

ZAKON O INTERVENTNIH UKREPIH ZA STABILIZACIJO DELOVANJA JAVNEGA ZDRAVSTVENEGA SISTEMA

(ZIUSDJZS)

I. UVOD

Slovenski javni zdravstveni sistem je že dlje časa obremenjen z dolgimi čakalnimi dobami, ki jih Ministrstvo za zdravje in Vlada RS s svojimi ukrepi zdravstvene politike nista uspela sanirati. V obdobju od septembra 2018 do septembra 2019 se je število nedopustno čakajočih kljub njihovem že tako visokemu številu še dodatno povišalo za 17 odstotkov. Na dan 1. september 2019 je tako presegalo dopustno mejo čakanja na prve preglede ter na posamične storitve že 77.582 pacientov. V prvi polovici leta 2019 so se pokazale tudi resne težave zaradi pomanjkanja zdravnikov v osnovnem zdravstvu, zaradi česar so zdravniki družinske medicine v nekaterih zdravstvenih domovih zaradi preobremenjenosti podali oz. napovedali odpovedi pogodb o zaposlitvi. S tem se je pokazala velika nevarnost trenutnega načina delovanja sistema za dostop pacientov do osnovnega zdravstvenega varstva. Zdravniki družinske medicine so odpovedi nato sicer večinsko umaknili ali odložili, vendar sistemske rešitve zdravstvene politike na tem področju še niso bile predstavljene.

Predlagani Zakon o interventnih ukrepih za stabilizacijo delovanja javnega zdravstvenega sistema (v nadaljevanju: Interventni zakon) bi začel s sanacijo akutnega stanja slovenskega javnega zdravstvenega sistema tako na področju nedopustno dolgih čakalnih dob ter na področju ponudbe dela zdravnikov.

Predvideni interventni ukrepi za stabilizacijo delovanja javnega zdravstvenega sistema iz tega zakona iz naslova skrajšanja čakalnih dob so usmerjeni k zagotovitvi izvedbe dodatnih zdravstvenih storitev, ki so z vidika dolžine čakalnih dob najbolj problematične, z začasno vključitvijo vseh razpoložljivih kapacitet izvajalcev zdravstvene dejavnosti. Z interventnim zakonom zasledujemo takšno izvedbo storitev, ki bo temeljila na učinkovitosti ureditve in zagotovitvi primerne motivacije za hitro opravo storitev ter posledičnim čim hitrejšem zmanjšanju števila čakajočih pacientov.

Interventni zakon za nadomestitev pomanjkanja zdravnikov z interventnimi ukrepi vzpostavlja nov pravni okvir dela zdravnikov. S preprosto in z ne zbirokratizirano ureditvijo bodo lahko ti

enostavno pridobili status neodvisnega ponudnika zdravniške službe (svobodnega zdravnika), ki bo obstoječim zdravnikom z licenco omogočil opravljanje dodatnega dela, o čemer se bodo z izvajalci zdravstvene dejavnosti prosto dogovarjali. Tako bo zdravnikom omogočeno bolj fleksibilno delo v javnem in zasebnem sektorju, posledično pa se bo povečala skupna ponudba dela na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti, s čimer se bo znatno izboljšala tudi dostopnost zdravstvenih storitev.

1. OCENA STANJA IN RAZLOGI ZA SPREJEM PREDLOGA ZAKONA

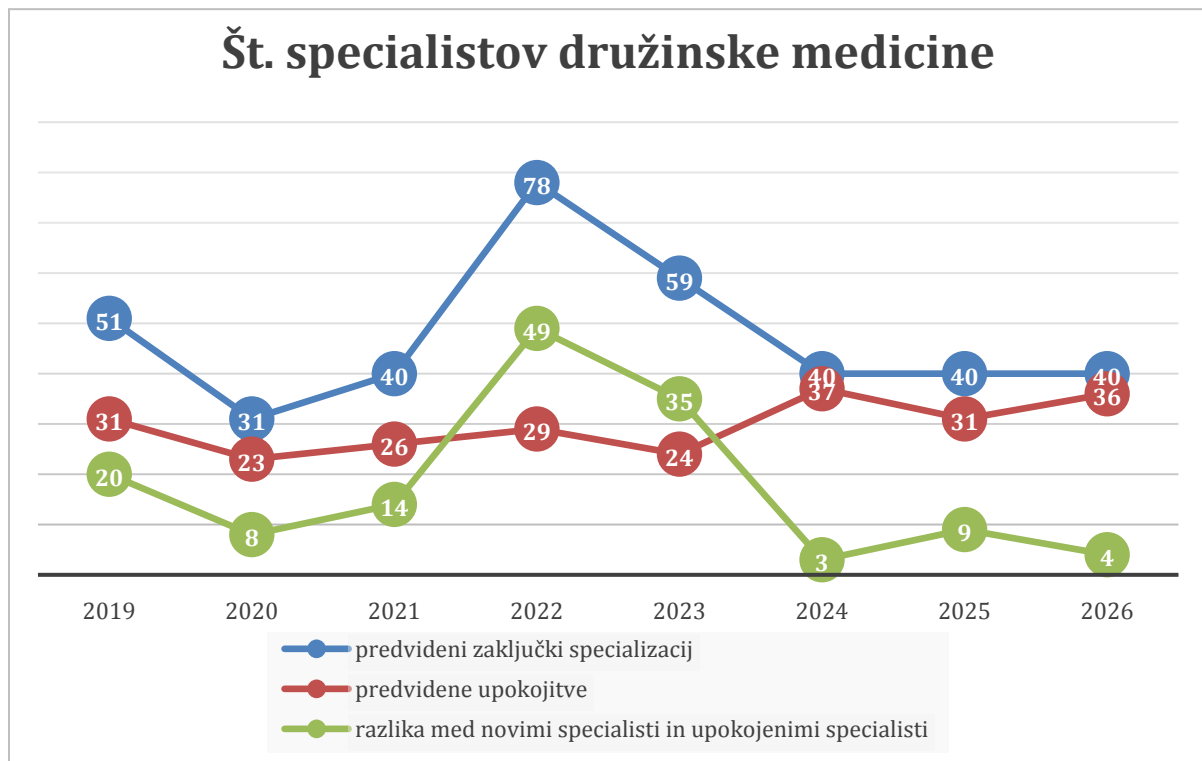
Stanje ponudbe dela zdravnikov na področju družinske medicine in ostalih specialnosti

V začetku leta 2019 je več zdravnikov družinske medicine podalo odpovedi ali jih napovedalo. Zdravniki so s tem zahtevali zmanjšanje njihove preobremenjenosti, ki vpliva na varnost in kvaliteto njihovega dela. S Splošnim dogovorom za pogodbeno leto 2019 je bilo namreč število opredeljenih pacientov vsakega tima vezano na regijsko povprečje, kar je povzročilo dodatno preobremenjenost zdravnikov določenih regij, v katerih je primanjkovalo družinskih zdravnikov. Najbolj skrajna situacija je bila v Zdravstvenem domu Kranj, kjer je zaradi odpovedi pogodb o zaposlitvi, ki jih je podalo 23 od 34 zaposlenih zdravnikov družinske medicine, nastalo tveganje glede dostopnosti zdravstvenega varstva za paciente na tem območju. Z Aneksom št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2019 je aktualna Vlada RS znižala omejitve za prenehanje opredeljevanja novih pacientov na 1.895 količnika glavarine, na podlagi česar so bile podane odpovedi družinskih zdravnikov začasno umaknjene oziroma odložene. V nadaljevanju je bil sprejet še en aneks k splošnemu dogovoru, ki je za leto 2019 omogočil dodatno nagrajevanje zaposlenih v timih, ki presegajo prej navedeno višino količnikov iz glavarine. Navedeni ukrepi ne predstavljajo ustreznih sistemskih rešitev niti niso dolgoročno vzdržni, saj financiranje storitev dejansko ni sledilo znižanemu normativu. Ti ukrepi niti ne uresničujejo 10.a člena Kolektivne pogodbe za zdravnike in zobozdravnike,¹ ki s sklicevanjem na Modro knjigo standardov in normativov za delo zdravnikov in zobozdravnikov določa obveznost delodajalca, da omeji opredeljevanje pacientov pri zdravnikih na primarni ravni pri 1.500 količnika glavarine. Vlada je glede na ukrepe, ki jih je sprejela do sedaj, še daleč

¹ Kolektivna pogodba za zdravnike in zobozdravnike v Republiki Sloveniji (Uradni list RS, št. 14/94, 15/94, 18/94 – ZRPJZ, 22/96, 23/96 – popr., 39/98, 46/98 – popr., 39/99 – ZMPUPR, 97/00, 43/06 – ZKoliP, 60/08, 5/12, 40/12, 46/13, 16/17 in 80/18).

od spoštovanja kolektivne pogodbe ter zavez, ki jih je sprejela s Sporazumom o začasni prekinitvi stavkovnih aktivnosti.

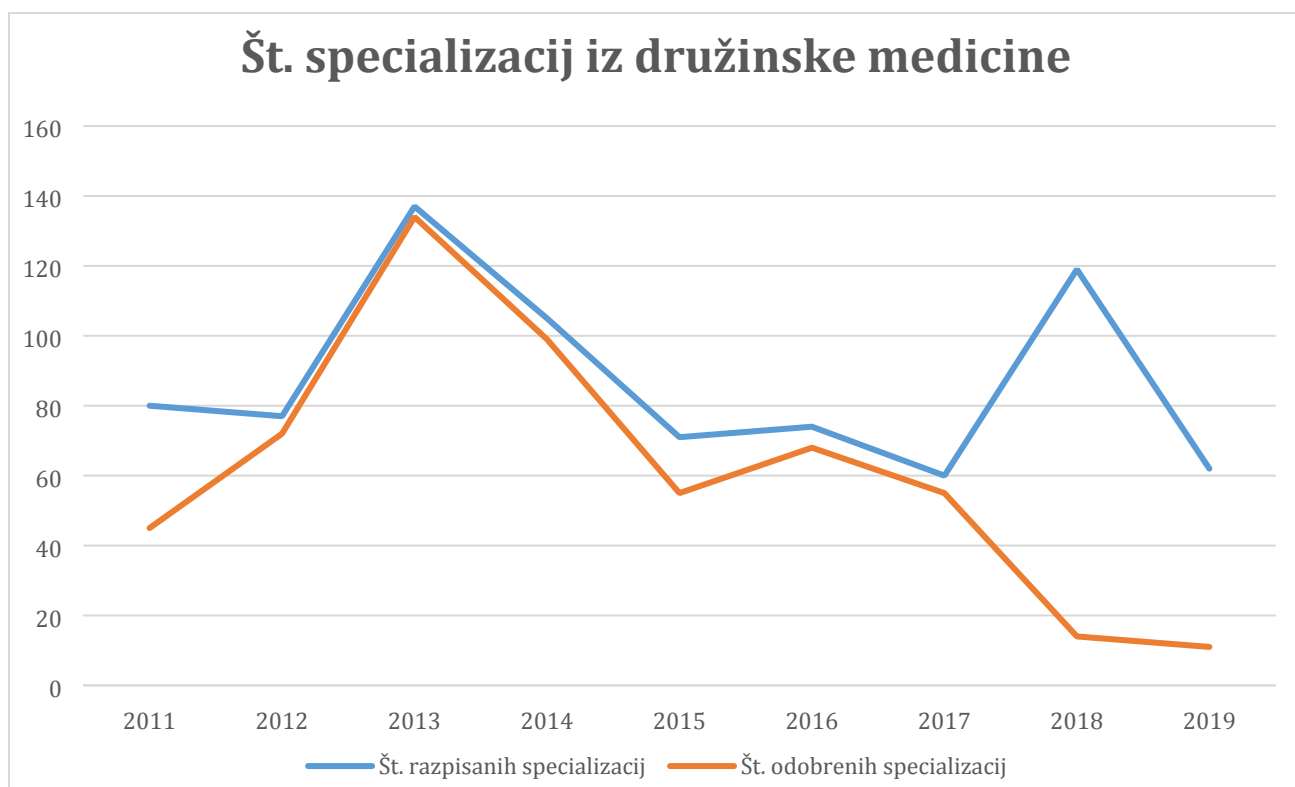
Iz podatkov Zdravniške zbornice Slovenije izhajajo naslednje projekcije spremembe števila specialistov družinske medicine do leta 2026:



Vir: Zdravniška zbornica Slovenije.

Graf prikazuje število specializantov, ki bodo v posamičnem letu zaključili s specializacijo iz družinske medicine, število specialistov družinske medicine, ki se bodo v posamičnem letu predvidoma upokojili ter razliko med njima. Iz grafa izhaja, da bo v naslednjih nekaj letih število specialistov družinske medicine sicer naraščalo, kar pa, upoštevaje v nadaljevanju predstavljena dejstva, nikakor ne bo zadoščalo za pokritje potreb javnega zdravstvenega sistema na primarni ravni.

Izračun, ki izhaja iz zgornjega grafa, ne upošteva vseh dejavnikov, ki negativno vplivajo na ponudbo zdravstvenih storitev na področju družinske medicine. Upošteva namreč zgolj upokojevanje zdravnikov, zanemarija pa (v zadnjem času slabo) splošno zanimanje za specializacijo iz družinske medicine ter možnost odhoda v Sloveniji izšolanih zdravnikov v tujino. Trend zanimanja za specializacijo iz družinske medicine je razviden iz naslednjega grafa:

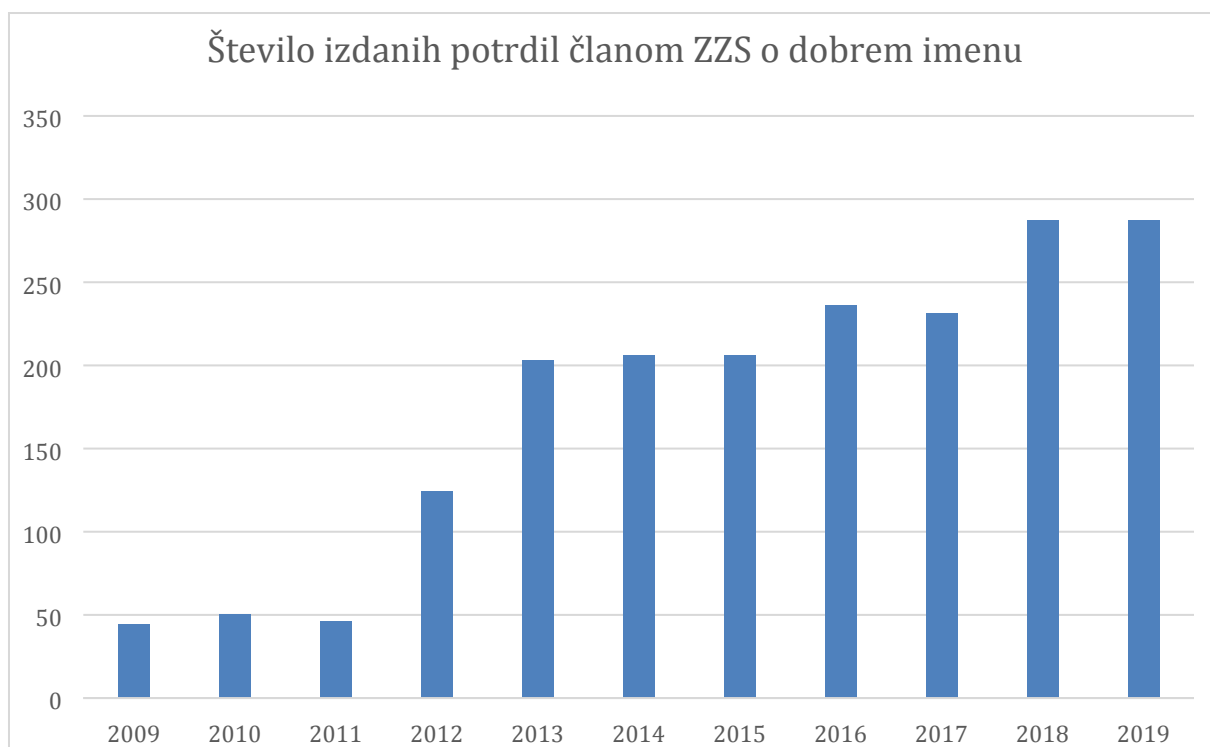


Vir: Zdravniška zbornica Slovenije.

Podatki iz grafa kažejo, da je od leta 2013, z izjemo leta 2016, zanimanje za to specializacijo padalo. V letu 2018 se je kljub razpisu 119 prostih mest za specializacijo na razpis prijavilo zgolj 14 kandidatov. Nadalje je bilo s prvim razpisom v letu 2019 odprtih 62 prostih mest za specializacijo s tega področja, vendar pa je prispelo zgolj 11 prijav.²

Poleg tega zgornji graf ni upošteval odhodov v Sloveniji izšolanih zdravnikov v tujino. Trend na tem področju je mogoče razbrati iz naslednjega grafa o izdanih potrdilih o dobrem imenu, evidenco katerih vodi Zdravniška zbornica Slovenije:

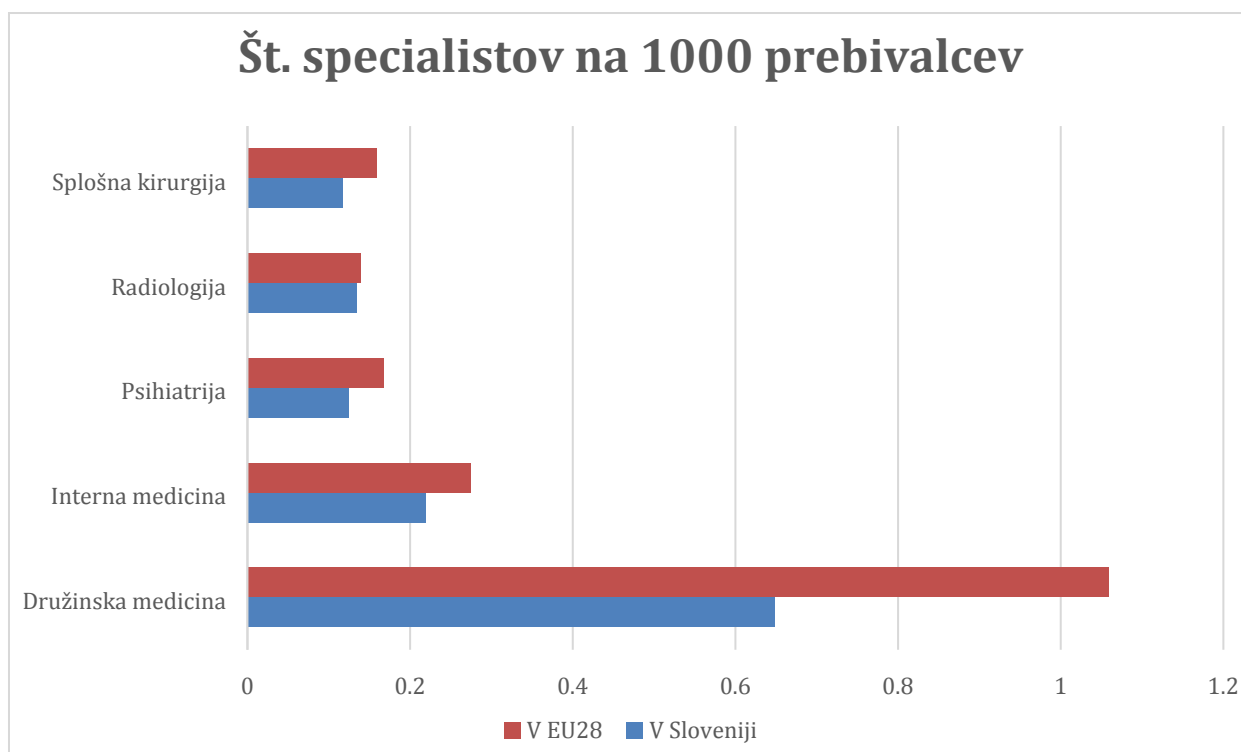
² Zdravniška zbornica Slovenije, Stanje prijav na Drugi javni razpis specializacij zdravnikov 2019 za posamezne izvajalce in za območje celotne države na dan 7. 5. 2019, URL: https://www.zdravniskazbornica.si/docs/default-source/speciالية/aktualni-razpisi/stagnje-razpisov-na-dolocen-dan/stanje-prijav-razpis-2019-1-na-dan-7-5-2019.pdf?sfvrsn=ae33236_22.



Vir: Zdravniška zbornica Slovenije.

Iz grafa o številu potrdil o dobrem imenu, ki so bila izdana članom Zdravniške zbornice Slovenije je mogoče razbrati, da njihovo število narašča. To pomeni, da se zanimanje zdravnikov za odhod v tujino vsako leto povečuje, kar dodatno negativno vpliva na ponudbo zdravnikov v Sloveniji. Iz zgoraj opisanih razlogov zato brez dodatnih ukrepov zdravstvene politike ni mogoče pričakovati izboljšanja stanja ponudbe na področju zdravniških storitev.

Podpovprečnost ponudbe zdravniških storitev v Sloveniji v primerjavi s povprečjem iz Evropske unije ni prisotna zgolj na področju družinske medicine, ampak tudi na drugih specialističnih področjih, kot to izhaja iz naslednjih dveh grafov:



Vir: Zdravniška zbornica Slovenije.



Vir: Zdravniška zbornica Slovenije.

Iz zgornjih grafov je razvidno, da je stanje večine specialističnih strok v Sloveniji v primerjavi z Evropsko unijo relativno slabo. Poleg stanja na področju družinske medicine, kjer Slovenija dosega 61,27 odstotkov evropskega povprečja,³ so večje razlike tudi na področju urologije (61,59 odstotkov evropskega povprečja),⁴ torakalne kirurgije (49,68 odstotkov evropskega povprečja),⁵ patologije (52,31 odstotkov evropskega povprečja),⁶ kardiologije in vaskularne medicine (56,8 odstotkov evropskega povprečja),⁷ hematologije (57,25 odstotkov evropskega povprečja)⁸ ter dermatovenerologije (71,67 odstotkov evropskega povprečja).⁹

Težava presežnega povpraševanja se tako ne nanaša zgolj na področje družinske medicine, ampak gre za sistemski problem, ki zadeva večje število zdravniških specialnosti.

Razmere na področju čakalnih dob

Normativna ureditev spremljanja čakalnih dob

Od 4. 9. 2010 do 21. 1. 2018 je bil v uporabi Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov,¹⁰ ki je izvajalcem zdravstvenih storitev nalagal, da na svojih spletnih straneh objavijo čakalne dobe, odgovorno osebo za vodenje čakalnih seznamov, podatke o čakalnih dobah pa so morali v skladu s 15. členom pravilnika na Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije (v nadaljevanju: IVZ) sporočiti do 1. 1. 2011. Pravilnik je tudi določal najdaljše čakalne dobe za posamezne zdravstvene storitve, čakalni seznam, postopek vpisa in prednostne kriterije za uvrščanje pacientov. Od 21. 1. 2018 se je začel uporabljati Pravilnik o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah,¹¹ ki ureja:

- zahteve glede določitve organizacije ordinacijskega časa izvajalca zdravstvene dejavnosti,
- dostop do informacij o zdravstvenih delavcih in zdravstvenih sodelavcih,

³ 64,88 zdravnikov na sto tisoč prebivalcev v Sloveniji proti 105,9 zdravnikov na sto tisoč prebivalcev EU.

⁴ 4,25 zdravnikov na sto tisoč prebivalcev v Sloveniji proti 6,9 zdravnikov na sto tisoč prebivalcev EU.

⁵ 0,77 zdravnikov na sto tisoč prebivalcev v Sloveniji proti 1,55 zdravnikov na sto tisoč prebivalcev EU.

⁶ 3,28 zdravnikov na sto tisoč prebivalcev v Sloveniji proti 6,27 zdravnikov na sto tisoč prebivalcev EU.

⁷ 6,77 zdravnikov na sto tisoč prebivalcev v Sloveniji proti 11,92 zdravnikov na sto tisoč prebivalcev EU.

⁸ 1,5 zdravnikov na sto tisoč prebivalcev v Sloveniji proti 2,62 zdravnikov na sto tisoč prebivalcev EU.

⁹ 4,3 zdravnikov na sto tisoč prebivalcev v Sloveniji proti 6 zdravnikov na sto tisoč prebivalcev EU.

¹⁰ Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov, Uradni list RS, št. 63/10, 55/17 – ZPacP-A in 3/18.

¹¹ Pravilnik o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah (Pravilnik), Uradni list RS, št. 3/18.

- oblike naročanja na zdravstvene storitve,
- pacientove objektivne razloge, iz katerih je dopustna odpoved termina,
- postopek prenaročanja v primeru odpovedi termina iz razloga na strani izvajalca,
- postopek uvrščanja na čakalni seznam in način njegovega upravljanja,
- najdaljše dopustne čakalne dobe za posamezno vrsto zdravstvene storitve glede na stopnjo nujnosti zdravstvene storitve in
- vsebino in način poročanja izvajalcev.

Pravilnik velja za izvajalce na primarni, sekundarni in terciarni ravni v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe. Pravilnik je bil sprejet na podlagi Zakona o pacientovih pravicah.¹² Pravilnik določa, da so učinkovito naročanje na zdravstvene storitve odgovorni izvajalci (zlasti preko odgovorne osebe za vodenje čakalnega seznama), zdravstveni delavci oziroma zdravstveni sodelavci in pacienti. Pravilnik uvaja nov sistem elektronskega naročanja preko portala eNaročanje. Odgovorna oseba za vodenje čakalnega seznama skrbi za:

- enakopravno obravnavo vseh pacientov,
- varstvo osebnih podatkov pacientov,
- ažurno upravljanje čakalnega seznama (uvrščanje na čakalni seznam, črtanje s čakalnega seznama, obveščanje pacientov, zagotavljanje stika s pacienti, spremljanje okvirnih terminov oziroma terminov itd.),
- označevanje dokumentov z zaporedno številko, datumom in časom prejema (kadar gre za naročanje po pošti oziroma osebno naročanje),
- spoštovanje vrstnega reda pacientov, ki so vpisani na čakalni seznam in
- seznanitev pacientov s čakalnim seznamom in čakalnimi dobami.

Izvajalec pacienta uvrsti na prvi prosti termin na čakalnem seznamu, pri čemer upošteva stopnjo nujnosti ter datum in čas prejema napotne listine.

Najdaljše dopustne čakalne dobe za posamezno vrsto zdravstvene storitve glede na stopnjo nujnosti so:

- za stopnjo nujnosti nujno, ki se določi, kadar gre za nujno medicinsko pomoč, nujno zobozdravstveno pomoč ali nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene ali

¹² Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP), Uradni list RS, št. 15/08 in 55/17.

zobozdravstvene storitve, ki jih je treba izvesti takoj: 24 ur od predložitve napotne listine,

- za stopnjo nujnosti zelo hitro, ki se določi, kadar je zdravstveno stanje pacienta tako resno, da zahteva obravnavo prej kot v 14 dneh: 14 dni od predložitve napotne listine,
- za stopnjo nujnosti hitro, ki se določi, kadar je zdravstveno stanje pacienta tako resno, da zahteva obravnavo prej kot v treh mesecih: tri meseci od predložitve napotne listine in
- za stopnjo nujnosti redno, ki se določi, kadar je zdravstveno stanje pacienta tako resno, da zahteva obravnavo prej kot v šestih mesecih: šest mesecev od predložitve napotne listine.

Če pooblaščen oseba za čakalni seznam ob uvrščanju pacienta na čakalni seznam ugotovi, da čakalna doba za določeno zdravstveno storitev pri tem izvajalcu presega najdaljšo dopustno čakalno dobo, pacientu predlaga izvedbo zdravstvene storitve pri drugem izvajalcu z dopustno čakalno dobo, pri čemer pacienta seznani z možnostmi in načini pridobivanja informacij o terminih pri drugem izvajalcu. Kadar drugega izvajalca z dopustno čakalno dobo v Republiki Sloveniji ni, izvajalec pacientu posreduje informacijo o nacionalni kontaktni točki za čezmejno zdravstveno varstvo pri Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZS). Izvajalec mora NIJZ pripravljati in pošiljati o stanju glede čakalnih dob po posameznih stopnjah nujnosti, ki vsebujejo:

- podatke o najkrajši in najdaljši čakalni dobi za skupine zdravstvenih storitev v posamezni enoti oziroma za posamezno zdravstveno storitev,
- podatke o številu pacientov, ki so uvrščeni na čakalni seznam, na zadnji dan v mesecu,
- analizo utemeljenosti napotitev in pravilnosti določitve stopenj nujnosti,
- analizo vzrokov za čakalne dobe, zlasti tistih, ki so na strani izvajalca,
- ukrepe za skrajševanje oziroma odpravo čakalnih dob na strani izvajalca in
- usmeritve glede načrtovanja terminov oziroma okvirnih terminov, vključno glede deleža prvih in kontrolnih pregledov.

NIJZ na svojih spletnih straneh vsaj enkrat mesečno za pretekli mesec javno objavi statistične podatke o:

- številu čakajočih pacientov po posameznih stopnjah nujnosti,

- številu čakajočih pacientov nad najdaljšo dopustno čakalno dobo po posameznih stopnjah nujnosti,
- prvih prostih terminih po posameznih stopnjah nujnosti in
- realiziranih čakalnih dobah za posamezno stopnjo nujnosti.¹³

Namen Pravilnika je torej skrajševanje čakalnih dob ter vodenje ažurnega, preglednega in javno dostopnega seznama čakalnih dob, vendar pa praksa izvajanja pravilnika kaže, da se čakalne dobe ne skrajšujejo.

Dosedanji ukrepi Vlade RS

Vlada RS je 6. 4. 2017 začela Poseben vladni projekt za skrajšanje čakalnih dob v zdravstvu ter povečanje kakovosti zdravstvene obravnave, št. 17000-3/2017/5 (v nadaljevanju: PVP). Namen projekta sta bila zagotovitev skrajšanja čakalnih dob v zdravstvu in povečanje kakovosti zdravstvene obravnave, ki temelji na dodatnem delu zdravstvenih delavcev ter opravljanju zdravstvenih storitev na način, da bo manj napotovanja med različnimi ravnmi zdravstvenega sistema. Ukrepi za doseganje cilja so bili:

- opravljanje dela prek normativov dela zdravnikov,
- dodatne ure dela s pacienti,
- povečanje obsega opravljanja zdravstvenih storitev na način, ki za paciente pomeni bolj kakovostno zdravstveno obravnavo,
- manj napotovanj pacientov med različnimi ravnmi zdravstvene dejavnosti,
- stimuliranje doseganja skrajševanja čakalnih dob in opravljanja zdravstvenih storitev na način, da se zmanjšuje nastajanje novih čakalnih dob,
- stimulatивно nagrajevanje javnih uslužbencev v zdravstvu, ki bodo vključeni v aktivnosti za skrajševanje čakalnih dob v zdravstvu ter
- povečanje kakovosti zdravstvene obravnave.

Osnovni cilji PVP – skrajšanje čakalnih dob, večja kakovost zdravstvene obravnave, bolj učinkovita povezanost zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev, večja dostopnost in kakovost zdravstvenih storitev – so bili delno realizirani, saj so se čakalne dobe skrajšale le pri določenih zdravstvenih storitvah v nekaterih mesecih trajanja projekta, na splošno pa se je celotno število čakajočih povečalo. Učinek skrajševanja čakalnih dob zaradi izvajanja projekta

¹³ Povzeto po 1-15. členu Pravilnika.

je bil kratkotrajen ter imel omejen obseg vpliva (le na nekatere zdravstvene storitve). Projekt na nekaterih delih ni ponujal dovolj natančnih usmeritev, izvajalci na sekundarni in terciarni ravni so izpostavili na ne seznanitev s pogoji ter obveznostmi za pridobitev nagrade PVP pred začetkom izvajanja projekta. Ocene izboljšanja kakovosti oskrbe pa ni bi bilo mogoče izvesti, saj je bilo trajanje projekta prekratko.¹⁴

Februarja 2019 je vlada s potrditvijo splošnega dogovora 104 milijone evrov namenila zvišanju cen zdravstvenih storitev, 11,8 milijona evrov pa je bilo usmerjenih pretežno v skrajšanje čakalnih dob.

Poročila Nacionalnega inštituta za javno zdravje

Iz mesečnih poročil Nacionalnega inštituta za javno zdravje (v nadaljevanju: NIJZ) o stanju čakalnih dob izhaja, da je v septembru 2019 število nedopustno čakajočih pacientov znašalo že 77.582.¹⁵ Povprečne čakalne dobe za določene zdravstvene storitve so dosegle preko 1000 dni (npr. 2046,1 dni za druge žilne operacije, razen arterij, 1170,4 dni za operacijo nožnega palca (hallux), 1075,5 dni za funkcionalne estetske operacije nosu v splošni anesteziji).¹⁶ Tako pri prvih pregledih, kot pri terapevtsko-diagnostičnih storitvah, se je v primerjavi z enakim dnem preteklega leta (1. 9. 2018), skupno število čakajočih povečalo. Pri pregledih za 8,2%, pri ostalih terapevtsko-diagnostičnih storitvah pa za 15,7%.¹⁷ Iz poročil NIJZ nadalje izhaja, da je bilo že z začetkom leta 2019 stanje čakalnih dob zaskrbljujoče, saj so podatki pokazali na porast čakalnih dob pri 79% vseh storitev. V povprečju so se čakalne dobe podaljšale za 12 dni v primerjavi z decembrom 2018. Nadalje NIJZ v mesečnem poročilu za stanje na dan 1. 1. 2019 navaja: »Največ storitev, kjer povprečna dolžina čakanja na prvi termin presega dopustno mejo, najdemo pri stopnji nujnosti »Zelo hitro«. Pri prvih pregledih, ki jih spremljamo na mesečni ravni, je 48 % storitev, kjer je povprečna dolžina čakanja na termin daljša od dopustne meje, pri ostalih zdravstvenih storitvah pa ta delež znaša 2%. [...] Največ čakajočih nad dopustno čakalno dobo najdemo pri stopnji nujnosti »Zelo hitro«, kjer na prvi pregled nad

¹⁴ Vlada RS, Poročilo o izvajanju Posebnega vladnega projekta za skrajševanje čakalnih dob in povečanje kakovosti zdravstvene obravnave – predlog za obravnavo, URL: http://www.ds-rs.si/sites/default/files/dokumenti/a1_predlog_por_o_izvaj_projekta_skrajsev_cak_dob.pdf, str. 7-15.

¹⁵ NIJZ, Nacionalno spremljanje čakalnih dob - mesečno poročilo za stanje na dan 1. 9. 2019, URL: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/porocilo_enarocanje_1_9_2019.pdf, str. 4.

¹⁶ Ibid. str. 48, 49 in 61.

¹⁷ Ibid. str. 4.

dopustno mejo čaka 77% vseh čakajočih, pri ostalih zdravstvenih storitvah pa je delež takšnih 76%.«¹⁸

Primerjava stanja čakalnih dob¹⁹

Primerjava stanja čakalnih dob z drugimi državami EU

Eurostat v raziskavi ugotavlja delež pacientov, katerih potrebe po zdravstveni oskrbi niso bile zadovoljene iz razlogov (i) finančne nedostopnosti, (ii) čakalne dobe ali (iii) razdalje do izvajalca zdravstvene dejavnosti (tj. krajevne nedostopnosti). Pri tem Eurostat razume potrebo po zdravstveni oskrbi kot individualno potrebo po zdravstvenih storitvah (i) zdravljenja, (ii) diagnosticiranja, ki jih opravljajo zdravniki ali zdravstveno osebje pod nadzorom zdravnika. Podatki se nanašajo na osebe, ki so starejše od 16 let in so izraženi v odstotkih.²⁰

¹⁸ NIJZ, Nacionalno spremljanje čakalnih dob - mesečno poročilo za stanje na dan 1. 1. 2019, URL: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/porocilo_enarocanje_1.1.2019.pdf, str. 4.

¹⁹ Stanje čakalnih dob v drugih državah članicah EU je povzeto v prikazu ureditve v drugih državah članicah EU. V tem podpoglavju pa je podana primerjava Slovenije z drugimi državami članicami EU in OECD.

²⁰ Eurostat, Self-reported unmet need for medical care by sex - %, URL: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/tespm110>

Prva tabela prikazuje odstotek prijav pacientov (*self-reports*) v zvezi z nezadovoljenimi potrebami po zdravstvenih oskrbi zaradi finančne nedostopnosti (tj. prevelike cene storitev).

GEO/TIME	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
European U	1.9	1.9	2.3	2.3	2.4	2.4	2.0	1.7	1.0
European U :		1.9	2.3	2.3	2.4	2.4	2.0	1.7	1.0
European U	1.9	1.9	2.3	2.3	2.5	2.4	2.0	1.7	1.0
Euro area (E	1.7	1.6	1.9	2.0	2.3	2.4	2.0	1.8	0.9
Euro area (f	1.7	1.7	2.0	2.1	2.3	2.4	2.0	1.8	0.9
Euro area (f	1.7	1.7	2.0	2.1	2.3	2.4	2.0	1.8	0.9
Belgium	0.6	0.4	1.4	1.7	1.8	2.2	2.2	2.2	2.0
Bulgaria	7.5	7.1	7.1	5.9	6.8	4.4	3.7	2.2	1.6
Czechia	0.3	0.3	0.5	0.4	0.4	0.5	0.1	0.2	0.1
Denmark	0.1	0.3	0.1	0.3	0.3	0.4	0.3	0.2	0.3
Germany (u	1.3	1.1	0.9	0.8	0.6	0.6	0.2	0.2	0.1
Estonia	0.8	0.7	1.0	0.9	0.8	0.5	0.7	1.1	0.7
Ireland	1.1	1.6	1.5	2.6	2.3	2.6	2.0	1.5	1.3
Greece	4.0	4.2	6.2	6.5	7.8	9.7	10.9	12.0	8.2
Spain	0.2	0.2	0.4	0.4	0.6	0.5	0.1	0.2	0.0
France	1.6	1.7	1.9	1.9	2.1	2.3	0.8	1.0	0.8
Croatia :		2.8	2.2	1.3	1.6	1.4	0.8	0.7	0.6
Italy	4.0	3.7	5.1	4.9	5.9	6.2	6.5	4.9	1.5
Cyprus	3.3	3.9	4.2	3.4	4.3	4.6	1.5	0.6	1.4
Latvia	8.0	13.4	14.5	10.5	12.0	10.5	6.8	5.3	4.5
Lithuania	0.7	0.8	0.9	0.5	0.5	0.7	0.5	0.7	0.4
Luxembourg	0.4	0.4	0.4	0.5	0.8	0.6	0.7	0.3	0.3
Hungary	1.5	1.2	2.3	2.5	2.1	2.1	2.2	0.9	0.6
Malta	1.2	1.4	0.8	1.0	0.8	0.9	0.7	0.7	0.1
Netherlands	0.1	0.1	0.1	0.2	0.1	0.4	0.0	0.1	0.0
Austria	0.3	0.5	0.3	0.2	0.3	0.1	0.0	0.2	0.2
Poland	2.7	3.2	3.4	3.5	3.6	3.1	2.8	2.3	0.7
Portugal	2.8	1.6	1.3	2.6	2.4	3.0	2.4	2.0	1.9
Romania	8.1	10.0	11.0	10.3	9.6	8.8	8.3	5.3	3.5
Slovenia	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1	0.1	0.2
Slovakia	0.6	0.7	0.8	0.9	0.8	0.9	0.7	0.8	0.7
Finland	0.2	0.2	0.0	0.1	0.2	0.1	0.0	0.1	0.0
Sweden	0.5	0.5	0.5	0.5	0.6	0.6	0.5	0.4	0.0
United King	0.1	0.0	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Iceland	1.7	2.5	3.4	3.7		3.4	3.3	2.1	
Norway	0.2	0.4	0.3	0.3	0.2	0.2	0.2	0.4	0.5
Switzerland	0.9	1.0	0.7	0.9	1.0	1.3	0.4	0.5	
North Mace :		10.1	7.0	6.1	5.5	4.0	2.1	2.0	1.6
Serbia :					5.7	4.6	3.8	2.6	2.9
Turkey	13.5	15.1	11.0	9.2	9.1	8.0	6.2	3.3	2.3

Vir: Eurostat, Self-reported unmet need for medical care, URL: <https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=1&pcode=tespm110&language=en>.

Druga tabela prikazuje odstotek prijav pacientov (*self-reports*) v zvezi z nezadovoljenimi potrebami po zdravstvenih oskrbi zaradi krajevne nedostopnosti.

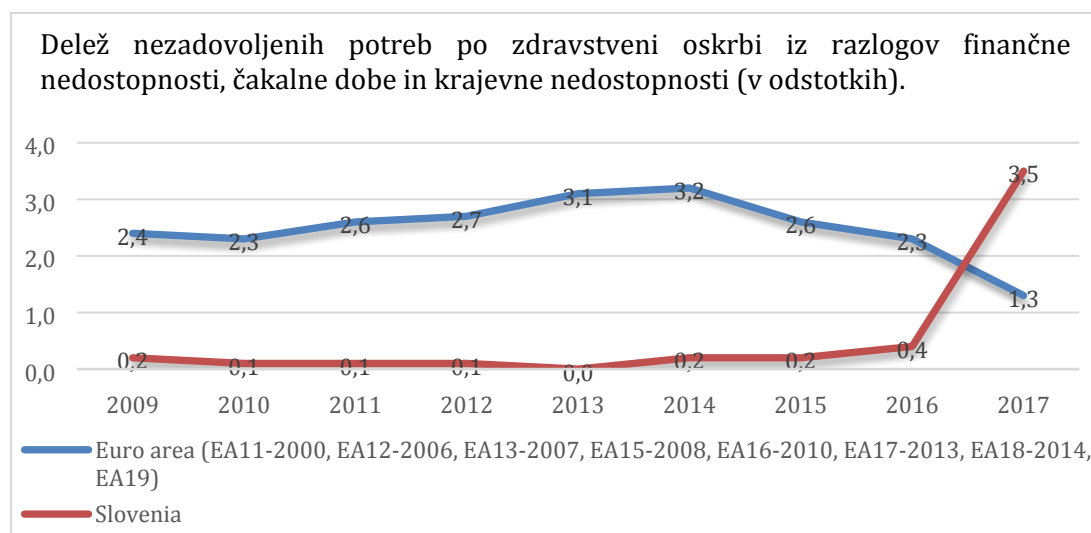
GEO/TIME	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
European U	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1
European U :		0.2	0.2	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1
European U	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1
Euro area (E	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0
Euro area (1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0
Euro area (1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0
Belgium	0	0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.2	0.2	0.1
Bulgaria	0.9	0.7	0.6	0.6	0.6	0.5	0.3	0.3	0.3
Czechia	0.2	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.2	0.1
Denmark	0.2	0.0	0.0	0.0	0.3	0.2	0.1	0.1	0.2
Germany (u	0.1	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0
Estonia	0.6	0.8	0.8	1.0	0.5	0.7	0.7	0.7	0.6
Ireland	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Greece	0.5	0.4	0.5	0.3	0.2	0.3	0.3	0.2	0.3
Spain	0.1	0.1	0.0	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0
France	0.0	0.1	0.0	0.1	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0
Croatia :		1.6	1.6	1.3	1.2	1.1	0.7	0.6	0.7
Italy	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0
Cyprus	0.1	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0	0	0.0
Latvia	0.6	0.5	0.7	0.6	0.5	0.4	0.3	0.5	0.4
Lithuania	0.2	0.2	0.2	0.3	0.3	0.3	0.3	0.2	0.1
Luxembourg	0.0	0.0	0	0	0	0.0	0.0	0	0.0
Hungary	0.3	0.2	0.3	0.3	0.2	0.2	0.3	0.2	0.2
Malta	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Netherlands	0.0	0.0	0.1	0.1	0.1	0.0	0	0.0	0.0
Austria	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0	0	0.0
Poland	0.7	0.6	0.5	0.6	0.4	0.3	0.4	0.4	0.3
Portugal	0.1	0.1	0.0	0.2	0.1	0.1	0.1	0.0	0.1
Romania	0.5	0.6	0.7	0.7	0.6	0.5	0.6	0.6	0.5
Slovenia	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0.0
Slovakia	0.4	0.3	0.3	0.2	0.1	0.2	0.3	0.3	0.3
Finland	0.0	0.1	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Sweden	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	0.1	0.1	0.2	0.0
United King	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0	0.1	0.0	0.1
Iceland	0.3	0.2	0.1	0.1 :		0.3	0.3	0.1 :	
Norway	0.9	0.9	1.1	0.9	1.1	0.0	0.0	0.0	0.0
Switzerland	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0 :	
North Mace :		0.5	0.4	0.6	0.4	0.3	0.3	0.2	0.4
Serbia :		:	:	:	0.9	0.5	0.5	0.6	0.6
Turkey	0.7	0.7	0.7	0.6	0.8	0.7	0.6	0.5	0.3

Vir: Eurostat, Self-reported unmet need for medical care, URL: <https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=1&pcode=tespm110&language=en>.

Spodnja (tj. tretja) tabela prikazuje odstotek prijav pacientov (*self-reports*) v zvezi z nezadovoljenimi potrebami po zdravstvenih oskrbi zaradi vseh treh dejavnikov. Iz analize tabel izhaja, da je Slovenija dosegla večji odstotek prijav pacientov v zvezi z nezadovoljenimi potrebami po zdravstvenih oskrbi zlasti zaradi čakalne dobe. Medtem, ko se je odstotek prijav za območje EU skozi leta zmanjševal in je leta 2017 znašal 1,7%, je odstotek Slovenije v enem letu narasel za skoraj 9 krat (iz 0,4% za leto 2016 na 3,5% za leto 2017).

GEO/TIME	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
European U	3.0	3.1	3.4	3.5	3.7	3.6	3.2	2.6	1.7
European U:		3.1	3.4	3.5	3.7	3.6	3.2	2.6	1.7
European U	3.0	3.1	3.3	3.5	3.7	3.6	3.2	2.6	1.7
Euro area (E	2.4	2.3	2.6	2.7	3.1	3.2	2.6	2.3	1.3
Euro area (1	2.5	2.4	2.7	2.8	3.1	3.2	2.6	2.3	1.3
Euro area (1	2.5	2.4	2.7	2.8	3.1	3.2	2.6	2.3	1.3
Belgium	0.6	0.4	1.5	1.7	1.9	2.5	2.4	2.4	2.1
Bulgaria	10.3	10.5	9.8	8.3	8.9	5.6	4.7	2.8	2.1
Czechia	0.6	1.0	1.1	1.0	1.0	1.1	0.8	0.7	0.5
Denmark	1.5	1.1	0.9	1.3	1.3	1.4	1.3	1.3	1.0
Germany (u	2.1	1.8	1.7	1.6	1.6	1.6	0.5	0.3	0.3
Estonia	4.3	4.8	7.3	8.3	8.4	11.3	12.7	15.3	11.8
Ireland	2.0	2.1	2.2	3.4	3.3	3.7	2.8	2.5	2.8
Greece	5.5	5.5	7.5	8.0	9.0	10.9	12.3	13.1	10.0
Spain	0.5	0.3	0.6	0.7	0.8	0.6	0.6	0.5	0.1
France	1.9	1.9	2.3	2.2	2.6	2.8	1.2	1.3	1.0
Croatia		6.3	5.1	3.5	3.3	3.3	1.9	1.7	1.6
Italy	5.4	5.2	5.9	5.7	7.0	7.0	7.2	5.5	1.8
Cyprus	3.4	4.1	4.4	3.5	4.4	4.7	1.5	0.6	1.5
Latvia	9.9	15.1	16.1	12.4	13.8	12.5	8.4	8.2	6.2
Lithuania	3.1	2.6	2.8	2.3	3.2	3.7	2.9	3.1	1.5
Luxembourg	0.6	0.6	0.6	0.7	0.9	0.8	0.9	0.4	0.3
Hungary	2.1	1.7	2.7	2.9	2.6	2.5	2.6	1.3	1.0
Malta	1.4	1.6	1.1	1.2	0.9	1.1	0.8	1.0	0.2
Netherlands	0.3	0.4	0.4	0.5	0.4	0.5	0.1	0.2	0.1
Austria	0.5	0.6	0.4	0.3	0.4	0.1	0.1	0.2	0.2
Poland	7.6	8.3	7.9	9.0	8.8	7.8	7.3	6.6	3.3
Portugal	3.3	2.0	1.4	3.3	3.0	3.5	3.0	2.4	2.3
Romania	8.9	11.1	12.2	11.5	10.9	9.8	9.4	6.5	4.7
Slovenia	0.2	0.1	0.1	0.1	0.0	0.2	0.2	0.4	3.5
Slovakia	1.7	1.7	2.2	2.2	1.9	2.1	2.1	2.3	2.4
Finland	3.7	3.9	4.4	4.6	4.3	3.3	4.3	4.1	3.6
Sweden	2.1	1.9	1.5	1.5	2.1	1.7	1.3	1.6	1.4
United King	1.2	1.0	1.2	1.4	1.6	2.1	2.8	1.0	3.3
Iceland	2.2	3.1	3.8	4.2		4.4	4.3	2.9	
Norway	1.3	1.4	1.6	1.3	1.5	0.8	1.1	1.1	1.3
Switzerland	1.0	1.1	0.8	1.0	1.2	1.3	0.5	0.5	
North Mace		11.4	8.3	7.7	6.6	4.8	2.9	2.9	2.5
Serbia					8.7	7.4	6.3	4.5	4.8
Turkey	14.9	16.4	12.2	10.4	10.5	9.2	6.8	3.8	2.6

Vir: Eurostat, Self-reported unmet need for medical care, URL: <https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=1&pcode=tespm110&language=en>.



Vir: Eurostat, Self-reported unmet need for medical care, URL: <https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=1&pcode=tespm110&language=en>.

Medtem, ko so podatki za Slovenijo v zvezi z razlogom (i) finančne nedostopnosti in (iii) razdalje do izvajalca zdravstvene dejavnosti, spodbudni, je stanje čakalnih dob za leto 2017 torej zaskrbljujoče. Slovenija je z 0,4% za leto 2016 skočila na 3,5% za leto 2017, kar jo uvršča na 26. mesto od skupno 33 analiziranih držav. Slabše stanje je po podatkih Eurostat-a le v Srbiji, Romuniji, Latviji, Grčiji, Estoniji in na Finskem.²¹

Poleg Eurostata problematiko čakalnih dob obravnava tudi Evropska komisija, ki je v analizi podatkov za leto 2012 izpostavila pomembnost dostopa do zdravstvene oskrbe. Pacienti za dostop do zdravstvene oskrbe ne bi smeli potovati predaleč, zdravstvena oskrba ne bi smela biti predraga (tj. mora biti cenovno dostopna), čakalna doba pa ne predolga. Evropska komisija sicer ugotavlja, da ni enotne ureditve (spremljanja stanja) čakalnih dob na ravni EU, vendar se Komisija in Evropski parlament prizadevata za harmonizacijo oz. unifikacijo tega področja (npr. Direktiva 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 9. marca 2011 o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu).²²

Primerjava stanja čakalnih dob z drugimi državami OECD

²¹ Eurostat, Self-reported unmet need for medical care by sex <https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=1&pcode=tespm110&language=en>.

²² Evropska komisija, Communication from the commission On effective, accessible and resilient health system, URL: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/healthcare/docs/com2014_215_final_en.pdf, str. 9.

OECD na podlagi podatkov, ki jih pošiljajo države pripravlja poročila o stanju čakalnih dob za nekatere zdravstvene storitve.

Operacija kolka

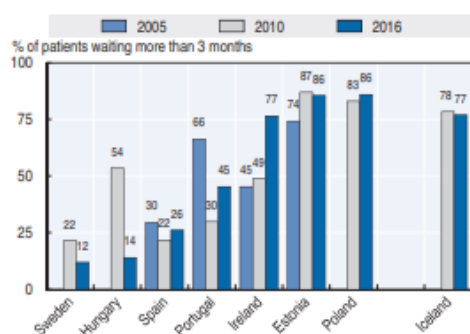
Poročilo OECD za leto 2013 oz. 2014 ugotavlja, da je bil čas čakanja na Nizozemskem za operacijo kolka nekaj več kot 40 dni,²³ na Danskem okoli 50 dni, v Združenem kraljestvu pa približno 90 dni. Primerjava teh podatkov s stanjem v Sloveniji, kjer je bila povprečna čakalna doba na dan 1. 3. 2019 354,7 dni (tj. skoraj devetkrat več kot na Nizozemskem),²⁴ kaže, da so interventni ukrepi nujno potrebi.

Operacija sive mreže

OECD v svojih poročilih analizira tudi stanje čakalnih dob za operacijo sive mreže, kjer med drugim ugotavlja, da je bil leta 2016 odstotek ljudi, ki je čakal na operacijo sive mreže več kot tri mesece:

- na Švedskem 12%,
- v Španiji 40,3%,
- na Madžarskem 56,8%.

7.27. Waiting times of patients still on waiting list for cataract surgery, 2005 to 2016



	2005	2010	2016
Sweden		18.7	12
Spain	42.4	33.4	40.3
Hungary		69.2	56.8
Portugal	72.7	59.1	61.7
Ireland	54.7	51.3	62.9
Estonia	83.7	83.2	87
Poland		87	88
Iceland		64.8	73

Vir: OECD, Waiting times for elective surgery, URL: https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance_eur-2018-55-

²³ OECD, Waiting times for elective surgery, URL: https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance-2015-43-en.pdf?expires=1557838294&id=id&accname=guest&checksum=37B999D8D2F785C95B130163532E136A.

²⁴ NIJZ, Nacionalno spremljanje čakalnih dob - mesečno poročilo za stanje na dan 1. 3. 2019, URL: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/porocilo_enarocanje_1_3_2019.pdf str. 64.

[en.pdf?expires=1557836042&id=id&accname=guest&checksum=660457CC96680551FA9D3DBA201D8C8A](https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance-2015-43-en.pdf?expires=1557836042&id=id&accname=guest&checksum=660457CC96680551FA9D3DBA201D8C8A).

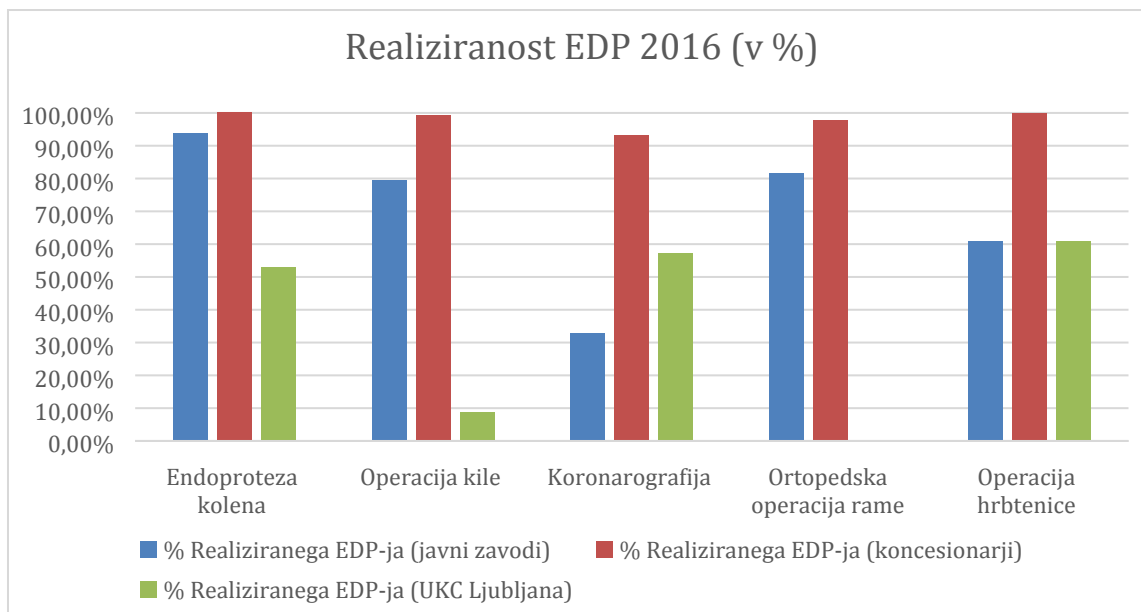
V starejšem poročilu za leto 2013 oz. 2014 OECD ugotavlja, da je bilo na Nizozemskem za operacijo sive mreže potrebno v povprečju čakati nekaj več kot 30 dni, v Združenem kraljestvu pa 72 dni. Izmed analiziranih evropskih držav je bil le v Estoniji, Španiji ter na Poljskem čas čakanja več kot 100 dni.²⁵ Podatki NIJZ na dan 1. 9. 2019 pa za Slovenijo kažejo, da je povprečna čakalna doba vseh čakajočih za operacijo sive mreže 191,5 dni. Število vseh čakajočih na operacijo sive mreže, katerih stopnja nujnosti je hitro (potrebna zdravstvena obravnava prej kot v treh mesecih), je bilo 1.188. Od 1.188 čakajočih jih je 454 čakalo nad dopustno čakalno dobo (tj. več kot tri mesece) kar predstavlja 38% vseh čakajočih na operacijo sive mreže, katere stopnja nujnosti je hitro. Iz podatkov NIJZ izhaja tudi, da je bil delež čakajočih na operacijo sive mreže nad dopustno čakalno dobo 28% – od skupnega števila čakajočih (7.567) jih je nad dopustno čakalno dobo čakalo 2.149.²⁶

Primerjava med javnimi zavodi ter koncesionarji pri uspešnosti izvajanja programov za skrajševanje čakalnih dob

Vlada RS je v mesecu maju 2016 sprejela sklep št. 17000-3/2016/5, s katerim se je seznanila z uvedbo enkratnega programa "Zmanjševanje čakalnih dob in števila čakajočih pacientov za izbrane vrste zdravstvenih storitev" (v nadaljevanju: EDP 2016). V okviru tega projekta je z aneksom k Splošnemu dogovoru namenila 7,9 milijona evrov za usmerjeno skrajševanje čakalnih dob na šestih področjih in še dodatnih osem milijonov evrov za prve ambulantne preglede. Vanj je vključila 14 izvajalcev, od tega devet javnih zavodov (bolnišnic) ter pet koncesionarjev. Odstotek realiziranih programov, h katerim so se zavezali tako javni zavodi kot tudi koncesionarji, je bil znatno višji na strani koncesionarjev v primeru vseh dodatnih programov. To je razvidno iz spodnjega grafa:

²⁵ OECD, Waiting times for elective surgery, URL: https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance-2015-43-en.pdf?expires=1557838294&id=id&accname=guest&checksum=37B999D8D2F785C95B130163532E136A.

²⁶ NIJZ, Nacionalno spremljanje čakalnih dob - mesečno poročilo za stanje na dan 1. 9. 2019, URL: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/porocilo_enarocanje_1_9_2019.pdf, str. 47. in 65.



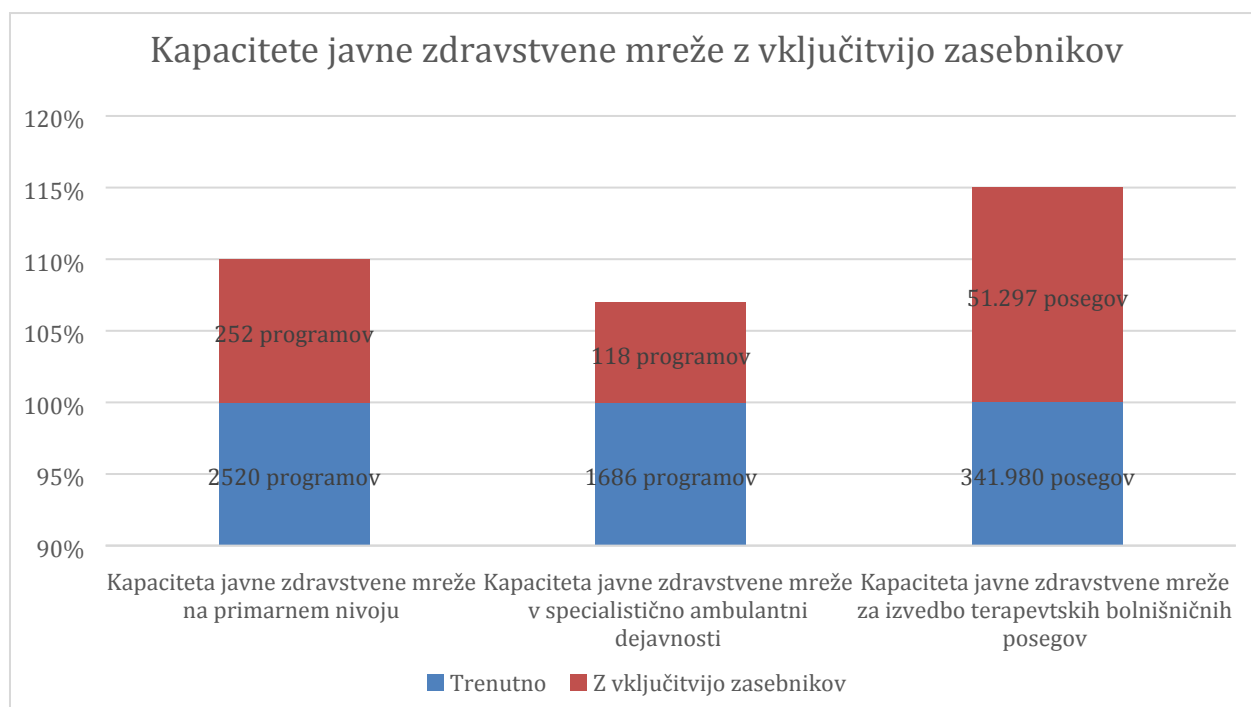
Vir: ZZS.

Odstotek realiziranih programov s strani koncesionarjev je bil pri vseh programih nad 93 odstotki, medtem ko na strani javnih zavodov odstotki realizacije močno variirajo. Obenem, razen realizacije endoproteze kolena, realizacija programa glede določene storitve s strani javnih zavodov ne presega 82 odstotkov. V primeru koronarografije realizacija znaša celo samo 32,7 odstotkov.

Graf poleg skupnega števila realizacije programov EDP s strani vseh vključenih javnih zavodov prikazuje tudi odstotek realizacije največjega javnega zavoda, ki je bil vključen v EDP 2016, UKC Ljubljana. Odstotek realizacije s strani UKC Ljubljana je nizek in samo v primeru operacije hrbtenice (60,80 odstotkov) presega 60 odstotkov. Pri vseh ostalih je UKC Ljubljana izvedel manj kot 60 odstotkov storitev, v primeru ortopedske operacije rame pa ni izvedel niti ene operacije, čeprav se jih je zavezal opraviti 65. Prav tako ni opravil niti enega nevrološkega posega elektromiografije kljub temu, da bi jih v skladu z EDP 2016 moral opraviti 70.

Iz teh podatkov izhaja očitna pomanjkljivost sistema financiranja EDP, saj se javni zdravstveni zavodi zavežejo opraviti večino storitev, s katerimi naj bi se skrajšala čakalna doba, vendar teh storitev na koncu ne opravijo. Na drugi strani so koncesionarji, ki bi imeli kapacitete za opravo več storitev, vendar jim ni bilo v dovoljšni meri omogočeno, da bi iz javnih sredstev opravili dodatne storitve, čeprav bi na tak način zelo učinkovito lahko zmanjšali čakalne dobe.

Poleg ne upoštevanja večje učinkovitosti koncesionarjev pri izvedbi zdravstvenih storitev, pri odpravljanju težav z nedopustno dolgimi čakalnimi dobami do sedaj niso bile upoštevane kapacitete za opravljanje zdravstvenih storitev s strani vseh zasebnikov, ki opravljajo zdravstveno dejavnost. Učinkovito izkoriščenje kapacitet zasebnikov bo pripomoglo k zmanjšanju čakalnih dob, kar izhaja iz obsežnih anket, ki jih je opravila Zdravniška zbornica Slovenije pri zasebnih izvajalcih zdravstvene dejavnosti.



Vir: Anketa Zdravniške zbornice Slovenije.

Iz grafa izhaja, da bi z zagotovitvijo dodatnega plačila zasebnikom in s pogodbeno vključitvijo zasebnih izvajalcev zdravstvene dejavnosti v javno mrežo lahko v veliki meri povečali kapacitete javne zdravstvene mreže. Na primarnem nivoju bi lahko povečali kapacitete za 252 programov, kar predstavlja več kot 10 odstotkov obstoječih programov, medtem ko bi na sekundarnem nivoju, v specialistično ambulantni dejavnosti, lahko povečali kapacitete za 118 programov, kar znaša več kot 7 odstotkov programov. Zasebni izvajalci zdravstvene dejavnosti bi lahko dodatno v letu dni opravili 51.297 terapevtskih posegov, kar predstavlja več kot 15 odstotkov terapevtskih bolnišničnih posegov, ki se trenutno opravijo znotraj javne zdravstvene mreže.

2. CILJI, NAČELA IN POGLAVITNE REŠITVE PREDLOGA ZAKONA

2.1. Cilj

Cilj tega zakona je odprava kriznih razmer na področju osnovnega zdravstva in odprava nedopustno dolgih čakalnih dob v slovenskem javnem zdravstvenem sistemu z izrabo vseh kapacitet izvajalcev zdravstvene dejavnosti za izvajanje zdravstvenih storitev.

2.2. Načela

Načela, ki se zasledujejo s tem zakonom, so zlasti načelo spoštovanja človekovega dostojanstva, načelo spoštovanja pacientovih pravic ter načelo spoštovanja pacientovega časa. Načelo spoštovanja pacientovega časa, ki je konkretizacija prvih dveh načel, zahteva od države in izvajalcev zdravstvene dejavnosti, da zagotovijo čim hitrejše zdravljenja pacienta. Pravočasnost je eden izmed elementov kakovostne zdravstvene oskrbe, saj pacienti upravičeno pričakujejo, da bodo čim prej obravnavani.²⁷ Glavni namen načela spoštovanja pacientovega časa je zagotavljanje jasnega in enakopravnega obravnavanja vseh pacientov. Vključitev dodatnih kapacitet za izvajanje javne zdravstvene službe ter dodatno delo neodvisnih ponudnikov zdravniških storitev bodo skrajšali čakalno dobo ter tako zagotovili spoštovanje zgornjih načel.

2.3. Poglavitne rešitve

Vključitev dodatnih kapacitet za izvedbo zdravstvenih storitev

Zakon v luči izpolnitve ciljev skrajševanja čakalnih dob uvaja možnost vključitve dodatnih kapacitet izvajalcev zdravstvene dejavnosti za izvedbo tistih vrst storitev, pri katerih čakalne dobe presegajo tri mesece pri več kot 75% ponudnikov. Financiranje se bo izvedlo iz sredstev ZZZS.

Vlada RS bo s sklepom določila vrste zdravstvenih storitev, za katere bo ZZZS izdal vabilo k dajanju ponudb, ter njihov obseg. Na podlagi sklepa Vlade bo ZZZS izvedel javno povabilo k dajanju ponudb, h kateremu bodo lahko pristopili vsi, ki izpolnjujejo pogoje za opravljanje zdravstvene dejavnosti. Izbrani ponudniki bodo sklenili pogodbe z ZZZS, v kateri se bodo zavezali opraviti določeno število zdravstvenih storitev. Del pogodbe je tudi pogodbeni kazen,

²⁷ Jože Balažic in ostali, Zakon o pacientovih pravicah s komentarjem, GV Založba (2009), Ljubljana, str. 99.

ki nastopi v primeru, če izvajalec zdravstvene dejavnosti ne izpolni svojih obveznosti iz pogodbe. Zakon zaradi nujnosti oz. interventnosti določa izjemo od podelitve koncesij. Izbrani izvajalci, ki nimajo koncesije, bodo začasno pridobili pravico do izvajanja javne službe na podlagi pogodbe, ki jo sklenejo z ZZS.

Poleg sredstev, ki jih bo zagotovil ZZS, bodo morale zavarovalnice, ki izvajajo dopolnilno zdravstveno zavarovanje, svojim zavarovancem kriti del cene zdravstvenih storitev. Predlog zakona se zgleduje po Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, saj bodo morale zavarovalnice kriti le tisti obseg storitev, ki ga morajo kriti tudi po pravilih Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju in v ta namen z izvajalci zdravstvene dejavnosti, ki do sedaj še niso opravljali javne zdravstvene službe, skleniti pogodbe.

Pravice do izvedbe storitev iz tega zakona imajo tisti pacienti, ki so na dan uveljavitve zakona že uvrščeni na čakalni seznam, kar je v skladu z načelom enakopravne obravnave pacientov.

Neodvisni ponudnik

Status neodvisnega ponudnika zdravniške službe odpravlja ovire, ki jih pozna ZZDej za pridobitev dovoljenja za izvajanje zdravstvene dejavnosti. V primeru neodvisnih ponudnikov zdravniške službe namreč pridobitev dovoljenja ni potrebna, saj bodo storitve na podlagi pogodbe o storitvah zdravniške službe opravljali za izvajalce zdravstvene dejavnosti, ki takšno dovoljenje že imajo. Neodvisni ponudniki bodo za izvajanje storitev zdravniške službe potrebovali le odprtje s.p., izpolnjevanje pogojev za samostojno opravljanje zdravniške službe in priglasitev opravljanja dejavnosti ministrstvu za zdravje. Pravna podlaga, na kateri bo neodvisni ponudnik izvajal storitve zdravniške službe, bo pogodba o storitvah zdravniške službe, kar predstavlja posebno vrsto podjemne pogodbe, saj vsebuje posebne obvezne sestavine, ki jih podjemna pogodba, kot je urejena v zakonu, ki ureja obligacijska razmerja, sicer ne zahteva. Storitve zdravniške službe bodo na podlagi tega zakona lahko naročali tako javni kot zasebni izvajalci zdravstvene dejavnosti, kar je do sedaj Zakon o zdravstveni dejavnosti (za javne izvajalce) precej omejeval. Zakon s tem zagotavlja večjo fleksibilnost tako neodvisnemu ponudniku zdravniške službe kot tudi izvajalcem zdravstvene dejavnosti ter večjo motivacijo za delo zdravnikov.

3. OCENA FINANČNIH POSLEDIC PREDLOGA ZAKONA ZA DRŽAVNI PRORAČUN IN DRUGA JAVNA FINANČNA SREDSTVA

Zakon predvideva, da bo Vlada RS izdala sklep o določitvi vrst in števila zdravstvenih storitev, ki se bodo lahko izvedle ob vključitvi dodatnih kapacitet izvajalcev zdravstvene dejavnosti v letu 2020, ki trenutno niso vključene v javno zdravstveno mrežo. Skladno s tem bo potrebno sprejeti tudi dodatek k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2020, s katerim se bo ustrezno uskladilo celotno porabo sredstev ZZS-ja za izvedbo zdravstvenih storitev v okviru obstoječe javne zdravstvene mreže in z vključitvijo dodatnih kapacitet izvajalcev v skladu s tem zakonom v letu 2020.

Iz razloga skrajševanja čakalnih vrst bodo nastali prihranki (predvsem na področju bolniških nadomestil), ki jih trenutno ni mogoče finančno ovrednotiti.

Omenjeni ukrepi ne predvidevajo dodatnega financiranja zdravstvenih storitev. Zakon ne bo vplival na državni proračun, na občinske blagajne in blagajno Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje.

4. NAVEDBA, DA SO SREDSTVA ZA IZVAJANJE ZAKONA V DRŽAVNEM PRORAČUNU ZAGOTOVLJENA, ČE PREDLOG ZAKONA PREDVIDEVA PORABO PRORAČUNSKIH SREDSTEV V OBDOBJU, ZA KATERO JE BIL DRŽAVNI PRORAČUN ŽE SPREJET

Zakon ne bo vplival na porabo sredstev iz veljavnega državnega proračuna.

5. PRIKAZ UREDITVE V DRUGIH PRAVNIH SISTEMIH IN PRILAGOJENOST PREDLAGANE UREDITVE PRAVU EVROPSKE UNIJE

5.1 Skladnost s pravnim redom Evropske unije

Zakon ni predmet usklajevanja s pravom Evropske unije.

5.2 Prikaz ureditve v državah članicah Evropske unije²⁸

Zvezna republika Avstrija

²⁸ Povzeto po OECD Health System Characteristics, URL: <https://www.oecd.org/els/health-systems/characteristics.htm>, ter posameznih virih, kot je navedeno v nadaljevanju.

V avstrijskem ambulantnem sektorju (tj. na primarni in na sekundarni ravni) so zdravniki večinsko samozaposleni.

Za svoje delo so samozaposleni zdravniki plačani tako, da vsako storitev, ki jo opravijo, zaračunajo neposredno nosilcu zdravstvenega zavarovanja (ang. statutory health insurance funds). Višina zneskov, ki jih prejmejo zdravniki, močno variira glede na vrsto zdravstvene dejavnosti in glede na potrebe v določenem časovnem obdobju.

Delo v javni bolnišnici ne izključuje možnosti dela v zasebnem sektorju oz. samozaposlitve. Tudi, če je zdravnik zaposlen na terciarnem nivoju kot javni uslužbenec, mu je dovoljeno opravljati zasebno dejavnost v ambulanti.²⁹

Avstrija zagotavlja letne investicije v ambulantni sektor, čeprav so zdravniki večinoma samozaposlene osebe. Stroške za nakup zdravstvene opreme sicer založi samozaposleni zdravnik, vendar mu jih organizacija zdravstvenega zavarovanja naknadno povrne. Za investicije v ambulante na primarnem nivoju so v Avstriji z zakonom iz leta 2017 namenili 200 milijonov evrov.³⁰

Po številu zdravnikov na prebivalca – 5,1 zdravnika na 1000 prebivalcev – je Avstrija druga v Evropski uniji.³¹ Sistem omogoča dobre pogoje za opravljanja dela zdravnikov in jim nudi visoko motivacijo za opravo svojega dela. Dobri pogoji za delo se kažejo tudi v zadovoljstvu pacientov, saj je kar 98 odstotkov pacientov zdravstvene storitve ambulantne oskrbe ocenilo kot zadovoljive oz. zelo zadovoljive.³²

Zvezna republika Nemčija

V Nemčiji večina zdravnikov na primarni in sekundarni ravni opravlja zdravstveno dejavnost kot samostojno pridobitno dejavnost. Od teh jih 85 odstotkov deluje v okviru javnega sistema, pri čemer lahko vedno opravljajo tudi zasebno zdravstveno dejavnost. Delež zdravnikov, ki

²⁹ Florian Bachner in drugi, Austria Health system review (2018), URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/382167/hit-austria-eng.pdf?ua=1, str. 112.

³⁰ Florian Bachner in drugi, Austria Health system review (2018), URL:

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/382167/hit-austria-eng.pdf?ua=1, str. 64.

³¹ Florian Bachner in drugi, Austria Health system review (2018) URL:

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/382167/hit-austria-eng.pdf?ua=1, str. 218.

³² Florian Bachner in drugi, Austria Health system review, URL:

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/382167/hit-austria-eng.pdf?ua=1, str. 205.

deluje v javnem sistemu, se je v letih od 1990 do leta 2012 povečal za 36 odstotkov. Tako samo štirje odstotki zdravnikov še vedno deluje zgolj v zasebnem sektorju.

Zdravniki so za opravljeno delo v javnem zdravstvenem sistemu praviloma plačani v skladu s številom opravljenih storitev, kar nudi zdravniku večjo motivacijo za delo. Na državni ravni je vrednost storitev ovrednotena v točkah – večje je število točk za posamezno storitev večje je plačilo, saj je vrednost točke na državni ravni ovrednotena v evrih. Zdravniki vsako četrletje poročajo, koliko storitev so opravili, kar jim po predhodnem nakazilu s strani nosilca zdravstvenega zavarovanja plača regionalno združenje zdravnikov, če so vključeni v shemo javnega zdravstvenega sistema.³³

Kraljevina Danska

Najstarejši del zasebnega sektorja danskega zdravstvenega sistema predstavljajo samozaposleni zdravniki na primarni ravni. Poleg njih so pogosto samozaposleni tudi specialisti, psihoterapevti, psihologi in drugi.³⁴

Država ima na področju zdravstvenega sistema zelo omejene pristojnosti. Glavno vlogo pri zagotavljanju zdravstvene oskrbe imajo regije, ki med drugim skrbijo tudi za plačilo samozaposlenih zdravnikov in njihovega dela v javnem sektorju.³⁵

Samozaposleni zdravniki so v večjem delu plačani na podlagi opravljenih storitev. Cene teh storitev se oblikujejo preko pogajanj med regijo ter združenjem splošnih zdravnikov.³⁶ To velja v celoti za samozaposlene specialiste, medtem ko je plačilo samozaposlenih zdravnikov na primarni ravni sestavljeno tudi iz glavarine, ki predstavlja okoli tretjino njihovega plačila. Zgolj majhen delež prihodkov predstavljajo neposredna plačila pacientov za storitve, ki niso pokrite s sredstvi regije. Sistem financiranja samozaposlenih zdravnikov, ki večinoma temelji na plačilu

³³ Reinhard Busse in Miriam Bluemel, Germany health system review (2014), http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/255932/HiT-Germany.pdf?ua=1, str. 151-152.

³⁴ Maria Olejaz in drugi, Denmark Health system review (2012), URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/160519/e96442.pdf, str. 29.

³⁵ Maria Olejaz in drugi, Denmark Health system review (2012), URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/160519/e96442.pdf, str. 38.

³⁶ Maria Olejaz in drugi, Denmark Health system review (2012), URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/160519/e96442.pdf, str. 79.

za opravljene storitve, spodbuja produktivnost samozaposlenih zdravnikov ter motivira zdravnike na primarni ravni za zdravljenje pacienta.³⁷

22 odstotkov vseh zdravnikov predstavljajo zdravniki na primarni ravni, od katerih večino opravlja samostojno zdravstveno dejavnost, ki jo opravljajo bodisi sami bodisi v povezovanju z drugimi samozaposlenimi zdravniki. Na Danskem je mogoče zaznati trend, da se več splošnih zdravnikov povezuje v skupinske prakse, ki jih sestavljajo dva do štirje zdravniki ter dve do tri medicinske sestre. To predstavlja prednost predvsem zaradi večje intenzivnosti prenosa in izmenjave znanja, ki vodi v bolj kvalitetno obravnavo pacienta.³⁸

Specialisti, ki samostojno opravljajo zdravstveno dejavnost zgolj v zasebnem sektorju in so popolnoma odvisni od plačil s strani pacientov, so na Danskem zelo redki. Večino specialistov na podlagi dogovora z regijo, ki jim omogoča povrnitev stroškov za opravljene storitve, opravlja zdravstvene storitve v javnem zdravstvenem sistemu.³⁹ Specialistom, ki dejavnost opravljajo za javni zdravstveni sistem v okviru bolnišnice, ureditev ne prepoveduje ali kakorkoli omejuje dela v svoji zasebni ambulanti, dokler opravijo z regionalnim dogovorom določeno število storitev za javni zdravstveni sistem. Kljub temu da omejitev za delo v zasebni ambulanti ni, takšno delo ni pogosto.⁴⁰

Republika Češka

Na Češkem je zdravstvena obravnava na primarnem in na sekundarnem nivoju v večini prepuščena samozaposlenim zdravnikom in zobozdravnikom, ki so plačani na podlagi kombinacije glavarine in plačila za storitev. Za zdravstvene storitve, ki niso pokrite z obveznim zdravstvenim zavarovanjem, prejmejo plačilo neposredno od pacientov.⁴¹

Samozaposleni zdravniki morajo iz sredstev, ki jih prejmejo, plačati tudi vse svoje stroške – stroške najema oz. vzdrževanja prostorov, plač zaposlenih ipd.⁴² Samozaposleni zdravniki

³⁷ Maria Olejaz in drugi, Denmark Health system review (2012), URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/160519/e96442.pdf, str. 80.

³⁸ Maria Olejaz in drugi, Denmark Health system review (2012), URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/160519/e96442.pdf, str. 114.

³⁹ Maria Olejaz in drugi, Denmark Health system review (2012), URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/160519/e96442.pdf, str. 114.

⁴⁰ Maria Olejaz in drugi, Denmark Health system review (2012), URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/160519/e96442.pdf, str. 114.

⁴¹ Jan Alexa in drugi, Czech Republic Health system review (2015), URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/280706/Czech-HiT.pdf, str. 71-72.

⁴² Jan Alexa in drugi, Czech Republic Health system review (2015), URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/280706/Czech-HiT.pdf, str. 72, 104

imajo lahko sklenjenih več pogodb hkrati – istočasno delajo in prejemajo plačilo za delo v javnih zavodih in za delo v svoji zasebni ambulanti.⁴³

Francoska republika

V Franciji imajo zdravniki možnost istočasno opravljati zdravstveno dejavnost znotraj javnega zdravstvenega sistema in v okviru samozaposlitve.⁴⁴ Poleg tega se zdravniki, ki so samozaposleni, lahko povežejo z drugimi zdravniki ter delajo v okviru skupinske prakse. Status samozaposlenih zdravnikov na primarni ravni je okoli 62,5 odstotkov. Na sekundarni ravni je delež samozaposlenih nižji in znaša okoli 40 odstotkov. Enega izmed največjih deležev samozaposlenih oseb v zdravstvenem sektorju predstavljajo zobozdravniki – 90 odstotkov. Zaposleni zobozdravniki pa večinoma delujejo samo v specializiranih zobozdravstvenih centrih.⁴⁵ Tudi mnogi specialisti opravljajo zdravstveno dejavnost kot dvojno prakso.⁴⁶ To še posebej velja za samozaposlene zdravnike, ki se lahko svobodno odločijo, katerim in koliko zdravstvenim ustanovam bodo dali na voljo svoje storitve. Zdravniki, ki so zaposleni v univerzitetnih bolnišnicah in izvajajo pedagoške aktivnosti, lahko v svoje zasebne namene uporabljajo bolnišnične prostore, ki so javni.⁴⁷ Samozaposleni zdravniki v Franciji opravijo večji del ambulantne zdravstvene oskrbe ter oskrbe v zasebnih bolnišnicah.⁴⁸

Vsi samozaposleni zdravniki so plačani neposredno na podlagi opravljenih storitev. Cene storitev so predmet pogajanj med predstavniki socialnega zavarovanja ter združenjem zdravnikov. Dogovor med njimi mora biti potrjen s strani ministrstva, pristojnega za zdravje, čeprav je v določenih primerih dopustno, da zdravniki zaračunajo več, kot to določa dogovor. Poleg dogovora se sklepajo tudi neposredne pogodbe z zdravniki na primarnem nivoju, v katerih določijo različne metode t. i. *pay-for-performance* – izvajalec je plačan glede na

⁴³ Jan Alexa in drugi, Czech Republic Health system review (2015), URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/280706/Czech-HiT.pdf, str. 102.

⁴⁴ Karine Chevreul in drugi, France Health systems review (2015), URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/297938/France-HiT.pdf, str. 151.

⁴⁵ Karine Chevreul in drugi, France Health systems review (2015), URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/297938/France-HiT.pdf, str. 151.

⁴⁶ Karine Chevreul in drugi, France Health systems review (2015), URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/297938/France-HiT.pdf, str. 118.

⁴⁷ Karine Chevreul in drugi, France Health systems review (2015), URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/297938/France-HiT.pdf, str. 97.

⁴⁸ Karine Chevreul in drugi, France Health systems review (2015), URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/297938/France-HiT.pdf, str. 96.

kvaliteto izvedene storitve – da bi na tak način izboljšali kvaliteto in učinkovitost dela zdravnikov ter dosegali cilje zdravstvene politike.⁴⁹

V skladu z raziskavo, ki jo je opravila Evropska komisija v letu 2014, so prebivalci Francije zelo zadovoljni s francoskim zdravstvenim sistemom, saj je kar 88 odstotkov vprašanih, ocenilo sistem kot dober ali zelo dober, k čimer prispeva tudi učinkovitost ter s tem povezana motivacija zdravnikov po kvalitetni zdravstveni oskrbi.⁵⁰ To prispeva tudi h krajšim čakalnimi dobam, ki v Franciji zato niso problematične.⁵¹

Vélíko vójvodstvo Lúksemburg

V Luksemburgu je večina zdravnikov (na vseh ravneh) samozaposlenih.⁵² V ambulantnem sektorju, tako na primarni kot tudi na sekundarni ravni, zdravniki opravljajo zdravniško službo v statusu t. i. liberalnega strokovnjaka (ang. liberal professional).

Plačilo za njihove storitve je predmet dogovora med združenjem zdravnikov in nosilcem zdravstvenega zavarovanja. Zdravniki bodo po izvedbi storitev od nosilca zdravstvenega zavarovanja zahtevali plačilo zanje. Za povrnitev sredstev s strani zdravstvenega zavarovanja iz naslova opravljenih storitev je avtomatsko opravičen vsak zdravnik z licenco ne glede na njegov status – med izvajalcem zdravstvene dejavnosti in nosilcem zdravstvenega zavarovanja je namreč samodejno sklenjena pogodba, ki jih upravičuje do povrnitev iz naslova opravljenih storitev.⁵³ Vsi zdravniki, ne glede na kakšen način opravljajo svoje delo, so plačani na podlagi opravljenih storitev. V primeru zaposlenih zdravnikov je razlika zgolj v tem, da denar za opravljeno delo prejme direktno bolnišnica, za katero zdravnik dela.⁵⁴

Njihov sistem je zato zelo efektiven, kar se kaže v tem, da za visoko stopnjo zadovoljstva pacientov ni potrebno veliko število zdravnikov – zgolj 2,9 zdravnika na 1000 prebivalcev.⁵⁵

⁴⁹ Karine Chevreul in drugi, France Health systems review (2015), URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/297938/France-HiT.pdf, str. 60, 97.

⁵⁰ Karine Chevreul in drugi, France Health systems review (2015), URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/297938/France-HiT.pdf, str. 181.

⁵¹ Karine Chevreul in drugi, France Health systems review (2015), URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/297938/France-HiT.pdf, str. 182.

⁵² OECD, Luxembourg Country Health Profile (2017), URL: <https://www.oecd.org/publications/luxembourg-country-health-profile-2017-9789264283480-en.htm>, str. 7.

⁵³

⁵⁴ OECD, Luxembourg Country Health Profile (2017), URL: <https://www.oecd.org/publications/luxembourg-country-health-profile-2017-9789264283480-en.htm>, str. 7.

⁵⁵ OECD, Luxembourg Country Health Profile (2017), URL: <https://www.oecd.org/publications/luxembourg-country-health-profile-2017-9789264283480-en.htm>, str. 8.

Kraljevina Nizozemska

Nizozemski sistem zaposlovanja zdravnikov je drugačen od drugih, saj bolj neposredno loči status zdravnikov na primarni ravni od statusa zdravnikov ostalih ravni.⁵⁶ Večina splošnih zdravnikov je samozaposlenih, ki dejavnost opravljajo sami ali pa se povezujejo z drugimi samozaposlenimi zdravniki, s katerimi opravljajo skupinsko prakso. 28 odstotkov samozaposlenih zdravnikov na primarnem nivoju opravlja zdravstveno dejavnost popolnoma samostojno, 39 odstotkov jo opravlja v povezavi z enim samozaposlenim zdravnikom, 33 odstotkov pa jih deluje v skupinski praksi od treh do sedmih samozaposlenih zdravnikov. Majhen del splošnih zdravnikov je zaposlenih pri drugem zdravniku, ki je samozaposlen.⁵⁷

V bolnišnicah je delež samozaposlenih zdravnikov manjši kot na ambulantni ravni – 60 odstotkov – ostali specialisti so v bolnišnicah zaposleni.⁵⁸ Specialisti, ki imajo status samozaposlenih zdravnikov znotraj bolnišnične organizacije, imajo z njo sklenjeno pogodbo o opravljanju storitev. V okviru te pogodbe se z bolnišnico neposredno pogajajo glede cene njihovih storitev. Z namenom lažjega pogajanja ter opravljanja storitev se specialisti, ki delujejo znotraj ene bolnišnice, združujejo v skupine iste specialnosti.⁵⁹ S pogodbo lahko prosto uredijo tudi način plačila, kar je najpogosteje izvedeno na podlagi SPP (Skupina primerljivih primerov) sistema, na podlagi katerega dobijo bolnišnice sredstva od zdravstvenih zavarovalnic, ali pa, za kar se stranki pogodbe odločata vedno pogosteje, na podlagi letnega proračuna specialistov.⁶⁰

Po podatkih Eurobarometra je bilo 91 odstotkov prebivalcev Nizozemske mnenja, da je njihov zdravstveni sistem dober, 55 odstotkov meni, da je Nizozemski zdravstveni sistem boljši v primerjavi z drugimi državami Evropske unije.⁶¹

Kraljevina Norveška

⁵⁶ Jean-Louis Denis, Nicolette van Gestel, Medical doctors in healthcare leadership: theoretical and practical challenges (2016), URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4896273/>.

⁵⁷ Madelon Kronema in ostali, Netherlands Health system review (2016), URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/314404/HIT_Netherlands.pdf, str. 140-141.

⁵⁸ Jean-Louis Denis, Nicolette van Gestel, Medical doctors in healthcare leadership: theoretical and practical challenges (2016), URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4896273/>.

⁵⁹ Madelon Kronema in ostali, Netherlands Health system review (2016), URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/314404/HIT_Netherlands.pdf, str. 145.

⁶⁰ Wilm Quentin in ostali, Paying hospital specialists: Experiences and lessons from eight high-income countries (2018), URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851018300575#!>.

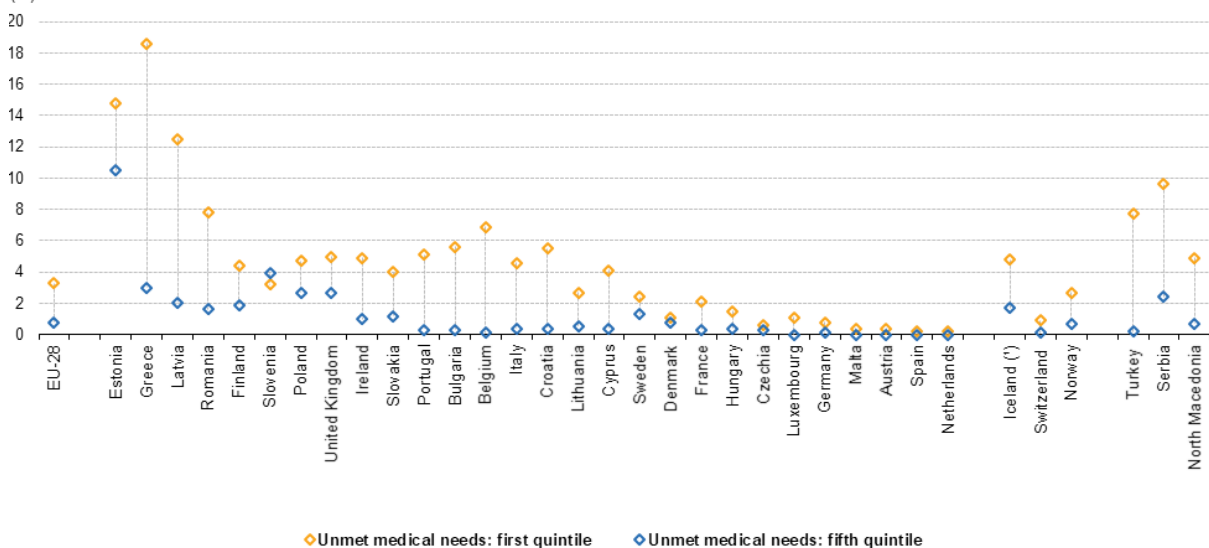
⁶¹ Madelon Kronema in ostali, Netherlands Health system review (2016), URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/314404/HIT_Netherlands.pdf, str. 195.

Na Norveškem imajo samozaposleni zdravniki pomembno vlogo zlasti na področju javnega zdravstvenega sistema na primarni ravni, saj je približno 90 odstotkov samozaposlenih.⁶² Ti se pogosto združujejo v skupine do šest zdravnikov z namenom opravljanja zdravstvenih storitev.⁶³ Kljub temu da so samozaposleni, so te zdravniki neposredno vključeni v javni sistem preko pogodb z lokalno skupnostjo.⁶⁴ Te financirajo del stroškov osebnih zdravnikov v glavarini na pacienta, medtem ko preostali delež pokrijejo bodisi pacienti s soprispevkom bodisi nosilci zdravstvenega zavarovanja.⁶⁵

Storitve na sekundarnem nivoju zagotavljajo bolnišnični koncerni, ki so v lasti regionalnih zdravstvenih oblasti ter zasebni samozaposleni specialisti, ki se v javno shemo vključujejo preko pogodbe z eno izmed regionalnih zdravstvenih oblasti.⁶⁶

Po podatkih Eurostata (kot prikazuje spodnji graf) je delež nezadovoljenih potreb pacientov na Norveškem pod povprečjem Evropske unije.

Proportion of the population reporting unmet needs for medical care because care was too expensive, too far away or the waiting list was too long, by income situation, 2017 (%)



⁶² Kurt R. Brekke in ostali, How does the type of remuneration affect physician behaviour? Fixed salary versus fee-for-service (2018), URL: <https://konkurransetilsynet.no/wp-content/uploads/2018/10/Rapport-nr-6-2018-How-does-the-type-of-remuneration-affect-physician-behaviour-Fixed-salary-versus-fee-for-service.pdf>, str. 10.

⁶³ Anne Lindahl in ostali, The Norwegian Health Care System, URL: <https://international.commonwealthfund.org/countries/norway/>.

⁶⁴ Ånen Ringard, Norway Health system review (2013), URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/237204/HiT-Norway.pdf, str. 22.

⁶⁵ Ånen Ringard, Norway Health system review (2013), URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/237204/HiT-Norway.pdf, str. 65.

⁶⁶ Ånen Ringard, Norway Health system review (2013), URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/237204/HiT-Norway.pdf, str. 104.

Vir: Evropska komisija, Delež nezadovoljenih zdravstveni potreb za leto 2017, URL: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Proportion_of_the_population_reporting_unmet_needs_for_medical_care_because_care_was_too_expensive,_too_far_away_or_the_waiting_list_was_too_long,_by_income_situation,_2017_\(%25\)_QoL19.png](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Proportion_of_the_population_reporting_unmet_needs_for_medical_care_because_care_was_too_expensive,_too_far_away_or_the_waiting_list_was_too_long,_by_income_situation,_2017_(%25)_QoL19.png).

Švicarska konfederacija

V Švici zdravstvene storitve na primarni in sekundarni ravni nudijo večinoma zdravniki, ki so samozaposleni. V zadnjem desetletju so se zdravniki začeli povezovati v zdravniške mreže, ki so v organizaciji zasebnih zavarovalnic, saj zavarovalnice na tak način svojim zavarovancem omogočijo zdravstvene storitve.⁶⁷

Poleg pogodbenega povezovanja zdravnikov z zasebnimi zavarovalnicami pa so vsi zdravniki na primarni in na sekundarni ravni, ki samostojno opravljajo dejavnost, upravičeni do povrnitve stroškov za opravo storitev v skladu z obveznim zdravstvenim zavarovanjem. Povrnejo se jim stroški v skladu s sistemom TARMED, ki predstavlja tarife za posamezne vrste izvedenih storitev, ki variirajo med različnimi kantoni.⁶⁸ Delež povrnitve stroškov zdravstvenih storitev se izvede tudi v glavarini.⁶⁹ Samozaposleni zdravniki, ki želijo sodelovati pri opravljanju storitev v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja, dobijo stroške zdravstvenih storitev povrnjene preko sklenitve pogodbe.⁷⁰ Storitve, ki niso pokrite z obveznim zdravstvenim zavarovanjem, so lahko financirane s prostovoljnim zdravstvenim zavarovanjem, v okviru katerih se zdravniki ter drugi izvajalci zdravstvene dejavnosti prosto pogajajo o cenah storitev, ki jih povrne zavarovalnica.⁷¹

Zdravniki, ki svojo samostojno dejavnost opravljajo v ambulanti, pogosto izvajajo storitve tudi v bolnišnicah, kjer izvajajo operacije ali se posvečajo zdravljenju nastanjenih pacientov.⁷² Ceno

⁶⁷ Carlo De Pietro in ostali, Switzerland Health system review (2015), URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/293689/Switzerland-HiT.pdf, str. 155.

⁶⁸ Ur. Dionne S. Kringos in ostali, Building primary care in a changing Europe: Case studies (2015), URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459012/>.

⁶⁹ Carlo De Pietro in ostali, Switzerland Health system review (2015), URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/293689/Switzerland-HiT.pdf, str. 116.

⁷⁰ Ur. Dionne S. Kringos in ostali, Building primary care in a changing Europe: Case studies (2015), URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459012/>.

⁷¹ Carlo De Pietro in ostali, Switzerland Health system review (2015), URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/293689/Switzerland-HiT.pdf, str. 117.

⁷² Carlo De Pietro in ostali, Switzerland Health system review (2015), URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/293689/Switzerland-HiT.pdf, str. 154.

teh storitev določijo specialisti v dogovoru z bolnišnico, s katero sodelujejo, ki dobi plačilo iz zavarovanja pacienta po metodi SPP. Z namenom lažjega pogajanja specialistov z bolnišnicami je švicarsko združenje zdravnikov izdalo katalog, ki vsebuje ceno zdravniških storitev za vsako SPP.⁷³

Kraljevina Belgija

V Belgiji so zdravniki samozaposleni. To velja tako za zdravnike na primarni ravni kot tudi za specialiste, ki dejavnost opravljajo bodisi sami bodisi v ekipi več zdravnikov.⁷⁴ Manj kot 1 odstotek zdravnikov je zaposlenih, od katerih je večina zaposlenih v organizaciji, ki je v njihovi lasti. Plačani so na podlagi opravljenih storitev s strani zdravstvenega zavarovanja (sickness funds) ter s strani pacienta, ki potem zahteva povrnitev stroškov od zdravstvenega zavarovanja. To plačilo je v teoriji izvedeno neposredno zdravniku, vendar pa v praksi svobodni zdravniki sklenejo sporazum z bolnišnico v kateri delajo, da ta za njih sprejema plačila ter zadrži del plačil kot odmeno za prostor, opremo, zaposlene ter druge storitve, s katerimi bolnišnica omogoča opravljanje storitev zdravniku. Kakšen bo ta dogovor in koliko sredstev bosta stranki dogovora prepustili zdravniku, je odvisno predvsem od ponudbe in povpraševanja po tem zdravniku ter njegovi specialnosti, od ugleda bolnišnice ter ugleda in izkušenj zdravnika.⁷⁵ V skladu z raziskavo iz leta 2010 so zdravniki, ki opravljajo medicinsko-tehnične storitve (npr. radiologija) prepustili okoli 60 odstotkov njihovih prihodkov bolnišnici, medtem ko so zdravniki, ki opravljajo storitve izven te kategorije, prepustili bolnišnici le okoli 20 odstotkov prihodkov.⁷⁶

Tiste zdravnike v univerzitetnih bolnicah, ki so zaposleni, za opravljanje zdravstvene dejavnosti motivirajo na drugačne načine (npr. za večanje števila osebja v bolnišnici prejema zaposleni zdravnik dodatke k plači).⁷⁷

⁷³ Wilm Quentin in ostali, Paying hospital specialists: Experiences and lessons from eight high-income countries (2018), URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851018300575#!>.

⁷⁴ Sophie Gerkens in Sherry Merkur, Belgium health systems review (2010), URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0014/120425/E94245.PDF, str. 153-154.

⁷⁵ Sophie Gerkens in Sherry Merkur, Belgium health systems review (2010), URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0014/120425/E94245.PDF, str. 111.

⁷⁶ Sophie Gerkens in Sherry Merkur, Belgium health systems review (2010), URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0014/120425/E94245.PDF, str. 112.

⁷⁷ Sophie Gerkens in Sherry Merkur, Belgium health systems review (2010), URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0014/120425/E94245.PDF, str. 112.

Višina cene za posamezne zdravstvene storitve se določi v nacionalnem dogovoru, ki se po obravnavi na Nacionalnem inštitutu za zdravstveno zavarovanje ter potrditvi s strani ministrstva, pristojnega za zdravje, posreduje vsem posameznim zdravnikom v odobritev. Dogovor začne učinkovati, če dogovor potrdi vsaj 40 odstotkov vseh zdravnikov v regiji. Potem ko dogovor začne veljati, morajo vsi zdravniki, ki so ga potrdili, spoštovati cene za storitve, določene v dogovoru, medtem ko zdravniki, ki dogovora niso potrdili, lahko svoje cene postavljajo svobodno. Možno je tudi, da zdravnik delno sprejme dogovor za delo v bolnišnici, medtem ko za svojo zasebno dejavnost dogovora ne sprejme.⁷⁸

6. PRESOJA POSLEDIC NA POSAMEZNA PODROČJA

6.1 Presoja administrativnih posledic

Zakon bo imel dodatne administrativne posledice, saj bo moral Zavod za zdravstveno zavarovanje izvesti postopek izbire ponudnikov zdravstvenih storitev. Z uvedbo neodvisnega ponudnika zdravniške službe zakon predvideva evidenco teh ponudnikov, ki jo bo vodilo ministrstvo za zdravje.

6.2 Presoja posledic na okolje, ki vključuje tudi prostorske in varstvene vidike

Zakon ne bo imel posledic za okolje.

6.3 Presoja posledic na gospodarstvo

Zakon med merili za izbiro vrst zdravstvenih storitev, za katere se izvede ukrepe po tem zakonu, določa vpliv čakalne dobe na poslabšanje zdravstvenega stanja pacienta ter njen vpliv na trajanje delavčeve odsotnosti z dela zaradi zdravstvenih razlogov. Glavni namen teh kriterijev je zmanjšanje javne porabe in povečanje produktivnosti slovenskega gospodarstva. Poslabšanje zdravstvenega stanja namreč povzroča dodatne stroške ZZZS in proračunu Republike Slovenije, saj pacienti potrebujejo dodatne zdravstvene storitve, ki jih ne bi potrebovali, če bi bile njihove zdravstvene težave hitreje rešene. Delavčeva odsotnost z dela zaradi zdravstvenih razlogov po podatkih Evropske komisije v Sloveniji predstavlja 1,4% stroškov dela. Poleg stroškov, ki jih nosijo delodajalci, so tu še stroški zmanjšanja produktivnosti slovenskega gospodarstva ter stroški nadomestila za odsotnost z dela, ki so

⁷⁸ Sophie Gerkens in Sherry Merkur, Belgium health systems review (2010), URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0014/120425/E94245.PDF, str. 113.

razdeljeni med delodajalce in ZZS.⁷⁹ S skrajšanjem čakalne dobe, se bodo skrajšale bolniške odsotnosti, kar bo imelo pozitivne ekonomske učinke.

6.4 Presoja posledic na socialnem področju

Zakon bo z zagotovitvijo sredstev za skrajševanje čakalnih vrst omogočil nemoteno izvajanje javne zdravstvene službe, s čimer se bosta zagotovila boljša dostopnost pacientov do zdravstvenih storitev ter spoštovanje njihovega časa.

6.5 Presoja posledic glede na dokumente razvojnega načrtovanja

Zakon ne bo imel posledic glede na dokumente razvojnega načrtovanja.

6.6 Presoja posledic na druga področja

Zakon na drugih področjih ne bo imel posledic.

6.7. Izvajanje sprejetega prepisa

Izvajanje zakona bodo v okviru svojih pristojnosti zagotavljali Vlada Republike Slovenije, Ministrstvo za zdravje ter ZZS.

6.8. Podatek o zunanjem strokovnjaku oz. pravni osebi, ki je sodelovala pri pripravi predloga zakona

Pri pripravi zakona niso sodelovali zunanji strokovnjaki oz. pravne osebe.

7. NAVEDBA, KATERI PREDSTAVNIKI PREDLAGATELJA BODO SODELOVALI PRI DELU DRŽAVNEGA ZBORA IN DELOVNIH TELES

8. PRIKAZ SODELOVANJA JAVNOSTI PRI PRIPRAVI PREDLOGA ZAKONA

Pri sprejetju zakona je s svojimi pobudami sodelovala Zdravniška zbornica Slovenije.

⁷⁹ Evropska komisija, Absence from work, URL: <https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2010/absence-from-work>.

II. BESEDILO ČLENOV

ZAKON

O INTERVENTNIH UKREPIH ZA STABILIZACIJO DELOVANJA JAVNEGA ZDRAVSTVENEGA SISTEMA (ZIUSDJZS)

I. SPLOŠNE DOLOČBE

1. člen

(vsebina in namen zakona)

(1) Ta zakon določa interventne ukrepe za zagotovitev stabilizacije delovanja javnega zdravstvenega sistema.

(2) Ukrepi iz prejšnjega odstavka so:

- enkratni ukrepi za stabilizacijo delovanja javnega zdravstvenega sistema in
- ureditev statusa neodvisnega ponudnika zdravniške službe.

II. ENKRATNI UKREPI ZA STABILIZACIJO DELOVANJA JAVNEGA ZDRAVSTVENEGA SISTEMA

2. člen

(ukrepi)

Enkratni ukrepi za stabilizacijo delovanja javnega zdravstvenega sistema zajemajo:

- začasno ureditev financiranja izvajanja javne službe v zdravstveni dejavnosti (v nadaljnjem besedilu: javne službe), kot jo določa zakon, ki ureja zdravstveno dejavnost, in
- zagotovitev sredstev Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: ZZZS) za opravljanje zdravstvenih storitev v skladu s tem zakonom, katerih plačilo je zagotovljeno zavarovanim osebam z obveznim zdravstvenim zavarovanjem, kot to določa zakon, ki ureja zdravstveno dejavnost, in Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 79/94, 73/95, 39/96, 70/96, 47/97, 3/98,

3/98, 51/98 – odl. US, 73/98 – odl. US, 90/98, 6/99 – popr., 109/99 – odl. US, 61/00, 64/00 – popr., 91/00 – popr., 59/02, 18/03, 30/03, 35/03 – popr., 78/03, 84/04, 44/05, 86/06, 90/06 – popr., 64/07, 33/08, 7/09, 88/09, 30/11, 49/12, 106/12, 99/13 – ZSVarPre-C, 25/14 – odl. US, 25/14, 85/14, 10/17 – ZČmIS in 64/18).

Začasna ureditev financiranja izvajanja javne službe

3. člen

(cena storitev)

ZZS je pri sklepanju pogodb vezan na cene storitev, kot so določene na dan uveljavitve tega zakona skladno z dogovorom iz 63. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C, 47/15 – ZZSDT, 61/17 – ZUPŠ in 64/17 – ZZDej-K) (v nadaljnjem besedilu: ZZVZZ).

Zagotovitev sredstev za izvajanje javne službe

4. člen

(viri sredstev)

(1) Sredstva za izvedbo ukrepa iz druge alineje 2. člena tega zakona se zagotovijo iz sredstev ZZS.

(2) Sredstva za izvedbo ukrepov iz druge alineje 2. člena tega zakona se ne glede na splošni dogovor za leto 2020 iz 63. člena ZZVZZ določijo z dodatkom k splošnemu dogovoru za leto 2020 iz 63. člena ZZVZZ, in sicer v taki višini, da se omogoči izvedbo storitev v skladu s tem zakonom ter upošteva cene v skladu s 3. členom tega zakona.

(3) Vrste zdravstvenih storitev in njihovo število iz prejšnjega odstavka določi vlada s sklepom iz 6. člena tega zakona.

Pogoji za izvajanje javne službe

5. člen

(opravljanje javne službe)

(1) Javno službo po tem zakonu lahko poleg izvajalcev zdravstvene dejavnosti, ki so na dan uveljavitve tega zakona vključeni v mrežo javne zdravstvene službe, opravljajo tudi drugi izvajalci zdravstvene dejavnosti, ki izpolnjujejo pogoje iz 3.a ali 35. člena Zakona o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 23/05 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 23/08, 58/08 – ZZdrS-E, 77/08 – ZDZdr, 40/12 – ZUJF, 14/13, 88/16 – ZdZPZD, 64/17 in 1/19 – odl. US) (v nadaljnjem besedilu: ZZDej).

(2) Izvajalec zdravstvene dejavnosti javno službo v skladu s tem poglavjem opravlja na podlagi pogodbe, ki jo sklene z ZZZS. To pogodbo opravlja izvajalec zdravstvene dejavnosti v svojem imenu in za svoj račun.

(3) Pogodba iz prejšnjega odstavka ni predmet dedovanja, prenosa ali druge oblike pravnega prometa. Pravni posel v nasprotju s prejšnjim stavkom je ničen.

6. člen

(sklep vlade)

(1) Vlada s sklepom, ki ga izda v 15 dneh od uveljavitve tega zakona, izmed vrst zdravstvenih storitev, pri katerih čakalne dobe presegajo tri mesece pri vsaj 75 odstotkih ponudnikov te storitve znotraj javne zdravstvene mreže, določi vrste zdravstvenih storitev, ki jih je potrebno opraviti po tem zakonu, ter njihovo število.

(2) Merila, na podlagi katerih vlada s sklepom iz prejšnjega odstavka določi vrste zdravstvenih storitev ter njihovo število, so:

- čakalna doba za izvedbo zdravstvene storitve posamezne vrste,
- vpliv čakalne dobe na poslabšanje zdravstvenega stanja pacienta in
- vpliv čakalne dobe na trajanje delavčeve odsotnosti z dela zaradi zdravstvenih razlogov.

7. člen

(javno vabilo k dajanju ponudb)

(1) ZZZS v 15 dneh od uveljavitve sklepa vlade iz prejšnjega člena objavi javno vabilo k dajanju ponudb v Uradnem listu Republike Slovenije in na spletni strani ZZZS, v katerem določi

obdobje opravljanja zdravstvenih storitev, ki se opravijo po tem zakonu, ter zgornjo omejitev števila ponujenih storitev posamezne vrste enega ponudnika. Obdobje iz prejšnjega stavka mora biti nepretrgano in ne sme biti krajše od treh mesecev.

(2) Izvajalci zdravstvene dejavnosti v roku 15 dni po objavi javnega vabila k dajanju ponudb podajo svoje ponudbe z navedbo števila ponujenih zdravstvenih storitev posamezne vrste za vsak mesec znotraj obdobja izvajanja storitev.

(3) ZZZS zavrže ponudbe, ki niso v skladu s prejšnjim odstavkom.

8. člen

(izpolnjevanje pogojev)

Izvajalec zdravstvene dejavnosti mora za sklenitev pogodbe izpolnjevati naslednje pogoje:

- ima dovoljenje za opravljanje zdravstvene dejavnosti, za katero poda ponudbo,
- ima v skladu z Zakonom o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 58/08, 107/10 – ZPPKZ, 40/12 – ZUJF, 88/16 – ZdZPZD, 40/17, 64/17 – ZZDej-K, 49/18 in 66/19, v nadaljnjem besedilu: ZZdrS), urejeno zavarovanje odgovornosti in
- pri ponudniku ne obstojijo izključitveni razlogi, ki veljajo za ponudnike v postopku oddaje javnih naročil.

9. člen

(izbira sopogodbena)

(1) ZZZS izbere vse pravočasne in popolne ponudbe, ki izpolnjujejo pogoje iz prejšnjega člena tega zakona.

(2) Če število vseh ponujenih zdravstvenih storitev posamezne vrste presega število storitev, ki jih določi vlada v sklepu iz 6. člena tega zakona, se sredstva razdelijo na podlagi roka za izvedbo storitev. Sredstva za izvedbo storitev za zadnji mesec, ko se zdravstvene storitve, določene v sklepu iz 6. člena tega zakona še opravlja, se razdelijo proporcionalno glede na število ponujenih storitev posamezne vrste vsakega ponudnika za tisti mesec.

(3) Če dve ali več ponudb konkurirajo za izvedbo iste zdravstvene storitve in je ni mogoče razdeliti na podlagi prejšnjega odstavka, jo ZZZS dodeli na podlagi vrstnega reda prispetja ponudb.

10. člen

(predmet pogodbe)

Predmet pogodbe je:

- število zdravstvenih storitev posamezne vrste,
- cena zdravstvenih storitev posamezne vrste,
- rok za izvedbo storitev posamezne vrste in
- pogodbeni kazen v skladu z 11. členom tega zakona.

11. člen

(pogodbena kazen)

(1) Pogodbena kazen iz četrte alineje prejšnjega člena se določi za primere, ko izvajalec zdravstvene dejavnosti v dogovorjenem roku ne opravi vseh zdravstvenih storitev posamezne vrste, ki se jih je zavezal opraviti.

(2) Pogodbene kazni iz četrte alineje prejšnjega člena ni dolžan plačati izvajalec zdravstvene dejavnosti, če v dogovorjenem roku izvede več kot 80 odstotkov zdravstvenih storitev posamezne vrste, ki se jih je zavezal opraviti, vendar preostanek teh storitev opravi v naslednjem koledarskem mesecu.

(3) Višina pogodbene kazni je 30 odstotkov vrednosti neopravljenih storitev.

(4) Zneski izterjanih pogodbenih kazni se razdelijo med izvajalce zdravstvene dejavnosti, ki so v roku izpolnili svoje obveznosti iz pogodb po tem poglavju.

12. člen

(obveznosti zavarovalnic)

(1) Zavarovalnica, ki izvaja dopolnilno zdravstveno zavarovanje, krije storitve, ki so predmet pogodbe iz 10. člena tega zakona, v enakem obsegu in pod enakimi pogoji kot je to določeno v zakonu, ki ureja zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje.

(2) Zavarovalnica, ki izvaja dopolnilno zdravstveno zavarovanje, poslovno sodeluje na področju dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja tudi z izvajalci javne službe iz 5. člena tega zakona, ki na dan uveljavitve tega zakona niso vključeni v mrežo javne zdravstvene službe.

(3) Zavarovalnica, ki izvaja dopolnilno zdravstveno zavarovanje, z izvajalci iz prejšnjega odstavka sklene pogodbo na področju dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja v obsegu, ki je potreben za izvedbo storitev, ki so predmet pogodbe iz 10. člena.

13. člen

(plačilo izvajalcem zdravstvene dejavnosti)

(1) Izbrani izvajalec zdravstvene dejavnosti po preteku koledarskega meseca v katerem je opravil zdravstvene storitve posamezne vrste, za katere je bila sklenjena pogodba iz tega poglavja, pošlje račun, iz katerega je razvidno število opravljenih zdravstvenih storitev posamezne vrste v tem koledarskem mesecu.

(2) ZZS v 15 dneh po prejemu računa iz prejšnjega odstavka opravi plačilo za opravljene zdravstvene storitve posamezne vrste.

14. člen

(izvedba storitev)

(1) Izvajalec zdravstvene dejavnosti, ki je na dan uveljavitve tega zakona vključen v mrežo javne zdravstvene službe, opravi zdravstvene storitve posamezne vrste, za katere je sklenil pogodbo iz drugega odstavka 5. člena, tistim pacientom, ki so na dan uveljavitve tega zakona na čakalnem seznamu pri tem izvajalcu.

(2) Ne glede na določbe prejšnjega odstavka je pacient upravičen do oprave storitev po tem zakonu tudi, če izvajalcu zdravstvene dejavnosti z dokazilom, ki ga izda ZZS na zahtevo

pacienta, dokaže, da je bil v času uveljavitve tega zakona uvrščen na čakalni seznam pri enem izmed izvajalcev v mreži javne zdravstvene službe.

III. NEODVISNI PONUDNIK ZDRAVNIŠKE SLUŽBE

15. člen

(pojem)

(1) Neodvisni ponudnik zdravniške službe (v nadaljnjem besedilu: neodvisni ponudnik) je fizična oseba, ki izpolnjuje pogoje za samostojno opravljanje zdravniške službe določene v zakonu, ki ureja zdravniško službo in sklene pogodbo o storitvah zdravniške službe z izvajalci zdravstvene dejavnosti iz 18. člena tega zakona.

(2) Neodvisni ponudnik opravlja storitve zdravniške službe preko pravnoorganizacijske oblike podjetnika, po zakonu, ki ureja gospodarske družbe.

(3) Dohodek pridobljen na podlagi pogodbe o storitvah zdravniške službe se ne šteje kot dohodek iz zaposlitve, temveč kot dohodek iz opravljanja dejavnosti.

(4) Za neodvisnega ponudnika se ne uporabljajo pravila o zasebnih zdravstvenih delavcih in zasebni zdravstveni dejavnosti, ki jih določa zakon, ki ureja zdravstveno dejavnost.

(5) Neodvisni ponudnik ne potrebuje dovoljenja za izvajanje zdravstvene dejavnosti iz zakona, ki ureja zdravstveno dejavnost.

16. člen

(razmerje med neodvisnim ponudnikom in izvajalci zdravstvene dejavnosti)

(1) Neodvisni ponudnik sklepa pogodbe o opravljanju storitev zdravniške službe z izvajalci zdravstvene dejavnosti.

(2) Neodvisni ponudnik opravlja storitve zdravniške službe v imenu in za račun izvajalca zdravstvene dejavnosti, s katerim ima sklenjeno pogodbo o opravljanju storitev zdravniške službe.

(3) Neodvisni ponudnik opravlja storitve zdravniške službe osebno in jih ne sme prepusti v opravljanje drugi osebi.

(4) Za škodo, ki jo povzroči neodvisni ponudnik, ko opravlja storitve zdravniške službe, se uporabljajo pravila odškodninske odgovornosti delavca, določena v zakonu, ki ureja delovna razmerja.

(5) Zavarovanje odgovornosti neodvisnega ponudnika, ko opravlja storitve zdravniške službe, krije izvajalec zdravstvenih dejavnosti.

(6) Za javni zavod, s katerim neodvisni ponudnik sklene pogodbo o opravljanju storitev zdravniške službe, se ne uporabljajo pravila o sklepanju podjemnih pogodb, ki so določene v zakonu, ki ureja zdravstveno dejavnost.

17. člen

(konkurenčna dejavnost zaposlenih)

Če je neodvisni ponudnik zaposlen v javnem zavodu, za katerega se uporabljajo pravila o opravljanju konkurenčne dejavnosti, kot jo ureja zakon, ki ureja zdravstveno dejavnost, se zanj uporabljajo pravila o prepovedi konkurence določena v zakonu, ki ureja delovna razmerja.

18. člen

(pogodba o storitvah zdravniške službe)

(1) Neodvisni ponudnik opravlja storitve zdravniške službe na podlagi pogodb o storitvah zdravniške službe.

(2) Neodvisni ponudnik lahko sklene eno ali več pogodb o storitvah zdravniške službe z izvajalci zdravstvene dejavnosti.

(3) Pogodba se sklene za določen ali nedoločen čas. Če je pogodba sklenjena za nedoločen čas je odpovedni rok dva meseca. Ne glede na določbe pogodbe, pogodba o opravljanju storitev zdravniške službe preneha, če neodvisni ponudnik ne izpolnjuje pogojev za samostojno opravljanje zdravniške službe.

(4) Pogodba o opravljanju zdravniške službe vsebuje najmanj naslednje določbe:

- o vrsti, obsegu in načinu izvajanja storitev, ki jih bo za izvajalca zdravstvene dejavnosti opravil neodvisni ponudnik,
- rok za opravo določenega obsega storitev,
- kraj opravljanja storitev,
- plačilo za opravljene storitve,
- zavarovanje poklicne odgovornosti in
- pravice in obveznosti strank v zvezi z zagotavljanjem pogojev za opravljanje teh storitev.

(5) Pogodba, ki ne ureja določb iz prejšnjega odstavka, je nična.

(6) Kolikor ni s tem zakonom drugače določeno, se za pogodbo o storitvah zdravniške službe uporabljajo pravila obligacijskega prava, ki veljajo za podjetno pogodbo.

19. člen

(sklenitev pogodbe o storitvah zdravniške službe in evidenca neodvisnih ponudnikov)

(1) Neodvisni ponudnik in izvajalec zdravstvene dejavnosti o sklenitvi ter vsebini pogodbe odločata svobodno.

(2) Neodvisni ponudnik v 15 dneh po sklenitvi vsake pogodbe o storitvah zdravniške službe priglasil ministrstvu, pristojnemu za zdravje, začetek in čas opravljanja storitev ter firmo in sedež izvajalca zdravstvene dejavnosti, s katerim ima neodvisni ponudnik sklenjeno pogodbo o storitvah zdravniške službe.

(3) Neodvisni ponudnik ne sme pričeti z začetkom opravljanja storitev zdravniške službe, dokler ministrstvu, pristojnemu za zdravje, ne priglasil začetka opravljanja storitev zdravniške službe.

(4) Ministrstvo, pristojno za zdravje, na podlagi priglasitve iz drugega odstavka tega člena, vpiše neodvisnega ponudnika v evidenco neodvisnih ponudnikov.

(5) Ministrstvo, pristojno za zdravje, začne postopek izbrisa iz evidencie neodvisnih ponudnikov po uradni dolžnosti, če:

- neodvisni ponudnik v roku enega leta po prenehanju pogodbe ne sklene nove pogodbe o storitvah zdravniške službe ali
- neodvisni ponudnik ne izpolnjuje pogojev, določenih v prvem odstavku 15. člena tega zakona,

(6) Za namen spremljanja neodvisnih ponudnikov vodi ministrstvo, pristojno za zdravje, evidenco neodvisnih ponudnikov, ki vsebuje naslednje podatke:

- firmo in sedež neodvisnega ponudnika,
- datum začetka opravljanja storitev zdravniške službe,
- firmo in sedež izvajalca zdravstvene dejavnosti, s katerim ima neodvisni ponudnik sklenjeno pogodbo o storitvah zdravniške službe,
- datum prenehanja opravljanja storitev zdravniške službe.

20. člen

(smiselna uporaba poglavja za zasebnega zdravnika)

Določbe tega poglavja se smiselno uporabljajo za zasebnega zdravnika, ki ima dovoljenje iz 3.a člena ZZDej oziroma je vpisan v register iz 35. člena ZZDej, ko opravlja storitve zdravniške službe po tem zakonu.

IV. KAZENSKA DOLOČBA

21. člen

(prekrškovna odgovornost)

(1) Z globo od 300 do 5.000 eurov, inšpektorat, pristojen za zdravje, kaznuje osebo, ki v nasprotju z drugim odstavkom 19. člena tega zakona prične z opravljanjem storitev zdravniške službe, preden priglasi začetek opravljanja storitev zdravniške službe ali v roku določenem v istem odstavku ne priglasi nadaljnjih pogodb o storitvah zdravniške službe.

(2) Prekrškovni organi po tem zakonu o kršitvah tega zakona odločajo kot prekrškovni organ v skladu z zakonom, ki ureja prekrške.

(3) Prekrškovni organi po tem zakonu sme v hitrem prekrškovnem postopku izreči tudi globo v znesku, ki je višji od najnižje predpisane globe, določene s tem zakonom.

V. PREHODNA IN KONČNA DOLOČBA

22. člen

(vzpostavitev evidence)

Ministrstvo, pristojno za zdravje, vzpostavi evidenco neodvisnih ponudnikov iz 19. člena tega zakona v roku 30 dni od uveljavitve tega zakona.

23. člen

(začetek veljavnosti zakona)

Ta zakon začne veljati naslednji dan po objavi v Uradnem listu Republike Slovenije.

III. OBRAZLOŽITEV ČLENOV

K 1. členu (vsebina in namen zakona)

V 1. členu je določena vsebina zakona. Zakon določa interventne ukrepe za zagotovitev stabilizacije delovanja zdravstvenega sistema. Zakon pri tem uvaja dva ukrepa za zagotovitev tega cilja in sicer enkratne ukrepe za stabilizacijo delovanja javnega zdravstvenega sistema in ureditev statusa neodvisnega zdravnika.

K 2. členu (ukrepi)

Člen določa enkratne ukrepe za stabilizacijo delovanja javnega zdravstvenega sistema. Pri tem določa začasno ureditev financiranja izvajanja javne službe v zdravstveni dejavnosti, ki odstopa od koncesijske ureditve v ZZDej. Sredstva iz ZZZS se bodo namenila le za zdravstvene storitve, ki so po pravilih Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju financirane iz javnih sredstev. Sredstva za te zdravstvene storitve se bodo namenila le za tak obseg storitev, kot je določen v Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju in na njegovi podlagi sprejetimi podzakonskimi akti, presežek vrednosti storitve bo moral pacient plačati sam oz. zavarovalnice, ki izvajajo dopolnilno zdravstveno zavarovanje.

K 3. členu (cena storitev)

3. člen skladno z Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju določa, da je ZZZS pri sklepanju pogodb vezan na cene storitev, kot so določene na dan uveljavitve tega zakona skladno s 63. členom Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. S tem se želi zagotoviti, da se bo javna služba v skladu s tem zakonom opravljala pod enakimi pogoji, kot sicer veljajo za izvajalce javne službe pred sprejetjem tega zakona.

K 4. členu (viri sredstev)

Sredstva za izvajanje javne službe po tem zakonu se zagotovijo iz obstoječih sredstev ZZZS-ja, zato zakon nima finančnih posledic za državni proračun ali za proračune lokalnih skupnosti.

Vrste zdravstvenih storitev, ki jih bo financiral ZZZS na podlagi tega zakona in njihovo število bo določila vlada s posebnim sklepom.

K 5. členu (opravljanje javne službe)

Člen določa, da lahko javno službo po tem zakonu ne glede določbo prvega odstavka 41. člena ZZDej začasno opravljajo tudi drugi izvajalci zdravstvene dejavnosti, če izpolnjujejo pogoje iz 3.a in 35. člena ZZDej. Zakon tako omogoča pogoje za vključitev dodatnih (prostih) kapacitet za opravljanje javne službe.

V drugem odstavku je določeno, da lahko izvajalec zdravstvene dejavnosti, ki izpolnjuje pogoje iz prvega odstavka, javno službo v skladu s tem zakonom opravlja na podlagi pogodbe, ki jo sklene z ZZS. S tem zakon začasno odstopa od sistema koncesij (tj. koncesije kot pooblastila za izvajanje javne zdravstvene službe), na način da se pooblastilno razmerje izvajalca za izvajanje javne službe začasno vzpostavi s sklenitvijo pogodbe (z ZZS) o opravljanju storitev po temu zakonu.

Pogodba ni predmet pravnega prometa, s čimer se ta režim začasnega opravljanja javne službe izenači z režimom neprenosljivosti koncesijskega opravljanja javne zdravstvene službe.

K 6. členu (sklep vlade)

Zdravstvene storitve, za katere je potrebno izvesti enkratne ukrepe za zagotovitev stabilizacije delovanja javnega zdravstvenega sistema, določi Vlada Republike Slovenije s sklepom. Pri tem zakon določa, da so to tiste vrste zdravstvenih storitev, katerih čakalna doba presega tri mesece pri vsaj 75 odstotkih ponudnikov te storitve znotraj javne zdravstvene mreže. Izmed teh zdravstvenih storitev bo vlada na podlagi meril odločila, za katere zdravstvene storitve posamezne vrste bo dodelila sredstva.

Drugi odstavek določa, da mora Vlada Republike Slovenije v sklepu določiti skupno število zdravstvenih storitev posamezne vrste na podlagi meril, ki jih določa ta odstavek. Zakon želi skrajšati čakalno dobo zlasti pri storitvah, pri katerih je čakalna doba najdaljša, ter kjer čakalna doba najbolj negativno vpliva na poslabšanje zdravstvenega stanja in trajanje delavčeve zdravstvene odsotnosti z dela. Delavčeva odsotnost z dela in poslabšanje zdravstvenega stanja povzročata dodatne stroške v breme delodajalcev ter javne zdravstvene blagajne, zato skrajšanje čakalne dobe, ki vpliva tudi na skrajšanje bolniških odsotnosti ter zmanjšanje dodatnih zdravstvenih storitev, pomembno prispeva k privarčevanju javnih sredstev.

Zakon se v tem členu glede pristojnosti prenosa pristojnosti na Vlado Republike Slovenije zgleduje po že sprejetem Zakonu o interventnih ukrepih za zagotovitev finančne stabilnosti javnih zdravstvenih zavodov, katerih ustanovitelj je Republika Slovenija.

K 7. členu (javno vabilo k dajanju ponudb)

Javno vabilo k dajanju ponudb, na podlagi katerega bo ZZS sklenil pogodbe z izbranimi izvajalci zdravstvene dejavnosti, bo objavljeno v Uradnem listu RS in na spletni strani zavoda. Tako bo zagotovljena možnost sodelovanja čim večjemu krogu izvajalcev zdravstvenih storitev – zagotovitev načela javnosti in transparentnosti. ZZS bo v javnem vabilu določil obdobje opravljanja zdravstvenih storitev, ki se opravijo po tem zakonu. ZZS bo v sklepu določil tudi zgornjo mejo obsega ponudbe, kar poleg pogodbene kazni predstavlja dodatno varovalko, da izvajalci ne bi prevzemali obveznosti, ki jih ne bi mogli izpolniti. Prav tako bo ZZS v javnem vabilu povzel oz. se skliceval na sklep vlade iz prejšnjega člena, v katerem so določene vrste zdravstvenih storitev ter njihovo število.

Ponudniki bodo svoje ponudbe dali po mesecih znotraj predvidenega obdobja. Tako jim bo omogočeno, da si bodo konkurirali po času opravljanja storitev. Če ponudniki ne bodo dali ponudb v taki obliki, bodo njihove ponudbe zavržene.

K 8. členu (izpolnjevanje pogojev)

8. člen določa pogoje, ki jih mora izvajalec zdravstvenih storitev izpolnjevati za sklenitev pogodbe. Pri tem določa, da mora imeti izvajalec: (i) dovoljenje za opravljanje zdravstvene dejavnosti, (ii) urejeno zavarovanje odgovornosti za svoje zdravnike in (iii) pri izvajalcu ne obstojijo izključitveni razlogi, ki veljajo za ponudnike v postopku oddaje javnih naročil. S tem želi zakon zagotoviti ustrezno raven izvedbe zdravstvenih storitev.

K 9. členu (izbira sopogodbenika)

ZZS bo pogodbe za izvedbo zdravstvenih storitev posamezne vrste sklenil z vsemi ponudniki, če bo dovolj sredstev. V primeru, da bo obseg ponudb za zdravstvene storitve določene vrste večji od obsega določenega v javnem vabilu, bo moral ZZS izbrati le tiste ponudbe, ki imajo najboljši rok za izvedbo storitev. Če bo takšnih ponudb več, bo ZZS oddajal ponudnikom proporcionalno glede na obseg (število) ponujenih storitev. ZZS bo sredstva za izvedbo

storitev dodeljeval tako, da bo ponudnik dobil sredstva za izvedbo celotne storitve. V primeru, ko na podlagi proporcionalne razdelitve ZZZS ne bi mogel razdeliti vseh storitev, se preostale storitve razdelijo na podlagi vrstnega reda prispetja ponudb.

Primer: ZZZS bo v javnem vabilu za mesece maj, junij in julij namenil sredstva za 100 operacij kolka. Ponudnik A bo v ponudbi navedel, da lahko v vsakem mesecu izvede 50 operacij kolka, ponudnik B bo v ponudbi navedel, da lahko v vsakem mesecu izvede 25 operacij kolka. ZZZS bo v celoti izbral ponudbi ponudnika A in B za mesec maj. V mesecu juniju bo ponudniku A namenil sredstva za 17 operacij kolka, ponudniku B pa sredstva za osem operacij (decimalke se zaokrožijo na celo številko). Ponudba ponudnika A namreč predstavlja 2/3 vseh ponudb za mesec junij, zato mu je potrebno dodeliti 2/3 še predvidenih storitev, kar predstavlja 16,66 operacij kolka. Ker se decimalke zaokrožijo na celo storitev, bo A dobil sredstva za 17 operacij. Ponudbi za mesec julij ne bosta sprejeti, saj sta z vidika roka izvedbe storitev najslabši.

K 10. členu (predmet pogodbe)

V pogodbi bosta ZZZS in izbrani izvajalec zdravstvene dejavnosti konkretnije uredila medsebojno razmerje. Zakon določa sestavine pogodbe, ki so nujno potrebne za nadzor nad izvajanjem pogodbe in zagotavljanjem morebitnega uveljavljanja pogodbene kazni.

K 11. členu (pogodbena kazen)

Zakon v 11. členu uvaja pogodbeno kazen za primere, ko izvajalec zdravstvene dejavnosti ne opravi vseh storitev, ki se jih je zavezal opraviti v dogovorjenem roku. Zaradi velike potrebe po zagotavljanju spoštovanja določil pogodbe, ki je sklenjena zaradi namena skrajševanja čakalnih vrst, določa zakon pogodbeno kazen v višini 30 odstotkov vrednosti neopravljenih storitev. Ukrep pogodbene kazni, ki jo uvaja zakon, bo spodbudil izvajalce zdravstvene dejavnosti, da izvedejo storitve za katere so se zavezali s pogodbo z ZZZS – javni oz. zasebni ponudniki bodo morali realizirati obljubljenе storitve, sicer bodo plačali pogodbeno kazen.

Kot dodatno vzpodbudo izvajalcev zdravstvene dejavnosti za ustrezno in pravočasno izpolnjevanje sklenjene pogodbe četrti odstavek določa, da se zneski pogodbenih kazni pridobljenih na podlagi tega zakona, razdelijo med izvajalce zdravstvene dejavnosti, ki so v roku izpolnili svoje obveznosti iz pogodb po tem zakonu.

K 12. členu (obveznosti zavarovalnic)

Zavarovalnica, ki izvaja dopolnilno zavarovanje, bo na podlagi tega člena morala kriti razliko med ceno storitve, ki je določena na podlagi določbe iz 3. člena tega zakona, ter plačilom, ki je zagotovljeno iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Izvajalec mora za ta namen posredovati zavarovalnici podatke, potrebne za izvajanje pravic iz dopolnilnega zavarovanja. Zavarovalnici bo potrebno pokriti le toliko, kolikor je določeno po pravilih ZZVZZ.

Člen zahteva od zavarovalnic, ki izvajajo dopolnilno zdravstveno zavarovanje, da z izvajalci, ki še nimajo sklenjene pogodbe o plačilu zdravstvenih storitev iz dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja (tj. zasebniki izven javne mreže), sklene pogodbo z enako vsebino, kot jo sklepa z izvajalci zdravstvene dejavnosti, ki so že pred uveljavitvijo tega zakona bili v javni mreži. Sredstva za opravo zdravstvenih storitev, ki jih bo na podlagi tega zakona zagotovil ZZS, bodo namreč pokrivala le tisti obseg storitev, ki se pokrivajo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Presežek vrednosti storitve bodo pokrili pacienti sami oz. zavarovalnice. Ker bodo na podlagi tega zakona izvajali zdravstvene storitve tudi ponudniki, ki doslej še niso izvajali javne zdravstvene službe (tj. zasebniki izven javne mreže), bodo morale zavarovalnice s temi ponudniki skleniti pogodbo. Za ponudnike, ki imajo pogodbo z zavarovalnicami že sklenjeno (ponudniki, ki so že prej bili v javni mreži), ponovno oz. dodatno sklepanje pogodb ni potrebno.

K 13. členu (plačilo izvajalcem zdravstvene dejavnosti)

Izbrani izvajalec zdravstvene dejavnosti po preteku koledarskega meseca, v katerem je opravil zdravstvene storitve posamezne vrste, za katere je bila sklenjena pogodba, pošlje račun iz katerega je razvidno število opravljenih zdravstvenih storitev posamezne vrste v tem koledarskem mesecu. ZZS mu v petnajstih dneh od prejema računa nakaže sredstva, do katerih je upravičen na podlagi tega zakona.

K 14. členu (izvedba storitev)

Pravico do prejema storitev po tem zakonu imajo le pacienti, ki so na dan uveljavitve zakona že vpisani na enem izmed obstoječih čakalnih seznamov. Zakon za uveljavljanje njihove pravice predstavlja dva sistema, ki bi bila ločena glede na to ali se bo pacient odločil, da se bo za

izvedbo zdravstvene storitve naročil pri izvajalcu, pri katerem je že uvrščen na čakalni seznam, ali pri drugem izvajalcu.

Pacient, ki se bo odločil, da se bo za zdravstveno storitev, ki bo financirana po tem zakonu, naročil pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti, pri katerem ni na čakalnem seznamu, bo moral pridobiti dokazilo, ki ga bo izdajal ZZS, saj ima ta pregled nad izdanimi, še vedno veljavnimi, napotnimi listinami.

K 15. členu (pojem)

Novo poglavje ureja neodvisnega ponudnika storitev zdravniške službe, ki je lahko fizična oseba, če izpolnjuje pogoje za samostojno opravljanje zdravniške službe (licenca).

Neodvisni ponudnik bo lahko opravljal storitve kot samostojni podjetnik posameznik.

Zakon izrecno določa, da se dohodek ne bo štel kot dohodek iz zaposlitve (tj. odvisnega pogodbenega razmerja), ampak kot dohodek iz dejavnosti (tj. neodvisno pogodbeno razmerje).

Neodvisni ponudnik ne bo rabil pridobiti dovoljenja za opravljanje zdravstvene dejavnosti, ki je določen v ZZDej, niti se zanj ne bodo uporabljala pravila o zasebnih zdravstvenih delavcih ter zasebni zdravstveni dejavnosti, saj bo storitve izvajal za druge izvajalce zdravstvene dejavnosti, ki takšno dovoljenje že imajo.

K 16. členu (razmerje med neodvisnim ponudnikom in izvajalci zdravstvene dejavnosti)

Neodvisni ponudnik bo svojo dejavnost opravljal na podlagi pogodb o opravljanju storitev zdravniške službe, ki štejejo za posebno vrsto podjemne pogodbe. Neodvisni ponudnik se bo v razmerju do uporabnikov storitev (tj. pacientov) pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti štel kot del izvajalca zdravstvene dejavnosti. Vse kršitve ali nastalo škodo bodo pacienti še naprej lahko uveljavljali (tudi) proti izvajalcu zdravstvene dejavnosti. V kolikor bo izvajalec zdravstvene dejavnosti pokrtil škodo za katero bo odgovoren neodvisen ponudnik, bo izvajalec zdravstvene dejavnosti lahko uveljavljal regresni zahtevek proti neodvisnemu ponudniku, če bo škoda nastala na podlagi njegove hude malomarnosti ali naklepa.

V tretjem, četrtem in petem odstavku je status izvajalca zdravstvenih storitev podoben statusu delodajalca, saj bo neodvisni ponudnik storitve opravljal osebno, izvajalec zdravstvene dejavnosti pa bo moral poskrbeti za ustrezno zavarovanje odgovornosti neodvisnega ponudnika. Izvajalec bo odgovarjal za škodo, ki jo bo povzročil neodvisni ponudnik, če bo opravljal storitve zdravniške službe. Zakon določa izjemo od uporabe pravil 53.c člena Zakona o zdravstveni dejavnosti, saj bi ta onemogočala neodvisnemu ponudniku oziroma javnemu izvajalcu zdravstvenih storitev učinkovito sklepanje pogodb o izvajanju storitev zdravniške službe.

K 17. členu (konkurenčna dejavnost zaposlenih)

Zakon v tem členu ponovno določa izjemo od uporabe pravil ZZDej, saj so pravila tega zakona pretirano omejujoča za neodvisnega ponudnika. Neodvisni ponudnik, ki bo hkrati zaposlen pri javnem zdravstvenem zavodu, bo moral za opravljanje konkurenčne dejavnosti pridobiti le dovoljenje delodajalca, ki ga zahteva zakon o delovnih razmerjih. S tem se zagotovi potrebna fleksibilnost neodvisnega ponudnika.

Zakon določa odstop od pravil, ki omejujejo konkurenčno dejavnost zaposlenih zdravnikov in jih določa zakon, ki ureja zdravstveno dejavnost. Zakon o zdravstveni dejavnosti namreč določa, da je konkurenčno delo zdravnika tudi v primeru soglasja delodajalca omejeno na 8 ur na teden. Odstop od takšne ureditve je zato potreben za zagotovitev potrebnega obsega ponudbe zdravniških storitev, ki je med glavnimi cilji tega zakona.

K 18. členu (pogodba o storitvah zdravniške službe)

Neodvisni ponudnik bo lahko opravljal dejavnost zdravniške službe le na podlagi pogodbe o storitvah zdravniške službe. Pogodba o storitvah zdravniške službe bo posebna vrsta podjemne pogodbe, kjer bosta morali stranki določno urediti pogodbeno razmerje. Določna ureditev pogodbenega razmerja med neodvisnim ponudnikom in izvajalcem zdravstvene dejavnosti ima namen preprečevanja nesoglasji, ki bi lahko vplivala na kontinuiranost izvajanja zdravstvene dejavnosti. Pogodbeni stranki bosta morali tako že vnaprej doreči npr. način, obseg, vrsto, kraj izvajanja storitev zdravniške službe. Glede na to, da gre za posebno vrsto podjemne pogodbe, je čas opravljanja storitev v domeni neodvisnega ponudnika. Bistven je le rok, v katerem bo opravljen določen obseg storitev zdravniške službe. Na podlagi pogodbe bo

lahko neodvisen ponudnik sam ustrezno organiziral delo ter zagotovil pravočasno obravnavo pacientov. Zakon sicer določa nekatere posebnosti kjer se pogodba o storitvah zdravniške službe razlikuje od splošnih lastnosti podjemne pogodbe (npr. oseba oprava storitev).

V kolikor vsebina pogodbe ne bo vsebovala sestavin, ki so določene v tem členu, bo pogodba nična.

K 19. členu (sklenitev pogodbe o storitvah zdravniške službe in evidenca neodvisnih ponudnikov)

Zakon v tem členu sledi načelu avtonomije pri urejanju pogodbenih razmerji. Neodvisni ponudnik in zasebni ali javen izvajalec zdravstvenih storitev bosta pri določanju vsebine pogodbe vezana le na kogentne zakonske določbe (zlasti prejšnjega in tega člena tega zakona), v preostalem pa zanj velja načelo prostega urejanja pogodbenih razmerij.

Za transparentnost in pregled nad neodvisnimi ponudniki drugi odstavek zahteva od neodvisnih ponudnikov, da priglasijo začetek opravljanja storitve po sklenitvi vsake pogodbe o storitvah zdravniške službe. Ponudniku ni treba pridobiti soglasja ministrstva za zdravje, ampak je za začetek opravljanja storitev potrebna le priklasitev. Ponudnik lahko začne opravljati storitve zdravniške službe, ko priporočeno pošlje priklasitev oz., ko neposredno vroči ministrstvu za zdravje.

Zakon ustvarja novo evidenco neodvisnih ponudnikov, kjer se bodo vodili podatki o njih ter o izvajalcih zdravstvene dejavnosti, kjer bodo opravljali storitve zdravniške službe. Pri tem se zakon zgleduje po 3.c členu ZZDej.

K 20. členu (smiselna uporaba poglavja za zasebnega zdravnika)

Ko zasebni zdravnik opravlja storitve zdravniške službe za izvajalce zdravstvene dejavnosti, je njegov položaj v bistvenem enak položaju neodvisnega ponudnika. Zato zakon za tovrstna razmerja sledi načelu enakosti in določa skladno uporabo pravil tega poglavja za zasebne zdravnike, ko sklepajo pogodbe o opravljanju zdravniške službe.

Smiselna uporaba določb tega poglavja je potrebna, saj nekatere določbe, ki veljajo za neodvisnega ponudnika, niso primerne za uporabo pri zasebnem zdravniku.

Smiselna uporaba določb poglavja o neodvisnem ponudniku tudi za zasebnega zdravnika pa ne izključuje uporabe pravil Zakona o zdravniški službi.

K 21. členu (prekrškovna odgovornost)

Člen določa prekrškovno odgovornost neodvisnega ponudnika, ki bi pričel z opravljanjem zdravstvenih storitev na podlagi pogodbe o opravljanju zdravniške službe, ne da bi priglasi začetek ministrstvu, pristojnem za zdravstvo. Prav tako člen določa izjemo od splošne ureditve zakona, ki ureja prekrške, da sme prekrškovni organ v hitrem prekrškovnem postopku, za prekrške, pri katerih je globa predpisana v razponu, globo izreči le v višini najnižje predpisane globe, v kolikor ni v posebnem zakonu določeno drugače. S tem zakonom se določa izjema, saj gre lahko za različne višine nenamensko porabljenih sredstev in ne bi bilo primerno, da bi se ne glede na višino nenamensko porabljenih sredstev globa za prekršek vedno izrekala v višini najnižje predpisane globe.

K 22. členu (vzpostavitev evidence)

Zakon določa, da mora ministrstvo za zdravje evidenco neodvisnih ponudnikov vzpostaviti najkasneje v 30 dneh od uveljavitve tega zakona.

K 23. členu (začetek veljavnosti zakona)

Zaradi nujnega čimprejšnjega izvajanja posameznih interventnih ukrepov iz tega zakona za stabilizacijo javnega zdravstvenega sistema, začne zakon veljati naslednji dan po objavi v Uradnem listu Republike Slovenije