



REPUBLIKA SLOVENIJA
DRŽAVNI SVET

Komisija za socialno varstvo, delo, zdravstvo in invalide

Številka: 500-01-2/2024/5 EPA 1311-IX
Ljubljana, 23. 4. 2024

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

Mnenje

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 11. izredni seji 15. 4. 2024 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 je predlog zakona istega predlagatelja in z enako vsebino že obravnavala, in sicer na 18. seji 30. 11. 2023. Komisija je takratnemu predlogu zakona prav tako izrekla podporo.

Komisija ugotavlja, da se tudi tokrat 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 dosednji 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, prav tako negativne posledice za zdravstveni sistem pušča že tri mesece trajajoča stavka zdravnikov, ki ji še ni videti konca. Tudi zadnji poskus mediacije med sindikatom FIDES in Vlado Republike Slovenije ni bil uspešen. Pri tem pa predlagatelj opozarja, da se čakalne dobe po podatkih NIJZ podaljšujejo. Čakajočih na zdravstveno obravnavo naj bi bilo vsega skupaj že 304.298, od teh jih nad dopustno dobo čaka že skoraj 147.800. V enem mesecu se je število oseb, ki čakajo na zdravstveno obravnavo, zvišalo za 2.717 oseb.

Posledično predlagatelj ponovno predlaga dopolnitev veljavnega 80. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju 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 opravljenih zdravstvenih storitev Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije 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.

Predlagatelj pojasnjuje, da je njegov namen, tako kot ob prvi vložitvi zakonske novele, pomagati Vladi Republike Slovenije z začasnim ukrepom za skrajševanje čakalnih dob in ji s tem omogočiti dovolj časa za pripravo celovite zdravstvene reforme, na katero čakamo že nekaj časa.

Komisija je bila seznanjena z mnenjem Vlade Republike Slovenije (v nadaljevanju: Vlada), ki se od vložitve prve različice predloga zakona ni spremenilo. 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 in meni, da ni primeren za nadaljnjo obravnavo. Dodaja še, da predlagatelj pri pripravi trenutne različice predloga zakona ni upošteval nobenih pripomb, ki so jih k noveli zakona, EPA 842-IX, podali Vlada,

Zakonodajno-pravna službe Državnega zbora in Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Komisija se je na svoji 18. seji, ob obravnavi prve različice zakonske novele, seznanila s stališčem podpore, ki ga je predloženim zakonskim spremembam izrekla Zdravniška zbornica Slovenije. Slednja je menila, da je pri urejanju dostopnosti do zdravstvenih storitev treba izhajati iz dejstva, da je pravica do financiranja zdravstvenih storitev pravica pacienta iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja. 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 prej omenjena 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 obveznega zdravstvenega zavarovanja. S predlagano spremembo bi se 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 Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije pod določenimi pogoji že zdaj zagotavlja povračilo stroškov.

Komisija je bila na svoji 18. seji seznanjena tudi z odklonilnim stališčem Upravnega odbora Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ki je ocenil, da se s predlagano rešitvijo ruši mrežo javne zdravstvene službe in opozoril, da bi bil v skladu s predlogom zakona Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije dolžan plačevati opravljene zdravstvene storitve vsem izvajalcem, torej tudi tistim izven javne zdravstvene mreže, pri čemer pa ne bo zagotovljene neselektivne in celovite obravnave pacientov, vključno z izvedbo laboratorijskih in diagnostičnih storitev. Prav tako po predlagani ureditvi izvajalec izven javne mreže ne bi bil zavezan pacienta sprejeti v zdravljenje, na podlagi česar je Upravni odbor Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije sklepal, da bodo izvajalci izven mreže v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja 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 Upravnega odbora Zavoda za zdravstveno zavarovanje v korist zgolj izvajalcem izven javne mreže in ne v korist pacientov.

Upravni odbor Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije je opozoril 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 Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije prav tako ne predvideva, da se morajo izvajalci izven javne mreže vključiti v sistem eZdravja in e-poslovanja z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 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 Zavod za zdravstveno zavarovanje

Slovenije lahko obremenjen tudi s plačilom storitev, ki bodo opravljene osebam brez urejenega obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Upravni odbor Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije je kot neustrezno ocenil tudi določitev vloge Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 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 Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije 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 Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije obstaja tveganje nekontroliranega uveljavljanja pravic izven javne zdravstvene mreže, brez možnosti predvidenih finančnih učinkov.

Upravni odbor Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije je izpostavil tudi razkorak med podatki o čakalnih dobah, ki jih vodi Nacionalni inštitut za javno zdravje, 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 Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, zelo zapleteno.

Upravni odbor Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije je na 18. seji komisije opozoril tudi to, da bo imel predlog zakona, ne glede na oceno predlagatelja, finančne posledice za blagajno obveznega zdravstvenega zavarovanja. 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 v zvezi s trenutno obravnavano zakonsko novelo, tako kot že ob obravnavi prejšnje novele istega predlagatelja, 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.

Tako kot na 18. seji 30. 11. 2023, so tudi na tokratni seji komisije njeni člani v razpravi do predlaganih zakonskih rešitev zavzeli različna stališča.

V razpravi dela članov komisije je bila izražena podpora dobro delujočemu in vsem dostopnemu javnemu zdravstvenemu sistemu, obenem pa je bilo poudarjeno tudi jasno pričakovanje, da naj Vlada čim prej najde rešitev tako za zdravniško stavko, kot tudi za ostala odprta vprašanja v zdravstvu. V nasprotnem primeru bo namreč tudi za striktno zagovornike javnega zdravstvenega sistema dilema, ali naj podprejo rešitve, ki vodijo v smeri krepitve zasebnega dela zdravstvenega sistema, čedalje manjša.

Ocenjeno je bilo tudi, da zadnja dva vladina interventna zakona, ki naj bi doprinesla k skrajšanju čakalnih dob, očitno nista dosegla zelenega učinka, zato bi bilo po oceni komisije treba izvesti korenito analizo že izvedenih ukrepov in njihovih učinkov, nato pa na podlagi ugotovitev oblikovati nove predloge za spremembo zakonodaje, vključno z

upravljanjem javnih zdravstvenih zavodov, v katerih je zagotovo še vedno veliko manevrskega prostora za izboljšanje njihovega delovanja. Rešitve bi po oceni komisije morale biti strokovne in podprte s podrobnimi analizami in izračuni predvidenih posledic.

Komisija ob tem ugotavlja, da, kot se je že izkazalo, zgolj dodatni finančni vložki v zdravstveni sistem ne bodo rešili vseh nakopičenih težav, med drugim težav z dolgimi čakalnimi dobami. Reorganizacija zdravstva v celoti, tudi zaradi dolgožive družbe s čedalje več potrebami po zdravstveni obravnavi, je bila zato prepoznana kot nuja, pri tem pa je bilo opozorjeno, da je treba v oblikovanje rešitev vključiti vse skupine zdravstvenih delavcev in sodelavcev, ne zgolj zdravnike.

Izraženo je bilo tudi obžalovanje glede še vedno trajajoče stavke zdravnikov in hkrati ugotovljeno, da se v zvezi z njenimi učinki na zdravstveni sistem pojavljajo diametralno nasprotni informacije. Po nekaterih podatkih namreč slednja zelo negativno vpliva na daljšanje čakalnih dob, po drugih pa nanje naj ne bi imela negativnega vpliva, saj naj bi se zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci, ki so še vedno zavezani svojemu poslanstvu in skrbi za paciente, trudili izvajati storitve čim bolj neovirano. Komisija pri tem pričakuje bolj usklajene, predvsem pa točne podatke o dejanskih čakalnih dobah, saj slednje predstavlja enega od temeljev za sprejemanje odločitev v zvezi s problematiko čakalnih dob. Trenutne zelo različne informacije posameznih deležnikov v sistemu glede čakalnih dob, pa tudi glede učinkov zdravniške stavke na zdravstveni sistem, po oceni komisije ne delujejo kredibilno in zbuja dvom v ustreznost katerekoli sprejete odločitve.

V razpravi je bila po eni strani izražena podpora predloženim zakonskim rešitvam, predvsem z vidika iskanja alternativnih in bolj inovativnih načinov, ki bi lahko pripomogli k skrajšanju čakalnih dob, po drugi pa so se nekateri člani komisije spraševali, kako se bo zagotovilo kader za izvajanje storitev pri zasebnih izvajalcih zdravstvenih storitev, glede na to, da zdravnikov v državi primanjkuje, da zasebni del izvajalcev zdravstvenih storitev pogosto v izvajanje svojih storitev vključuje zdravnike in druge zdravstvene delavce, ki so sicer zaposleni v javni zdravstveni mreži, in da so nekateri zdravniki umaknili soglasja za nadurno delo v okviru javne zdravstvene mreže, med drugim zaradi potrebe po počitku in boljših pogojih za usklajevanje poklicnega in zasebnega življenja, kar pomeni, da naj ne bi imeli interesa svojih storitev opravljati izven svojega rednega delovnega časa.

Opozorjeno je bilo tudi na to, da se praviloma izven javne zdravstvene mreže izvaja predvsem tiste zdravstvene posege, ki terjajo manj finančnega vložka in podpornih storitev, vse najzahtevnejše posege pa se praviloma še vedno izvaja v okviru javne zdravstvene mreže, kar se je jasno pokazalo tudi ob enem prvih zakonskih poskusov skrajševanja čakalnih dob, v katerega se je vključilo tudi zasebne izvajalce zdravstvene dejavnosti. Ocenjeno je bilo, da bi bilo nujno čim prej najti rešitev predvsem za paciente s hujšimi zdravstvenimi težavami, ki lahko zaradi čakanja na obravnavo utrpijo najhujše posledice za njihovo zdravje, kar pa predložena zakonska novela po oceni nekaterih članov komisije ravno zaradi prej navedenega razloga, to je usmerjanja težjih primerov obravnave v javni del zdravstvenega sistema, ne bo rešila. Kvečjemu bo lahko povzročila neenakopravno obravnavo pacientov, saj niso jasni kriteriji za obravnavo pacientov izven javnega zdravstvenega sistema, niti ni zagotovljen nadzor nad tem, kako in ali se bo spoštovalo obstoječi vrstni red prijav na posamezne zdravstvene storitve ter kako se bo sproti ažuriralo že tako neusklajene sezname čakajočih v sistemu.

Po drugi strani je bilo v razpravi članov komisije ocenjeno, da pacienta, kadar ima zdravstvene težave, ne zanima, ali je izvajalec, ki mu nudi storitev, del javne zdravstvene mreže ali zasebni izvajalec zdravstvenih storitev, ampak zgolj išče rešitev za svoje težave. Zato se že zdaj pacienti zaradi dolgih čakalnih dob pogosto obračajo na zasebne izvajalce zdravstvenih storitev, pri čemer stroške storitve krijejo iz svojega žepa. Pri tem je pa je bilo opozorjeno, da takšen sistem na dolgi rok in v primeru večanja obsega potreb, ki bi se jih uresničevalo na tak način, za pacienta zagotovo ni ekonomsko vzdržen. Prav tako je bilo ocenjeno, da lahko takšen način reševanja težav – v potencirani meri prek zasebnega dela sistema, ob še vedno obstoječem, četudi slabše delujočem javnem sistemu - daje slab zgled za reševanje težav s pomanjkanjem kadrov in dostopnosti storitev tudi na drugih družbenih področjih (npr. v vzgoji in izobraževanju itd.).

Člani komisije so se v razpravi dotaknili tudi odziva predlagatelja in Vlade na dosedanje dogajanje v zvezi s predloženimi zakonskimi rešitvami. Predlagatelj je namreč v zakonodajno proceduro vložil predlog zakona z nespremenjeno vsebino, četudi so bile na prvotno različico predloga zakona podane določene tehtne vsebinske in nomotehnične pripombe. Po drugi strani pa Vlada ob tem, ko ponovno ugotavlja, da gre za neustrezne predloge rešitev, sama ni ponudila nobene alternativne rešitve, četudi je pristojna za zakonsko ureditev področja in je hkrati ustanoviteljica javnih zdravstvenih zavodov na sekundarni in terciarni ravni, v katerih bi bile potrebne marsikatere spremembe.

Komisija ocenjuje, da imajo ostali deležniki v sistemu, četudi prepoznavajo možne načine za njegove spremembe, v primerjavi z Vlado podrejeno vlogo. Tako zavarovanci kot Zavod za zdravstveno zavarovanje, ki je trenutno zgolj v vlogi plačnika zdravstvenih storitev, namreč nimajo pristojnosti za spremembo obstoječega sistema. Pri tem komisija opozarja, da finančne projekcije Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za obdobje 2024–2028 kažejo, da predvidena sredstva brez večjih posegov v organizacijo sistema in optimizacije njegovega delovanja ne bodo zadoščala za ohranitev (vsaj) dosedanjega obsega in kakovosti storitev, prav tako pa ne bodo omogočila skrajšanje čakalnih dob in zagotovila boljše dostopnosti do zdravstvenih storitev.

Komisija ugotavlja, da je bilo vsem prisotnim na seji komisije v interesu, da se čim prej najde ustrezne, četudi zgolj začasne rešitve, za skrajševanje čakalnih dob v zdravstvu, zato poziva predlagatelja in Vlado, da skušata do seje matičnega Odbora Državnega zbora za zdravstvo uskladiti svoja stališča in prilagoditi predlagane zakonske rešitve na način, da bodo lahko zavarovanci, ki potrebujejo zdravstvene storitve, do slednjih prišli čim prej.

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

* * *

Za poročevalca je bil določen predsednik komisije, državni svetnik Danijel Kastelic.

Sekretarka komisije
mag. Nuša Zupanec, l.r.

Predsednik komisije
Danijel Kastelic, l.r.