



REPUBLIKA SLOVENIJA
DRŽAVNI SVET

Komisija za socialno varstvo, delo, zdravstvo in invalide

Številka: 500-01-5/2023/8 EPA 842-IX
Ljubljana, 27. 12. 2023

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, 81/18-odl. US in 16/23) ter 20. člena Poslovnika Državnega sveta (Uradni list RS, št. 70/08, 73/09, 101/10, 6/14, 26/15, 55/20, 123/20, 67/22 in 69/23), oblikovala naslednje

M n e n j e

k Predlogu zakona o dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ-U) - druga obravnava

Komisija za socialno varstvo, delo, zdravstvo in invalide (v nadaljevanju: komisija) je na 18. seji 30. 11. 2023 obravnavala Predlog zakona o dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ-U), ki ga je v obravnavo Državnemu zboru po rednem postopku predložila skupina poslank in poslancev s prvopodpisanim Janezom Ciglerjem Kraljem (v nadaljevanju: predlagatelj).

Komisija predlog zakona **podpira**.

Komisija ugotavlja, da se s predlogom zakona zasleduje cilj enake obravnave vseh zavarovanih oseb pri uveljavljanju njihove z zakonom opredeljene pravice do zdravstvene storitve znotraj najdaljše dopustne čakalne dobe. Predlagatelj opozarja, da dosedanji številni ukrepi z dodatno zagotovljenimi finančnimi sredstvi za dodatno opravljene zdravstvene storitve znotraj javne zdravstvene mreže, uvedeni z namenom skrajšanja čakalnih dob, niso bili učinkoviti, zato predlaga dopolnitev 80. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ) na način, da če je pri uveljavljanju pravic iz zdravstvenega zavarovanja presežena najdaljša dopustna čakalna doba, ima zavarovana oseba pravico do izbire zdravnika in izvajalca zdravstvene dejavnosti, ki ni del javne zdravstvene mreže in izpolnjuje pogoje za opravljanje zdravstvene dejavnosti, določene v zakonu, ki ureja zdravstveno dejavnost.

Po predlogu predlagatelja bi plačilo opravljene zdravstvene storitve Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) izvršil neposredno izvajalcu zdravstvene dejavnosti v višini cene storitve, kot je določena v javni zdravstveni mreži. Predlog zakona predvideva tudi uskladitev Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja v enem mesecu od dneva uveljavitve zakona, ki je predvidena petnajsti dan po objavi v Uradnem listu Republike Slovenije.

Komisija je bila seznanjena z mnenjem Vlade Republike Slovenije (v nadaljevanju: Vlada), ki ga je na seji komisije predstavila predstavnica Ministrstva za zdravje. Vlada

predloga zakona ne podpira, ker ocenjuje, da gre za poseg v sistemsko ureditev na parcialen način, brez upoštevanja vseh vidikov sistema zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji. Predlagane rešitve so po oceni Vlade preveč nedoločne in dopuščajo možnost različnih interpretacij. Vlada ocenjuje, da s predlogom zakona ni dorečeno, na kakšen način bi se v praksi presojalo okoliščine presežene čakalne dobe na določeno storitev in kako bi se izbiralo ponudnike zdravstvenih storitev, predvsem pa, kako bo zagotovljen nadzor nad spoštovanjem čakalnega reda, ker zasebni izvajalci zdravstvenih storitev niso zavezani k vodenju čakalnega seznama, na katerega sicer Zakon o pacientovih pravicah veže kar nekaj zahtev (glede najdaljše dopustne čakalne dobe; glede pogojev za uvrstitev na čakalni seznam; glede nedovoljenega t. i. preskakovanja vrst).

Vlada prav tako meni, da je način plačevanja zdravstvenih storitev vključenim izvajalcem zdravstvene dejavnosti izven mreže javne zdravstvene službe pomanjkljivo urejen ter da v predlogu zakona manjka določitev standarda zdravstvenih storitev, ki bi moral biti enak tistemu, ki velja za izvajalce v javni mreži. Prav tako po oceni Vlade ni jasno opredeljeno razmerje med zasebnimi izvajalci zdravstvene dejavnosti in ZZZS, saj predlog zakona ne predvideva sklenitve posebne pogodbe ZZZS z izvajalci zdravstvene dejavnosti izven mreže javne zdravstvene službe. Po oceni Vlade prav tako ni jasno, kako bi potekalo napotovanje pacienta k izvajalcu zdravstvene dejavnosti izven mreže javne zdravstvene službe in kako bi se izvajalo nadzor nad izvajanjem storitev izvajalcev zdravstvene službe izven javne zdravstvene službe. Vlada meni, da ni jasno niti to, ali se predlog zakona v okviru pravice do proste izbire omejuje le na prosto izbiro zdravnika in izvajalca zdravstvene dejavnosti ali tudi drugih izvajalcev zdravstvene dejavnosti oziroma drugih zdravstvenih delavcev (npr. fizioterapevtov). Vlada dodatno ocenjuje, da ne gre za poseg začasne, temveč trajne narave, ki pa ne temelji na predhodni analizi in oceni finančnih posledic. V skladu z vsem navedenim mu ne izreka podpore.

Komisija je bila seznanjena tudi s stališčem Upravnega odbora ZZZS, ki se pridružuje mnenju Vlade, da se s predlagano rešitvijo ruši mrežo javne zdravstvene službe in opozarja, da bo v skladu s predlogom zakona ZZZS dolžan plačevati opravljene zdravstvene storitve vsem izvajalcem, torej tudi tistim izven mreže. Pri tem predlog zakona po oceni ZZZS ne zagotavlja neselektivne in celovite obravnave pacientov, vključno z izvedbo laboratorijskih in diagnostičnih storitev. Prav tako po predlagani ureditvi izvajalec izven javne mreže ni zavezan pacienta sprejeti v zdravljenje, na podlagi česar se lahko sklepa, da bodo izvajalci izven mreže v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja (OZZ) izvajali zgolj zdravstvene storitve, ki jim bodo po njihovi oceni prinašale dobiček, in se izogibali izvajanju storitev za stroškovno zahtevne paciente, v bolj kompleksnih primerih pa paciente vračali v javni zdravstveni sistem. Slednje bi bilo po oceni ZZZS zgolj v korist izvajalcem izven javne mreže in ne v korist pacientov.

Upravni odbor ZZZS opozarja tudi na možnost, da predlagane rešitve sprožijo večji odliv kadra iz javnega zdravstvenega sistema k izvajalcem izven javne mreže, s tem pa bi se povzročilo dodatne težave z dostopnostjo do storitev v okviru javne zdravstvene mreže. Predlog zakona po opozorilu Upravnega odbora ZZZS prav tako ne predvideva, da se morajo izvajalci izven javne mreže vključiti v sistem eZdravja in e-poslovanja z ZZZS, prav tako ni zahtevano, da se zavarovana oseba pri izvajalcu izven javne mreže izkaže s kartico zdravstvenega zavarovanja in da izvajalec preveri urejenost zavarovanja. Posledično bi bil ZZZS lahko obremenjen tudi s plačilom storitev, ki bodo opravljene osebam brez urejenega OZZ.

Upravni odbor ZZZS kot neustrezno ocenjuje tudi določitev vloge ZZZS, ki naj bi bil v skladu s predlogom zakona zgolj plačnik, brez pristojnosti kakršnegakoli nadzora nad izvajalci izven javne zdravstvene mreže. Prav tako se po opozorilu Upravnega odbora ZZZS s predlogom zakona ne določa načina spremljanja izpolnjevanja pogojev za plačilo izvajalcem izven javne zdravstvene mreže ter postopka in meril za ugotavljanje preseganja najdaljše dopustne čakalne dobe in seznanitev osebe s preseženo najdaljšo dopustno čakalno dobo. Posledično po oceni Upravnega odbora ZZZS obstaja tveganje nekontroliranega uveljavljanja pravic izven javne zdravstvene mreže, brez možnosti predvidenih finančnih učinkov.

Upravni odbor ZZZS izpostavlja tudi razkorak med podatki o čakalnih dobah, ki jih vodi NIJZ, in dejanskimi čakalnimi dobami, ki jih vodijo izvajalci v javni zdravstveni mreži. Zato bi bilo ugotavljanje, ali gre za presežene čakalne dobe, po oceni Upravnega odbora ZZZS, zelo zapleteno.

Upravni odbor ZZZS opozarja tudi to, da bo imel predlog zakona, ne glede na oceno predlagatelja, finančne posledice za blagajno OZZ. Če bo predlog zakona povzročil primanjkljaj odhodkov nad prihodki v navedeni blagajni, pa bo sredstva za kritje razlike moral kriti državni proračun oz. bo za kritje razlike treba določiti drug ustrezen vir financiranja.

Komisija je bila seznanjena tudi s pisnim stališčem Zdravniške zbornice Slovenije, ki predlogu zakona izreka podporo. Pri urejanju dostopnosti do zdravstvenih storitev je po oceni Zdravniške zbornice Slovenije treba izhajati iz dejstva, da je pravica do financiranja zdravstvenih storitev pravica pacienta iz naslova OZZ. Če se pacientu uveljavljanje storitev omogoči zgolj v javni zdravstveni mreži, v kateri pa so za predmetno storitev nedopustno dolge čakalne dobe, je po oceni Zdravniške zbornice Slovenije pravica pacienta kršena oziroma izvotljena.

Po oceni Zdravniške zbornice Slovenije je zato treba pacientom omogočiti svobodno izbiro izvajalca zdravstvene dejavnosti, tudi med izvajalci izven javne zdravstvene mreže. S tem bo po oceni Zdravniške zbornice Slovenije pacientom zagotovljen najširši možen dostop do zdravstvenih storitev, ki so njihova pravica iz OZZ. S predlagano spremembo se bo po oceni Zdravniške zbornice Slovenije zagotovilo tudi spoštovanje prepovedi diskriminacije in ustavnega načela enakosti pred zakonom (14. člen Ustave). Pacienti bi v skladu s predlaganimi rešitvami imeli enake pravice, ne glede na to, pri katerem izvajalcu uveljavljajo storitve, zagotovilo pa bi se tudi enako obravnavo slovenskih izvajalcev zdravstvenih dejavnosti brez koncesije napram izvajalcem zdravstvene dejavnosti v tujini, za storitve katerih ZZZS pod določenimi pogoji že sedaj zagotavlja povračilo stroškov.

* * *

Komisija meni, da bi bilo treba akutno stanje s čakalnimi dobami v zdravstvu odpraviti čim prej, saj se ne glede na sredstva, vložena v rešitev te problematike (v zadnjih treh letih več kot 1 milijon evrov), slednja zgolj še poslabšuje.

Razprava, v kateri so člani komisije do predlaganih zakonskih rešitev zavzeli različna stališča, je bila v večjem delu namenjena odzivu na stališča Vlade in Upravnega odbora

ZZZS ter njuni skrbi, da se s predlaganimi rešitvami ruši javno zdravstveno mrežo in dodatno finančno obremenjuje sistem.

Predložene zakonske rešitve so bile prepoznane kot eden od možnih odzivov na kritično situacijo s čakalnimi dobami, le da tokrat rešitve iščejo poslanci, namesto tistega, od katerega bi se to pričakovalo, to je od pristojnega Ministrstva za zdravje.

Poudarjeno je bilo tudi, da je vprašanje čakalnih dob kompleksno, zato bi se moralo pred oblikovanjem ukrepov opraviti podrobnejše analize sistema. Pri tem sta bila Ministrstvo za zdravje oziroma Vlada, poleg NIJZ in ZZZS, prepoznana kot ključna nosilca takšnih analiz.

Kot možen dodaten ukrep za sprejemanje boljših odločitev, povezanih s skrajševanjem čakalnih dob, je bila prepoznana tudi analiza upravljanja javnih zdravstvenih zavodov, predvsem zdravstvenih domov, s poudarkom na analizi velike fluktuacije kadra, s katero se trenutno sooča predvsem primarna zdravstvena raven. Pri tem je bilo ocenjeno, da bi v primeru pozitivnih učinkov predlaganih rešitev na skrajševanje čakalnih dob slednje pomenilo tudi manj pritiska na zaposlene v zdravstvenem sistemu, ki so zdaj pod velikimi pritiski in pogosto izgorevajo.

Kot eno od ključnih odprtih vprašanj, povezanih z dostopnostjo zdravstvenega sistema, je bila izpostavljena tudi problematika absentizma, ki postaja rak rana tako za delodajalce kot zdravstveni sistem. V enem letu je bilo moč zaznati povečanje odsotnosti zaposlenih za 40 %, delodajalci pa so na račun odsotnosti delavcev zaradi bolniškega staleža izgubili (in s tem financirali) že več kot 5 milijonov delovnih ur, od skupno 11 milijonov izgubljenih delovnih ur. Predstavniki interesov delodajalcev v Državnem svetu opozarjajo tudi na to, da so pritiski na dodatne obremenitve gospodarstva vse večji, tudi v okviru že napovedanega interventnega zakona na področju zdravstva. Prav tako se delodajalce pogosto neutemeljeno opredeljuje kot tiste, ki negativno vplivajo na varnost in zdravje delavcev pri delu, pri čemer veliko pove podatek, da je le 3 odstotke odsotnosti z dela posledica poškodb na delu in poklicnih bolezni. Posledično predstavniki interesov delodajalcev podpirajo vsakršne rešitve, ki bi lahko vodile do skrajševanja čakalnih dob in s tem večje stopnje dostopnosti do zdravstvenih storitev ter hitrejše rehabilitacije delavcev.

Predlagana rešitev je bila v razpravi dela članov komisije prepoznana tudi kot način za zagotovitev, da se bodo sredstva iz zdravstvene blagajne, ki so zbrana z namenom zagotavljanja zdravstvene oskrbe v Sloveniji, tu tudi porabila. Trenutno se namreč določen del sredstev, predvsem v obmejnih območjih, na podlagi zakonskih določb, ki omogočajo zdravljenje v tujini v primeru prekoračitve dopustnih čakalnih dob v naši državi, prelije k izvajalcem zdravstvene dejavnosti v tujini. Hkrati imajo mnogi državljani, ki so zaposleni in tudi zdravstveno zavarovani v tujini, dober primerjalni vpogled v obseg in kakovost storitev, ki jih lahko prejmejo na navedeni podlagi v tujini, kar predstavlja dodatno konkurenco slovenskemu zdravstvenemu sistemu, vključno s sistemom zdravstvenega zavarovanja.

Opozorjeno je bilo tudi na to, da ni utemeljeno ustreznost rešitev v zvezi s skrajševanjem čakalnih dob ocenjevati zgolj na podlagi tega, ali vključujejo zgolj izvajalce iz javne zdravstvene mreže ali ne, ampak predvsem z vidika njihovega potenciala, da se to

problematiko čim prej razreši. Odprto je bilo tudi vprašanje potrebe po reorganizaciji javnega zdravstvenega sistema, saj poglobljanje težav z dolgimi čakalnimi dobami kaže, da na podlagi trenutnega načina delovanja slednji ni sposoben (sam) razrešiti nastale situacije.

Izpostavljena je bila tudi nujnost skrbi za vse tiste paciente, ki (mnogi tudi v hudih bolečinah) čakajo na zdravstveno obravnavo, namesto da se oblikovalci javnih politik in odločevalci ukvarjajo zgolj z vprašanji, kdo bo prejel večji del sredstev za izvajanje zdravstvenih storitev – ali javni ali zasebni del izvajalcev zdravstvene dejavnosti.

Po drugi strani pa je bilo v razpravi ocenjeno, da bi predložena rešitev, s katero se odpira možnost proste izbire izvajalca zdravstvene dejavnosti tudi v čistem zasebnem delu, sicer ob hitri oceni lahko predstavljala del rešitve za problematiko čakalnih dob, a je glede na vse pripombe možno oceniti, da je premalo domišljena in bi lahko povzročila veliko težav, tudi dolgoročnega značaja. Pri tem je bila v prvi vrsti izražena skrb za ohranitev javnega zdravstvenega sistema in skrb, da ne bi v sistemu postopoma prevladala merila donosnosti in zasenčila skrb za vsem dostopno ter kakovostno zdravstveno oskrbo, ki obsega celovit sklop zdravstvenih storitev.

Ob tem je bilo izraženo tudi začudenje nad stališčem Zdravniške zbornice Slovenije, ki navkljub temu, da vseskozi opozarja na pomanjkanje zdravnikov kot nosilcev zdravstvene dejavnosti, podpira rešitev, za katero je jasno, da bo ob nespremenjenem številu zdravnikov vključevanje zasebnih izvajalcev zdravstvene dejavnosti v skrajševanje čakalnih vrst lahko imelo zgolj eno posledico – da se bodo iz javne zdravstvene mreže kadri selili v čisti zasebni del zdravstvene dejavnosti in se bo s tem kadrovsko še bolj osiromašilo javni zdravstveni sistem. Kot možno vodilo za takšno ravnanje je bila prepoznana želja po izvajanju zgolj specifičnih specialističnih zdravstvenih storitev z višjo stopnjo donosnosti, pri čemer je bilo opozorjeno, da bi si morali zdravniki v prvi vrsti prizadevati uresničevati pravice pacientov in sprejemati vse paciente, ne glede na (finančne) posledice njihovih potreb po oskrbi.

Ocenjeno je bilo tudi, da bi morale biti rešitve za skrajševanje čakalnih dob v prvi vrsti systemske narave, usmerjene v zaščito javnega zdravstvenega sistema, predvsem pa bolj dodelane. Pri tem je bil dan poziv Vladi, da naj vendarle na tem področju naredi kakšen bolj konkreten korak, da ne bodo na koncu celo tisti, ki trenutno še vedno striktno zagovarjajo javni zdravstveni sistem, prisiljeni razmišljati o tem, da bi podprli tovrstne predloge zakonov, kot je aktualni. Potrebe pacientov so namreč jasne in ko imajo slednji težave, jih praviloma ne zanima, ali je izvajalec del zasebne ali javne mreže zdravstvene dejavnosti, ampak predvsem, kako hitro lahko prejmejo kakovostno storitev.

Po opravljeni razpravi je komisija v okviru glasovanja predlogu zakona izrekla podporo.

* * *

Za poročevalko je bila določena državna svetnica Monika Ažman.

Sekretarka komisije
mag. Nuša Zupanec, l.r.

Podpredsednica komisije
Monika Ažman, l.r.