



ZDRAVNIŠKA ZBORNICA SLOVENIJE
MEDICAL CHAMBER OF SLOVENIA

Dunajska cesta 162, 1000 Ljubljana

✉ gp.zzs@zcs-mcs.si

📞 +386 (0) 1 30 72 100



180-2/2019-5

Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

Številka: 180-2/2019-5

Datum: 30. 12. 2019

ZADEVA: Razbremenitev administrativnega dela zdravnikov v okviru Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja

Spoštovani,

Zdravniška zbornica Slovenije (v nadaljevanju zbornica) je v okviru spreminjanja Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju pravila) podala predloge za administrativno razbremenitev zdravnikov v osnovnem zdravstvu predvsem na način, da bi se nekatere uradniške oz. administrativno tehnične zadolžitve, ki jih trenutno za Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju ZZZS) izvajajo zdravniki v osnovnem zdravstvu, prenesle na sam ZZZS. Zdravniki v osnovnem zdravstvu namreč že vrsto let opozarjajo, da jim zaradi naraščajočega obsega administrativnega dela za ZZZS zmanjkuje časa za delo z bolniki.

V letu 2019 so nevdružne razmere v osnovnem zdravstvu vodile celo do odpovedi (ali napovedanih odpovedi) pogodb o zaposlitvi družinskih zdravnikov v različnih zdravstvenih domovih po Sloveniji. Ministrstvo za zdravje je tedaj kot enega izmed ukrepov za razrešitev akutnih težav v osnovnem zdravstvu napovedovalo tudi administrativno razbremenitev dela zdravnikov. Ker večino teh obveznosti zdravnikom nalagajo ravno pravila, je zbornica podala konkretne predloge za njihovo spremembo. ZZZS je praktično vse naše predloge zavrnil, sam pa v okviru novele pravil ni ponudil rešitev, ki bi vodile v razbremenitev zdravnikov, zato Ministrstvo za zdravje pozivamo, da se tokrat konkretno opredeli, katere predloge zdravnikov za njihovo administrativno razbremenitev v okviru pravil podpira, oziroma ministrstvo pozivamo, naj predstavi svoje konkretne predloge rešitev, v kolikor naših ne podpira. Zdravniška zbornica Slovenije vsekakor pričakuje, da bo Ministrstvo za zdravje zavzelo jasno stališče, da k spremembi pravil, dokler ne bo dosežen ustrezen konsenz glede razbremenitve zdravnikov v osnovnem zdravstvu, ne bo podalo soglasja.

Uvodne ugotovitve zbornice glede dosedanjega postopka spreminjanja Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja

Zdravniška zbornica Slovenije je 27. 6. 2019 na ZZS naslovila dopis, s katerim je podala svoje predloge za spremembe in dopolnitve pravil, kar je storila v okviru javne razprave, ki je potekala ob osnutku novele pravil.

Glavni namen predlogov zbornice je racionalizacija dela, saj bi bila skladno s temi predlogi mnoga tehnična oz. administrativna dela, ki so jih trenutno primorani opravljati zdravniki (oziroma njihovi sodelavci) in zaradi katerih ne morejo vsega svojega delovnega časa posvetiti pacientom, prenesena na ZZS. Potreba po tovrstni racionalizaciji dela je še toliko bolj pereča zaradi vedno večjega problema pomanjkanja zdravnikov v osnovnem zdravstvu in njihove posledične preobremenjenosti, zaradi česar so spremembe pravil, kakršne predlaga zbornica, ki bi vsaj deloma razbremenile te zdravnike, toliko bolj nujne.

Zbornica je tako z namenom izboljšanja oskrbe pacientov in povečanja učinkovitosti dela zdravnikov podala številne predloge, med njimi:

- prenos vseh aktivnosti v zvezi z odobritvijo potnih stroškov na ZZS;
- prenos ugotavljanja pogojev o upravičenosti do nege in spremstva otroka (z izjemo ugotavljanja s tem povezanih medicinskih dejstev) na ZZS;
- podaljšanje obdobja trajanja veljavnosti napotnice preko enega leta;
- možnost izdaje napotnic s stopnjo »nujno« za daljše časovno obdobje (z »večkratno« veljavnostjo);
- prenos predpisovanja medicinskih pripomočkov na delavce, zaposlene pri ZZS na podlagi diagnoze zdravnika;
- prenos naročanja sodobnih oblog za rane neposredno na tiste izvajalce, ki bi ugotovili potrebo po njih.

ZZS se je na predloge zbornice odzval z dopisom z dne 18. 11. 2019, iz njega pa je že na prvi pogled jasno, da je ZZS spremembe in dopolnitve pravil dal v razpravo le, da zadosti formalnostim, ki jih v zvezi s tem določajo predpisi, in da nima niti najmanjše želje poslušati ali celo slediti še tako tehtnim in utemeljenim predlogom sprememb pravil. Posledično je v svojem dopisu zavrnil vse predloge zbornice glede sprememb pravil, v obrazložitvi zavrnitev pa se je pogosto zatekal k utemeljitvam, ki kažejo na pomanjkanje slehernega interesa ZZS za upoštevanje deležnikov, ki sodelujejo v okviru javne razprave. Še več, takšno vodenje javne razprave, ki je sicer izjemno pomemben instrument vsake demokratične družbe, ki želi omogočiti sodelovanje vseh pri sprejemanju najpomembnejših odločitev v družbi, pomeni navadno farso, ki ruši vsako prepričanje

zainteresirane strokovne javnosti, da bi lahko aktivno in dejavno prispevala k bolj optimalni ureditvi zdravstva v Sloveniji, k čemer zelo usodno prispevajo tudi pravila.

Zavračanje vseh predlogov za izboljšanje učinkovitosti sistema zdravstvenega varstva je še posebej presenetljivo ob dejstvu, da je gotovo tudi v interesu ZZZS, da sistem zdravstvenega varstva deluje čim bolje in da uspe kakovostno obravnavati čim več pacientov. Nesporno je, da bi predlogi zbornice občutno administrativno razbremenili zdravnike, zaradi česar bi ti lahko več svojega časa posvetili obravnavi pacientov, obenem pa ne bi pomenili nikakršne dodatne finančne obremenitve – kvečjemu nasprotno, zaradi bolj učinkovitega delovanja sistema bi prišlo do finančne razbremenitve le-tega.

Zaradi vsega povedanega v nadaljevanju znova podajamo naše predloge sprememb in dopolnitev pravil, obenem pa tudi pojasnjujemo, zakaj je zavrnitev teh s strani ZZZS docela nerazumna in neutemeljena.

Pregled predlogov zbornice

Nova 8. točka sedmega odstavka 89. člena pravil in nova 9. točka tretjega odstavka 103. člena pravil

Zbornica je predlagala novo, 8. točko k sedmemu odstavku 89. člena pravil, po kateri bi imela zavarovana oseba pravico do sodobnih oblog za rane na podlagi naročilnice specialista ustrezne stroke.

ZZZS je v svoji zavrnitvi predloga navedel, da je namen sodobnih oblog v učinkovitem zdravljenju kroničnih ran, to pa je mogoče doseči le, če rano ustrezno spremlja in ustrezne obloge namešča zdravstveni delavec, zdravljenje kroničnih ran pa je tudi sicer sestavni del obravnave zavarovane osebe pri zdravniku specialistu in pri osebni zdravniku, ki skupaj s patronažno službo spremlja potek zdravljenja in izbira ustrezne sodobne obloge. ZZZS je v zavrnitvi zanemaril cilj predloga, to je razbremenitev izbranega zdravnika glede zagotavljanja sodobnih oblog, do katerih bi lahko zavarovana oseba prišla neposredno na podlagi odločitve specialista druge stroke, ki bi v okviru obravnave zavarovane osebe opravil presojo, da je uporaba sodobnih oblog potrebna.

3. točka prvega odstavka 112. člena pravil

Zbornica predlaga spremembo 3. točke prvega odstavka 112. člena pravil, da se med standardne materiale za zalivko v stranskem sektorju na mlečnem zobu, zobu otroka, mlajšega od 15 let, nosečnice ali doječe matere uvrsti poleg kompozitnega materiala še glasionomer, v kolikor je to potrebno iz zdravstvenih razlogov. Če ni primerna niti zalivka, izdelana iz glasionomera, se uporabi amalgam, kot že zdaj določajo pravila. Zbornica v zvezi s predlogom pojasnjuje, da se v praksi obravnava že zdaj izvaja tako, kot izhaja iz predloga, zaradi česar predlog pomeni zgolj uskladitev pravnega stanja z dejanskim.

ZZZS v zavrnitvi predloga pojasnjuje, da se je v zvezi s tem predlogom obrnil na RSK za zobozdravstvo s prošnjo za strokovno mnenje, ki je zavrnil izdajo stališča, dokler ZZZS od predlagatelja ne bi pridobil argumentov, s katerimi bi utemeljil predlog te spremembe. Poleg tega pa bi moral ZZZS pridobiti še mnenji dveh kateder na Medicinski fakulteti in mnenja ustreznih združenj.

Zbornica v zvezi s tem predlogom vnovič poudarja, da se v praksi pri tovrstnih posegih, če iz zdravstvenih razlogov ni mogoče uporabiti kompozitnega materiala, že uporablja glasionomer, zaradi česar bi navedeni predlog le uskladi pravno stanje z dejanskim. Ob tem ne gre spregledati, da je predlog skladen s cilji Uredbe (EU) 2017/852 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 17. maja 2017 o živem srebru in razveljavitvi Uredbe (EU) št. 1102/2008, ki v 2. odstavku določa, da se zobni amalgam od 1. julija 2018 ne uporablja za zobozdravstveno obravnavo mlečnih zob, otrok, mlajših od 15 let, in nosečnic ali doječih mater, razen če zdravstveni delavec presodi, da je to nujno potrebno zaradi posebnih zdravstvenih potreb pacienta. Zbornica ugotavlja, da je njen predlog v celoti skladen z namenom omenjene Uredbe, katere cilj je postopoma v celoti opustiti uporabo amalgama v zobozdravstvu. Z določitvijo glasionomera kot materiala, ki se uporabi, kadar kompozitni material ni primeren za izdelavo zalivke, se namreč manjša potreba po uporabi amalgama, obenem pa takšna sprememba finančnih posledic ne bi imela, saj se te snovi doktorji dentalne medicine v praksi že tako ali tako poslužujejo.

Nova 161.a in 161.b člena in črtanje drugega odstavka 166. člena pravil

S tem zbornica pravzaprav predlaga uskladitev pravil z Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (v nadaljevanju ZZVZZ), ki v 80. členu določa, da je osebni izbrani zdravnik za zavarovane osebe do dopolnjenega 19. leta starosti specialist pediater ali specialist šolske medicine, izjemoma specialist splošne medicine (družinske medicine), ali zdravnik splošne medicine s podiplomskim študijem iz zdravstvenega varstva žensk, otrok in mladine; za zavarovane osebe starejše od 19 let pa je izbrani osebni zdravnik specialist splošne medicine (družinske medicine) ali specialist medicine dela, prometa in športa, izjemoma tudi zdravnik splošne medicine s podiplomskim študijem socialne medicine.

Trenutno pravila določajo, da lahko zdravnik zavarovani osebi po dopolnjenem 19. letu predlaga prekinitev izbire, ne določajo pa mehanizma, s katerim bi zdravnik takšno prekinitev izvršil. Po novih pravilih bi lahko ZZZS osebo, ki bo kmalu dopolnila 19 let, pozval, naj izbere novega osebnega zdravnika (praviloma izmed zdravnikov specialistov družinske medicine), če pa do 20. leta tega ne bi storila, pa bi ZZZS izvedel postopek prekinitve izbire tega osebnega zdravnika po uradni dolžnosti.

Predlagana ureditev sicer vsebuje pomembno varovalo – 161.b člen omogoča, da bi osebni otroški zdravnik na predlog zavarovane osebe podal soglasje k podaljšanju izbire

tega kot osebnega zdravnika, kar bo smiselno predvsem v primerih potrebe po nadaljevanju določenega zdravljenja oz. zaradi drugih posebnih okoliščin.

ZZZS v pojasnilu k zavrnitvi tega predloga navaja, da je predlog zbornice sam s sabo v nasprotju, saj po eni strani predlaga prekinjanje izbir osebnega zdravnika po uradni dolžnosti, po drugi strani pa dopušča možnost podaljšanja te izbire, kar je odvisno od (arbitrarne) odločitve osebnega zdravnika. Po mnenju ZZZS predlog ne bi bil uresničljiv tudi zaradi trenutnega pomanjkanja osebnih zdravnikov, zaradi katerega bi ta predlog zavarovanim osebam lahko celo onemogočal uresničevanje njihovih pravic do zdravstvenega varstva.

Zbornica poudarja, da so navedbe ZZZS v celoti neutemeljene. Predlog nikakor ni sam s sabo v nasprotju zgolj zato, ker istočasno uveljavlja prekinitev izbire osebnega zdravnika ob dopolnjenem 19. letu in možnost podaljšanja izbire ob soglasju zdravnika. Dejstvo namreč je, da je v veliki večini primerov prekinitev izbire in napotitev pacienta k izbiri zdravnika – specialista družinske medicine – smiselna in zagotavlja največjo možno stopnjo kakovosti pri obravnavi teh pacientov. Vendar pa niso redki primeri, ko je zaradi posebnega zdravstvenega stanja ali drugih razlogov primerno, da pravna ureditev dopušča podaljšanja izbire osebnega zdravnika – specialista pediatrije.

K temu pa dodajamo, da mora imeti ključno besedo pri odločitvi, ali je podaljšanje izbire smiselno, prav osebni zdravnik – pediater sam, ki pacienta najbolj pozna in lahko oceni, do katere starosti pacient še ustreza profilu ljudi, za zdravljenje katerih je usposobljen (nenazadnje tudi Svetovna zdravstvena organizacija (v nadaljevanju WHO) v svojih poročilih ugotavlja, da obdobja, v katerem ima pacient značilnosti otroka oz. mladostnika ni vedno mogoče opredeliti z letnicami, pač pa je potrebno upoštevati razvoj od primera do primera).¹ Posledično mu je tudi dana možnost, da za določen čas (glej drugi odstavek predlaganega 161.b člena pravil) odobri podaljšanje izbire osebnega otroškega zdravnika.

Predlagana ureditev je konsistentna tudi z drugimi pravnimi in drugimi akti na področju zdravstva – 5. člen Kodeksa zdravniške etike² določa, da zdravnik prepozna meje svojega znanja in dela. Podobno tudi 3. člen ZZdrS določa, da je zdravnik pri svojem delu neodvisen in svobodno izbira način zdravljenja, ki je v danih okoliščinah najprimernejši. Trenutna sistemska ureditev, ki zdravnika sili v obravnavo in zdravljenje oseb, za katere po lastni presoji nikakor ni usposobljen, pomeni očitno kršitev zgoraj navedenih določb, medtem ko bi predlagana ureditev zdravniku omogočila, da se usmeri v obravnavo tistih pacientov, za katere je usposobljen, obenem pa bi bilo njegovi strokovni presoji prepuščeno, kdaj pacienta glede na lastno strokovno usposobljenost ne more več obravnavati *lege artis*.

¹ Poročilo WHO: Zdravje mladostnikov sveta (2014), dostopno na: <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/section1>, dne 30. 12. 2019.

² Kodeks zdravniške etike, dostopno na spletni strani Zdravniške zbornice Slovenije.

Po mnenju zbornice ni utemeljen niti argument ZZZS, da bi v primeru uveljavitve predlaganih sprememb pravil posamezniki zaradi pomanjkanja osebnih zdravnikov – specialistov družinske medicine – posamezniki lahko ostali brez zdravstvenega varstva. Siljenje pediatrov v obravnavo odraslih pacientov (brez omejitev) gotovo ni primeren ukrep za reševanje problematike pomanjkanja zdravnikov. Problematiko pomanjkanja osebnih zdravnikov pa bi vsekakor bilo mogoče rešiti z uveljavitvijo predlogov Zdravniške zbornice Slovenije (ki jih ZZZS sicer vztrajno zavrača), ki ciljajo na zmanjševanje administrativnih bremen zdravnikom in naložitev teh organom, ki so za to primernejši.

Sprememba 5. točke prvega odstavka 174. člena in dodana tretji in četrti odstavek 174. členu

S to spremembo in dopolnitvijo zbornica predlaga administrativno razbremenitev zdravnikov pri odločanju o upravičenosti do potnih stroškov za primer uveljavljanja pravic iz 1., 2. in 3. točke 23. člena ZZVZZ, pri katerem je potrebno potovati k izvajalcu v drug kraj, ker v kraju zaposlitve ali prebivališča zavarovane osebe ni izvajalca in iz nekaterih drugih razlogov.

Po trenutni ureditvi mora za uveljavljanje te pravice zdravnik izdati potrdilo, na njem pa označiti razdaljo med stalnim prebivališčem zavarovanca in najbližjim ustreznim izvajalcem zdravstvene dejavnosti znotraj javne mreže, kar mu je pogosto oteženo, saj teh podatkov nima, pa tudi sicer mu izvajanje teh administrativnih opravil jemlje čas, ki bi ga lahko namenil zdravstveni obravnavi pacientov. Prav zato bi skladno s predlogom zbornice ta potrdila izpolnjeval ZZZS, ki razpolaga s podatki o vseh izvajalcih zdravstvene dejavnosti znotraj javne mreže, potrdila pa bi izdajal le na zahtevo.

ZZZS v zavrnitvi predloga odgovarja, da se sicer strinja, da zdravniki velikokrat ne vedo, kateri izvajalec je v posameznem primeru najbližji, zato ne vztrajajo pri navedbi najbližjega izvajalca na listini, pač pa zadošča navedba podatkov o tem, na katero zdravstveno storitev pri napotnem zdravniku določene vrste specialnosti je zavarovana oseba napotena, saj nato ZZZS sam ugotovi, kateri izvajalec je najbližji. ZZZS še doda, da ima osebni zdravnik dejansko vlogo »vratarja v svet pravic iz zdravstvenega zavarovanja«, saj zavarovane osebe posamezne pravice uveljavljajo na podlagi predpisanih listin, ki jih izstavi njihov osebni zdravnik. Po mnenju ZZZS je zato predlog zbornice nesistemiški, saj se listina o upravičenosti do potnih stroškov oz. do spremstva skladno s 40. členom ZZVZZ izstavi, kadar zavarovana oseba uveljavlja pravice iz 1., 2. in 3. točke 23. člena, za uveljavljanje te pravice pa so potrebni tudi podatki glede razloga potovanja in potrebe po spremstvu – torej podatki, s katerimi razpolaga osebni zdravnik.

Po presoji zbornice je tudi zavrnitev tega predloga docela neutemeljena. V odgovoru ZZZS že sam poudarja, da od zdravnikov ne zahteva navedbe najbližjega izvajalca in da zadoščajo podatki o tem, na katero zdravstveno storitev pri napotnem zdravniku je zavarovana oseba napotena, saj nato ZZZS sam ugotavlja, kateri izvajalec je najbližji. Po

potrebi torej ZZS že zdaj izvaja del administrativnega dela v zvezi s priznavanjem pravice do potnih stroškov. Prav tako 247. člen pravil že zdaj določa, da lahko zavod v postopku priznavanja teh pravic poleg sestavin, določenih v Zakonu o upravnem postopku (v nadaljevanju ZUP) zahteva tudi drugo dokumentacijo, ki je potrebna v postopku odločanja, zaradi česar je trditev, da bi morala take podatke pridobivati in zbirati zavarovana oseba sama, neresnična. Prav tako bi zavarovana oseba skladno s predlogom zahtevi po povrnitvi stroškov priložila napotnico in druge podatke, ki bi jih določil zavod (denimo dokumente v zvezi s potekom zdravljenja, ki jih zdravnik tako ali tako izdaja pacientu). Zdravniki bi bili torej skladno s predlogom bistveno razbremenjeni kakršnihkoli administrativnih obveznosti glede pravice zavarovane osebe do povrnitve stroškov, odločanje pa bi bilo preneseno na ZZS, ki že sedaj tudi sam (kot je bilo prikazano) teh zahtev ne potrjuje avtomatično, pač pa po potrebi pridobiva podatke v zvezi z zadevo po uradni dolžnosti, kar med drugim kaže tudi na podvajanje dela zdravnikov in ZZS glede povračila potnih stroškov.

Prvi odstavek 175. člena pravil

S predlagano spremembo prvega odstavka 175. člena bi osebni otroški zdravniki bili razbremenjeni obveznosti preverjanja zaposlitve in delovne obveznosti staršev, kadar odločajo o upravičenosti do začasne zadržanosti od dela staršev (oz. skrbnikov) zaradi nege in spremstva otrok, saj bi v tem delu o upravičenosti do tega prejemka odločal ZZS. Ta (administrativna) obveznost je še toliko večja ob upoštevanju dejstva, da se starši pri negi/spremembi otroka pogosto izmenjujejo, zaradi česar je potrebno izdati več takih listin in večkrat presojati izpolnjenost teh pogojev.

ZZS v zavrnitvi predloga odgovarja, da osebni zdravnik poleg presoje zdravstvenega stanja otroka ugotavlja tudi, ali zavarovanec, ki uveljavlja pravico do nege, izpolnjuje za to predpisane pogoje (npr. da nege ne more zagotoviti drug zakonec, če je ta brezposeln, upokojen itd.). V zvezi s tem je ZZS pripravil vzorec izjave, na kateri zavarovanec zdravniku potrdi izpolnjevanje teh pogojev, območne enote ZZS pa se morajo skladno z navodili pri naknadnem nadzoru najprej obračati na zavarovance in ne osebne zdravnike, da teh dodatno ne obremenjujejo.

Prav iz obrazložitve zavrnitve predloga s strani ZZS jasno izhaja, da je predlog utemeljen. Iz nje namreč jasno izhaja, da tudi po presoji ZZS zdravnik nima kakršnihkoli možnosti preverjanja, ali so poleg zdravstvenega stanja otroka izpolnjeni pogoji za uveljavljanje pravice do nege otroka, zaradi česar se mora bolj ali manj v celoti zanesti na podpisano izjavo zavarovane osebe, preverjanje resničnosti te pa tako ali tako v celoti izvaja ZZS z naknadno kontrolo. To pomeni, da je zdravniško odločanje o teh vprašanjih (ki na noben način niso medicinske narave) zgolj administrativni formalizem, saj mu sledi še naknadno preverjanje s strani ZZS, zaradi česar se delo glede odločanja o tem vprašanju tudi podvaja.

Posledično je zavrnitev tega predloga zbornice s strani ZZS docela nerazumna. Skladno s tem predlogom bi namreč za odločanje o ne- zdravstvenih pogojih za pridobitev pravice do nege otroka odločal ZZS, kar bi bilo učinkoviteje tudi z vidika, da mu ne bi bilo treba izvajati naknadne kontrole, zdravniki in zdravstveno osebje pa bi se v celoti posvetili zdravstveni obravnavi pacientov, kar pri tem vprašanju kot prioriteto izkazuje tudi ZZS, ki skladno z navodili že zdaj pri naknadni kontroli izpolnjevanja pogojev za nego otroka kontaktira zavarovane osebe in ne zdravnikov.

Prvi odstavek 177. člena pravil

S spremembo prvega odstavka 177. člena pravil se osebnim zdravnikom da možnost, da določijo veljavnost napotnice za nedoločen čas, če glede na okoliščine primera ni mogoče oceniti časa trajanja storitev, katerih izvajanje se prenaša na napotnega zdravnika. S tem bi se zmanjšalo nepotrebne administrativne obremenitve osebnih zdravnikov, ki se kažejo v potrebi po izdajanju novih napotnic, ko stare potečejo. Z istim namenom zbornica predlaga ZZS tudi, da se črta drugi, tretji in sedmi odstavek 14. člena Navodil za uveljavitev pravice do zdravstvenih storitev z napotnico,³ ki omejitve enkratne veljavnosti in trajanja napotnice na eno leto določajo tudi za napotnico s stopnjo »nujno«. Če namreč zdravnik oceni, da je tudi pri stopnji nujnosti »nujno« potrebna daljša obravnava pri napotnem zdravniku, mu je potrebno omogočiti, da določi daljše obdobje veljavnosti napotnice. Skladno s tem se predlaga tudi sprememba Pravilnika o obrazcih in listinah za uresničevanje obveznega zdravstvenega zavarovanja.⁴

Po mnenju ZZS je predlog v nasprotju z Zakonom o zdravstveni dejavnosti (v nadaljevanju ZZDej), ki sicer v drugem odstavku 46. člena res daje podlago za izdajo napotnic za neomejeno časovno obdobje, vendar le v primeru določenih kroničnih bolezni, ki na podlagi strokovnih kriterijev zahtevajo trajen nadzor na specialistični ravni.

ZZS še doda, da predlog novele pravil v 176. členu uvaja možnost podaljšanja napotnice zaradi izvedbe nadaljnje zdravstvene storitve, če napotni zdravnik ugotovi, da napotnica osebnega zdravnika ne bi bila več veljavna na dan, ko naj bi bila nadaljnja zdravstvena storitev opravljena, s to ureditvijo se želi zmanjšati število obiskov zavarovanih oseb pri osebnih zdravnikih, tako da se jim zagotovi več storitev na enem mestu – pri napotnem zdravniku. Skladno s predlagano spremembo 177. člena pravil bi lahko napotni zdravnik na ta način napotnico podaljšal za največ 2 leti.

Zbornica sicer pozdravlja predlog novele pravil v 176. in 177. členu, ki jo opisuje ZZS, vendar meni, da pri administrativnem razbremenjevanju zdravnikov ne more doseči enakih učinkov, kot bi jih dosegel njen predlog.

³ Dostopno na: <https://www.zzs.si/Zzs/info/egradiva.nsf/o/38FF11568D0E77C7C12577FB00426E00>, dne 30. 12. 2019.

⁴ Pravilnik o obrazcih in listinah za uresničevanje obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 104/13, 8/15, 1/16, 57/18 in 30/19).

Glede očitkov ZZZS, da je predlog zbornice v neskladju z ZZDej, zbornica pojasnjuje, da je v nasprotju z ZZDej pravzaprav trenutna ureditev (in neskladnosti predlagana ureditev niti ne sanira), ki izdaje napotnice za nedoločen rok trajanja v nobenem primeru ne dovoljuje. ZZZS poudarja, da je na RSK naslovil prošnjo za pojasnila, katere bolezni je treba šteti kot take, da izpolnjujejo kriterije iz drugega odstavka 46. člena ZZDej, nato pa bo skladno s tem pripravil predlog spremembe pravil OZZ. V zvezi s tem je potrebno poudariti, da ZZDej vsebuje citirano določbo že vse od njegove uveljavitve, torej od leta 1992, pa vendar pravila o izdajanju napotnic z njo še niso usklajena, in to celo kljub temu, da se potreba po administrativni razbremenitvi zdravnikov pojavlja že več let.

Ob tem zbornica dodatno poudarja, da predlog zbornice nikakor ni v nasprotju z ZZDej. Predlog sicer res prepušča označitev trajanja veljavnosti napotnice odločitvi zdravnika, pri čemer pa je zdravnik pri tem še naprej vezan na vso veljavno zakonodajo (tudi na drugi odstavek 46. člena ZZDej) zaradi česar ne sme izdati napotnice z veljavo za nedoločen čas v primerih, ki jih ta določba ne obsega. Pa tudi sicer zbornica poudarja, da se situacije, v katerih bi taka napotnica sploh prišla v poštev, pojavljajo v zvezi s kroničnimi stanji, zato tudi v praksi ne bi moglo priti do odstopanj od določb ZZDej. Nesporo je, da je stroka že vzpostavila kriterije glede vprašanja, katere bolezni terjajo trajno obravnavo, zaradi česar je po mnenju zbornice taksativno določanje teh, kar namerava storiti ZZZS pri bodočem urejanju te problematike, nesmiselno. Vse, kar mora torej zdravnik narediti, je, da pri izdajanju napotnic za nedoločen čas ravna skladno z merili stroke.

Novi 187.a člen pravil

Po novem 187.a členu bi se lahko zavarovana oseba obrnila na ZZZS z namenom pridobitve informacije, iz katere bi izhajalo, katere konkretne zobozdravstvene storitve in v kakšnem obsegu so krite iz obveznega in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, na te informacije pa bi se lahko zanesla, saj bi vezale tudi ZZZS (do spremembe okoliščin). Predlog je smiseln, saj o tem, katere storitve bo zavarovani osebi kril in katerih ne, tako ali tako odloča ZZZS sam.

ZZZS v zavrnitvi predloga pojasnjuje, da že ves čas daje zavarovanim osebam na voljo zloženke in objavlja informacije v zvezi s tem vprašanjem, poleg tega pa imajo zdravniki po Zakonu o pacientovih pravicah (v nadaljevanju ZPacP) dolžnost posredovati pacientu tudi te informacije. ZZZS nadalje pojasnjuje, da se pravica do zobno-protetične rehabilitacije izvaja pri osebem zobozdravniku ali napotnem specialistu-stomatologu, pred začetkom izdelave zobno-protetičnega pripomočka pa je potrebno predložiti predlog načrta zobno-protetične rehabilitacije v potrditev ZZZS. Glede na povedano po mnenju ZZZS ni potrebe po informiranju zavarovane osebe o njenih pravicah iz zdravstvenega zavarovanja na način, kot ga določa predlog, saj bi po mnenju ZZZS to povzročilo prenašanje strokovne presoje in pristojnosti osebne zobozdravnika na ZZZS, podaljševanje postopkov in neupravičeno obremenjevanje pacientov in zdravnikov.

Zdravniška zbornica Slovenije na to odgovarja, da določitev obveznosti posredovanja informacij pacientu ne pomeni, da jo vsem drugim pristojnim organom s tega področja prepoveduje. To pomeni, da s tem, ko predlog tako dolžnost nalaga (glede zobno-protetične rehabilitacije) tudi ZZZS, s tem od nje ne odveže osebnega zdravnika oz. zobozdravnika.

Dejstvo je, da izbrani zobozdravniki v praksi porabijo veliko časa za pojasnjevanje, da pacientom pravice, za katere so ti prepričani, da jim pripadajo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, skladno s pravili, ki jih sprejema ZZZS, ne pripadajo. Ob tem se izbrani zobozdravniki srečujejo tudi z veliko slabe volje, ki jo izražajo pacienti. ZZZS sprejema pravila, zato naj prevzame tudi breme pojasnjevanja pacientom, katere storitve se jim bo krilo iz zdravstvene blagajne.

Peti odstavek 210. člena pravil

Po trenutni ureditvi je zdravnik upravičen do določenega števila receptov za osebno rabo le, če izpolnjuje določene pogoje, med katere je ZZZS uvrstil tudi licenco za samostojno opravljanje zdravniške službe. Po mnenju zbornice je ta pogoj sistemsko neskladen z ureditvijo kompetenc zdravnikov po ZZdrS, ki določa, da sme zdravnik s strokovnim izpitom samostojno opravljati vse dejavnosti, ki so navedene v programu pripravništva za poklic zdravnik in v tem obsegu predpisovati zdravila in medicinske pripomočke. Podobno tudi Zakon o delovnih razmerjih (v nadaljevanju ZDR-1) določa, da je po opravljenem pripravništvu posameznik usposobljen za samostojno opravljanje dela, zato je pogoj opravljenega strokovnega izpita za pravico do predpisovanja zdravil po mnenju zbornice dovolj.

Tudi sicer je licenca po ZZdrS zgolj javna listina, s katero zdravnik izkazuje pravico samostojno opravljati zdravniško službo na točno določenem področju, ki je bilo obsežno s specializacijo, zaradi česar razlikovanje med zdravnikom z licenco in zdravnikom brez nje glede pravice do predpisovanja receptov za osebno rabo ni utemeljeno. Zbornica zato meni, da bi predlog, ki zahteva le opravljen strokovni izpit, to področje (znova) sistemsko uredil.

Predlog uvaja tudi nov pogoj za pridobitev pravice do receptov za osebno rabo in sicer, da mora zdravnik biti član Zdravniške zbornice Slovenije, s čimer se bo zagotovil ustrezen nadzor nad zdravniki, ki lahko predpisujejo recepte za osebno rabo.

S predlogom se tudi opušča do sedaj veljavna 3. točka, ki določa status zdravnika, ki je upravičen izdajati recepte za osebno rabo. Smisel pravice do predpisovanja receptov za osebno rabo je namreč v tem, da zavarovane osebe – zdravniki in njihovi sorodniki – pridejo prek teh receptov do zdravil, potrebnih za svoje zdravstveno stanje, ne da bi hkrati bremenili zdravstveno blagajno z naročanjem pri svojem osebnem zdravniku, izvajanjem pregledov itd. To seveda velja ne glede na »status« zdravnika, torej ne glede na to, ali je zdravnik zaposlen v javni zdravstveni mreži ali ne, zaradi česar je ureditev iz trenutno

veljavne tretje točke, ki to pravico zožuje na posebne kategorije zdravnikov, neracionalna in nezdružljiva s samim institutom predpisovanja zdravil za osebno rabo. Še več, citirana 3. točka pri podeljevanju pravice do predpisovanja zdravil za osebno rabo razlikovanje gradi na osebni okoliščini sedanje in pretekle zaposlitve v okviru javne zdravstvene službe oz. pri ZZS, Ministrstvu za zdravje in nekaterih drugih inštitucijah, kar predstavlja kršitev 14. člena Ustave RS.

ZZS citirano omejitev predpisovanja zdravil za osebno rabo utemeljuje z namenom preprečevanja zlorab pri predpisovanju receptov, vendar za potrditev tega ne ponudi nobenih konkretnih podatkov, še posebej kar zadeva vprašanje zlorab s strani zdravnikov zunaj javne zdravstvene mreže, zato je omejitev očitno nerazumna in nesorazmerna.

V zavrnitvi predloga ponovne razširitve pravice predpisovanja zdravil za osebno rabo na vse zdravnike s strokovnim izpitom (ki so člani zbornice) ZZS poudarja, da je ta institut že tako neskladen z institutom izbranega osebnega zdravnika, ki naj bo vratar v svet pravic OZZ in da slednji institut že tako ni vzpostavljen z namenom manjšanja stroškov (čemu sicer med drugim služi institut predpisovanja zdravil za osebno rabo). ZZS se ob tem sklicuje na angleški Svet za zdravstvo (General Medical Council), ki v svojih smernicah določa, da se mora zdravnik izogibati predpisovanju zdravil zase in za osebe, s katerimi je v tesnem osebnem razmerju.

ZZS zavrnitev predloga nadalje utemeljuje s tem, da imajo pravico predpisovati zdravila za osebno rabo lahko le zdravniki, ki so strokovno aktivni v svojem poklicu, zaradi česar zdravniki brez licence načeloma do tega ne morejo biti upravičeni. Po mnenju ZZS tudi zahteva po članstvu v zbornici tega ne rešuje, saj zbornica letno izvede premajhno število nadzorov.

Na očitke o tem, da je trenutna ureditev pravil predpisovanja zdravil za osebno rabo diskriminatorna, pa ZZS odgovarja, da je diskriminatoren tudi predlog zbornice, saj bi to pravico dajal le zdravnikom, ki so člani zbornice, po zdajšnji ureditvi pa samoplačniške recepte lahko predpisujejo tudi zdravniki, ki niso njeni člani.

ZZS meni tudi, da upokojeni zdravniki ne morejo biti upravičeni do predpisovanja zdravil na tak način, saj niso več aktivni v klinični praksi, zato vztraja pri zahtevi po posedovanju licence za pridobitev te pravice. Meni še, da upokojeni zdravniki ne bi smeli imeti niti pravice do predpisovanja belih receptov. Glede zasebnikov brez koncesije pa ZZS navaja, da je potrebno njihov status urediti sistemsko.

V zvezi z navedbami ZZS je najprej treba poudariti, da so povsem ne relevantna sklicevanja na neskladnost instituta predpisovanja receptov za osebno rabo in instituta izbranega osebnega zdravnika kot *gatekeeperja* pravic obveznega zdravstvenega zavarovanja, saj recepti za osebno rabo predstavljajo zgolj izjemo, ki zagotavlja racionalno porabo sredstev ZZS. Skrajno nesmiselno namreč je, da bi se moral zdravnik (ali njegovi svojci) naročiti na pregled pri osebnem zdravniku, kadar more sam natančno

diagnosticirati zdravstveno stanje sebe ali svojih bližnjih in predpisati ustrezna zdravila. Seveda je povsem nesporno, da tudi pri tem početju zdravnika zavezujejo vsi standardi in zahteve po skrbnosti, ki izhajajo iz veljavnih predpisov in kodeksa zdravniške etike in da se te pravice ne sme poslužiti, kadar njegovo zdravstveno stanje ali zdravstveno stanje njegovega bližnjega presega meje njegove strokovne usposobljenosti. Strinjati se je torej treba z ZZS v tem, da naj zdravniki uporabljajo ta institut z ustrezno mero samoomejevanja. Vendar pa to nikakor ne pomeni, da je treba ta institut iz pravil črtati (kar bi nenazadnje lahko bila posledica argumentacije o nezdržljivosti, ki jo ponuja ZZS). To bi iz vseh že pojasnenih razlogov bilo skrajno nesmotrno.

Tudi navedbe ZZS, s katerimi ta utemeljuje zahtevo po posedovanju zdravniške licence pri pravici do predpisovanja zdravil za osebno rabo so docela neutemeljene. ZZS nenazadnje celo sam priznava, da bi sekundariji in mladi zdravniki vsekakor morali biti upravičeni do predpisovanja takih receptov, kar še toliko bolj velja ob tem, da smejo skladno z 10.a členom ZZdrS opravljati vse dejavnosti, ki so navedene v programu pripravništva za poklic zdravnik, ter v obsegu teh dejavnosti predpisovati zdravila in medicinske pripomočke, ne smejo pa (zaradi take določbe v pravilih) predpisovati zdravil v tem obsegu za osebno rabo. Merilo licence, kot ga za pravico predpisovanja zdravil za osebno rabo sedaj določajo pravila, je torej neprimerno in ni v nikakršni povezavi s predmetom urejanja, zaradi česar je še toliko bolj smiselna njegova nadomestitev z zahtevo po članstvu v zbornici, ki bi tako izvajala tudi nadzor nad tem.

Smiselnosti tega predloga tudi ne zmanjšajo pavšalne navedbe ZZS, da ta pogoj ni primeren, saj naj bi zbornica letno izvedla premajhno število nadzorov. Zbornica namreč izvede letno več kot sto nadzorov, pri čemer se število izvedenih nadzorov skozi leta večja. ZZS niti na noben drug način ne utemelji, da je sistem strokovnega nadzora zdravnikov, ki ga opravlja zbornica, na kakršenkoli način neučinkovit (za kar tudi sicer ne obstaja nikakršna podlaga). K temu je potrebno še dodati, da zbornica svoje člane nadzira tudi po drugih poteh, predvsem kar zadeva spoštovanja etičnega kodeksa, pri čemer lahko svoje člane tudi sankcionira.

Prav v tem pa je mogoče najti tudi odgovor na očitke ZZS, da je diskriminatoren tudi predlog zbornice, saj bi po njem ta pravica bila podeljena le zdravnikom, ki so člani zbornice, ostalim pa ne. Ustavno sodišče v svoji ustaljeni praksi⁵ poudarja, da določba 14. člena Ustave ne more imeti takega pomena, po katerem bi predpis ne smel različno urejati položajev pravnih subjektov, pač pa tega ne sme početi samovoljno, brez razumnega in stvarnega razloga. In prav v tem je bistvena razlika med obstoječo ureditvijo in predlogom zbornice. Pri obstoječi ureditvi, po kateri zdravniki, ki niso zaposleni v javni mreži (oz. drugih določenih institucijah) in ki nimajo licence, nimajo pravice predpisovati zdravil za osebno rabo, stvaren in razumen razlog, kot ga po interpretaciji Ustavnega sodišča zahteva Ustava, ne obstaja. Pri predlogu, ki za pridobitev te pravice zahteva članstvo

⁵ Npr. odločba Ustavnega sodišča RS s št. U-I-94/96 z dne 22. 10. 1998, točka 3 obrazložitve.

zdravnika v zbornici, pa je ta razlog vsekakor podan, saj obstaja v zmožnosti zbornice, da nad takim zdravnikom izvaja strokovni in druge vrste nadzorov (kar je njena pristojnost po 71. členu ZZdrS) in s tem skrbi za pravilno izvrševanje te pravice.

Glede na pavšalne očitke o neučinkovitosti nadzora, ki ga izvaja zbornica, je potrebno šteti kot nezadostno tudi utemeljitev ZZS glede prepovedovanja izdajanja receptov za osebno rabo upokojenim zdravnikom, še bolj nesmiselno pa je sklicevanje na potrebo po sistemski ureditvi tega področja pri zasebnikih brez koncesije. ZZS ima možnost, da sprejme predlog zbornice in vsaj glede tega vprašanja sanira protiustavno diskriminacijo zasebnih zdravnikov brez koncesije, sklicevanje na potrebo po sistemski ureditvi pa gotovo ne more biti utemeljen razlog za zavrnitev predloga.

Novi 234.a člen pravil

Z novim 234.a členom pravil zbornica predlaga uveljavljanje začasne zadržanosti od dela, krajše od pet delovnih dni, brez pregleda pri zdravniku in izključno na podlagi dogovora z delodajalcem, saj zavarovana oseba pogosto ve, da je njeno zdravstveno stanje poslabšano le za krajši čas, zato je nesmiselno, da bi tudi o vsaki taki odsotnosti moral odločati osebni zdravnik. Za obravnavo takih pacientov in izdajanje teh potrdil zdravniki po nepotrebnem porabljajo časa, kar je neučinkovito.

Predlog tudi ne posega v pravice in obveznosti delodajalcev, saj se za tak krajši izostanek brez zdravniškega opravičila zahteva njihovo soglasje, tega pa ti niso dolžni dati.

ZZS v zavrnitvi predloga navaja, da bi bilo predhodno potrebno spremeniti zakon, ki ureja delovna razmerja, za to pa je potreben širši družbeni konsenz.

Po mnenju zbornice podlage za tako stališče ni mogoče najti v veljavnih predpisih. 167. člen ZDR-1, ki ureja odsotnost z dela zaradi zdravstvenih razlogov, namreč določa naslednje:

(1) Delavec je upravičen do odsotnosti z dela v primerih začasne nezmožnosti za delo zaradi bolezni ali poškodbe in v drugih primerih, v skladu s predpisi o zdravstvenem zavarovanju.

(2) Delavec ima pravico do odsotnosti z dela zaradi darovanja krvi na dan, ko prostovoljno daruje kri. V tem primeru izplača delodajalec nadomestilo plače delavcu v breme zdravstvenega zavarovanja.

Zakonska določba torej vprašanje upravičenosti odsotnosti z dela v celoti prepušča v urejanje ZZVZZ in ostalim predpisom o zdravstvenem zavarovanju. ZZVZZ v 29. členu sicer ureja nadomestilo zaradi začasne odsotnosti z dela in res za upravičenost do nadomestila zaradi odsotnosti iz zdravstvenih razlogov, ki jo krije zdravstvena blagajna, zahteva mnenje osebnega zdravnika, vendar pa to velja šele od 31. dne zadržanosti naprej (2. alineja prvega odstavka 29. člena ZZVZZ), za obdobje pred tem pa nadomestilo izplačuje delodajalec na podlagi 137. člena ZDR-1, ki prav tako kot pogoj za izplačilo nikjer ne

zahteva mnenja osebnega zdravnika, zaradi česar je predlagana sprememba v celoti skladna s predpisi, ki urejajo delovno razmerje in je torej zavrnitev predloga s strani ZZS povsem neutemeljena.

Predpisovanje medicinskih pripomočkov s strani delavcev ZZS

Zbornica predlaga, da bi medicinske pripomočke predpisovali delavci ZZS na podlagi diagnoze pooblaščenega zdravnika, vse z namenom racionalizacije postopka, saj bi zdravniki opravljali zdravstvene storitve, administrativni delavci ZZS (ki bi lahko bili locirani v zdravstvenih domovih ali splošnih bolnišnicah) pa bi bili zadolženi za administrativno-tehnične naloge. V zvezi s tem zbornica predlaga ustrezno spremembo večjega števila členov pravil.

ZZS v odgovoru zavrača tudi ta predlog, saj meni, da je v nasprotju z ZZdrS, ki v 4. členu določa, da je sestavni del zdravniške službe tudi predpisovanje zdravstvenih (medicinskih) pripomočkov. Po mnenju ZZS je za celovito obravnavo zavarovanih oseb edino ustrezno, da je predpisovanje medicinskih pripomočkov v pristojnosti pooblaščenih zdravnikov (oz. glede posameznih pripomočkov tudi v pristojnosti nekaterih drugih zdravstvenih delavcev). ZZS izpostavlja tudi nekatere druge ukrepe, ki bi zmanjšali administrativno breme zdravnikov v zvezi z medicinskimi pripomočki, recimo pogostejše naročilnice za obnovo teh, obnovljive naročilnice ipd.

ZZdrS v 6. točki drugega odstavka 4. člena res določa, da zdravniška služba obsega tudi predpisovanje zdravil in zdravstvenih pripomočkov, vendar predlagana sprememba na noben način ne posega v to prerogativo zdravnikov, saj bi se skladno z njo na delavce ZZS preneslo izključno administrativne aspekte predpisovanja medicinskih pripomočkov in aspekte, povezane z vprašanji zagotavljanja teh pripomočkov v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja. Kot je pojasnjeno tudi v predlogu sprememb, bi zdravnik še vedno ocenil, ali je zdravstveno stanje zavarovane osebe tako, da potrebuje pripomoček, kar pomeni, da bi vse strokovne odločitve v zvezi s tem (ali je pripomoček potreben, kakšen mora biti ipd.) sprejel sam.

Izključitev fiksne protetike kot pravice iz pravil

Zbornica ponovno predlaga, da bi se storitve fiksne protetike izključilo iz financiranja v okviru OZZ, v zameno pa bi se dvignil odstotek financiranja zobnoprotetičnega zdravljenja odraslih z 10% na 50%, kot to še dopušča ZZVZZ v 6. točki prvega odstavka 23. člena. Namesto storitev fiksne protetike bi ZZS kril le snemno protetične rešitve in rešitve snemne protetike z dolgotrajnim provizorijem, s prihranjenim denarjem pa bi zagotovil zobno-protetično zdravljenje odraslih v višjem odstotku, kot je pojasnjeno zgoraj.

Glede zvišanja odstotka vrednosti, ki se iz OZZ krije za snemno protetiko, ZZS navaja, da to vprašanje ni predmet pravil, pač pa Sklepa o določitvi odstotkov vrednosti zdravstvenih

storitev, ki se zagotavljajo v obveznem zdravstvenem zavarovanju (v nadaljevanju sklep).⁶ Navedeno materijo res ureja omenjeni sklep v svoji 7. točki, vendar to predlogu nikakor ne jemlje teže (nenazadnje je predlog tudi zato bil uvrščen med »druge predloge«, torej z namenom opozoriti na problematiko in omogočiti njeno obravnavo v prihodnje). Posledično ZZZS predlagamo, da ga obravnava in ravna skladno z njim, ko bo spreminjal ali dopolnjeval navedeni sklep, ki ni bil spremenjen že vse od leta 2013, predmetni predlog pa dokazuje, da je vsaj na nekaterih mestih potreben sprememb.

Določitev večjega obsega pravic na področju zobozdravstva, ki bodo pripadale ranljivim skupinam

Zbornica ZZZS predlaga, da ta kot javnopravni subjekt zagotovi varstvo ranljivih skupin prebivalstva, med katere štejejo zlasti otroci, mlajši od 18 let, osebe, starejše od 65 let in drugi. ZZZS v zvezi s tem pojasnjuje, da predlog ni strokovno obrazložen, zato ga ni bilo mogoče upoštevati.

S tem predlogom je zbornica želela predvsem poskrbeti za sistemske spremembe pri določanju obsega pravic na področju zobozdravstva za ranljive skupine (kamor sodijo predvsem mlajši od 18 let in starejši od 65 let ter druge ogrožene družbene skupine). To je mogoče doseči z ukrepi, ki so že bili predlagani zgoraj – npr. zvišanje deleža financiranja zobnoprostetičnega zdravljenja za odrasle (ki je sedaj na 10%), in ki bi v veliki večini primerov koristili predvsem starejšim demografijam, npr. upokojujencem, saj bodo ti po naravi stvari najpogosteje potrebovali tovrstne storitve. ZZZS predlagamo, da razišče še druge tovrstne možnosti za določitev večjega obsega pravic na področju zobozdravstva, ki bodo pripadale takim skupinam.

Sprememba ZZVZZ

Na koncu je Zdravniška zbornica Slovenije predlagala še, da naj si ZZZS prizadeva za tako spremembo ZZVZZ, ki bi aktivnosti izbranega osebnega zdravnika v zvezi z začasno zadržanostjo od dela zaradi bolezni ali poškodbe, ki traja več kot 30 dni, prenesla na zdravnike medicine dela, športa in prometa delodajalca zavarovane osebe.

Razlogi za navedeni predlog so očitni – cilj je razbremenitev preobremenjene mreže osebnih zdravnikov na način, da se določene aktivnosti prenese na zdravnike medicine dela, športa in prometa. Gre za aktivnosti v zvezi z odsotnostmi od dela zaradi bolezni ali poškodbe, daljšimi od 30 dni, pri katerih bi upravičenost odsotnosti od dela torej presojali zdravniki medicine dela, športa in prometa delodajalca zavarovane osebe.

Iz teh razlogov predlagamo, da ZZZS še enkrat razmisli tudi o tem predlogu in si skladno z njim prizadeva za spremembo ZZVZZ.

⁶ Sklep o določitvi odstotkov vrednosti zdravstvenih storitev, ki se zagotavljajo v obveznem zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 1/13).

Sklepno

Problematika pomanjkanja družinskih zdravnikov v javnem zdravstvu in njihove preobremenjenosti je nekaj, kar bi morali vzeti zelo resno vsi deležniki na tem področju. Zbornica je v okviru svojih pristojnosti konstruktivno predlagala številne (zgoraj opisane) spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki bi bistveno pripomogle k administrativni razbremenitvi zdravnikov in jim omogočile, da bi se posvetili temu, za kar so najboljše usposobljeni – strokovni obravnavi pacientov. Zbornica je ZZZS posredovala tudi številne druge predloge, katerih namen je bodisi kvalitetnejša ali dostopnejša izvedba storitev za zavarovane osebe, bodisi boljše delovanje sistema zdravstvenega varstva kot celote.

ZZZS pa je vse navedene predloge bolj ali manj neutemeljeno zavrnil, zaradi česar se stanje na področju zdravstva ne bo moglo bistveno popraviti, zdravniki pa bodo še naprej prisiljeni izvajati vrsto opravil, ki niso neposredno povezana z njihovim delom ali njihovo usposobljenostjo.

Spričo evidentne potrebe po izboljšanju situacije na tem področju, kar bi vsekakor bilo mogoče doseči tudi s sprejemom predlogov zbornice, ki so predstavljeni zgoraj, predlagamo ZZZS, da o vseh navedenih predlogih razmisli še enkrat in po potrebi spremeni svoje naziranje, od Ministrstva za zdravje pa pričakujemo, kot navedeno v uvodu dopisa, da poda jasno stališče, ali bo podalo soglasje k spremembam pravil, če te ne bodo zagotovile ustrezne razbremenitve dela zdravnikov.

Prosimo, da se pri odgovoru na naš dopis sklicujete na številko tega dopisa.

S spoštovanjem,



dr. Zdenka Čebašek-Travnik, dr. med.
Predsednica

Vročiti (elektronsko):

Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, gp.mz@gov.si

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, di@zzzs.si