



REPUBLIKA SLOVENIJA  
DRŽAVNI SVET

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

Številka: 501-01/17-1/ EPA 1930-VII  
Ljubljana, 26. 6. 2017

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

**Mnenje**

**k Predlogu zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstveni dejavnosti (ZZDej-K) – druga obravnava**

Komisija za socialno varstvo, delo, zdravstvo in invalide je na 76. seji 22. 6. 2017 obravnavala Predlog zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstveni dejavnosti (ZZDej-K), ki ga je v obravnavo Državnemu zboru po rednem postopku predložila Vlada Republike Slovenije.

Komisija predlog zakona **podpira**.

Komisija ugotavlja, da predlagane rešitve novele zakona zajemajo sedem različnih vsebinskih sklopov (izdaja dovoljenj za opravljanje zdravstvene dejavnosti (določitev pogojev in postopka izdaje dovoljenja ter razlogi in postopek za odvzem dovoljenja – poenoteno za vse izvajalce zdravstvene dejavnosti, ne glede na statusno obliko); koncesije ( uvedba sistema, ki bo omogočil podeljevanje koncesij na transparenten in enoten način; podeljevanje zgolj v primerih, ko javni zdravstveni zavodi določenih storitev ne morejo izvajati oziroma jih ne morejo izvajati v potrebnem obsegu; podeljevanje za obdobje 15 let, z možnostjo podaljšanja za nadaljnjih 15 let; strateško načrtovanje na podlagi sprejema koncesijskega akta; nadzor nad delom koncesionarjev); izvajanje zdravstvene dejavnosti s strani socialnovarstvenih zavodov in zavodov za usposabljanje in izobraževanje otrok in mladostnikov z motnjami v duševnem in telesnem razvoju (zagotovitev pravnih podlag za opravljanje in financiranje zdravstvene dejavnosti v njihovem okviru); dopolnitev ureditve dela zdravstvenih delavcev izven javnih zdravstvenih zavodov oziroma drugih javnih zavodov, ki opravljajo zdravstveno dejavnost; implementacija Direktive 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 9. marca 2011 o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu (določitev sedeža izvajalca zdravstvene storitve, v primeru, da se slednja izvede v obliki tele-medicine); pripravništvo zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev (poenoteno na šest mesecev), oglaševanje zdravstvene dejavnosti (prepoved zavajajočega, nedostojnega oziroma nedovoljenega primerjalnega oglaševanja) ter nadzor nad izvajanjem zdravstvene dejavnosti (celostna ureditev področja nadzorov (notranji, strokovni, upravni, inšpekcijski), možnost povezovanja različnih vrst nadzorov (sistemski nadzor), določitev zakonskih podlag za delo inšpekcijskih organov (nosilni organ Zdravstveni inšpektorat RS) ter možne izreke ukrepov)), z namenom ohranjanja in krepitve

zdravstvenega sistema, ki temelji na javni zdravstveni službi, ter zagotavljanja kakovosti in strokovnosti izvajanja zdravstvene dejavnosti. Predlog zakona po navedbah predlagatelja temelji na osnovnih načelih zdravstvenega varstva (zagotavljanje kakovostne zdravstvene obravnave, univerzalnost, solidarnost zdravstvenega zavarovanja, humanost, pravična dostopnost in ekonomska vzdržnost). Osnovno vodilo predloga zakona je, da zdravstvene storitve ne smejo biti tržno blago in morajo biti javno dostopne.

Komisija je bila seznanjena s stališči različnih deležnikov, ki so v največji meri podprli predlog zakona ter podali nekaj predlogov in pripomb za morebitne spremembe ali dopolnitve posameznih določb. Negativno stališče do predloga zakona je zavzela zgolj Zdravniška zbornica Slovenije, ki v imenu Koordinacije zdravniških organizacij meni, da bo predlog zakona prinesel objektivno slabše pogoje za delovanje javne zdravstvene službe, da je koncept, na katerem je predlog zakona zastavljen, napačen, ter da bodo predlagane rešitve prinesle podaljšanje čakalnih dob za diagnostične in terapevtske storitve na sekundarnem nivoju, zmanjšanje dostopnosti prebivalcev manjših krajev do osebnega zdravnika, osiromašenje zasebnih vlaganj v delovanje zdravstvene službe ter še dodatno spodbudile odhod mladih zdravnikov v tujino.

Komisija ugotavlja, da rešitve, ki jih Zdravniška zbornica Slovenije navaja kot alternativo, temeljijo na dojemanju izvajanja zdravstvene službe kot službe splošnega gospodarskega pomena na podlagi konkurence in vnosa tržnih pravil delovanja v sistem zdravstvene dejavnosti, kar je ravno nasprotno od izhodišč predlagatelja, ki v predlogu zakona določa, da se javna zdravstvena služba izvaja kot negospodarska dejavnost splošnega pomena (javna zdravstvena služba, ki se izvaja na podlagi financiranja iz javnih sredstev, z omejenimi elementi konkurenčnosti). Pri zdravstveni dejavnosti namreč ne gre za ponujanje blaga in storitev na trgu, v smislu konkuriranja drugim akterjem na trgu, ampak za zagotavljanje ene izmed temeljnih socialnih pravic na področju zdravstva, ki je zapisana tudi v Ustavi RS. Torej za dejavnost socialne narave, ki jo tudi EU definira kot negospodarsko dejavnost. Tudi sam način financiranja, ki se v okviru javne zdravstvene mreže v pretežni meri (več kot 60-odstotno) zagotavlja iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, ter delovanje javne zdravstvene mreže po načelu solidarnosti nakazujejo na to, da izvajalce zdravstvene dejavnosti v Sloveniji ne moremo enačiti s podjetji in njihovega delovanja obravnavati kot gospodarsko dejavnost.

Komisija je v svojih razpravah o zdravstvenem sistemu že večkrat poudarila nasprotovanje vnosu neoliberalnih in izrazito tržnih konceptov v sistem zdravstvenega varstva, zato tudi tokrat zagovarja dostopno in kvalitetno javno zdravstvo, ustrezen nadzor nad izvajalci v njegovem okviru in jasno razmejitev pravic ter obveznosti med zasebnim in javnim. Komisija poudarja, da zdravstvo ni tržna dobrina, ampak osnovna človekova pravica, ter da je država v skladu z Ustavo RS dolžna državljanom zagotavljati dostopno javno zdravstvo.

Zdravniška zbornica Slovenije izrecno nasprotuje določbam o odgovornem nosilcu zdravstvene dejavnosti (3.a člen), pri čemer izpostavlja, da gre za nepravilno ureditev kar se tiče mladih zdravnikov specialistov, ki po koncu specializacije zaradi predlaganega pogoja petih let delovnih izkušenj na strokovnem področju naj ne bi mogli pridobiti dovoljenja za samostojno opravljanje zdravstvene dejavnosti. Komisija v zvezi z navedenim ugotavlja, da je prišlo do napačne interpretacije zakonskih določb, kar se je izkazalo v razgovorih predlagatelja s predstavniki mladih zdravnikov. Predlog zakona namreč po pojasnilih predlagatelja ne predvideva prepovedi samostojnega opravljanja zdravstvenih storitev za mlade zdravnike specialiste in druge zdravstvene delavce in sodelavce, ter jim, poleg opravljenega študijskega programa, specializacije in pridobitve licence, ne nalaga dodatnega uvajanja v samostojno delo ali neke vrste nadzornega zdravnika, ki bi bdel nad njihovim delom. Pogoj petih let delovnih izkušenj na strokovnem področju, za katerega se izdaja dovoljenje za opravljanje zdravstvene dejavnosti, se namreč uvaja zgolj za odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti, ki je oseba, brez katere se ne more pridobiti dovoljenja za

opravljanje posamezne zdravstvene dejavnosti. To bo tisti izvajalec - zdravstveni delavec, ki bo izvajal določeno zdravstveno dejavnost in bo hkrati odgovoren za celoten delovni proces izvajanja posamezne zdravstvene dejavnosti. Torej tisti, ki bo odgovoren za varno in kakovostno izvajanje zdravstvene dejavnosti. Če je pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti zaposlena vsaj ena takšna oseba, potem lahko zdravstvene storitve v okviru omenjene zdravstvene dejavnosti samostojno izvajajo tudi ostali zdravstveni delavci in sodelavci, četudi nimajo pet let delovnih izkušenj na strokovnem področju, za katerega se izdaja dovoljenje odgovornemu nosilcu zdravstvene dejavnosti.

Odgovorni nosilec torej v skladu z razlago predlagatelja ni oseba, ki bi posegala v odnos med pacientom in zdravnikom, ampak oseba, ki je zaradi svojih strokovnih izkušenj sposobna prevzeti odgovornost za to, da bo izvajanje posamezne vrste zdravstvene dejavnosti ustrezno organizirano, da bodo zagotovljeni ustrezni prostori in oprema, da bodo dejavnost izvajali ustrezno usposobljeni kadri, da bodo poslovni procesi ustrezno urejeni itd. Zdravnik torej, ne glede na omenjeno zahtevo za pridobitev dovoljenja za opravljanje zdravstvene dejavnosti, po pridobitvi licence ostaja nesporni nosilec opravljanja zdravstvenih storitev v okviru opravljanja posamezne zdravstvene dejavnosti.

Omenjeni pogoj petih let bi se lahko izkazal kot ovira tudi v primeru manjših zdravstvenih zavodov, v katerih posamezno vrsto zdravstvene dejavnosti izvaja zgolj en zdravnik, ki bo torej moral istočasno izpolnjevati tudi pogoje za nosilca zdravstvene dejavnosti. V primeru, da bi bil to mladi zdravnik, brez petih let strokovnih izkušenj v okviru posamezne zdravstvene dejavnosti, torej ne bi mogel prevzeti vloge odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti. Posledično pristojno ministrstvo napoveduje rešitev navedene problematike tako, da bi se rok, v katerem morajo izvajalci posamezne zdravstvene dejavnosti izpolniti pogoj določitve odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti, podaljšal s trenutno predvidenih šestih mesecev na tri leta. Glede na trenutni trend razpisovanja specializacij ministrstvo ocenjuje, da ob takšnih pogojih tudi pri manjših zdravstvenih zavodih ne bi smelo prihajati do prej opisanih težav.

Komisija je bila seznanjena tudi s stališčem Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije, ki predlog zakona podpira, saj meni, da odpravlja precej dosedanjih nejasnosti v zakonu. Prav tako meni, da je zgolj javno zdravstvo tisto, ki lahko zagotovi kakovostne in varne zdravstvene storitve, v skladu z vrednotami solidarnosti, dostopnosti in pravičnosti, kar utemeljujejo s težavami, ki se kažejo na področju zobozdravstva. Združenje podpira natančnejšo opredelitev področja koncesij, še zlasti pogoj, da se koncesijo lahko podeli zgolj v primeru, če javni zdravstveni zavod ne more zagotoviti izvajanja zdravstvene dejavnosti v obsegu, kot je določeno z mrežo javne zdravstvene službe oziroma če ne more zagotoviti dostopnosti zdravstvenih storitev, ki jo določa mreža javne zdravstvene službe. Pri slednjem poziva k natančnejši opredelitvi pojma »dostopnost«. Prav tako podpira pristop, da se koncesija podeli na podlagi potrebe, ki izvira iz javne mreže opravljanja zdravstvenih storitev in ne iz želje posameznika, kot se je pogosto dogajalo do sedaj, ter prepoved dedovanja ali prodaje koncesije. Kot ustrezen ocenjuje tudi pogoj predhodno sklenjene pogodbe med koncesionarjem in javnih zdravstvenih zavodom glede obsega in vrst sodelovanja z namenom zagotovitve izvajanja neprekinjenega zdravstvenega varstva. Združenje kot dobro ocenjuje tudi izenačitve zaposlenih pri koncesionarih z zaposlenimi v javnih zdravstvenih zavodih.

Svoje stališče je komisiji predstavila tudi Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (Zbornica-Zveza), ki poudarja pomen kakovostnega, humanega, učinkovitega in vsem dostopnega zdravstvenega varstva. Ključna se jim zdi ohranitev zdravstvenih domov, ki omogoča, da bodo slednji tudi na demografsko ogroženih območjih še vedno lahko opravljali vso zakonsko opredeljeno dejavnost. Podpira tudi nov način urejanja koncesij (podeljevanje na podlagi potreb po zdravstvenih storitvah in ne stihijsko; ne-ogrožanje dela javnih

zdravstvenih zavodov, jasna razmejitev izvajanja storitev v okviru javne zdravstvene mreže od zasebne dejavnosti; večji nadzor), določitev pogoja odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti ter vse pogoje, ki so povezani s podelitvijo omenjenega statusa. Zbornici-Zvezi se zdi pomemben predvsem pogoj v zvezi s pravnomočno obsodbo zaradi naklepnega kaznivega dejanja ali kaznivega dejanja, storjenega iz malomarnosti zoper življenje in telo, ter določbe v zvezi s pridobitvijo mnenja pristojne zbornice ali strokovnega združenja glede kršitev etičnega kodeksa ali uvedbe drugih postopkov pred organi omenjene zbornice ali združenja (druga alineja petega odstavka 3.a člena predloga zakona). Zbornica-Zveza je namreč tovrstna mnenja izdajala že sedaj, v zvezi s postopki podeljevanja koncesij za zdravstveno nego, a zgolj v ne-zavezujoči obliki, zato podpira zakonsko ureditev tega področja.

Zbornica-Zveza podpira tudi urejanje področja izvajanja zdravstvene dejavnosti v t. i. nezdravstvenih zavodih in večji nadzor nad njim, saj gre za področje, v okviru katerega zdravstvena nega do sedaj ni bila ustrezno urejena (v okviru strokovnih nadzorov so bile ugotovljene skrb zbujujoče razmere v socialno varstvenih zavodih, med drugim tudi kadrovska podhranjenost, kar ne zagotavlja kakovostne in varne oskrbe). Podporo pa izraža tudi učinkovitejšemu izvajanju strokovnega nadzora s svetovanjem, ki bo izvajalcu zdravstvene dejavnosti omogočil izrek ukrepov za izboljšanje sistema ali procesa, pri katerem bodo ugotovljene določene pomanjkljivosti. Pri tem Zbornica-Zveza predlaga, da se izraz »napaka« v povezavi z izvajanjem posamezne vrste nadzora (28. in 29. člen predloga zakona) nadomesti z izrazom »pomanjkljivost«, saj meni, da je to ustreznejši izraz (napaka je posledica pomanjkljivosti, zato se med postopkom nadzora njen nastanek z odpravo pomanjkljivosti še da preprečiti). Polno podporo pa daje tudi rešitvam statusa medicinskih sester in zdravstvene nege, ki se po 15 letih končno urejajo.

Ministrstvo za zdravje v zvezi z nadzorom pojasnjuje, da so bile v veljavnem zakonu že sedaj opredeljene različne vrste nadzora (strokovni, notranji....), ki so se tudi izvajale, manjkale pa so ustrezne podlage za izvajanje inšpekcijskega nadzora. Uvedbo slednjih pozdravlja Zdravstveni inšpektorat Republike Slovenije, ki bo v skladu z določbami o inšpekcijskem nadzoru, poleg ostalih inšpekcijskih organov, prevzel velik del nalog zunanjega inšpekcijskega nadzora. Inšpektorat opozarja, da se je do sedaj pri svojem delu soočal s situacijami, v katerih se je moral zaradi pomanjkanja zakonskih podlag za ukrepanje izrekat kot nepristojen za njihovo ureditev. Prav tako še posebej poudarja, da bistvo inšpekcijskega nadzora ni prekrškovno ukrepanje, ampak upravno ukrepanje, na podlagi katerega se z ureditvenimi odločbami doseže zakonito stanje. Pri tem izpostavlja pester nabor dodatnih pooblastil za upravno odločanje, v smislu prepovednih norm oziroma sankcioniranja slednjih, ki predstavlja pomembno pridobitev nove zakonodaje. Po mnenju inšpektorata je nujno zagotoviti pravno varnost tako za zavezance kot uporabnike sistema, prav tako je pomembno, da je v primeru potrebe po izrekanju glob zaradi prekrškov jasno določeno, kdo je zavezan za vodenje postopka. Do sedaj namreč v zakonu to ni bilo opredeljeno.

Inšpektorat dodatno opozarja, da se je zelo verjetno skozi leta zaradi ovir pri izvajanju inšpekcijskega nadzora nabralo določeno število nepravilnosti pri posameznih izvajalcih zdravstvene dejavnosti, kakšen je obseg teh nepravilnosti pa se bo, če ne prej, pokazalo ob preteku vseh z zakonom predvidenih prehodnih obdobij za pridobitev dovoljenj za izvajanje zdravstvene dejavnosti oziroma odločb o opravljanju javne zdravstvene službe.

Kot enega izmed pomembnejših elementov nadzora inšpektorat navaja oglaševanje zdravstvenih storitev, ki ga ocenjuje kot zelo pereče področje, na katerem do sedaj ni mogel učinkovito ukrepati. Oglaševanje zdravstvenih storitev in nujnost njegovega omejevanja kot zelo pomembno prepoznava tudi komisija. Še zlasti poudarja pomen ozaveščanja in informiranja uporabnikov zdravstvenih storitev, s čimer bi se jih opolnomočilo z vidika lažjega odločanja o ponujenih zdravstvenih storitvah. Slednje se zlasti pri zasebnih izvajalcih zdravstvenih storitev pogosto ponuja bolj iz pridobitnih nagibov (večanje prihodkov) kot pa iz

resnične potrebe, ki izhaja iz zdravstvenega stanja posameznika. Pri tem komisija dodatno opozarja na neenakopraven položaj različnih skupin izvajalcev zdravstvenih storitev, saj imajo na primer zasebni izvajalci zdravstvenih storitev možnost izbirati, katere storitve bodo opravljali, medtem ko so javni zdravstveni zavodi zavezani opraviti tudi tiste storitve, ki sicer zasebnih izvajalcev ne zanimajo, bodisi zaradi velikih stroškov, ki so z njimi povezani, bodisi zaradi zahtevnosti njihove izvedbe.

Zavod za zdravstveno varstvo Slovenije (ZZVS), kot glavni financer zdravstvenih storitev, predlog zakona in njegove ključne cilje ( uvedbo dovoljenj za opravljanje dejavnosti, ureditev področja koncesij in izvajanja javne zdravstvene službe s strani ne-zdravstvenih zavodov) podpira, saj meni, da bo razrešil veliko težav, ki se pojavljajo v praksi. Predlaga pa določene spremembe, in sicer ureditev poenotenja pravil glede izdaje soglasja ZZVS kot pogoja v vseh primerih, v katerih bi širitev mreže javne zdravstvene službe vplivala na proračun ZZVS (torej nujnost podaje soglasja ZZVS tudi v primeru podaljšanj koncesij in pri izdaji odločbe o opravljanju javne zdravstvene službe za ne-zdravstvene zavode, kjer se v predlogu predvideva zgolj institut pozitivnega oz. predhodnega mnenja ZZVS). Po mnenju ZZVS naj bi soglasje nujno zajemalo predmet soglasja, kot obvezna sestavina vloge za izdajo soglasja naj bi se navedla ocena finančnih posledic na sredstva obveznega zdravstvenega zavarovanja, prav tako pa bi se moral v vseh primerih navesti rok za izdajo soglasja. ZZVS opozarja tudi na nekaj odprtih vprašanj v zvezi z urejanjem zdravstvenih storitev v ne-zdravstvenih zavodih in pojasnjuje, da je pričakoval še več posegov v veljavno zakonodajo in torej pripravo popolnoma novega zakona in ne zgolj novele.

Nekaj pripomb ZZVS sovpada tudi z relativno obsežnimi pripombami Zakonodajno-pravne službe Državnega zbora, o katerih je komisija prav tako podrobneje razpravljala. Pri tem je prejela pojasnilo pristojnega ministrstva, da so omejene pripombe v večji meri nomotehnične narave ter da se z omenjeno službo že usklajujejo glede ustreznih amandmajev, ki bodo razrešili večino izpostavljenih dilem, vključno z natančnejšimi pojasnili glede posameznih odločitev za uporabo specifičnih izrazov ali konceptov pri pripravi predloga zakona. Med drugim naj bi bila podrobneje pojasnjena tudi definicija javne zdravstvene službe kot negospodarske dejavnosti splošnega pomena.

Komisija ugotavlja, da sta se s predlogom zakona kot zainteresirani delovni telesi seznanili tudi Komisija Državnega sveta za lokalno samoupravo in regionalni razvoj ter Interesna skupina lokalnih interesov, ki sta, navkljub podpori ureditvi področja koncesij, predlogu zakona nasprotovali. Kot ključne argumente sta navedli zgolj parcialno urejanje področja zdravstvenega varstva in pozvali k hkratni vložitvi celotnega paketa zdravstvene zakonodaje v zakonodajno proceduro. Menili sta tudi, da potrebujemo bolj ambiciozno zdravstveno reformo, ki bo v prvi vrsti doprinesla k zmanjšanju čakalnih vrst in izboljšala ter zagotovila (vsaj približno) enako dostopnost do zdravstvenih storitev vsem prebivalcem Sloveniji, kar po njunem mnenju trenutno ni zagotovljeno. Opozorili sta tudi na to, da načrtovana zdravstvena reforma ne zmanjšuje obveznosti občin iz naslova plačila pravic iz zdravstvenega zavarovanja ter da je bila ponekod (npr. na Ptuj) lokalna skupnost prisiljena sama zbrati sredstva za izgradnjo urgentnega centra. Opozarjata tudi, da so javni zdravstveni zavodi v bolj oddaljenih krajih kadrovsko podhranjeni (trenutno pereče pomanjkanje zdravnikov specializantov v zasavskem urgentnem centru), za kar naj bi bila kriva dosedanja politika podeljevanja specializacij zdravnikom, ter da pomanjkanje kadra poslabšuje določene težave (npr. čakalne vrste) v zdravstvu. Komisija ugotavlja, da se pripombe zainteresirane komisije in interesne skupine ne nanašajo na vsebino aktualnega predloga zakona, ampak drugo zakonodajo, ki je še v pripravi, zato se do njih ni posebej opredelila.

Komisija kot ključno novost v zakonodaji na področju zdravstvene dejavnosti prepoznava uvedbo instituta dovoljenja za delo, saj bo slednji v sistem vnesel načelo enakosti za vse izvajalce zdravstvenih storitev, tako za javne zdravstvene zavode kot za koncesionarje in zasebnike. S tem je povezano tudi vprašanje določitve odgovornega nosilca dejavnosti, ki je

v temelju prav tako namenjeno skrbi za odgovorno, kakovostno in učinkovito delo izvajalcev zdravstvene dejavnosti.

Komisija nadalje ugotavlja, da eno od najpomembnejših rešitev predloga zakona predstavlja tudi sistemska ureditev možnosti nadaljevanja opravljanja aktivnosti in kompetenc na delovnem mestu diplomirane medicinske sestre za medicinske sestre/medicinske tehnike s srednješolsko izobrazbo. Kot opozarja Konfederacija sindikatov Slovenije PERGAM, medicinske sestre s srednješolsko izobrazbo pogosto opravljajo delo diplomiranih medicinskih sester, a za to ne prejmejo ustreznega plačila in nimajo urejenega statusa (v preteklosti ga je vsak zdravstveni zavod urejal po svoje in ad hoc). Po mnenju sindikata PERGAM bodo predlagane rešitve prispevale k izboljšanju razmer v zdravstvenih timih, v katerih je do sedaj prihajalo do situacij, ko so člani teh timov za enako vrsto dela prejeli različno plačilo. Predlaganim prehodnim določbam 37. člena predloga zakona poleg Konfederacije sindikatov Slovenije PERGAM izrekajo podporo tudi Zveza Svobodnih sindikatov Slovenije, Sindikat delavcev v zdravstveni negi Slovenije, Zbornica zdravstvene in Babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije ter Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (s pripombo, da bi bilo treba realno oceniti posledice te ureditve na javna finančna sredstva). Vsi poudarjajo dolgoletne napore za ureditev omenjenega področja in velik pomen sprejema omenjenih zakonskih določb. Podporo slednjim izreka tudi komisija.

Komisija je bila seznanjena tudi z opozorili Sindikata delavcev v zdravstveni negi, ki poudarja pomen javnega zdravstva in navaja slabe izkušnje s koncesionarji, ki na začetku sicer izpolnijo pogoje za pridobitev koncesije, v nadaljevanju izvajanju zdravstvene dejavnosti pa velikokrat ne sledijo pravilom opravljanja zdravstvenih storitev, zato podpira uvedbo ustreznega nadzora na tem področju.

Za okrepitev nadzora nad delom koncesionarjev, na podlagi strogih kriterijev in možnosti odvzema dovoljenja za opravljanje zdravstvene dejavnosti v primeru resnih kršitev, se je zavzela tudi komisija, prav tako tudi za bolj dosledno podeljevanje koncesij. Pri tem so bila izražena različna stališča glede predvidenega trajanja koncesije, ki je urejena v 15. členu predloga zakona (predstavnikom delodajalcev se obdobje 15 let z vidika povrnitve investicije zdi kratko, predstavniki delojemalcev pa se zavzemajo za ureditev, po kateri bi se koncesije podeljevale za največ 15 let), predstavniki delojemalcev pa so dodatno predlagali še nekaj dodatnih sprememb predlaganih določb (koncedent tako na primarni kot sekundarni ravni naj bo Ministrstvo za zdravje; koncesijski akt naj tako na primarni kot sekundarni ravni sprejme Ministrstvo za zdravje, po pridobitvi mnenja lokalne skupnosti; merilo za izbiro koncesionarja naj bo tudi mnenje uporabnikov itd.). Dodatno predlagajo tudi, da ZZZS obveže vse izvajalce zdravstvenih storitev v okviru javne zdravstvene službe, da čakalnice opremijo z obvestili o standardnih pravicah iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Slednje bi pripomoglo k boljšemu informiranju zavarovancev v primerih, ko pacient lahko izbira med standardnimi storitvami in tistimi, za katere so potrebna doplačila.

V razpravi so nekateri člani komisije izrazili pričakovanje hkratne vložitve celotnega paketa zdravstvene zakonodaje v zakonodajno proceduro, saj so menili, da bi samo tako lahko dobili vpogled v spekter vseh rešitev, ki naj bi pripomogle k izboljšanju delovanja celotnega sistema. Kot nasprotno mnenje je bilo poudarjeno, da je na tako kompleksnem področju težko pričakovati, da se bo celotno maso zakonodajnih rešitev lahko obravnavalo v enem paketu ter da je s tega vidika sprejemljiva in realnejša obravnava po delih. Prav tako je bilo izraženo mnenje, da si ne bi smeli privoščiti, da zaradi določenih parcialnih interesov predlagane zakonodajne spremembe na tem področju spet ne bi doživele epiloga, saj se po 25 letih zastojev na posameznih segmentih zdravstvene dejavnosti končno uvaja red.

Komisija ugotavlja, da so bodisi v pripravi bodisi tik pred vložitvijo ali že v zakonodajni proceduri tudi druge spremembe zakonodaje na tem področju (pacientove pravice,

zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje, zdravniška služba ter napovedani zakon o upravljanju in vodenju zdravstvenih zavodov), ki bodo vsaka v svojem delu lahko pripomogle k celovitim spremembam na področju zdravstva. Pri tem je kot neprimerno ocenila strašenje ljudi z morebitnim kolapsom sistema, saj slednje ni niti utemeljeno niti produktivno.

Komisija se zaveda zahtevnosti in kompleksnosti področja, ki ga ureja predlog zakona, Pri tem ugotavlja, da se bo zdravstvena stroka morala soočiti s posledicami dopuščanja dosedanjega načina delovanja zdravstvenega sistema ter še enkrat poudarja, da so vsi predstavniki zdravstvene stroke, ki so bili prisotni na seji komisije, z izjemo predstavnice interesov zdravnikov, predlogu zakona izrazili podporo. Komisija posledično pričakuje, da se bo med zakonodajnim postopkom v čim večji meri upoštevalo nekatere njihove dodatne predloge popravkov, dopolnitev ali sprememb predlaganih zakonskih rešitev, ki lahko pripomorejo k izboljšanju predlaganih zakonskih določb.

\* \* \*

Za poročevalca je bil določen predsednik komisije mag. Peter Požun.

Mag. Nuša Zupanec, l.r.  
sekretarka komisije

Mag. Peter Požun, l.r.  
predsednik komisije