredeljuje paciente, prevzame polno odgovornost za odločitve specializanta, kar je bilo sicer ocenjeno kot eden izmed možnih razlogov, zakaj se možnosti, ki jih ponujajo določbe 20.a člena ZZdrS, v praksi ne izkorišča bolj pogosto.

Z vidika prevzemanja odgovornosti za napačne odločitve pri delu je bilo v razpravi izpostavljeno tudi vprašanje, ali je specializant, ki opredeljuje paciente v zadnjem letniku in torej prevzema skrb za paciente v zadnjih mesecih pred specialističnim izpitom, po katerem, če ga opravi, pridobi licenco za samostojno opravljanje nalog družinskega zdravnika, resnično manj strokovno usposobljen kot je naslednji dan po opravljenem specialističnem izpitu. Se torej možnost nepravilnih odločitev resnično drastično zmanjša z danes na jutri zgolj zaradi formalno potrjenega specialističnega znanja?

V razpravi na seji komisije je bilo opozorjeno tudi na to, da so v preteklosti zdravniki, po opravljenem dodiplomskem delu študija in enoletnem stažiranju, takoj začeli delati v splošnih ambulantah, brez poprejšnje specializacije, in torej takoj prevzeli odgovornost za svoje delo. Prav tako pa tudi na to, da je v praksi specializant dejansko tudi že v nižjih letnikih specializacije pogosto prepuščen lastni presoji v posamezni situaciji in s

tem v polni meri prevzema odgovornost za paciente. Bodisi zato, ker mentor ni vedno fizično prisoten ob njem (dela v drugi enoti), bodisi tudi zato, ker ni realno pričakovati, da se bo specializant z mentorjem posvetoval o čisto vsaki odločitvi.

Glede na precej deljena mnenja glede tega, ali iz obstoječe dikcije 20.a člena ZZdrS jasno izhaja, kdo je odgovoren za morebitne napake pri delu specializanta, ki opredeljuje paciente (specializant in mentor deljeno; zgolj mentor ali zgolj specializant?), komisija meni, da bi moralo Ministrstvo za zdravje pripraviti avtentično razlago navedenega člena, ki bi pomagala razrešiti izpostavljene dileme.

Komisija ob tem, prav tako kot nekateri ostali udeleženci seje, izreka podporo tistim specializantom, ki so pripravljeni sprejeti odgovornost in opredeljevati paciente že pred opravljenim specialističnim izpitom, in meni, da bi se moralo pripravljenost za prevzem odgovornosti tudi ustrezno ovrednotiti, saj so zdaj za navedeno dodatno obremenitev plačani enako kot tisti specializanti, ki se za opredeljevanje pacientov ne odločijo.

Komisija na podlagi pojasnil Ministrstva za zdravje ugotavlja, da oviro za učinkovitejše izvajanje 20.a člena ZZdrS tokrat očitno ne predstavlja (več) pomanjkanje finančnih sredstev. V letu 2018 je namreč ostalo neizkoriščenih finančnih sredstev za delovanje 19 novih timov, v letu 2019 pa naj bi jih bilo na voljo za vzpostavitev kar 53 novih timov. V okviru napovedanega, a še ne sprejetega Aneksa št. 1 k Splošnemu dogovoru v zdravstvu naj bi bile sicer odpravljene tudi dosedanje ovire za vzpostavitev novih timov družinske medicine, na katere so v preteklosti opozarjali javni zdravstveni zavodi. Vzpostavitev novega tima, ki ga je vodil specializant družinske medicine, ki v začetku še ni imel opredeljenih dovolj pacientov za polno financiranje programa, je namreč do sedaj negativno vplivala na višino pridobljenih finančnih sredstev javnih zdravstvenih zavodov, saj je takšna ambulanta, ki ni dosegala t. i. polne glavarine, znižala povprečje glavarinskih količnikov celotnemu javnemu zavodu in s tem posredno vplivala na izgubo finančnih sredstev. Po novem naj bi se na predlog Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije novega tima družinske medicine (ne štejejo timi, ki nadomeščajo upokojenega nosilca dejavnosti) prva štiri leta delovanja oziroma dokler ne doseže polne vrednosti glavarinskih količnikov, določene s Splošnim dogovorom v zdravstvu (povprečje glavarinskih količnikov v Sloveniji, ki trenutno znaša 2406 opredeljenih pacientov), ne upoštevalo pri izračunu povprečja glavarinskih količnikov celotnega zdravstvenega zavoda. Pri tem naj bi imel novi tim družinske medicine zagotovljeno plačilo 80 % stroškov ambulante s t. i. polno glavarino. Komisija na podlagi navedenega ugotavlja, da če bo predlagani obračunski model res uveljavljen, glavnega izziva na področju družinske medicine ne bo več predstavljalo zagotavljanje ustreznih finančnih sredstev, ampak njihova primerna in učinkovita poraba, še bolj pa zagotavljanje zdravstvenega kadra, ki ga očitno primanjkuje.

Ministrstvo za zdravje sicer poudarja, da predhodna aktivacija specializantov družinske medicine pri opredeljevanju pacientov lahko predstavlja le del rešitve težav s kadrovske stisko na področju družinske medicine. Kot možne dodatne rešitve navaja ponovno aktivacijo že upokojenih zdravnikov družinske medicine, zdravnikov koncesionarjev in zaposlitev zdravnikov iz tretjih, predvsem s področja nekdanjih jugoslovanskih republik.

Komisija na podlagi seznanitve z rezultati anket, ki so jih izvedli v okviru Sekcije mladih zdravnikov pri Zdravniški zbornici Slovenije v zvezi z določili 20.a člena ZZdrS,

ugotavlja, da se večina (71 %) specializantov z navedenim določilom ne strinja, 29 % pa ga podpira. Kot prevladujoči razlog za podporo navedenemu ukrepu so anketiranci navedli razbremenitev ambulante mentorja specializanta družinske medicine, med razlogi za nasprotovanje navedenemu ukrepu pa logistične težave (mentor se nahaja na drugi lokaciji kot poteka specializacija v ambulantnem delu) oziroma pretežno odsotnost iz ambulante v zadnjem letniku specializacije (večinoma kroženje po kliničnih oddelkih, prisotnost v ambulanti le enkrat tedensko); ocena, da gre za motnjo pri izobraževanju kot osnovnemu namenu specializacije; nepripravljenost mentorjev na prevzemanje dodatne odgovornosti oziroma obremenitve; strah pred izkoriščanjem specializantov za razbremenjevanje primarnega zdravstvenega sistema in strah pred prezgodnjim prevzemanjem dodatne odgovornosti pri samostojnem delu s pacientom.

K navedenim razlogom je regijska koordinatorica specializacije družinske medicine dodala še dosednji način financiranja novih ambulant družinske medicine, organizacijske težave zdravstvenih domov z usklajevanjem mesta zaposlitve mentorja in specializanta, zagotavljanjem ustreznih prostorov in prilagajanjem urnikov dela specializantov glede na njihov program specializacij v nekaterih zdravstvenih domovih, kar pa bi se po njenem mnenju dalo vse urediti. Tudi nadomeščanja specializantov tiste dni v tednu, ko so na kroženju po kliničnih oddelkih, naj ob dobri organizaciji dela ne bi predstavljalo pretiranih težav.

Mladi zdravniki dodatno opozarjajo, da se zgolj z ukrepom iz 20.a člena ZZdrS situacija v družinski medicini ne bo dolgoročno uredila, saj je interesa za tovrstno specializacijo med študenti medicine vse manj. Po podatkih nacionalnega koordinatorja specializacije družinske medicine je bilo leta 2013 v program specializacije družinske medicine sprejetih 132 specializantov, od takrat pa je število občutno upadalo (leta 2014 jih je bilo 97, leta 2015 66, leta 2016 67, leta 2017 55), vse do 2018, ko se je na 110 razpisanih mest prijavilo zgolj 23 specializantov družinske medicine. Stroka je na pomanjkanje interesa za navedeno specialistično področje opozarjala že pred leti, a na tem področju še ni bilo sprejetih nobenih spodbudnih ukrepov, ki bi izboljšali nastalo situacijo.

Komisija ugotavlja, da se kot razloge za upad interesa navaja tudi slabe razmere za delo družinskih zdravnikov (preobremenjenost, premalo časa za paciente in s tem podrobnejše diagnoze ali iskanje alternativnih rešitev itd.) in prehod iz regijskih razpisov specializacij na nacionalne (strah specializantov, da se jim bo odredilo, kje se morajo zaposliti, čeprav Ministrstvo za zdravje poudarja, da na podlagi obstoječih zakonskih določb ni možno nobenega od zdravnikov po končanem specialističnem izpitu prisiliti v zaposlitev v točno določenem kraju).

Nizko število specializantov družinske medicine v zadnjih letih bi bilo lahko po oceni nacionalnega koordinatorja specializacij družinske medicine tudi rezultat nedavnih kriznih let v zdravstvenem sistemu, v katerih so zdravstveni zavodi že vnaprej dali vedeti specializantom družinske medicine, da zanje po končani specializaciji ne bo na voljo zaposlitev, saj bi odpiranje novih programov družinske medicine zaradi tedanjega načina financiranja ambulant družinske medicine v zavodih povzročalo zgolj dodatne izgube. Posledično so se študenti po večini raje odločali za druge specializacije. Z napovedanim sprejemom Aneksa št. 1 k Splošnemu dogovoru v zdravstvu in spremenjenim načinom financiranja ambulant družinske medicine naj bi bil sicer navedeni razlog za zmanjšan interes študentov v prihodnje vsaj delno odpravljen. Kljub

temu pa po opozorilih zdravnikov pomanjkanje kadra ostaja dolgosežna težava, ki bo v naslednjih letih zaradi trenutno zaskrbljujoče majhnega števila specializantov družinske medicine samo še naraščala, saj se razkorak med potrebami in številom družinskih zdravnikov zgolj povečuje.

Komisija ob tem opozarja, da primarna zdravstvena raven predstavlja tisti del zdravstvenega varstva, ki lahko bistveno vpliva na obremenitve in delovanje celotnega sistema (dobri diagnostiki na primarni ravni lahko prihranijo marsikateri dodatni strošek v zdravstvu, na kar opozarjajo tudi mladi zdravniki), tudi k skrajševanju čakalnih vrst, zato bi prav navedeni ravni morali posvetiti več pozornosti, ji zagotoviti dodatna finančna sredstva (kljub presežkom v blagajni ZZZS področje družinske medicine po oceni stroke ostaja finančno podhranjeno), zmanjšati administrativne ovire, poskrbeti za učinkovitejši informacijski sistem v zdravstvu, izboljšati organizacijo sistema, predvsem pa poskrbeti za povrnitev dobrega imena področju družinske medicine.

Tudi Ministrstvo za zdravje je pritrdilo, da bi morali področje družinske medicine začeti prikazovati bolj pozitivno in ne tako kritično kot do sedaj ter izboljševati delovne pogoje v povezavi z boljšim upravljanjem javnih zdravstvenih zavodov na primarni zdravstveni ravni, za katere pa Ministrstvo za zdravje opozarja, da so v pristojnosti lokalnih skupnosti, zato ima samo na tem področju omejene pristojnosti.

Ministrstvo za zdravje pritrjuje ocenam, da je učinkovitost izvajanja 20.a člena ZZdrS v osnovi povezana tako s kadrovskimi kot infrastrukturnimi omejitvami, kot poseben razlog pa izpostavlja odločitve stroke (obeh medicinskih fakultet in Zdravniške zbornice Slovenije) o načinu izvajanja specializacije družinske medicine. Na podlagi nedavnih sestankov s predstavniki medicinske stroke, Razširjenim strokovnim kolegijem za družinsko medicino, koordinatorjem specializacij družinske medicine, predstavniki občin, ZZZS ter predstavniki vodstev zdravstvenih domov tako Ministrstvo za zdravje kot ključno oviro navaja neustrezen kurikulum izvajanja programa specializacije, ki v zadnjem letniku specializacije v večjem delu obsega kroženje specializantov družinske medicine po različnih kliničnih oddelkih in prisotnost specializantov v ambulanti zgolj enkrat tedensko. Da slednje lahko predstavlja eno od težav pri izvajanju določb 20.a člena so potrdili tudi predstavniki mladih zdravnikov – specializantov družinske medicine, ki kot eno do možnih rešitev dajejo v razmislek spremembo programa specializacije na način, da bi se v zadnjem letniku zagotovila prisotnost specializanta družinske medicine v ambulanti najmanj dvakrat tedensko, še bolje pa večino časa. Če že ne za vse, pa vsaj za tiste specializante, ki bi se v skladu z 20.a členom ZZdrS odločili za opredeljevanje pacientov.

Nacionalni koordinator specializacij družinske medicine je v zvezi s programom specializacije družinske medicine pojasnil, da je slednji zastavljen na visoki kakovostni ravni, v skladu s smernicami Evropskega združenja zdravnikov družinske medicine in dosedanjih izkušenj iz prakse. Na podlagi ugotovitev iz prvotno zastavljenega sistema specializacij družinske medicine (prvi dve leti kroženje po bolnišnicah, drugi dve leti delo v ambulantah družinske medicine, kar je povzročilo bodisi upad števila specializantov družinske medicine, ki so se po pridobljenih izkušnjah v prvih dveh letih odločili za specializacijo na drugih področjih, bodisi nezadovoljstvo med specializanti, ki so želeli čim prej priti v stik z delom v ambulanti, za specializacijo katerega so se odločili v osnovi) se je sistem izvajanja specializacij spremenil. V okviru obstoječega sistema se

tako v 48 mesecih izmenjujeta ambulantno modularni del specializacije (obsega vsega skupaj 24 mesecev dela v ambulantah in izobraževanja) ter klinični del (obsega vsega skupaj 24 mesecev dela v specialističnih ambulantah in na bolnišničnih oddelkih), in sicer na način, da je slednji praviloma umeščen med oba dela ambulantno-modularnega dela, pri čemer je zadnjih 45 dni specializacije namenjenih pripravam na specialistični izpit.

Glede predlaganega dviga prisotnosti specializantov družinske medicine v četrtem letniku v ambulantah družinske medicine z enega na dva dni na teden nacionalni koordinator specializacije družinske medicine predlog podpira, hkrati pa je komisija seznanil tudi s tem, da se že razmišlja o novih spremembah programa specializacije v smeri povečanja obsega prisotnosti specializantov družinske medicine v četrtem letniku v ambulantah in posledično zmanjšanje prisotnosti na kliničnih oddelkih. Podan naj bi bil tudi že predlog Zdravniški zbornici Slovenije, da bi se v programu specializacije družinske medicine navedlo, da je specializant v času kliničnega kroženja vsaj enkrat na teden v ambulanti matičnega delodajalca, kar pomeni, da je lahko tudi dvakrat, a za navedeni predlog na strani Zdravniške zbornice Slovenije naj ne bi bilo posluha.

Nacionalni koordinator specializacije družinske medicine v zvezi z možnimi spremembami sistema opravljanja specializacij poudarja, da je treba pri tem upoštevati tudi kompleksnost samega sistema specializacij in dejstvo, da je zaradi različnih razlogov specializante težko enakomerno porazdeliti po zdravstvenem sistemu. Razlogi so različni: ne začnejo vsi specializacije na isti mesec, nekaterim se čas specializacije skrajša zaradi priznanega že opravljenega posameznega dela izobraževanj, med specializacijo so pogosti starševski dopusti (večina specializantov na področju družinske medicine je ženskega spola in v času specializacije v povprečju rodijo vsaj enega otroka), ki jim sledi delo za skrajšani delovni čas. Tudi izobraževanje kot del ambulantno-modularnega dela specializacije z vidika kvalitete izobraževanja ni smiselno organizirati za vse specializante hkrati, ampak v manjših skupinah po 30 ali 40 oseb.

Opozorjeno je bilo tudi na pojav nekaterih idej o skrajšanju obdobja specializacije, kar pa bi po oceni stroke lahko negativno vplivalo na kvaliteto specializacije. Da gre za dobro zastavljen in kakovosten program specializacije, ki ga ne bi smeli skrajševati, so potrdili tudi predstavniki mladih zdravnikov. Smiselne bi bile torej le njegove prilagoditve, saj se s časom spreminja tudi način dela v družinski medicini kot posledice tehnološkega napredka in zahtev po digitalizaciji področja, pa tudi sprememb v strukturi bolezni (prevladujejo kronične nenalezljive bolezni) in s tem potreb pacientov itd.

Komisija na podlagi vsega navedenega meni, da bi bilo smiselno razmisliti o prilagoditvah programa specializacij, saj lahko več stika specializantov družinske medicine z ambulantnim delom predstavlja veliko dodano vrednost njihovi specializaciji. Pri tem se morajo deležniki v sistemu resnično angažirati, čimprej pripraviti konkretne rešitve in biti pripravljeni medsebojno sodelovati, v nasprotnem primeru bi bil na mestu tudi razmislek o prenosu pristojnosti licenciranja na kakšen drug strokovni organ.

Komisija poziva tudi k pogostejši uporabi mednarodnih primerjav pri pripravi zakonskih rešitev in k sledenju dobrih praks iz tujine. Kot primer dobrega že uvedenega ukrepa komisija navaja vzpostavitev referenčnih ambulant, ki lahko v veliki meri pripomorejo k razbremenitvi družinskih zdravnikov.

Komisija prav tako meni, da brez sodelovanja vseh ključnih deležnikov v zdravstvenem sistemu slednji ne bo mogel uspešno razrešiti številnih nakopičenih težav, ki očitno ne terjajo zgolj manjših posegov v sistem, ampak medsebojno usklajene in učinkovite ukrepe na vseh nivojih zdravstvenega sistema.

Kot je na seji komisije opozorilo Združenje ZaNas, bi morali za bistvene spremembe v zdravstvenem sistemu nujno izboljšati komunikacijo med uporabniki, izvajalci in stroko. Tudi komisija ugotavlja, da se ob obravnavi različnih tematik na sejah komisije vedno znova izkaže, da se ključni deležniki, ki bi lahko pripomogli k razrešitvi nastalih težav, med seboj ne poslušajo ali ne želijo slišati, da skušajo posamezni deležniki uveljaviti zgolj svoja parcialna stališča in interese ter da pristojno Ministrstvo za zdravje premalokrat odigra vlogo povezovalca navedenih raznolikih interesov po eni strani in po drugi strani končnega odločevalca in stratega, katerega odločitvam morajo slediti ostali deležniki v sistemu.

Komisija je na podlagi razprave sprejela (8 ZA, 0 PROTI) naslednje *s k l e p e*:

- 1. Komisija za socialno varstvo, delo, zdravstvo in invalide se je ob obravnavi Odgovora Ministrstva za zdravje na vprašanja državnega svetnika mag. Petra Požuna glede specializantov s področja družinske medicine in izvajanja 20.a člena Zakona o zdravniški službi seznanila s stališči vseh ključnih deležnikov do navedene tematike.**
- 2. Komisija predlaga, da z namenom zmanjševanja obremenitve specialistov družinske medicine in sledenju osnovnega namena sprejema 20.a člena Zakona o zdravniški službi:**
 - a) Vlada Republike Slovenije na podlagi stališča pristojnega Ministrstva za zdravje Državnemu zboru v obravnavo in sprejem predloži avtentično razlago 20.a člena Zakona o zdravniški službi, z namenom razjasnitve vprašanja odgovornosti specializantov četrtega letnika specializacij, ki lahko opredeljujejo paciente, in njihovih mentorjev, v primeru napak specializantov pri opravljanju dela v vlogi izbranih osebnih zdravnikov.**
 - b) Program specializacije družinske medicine prilagodi tako, da bo specializant družinske medicine v četrtem letu specializacije slednjo v največjem možnem obsegu opravljal na primarni ravni, v ambulanti družinske medicine in pod nadzorom svojega mentorja, pri čemer bo lahko, ob izpolnjevanju pogojev iz 20.a člena Zakona o zdravniški službi, opredeljeval paciente.**
 - c) Vlada Republike Slovenije prouči možnost dodatnega nagrajevanja specializantov četrtega letnika specializacije družinske medicine, ki opredeljujejo paciente, v okviru obstoječega plačnega sistema ali preko drugih oblik finančne stimulacije.**

3. Komisija na podlagi prvega odstavka 56. člena Zakona o Državnem svetu (Uradni list RS, št. 100/05 - UPB1 in 95/09-odl. US in 21/13-ZFDO-F) ter prvega in drugega odstavka 97. člena Poslovnika Državnega sveta (Uradni list RS, št. 70/08, 73/09, 101/10, 6/14 in 26/15) predlaga Vladi Republike Slovenije, da prouči mnenje komisije in predloge komisije, navedene v okviru sprejetih sklepov pod točko 2., ter se v roku 30 dni na njih odzove.

Mag. Nuša Zupanec
sekretarka komisije

Mag. Peter Požun
predsednik komisije