

DRUŠTVO ZA ZDRAVJE NARODA

Tbilisijska 81

1000 Ljubljana

e-mail: info@zazdravjenaroda.si

http: zazdravjenaroda.si

Datum: 06.03.2017

Ugotovitve, stališča in pripombe k predlogu zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ-1)

1. Zdravstveno zavarovanje – obvezno in prostovoljno zavarovanje

Predlagani osnutek ureja samo celoten sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja, ne pa tudi karkoli v zvezi s sistemom prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Očitno je predpostavka tega osnutka zakona, da bo obvezno zdravstveno zavarovanje lahko v celoti omogočilo oz. zagotovilo zdravstveno varstvo vseh zavarovanih oseb na najvišji možni ravni, kar je predvideno v 1. odst. 2. člena osnutka zakona.

Sedanji zakon ureja v 11 členih tudi prostovoljno zavarovanje, pri čemer ureja kot prostovoljna zdravstvena zavarovanja naslednje tipe zavarovanj:

1. **dopolnilno** zavarovanje – s sedanjim zakonom se ga ukinja in se ga nadomešča z zdravstvenim nadomestilom (194. - 199. člen osnutka)
2. **nadomestno** zdravstveno zavarovanje, ki pokriva stroške zdravstvenih in z njimi povezanih storitev ter oskrbe z zdravili in medicinskim pripomočki osebam, ki po predpisih RS ne morejo biti obvezno zavarovane
3. **dodatno** zdravstveno zavarovanje, ki krije stroške zdravstvenih in z njim povezanih storitev in oskrbe z zdravili in medicinskimi pripomočki in za izplačilo denarnih prejemkov, ki niso sestavni del pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in ni niti dopolnilno niti nadomestno zdravstveno zavarovanje
4. **vzporedno** zdravstveno zavarovanje, ki krije zdravstvene in z njimi povezane storitve ter oskrbo z zdravili in medicinski pripomočki, ki so sicer pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, a jih zavarovanci uveljavljajo po drugačnih postopkih in ob drugih pogojih, kot jih predpisuje obvezno zdravstveno zavarovanje.

Ob predlagani ukinitvi dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, ki jo podpiramo, ostaja popolnoma odprto vprašanje ureditve prostovoljnih navedenih ali celo novih oblik prostovoljnih zavarovanj ter pogojev za njihovo uvajanje in izvedbo vsaj z ureditvijo osnovnih pravic in obveznosti tako zavarovancev kakor tudi izvajalcev teh zavarovanj. Sedanji zakon

namreč ureja določene varovalke glede pravic in obveznosti zavarovancev, kakor tudi obveznosti zavarovalnic, vključno z obveznostjo nadzora nad izvajanjem prostovoljnih zavarovanj s strani Agencije za zavarovalni nadzor. Vse to pušča predlagani osnutek zakona popolnoma odprto.

2. Določitev pravic zavarovancev na področju zdravstvenega varstva in dostopnost za njihovo dejansko uveljavljanje

Osnutek novega zakona bistveno bolj podrobno določa pravice zavarovancev glede uresničevanja zdravstvenega varstva v primerjavi z dosedanjim zakonom in pri tem očitno izhaja iz predpostavke, da bo vsem zavarovancem lahko dejansko zagotovljen dostop do možnosti zdravljenja po najvišjih možnih standardih medicinske stroke in sicer v realnem času nastopa potrebe brez čakanja, ki presega strokovno še dopustne čakalne dobe. **Praktično osnutek zakona obljublja popoln dostop do zdravstvenih storitev za celotno dosedanje "košaro" univerzalnih (splošnih) pravic zdravstvene oskrbe.** Takšen pristop seveda zavarovanci in pacienti **podpiramo, v kolikor temelji na realni oceni finančnih virov delovanja celotnega zdravstvenega sistema, ustrezni organizaciji mreže izvajalcev zdravstvenih storitev, zagotavljanju možnosti učinkovitega in avtonomnega delovanja medicinske stroke, kakor tudi strokovnega nadzora kakovosti storitev izvajalcev zdravstvenih storitev in uveljavljanje njihove odgovornosti za opravljanje kakovostnih storitev.** Gre za ključno vprašanje celotne zdravstvene reforme glede prekinitve nadaljevanja sedanjega pogosto nedopustnega "prepada" med zakonsko deklariranimi - priznanimi pravicami zavarovancev do pravočasne dostopnosti do kakovostnih zdravstvenih storitev in dejansko dosegljivimi storitvami izvajalcev zdravstvenih storitev glede na omejene finančne možnosti dosedanjih nosilcev financiranja, to je **ZZZS in zavarovalnic.** V zvezi s tem ugotavljamo, da žal predlagatelj zakona ni predložil **nobenihih dejanskih finančnih utemeljitev financiranja z osnutkom zakona predvidenih pravic zavarovancev** oz. planiranih potreb glede na sedanje in prihodnje potrebe in razmere. Zato ocenjujemo ponujene pravice zavarovancev oz. pacientov po tem osnutku zakona kot sicer politično všečno obljubo in ponudbo pripravljalca osnutka zakona in Vlade RS, katere dejanska uresničljivost pa ni izkazana v ustrezni meri s prikazom finančnih posledic zakona.

V zvezi s tem opozarjamo še posebej, da **osnutek zakona ne določa podlage za rešitev nekaterih dolgoletnih znanih nerešenih problemov delovanja sedanjega sistema zdravstvenega varstva, kot so že 25 let nedoločen sistem mreže izvajalcev zdravstvenih storitev, zlasti na sekundarni ravni, sistem naročanja zdravil, opreme in medicinskih pripomočkov.** Tu gre za iskanje odgovora na eno doslej nešteto krat ponovljenih, toda nedokazanih trditev oz. ocen: "da je v delitvi družbenega proizvoda pravzaprav denarja za zdravstvo dovolj, samo da ni dovolj gospodarno uporabljen." Gre za vprašanja

racionalizacije mreže izvajalcev zdravstvenih storitev, pri čemer je prav tako znano dolgoletno odprto vprašanje sistema plačevanja zdravstvenih storitev.

Glede dostopnosti zavarovancev do kakovostnih zdravstvenih storitev ponujeni osnutek zakona ne zagotavlja nobenega pravega premika glede na veljavni zakon. Na načelni ravni osnutek zakona sicer tako kot sedanji zakon določa mehanizem najdaljših čakalnih dob, vendar v zvezi s tem zavarovancem **ne zagotavlja ustreznega pravnega varstva uveljavljanja njihovih pravic, vključno s pravico do uporabe ustreznih pravnih sredstev. Osnutek zakona tako sploh ne določa osnovnih pravnih varovalk položaja zavarovancev** na tem področju, razen na deklarativni ravni "pravice", saj ne ureja:

- natančnega sistema obvezne **javne objave dejanskih čakalnih dob za posamezne vrste zdravstvenih posegov** oz. storitev pri posameznih izvajalcih predvsem v sekundarni mreži, pri čemer bi moral biti zagotovljen stalen mehanizem objavljjanja čakalnih dob preko Nacionalnega instituta za javno zdravje (mimogrede: vloga NIJZ v celotnem osnutku zakona sploh ni urejena)
- **sistem pravnih sredstev – pravice do pritožbe in sodnega varstva pravic zavarovancev** ter pacientov v primeru kršitev njihovih pravic, n.pr. pri kršitvah pravice do zdravljenja v razumnem roku oz. v okviru strokovno določenih najdaljših čakalnih dob.

Brez ustrezne zakonske ureditve pravice do pritožbe in sodnega varstva uveljavljanja pravic zavarovancev oz. pacientov ostaja potem sama zakonska ureditev njihovih siceršnjih pravic do zdravljenja in drugih pravic tako kot doslej pogosto **samo na ravni "izvotljene" ali "obljubljene", ne pa zagotovljene in pravno ustrezno varovane pravice.**

2.1 Pravice do zdraviliškega zdravljenja

Predlagana zakonska ureditev pravic do zdraviliškega zdravljenja je glede nekaterih ključnih rešitev nesprejemljiva in v nasprotju z mednarodnimi smernicami ter s strani razširjenih strokovnih kolegijev pri Zdravstvenem svetu predlaganimi smernicami. To velja zlasti:

1. za vnaprejšnjo z zakonom določeno trajanje pravice do zdraviliškega zdravljenja na stacionarni način do največ 21 dni, čeprav je po oceni stroke pogosto to v neposrednem nasprotju z nujnostjo daljšega zdraviliškega zdravljenja glede na stanje pacienta in potrebo po rehabilitaciji (76. člen)
2. pravica do ponovne upravičenosti do zdraviliškega zdravljenja šele po izteku 1 leta od izdaje predhodne odločbe, kar je prav tako v neposrednem nasprotju s strokovnimi smernicami in ugotovitvami o zdravstvenem stanju pacienta in potrebnostjo nadaljevanja zdraviliškega zdravljenja (77. člen)
3. določba 2. odst. 78. člena osnutka, po katerem se predlog za zdraviliško zdravljenje lahko da šele v 3 mesecih po končanem bolnišničnem zdravljenju, saj je to v najbolj neposrednem nasprotju z že večkrat

predlaganimi kliničnimi smernicami posameznih razširjenih strokovnih kolegijev, kot n.pr. za zdravljenje po možganski kapi, kjer je prav intenzivna rehabilitacija v obdobju prvih 30-45 dni po končanem bolnišničnem zdravljenju odločilnega pomena za bistveno izboljšanje zdravstvenega stanja ter ponovno vzpostavitev življenjskih, delovnih in drugih sposobnosti pacientov.

V Sloveniji je povprečno letno med 4500-4800 novih primerov oseb z možgansko kapjo, pri katerih rehabilitaciji po končanem bolnišničnem zdravljenju je že zaradi sedanje enake omejitve glede napotitve na zdraviliško zdravljenje šele po 3 mesecih po končanem bolnišničnem zdravljenju in omejitve najdaljšega časa zdravljenja na 21 dni znan velik problem njihove hitrejše in uspešnejše rehabilitacije. Smiselno enako velja tudi za paciente po težkih operativnih posegih na srcu, kolčne operacije in podobno.

2.2. Pravice do zdravljenja v tujini

Pravice do zdravljenja v tujini so v osnutku zakona precej bolj podrobno urejene v primerjavi z veljavnim zakonom, še posebej glede nenačrtovanega zdravljenja v tujini za osebe, napotene na delo v tujini, na zasebnem potovanju, na izobraževanju v tujini, ter stalnega bivanja v državah, v katerih velja pravni red EU ali mednarodni sporazum.

Že pravice zavarovanih oseb, ki začasno bivajo v državah, v katerih velja pravni red EU ter v primerih zasebnega potovanja ali izobraževanja v državi, v katerih velja mednarodni sporazum, so urejene zelo nejasno in nedoločno ter ne določajo jasnega in pravno urejenega položaja zavarovanih oseb, saj osnutek zakona uporablja zelo nejasne in za uporabnike zelo problematične pojme, saj imajo zavarovane osebe pravico do povračila stroškov zdravstvenih storitev:

- **"ki so potrebne iz medicinskih razlogov, upoštevajoč naravo storitev in pričakovano dolžino začasnega bivanja" (154. člen osnutka države EU), oz.**
- **"pravico do zdravstvenih storitev ali do povračila stroškov, ki jih ni mogoče odložiti, ne da bi bilo pri tem ogroženo življenje ali zdravje osebe".**

Takšna opredelitev neizbežno **omogoča arbitrarno priznavanje pravice do zdravstvenih storitev oz. povračila stroškov s strani ZZSZ** zavarovanim osebam, pri čemer v osnutku zakona sploh **ni ustrezno urejen postopek za uveljavljanje teh pravic s strani zavarovalnih oseb**. Na tem področju je bila že doslej dejanska **praksa** odobravanja načrtovanega zdravljenja zavarovanih tako odraslih oseb, kot tudi otrok **skrajno restriktivna, tako glede pozitivnih mnenj zdravstvenih konzilijev bolnišnic kakor tudi ZZSZ**. Pri tem gre v osnovi za več problemov:

- da se ne dajejo pozitivna mnenja konzilijev tudi v primeru občutnega preseganja najvišjih dopustnih čakalnih dob
- da ZZSZ tolerira takšno prakso

- da prizadete zavarovane osebe ali starši otrok nimajo z zakonom določenih ustreznih pravnih možnosti uveljavljanja pravice do zdravljenja v tujini, temveč **se postopki odobravanja že desetletja dogajajo v zaprtem krogu "dogovorov" med bolnišnico, ki obravnava pacienta in ZZSZ**, ta pa sprejme bolnišnično mnenje kot edino upoštevno podlago za svojo odločitev.

Z osnutkom novega zakona se možnosti do pravice zdravljenja v tujini v določeni meri še bistveno zožujejo in poslabšujejo za zavarovane osebe in paciente, ker osnutek 158. člena:

- **v 1. odst. zelo nedoločno in nejasno določa pravico do zdravljenja v tujini** s pogojem, "če so v Republiki Sloveniji izčrpane možnosti zdravljenja, z zdravljenjem v tujini pa se pričakuje ozdravitev ali izboljšanje ali preprečitev nadaljnjega slabšanja zdravstvenega stanja"
- v 2. odst. pa izrecno in vnaprej izključuje kot podlago za pravico zdravljenja v tujini v primerih:
 - o porušenega zaupanja med izvajalcem in zavarovano osebo
 - o druge metode zdravljenja v tujini.

Očitno so bili **izhodišče** za takšne posebne izključevalne določbe znani zapleti **v zvezi z otroško kardio kirurgijo in nekateri drugi v javnosti znani primeri**, pri čemer je problem v tem, da se za takšne primere sploh ne izvede noben postopek ugotavljanja utemeljenosti razlogov za "porušeno zaupanje" in se z zakonom vnaprej in brezprizivno domneva absolutna odgovornost za "porušeno zaupanje" na strani zavarovane osebe, nikoli pa izvajalca zdravstvene storitve. Iz doslej javnosti znanih primerov je očitno, da je bil **temeljni začetni problem "porušenega zaupanja" predvsem odsotnost ustrezne komunikacije med izvajalcem in zavarovano osebo**, kakor tudi odsotnost zadostnih in kakovostnih ter po načinu ustreznih pojasnil s strani izvajalcev. **Enako je zaznan problem odsotnosti oz. možnosti ustrezne takojšnje medicinske tretje strokovne osebe** v primeru "rušenja zaupanja", ki običajno potem vodi v "porušeno zaupanje". Takšno določilo nesporno v celoti in absolutno izhaja iz dogme:

- o nezmotljivosti vsakega izvajalca
- o najvišji strokovni usposobljenosti vsakega izvajalca tudi za zdravljenje bolezni oz. stanj brez zadostnih izkušenj in referenc
- o tem, da so domači izvajalci dejansko sposobni opraviti vse, tudi najbolj zapletene zdravstvene posege
- da ni odločilnega pomena izbira izvajalca z dokazano referenčnimi znanji in izkušnjami za opravljanje določenih zdravstvenih posegov oz. storitev
- v 2. odst. še posebej popolnoma nejasno določa, da so "možnosti zdravljenja v RS izčrpane, če zavarovani osebi v RS ni mogoče zagotoviti zdravljenja", pri čemer niso določena vsaj osnovna merila in pogoji, ki objektivizirajo ugotavljanja položaja, "da v RS ni mogoče zagotoviti zdravljenja" na primer vsaj s:
 - o prekoračitvijo najvišje določene oz. dopustne čakalne dobe glede na oceno nujnosti zdravstvenega posega in zdravstveno stanje pacienta

- nezadostno opremljenostjo zdravstvenih izvajalcev v RS s posebno medicinsko opremo in nezadostnimi izkušnjami (referencami) pri zdravljenju določenih bolezni oz. zdravstvenih stanj.

Tak **dogmatski pristop lahko vodi neizbežno do zelo škodljivih ali celo usodnih posledic za zdravje zavarovane osebe in je posledica "papeške dogme" o nezmotljivosti zdravnika oz. izvajalca zdravstvene storitve, zlasti ker osnutek zakona izrecno izključuje iz pravice plačila v breme ZZSZ stroške do drugega mnenja** ne glede na to, ali gre za drugo mnenje domačega ali tujega zdravnika oz. izvajalca (14. točka 45. člena – izločene zdravstvene storitve). Zato je nujno v nadaljnjem postopku priprave tega zakona primerjati predlagane rešitve glede pravice do zdravljenja v tujini z Direktivo 2011/24/EU in Uredbami EU, kakor tudi s primerljivo zakonodajo in prakso najmanj sosednih držav.

Osnutek zakona končno določa smiselno enako kot veljavni zakon **možnosti uvedbe splošnih omejitev čezmejnega zdravstvenega varstva** (161. člen osnutka), ne samo za paciente iz drugih držav članic EU v mreži javne zdravstvene službe, temveč tudi omejitve povračila vseh vrst stroškov pri uveljavljanju pravic do zdravljenja v tujini domačim zavarovancem, pri čemer osnutek (1. odst. 161. člena) navaja kot razloge:

- "če bi izvajanje zdravljenja v tujini ali uveljavljanje zdravstvenih storitev pacientov iz drugih držav članic EUR pomenilo poseg v prevladujoče razloge v splošnem interesu, kot so nezmožnost zagotavljanja zadostnega in stalnega dostopa do uravnoveženega obsega visokokakovostnega zdravstvenega varstva v RS
- ali preveliko porabo finančnih, tehničnih in človeških virov z vidika obvladovanja stroškov".

Enaka je določba 44.e člena sedanjega zakona. O vseh teh omejitvah odloča samo minister za zdravje.

Ključna odprta vprašanja sedanje in v osnutku predlagane bodoče zakonske ureditve možnosti omejitev čezmejnega zdravstvenega varstva glede na takšno sedanjo in bodočo zakonsko možnost omejevanja pravice do dostopa do zdravstvenih storitev v tujini so predvsem:

- sedanja in tudi v osnutku zakona prepisana enaka določba (161. člen) osnutka je sama s seboj v nasprotju, saj na eni strani omenja "nezmožnost zagotavljanja zadostnega in stalnega dostopa do uravnoveženega obsega visokokakovostnega zdravstvenega varstva v RS", kar je pravzaprav temeljni razlog za potrebno zavarovanih oseb za uveljavljanje njihove pravice do zdravljenja oz. zdravstvenih storitev v tujini, kar so seveda predvsem nedopustne prekoračitve čakalnih dob, ali pa potreba za določene posebne medicinske posege v tujih ustanovah z ustreznimi referencami in "uporabo visoko specializirane in drage medicinske infrastrukture ali medicinske opreme" (razlog iz 2. alineje 2. odst. 160. člena osnutka zakona), na drugi strani pa osnutek zakona to določa kot razlog za omejitve dostopa do zdravstvenih storitev v tujini
- drugi, v osnutku navedeni razlog, je opredeljen tako na splošno in neomejeno široko, da omogoča kakršnekoli omejitve dostopa do

zdravstvenih storitev v tujini tako po obsegu, času in utemeljitvi, da ni možen nadzor nad utemeljenostjo uvedbe takšnih omejitev.

Zato predlagamo, da se v novem zakonu natančno uredi možnost takšnih izjemnih omejitev in sicer na naslednjih izhodiščih:

1. omejitve dostopa za tuje paciente iz drugih držav članic EU do storitev v mreži javne zdravstvene službe in za domače zavarovane osebe za dostop do zdravstvenih storitev v tujini lahko izjemoma uvede samo Vlada RS na predlog ministra za zdravje po predhodnem mnenju Zdravstvenega sveta kot posvetovalnega telesa ministra ter mnenju Sveta ZZS
2. Vlada RS lahko uvede omejitve dostopa samo za določeno dobo največ 6 mesecev z možnostjo enkratnega podaljšanja za enako dobo s tem, da je Vlada dolžna sočasno določiti ukrepe za odpravo razlogov oz. vzrokov za sprejem omejitev
3. omejitve se lahko določijo same za posamezne skupine primerov zdravljenja ali diagnostike, ne pa za vse vrste zdravstvenih storitev
4. Vlada mora s sklepom o uvedbi omejitev javno objaviti utemeljitev za sprejem omejitev
5. Vlada določi tudi obveznost rednega mesečnega poročanja ministra za zdravje Vladi glede zaznanih potreb za načrtovano opravljanje zdravstvenih storitev v tujini in potrebah pacientov iz drugih držav članic EU, kakor tudi poročilo o izvajanju ukrepov za odpravo vzrokov za uvedbo omejitev
6. o omejitvah dostopa do zdravstvenih storitev pacientom iz drugih držav članic EU v mreži javne zdravstvene službe in za dostop domačih zavarovanih oseb do zdravstvenih storitev v tujini Vlada obvesti pristojne organe Evropske komisije.

3. Zagotavljanje sredstev – zdravstveno nadomestilo

Podpiramo ukinitve sedanjega dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja in uvedbo zdravstvenega nadomestila (194 - 199. člen osnutka). Predlagamo, da se v nadaljnji razpravi resno prouči možnost, da se zavarovane osebe z letnimi dohodki do vključno letne minimalne plače ali sploh oprosti plačila tega nadomestila, ali pa se znesek tega nadomestila zmanjša od predlaganih 20 na največ 10 EUR mesečno. Razlika v prihodkih zaradi oprostitve plačila nadomestila za navedene zavarovane osebe ali predlaganega znižanja od 20 na 10 EUR naj se pokrije z večjimi prispevki oseb od 5.-7. razreda letnih prihodkov. Menimo, da bo takšen predlog sicer naletel na kritike in odpor zavarovanih oseb iz zadnjih treh predvidenih razredov, na drugi strani pa bi pomenil izredno pomemben ukrep socialne in zdravstvene politike te države za vse zavarovane osebe, ki so v najslabšem materialnem položaju.

4. Določanje cen zdravstvenih storitev

Predlog zakona določa enostransko določanje cen zdravstvenih storitev samo s strani edinega monopolnega naročnika, to je ZZS, ob seveda soglasju ministra za zdravje. Takšen model določanja cen brez

kakršnegakoli poprejšnjega dogovarjanja edinega naročnika in številnih izvajalcev tako iz vrst javnih zavodov, kakor tudi zasebnih izvajalcev na podlagi koncesije, pomeni nazadovanje in poslabšanje položaja izvajalcev ter njihovo popolno neenakopravnost. Ti tudi ne bodo po predlogu zakona vključeni v določanje standardov in normativov, ki so pravzaprav temelj in izhodišče za določanje cen zdravstvenih storitev. Takšen pristop bo neizbežno vodil v nadaljevanje in poglobljanje številnih dosedanjih znanih zapletov v razmerjih med ZZS in izvajalci zdravstvenih storitev, zlasti na sekundarni in terciarni ravni.

Predlagamo, da se takšna rešitev ne sprejme, temveč da se za določanje cen ustanovi posebno neodvisno telo pri Vladi RS ali pri NIJZ, ki bo na podlagi analize in primerjave stroškov in cen storitev referenčnih zdravstvenih ustanov (domačih in tujih) določalo te cene, ali pa jih bo predlagalo v potrditev Vladi RS po predhodnem mnenju Sveta ZZS in ministra za zdravje. Takšno ureditev poznajo v številnih državah z dobro urejenimi sistemi zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, kar zagotavlja primerno ravnotežje v razmerjih med zavarovalnicami in izvajalci zdravstvenih storitev (načelo ravnotežja – check and balance). Gre za podoben položaj in vlogo, kot ga ima Agencija za zavarovalni nadzor pri nadzoru in odobravanju pogojev za izvajanje načrtov oz. shem premoženjskih in življenjskih zavarovanj.

5. Popolna centralizacija in monopolno državno administrativno upravljanje celotnega javnega zdravstvenega sistema

Predlagani osnutek zakona predstavlja s svojimi temeljnimi rešitvami glede odločanja v organizaciji in upravljanju javnega zdravstvenega sistema, možnostih dejanskega uveljavljanja pravic zavarovancev ter pravic in obveznosti izvajalcev zdravstvenih storitev **uvvedbo praktično popolnoma centraliziranega državnega upravljanja z absolutno in neomejeno močjo odločanja o vseh ključnih vprašanjih samo s strani ministra za zdravje.**

Tudi formalno sicer predvidene naloge in pristojnosti Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije so glede vseh ključnih odločitev odvisne od soglasja MZ, kot na primer glede:

- programov zdravstvenega varstva
- standardov in normativov
- cen zdravstvenih storitev itd.

Značilno je, da predloženi osnutek zakona praktično prelaga celotno odgovornost za vodenje nalog države na področju zdravstvenega varstva s strani Vlade RS in drugih deležnikov samo na ministrstvo za zdravje, saj v primerjavi s sedanjim zakonom ukinja tudi Svet za zdravje pri Vladi RS, katerega vloga je bila med drugimi:

- ocenjevanje razvojnih načrtov in zakonskih osnutkov z vseh področij dejavnosti z vidika njihovega vpliva na zdravje ljudi
- predlaganje republiškim upravnim organom uskladitev vprašanj, pomembnih za zdravje ljudi

- predlaganje ukrepov za spodbujanje proizvodnje in uporabe zdrave hrane in za uvedbo zdravju manj škodljivih tehnoloških postopkov in izdelkov
 - sodelovanje na področju varstva okolja itd.
- Gre za telo oz. organ za "medpodročno reševanje ter zagotavljanje strokovne pomoči upravnim organom pri uresničevanju nalog, ki se nanašajo na družbeno skrb za zdravje" (5. člen veljavnega zakona).

6. Izključitev vloge in odgovornosti vseh drugih ključnih deležnikov zdravstvenega sistema

V primerjavi z veljavno zakonsko ureditvijo zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja je s predlaganim osnutkom zakona izključena **kakršnakoli vloga vseh drugih ključnih deležnikov vsakega normalnega javnega zdravstvenega sistema:**

- izvajalcev zdravstvenih storitev, njihovih zbornic in združenj
- zavarovancev, pacientov in njihov združenj
- sindikatov
- delodajalcev itd.
- razen glede imenovanja predstavnikov v bodočem Svetu ZZZS.

Glede položaja izvajalcev zdravstvenih storitev je z osnutkom zakona **izključen dosednji mehanizem t.i. splošnega letnega dogovora med ZZZS in izvajalci zdravstvenih storitev o okvirnih pogojih za izvedbo programov zdravstvenih storitev**, vsak izvajalec (javni in zasebni) bo po novem zakonu tako samo v položaju, da v roku 8 dni sprejme ali zavrne ponudbo in predlog pogodbe, ponujen s strani ZZZS, v primeru odklonitve ponudbe programa, obsega, cen storitev in drugih pogojev pa osnutek zakona napotuje vse izvajalce zdravstvenih storitev, da v 3 dneh vložijo tožbo na sodišče.

Veljavni zakon določa v primeru spora med ZZZS in izvajalcem glede letne pogodbe o izvajanju programa storitev **najprej obvezno izvensodno reševanje sporov pred mešano (poravnalno) arbitražo** in šele potem morebitno sodno reševanje.

Predlagana rešitev urejanja temeljnih razmerij med ZZZS in izvajalci zdravstvenih storitev **pomeni radikalno in bistveno nazadovanje v primerjavi s sedanjim sistemom**, ki je sicer prav tako v praksi povzročal številne probleme, predvsem za izvajalce zdravstvenih storitev zaradi več desetletnega neurejenega sistema standardov in normativov opravljanja zdravstvenih storitev ter s tem povezanim določanjem njihovih cen.

Predlagano takojšnje sodno reševanje teh sporov (obvezna vložitev tožbe v roku 3 dni) bo neizbežno povzročilo kaotično stanje glede delovanja vseh izvajalcev zdravstvenih storitev v primeru kakršnihkoli sporov (dolgotrajno sodno reševanje sporov z neznano dolgimi roki in vsebino sodnih odločitev), **ali pa popolnoma podrejen (prekaren) položaj izvajalcev zdravstvenih storitev** glede na to, da bo v bodoče edini naročnik in plačnik njihovih storitev samo ZZZS. Vsak monopol v katerikoli dejavnosti po naravi stvari narekuje nujen stalen in učinkovit nadzor neodvisnih državnih in drugih institucij, ki

pa s tem zakonom ni določen, razen z vseobsežnim in popolnim sistemom soglasij ministra za zdravje na vse ključne odločitve ZZSZ.

7. Izključitev zdravstvene stroke pri pripravi in sprejemanju odločitev o izvajanju zdravstvenega varstva

Osnutek zakona sploh **ne omenja oz. ureja kakršnokoli vlogo zdravstvene stroke pri pripravi in sprejemanju odločitev glede izvajanja storitev zdravljenja pacientov**, kar je svojevrsten precedens v primerjavi z vsemi primerljivimi zakonskimi ureditvami drugih držav članic EU in tudi širše. Tako **osnutek zakona niti z eno črko ne omenja vlogo Zdravstvenega sveta kot obveznega posvetovalnega telesa ministra za zdravje**, ki je doslej predlagal vse odločitve glede smernic za zdravljenje posameznih vrst bolezni ("klinične smernice"), kakor tudi **razširjenih strokovnih kolegijev kot najvišjih medicinskih strokovnih organov**. Njihovo vlogo, naloge in odgovornost bi moral urediti ta zakon, saj ni dopustno še bolj kot dosedaj **prepuščati upoštevanje njihovih predlogov samo dobri volji** (benevolenci) **vsakokratnega ministra za zdravje in njegovega aparata**, kot je možno ugotoviti po javno objavljenih sporočilih številnih članov teh kolegijev (RSK). Gre za temeljna vprašanja zdravstvene doktrine glede diagnostike in zdravljenja posameznih vrst bolezni, ki bi morala temeljiti predvsem na avtonomiji in odgovornosti organizirane stroke, ne pa na formalni monopolni moči ministra, ki seveda ne razpolaga z ustreznim strokovnim znanjem.

Predlagani osnutek zakona **praktično ukinja kakršnokoli samoregulacijo in avtonomijo zdravstvenih ustanov in stroke ter vpliv njihovih zbornic in združenj, enako tudi možnosti vpliva organizacij, zavarovancev oz. bolnikov**.

8. Postopki priprave zakona in sodelovanje javnosti

Ugotavljamo, da je bila velika večina zainteresirane javnosti in vseh drugih deležnikov javnega zdravstvenega sistema, kot so izvajalci zdravstvenih storitev in njihovih zbornic ter združenj s področja medicinske stroke, veliko število združenj pacientov, sindikati, delodajalci ter zavarovalnice, deloma pa tudi ZZSZ **v celoti izključeni iz sodelovanja pri pripravi celotnega paketa zakonov s področja zdravstvene reforme, vključno s tem osnutkom zakona**, čeprav so vsi ti deležniki dajali številne pobude in zahteve za sodelovanje ter še posebej za organiziranje demokratičnega dialoga z Ministrstvom za zdravje. Na naše zahteve in prošnje smo večkrat dobili samo **pavšalen odgovor MZ, da je v celotno pripravo nove zdravstvene zakonodaje vključeno veliko deležnikov izven MZ in da poteka stalno in intenzivno sodelovanje**. Zato pozivamo MZ, da takoj javno na spletu objavi vse pobude drugih deležnikov glede tega in drugih zakonov, ki so še v pripravi, kakor **tudi zapise delovnih pogovorov s posameznimi deležniki**, da bi širša javnost, Vlada RS in DZ RS lahko

ugotovila in ocenila verodostojnost in resničnost trditev MZ o "velikem sodelovanju zainteresirane javnosti in stalnem dialogu z vsemi deležniki". Za **naše Društvo lahko ugotovimo, da smo poslali MZ nekaj naših pobud, vendar nanje nismo dobili nobenega odgovora, še manj pa morebitnega povabila na pogovor, kljub priporočilu predsednika Vlade RS dr. M. Cerarja.**

Prepričani smo, da je priprava kakršnekoli zdravstvene reforme nesporno zapleten strokovni in politični proces, vendar **kakršnakoli resna reforma lahko temelji samo na širokem družbenem sporazumu vseh ključnih deležnikov, ne pa zgolj in samo na politični odločitvi ministra za zdravje, Vlade RS in DZ RS.** Seveda je možno pričakovati tudi takšno zgolj politično odločitev, toda odgovornost za vse posledice takšne samo politične, ne pa tudi strokovno dobro premišljene in na družbenem konsenzu temelječe reforme morata v celoti potem prevzeti ministrica za zdravje in ta Vlada. Poseben problem je tudi v tem, da je očitna namera sedanje ministrice za zdravje, da se predloženi in drugi predlogi zakonov s področja zdravstvene reforme sprejmejo praktično za vsako ceno tik pred izrekom mandata sedanje Vlade, njihovo izvajanje tako po finančni kot tudi organizacijski in strokovno-izvedbeni strani pa bo potem naloga in odgovornost nove Vlade RS.

Glede na zgoraj navedene ugotovitve, stališča in pripombe predlagamo:

- da Vlada RS ne sprejme predlaganega osnutka zakona in podaljša vsaj za 3 mesece rok za njegovo dokončno pripravo
- da Vlada organizira proces usklajevanja ključnih rešitev predloga tega zakona z vsemi ključnimi deležniki na tem področju
- da se nov bistveno dopolnjen predlog zakona da potem v javno razpravo skupaj z drugimi predlogi zakonov glede zdravstvene reforme.



Jožef Ivan Ocvirk
Predsednik društva za zdravje naroda

