



REPUBLIKA SLOVENIJA  
DRŽAVNI SVET

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

Številka: 500-01-5/2021/6 EPA 1963–VIII  
Ljubljana, 28. 6. 2021

Komisija Državnega sveta za socialno varstvo, delo, zdravstvo in invalide je, na podlagi drugega odstavka 56. člena Zakona o Državnem svetu (Uradni list RS, št. 100/05 - uradno prečiščeno besedilo, 95/09 - odl. US in 21/13 - ZFDO-F in 81/18-odl. US) ter 20. člena Poslovnika Državnega sveta (Uradni list RS, št. 70/08, 73/09, 101/10, 6/14, 26/15, 55/20 in 123/20), oblikovala naslednje

### **M n e n j e**

#### **k Predlogu zakona o nujnih ukrepih na področju zdravstva (ZNUPZ) – nujni postopek**

Komisija za socialno varstvo, delo, zdravstvo in invalide je na 20. izredni seji 24. 6. 2021 obravnavala Predlog zakona o nujnih ukrepih na področju zdravstva (ZNUPZ), ki ga je v obravnavo Državnemu zboru po nujnem postopku predložila Vlada Republike Slovenije (v nadaljevanju: predlagatelj).

Komisija predlog zakon **podpira**.

Komisija ugotavlja, da je glavni cilj predloga zakona omilitev posledic, ki so nastale zaradi širjenja virusne okužbe SARS-CoV-2 (COVID-19) tako pri posameznikih, ki so uporabniki zdravstvenih storitev ali delojemalci, kot tudi na ravni izvajalcev zdravstvene dejavnosti. Posledično se predlaga ukrepe s finančnimi posledicami za proračun RS oziroma proračune posameznih ministrskih resorjev v višini 66,7 milijona evrov (za nekatere izmed ukrepov so na voljo tudi finančna sredstva iz proračuna Evropske unije).

S predloženimi ukrepi se po navedbah predlagatelja želi izboljšati dostopnost do zdravstvenih storitev (podaljšanje veljavnosti nacionalnega razpisa za izboljšanje dostopnosti do zdravstvenih storitev, možnost začasnega prenosa programov zdravstvene dejavnosti oziroma zdravstvenih storitev med izvajalci zdravstvene dejavnosti); uvaja se pravne podlage za vzpostavitev novih zbirk podatkov (zbirka podatkov NJIZ 76), njihovo nadgradnjo ali nadaljnjo povezovanje za izvedbo posameznih aktivnosti, povezanih s testiranjem in cepljenjem proti COVID-19, ter dostop pacientov do portala zVEM; ureja se dodatke za neposredno delo s COVID-19 pacienti, ki opravljajo delo prek zunanjšega izvajalca na podlagi pogodbe o poslovnem sodelovanju z izvajalci zdravstvenega varstva; podaljšuje se veljavnost ukrepa izvajanja in financiranja PCR testiranja iz proračuna Republike Slovenije; zagotavlja se financiranje specializacij s področja klinične psihologije (za 10 specializantov v začetku 2021 s poudarkom na skrbi

za duševno zdravje otrok in mladostnikov) in spodbuja specializacije iz družinske medicine (dodatek v višini 20 % urne postavke osnovne plače specializanta); ureja se nadomestilo plače delavcem zaradi karantene na domu ali nezmožnosti opravljanja dela zaradi višje sile zaradi obveznosti varstva, ustavitve javnega prevoza ali zaprtja mej (uporaba od 1. 7. 2021 dalje); dopolnjuje se ukrep podaljšane zdravstvene obravnave za osebe po zaključenem bolnišničnem zdravljenju po preboleli bolezni COVID-19; podaljšuje se obdobje za izpolnitev pogoja glede izobrazbe za tehnike zdravstvene nege iz prehodnih določb 38. člena Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstveni dejavnosti (ZZDej-K); spreminja se rok za vložitev zahtevkov delodajalcev po 46. členu Zakona o interventnih ukrepih za pomoč pri omilitvi posledic drugega vala epidemije COVID-19 (ZUIPOPDVE), pri čemer se kot skrajni rok za vložitev zahteve določa 15. 3. 2022; vzpostavlja se nujni operativni center za izvajanje epidemioloških preiskav oz. nadgraditev zmogljivosti epidemiološke službe NIJZ; podaljšuje se ukrep sofinanciranja obvezne strateške zaloge osebne varovalne opreme ter sofinanciranje medicinske opreme in ukrepov na področju javnega zdravja pri izvajalcih s področja socialnovarstvenih storitev (81. in 82. člen ZZUOOP); ureja se samo-testiranje s SARS-CoV-2 testi pod pogojem predhodnega strokovnega svetovanja v lekarnah in specializiranih prodajalnah, postopek naročanja gradnje objektov, ki so namenjeni izvajanju zdravstvene dejavnosti in socialno varstvenih storitev institucionalnega varstva, pa se administrativno razbremenjuje, in sicer v zvezi z izvedbo projektnega natečaja (ukrep velja do 31. 12. 2021).

S predlogom zakona želi predlagatelj v 19. členu predloga zakona zagotoviti tudi pravico do dodatka za delo v rizičnih razmerah direktorjem, ki opravljajo delo v dejavnosti vzgoje in izobraževanja, visokega šolstva in raziskovalni dejavnosti, ravnateljem vrtcev in šol, ki so v drugem valu epidemije COVID-19 izvajali nujno varstvo otrok in učencev, ravnateljem zavodov za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov, ustanovljenih za delo z otroki s čustvenimi in vedenjskimi motnjami, v 40. členu predloga zakona pa dodatek za nevarnost in posebne obremenitve za delo v času epidemije za župane in podžupane.

Komisija navedenim dodatkom ne nasprotuje, opozarja pa, da omenjene določbe niso v neposredni povezavi s področjem zdravstva, zato bi jih kazalo urediti v okviru drugega zakonodajnega področja. Dodatno pa ugotavlja, da Sindikat zdravstva in socialnega varstva Slovenije v svojih pisnih pripombah k predlogu zakona predlaga, da se med upravičence do navedenega dodatka v višini 100 % rednega delovnega časa oz. za vse evidentirane ure dela vključi tudi glavne medicinske sestre v zdravstvenih in socialnovarstvenih zavodih, ki zasedajo delovna mesta pomočnika direktorja za zdravstveno nego v zdravstvenih zavodih oziroma namestnika direktorja v socialnovarstvenih zavodih za področje zdravstvene nege. Glavne medicinske sestre na navedenih delovnih mestih so namreč v času epidemije COVID-19 opravljale predvsem delo v neposrednem stiku s pacienti in varovanci, zaradi kadrovske podhranjenosti pa so bile pogosto primorane opravljati nadurno delo, ki bistveno presega zakonske omejitve nadurnega dela iz 144. člena ZDR-1. Posledično ni primerno, da so v skladu z določbo 125. člena ZIUOPDVE upravičene do dodatka za delo v rizičnih razmerah le za polovico ur rednega delovnega časa, ne pa tudi za njegov preostanek, v katerem delo opravljajo v rizičnih razmerah (ves redni delovni čas, kot tudi čas preko polnega delovnega časa).

Komisija je bila, poleg pisnega stališča Sindikata zdravstva in socialnega varstva Slovenije (v nadaljevanju: Sindikat ZSVS) k predlogu zakona in posameznim členom v njegovem okviru, seznanjena tudi s stališči Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije (v nadaljevanju: ZDRZZ), Zdravniške zbornice Slovenije in Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (v nadaljevanju: Zbornica-zveza), ki jih povzema v nadaljevanju mnenja, vključno s svojimi stališči do posameznih predlaganih zakonskih rešitev.

Komisija ugotavlja, da Sindikat ZSVS in Zbornica-Zveza podpirata predlagano določbo 7. člena predloga zakona, ki bo omogočila podaljšanje roka, v katerem morajo zdravstvene tehnice in zdravstveni tehniki ter tehnice zdravstvene nege in tehniki zdravstvene nege iz tretjega odstavka 38. člena prehodnih in končnih določb ZZDej-K izpolniti pogoj zaključka formalnega izobraževanja na dodiplomski ravni na področju zdravstvene nege, kar jim bo omogočilo nadaljnje delo na delovnih mestih diplomiranih medicinskih sester. Navedeni rok se za vse navedene podaljšuje še za dodatno leto (na sedem let od sklenitve pogodbe o zaposlitvi za delovno mesto diplomirane medicinske sestre). Komisija dodatno ugotavlja, da Sindikat ZSVS za presečni datum, s katerim začne teči navedeni rok, predlaga 15. 6. 2021.

Komisija je bile seznanjena, da je predlagatelj sledil predlogu ZDRZZ glede podaljšanja roka iz 70. člena ZIUPOPVE, ki je začasno uredil zahtevo za odgovornega nosilca dejavnosti kot izjemo od 3.a člena Zakona o zdravstveni dejavnosti (ZZDej) za izpolnitev pogojev za pridobitev dovoljenja za opravljanje zdravstvene dejavnosti. Torej brez v osnovi predvidenih dodatnih pogojev o delovnih izkušnjah (najmanj 3 leta na primarnem in najmanj 5 let na sekundarnem in terciarnem nivoju). S tem se bo po oceni ZDRZZ omogočilo (nadaljnje) izvajanje pomembnega dela zdravstvene dejavnosti na primarni zdravstveni ravni, ki se jo izvaja v obsegu enega tima (npr. dispanzerji za žene, fizioterapija, klinična psihologija, psihologija, dispanzer za mentalno zdravje itd.).

V zvezi z 22. členom predloga zakona, v skladu s katerim naj bi se iz proračuna Republike Slovenije zagotovilo sredstva za deset specializacij s področja klinične psihologije, komisija ugotavlja, da ZDRZZ, Sindikat ZSVS ter Zbornica-Zveza pozdravljajo navedeno odločitev, hkrati pa opozarjajo, da bi bilo treba specializacije urediti sistemsko in na enak način kot velja za nekatere druge vrste specializacij (za zdravnike in zobozdravnike). Pri tem izpostavljajo ostala področja specializacij za zdravstvene delavce in zdravstvene sodelavce, ki bi jih prav tako bilo treba finančno podpreti iz državnega proračuna, kot npr. specializacije iz klinične logopedije, medicinske biokemije, specializacije diplomiranih medicinskih sester. Trenutno se namreč stroškov specializacije za zdravstvene delavce in sodelavce, ki niso zdravniki ali zobozdravniki, ne krije iz proračuna, ampak so jih dolžni kriti izvajalci zdravstvene dejavnosti sami. Posledično ZDRZZ opozarja na neprimerno uporabo besede »dodatnih« v zvezi s specializacijami iz klinične psihologije, saj obstoječih specializacij, ki bi se jih krilo iz proračuna RS, (še) ni.

ZDRZZ opozarja tudi na podnormiranost 22. člena predloga zakona zaradi nedorečenosti načina, na katerega bo pristojno Ministrstvo za zdravje določalo razpisna mesta v okviru specializacij (na nacionalni ravni, kot to velja pri zdravnikih, ali na ravni posameznih izvajalcev zdravstvene dejavnosti), upravičencev do prijave na razpis, pogojev za prijavitelje na razpis, manjkajo tudi opredelitev obveznih vsebin pogodbe o specializaciji

itd. V predlogu zakona prav tako ni natančno opredeljeno, kateri elementi specializacije (plače, mentorstvo, izobraževanje v okviru specializacije itd.) bodo kriti iz proračuna Republike Slovenije.

Po ugotovitvah komisije ZDRZZ in Zdravniška zbornica Slovenije izrekata podporo ukrepu iz 23. člena predloga zakona, ki se nanaša na dodatek za specializacijo iz družinske medicine, se pa sprašujeta, če bo slednja dejansko doprinesla k povečanju interesa za specializacijo iz navedenega področja. Menita, da bi bilo treba področje družinske medicine urediti sistemsko, ne samo na podlagi finančnih spodbud.

Tudi komisija ukrep iz 23. člena predloga zakona glede dodatka, povezanega s specializacijo družinske medicine, podpira, saj se je v preteklosti že večkrat podrobneje ukvarjala s problematiko pomanjkanja specializantov družinske medicine in izboljšanje pogojev za delo družinskih zdravnikov. Se pa zaveda, da tovrstno nagrajevanje z namenom spodbujanja za specializacijo iz družinske medicine lahko predstavlja zgolj del ukrepov, s katerimi se bo prepričalo študente medicine, da se odločijo za specializacijo iz družinske medicine oz. prepričalo obstoječi kader v družinski medicini, da ostane aktiven v njenem okviru. Ključno vlogo lahko po oceni komisije odigrajo pogoji za delo ter splošni pogoji za življenje (rešen stanovanjski problem, zagotovljena zaposlitev za partnerja v lokalnem okolju itd.). Predlaga se tudi razmislek o tem, da se predlagani začasni ukrep dodatka v višini 20 % urne postavke osnovne plače specializanta družinske medicine prelevi v stalni ukrep v smislu opredelitve tovrstnega zneska kot izhodiščne plače za navedeno delovno mesto v okviru Zakona o sistemu plač v javnem sektorju.

V zvezi z dodatki kot načinu spodbude za odločitve za specializacijo na posameznem področju ali vztrajanju pri zaposlitvi v določenem zdravstvenem poklicu pa je bila komisija seznanjena z razočaranjem Zbornice-Zveze, ker se je v interventnem predlogu zakona s področja zdravstva popolnoma izpustilo tovrstne spodbude za področje zdravstvene nege, ki se zadnja leta, predvsem na ključnih deloviščih, sooča z resno kadrovsko krizo, na katero sicer stroka zdravstvene nege opozarja že več kot desetletje. V zadnjih nekaj letih zdravstveni domovi, socialno varstveni zavodi in domovi za starejše niso več sposobni zagotavljati zdravstvene nege v ustreznem obsegu in kakovosti. Kljub temu, da vodstva zavodov vlagajo velike napore v pridobitev novega kadra, za razpisana delovna mesta praviloma ni interesa. Zbornica-Zveza opozarja tudi na to, da že obstoječi kader v zdravstveni negi, zaradi prenizkega plačila in slabih pogojev za delo, zapušča poklic in se zaposluje v drugih panogah). Posledično je Zbornica-Zveza v obravnavnem predlogu zakona pričakovala ukrepe v smeri dodatkov zaradi deficitarnosti posameznih področij zdravstvene nege (vsaj na najbolj obremenjenih deloviščih), kar jim je bilo sicer zagotovljeno na sestanku pri ministru za zdravje.

Predstavnica Ministrstva za zdravje je v zvezi s splošno kadrovsko problematiko v zdravstvu napovedala, da se že odvijajo aktivnosti v smeri prilagoditve zakonodaje na način, da bi se zaposlene v zdravstvu izločilo iz t. i. plačne uravnilovke v javnem sektorju in omogočilo variabilno nagrajevanje v skladu z delovnimi obremenitvami in ne zgolj delovno dobo ter starostjo zaposlenih, pri čemer bi se še posebej nagradilo delo na najbolj obremenjenih in izpostavljenih deloviščih. Ko bodo znana izhodišča navedenega novega plačnega sistema v zdravstvu, bodo po napovedi predstavnice pristojnega ministrstva v pripravo končnih rešitev vključeni tudi socialni partnerji. Glede novih

kadrovskih moči v zdravstvu in predlogov, da naj se poveča vpis študijskih mest na obeh medicinskih fakultetah, pa je bilo pojasnjeno, da je bilo za leto 2021 v osnovi predvidenih skupno 165 vpisnih mest na Medicinski fakulteti v Ljubljani ter Medicinski fakulteti v Mariboru, nato pa je bilo naknadno razpisanih še po 50 dodatnih mest (40 v Ljubljani in 10 v Mariboru), v okviru Medicinske fakultete Maribor pa še 20 dodatnih mest za, v okviru navedene fakultete precej podhranjeno področje - stomatologijo. Komisija ugotavlja, da bodo žal učinki navedenih ukrepov vidni šele čez 10 do 12 let.

V razpravi na seji komisije je bilo opozorjeno tudi na to, da so postopki za zaposlitev kadrov, ki so izobrazbo s področja zdravstva pridobili v tujini, predolgi in preveč zapleteni, dodatne težave pa povzročajo tudi precej zahteven pogoj znanja jezika na ravni C1 (za zdravnike, doktorje dentalne medicine, diplomirane medicinske sestre, diplomirane babice ter magistre farmacije) oziroma na ravni B2 (npr. za tehnike zdravstvene nege, farmacevtske tehnike, diplomirane fizioterapevte, delovne terapevte, inženirje laboratorijske biomedicine ...). Predstavnica Ministrstva za zdravje je v zvezi s tem pojasnila, da se zavedajo navedenih ovir in da se posledično razmišlja o omilitvi kriterija znanja slovenskega jezika na pogovorno raven, vsaj za kader na področju zdravstvene nege.

Večji del razprave vabljenih in članov komisije je bil namenjen zlasti določbam 6. poglavja predloga zakona (Nacionalni razpis za izboljšanje dostopnosti do zdravstvenih storitev; 36., 37. in 38. člen predloga zakona), pri čemer komisija ugotavlja, da navedene določbe kot neprimerne ocenjujejo tako Sindikat ZSVS, ZDRZZ, Zdravniška zbornica Slovenije kot tudi Zbornica-Zveza. Ne glede na to, da se vsi zavedajo, da je nujno najti rešitve za odpravo nedopustno dolgih čakalnih dob, obenem izražajo skrb, da bo navedeni ukrep povzročil zgolj prelivanje javnih sredstev iz naslova zagotavljanja pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja k zasebnimi izvajalcem zdravstvene dejavnosti brez dosege zadanega cilja, kar lahko na dolgi rok vodi v razgradnjo javnega zdravstva, ki se je ravno v času pandemije COVID-19 izkazalo kot ključni branik pri spopadanju z navedeno krizo.

Komisija je bila seznanjena s stališčem ZDRZZ, ki meni, da zgolj finančne spodbude za skrajševanje čakalnih dob slednjih ne bodo odpravile, saj je problematika sistemske narave in bi jo bilo posledično treba na takšen način tudi reševati. Na to sta ZDRZZ in komisija opozorila že ob sprejemanju ZZUOOP. Možnost, da se na nacionalni razpis za izboljševanje dostopnosti do zdravstvenih storitev prijavijo tudi zasebni izvajalci zdravstvene dejavnosti z dovoljenjem za opravljanje zdravstvene dejavnosti oziroma zasebni zdravstveni delavci, ki so vpisani v register navedenih delavcev, po oceni ZDRZZ ne upošteva razlik med javnimi zdravstvenimi zavodi in zasebnimi izvajalci zdravstvene dejavnosti. S predlogom zakona se namreč ne predvideva nobenega nadzora nad izvajanjem storitev v okviru zasebne sfere izvajalcev zdravstvene dejavnosti, medtem ko javne zdravstvene zavode vežejo številna zakonska določila. Pri tem ZDRZZ izpostavlja omejitve, s katerimi se javni zdravstveni zavodi soočajo glede plačil in nagrajevanja zaposlenih (omejeni so z enotnim sistemom plač v javnem sektorju), zahtev iz delovnopravne zakonodaje ter glede standardov, ki jih za posamezna področja dela določajo pristojni razširjeni strokovni kolegiji. Izpostavlja tudi zahteve, ki jim morajo javni zdravstveni zavodi zadostiti v povezavi pogoji za delo (zagotavljanje dnevnega in tedenskega počitka itd.) ter v zvezi z javnim naročanjem in zakonodajo s področja pacientovih pravic (npr. spoštovanje pacientovega časa). Predloženi zakon namreč po

opozorilu ZDRZZ ne daje odgovora na vprašanje, ali bo pacientom zagotovljen enak dostop do storitev pri vseh izvajalcih zdravstvene dejavnosti in ali bodo pacienti pri vseh izvajalcih obravnavani enako kakovostno. Manjka tudi zakonska opredelitev načina, na katerega bodo zasebni izvajalci zdravstvene dejavnosti, ki niso koncesionarji, dostopali do čakalnih seznamov, kako bo potekalo prijavljanje pacientov k zasebnim izvajalcem, kako se bo zagotovilo, da bodo prvi prišli na vrsto tisti, ki čakajo najdlje, kako se bo preprečilo preskakovanje čakalnih vrst in kako se bo nadziralo morebitne kršitve.

Izražena je bila tudi skrb, da bi se z dodelitvijo nalog skrajševanja čakalnih vrst tudi zasebnim izvajalcem zdravstvenih storitev in ne zgolj javnim zdravstvenim zavodom povzročilo, da se bo večji delež izvedbeno zahtevnejših in stroškovno bolj obremenjujočih storitev prepustil v izvajanje javnim zdravstvenim zavodom (izkušnje iz preteklosti, ob poskusih skrajševanja čakalnih dob na podlagi vključevanja zasebnih izvajalcev), koncesionarji in zasebni izvajalci zdravstvene dejavnosti pa bodo opravljali zgolj manj zahtevne storitve z več finančnega učinka. Predstavnica Ministrstva za zdravje je v zvezi z navedenim pojasnila, da bo v primeru izražene želje po prevzemu posameznega programa moral posamezen izvajalec prevzeti celotni paket storitev, ki jih program zajema – od najmanj do najbolj zahtevne.

ZDRZZ ocenjuje, da bodo zaradi vsesplošnega pomanjkanja ustreznega zdravstvenega kadra v državi zasebni izvajalci v zdravstvu opravljali storitve s kadrom, ki je prvenstveno zaposlen v javnih zdravstvenih zavodih. V predlogu zakona je namreč zapisana zgolj zahteva, da izvajalec zdravstvene dejavnosti z namenom izvajanja posameznega programa poda izjavo, da ima zagotovljeno »ustrezno« število zdravstvenih delavcev in sodelavcev. Pri tem pa ni jasno opredeljeno, kaj pomeni izraz »ustrezno« tako glede števila navedenega kadra kot tudi glede statusa njihove zaposlitve. Ali se med navedeni ustrezen kader šteje tudi kader, ki ga lahko zasebni izvajalec najema na podlagi podjemne pogodbe, na podlagi pogodbe o poslovnem sodelovanju z s.p. in drugimi poslovnimi subjekti? Slednje je lahko problematično predvsem z vidika, da glavnino kadra zasebnih izvajalcev predstavljajo zaposleni v javnih zdravstvenih zavodih (po zadnjih podatkih po podjemnih pogodbah pri zasebnikih dela 20 % zdravnikov specialistov, ki so sicer zaposleni v javnih zdravstvenih zavodih, podatkov o plačilih na podlagi statusa s.p. pa ni na voljo), pri čemer so prav javni zdravstveni zavodi tisti, ki navedenim kadrom nudijo socialno zaščito, financirajo izobraževanja, krijejo stroške njihovih odsotnosti zaradi dopusta, izobraževanja, bolezni itd. Poleg navedenega pa so javni zdravstveni zavodi omejeni tudi pri možnostih pridobivanja ustreznega kadra (zasebni izvajalci lahko strokovnjake s področja zdravstva plačujejo tudi preko računa, ki ga izstavi s.p., kar javnim zavodom ni dovoljeno).

ZDRZZ izpostavlja tudi dilemo glede višine plačila za storitve, izvedene v okviru nacionalnega razpisa iz 36.–38. člena predloga zakona. Ali se bo storitve izvajalcem plačevalo v višini, v kateri jih trenutno plačuje ZZZS, ali v kakšni drugi višini? Če bo obveljalo slednje, bi bilo treba po oceni ZDRZZ jasno določiti tudi, na kakšen način se določi navedeno višino plačila in na kakšen način bo potekala delitev finančnih sredstev iz navedenega naslova. Postavlja se tudi vprašanje, ali bodo lahko storitve iz nacionalnega razpisa dostopne tudi za osebe, ki nimajo sklenjenega dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja oziroma so zavarovane za drugo vrsto prostovoljnega zdravstvenega

zavarovanja, saj naj bi se za izvajanje skrajševanje čakalnih dob namenilo sredstva iz naslova dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja.

Komisija ugotavlja, da Zbornica-Zveza glede predlaganega 36. člena predloga zakona ocenjuje, da bi bilo treba zakonske določbe prilagoditi tako, da bi se v prvi vrsti na nacionalni razpis za izboljšanje dostopnosti do zdravstvenih storitev prijavili zgolj javni zdravstveni zavodi, v primeru, da bi se izkazalo, da ne morejo izvesti predvidenega programa v celoti, pa potem tudi zasebni izvajalci zdravstvene dejavnosti z dovoljenjem za opravljanje zdravstvene dejavnosti oziroma zasebni zdravstveni delavci, ki so vpisani v register navedenih delavcev.

Glede sedmega odstavka 37. člena predloga zakona, ki govori o nagrajevanju zaposlenih v javnih zdravstvenih zavodov, ki bodo vključeni v izvajanje storitev iz nacionalnega razpisa, v obliki delovne uspešnosti (največ v višini 50 % osnovne plače), pa Zbornica-Zveza sicer izraža podporo predlaganemu ukrepu, a hkrati opozarja, da bi morali biti v nagrajevanje vključeni vsi zaposleni, ki bodo vključeni v izvajanje storitev iz naslova nacionalnega razpisa, ne zgolj nosilci storitev. Opozarjajo tudi na arbitrarno naravo navedene določbe, saj delovna uspešnost iz naslova izvajanja nacionalnega razpisa ni opredeljena kot izrecna pravica potencialnega upravičenca do dodatnega plačila, ampak kot diskrecijska pravica vodstva posameznega javnega zdravstvenega zavoda, da sprejme tovrstno odločitev.

V okviru razprave članov komisije so bila glede nacionalnega razpisa iz 6. poglavja predloga zakona izražena različna stališča. Razpravljavci so sicer prevladujoče podprli pomisleke vabljene strokovne javnosti glede njegove neprimernosti in ocenili, da bodo zaradi omejitev, s katerimi se soočajo javni zdravstveni zavodi na ravni plačil, nagrajevanja, delovnega časa itd., zasebni izvajalci zdravstvenih storitev v konkurenčni prednosti napram javnim zdravstvenim zavodom. Nezmožnost konkuriranja zasebnim izvajalcem zdravstvene dejavnosti glede nagrajevanja zaposlenih nakazuje tudi rešitev iz sedmega odstavka 37. člena predloga zakona, ki se nanaša na možnost nagrajevanja zaposlenih v javnih zdravstvenih zavodih v obliki delovne uspešnosti zgolj v višini 50 % osnovne plače zaposlenega. Večji del kadra bo posledično zelo verjetno sprejel racionalno odločitev in odšel opravljati delo k tistemu izvajalcu, pri katerem bodo prejeli boljše plačilo in ki jim bo omogočil boljše pogoje za delo. Posledično se predlaga razmislek o tem, da bi se z vidika vsaj približne izenačitve izhodišč za nagrajevanje pri različnih vrstah izvajalcev navedeno nagrado dvignilo vsaj na 80 % osnovne plače zaposlenega.

Po drugi strani pa je bilo v razpravi izpostavljeno, da eno od ključnih ovir pri razrešitvi problematike čakalnih dob predstavlja pomanjkanje dialoga med ključnimi deležniki in pomanjkanje pripravljenosti na dogovor o načinu izhoda iz trenutne situacije, predvsem zaradi skrbi po privatizaciji sistema. Vsak od deležnikov izpostavlja predvsem svoje težave, namesto da bi se vsi osredotočili na isti cilj – zagotovitev ustrezne in pravočasne oskrbe pacientom.

Dano je bilo tudi opozorilo, da se zadnja štiri leta čakalne dobe nenehno podaljšujejo, epidemija COVID-19 pa je stanje zgolj še poslabšala, po drugi strani pa ponudila dodaten izgovor, da se ne ukrepa. S tem se je prelomna točka za skrajšanje čakalnih vrst zgolj še

bolj odmaknila. Kot ena od možnih rešitev za nastalo situacijo in povečanje možnosti dostopa pacientov do zdravstvene oskrbe je bila izpostavljena nadgradnja sistema v smeri e-zdravstva, npr. omogočanje posveta po elektronski pošti ali prek drugih sodobnih medijev (ob hkratni zagotovitvi enakega vrednotenja tovrstnega posveta s posvetom v živo, kar se tiče plačila za delo), pri tem pa bi se moralo zagotoviti tudi ustrezna izobraževanja za uporabnike sistema ter zagotoviti ustrezno alternativo za osebe, ki niso digitalno pismene do te mere, da bi lahko samostojno uporabljale navedene storitve.

Opozorjeno je bilo tudi na to, da bi se marsikateremu zapletu na izvedbeni ravni lahko izognili, če bi se v pripravo zakonskih in podzakonskih rešitev še pravočasno vključilo vse deležnike na izvedbeni strani – tako izvajalce kot lokalne skupnosti. Pri tem je bil kot primer naveden nov program centrov za zgodnjo obravnavo otrok s težavami v duševnem zdravju, pri katerih je odgovornost za začetek njihovega delovanja država v veliki meri prenesla na lokalne skupnosti, saj država zagotavlja zgolj financiranje kadrov, ne pa tudi prostorov. V okviru Mestne občine Ljubljana bi tako morali za izvedbo navedenega projekta zagotoviti od 6.000 do 10.000 m<sup>2</sup> prostorov, ki morajo zadostiti posebnim zahtevam, kar je trenutno nemogoče, saj primernih stavb ni na voljo, prav tako jih ni možno zgraditi v tako kratkem času.

Kot primer, kjer bi bilo treba združiti moči na nacionalni in regionalni ravni za razrešitev nastalih težav, je bilo izpostavljeno tudi cepljenje ter aktualni primer Splošne bolnišnice Franca Derganca Nova Gorica, ki se sooča z vodstveno krizo, zastarelo opremo, pomanjkanjem kadra ter posledično daljšanjem čakalnih dob (na ortopedske posege čaka 390 ljudi, ki bo primoranih storitve iskati drugje). Glede na slabšanje demografske slike na Goriškem, so vožnje do Izole ali Ljubljane za marsikoga neizvedljive, pa tudi neskladne z zavezami o zagotovljenem dostopu do storitev čim bližje prebivalcem. Ministrstvo za zdravje je bilo posledično pozvano, da se kot ustanovitelj navedenega javnega zavoda, aktivneje vključi v razrešitev nastale situacije.

Komisija prav tako opozarja, da bi bilo treba v vse ključne odločitve s področja zdravstva, ki se dotikajo področij iz pristojnosti Ekonomsko-socialnega sveta, aktivno vključiti socialne partnerje, ki so bili pri aktualnem predlogu zakona ponovno izločeni iz oblikovanja zakonskih rešitev še pred obravnavo predloga zakona v zakonodajnem postopku.

Kot pomemben element za zagotavljanje bolj učinkovitega zdravstvenega sistema so bile izpostavljene tudi investicije v zdravstvu, ki morajo biti premišljene (usmeritve znotraj EU kažejo v smeri krepitve preventivnih aktivnosti in primarnega zdravstva) in nujnost skrbi za nadaljnji razvoj sistema, ki je imel, zlasti na primarni ravni, do sedaj sloves visoko kakovostnega in je bil s tem lahko zgled ostalim evropskim državam.

Precejšen del razprave je komisija namenila tudi vprašanju potreb po spremembah načina upravljanja javnih zdravstvenih zavodov, s poudarkom na reorganizaciji procesov dela, opolnomočenju vodstev z ustreznimi menedžerskimi znanji ter zakonskimi pooblastili, pa tudi po izboljšanju medsebojnih odnosov v kolektivih in med posameznimi poklicnimi skupinami, saj je tudi slednje pogosto razlog za nezadovoljstvo zaposlenih in zapuščanje delovnih mest. Pri tem je bilo v zvezi s pozivi k prevzemanju večje odgovornosti vodstev javnih zdravstvenih zavodov za večjo dostopnost do storitev,



opozorjeno na to, da vodstva javnih zdravstvenih zavodov trenutno nimajo učinkovitih vzvodov in pristojnosti, da bi se vodenja zavodov lahko lotila na način, primerljiv z upravljanjem v gospodarstvu, zato bi bilo treba rešitve iskati ob hkratni uvedbi več različnih ukrepov.

S strani predstavnice Ministrstva za zdravje je bilo v odzivu na navedeno razpravo posebej izpostavljeno, da je treba rešitve za preobremenjeni zdravstveni sistem iskati z mislijo na naslednja desetletja, saj je težko pričakovati, da se bo vse težave, ki so se skozi leta pojavile v sistemu in se jih ni sproti reševalo, razrešene v enem letu, še zlasti ne zdaj, ko se v prvi vrsti celoten sistem zdravstva osredotoča predvsem na boj s COVID-19. Pozvala je tudi k preseganju nasprotij med javnimi in zasebnimi izvajalci v zdravstvenem sistemu, saj bi po njeni oceni vsem moralo biti glavno vodilo skrb za pacienta in zagotavljanje primerljivih in kakovostnih storitev, ne glede na status izvajalca.

Slednje se je kot osrednji pomislek izkazalo ravno pri razpravi o predlaganih določbah 41. člena predloga zakona (začasni prenos programa na drugega od prej navedenih izvajalcev). Komisija je bila namreč seznanjena, da se s strani Sindikata ZSVS, Zbornice-Zveze, ZDRZZ ter Zdravniške zbornice Slovenije slednje ocenjuje kot neustrezne. Menijo, da gre za nesistemsko rešitev, ki odstopa od temeljne ureditve javne zdravstvene službe, kot jo ureja ZZDej in vodi v razkroj javnega zdravstva ter prelivanje javnih sredstev za zagotavljanje pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja k zasebnikom. Kot opozarja ZDRZZ je nesprejemljivo, da bodo javni zavodi, ki nosijo največje breme epidemije COVID-19 in jim je z različnimi vladnimi odloki in ostalimi akti prepovedano izvajanje posameznih zdravstvenih programov, za slednje kaznovani z odvzemom programov. Začasni prenos nerealiziranega programa bo po oceni ZDRZZ lahko prešel v izvajanje zasebnim izvajalcem storitev izven javne mreže za daljše časovno obdobje, hkrati pa bodo prenosi programov vplivali na znižanje pogodbenih vrednosti za določeno leto. Zbornica-Zveza pa predlaga, da se določbe 41. člena predloga zakona prilagodi tako, da bo v prvi vrsti prenos programov omogočen zgolj med javnimi zdravstvenimi zavodi, šele v naslednjem koraku, če se bo za to pokazala potreba, pa tudi od javnih zdravstvenih zavodov k zasebnim izvajalcem zdravstvene dejavnosti z dovoljenjem za opravljanje zdravstvene dejavnosti oziroma zasebnim zdravstvenim delavcem, ki so vpisani v register navedenih delavcev.

Zdravniška zbornica Slovenije 41. člen predloga zakona ocenjuje kot problematičen, ker je zaradi osredotočenosti na zdravljenje akutnih zdravstvenih stanj med epidemijo COVID-19, ob hkratni, skoraj popolni ustavitvi izvajanja programov na ravni specialistične ambulantne dejavnosti, že sedaj znano, da določeni specialistični programi na ravni bolnišnic (npr. pulmologija, internistične storitve, kardiologija) ne bodo realizirani. V primeru prenosa posameznih programov k izvajalcem, ki bodo zaradi tega, ker niso bili obremenjeni z izvajanjem nujnih storitev v času epidemije COVID-19, lahko bolj operativni pri njihovi izvedbi, to po oceni Zdravniške zbornice Slovenije zelo verjetno pomenilo izgubo delovnih mest v posameznih javnih zdravstvenih zavodih na sekundarni in terciarni ravni. Ob tem Zdravniška zbornica Slovenije opozarja, da je zdravstveni sistem, predvsem pa zaposleni v njem, na robu zmogljivosti (med drugim tudi zato, ker se je v marsikateri bolnišnici kader odločil, da svojo prakso opravlja v statusni obliki koncesionarja ali da se zaposli pri koncesionarju), in da bi morali že v tem trenutku

pripravljati strategijo za organizacijo delovanja javnega zdravstvenega sistema v okviru četrtega vala epidemije, ki nas lahko doleti že pred jesenjo.

V razpravi članov komisije je bilo izraženo strinjanje s pomisleki Sindikata ZSVS ter ZDRZZ, da predlagani prenos programa lahko predstavlja prvi korak do morebitne odločitve o stalnosti takšnega ukrepa, s tem pa še dodaten korak k obsežnejši privatizaciji izvajanja zdravstvene dejavnosti. Glede na to, da javni zdravstveni zavodi praviloma do polovice koledarskega leta (še) ne uspejo izvesti načrtovanega programa, jih bo veliko ostalo brez precejšnjega dela programa, ki bi ga sicer do konca leta lahko uresničili. Posledično bi bilo po oceni komisije bolj smiselno, da bi se kot presečni datum uporabilo konec septembra in ne konec junija pogodbenega leta.

Komisija prav tako ugotavlja, da bodo v primeru odvzema dela programa javni zdravstveni zavodi še vedno soočeni s stroški dela in stalnimi stroški poslovanja, ki jih bodo morali pokriti ne glede na to, ali bodo prvotno pogodbeno dogovorjeni program izvedli ali ne. Glede na to, da izgube bolnišnic krije država kot njihova ustanoviteljica, se zastavlja vprašanje finančnih posledic takšnega ukrepa v primeru kopičenja izgub javnih zdravstvenih zavodov. Enako velja tudi za primarno raven, na kateri bodo posledično z morebitnimi nastalimi stroški obremenjene lokalne skupnosti.

Na podlagi odgovora Ministrstva za zdravje na vprašanje o učinkih nacionalnega razpisa za izboljševanje dostopnosti do zdravstvenih storitev od njegovega sprejetja v okviru ZZUOOP (PKP5), komisija ugotavlja, da je navedeni razpis do danes, zaradi novega vala epidemije, ostal zgolj črka na papirju, zato se v aktualnem predlogu zakona ponovno daje možnost njegove izvedbe. Posledično trenutno še ni možno oceniti njegove učinkovitosti in primernosti na podlagi preteklih izkušenj. Je pa predstavnica Ministrstva za zdravje pojasnila, da bo zagotovljena enaka dostopnost vseh programov, izvajanih v okviru nacionalnega razpisa in tudi enaka dostopnost do vseh izvajalcev. Na podlagi dogovora z Nacionalnim inštitutom za javno zdravje ter Informacijskim pooblaščencom RS se namreč pripravlja vzpostavitev nacionalnega klicnega centra, v okviru katerega bo zagotovljeno, da bo dostop do izvajalcev s prostimi termini za izvedbo posamezne storitve pravičen in da bo upoštevano dejansko stanje čakalnih vrst na ravni države (prve bodo pri prostih izvajalcih na vrsti osebe, ki so z vidika nacionalne ravni najdlje v čakalni vrsti).

Komisija je po opravljeni razpravi, navkljub pomislekom glede ustreznosti nekaterih zakonskih določb in ob zavedanju, da je slednje v nadaljevanju zakonodajnega postopka še možno spremeniti ali dopolniti, v okviru glasovanja predlogu zakona soglasno izrekla podporo.

\* \* \*

Za poročevalca je bil določen predsednik komisije mag. Peter Požun, ki ga bo v primeru njegove odsotnosti nadomeščal član komisije Tomaž Horvat.

Sekretarka komisije  
mag. Nuša Zupanec, l.r.

Predsednik komisije  
mag. Peter Požun, l.r.