

ZAKON

O SPREMEMBAH IN DOPOLNITVAH ZAKONA O PACIENTOVIH PRAVICAH (ZPacP-A)

I. UVOD

1. OCENA STANJA IN RAZLOGI ZA SPREJEM PREDLOGA ZAKONA

Najpomembnejša sprememba na področju varstva pacientovih pravic v Republiki Sloveniji je bilo sprejetje Zakona o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 15/08; v nadaljnjem besedilu: ZPacP), ki se je začel uporabljati 26. avgusta 2008. Pred sprejetjem ZPacP so bile pravice pacientov določene v 47. členu Zakona o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 23/05 – UPB2, 15/08, 23/08, 58/08 in 77/08; v nadaljnjem besedilu: ZZDej) in delno v Zakonu o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 72/06 – UPB3, 15/08, 58/08 in 77/08). ZPacP je pravice natančneje opredelil in jih združil v pregleden in ustrezen katalog univerzalnih pacientovih pravic, ki vsebino vsake pravice tudi podrobneje opredeljuje. ZPacP se je po osmih letih uporabe izkazal za primerno orodje reševanja pravic pacientov, vendar so se ob implementaciji v praksi razkrile tudi nekatere težave.

Za pereč problem veljavnega ZPacP se je tako izkazala ena izmed temeljnih pravic, in sicer pravica do spoštovanja pacientovega časa, ki je podrobneje opredeljena v 5. poglavju ZPacP. Ta pravica je bila prvič urejena v naši zakonodaji prav z ZPacP, in sicer po vzoru Evropske listine pacientovih pravic. Ker je pravočasnost eden od osnovnih elementov kakovostne zdravstvene storitve, je natančna materialnopravna opredelitev te pravice ključnega pomena.

Ureditev in spremljanje čakalnih seznamov in čakalnih dob je določeno v ZPacP, Pravilniku o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov in Uredbi o poslovanju z uporabniki v javnem zdravstvu. Pravilnik določa vrste pregledov (prvi pregled, kontrolni pregled), ordinacijski čas, naročanje na zdravstvene storitve, stopnje nujnosti zdravstvene storitve (nujno, hitro in redno) ter najdaljše dopustne čakalne dobe glede na posamezno stopnjo nujnosti.

Pravica, ki je zaradi želje po doseganju čim krajših čakalnih dob in čakalnega časa namenjena predvsem zagotavljanju sledljivega in enakopravnega obravnavanja vseh pacientov, je do sedaj obsegala ureditev vodenja čakalnih seznamov in naročanja na zdravstvene storitve, izmenjavo podatkov med izvajalci zdravstvenih storitev (po novem predlogu ZPacP izvajalci zdravstvene dejavnosti) in Inštitutom za varovanje zdravja Republike Slovenije (sedaj Nacionalnim inštitutom za javno zdravje; v nadaljnjem besedilu: NIJZ) ter vzpostavitev nacionalnega čakalnega seznama. Pravica je vsebovala tudi določbo o specialističnih ambulantnih pregledih. ZPacP je v 14. členu opredeljeval najkrajši mogoči čakalni čas in čakalno dobo, ki ne presega razumnega časa. ZPacP omenjenega čakalnega časa in čakalnih dob ni vezal na konkretne ali absolutne čakalne roke za izvedbo zdravstvenih storitev, ampak se je oprl na abstraktne pravne standarde. V praksi se je tovrstno normiranje pravice izkazalo za slabše učinkovito in je njeno uveljavljanje otežilo ter hkrati onemogočilo ugotavljanje kršitev.

Dolge čakalne dobe za zdravstvene storitve so viden izziv zdravstvenih politik ne le v Republiki Sloveniji, ampak tudi v številnih drugih državah članicah Organizacije za ekonomsko sodelovanje in razvoj in so posledica demografskih sprememb, tehnološkega napredka, ozaveščenosti pacientov za zdravje, defenzivne medicine, pomanjkanja zdravnikov oziroma zdravstvenih delavcev, negospodarnega izkoriščanja opreme, prenizko postavljenega obsega programov in nizke cene zdravstvenih storitev, ki jih ZZZS sklene z izvajalci zdravstvene dejavnosti, kot tudi nekaj let trajajoča finančna kriza. Zaradi prekomerno dolgih čakalnih dob prihaja do povečanja tveganja pri zdravljenju in višjih stroškov zdravljenja, daljše odsotnosti z dela in družinskega kroga, daljše in zahtevnejše rehabilitacije in slabšega stanja pacientov po zdravljenju.

V obdobju od 2011 do 2015 je bilo sprejetih več ukrepov, ki pa niso imeli pričakovanih učinkov na zmanjšanje števila čakajočih in čakalnih dob, npr.:

- krepitev programov na primarni ravni,
- plačilo nekaterih programov po realizaciji in boljše vrednotenje prospektivnih primerov (koronarografije, operacije na ožilju, na odprtem srcu, ...),
- dodeljevanje namenskih sredstev za skrajševanje čakalnih dob v specialističnih ambulantah.

Ministrstvo za zdravje je že v letu 2014 v okviru pilotnega projekta analiziralo pet zdravstvenih storitev, kjer se je število čakajočih v zadnjih dveh letih najbolj povečalo. Ugotovljeni razlogi za podaljševanje čakalnih dob so privedli do predloga glede ureditve procesa obvladovanja čakalnih seznamov in čakalnih dob:

- preglednost in transparentnost celotnega procesa upravljanja s čakalnimi seznamami in čakalnimi dobami,
- nadzor nad pravilnim uvrščanjem pacientov na čakalni seznam in upravljanjem čakalnih seznamov,
- načrtovanje ukrepov na podlagi kakovostnih podatkov o dejanskem stanju na navedenem področju (realne čakalne dobe, število čakajočih itd.).

Ministrstvo za zdravje je v letu 2015 področje čakalnih dob prepoznalo za prednostno področje in je zato začelo z izvajanjem pilotnega projekta "Za boljše upravljanje čakalnih dob", v sodelovanju z bolnišnicami (Ortopedska bolnišnica Valdoltra, Splošna bolnišnica Celje in Splošna bolnišnica Izola), zdravstvenimi domovi (Celje, Koper, Idrija, Litija in Piran), Nacionalnim inštitutom za varovanje zdravja, Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije in Zdravstvenim inšpektoratom Republike Slovenije. Namen in cilj projekta je bil pripraviti pregled trenutnega stanja nekaterih čakalnih dob, prepoznati vzroke za njihov nastanek in oceniti posledice predolgh čakalnih dob, podati rešitve in predlagati sistemske ukrepe. Ključne ugotovitve, ki bi lahko prispevale k dolgoročnejšim rešitvam na tem področju, so:

- uskladitev ZPacP in Pravilnika o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov,
- dodatna finančna sredstva in sprememba sistema financiranja nekaterih zdravstvenih storitev,
- gospodarno ravnanje izvajalcev zdravstvene dejavnosti,
- implementacija projekta e-Naročanje,
- nadgradnja napotnice,
- elektronsko vodenje čakalnih seznamov,
- ločeni čakalni seznam za paciente, ki želijo točno določenega izvajalca zdravstvenih storitev,
- morebitna uvedba glob za neupravičene izostanke pacientov in doplačilo za točno izbranega izvajalca zdravstvenih storitev.

Upravni nadzor nad zakonitostjo dela izvajalcev zdravstvene dejavnosti (vključno z zasebniki in koncesionarji) izvaja Ministrstvo za zdravje, lahko tudi na predlog pacienta, njegovega svojca ali skrbnika. Če se pri upravnem nadzoru ugotovijo nepravilnosti, izda minister za zdravje odločbo, s katero določi ukrepe in roke za njihovo odpravo. Upravni nadzor se koncentririra predvsem na zakonitost delovanja izvajalcev zdravstvene dejavnosti z vidika upoštevanja zdravstvene zakonodaje. V tem postopku pacient za odpravo morebitnih kršitev pravic pacientov ne nastopa kot stranka v postopku, tj. s svojo aktivno udeležbo ne more vplivati na potek upravnega nadzora, čeprav se posredno morda odloča o njegovi pravici. Ministrstvo za zdravje lahko v tej zvezi izvajalcu zgolj naloži spoštovanje določb ZPacP.

V skladu s 85. členom ZPacP nadzor nad izvajanjem tega zakona opravlja Ministrstvo za zdravje (v nadaljevanju: MZ), Zdravstveni inšpektorat Republike Slovenije (v nadaljnjem besedilu: ZIRS) pa je določen za prekrškovni organ, katerega stvarna pristojnost je omejena samo na postopek o prekršku. Osnovni namen prekrškovnega postopka oziroma pregona je kaznovanje oziroma sankcija za storjeno protipravno dejanje ali opustitev dolžnega ravnanja, ki je usmerjena za nazaj ("plačati" za storjeno). Ta namen je povsem drugačen od osnovnega namena upravnega inšpekcijskega postopka, ki je v svojem temelju usmerjen v prihodnost, katerega cilj je bodoča odprava obstoječe pomanjkljivosti v javnem interesu. Pri prekrškovnem postopku plačilo globe ne pomeni nujno, da bosta protipravno ravnanje ali opustitev odpravljena, čeprav naj bi imelo kaznovanje oziroma sankcija splošno in specialno preventivno

funkcijo oziroma učinkovanje. ZIRS vodi postopke o prekrških na osnovi Zakona o prekrških in kazenskih določb ZPacP (86. in 87. člen, v katerih so določeni prekrški), kar pomeni, da postopke o prekršku začne in vodi po uradni dolžnosti, in sicer na podlagi sumov, o katerih je obveščen s strani Ministrstva za zdravje, pacientov, Komisije za preprečevanje korupcije, Računskega sodišča Republike Slovenije, Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: ZZZS), zastopnikov pacientovih pravic idr.). ZIRS glede na veljavni zakon tudi ni pristojen za nadzor nad določbami Pravilnika o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov in Uredbe o poslovanju z uporabniki v javnem zdravstvu – oba predpisa sodita v pristojnost Ministrstva za zdravje, zato v primeru, da ZIRS v okviru prekrškovnega postopka ugotovi kršitve pravilnika ali uredbe, poda odstop v pristojno reševanje na Ministrstvo za zdravje.

Ugotovitve opravljenih prekrškovnih postopkov s strani ZIRS kažejo, da:

- ni enotnega računalniškega programa za vodenje čakalnega seznama, vsak izvajalec zdravstvene dejavnosti ima svoj program,
- pri uvrščanju v čakalni seznam izvajalci zdravstvene dejavnosti ne upoštevajo določb ZPacP in Pravilnika (tudi iz razloga, da za to niso zadosti usposobljeni),
- vpis pacientov izvajalcem zdravstvene dejavnosti predstavlja administrativno oviro,
- ni vzpostavljen nacionalni čakalni seznam in zato ni mogoče najti pacientov, ki so vpisani v več čakalnih seznamih za isto zdravstveno storitev,
- sporočanje podatkov ne poteka niti po ZPacP niti po Pravilniku o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov, ampak po navodilih NIJZ enkrat mesečno,
- ni enotnega in pravilnega načina, kako ugotoviti realne čakalne dobe, ki jo mora izvajalec zdravstvene dejavnosti javljati in objavljati, pridobljeni podatki so nerealni in pogosto povzročajo zgolj nezadovoljstvo pacientov,
- izvajalci zdravstvene dejavnosti tudi ne objavljajo vseh čakalnih dob za vse zdravstvene storitve, ki jih izvajajo, ampak le tiste, katere morajo poročati na NIJZ, kar pa je v nasprotju s Pravilnikom o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov.

Kršitve, ki so bile s strani ZIRS ugotovljene v letu 2015, so se nanašale predvsem na:

- uvrščanje pacientov s stopnjo nujnosti nujno v čakalni seznam,
- neupoštevanje vrstnega reda pacientov pri obravnavi,
- izvedbo zdravstvenih storitev pri pacientih, ki niso bili vpisani v čakalni seznam in pri katerih ni šlo za nujne storitve,
- dokumentiranje neustrezne stopnje nujnosti v čakalni seznam,
- manjkajoče oziroma nezadostne podatke in opombe glede spremljanja vrstnega reda pacientov,
- vpise pacientov v čakalni seznam na isti dan, kot je bila izvedena storitev, pa ni šlo za nujne primere,
- neupoštevanje zakonskih rokov za hrambo podatkov v čakalnem seznamu,
- ročno vodenje čakalnega seznama je prisotno v glavnem pri zobozdravnikih.

ZIRS je glede na veljavna določila ZPacP zgolj prekrškovni organ, kar inšpektoratu bistveno onemogoča učinkovito delo. Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov je izdan na podlagi člena, ki ni predviden kot prekršek, zato ni možno prekrškovno ukrepanje, kadar se ugotovi kršitev določb Pravilnika. Podobno velja za določila Uredbe o poslovanju z uporabniki v javnem zdravstvu. Navedeno onemogoča učinkovito delovanje ZIRS, kar je tudi razlog za uvedbo inšpekcijskega nadzora ZIRS nad določenimi zakonskimi določili v spremembi zakona.

Po opažanjih ZIRS se ročno vodijo čakalni seznam v glavnem pri zobozdravnikih za konzervativo (tj. zdravljenje, pri katerem se skuša ohraniti ali obnoviti okvarjeni del telesa), in sicer:

- Koper: zobozdravniki cca. 80 – 85 % ročno (konzervativa), protetika pa cca. 50 %,
- Celje: približno 10 – 15 % vseh zavezancev vodi čakalni seznam v ročni obliki,
- Maribor: specialistične ambulante vodijo čakalni seznam 100 % v elektronski obliki. Ročno vodeni čakalni seznam so samo pri zobozdravnikih, in sicer cca. 10 % ročno

vodenih čakalnih seznamov na področju protetike, na področju konzervative pa cca. 50 % (predvsem pri zasebnih izvajalcih zdravstvene dejavnosti),

- Kranj: ročno vodi še cca. 40 % zavezancev, vendar se stanje izboljšuje v prid elektronskega vodenja,
- Novo mesto: ročno vodi cca. 20 % zavezancev,
- Nova Gorica: ročno vodi cca. 5 % zavezancev,
- Ljubljana: cca. 40 % zavezancev.

V letu 2016 je ZIRS do konca meseca oktobra opravil nadzor pri 130 zobozdravnikih (s koncesijo, brez koncesije), pri 45 zobozdravnikih v javni mreži je bilo preverjeno, ali čakalni seznama vsebujejo vse predpisane elemente. Od teh 45 zobozdravnikov jih ena tretjina ni vodila čakalnega seznama skladno z določili ZPacP, ostali pa so jih vodili skladno. Opravili so tudi nadzore v 366 zdravstvenih domovih, zdravstvenih postajah in dislociranih ambulantah zdravstvenega doma, v okviru katerih je bilo pri 134 zobozdravnikih izvedeno preverjanje vseh elementov čakalnega seznama. Pri 53 zavezancih (oziroma 39,5 %) je bilo ugotovljeno neskladje z določili ZPacP, vsi ostali pa so čakalni seznam vodili skladno. Razlogi za ugotovljeno večinoma tičijo v neupoštevanju predpisov, ki so namenjeni vodenju čakalnih seznamov ter upoštevanju definicij, ki so ključne za pravilno uvrščanje pacientov v čakalni seznam (npr. kaj je prvi in kontrolni pregled). Po določilih veljavne zakonodaje morajo čakalni seznam voditi izvajalci (zobo)zdravstvene dejavnosti v javni mreži, čakalnega seznama pa ni potrebno voditi izvajalcem izven javne mreže (tj. zasebnikom brez koncesije), ker Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov zavezuje le izvajalce v javni mreži.

ZPacP v 40. členu določa tudi pravico pacienta do pridobitve drugega mnenja. Pravica do drugega mnenja je med ostalimi pacientovimi pravicami prav posebej urejena. Drugo mnenje je v zadnjem času precej razširjena dejavnost, vendar je v pretežnem delu predmet zasebne zdravstvene dejavnosti. Za vsako stanje ali zdravstveni problem je namreč mogoče imeti ali pridobiti drugo oziroma drugačno mnenje. Veljavna ureditev pravice do drugega mnenja je neustrezna, tako glede njenega uveljavljanja, ki vnaša dvom glede nepristranskosti drugega mnenja, kot tudi glede kritja pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki trenutno ni dorečena in urejena. Če pravica ni dovolj jasno opredeljena, pa se lahko vsebinsko izrodi. Pravega drugega mnenja (tj. izven institucije, kjer se pacient zdravi) obvezno zdravstveno zavarovanje že sedaj ne krije, zato trenutna ureditev t.i. nepravega drugega mnenja ni ustrezna. Morebitna ureditev pravice do drugega mnenja kot pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja mora biti del zakonodaje, ki ureja zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje, v nasprotnem primeru pa prepuščena prostovoljnemu zavarovanju.

V ZPacP je pravica do drugega mnenja trenutno urejena precej drugače kot v drugih primerljivih državah, pri čemer so nekatere opredelitve o tej pravici nejasne in povzročajo težave pri njenem uresničevanju.

2. CILJI, NAČELA IN POGlavITNE REŠITVE PREDLOGA ZAKONA

2.1 Cilji

Cilj zakona je ureditev dostopnosti pacientov do zdravstvenih storitev v okviru razumnega časa in ureditev ustreznega nadzora na področju zagotavljanja pacientovih pravic in obveznosti. Zaradi težav pri implementaciji nekaterih pacientovih pravic (pravice do spoštovanja pacientovega časa) bo z novelo predlagana podrobnejša opredelitev, nadzor in prekrškovne določbe glede čakalnih seznamov in v tej zvezi posamezne obveznosti tako na strani izvajalcev kot tudi pacientov.

Cilj posega v določbe o nadzoru je zagotavljanje ustrežnejše dodatne procesne zaščite pacienta, ki z inšpekcijskim nadzorom uvaja možnosti ugotavljanja kršitev zakonskih norm in sankcioniranja.

Zagotoviti se želi primerno, kakovostno in varno zdravstveno oskrbo pacientov s pravočasnim dostopom do zdravstvenih storitev in zagotavljanje transparentnosti na področju vodenja čakalnih seznamov (tudi način poostitve nekaterih dolžnosti pacientov), paciente, kot uporabnike zdravstvenih storitev, pa zavarovati pred kršenjem njihovih pravic. Nerazumno odložena pravica (tj. dostopanje do zdravstvenih storitev izven razumnega časa) za pacienta pomeni enako kot nepridobljena pravica.

2.2 Načela

Osnovna načela predlagane novele zakona je zagotavljanje primerne obravnave, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe, pravočasnega dostopa in zagotavljanje transparentnosti pri vodenju čakalnih seznamov ter zavarovanje pred kršitvami pacientovih pravic.

Novela poudarja pridobitev pravice do zdravstvenega varstva oziroma dostopa do zdravstvenih storitev v razumnem času, ki se ugotavlja za vsakega pacienta posebej.

2.3 Poglavitne rešitve

Zaradi težav pri implementaciji nekaterih pacientovih pravic (zlasti pravice do spoštovanja pacientovega časa) bo z novelo predlagana podrobnejša opredelitev, nadzor in prekrškovne določbe glede čakalnih seznamov in v tej zvezi posamezne obveznosti tako na strani izvajalcev zdravstvene dejavnosti in izvajalcev zdravstvenih storitev kot tudi pacientov.

Predlagane spremembe ZPacP na področju pravice do spoštovanja pacientovega časa sledijo cilju izboljšanja same materialnopravne opredelitve pravice. Dosedanja ureditev se je v praksi izkazala za preohlapno in zaradi pomanjkljivosti pri materialnopravnih posledicah nespoštovanja določb, natančneje v kazenskih določbah in določbah, ki urejajo nadzor v praksi, pa tudi za neizvršljivo.

V smislu spoštovanja pacientovega časa bodo morali izvajalci zdravstvene dejavnosti poleg neposrednega naročanja v ordinacijah oziroma naročanja po pošti zagotoviti tudi telefonsko naročanje in vsaj eno obliko elektronskega naročanja, kar ZPacP prepušča v ureditev podzakonskemu aktu, sprejetemu na njegovi podlagi.

V okviru urejanja pravice do spoštovanja pacientovega časa se na novo ureja čakalni čas; v skladu s predlagano ureditvijo morajo izvajalci zdravstvene dejavnosti organizirati svoje delo, tako da je čakalni čas naročenega pacienta čim krajši. Poudariti je treba, da čakalni čas ne velja za nenaročene paciente, ki so lahko obravnavani v razpoložljivem ordinacijskem času, ko izvajalec zdravstvenih storitev nima že naročenih pacientov.

Predlagana novela na novo ureja tudi področje čakalnih dob, kjer se kot obveznost izvajalcev zdravstvene dejavnosti opredeljuje elektronsko vodenje čakalnih seznamov, način uvrščanja pacientov na čakalne sezname in črtanja iz seznama ter način informiranja pacientov.

V okviru določbe novele o čakalnih dobah je na novo in strožje opredeljena obveznost pacienta, da sporoči takoj ko je to mogoče, da na že načrtovano izvedbo zdravstvene storitve ne more priti. Posebej so navedeni pogoji in okoliščine, kdaj se opravičilo šteje za utemeljenega in kdaj ne ter posledice neopravičene odsotnosti od termina. Kadar je naročen termin izvedbe zdravstvene storitve prestavljen iz razlogov na strani izvajalca zdravstvene dejavnosti, pa se dodaja obveznost izvajalca, da je v tem primeru in v primeru predhodnega opravičila, pacientu določiti čim bližji novi termin.

Izvajalci zdravstvene dejavnosti bodo zagotavljali transparentnost in prikazovali realno stanje v čakalnem seznamu tudi prek nove obveznosti po črtanju pacienta iz čakalnega seznama, in sicer v določenem roku in primerih:

- po opravljeni zdravstveni storitvi ali
- po datumu naročene zdravstvene storitve, če pacient ni prišel na naročeno zdravstveno storitev in svojega izostanka ni predhodno opravičil ali
- po obvestilu pacienta, ki je uvrščen na čakalni seznam, da ne želi izvedbe zdravstvene storitve (ker je zdravstveno storitev opravil drugje, zdravstvene storitve ne potrebuje več ipd.) ali
- zaradi odsotnosti medicinske indikacije za izvedbo zdravstvene storitve (po mnenju napotnega zdravnika) ali
- po prejetju obvestila, da je pacient umrl.

Zaradi izmenjevanja podatkov med izvajalci zdravstvene dejavnosti in NIJZ ter zagotavljanja nadzora nad vodenjem čakalnih seznamov se spreminja oziroma dopolnjuje tudi nabor podatkov, ki se vodijo v čakalnem seznamu. Posebej so urejana namen obdelave, rok hrambe in pravica pacienta do vpogleda v podatke, ki jih izvajalci zdravstvene dejavnosti vodijo v okviru čakalnega seznama, do prepisa teh podatkov ali njihovega kopiranja. V sklopu predvidenih sprememb v zvezi z vodenjem čakalnega seznama in s tem povezanim spremljanjem čakalnih dob sta izpostavljeni vloga in odgovornost poslovnega organa, ki mora najmanj analizirati vzroke za nastale čakalne dobe ter o izsledkih analize poročati organu upravljanja, ki mora sprejeti ukrepe v skladu s svojimi pristojnostmi. Od izvajalcev zdravstvene dejavnosti se izrecno zahteva tudi, da termine načrtujejo skladno z ugotovitvami analiz o stanju čakalnih dob znotraj posamezne stopnje nujnosti. Sprememba predvideva tudi črtanje možnosti pacientov, da so za potrebe izvedbe določene zdravstvene storitve vpisani na več čakalnih seznamov, ki jih vodijo različni izvajalci zdravstvene dejavnosti.

S predlogom tega zakona se kot omenjeno zgoraj predlaga določitev inšpekcijskega nadzora, posamezne določbe veljavnega pravilnika in uredbe pa se v primerni vsebini prenaša na raven zakona. Z zakonom se določa tudi jasnejše in dodatne podlage za prekrškovno ukrepanje ZIRS, tudi za vsebine, ki bodo predmet novega podzakonskega akta s področja čakalnih seznamov in čakalnih dob. V tej zvezi se pri nadzoru nad ZPacP razširja kaznovalne določbe ter pregledno ureja vse nadzorne mehanizme nad spoštovanjem ZPacP.

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

Ministrstvo za zdravje bo za razvoj, vzpostavitev in izvajanje inšpekcijskega nadzora zaposlilo štiri zdravstvene inšpektorje (za območje Republike Slovenije).

Tabela: Ocena finančnih posledic vzpostavitve inšpekcijskega nadzora v EUR (stroški dela, materialni stroški, stroški opreme in usposabljanja inšpektorjev) v obdobju 2017 – 2020

	2017	2018	2019	2020
Število inšpektorjev	4	4	4	4
Plače (MZ iz PP 5993)	116.000,00	116.000,00	116.000,00	116.000,00
Materialni stroški (MZ iz PP 4530)	14.400,00	14.400,00	14.400,00	14.400,00
Oprema (MZ iz PP 2915)	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00
Izobraževanje, izpopolnjevanje in usposabljanje (MZ iz PP 7683)	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00
Skupaj	144.400,00	144.400,00	144.400,00	144.400,00

Finančna sredstva v višini 144.400,00 EUR letno za njihovo delo bo Ministrstvo za zdravje zagotavljalo neposredno iz proračuna Republike Slovenije.

Drugih finančnih posledic za državni proračun in druga javna finančna sredstva zakon nima.

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

Finančna sredstva na proračunski postavki ZIRS 5993 za leto 2017 bodo zagotovljena.

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

5.1 Evropska unija

V pravnemu redu Evropske unije (v nadaljnjem besedilu: EU) ni zavezujočih pravnih aktov s področja varstva pacientovih pravic, ki bi jih Republika Slovenija bila dolžna implementirati v slovenski pravni red.

Čeprav so v nadaljevanju navedeni pobude in iniciative ter dokumenti, ki spodbujajo razvoj pacientovih pravic, države članice EU še vedno nimajo skupne zakonodaje na tem področju. Pacientove pravice torej variirajo od države članice do države članice iz različnih razlogov. Najpomembnejši je ta, da so države članice pristojne urediti sistem zdravstva vsaka s svojo nacionalno zakonodajo. Na različnost nacionalne zakonodaje pa vplivajo poleg različnih sistemov zdravstvenega varstva tudi različnost postopkov, kultur in prednostnih nalog; tako imajo nekatere države unificirane pravice pacientov v enem zakonu, medtem ko imajo druge države problematiko razdrobljeno v več zakonih. Pristop se razlikuje tudi po pozornosti, ki jo države članice namenjajo pravicam pacientov.

Vendar velja omeniti pomemben dokument, ki omogoča poenotenje na področju pacientovih pravic, in sicer Strategijo Evropske unije za zdravstveno varstvo. Ta narekuje zagotavljanje visoke ravni varovanja zdravja. To zavezo določa že 3. člen Amsterdamske pogodbe, vendar daje konkretnjšo pravno podlago za pacientove pravice v EU Lizbonska pogodba v 168. členu (European Union. Consolidated Version of the Treaty on the Functioning of the European Union. Official Journal of the European Union. 2008. Title XIV, C115/122, str. 76). Ta člen daje osnovno in neposredno podlago za socialne zavarovalne sisteme ter odpira pot dejavnostim in ukrepom EU na tem področju. Vendar hkrati ne kaže prezreti, da ravno ta člen pušča posameznim državam članicam kompetenco in pristojnost organizacije izvajanja zdravstvenega varstva.

Evropska komisija (v nadaljnjem besedilu: EK) je prepoznala potrebo po vključitvi pacientov v zdravstveno politiko ter slednje opredelila v beli knjigi "Skupaj za zdravje: Strateški pristop EU za obdobje 2008–2013" (European Commission, Brussels, October 23, 2007 COM (2007) 630 final. Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008–2013, str. 4), iz katere izhaja, da postaja izvajanje zdravstvenega varstva vedno bolj osredotočeno na pacienta. Zdravstvena politika EU se namreč mora pričeti pri pacientovih pravicah. Vključevanje pacientov v proces odločanja pomaga pri podpori ob implementaciji predpisov, posebno če ti vključujejo njihove potrebe in zmožnosti.

Drug pomemben dokument na področju pacientovih pravic je "Konvencija o varstvu človekovih pravic in dostojanstva človeškega bitja v zvezi z uporabo biologije in medicine". Ta določa pravna načela, ki so zavezujoča na področju medicine in biologije. Skupaj z Evropsko konvencijo o človekovih pravicah je to eden od vodilnih pogodbenih dokumentov, ki jih je sprejel Svet Evrope. Leta 1997 so države članice Sveta Evrope pričele proces ratifikacije, ki jih zavezuje, da svojo nacionalno zakonodajo prilagodijo zahtevam konvencije. Do sedaj je dokument ratificiralo 24 držav članic Sveta Evrope.

Poleg EU in Sveta Evrope so na območju EU delujoče tudi civilne organizacije, ki so osredotočene na povečevanje vloge pacientovih pravic. Leta 2002 je organizacija Active Citizenship Network v sodelovanju z drugimi civilnimi organizacijami pripravila "Evropsko listino pacientovih pravic". Gre za dokument, ki ga je sprejelo združenje različnih potrošniških organizacij v Evropi in ne v EU, kar pa ne zmanjšuje njegove vrednosti. Po svoji naravi sicer ni dokument mednarodnega prava, vendar nudi zainteresiranim državam pregleden zbir priporočil za pravno ureditev varstva pacientovih pravic. Ta listina naj bi predstavljala tudi temelj za nacionalne predpise s tega področja, predvideva pa naslednje pravice:

1. pravico ustreznih preventivnih storitev in ukrepov zaradi preprečitve bolezni;
2. pravico do dostopnosti do zdravstvenih storitev, ki naj bi vsakemu posamezniku zagotavljala dostopnost do zdravstvenih storitev skladno z njegovimi potrebami. V tem okviru mora biti vsakomur zagotovljena dostopnost do zdravstvenih storitev brez razlikovanja glede na njegove finančne možnosti, kraj ali prebivališče, vrsto bolezni ali čas dostopnosti do storitve;

3. pravico do informiranosti, v okviru katere mora biti vsakemu zagotovljen dostop do informacij o zdravju, mogočih zdravstvenih storitvah in njihovem uveljavljanju ter o znanstvenih in tehnoloških novostih in njihovi primernosti;
4. pravico do soodločanja, ki mora vsakomur zagotoviti zadostno informiranost, ki bi mu omogočila sprejeti odločitev o lastnem zdravju, zdravljenju in obravnavi. To se nanaša tudi na soudeležbo v znanstvenih raziskavah;
5. pravico do proste izbire. Vsakdo mora imeti na podlagi zadostne obveščenosti možnost proste izbire med različnimi možnostmi obravnave in med izvajalci zdravstvene dejavnosti;
6. pravico do zasebnosti in zaupnosti, po kateri morata biti vsakomur zagotovljena zaupnost in varovanje osebnih podatkov, ki se nanašata tudi na njegovo zdravstveno stanje, mogoče diagnostične preiskave in terapevtske obravnave ves čas obravnave in tudi po tem;
7. pravico do spoštovanja pacientovega časa, po kateri bi morala biti vsakomur zagotovljena obravnava v vnaprej predvidenem času in v najkrajšem potrebnem časovnem obsegu;
8. pravico do kakovostne obravnave, ki mora temeljiti na ustreznih, jasno opredeljenih standardih;
9. pravico do varne obravnave, ki mora vsakomur zagotoviti obravnavo brez poškodb ali okvar zaradi morebitnih posledic zdravniških napak ali drugih napak v času obravnave, kar mora biti zagotovljeno z visokimi standardi in zahtevami po varnosti;
10. pravico do dostopa do »novih« storitev, ki vsakomur zagotavlja pravico in možnost dostopa do najnovejših storitev, ki so mednarodno in strokovno priznane, in to ne glede na njegove ekonomske oziroma finančne ovire;
11. pravico do preprečitve nepotrebnega trpljenja in bolečin. Skladno s to pravico mora biti vsakomur ves čas obravnave zagotovljeno, da bo izpostavljen čim manjšim bolečinam ali trpljenju;
12. pravico do individualne obravnave, po kateri naj bi bil vsakdo obravnavan skladno s svojimi osebnimi potrebami;
13. pravico do pritožbe, ki zagotavlja posamezniku, da se ves čas obravnave pritoži, če je utrpel škodo ali je bil drugače prizadet, in da na svojo pritožbo dobi ustrezen odgovor oziroma povratno informacijo;
14. pravico do odškodnine oziroma nadomestila, če je pacient zaradi zdravstvene obravnave utrpel škodo oziroma bil fizično ali psihično prizadet.

Finska

Najpomembnejša zakonodaja, ki na Finskem ureja pacientove pravice, je Zakon o položaju in pravicah bolnikov (No. 785/1992). Ta zakon je tudi prvi zakon o pacientovih pravicah in ureja več pravic bolnikov, na primer pravico do informacij, pravico do samoodločbe, vzdrževanje evidence bolnikov itd. Področje urejanja pacientovih pravic je na Finskem kljub poskusu enotne ureditve v enem zakonu urejeno še v več drugih zakonih, in sicer v Zakonu o statusu in pravicah uporabnikov socialnega zavarovanja (No. 812/2000) in Zakonu o poškodbah pacientov (No. 585/1986).

Finski Zakon o položaju in pravicah pacientov posebej ureja tudi pravico dostopnosti do zdravstvenih posegov. Če pacientu ni mogoče zagotoviti potrebnega zdravstvenega posega takoj, se ga uvrsti na čakalni seznam ali pa se mu omogoči poseg kje drugje, če je to mogoče in potrebno glede na pacientovo zdravstveno stanje. Nujni posegi se obravnavajo po posebnih predpisih.

Litva

V Litvi so pravice pacientov urejene z Ustavo Republike Litve, delno jih urejata tudi Civilni zakonik (2000) ter Zakon o pravicah pacientov in povrnitvi škode, povzročene pacientom (1996) (Lithuania. Law (Text No. I-1562) of the Republic of Lithuania of 3 October 1996 on the rights of patients and compensation of the damage to their health). Litovski Civilni zakonik je bil sprejet leta 2000, veljati je začel 1. julija 2001 in je bil nazadnje spremenjen z amandmaji leta 2009.

Zakon o pacientovih pravicah in povrnitvi škode, povzročene pacientom, je bil sprejet leta 1996 in je bil leta 1998 tudi spremenjen. Zakon ureja pravico do informiranega soglasja (to pravico ureja tudi Civilni zakonik), pravico do informacije o lastnem zdravju, pravico do pritožbe ter pravico do odškodnine.

Med drugim ureja tudi pravico do dostopnosti zdravstvene oskrbe. Pacientu mora biti nudena zdravstvena oskrba v primernem času brez nepotrebnega odlašanja. Če zdravstvene oskrbe ni mogoče zagotoviti takoj, je treba pacientu pojasniti razloge za uvrstitev na čakalni seznam ali pa ga, če je to potrebno in mogoče, napotiti na izvajalca zdravstvene dejavnosti zunaj območja prebivališča.

Norveška

Na Norveškem pravice pacientov ureja Zakon o pacientovih pravicah (The Act of 2 July 1999, No. 63 relating to Patient's rights; Section 2-3).

Norveški zakon v tretjem odstavku 2. člena opredeljuje pravico do drugega mnenja. Vendar je ta pravica definirana v okviru pridobivanja mnenja v razmerju med splošnim zdravnikom in zdravnikom specialistom. Pacient je upravičen do drugega mnenja, ki ga poda zdravnik specialist. Navedena določba omejuje možnost uveljavljanja te pravice na en zahtevek za isto zdravstveno stanje.

Pravilnik o prednostni obravnavi pri zdravstvenih storitvah in pravici do zdravstvenega varstva (Regulation of 1 December 2000 No. 1208 on the prioritization of health services and the right to healthcare) je bil izdan v skladu z Zakonom št. 63 z dne 2. julija 1999 o pravicah pacientov (glej IDHL, 1999, 50, 499, Norw. 99,016) in razveljavlja Uredbo št. 654 z dne 27. junija 1997 o zajamčenih čakalnih dobah. Uredba določa pravico pacientov do osnovne zdravstvene oskrbe in zagotavljanje zdravstvene oskrbe v medicinsko indiciranem roku.

Madžarska

Splošne pravice pacientov so navedene v II. poglavju madžarskega Zakona o zdravstvenem varstvu (Health Act CLIV. 1997). Ta ureja pravice in dolžnosti bolnikov, v VI. poglavju pa pravice in obveznosti delavcev v zdravstvu.

Zakon ureja pravico do pacientovega informiranega soglasja, pravico do obveščeniosti o lastnem zdravstvenem stanju, predvsem pa nepogojno ureja pravico do drugega mnenja v tretjem odstavku 8. člena ter še v 9. členu, ki natančno opredeljuje tudi pogoje, pod katerimi se pacient sme uvrstiti na čakalni seznam. Zakon predvideva tudi obvezo, da se bolnik obvesti o razlogu za uvrstitev na čakalni seznam in o pričakovani čakalni dobi ter da se tudi opozori na vse morebitne posledice čakanja. Zakon določa, da morajo tako bolnikovo mesto na čakalnem seznamu kot tudi kriteriji izbora s čakalnega seznama izhajati iz unificiranih, nadzorljivih in objavljenih strokovnih meril. Na podlagi pisnega pooblastila ima pacientov zagovornik tudi pravico zahtevati, naj se preveri skladnost ravnanja s temi načeli.

Zakon tudi zahteva, da mora čakalni seznam vsebovati osebne in medicinske podatke pacientov, ki čakajo na izvedbo zdravstvene storitve. Čakalni seznam mora prav tako vsebovati zapis vseh okoliščin, ki narekujejo izbor pacienta s čakalnega seznama.

Poljska

Splošne pravice pacientov so opredeljene v Zakonu o pacientovih pravicah in o pooblaščenju pacientovih pravic. Na Poljskem se v zadnjih dveh letih še zlasti trudijo skrajšati čakalne dobe za bolnike z rakom. V okviru t.i. "onkološkega paketa", ki je začel veljati januarja 2015, so želeli izboljšati zgodnje odkrivanje raka in zagotoviti dostop do kompleksnejših diagnostičnih preiskav kot tudi samo zdravljenje rakavih bolnikov v razumnem času. Bolnikom s sumom na bolezen raka je izdan poseben dokument, ki jim omogoča hitro pot do specialistov za diagnostiko in zdravljenje. To se lahko izda v najbolj tipičnih primerih suma na rakavo obolenje, ki je utemeljeno z osnovno diagnostiko (CT, MR, PET). Ti pacienti so upravičeni do obravnave pri specialist v največ osmih tednih od predložitve napotnice (od 2017 v roku sedem tednov).

Bolnikom s potrjeno diagnozo raka pa mora biti omogočeno zdravljenje v dveh tednov od predložitve napotnice oziroma registracije.

Poljski zakon o zdravstvenem zavarovanju nima posebnih določb, ki bi določale pravico pacienta do obravnave v določenem časovnem roku. So pa izvajalci zdravstvenih storitev zavezani k vodenju čakalnih seznamov v skladu s pravili. Praviloma se mora pacienta, ki predloži napotno listino uvrstiti na prvi razpoložljiv termin, pri čemer se posebej vodijo čakalni sezname za nenujne in nujne primere. Ponudniki so dolžni voditi čakalne sezname v elektronski obliki in redno poročati nacionalnemu uradu, ki te podatke javno objavi. V primeru neopravičene odsotnosti pacienta na dogovorjeno zdravstveno storitev se ga izbriše iz čakalnega seznama oziroma se ga na njegovo zahtevo ponovno uvrsti na prvi razpoložljiv datum.

Združeno kraljestvo

Pacientove pravice so opredeljene v Zakonu o državni zdravstveni službi v Angliji (National Health Service Constitution for England, bolj podrobno v poglavju 2.a). Dodatne informacije o pravici pacientov do pritožbe so na voljo v Priročniku k Zakonu o državni zdravstveni službi ([The Handbook to the NHS Constitution](#)).

Združeno kraljestvo ima uzakonjeni dve pravici, ki se neposredno nanašata na spoštovanje pacientovega časa. Pacient ima pravico do dostopa do določenih zdravstvenih storitev, ki jih zagotavljajo izvajalci javnih zdravstvenih storitev v okviru najdaljših čakalnih dob oziroma pravico do alternativne možnosti, v kolikor prvi ponudnik ne more zagotoviti pregleda znotraj dopustne čakalne dobe. Iz tega izhaja pravica do prve t.i. svetovalne obravnave v največ 18 tednih od predložitve napotnice za nenujne preglede in pa pravica do pregleda pri specialistu onkologu v 14 dneh od predložitve napotnice v nujnih primerih, ko obstoji opravičen sum na diagnozo raka. V kolikor to ni mogoče mora pristojni organ (Clinical Commissioning Group ali NHS England) zagotoviti alternativno možnost pregleda za pacienta oziroma, če je takih ponudnikov zdravstvenih storitev več, pa tistega izvajalca, ki zagotovi najkrajšo čakalno dobo.

Pacient izgubi pravico do uvrstitve v čakalni seznam v skladu z najdaljšimi dopustnimi čakalnimi dobami v primeru:

- ko sam izbere, da bo čakal dlje od 18 mesecev tudi po tem, ko mu je bil ponujen primeren termin,
- ko je pacient nezmožen začeti zdravljenje pri specialistu in se mu ponudi nov datum izven dopustnih 18 tednov,
- ko zdravljenje zavrne,
- ko se oceni, da je klinično neprimerno začeti zdravljenje v tem času,
- ko se bolnik vrne na primarno raven za zdravljenje zdravstvene težave,
- ko je klinično ustrezno spremljati bolnikovo stanje brez zdravljenja na tej stopnji ali
- ko zdravljenje ni več potrebno.

V primerih suma na rakavo obolenje, ko je določen najdaljši čas za obisk specialista dva meseca, pacient izgubi pravico, v kolikor se ne udeleži pregleda ali prekliče dogovorjeni termin pod pogojem, da je seznanjen s posledicami, ki jih to zanje lahko prinaša ali v primeru, ko se sam odloči čakati dlje. Ko pacient neopravičeno izostane od dogovorjenega termina, izgubi pravico do zdravstvene obravnave v okviru najdaljših dopustnih čakalnih dob.

Upravljanje s čakalnimi seznammi je v izključni pristojnosti izvajalcev zdravstvene dejavnosti pri čemer se pričakuje, da so pacienti razvrščeni glede na stopnjo nujnosti in glede na vrstni red v katerem so bili naročeni.

Nizozemska

Nizozemski zdravstveni sistem temelji na zasebnem zdravstvu, ki se izvaja s strani zasebnih ponudnikov zdravstvenih storitev in zasebnih zdravstvenih zavarovalnic. Slednje imajo do svojih strank dolžnost skrbnega ravnanja kar pomeni, da so pacientove pravice zavarovane s pogodbo med zavarovancem in zavarovalnico, ki določa kaj bo zavarovalnica pacientu ponudila za določeno premijo ali pa mu povrne stroške izvedbe določene zdravstvene storitve. Čakalne dobe na Norveškem so minimalne. Če izvajalec zdravstvene storitve ne more zagotoviti v

razumnem času se lahko pacient obrne na zavarovalnico, ki mu je dolžna zagotoviti alternativno možnost izvajalca. Med zdravstvenimi zavarovalnicami in izvajalci zdravstvenih storitev obstoji dogovor o tem kaj se šteje za "sprejemljive čakalne dobe", vendar te norme (t.i. Treeknorms) niso zakonsko določene.

6. DRUGE POSLEDICE, KI JIH BO IMEL SPREJEM ZAKONA

6.1 Administrativne in druge posledice

a) v postopkih oziroma poslovanju javne uprave ali pravosodnih organov:

Zakon ne bo imel posledic na področju poslovanja javne uprave ali pravosodnih organov.

b) pri obveznostih strank do javne uprave ali pravosodnih organov:

Zakon ne bo imel posledic pri obveznostih strank do javne uprave ali pravosodnih organov.

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

Zakon ne bo imel posledic na okolje.

6.3 Presoja posledic na gospodarstvo

Zakon ne bo imel posledic na gospodarstvo.

Novela le ustrezneje (na ravni zakona) ureja določene obveznosti, ki so obstajale že prej; tj. vodenje čakalnega seznama v elektronski obliki (kar je določal drugi odstavek 7. člena Pravilnika o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov). Glede na določila 15. in 16. člena pa je bila ta obveza konkludentno določena že v zakonu, saj sicer stalna izmenjava podatkov z NIJZ ne bi bila izvedljiva, ravno tako ne bi bilo možno v praksi izvajati pravice vpogleda pacientov do zgolj nekaterih podatkov iz seznama. Dejstvo je, da brez vodenja seznama v elektronski obliki izvajalec ne more realno izvajati tudi niti določb Zakona o varstvu osebnih podatkov, ki zahteva, da se preprečuje slučajno ali namerno nepooblaščen uničevanje podatkov, njihova sprememba ali izguba ter nepooblaščen obdelava teh podatkov, tako da se za osebne podatke (kar čakalni seznam na določeno zdravstveno storitev zagotovo vsebuje) zagotavljajo postopki in ukrepi, ki omogočajo poznejše ugotavljanje, kdaj so bili posamezni osebni podatki vneseni v zbirko osebnih podatkov, uporabljeni ali drugače obdelani in kdo je to storil, in sicer za obdobje, ko je mogoče zakonsko varstvo pravice posameznika zaradi nedopustnega posredovanja ali obdelave osebnih podatkov. Obveznost izvajalca zdravstvene dejavnosti, da čakalne sezname vodi v elektronski obliki, je neizogibno v juliju 2015 vzpostavil tudi Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva, ki je zavezal izvajalce zdravstvene dejavnosti, da redno posredujejo podatke v zbirko eNaročanja. Glede na to, da metodološka navodila za izmenjavo podatkov predvidevajo izmenjavo podatkov vsako uro, se ta obveznost tudi v praksi izpolnjuje pri vseh, ki so predpisani rok za izmenjavo podatkov spoštovali. Na podlagi navedenega sklepamo, da obveznost vodenja čakalnega seznama v elektronski obliki za izvajalce zdravstvene dejavnosti ni nova obveznost.

Ocenjeni strošek avtomatskega telefonskega odzivnika (zaradi predpostavke v izhodiščih, da izvajalec zdravstvene dejavnosti izven delovnega časa zagotavlja informiranje o delovnem času, ko se lahko naroči) znaša glede na javno dostopne cenike okrog 30 EUR, kar ne predstavlja prekomernega stroška, glede na njegove koristi za pacienta.

Izvajalci zdravstvene dejavnosti že sedaj vzpostavljajo stik s pacienti, nekateri tudi preko SMS, k temu (navezovanju stika) pa jih je zavezovala že veljavna Uredba o poslovanju z uporabniki v javnem zdravstvu in ne predstavlja dodatnih stroškov. Če bo sprejeta odločitev, da se vzpostavitev stika izvaja iz centralne rešitve eNaročanje tudi preko SMS sporočil (ne samo na elektronski naslov), se bi ta strošek pokrnil iz stroškov za delovanje projekta eZdravje, ki je za naslednje leto že predviden.

6.4 Presoja posledic na socialnem področju

Zakon ne bo imel posledic na socialnem področju.

6.5 Presoja posledic na dokumente razvojnega načrtovanja

Zakon ne bo imel posledic na dokumente razvojnega načrtovanja.

6.6 Izvajanje sprejetega predpisa

Sprejeti zakon bo predstavljen na spletni strani Ministrstva za zdravje, ki bo v okviru svojih pristojnosti tudi spremljal izvajanje sprejetega predpisa.

6.7 Druge pomembne okoliščine v zvezi z vprašanji, ki jih ureja predlog zakona
/

II. BESEDILO ČLENOV

1. člen

V Zakonu o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 15/08) se v prvem odstavku 1. člena besedilo "izvajalci oziroma izvajalkah (v nadaljnjem besedilu: izvajalci) zdravstvenih storitev" nadomesti z besedilom "izvajalci oziroma izvajalkah (v nadaljnjem besedilu: izvajalci) zdravstvene dejavnosti".

V 5., 8., 11., 16., 22. in 23. točki 2. člena, drugem odstavku 4. člena, tretji alineji 5. člena, šestem in sedmem odstavku 8. člena, v naslovu 3 II. poglavja, 9. členu, 10. členu, četrtem odstavku 11. člena, 13. členu, četrtem odstavku 23. člena, prvem in drugem odstavku 24. člena, 25. členu, prvi alineji prvega odstavka 27. člena, petem odstavku 32. člena, drugem odstavku 33. člena, drugem odstavku 37. člena, prvem, tretjem, četrtem, petem in desetem odstavku 41. člena, četrtem in petem odstavku 42. člena, prvem odstavku 43. člena, četrti alineji šestega odstavka 44. člena, četrtem, sedmem in devetem odstavku 45. člena, 46. členu, prvem in drugem odstavku 47. člena, četrti alineji prvega odstavka ter tretjem, četrtem, petem, šestem in osmem odstavku 49. člena, prvi in peti alineji sedmega odstavka 50. člena, šesti in sedmi alineji 54. člena, naslovu 1 V. poglavja, 57. členu, 58. členu, prvem in tretjem odstavku 60. člena, drugem odstavku 63. člena, 66. členu, drugem odstavku 67. člena, 68. členu, tretjem, četrtem in šestem odstavku 69. člena, 71. členu, tretjem odstavku 72. člena, petem odstavku 73. člena, drugem in tretjem odstavku 74. člena, drugem odstavku 75. člena, 76. členu, drugem, tretjem in četrtem odstavku 78. člena ter 88. členu se izraz "izvajalec zdravstvenih storitev" v vseh sklonih in številih nadomesti z izrazom "izvajalec zdravstvene dejavnosti" v ustreznem sklonu in številu.

2. člen

V 2. členu se 2., 3., 4., 5. in 6. točka spremenijo tako, da se glasijo:

"2. Čakalna doba je v dnevih izraženo obdobje od vpisa na čakalni seznam do dejanske izvedbe zdravstvene storitve.

3. Čakalni čas je v minutah izraženo čakanje v čakalnici pred ambulantno, in sicer od s terminom dogovorjenega časa začetka izvedbe zdravstvene storitve do njenega dejanskega začetka.

4. Čakalni seznam je elektronska zbirka podatkov zaporedno vpisanih pacientov, ki čakajo na izvedbo določene zdravstvene storitve pri izbranem izvajalcu zdravstvene dejavnosti.

5. Drugo mnenje je mnenje enega ali več drugih zdravnikov o oceni določenega zdravstvenega stanja oziroma predvidenem postopku zdravstvene oskrbe pacienta, ki potrди, ovrže ali spremeni oceno določenega zdravstvenega stanja oziroma predviden postopek zdravstvene oskrbe pacienta, ki jo izvaja lečeči zdravnik.

6. Izvajalec zdravstvene dejavnosti je javni zdravstveni zavod in druga pravna ali fizična oseba, ki opravlja zdravstveno dejavnost v skladu z zakonom, ki ureja zdravstveno dejavnost."

Za 7. točko se doda nova 7.a točka, ki se glasi:

"7.a Kontrolni pregled je pregled, ki je namenjen preverjanju učinkov začetega zdravljenja, morebitnemu načrtovanju dodatnih preiskav in končanju zdravstvene obravnave, ki jo je sprožil prvi pregled in ni vezan na posamezno koledarsko leto.«.

Za 11. točko se dodajo nove 11.a, 11.b, 11.c in 11.č točka, ki se glasijo:

"11.a Najdaljša dopustna čakalna doba je najdaljši čas, v katerem mora biti opravljena določena zdravstvena storitev, da se z vidika objektivne medicinske presoje zdravstvenih potreb pacienta ne poslabša njegovo zdravstveno stanje ali kakovost življenja. Najdaljša dopustna čakalna doba se šteje od uvrstitve na čakalni seznam do začetka zdravljenja, pri diagnostičnih storitvah pa do njihove izvedbe.

11.b Napotna listina je dokument, s katerim izbrani ali napotni zdravnik prenaša pooblastila za ugotavljanje ali zdravljenje bolezni na druge zdravstvene delavce na višji ali isti ravni zdravstvene dejavnosti.

11.c Naročilna knjiga je elektronska evidenca za vodenje vrstnega reda pacientov, kadar se ti ne uvrščajo v čakalni seznam.

11.č Naročilo na zdravstveno storitev predstavlja ravnanje izvajalca zdravstvene dejavnosti ali pacienta z namenom pridobitve termina."

Za 12. točko se dodata novi 12.a in 12.b točka, ki se glasita:

"12.a Nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene storitve vključujejo storitve, kot jih opredeljujejo predpisi obveznega zdravstvenega zavarovanja.

12.b Ordinacijski čas je čas, v katerem zdravstveni delavec oziroma zdravstveni sodelavec izvaja zdravstvene storitve."

Za 16. točko se doda nova 16.a točka, ki se glasi:

"16.a Prvi pregled je pregled, ki je namenjen opredelitvi novonastalega zdravstvenega stanja oziroma akutnega poslabšanja kroničnega zdravstvenega stanja ter načrtovanju potrebnih preiskav in zdravljenja."

Za 20. točko se doda nova 20.a točka, ki se glasi:

"20.a Termin je med pacientom in izvajalcem zdravstvene dejavnosti dogovorjen čas, izražen z datumom, uro in minuto, predviden za izvedbo zdravstvene storitve."

Za 24. točko se doda nova 24.a točka, ki se glasi:

"24.a Zobozdravstvena nujna medicinska pomoč je izvajanje nujnih ukrepov zobozdravnika in zdravstvenih delavcev ter zdravstvenih sodelavcev, ki so zaradi poškodb, močnejših krvavitev, infekcij in hudih stalnih bolečin v področju ustne votline in zob potrebni za preprečitev nepopravljivega in hudega poslabšanja zdravstvenega stanja."

3. člen

14. člen se spremeni tako, da se glasi:

**"14. člen
(spoštovanje pacientovega časa)**

- (1) Pacient ima pravico, da se njegov čas spoštuje.
- (2) Izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe poskrbi za najkrajši možni čakalni čas, skladno s pogoji financiranja pa tudi za čakalno dobo v okviru razumnega časa. Delo organizira tako, da se pacientu zagotovi čim hitrejša zdravstvena obravnava.
- (3) Izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe pacientu omogoči nujno medicinsko pomoč ali zobozdravstveno nujno medicinsko pomoč ali nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene storitve takoj oziroma najpozneje v 24 urah.
- (4) Če izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe zdravstvene storitve ne more opraviti takoj in ne gre za nujno medicinsko pomoč ali zobozdravstveno nujno medicinsko pomoč ali nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene storitve ali za zdravstvene storitve, za katere se ne vodi čakalni seznam, se pacienta na podlagi napotne listine uvrsti na čakalni seznam izbranega izvajalca zdravstvene dejavnosti in določi termin.
- (5) Izvajalec zdravstvene dejavnosti zagotovi najmanj naslednje oblike naročanja:
- vsaj eno obliko elektronskega naročanja,
 - po pošti,
 - telefonsko,
 - osebno v ordinaciji.
- (6) Izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe določi enega ali več zdravstvenih delavcev za upravljanje s čakalnim seznamom (v nadaljnjem besedilu: pooblaščen osebna za čakalni seznam).
- (7) Pacienta se uvrsti na čakalni seznam po predložitvi izvornika napotne listine, o uvrstitvi pa se ga pisno obvesti v petih dneh."

4. člen

Za 14. členom se dodata nova 14.a in 14.b člen, ki se glasita:

**"14.a člen
(čakalni čas)**

- (1) Izvajalec zdravstvene dejavnosti zagotovi obvezno sistematično naročanje na določeno uro in minuto znotraj ordinacijskega časa. Kadar naročanje poteka v skladu z drugim odstavkom 15. člena tega zakona, imajo naročeni pacienti prednost pred nenaročenimi.
- (2) Izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe zagotovi, da je delo organizirano tako, da je čakalni čas čim krajši oziroma ne presega 30 minut.
- (3) Omejitev iz prejšnjega odstavka ne velja, kadar posamezen zdravstveni delavec ali zdravstveni sodelavec, ki izvaja zdravstvene storitve pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe, izvaja nujno medicinsko pomoč ali zobozdravstveno nujno medicinsko pomoč ali nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene storitve, o čemer sproti obvešča paciente v čakalnici.
- (4) Omejitev glede čakalnega časa ne velja za nenaročene paciente.

**14.b člen
(čakalna doba in uvrščanje v čakalni seznam)**

(1) Pri zdravstveni storitvi, kjer ne gre za nujno medicinsko pomoč ali zobozdravstveno nujno medicinsko pomoč ali za nujno zdravljenje in neodložljivo zdravstveno storitev in je ni mogoče opraviti takoj, izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe pacienta uvrsti na čakalni seznam, pri čemer upošteva strokovne standarde glede stopnje nujnosti, ki jo v čakalnem seznamu posebej dokumentira, in sicer:

- "zelo hitro", kadar je zdravstveno stanje pacienta tako resno, da zahteva obravnavo prej kot v enem mesecu,
- "hitro", kadar zdravstveno stanje pacienta zahteva obravnavo prej kot v šestih mesecih,
- "redno" kadar zdravstveno stanje pacienta zahteva obravnavo prej kot v 12 mesecih.

Stopnja nujnosti "nujno", ki ni del čakalnega seznama, obsega nujno medicinsko pomoč ali zobozdravstveno nujno medicinsko pomoč ali za nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene storitve.

(2) Stopnja nujnosti se določi v skladu s pacientovo največjo zdravstveno koristjo, tako da se upošteva razumen čas in prepreči resna zdravstvena škoda za pacienta ter morebitna zahteva imenovanega zdravnika Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

(3) Napotna listina se izvajalcu zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe predloži:

- s stopnjo nujnosti "nujno" najpozneje naslednji dan,
- s stopnjo nujnosti "zelo hitro" v sedmih dneh,
- s stopnjo nujnosti "hitro" in "redno" pa v 30 dneh po njeni izdaji.

(4) Napotna listina, predložena po izteku rokov iz prejšnjega odstavka, preneha veljati. Predložena neveljavna napotna listina se z navedbo razloga vrne izdajatelju in o tem obvesti tudi pacienta.

(5) Izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe vzpostavi stik s pacientom, ki je uvrščen na čakalni seznam. Šteje se, da se pacient odpove pravici vzpostavitvi stika, če izvajalcu ne poda svojih kontaktnih podatkov. Šteje se, da je pacient podal soglasje za posredovanje obvestila, če so njegovi kontaktni podatki del njegove zdravstvene dokumentacije.

(6) Izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe pacienta, ki v okviru posamezne zdravstvene obravnave potrebuje več zdravstvenih storitev, naroči na vse zdravstvene storitve, vključno z morebitno diagnostiko.

(7) Če pacient želi opraviti zdravstveno storitev pri točno določenem izvajalcu zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe oziroma zdravstvenem delavcu ali zdravstvenem sodelavcu, ki izvaja zdravstvene storitve pri njem, se to označi v čakalnem seznamu in zanj ne veljajo omejitve glede najdaljših dopustnih čakalnih dob. Na to se pacienta posebej opozori.

(8) Najdaljša dopustna čakalna doba je spoštovana, če je čakalna doba za določeno zdravstveno storitev pri najmanj enem izvajalcu zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe znotraj najdaljših dopustnih čakalnih dob.

(9) Poslovodni organ izvajalca zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe mesečno spremlja in analizira podatke o čakalnih dobah ter išče vzroke zanje, o njih periodično poroča organu upravljanja in izvaja ukrepe za njihovo zmanjševanje oziroma odpravo. Načrtovanje terminov sledi analizam čakalnih dob znotraj posamezne stopnje nujnosti. Minister, pristojen za zdravje, podrobneje določi način analiziranja in vsebino poročil."

5. člen

15. člen se spremeni tako, da se glasi:

"15. člen (čakalni seznam)

(1) Izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe vodi elektronski čakalni seznam za vse zdravstvene storitve, pri katerih obstaja čakalna doba, in sicer po posameznih zdravstvenih storitvah. Če posamezno zdravstveno storitev znotraj istega izvajalca zdravstvene dejavnosti opravlja več zdravstvenih delavcev, se čakalni seznam lahko vodi tudi po posameznih zdravstvenih delavcih.

(2) Čakalni seznam se ne vodi za zdravstvene storitve pri izbranem osebnem zdravniku splošne oziroma družinske medicine, in izbranem osebnem pediatru ter za preventivne preglede. Izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe za storitve iz prejšnjega stavka vodi naročilno knjigo, v katero vpisuje naslednje podatke:

- osebno ime pacienta,
- kontaktni podatki pacienta,
- termin,
- navedba o izvedbi zdravstvene storitve.

(3) V čakalnem seznamu, ki se vodi za posamezno zdravstveno storitev pri izbranem izvajalcu zdravstvene dejavnosti, ki spada med pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, se vodijo naslednji podatki:

1. zaporedna številka vpisa,
2. datum in ura vpisa,
3. osebno ime pacienta,
4. naslov in kontaktni podatki pacienta,
5. številka napotne listine,
6. številka zavarovane osebe, ki jo da nosilec obveznega zdravstvenega zavarovanja,
7. stopnja nujnosti,
8. podatek o vrsti pregleda (prvi oziroma kontrolni pregled),
9. podatek o morebitnem spreminjanju vrstnega reda skupaj z navedbo razlogov, ki spreminjajo vrstni red,
10. podatek o črtanju iz čakalnega seznama,
11. želja pacienta (glede izbire točno določenega izvajalca zdravstvene dejavnosti ali zdravstvenega delavca ali zdravstvenega sodelavca, izbira alternativnega termina, opravičena odsotnost od termina),
12. šifra zdravstvene storitve,
13. predvideni termin izvedbe zdravstvene storitve,
14. datum in ura izvedene zdravstvene storitve,
15. izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe, ki je pacienta uvrstil na čakalni seznam (šifra zdravstvenega delavca, šifra in drugi podatki o izvajalcu zdravstvene dejavnosti),
16. zdravstveni delavec, ki je opravil triažo napotne listine,
17. datum triaže napotne listine,
18. podatek o utemeljenosti napotitve,
19. zdravstveni delavec ali zdravstveni sodelavec, ki je zdravstveno storitev izvedel.

Čakalni seznam, ki se vodi pri izbranem osebnem ginekologu in izbranem osebnem zobozdravniku, ne vsebuje podatkov iz 5., 7., 15., 16., 17., 18. in 19. točke prejšnjega stavka.

(4) Pacient je za isto zdravstveno storitev lahko vpisan na čakalni seznam največ pri enem izvajalcu zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe.

(5) Namen obdelave podatkov v čakalnem seznamu je zagotoviti:

- obveščenost o čakalni dobi in o vrstnem redu pacientov na čakalnem seznamu,
- spoštovanje vrstnega reda,
- preglednost dostopa do zdravstvenih storitev.

(6) Podatki iz čakalnega seznama se hranijo dve leti od datuma izvedene zdravstvene storitve oziroma črtanju iz čakalnega seznama, in sicer tako, da je sprememba vsakega podatka izvedena na način, ki omogoča vpogled v prejšnji podatek, pri čemer mora biti razvidno, kdo in kdaj je spremenil posamezen podatek, skupaj z obrazložitvijo okoliščin, ki narekujejo spreminjanje podatkov iz čakalnega seznama.

(7) Pacient ima pravico izvedeti razloge za čakalno dobo in njeno dolžino ter pravico do vpogleda v podatke iz čakalnega seznama, do prepisa teh podatkov ali njihove kopije oziroma izpisa, pri čemer se lahko seznanijo z vsemi podatki iz tretjega odstavka tega člena, razen iz 3., 4. in 6. točke. Za seznanitev po tem odstavku se uporabljajo prvi, drugi, četrti, šesti, sedmi in deseti odstavek 41. člena tega zakona. Izvajalec zdravstvene dejavnosti seznanitev pacientu omogoči takoj, vendar najpozneje pet dni po prejemu zahteve. Pacient lahko za posamezno zdravstveno storitev pri istem izvajalcu zdravstvene dejavnosti vloži zahtevo iz tega odstavka največ dvakrat mesečno. Določba tega odstavka ne posega v pravico do seznanitve s svojimi osebnimi podatki in ne daje pravne podlage za seznanitev z osebnimi podatki drugih pacientov.

(8) Kadar se za posamezno zdravstveno storitev čakalni seznam vodi, se pacientu, ki ni vpisan v čakalni seznam, ne sme opraviti zdravstvena storitev, razen če gre za nujno medicinsko pomoč ali zobozdravstveno nujno medicinsko pomoč ali nujno zdravljenje in neodložljivo zdravstveno storitev."

6. člen

Za 15. členom se dodajo novi 15.a, 15.b, 15.c in 15.č člen, ki se glasijo:

"15.a člen (naročanje na zdravstveno storitev)

(1) Izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe zagotavlja celostno skrb za pacienta tako, da se pacientu ne nalaga dodatnih obremenitev, kadar bi te izvajalec zdravstvene dejavnosti opravil hitreje in enostavneje od pacienta.

(2) Pacienta ob izdaji napotne listine na zdravstveno storitev naroči izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe, razen če se pacient želi naročiti sam.

(3) V primeru nepopolno izpolnjene napotne listine pooblaščen oseba za čakalni seznam neposredno od izdajatelja napotne listine zahteva njeno dopolnitev, in sicer v treh dneh.

(4) Pacient lahko ob določitvi termina zahteva drug, poznejši termin, ki je najbližji prosti, a ne sme biti daljši od enega meseca. Pacient lahko to možnost uveljavi za posamezno napotno diagnozo oziroma za posamezen vpis v čakalni seznam pri istem izvajalcu zdravstvene dejavnosti le enkrat. Če se pacient ne strinja ne s prvotno določenim ne pozneje ponujenim terminom, se napotna listina z navedbo razloga vrne izdajatelju.

15.b člen (upravljanje čakalnega seznama)

(1) Odsotnost zdravstvenega delavca ali zdravstvenega sodelavca, ki izvaja zdravstvene storitve pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe, ni razlog za odpoved termina. Če izvajalec zdravstvene dejavnosti iz objektivnih razlogov nadomeščanja odsotnega zdravstvenega delavca ali zdravstvenega sodelavca ne more zagotoviti, se pacienta nemudoma prenaroči na najbližji prosti (dodatni) termin, ki ne sme biti daljši od enega tedna.

(2) Če pacient želi, da se zdravstvena storitev opravi pri točno določenem zdravstvenem delavcu ali zdravstvenem sodelavcu, se to navede v čakalnem seznamu. Za takega pacienta omejitve glede najdaljše dopustne čakalne dobe ne veljajo.

(3) Pacient lahko odpove termin najpozneje deset dni pred izvedbo zdravstvene storitve, in sicer le enkrat v okviru iste napotitve in le v okviru napotitve s stopnjo nujnosti "redno". Poznejša odpoved termina je dopustna le iz objektivnih razlogov na strani pacienta, ki jih določi minister, pristojen za zdravje, pri čemer pacient razlog za odpoved opraviči s predložitvijo ustreznih

listine. V primeru opravičila iz objektivnih razlogov ne veljajo omejitve glede odpovedi termina zgolj enkrat v okviru iste napotitve in napotitve v okviru stopnje nujnosti redno.

(4) Če pacient odsotnosti ne opraviči, se ga črta iz čakalnega seznama. Pacient se lahko na čakalni seznam za to zdravstveno storitev oziroma v okviru te napotne diagnoze pri tem izvajalcu zdravstvene dejavnosti ponovno uvrsti šele po poteku treh mesecev od termina, na katerega se neopravičeno ni odzval.

15.c člen (črtanje iz čakalnega seznama)

(1) Izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe pacienta črta iz čakalnega seznama:

- po opravljeni zdravstveni storitvi,
- v primeru smrti pacienta,
- na željo pacienta,
- zaradi odsotnosti indikacije po mnenju napotnega zdravnika,
- zaradi neopravičene odsotnosti od termina.

(2) V primeru črtanja iz druge, tretje, četrte ali pete alineje prejšnjega odstavka se napotna listina vrne izdajatelju napotne listine (stornira) z obrazložitvijo razlogov. Razlog za črtanje se navede tudi v čakalnem seznamu.

(3) O črtanju pacienta iz čakalnega seznama iz razloga iz tretje, četrte ali pete alineje prvega odstavka tega člena se obvesti tudi pacienta.

(4) Pooblaščen oseba za čakalni seznam po opravljeni zdravstveni storitvi v čakalnem seznamu označi, kdaj je bila zdravstvena storitev opravljena. Izdajatelju napotne listine se ob tem zagotovi povratna informacija z oceno utemeljenosti napotne listine napotnega zdravnika.

15.č člen (obvezne objave in podrobnejše določbe glede spoštovanja pacientovega časa)

(1) Izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe na svojih spletnih straneh ter na vidnem mestu v čakalnici na primarni ravni in v specialistični ambulantni dejavnosti, v specialistični bolnišnični dejavnosti pa ob vходу na oddelek ali na običajnem oglasnem mestu bolnišnice objavi:

- oblike naročanja, morebitne časovne omejitve znotraj posamezne oblike naročanja in kontaktne podatke izvajalca zdravstvene dejavnosti,
- dolžino čakalne dobe po posamezni stopnji nujnosti za vse zdravstvene storitve, ki jih izvaja, vključno z najkrajšimi čakalnimi dobami,
- podatke o pooblaščenih osebah za čakalni seznam (osebno ime, kontaktni podatki).

(2) Minister, pristojen za zdravje, podrobneje določi postopek vpisa na čakalni seznam in izbrisa z njega, način upravljanja čakalnega seznama, naročanja na termin, opravičevanja od termina, urejanje ordinacijskega časa, dostopa do informacij o zdravstvenih delavcih in zdravstvenih sodelavcih ter najdaljše dopustne čakalne dobe za posamezno stopnjo nujnosti pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe."

7. člen

16. člen se spremeni tako, da se glasi:

"16. člen (izmenjava podatkov)

(1) Izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe v skladu z zakonom, ki ureja zbirke podatkov s področja zdravstvena varstva, in zakonom, ki ureja varstvo osebnih podatkov, podatke iz tretjega odstavka 15. člena tega zakona stalno elektronsko izmenjuje z Nacionalnim inštitutom za javno zdravje (v nadaljnjem besedilu: NIJZ).

(2) Ne glede na določbe zakona, ki ureja določbe varstva osebnih podatkov, lahko NIJZ pri povezovanju podatkov iz čakalnega seznama iz tretjega odstavka 15. člena tega zakona uporabi isti povezovalni znak na način, da se za pridobitev osebnega podatka uporabi samo ta znak.

(3) Ne glede na določbe zakona, ki ureja varstvo osebnih podatkov, lahko NIJZ za namen izvajanja storitev eZdravja brez predhodnega dovoljenja državnega nadzornega organa za varstvo osebnih podatkov povezuje podatke iz tretjega odstavka 15. člena tega zakona z zbirkami podatkov eZdravja tudi le z uporabo enega identifikatorja kot istega povezovalnega znaka."

8. člen

17. člen se spremeni tako, da se glasi:

"17. člen (objave podatkov)

NIJZ podatke o čakalnih dobah objavlja na svojih spletnih straneh."

9. člen

18. člen se spremeni tako, da se glasi:

"18. člen (specialistični ambulantni pregled in diagnostika)

(1) Pacient, ki je napoten na specialistični ambulantni pregled ali diagnostiko zaradi nadaljnje zdravstvene oskrbe ali pridobitve podrobnejšega strokovnega mnenja, ima pravico do pregleda v razumnem času.

(2) Strokovno mnenje poleg diagnostičnih podatkov vsebuje tudi predlog, kakšno naj bo nadaljnje zdravljenje.

(3) Pisno strokovno mnenje prejme pacient na koncu pregleda oziroma najpozneje v sedmih dneh po opravljenem pregledu oziroma diagnostiki. V nujnih primerih, tudi v primerih suma na maligno obolenje, je treba pisno strokovno mnenje pacientu sporočiti takoj."

10. člen

40. člen se spremeni tako, da se glasi:

"40. člen (pravica do drugega mnenja)

(1) Drugo mnenje lahko na zahtevo pacienta poda zdravnik na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti.

(2) Drugo mnenje lahko poda zdravnik, ki ima po pridobitvi licence najmanj pet let delovnih izkušenj s področja, za katerega se zahteva drugo mnenje, in enako specialnost, kot je specialnost lečečega zdravnika.

(3) Zahteva za pridobitev drugega mnenja za pacienta ne sme imeti negativnih posledic pri nadaljnji zdravstveni oskrbi pri lečečem zdravniku. Ne glede na vsebino drugega mnenja, ohranja lečeči zdravnik neodvisnost in odgovornost pri sprejemanju strokovnih odločitev.

(4) Zdravnik poda drugo mnenje na podlagi predložene zdravstvene dokumentacije, lahko pa opravi tudi pregled pacienta ali opravi dodatne zdravstvene storitve.

(5) Lečeči zdravnik posreduje zdravniku, ki bo podal drugo mnenje, zdravstveno dokumentacijo pacienta, ki je bila podlaga za njegovo mnenje.

(6) Uveljavljanje pravice do drugega mnenja v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja določa zakon, ki ureja zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje."

11. člen

85. člen se spremeni tako, da se glasi:

"85. člen (nadzorni in prekrškovni organi)

(1) Nadzor nad izvajanjem tega zakona opravljajo ministrstvo, pristojno za zdravje, inšpektorat, pristojen za zdravje, nosilec obveznega zdravstvenega zavarovanja, Informacijski pooblaščenec in inšpektorat, pristojen za kulturo in medije.

(2) Inšpektorat, pristojen za zdravje, opravlja nadzor nad določbami četrtega, petega, šestega in sedmega odstavka 14. člena, prvega in devetega odstavka 14.b člena, prvega, drugega, tretjega, šestega, sedmega in osmega odstavka 15. člena, tretjega odstavka 15.a člena, prvega, in drugega odstavka 15.b člena, 15.c člena, prvega in drugega odstavka 15.č člena, tretjega odstavka 18. člena, prvega odstavka 20. člena, 23. člena, drugega in tretjega odstavka 24. člena, 25. člena, drugega, petega, šestega in sedmega odstavka 26. člena, 27. člena, četrtega odstavka 30. člena, četrtega odstavka 34. člena, petega in sedmega odstavka 35. člena, četrtega, petega in šestega odstavka 49. člena, 57. in 58. člena, prvega odstavka 63. člena in šestega odstavka 69. člena tega zakona.

(3) Nadzor nad varstvom osebnih podatkov iz sedmega odstavka 15. člena, 44., 45. in 46. člena, drugega odstavka 63. člena in 68. člena tega zakona opravlja Informacijski pooblaščenec.

(4) Nadzor nad načinom sporazumevanja iz 19. člena tega zakona opravlja inšpektorat, pristojen za kulturo in medije.

(5) Nadzor nad izvajanjem petega odstavka 8. člena, 10. člena, 14.a člena in 25. člena tega zakona v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe izvaja nosilec obveznega zdravstvenega zavarovanja. Nadzor nosilca obveznega zdravstvenega zavarovanja je glede 14.a člena tega zakona omejen na nadzor čakalnega časa pri vseh zdravstvenih storitvah, ki so predmet pogodbe med izvajalcem zdravstvene dejavnosti in nosilcem obveznega zdravstvenega zavarovanja."

12. člen

87. člen se spremeni tako, da se glasi:

"87. člen (druge kršitve)

(1) Z globo od 400 do 4.100 eurov se kaznuje za prekršek pravna oseba, ki opravlja zdravstveno dejavnost, če:

- ne zagotovi ustrezne uvrstitve pacienta na čakalni seznam v skladu s četrtem odstavkom 14. člena tega zakona,
- ne zagotovi naročanja v skladu s petim odstavkom 14. člena tega zakona,
- ne določi pooblaščenih oseb v skladu s šestim odstavkom 14. člena tega zakona,
- pacienta ne uvrsti na čakalni seznam v skladu s prvim odstavkom 14.b člena tega zakona,
- ne vodi čakalnega seznama v skladu s prvim, drugim, tretjim in četrtem odstavkom 15. člena tega zakona,
- v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe v nasprotju z osmim odstavkom 15. člena tega zakona opravi zdravstveno storitev pacientu, ki ni vpisan na čakalni seznam, pa ne gre za nujno medicinsko pomoč, zobozdravstveno nujno medicinsko pomoč ali nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene storitve,
- ne hrani podatkov najmanj dve leti po izvedbi zdravstvene storitve oziroma črtanju iz čakalnega seznama ali spremeni podatke v čakalnem seznamu v nasprotju s šestim odstavkom 15. člena tega zakona,
- pacientu ne določi čim bližjega novega datuma načrtovane zdravstvene storitve v skladu s prvim odstavkom 15.b člena tega zakona,
- pacient ne prejme pisnega strokovnega mnenja v skladu s tretjim odstavkom 18. člena tega zakona,
- se ne zagotovi sporazumevanje v skladu z 19. členom tega zakona,
- na vidnem mestu niso objavljeni podatki iz drugega odstavka 23. člena tega zakona,
- zdravstveni delavec, ki ima neposreden stik s pacientom, na vidnem mestu ne označi navedb iz tretjega odstavka 23. člena tega zakona,
- nima na voljo pisnih informacij iz drugega odstavka 24. člena tega zakona,
- ob odpustu pacient ne dobi pisnega poročila v skladu s tretjim odstavkom 24. člena tega zakona,
- se privolitev ne dokumentira na privolitvenem obrazcu v skladu s 27. členom tega zakona,
- se zavrnitev ne dokumentira na privolitvenem obrazcu v skladu s četrtem odstavkom 30. člena tega zakona,
- se privolitev ne opravi v skladu s petim ali sedmim odstavkom 35. člena tega zakona,
- ob ugotovljenem ali sporočenem primeru nedovoljene obdelave osebnih podatkov ne ukrepa v skladu s 46. členom tega zakona,
- ne odgovori zastopniku v skladu s četrtem odstavkom 49. člena tega zakona,
- zastopniku ne pošlje zahtevanih pojasnil in informacij iz petega odstavka 49. člena tega zakona,
- ne omogoči zastopniku dostopa do podatkov v skladu s šestim odstavkom 49. člena tega zakona,
- ne določi pristojne osebe v skladu s 57. členom tega zakona,
- ne objavi podatkov v skladu z 58. členom tega zakona,
- pristojna oseba najbližjemu zastopniku ne posreduje anonimiziranih zapisnikov v skladu s prvim odstavkom 63. člena tega zakona oziroma če gradiva, ki je nastalo v zvezi z zahtevo, ne hrani v skladu z drugim odstavkom 63. člena tega zakona,
- ne omogoči dostopa do dokumentarnega gradiva v skladu z 68. členom tega zakona,
- se ne udeleži pripravljalnega naroka v skladu s šestim odstavkom 69. člena tega zakona.

(2) Z globo od 400 do 2.100 eurov se za prekršek iz prejšnjega odstavka kaznuje samostojni podjetnik posameznik ali posameznik, ki samostojno opravlja zdravstveno dejavnost.

(3) Z globo od 100 do 1.000 eurov se za prekršek iz prvega odstavka tega člena kaznuje odgovorna oseba pravne osebe in odgovorna oseba samostojnega podjetnika posameznika ali posameznika, ki samostojno opravlja zdravstveno dejavnost."

13. člen

Za 87. členom se doda nov 87.a člen, ki se glasi:

"87.a člen

(višina globe v hitrem postopku)

Za prekrške iz tega zakona se lahko v hitrem postopku izreče globa v znesku, ki je višji od najnižje predpisane globe, določene s tem zakonom."

PREHODNA IN KONČNA DOLOČBA**14. člen**
(izdaja predpisa)

Minister, pristojen za zdravje, izda predpis iz osmega odstavka 14.b člena in drugega odstavka 15.č člena zakona v treh mesecih od dneva uveljavitve tega zakona.

15. člen
(določitev pooblaščenih oseb)

Izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe določi pooblaščen osebo za čakalni seznam iz šestega odstavka 14. člena zakona v 30 dneh od uveljavitve tega zakona.

16. člen
(prenehanje veljavnosti)

Z dnem uveljavitve tega zakona prenehata veljati Uredba o poslovanju z uporabniki v javnem zdravstvu (Uradni list RS, št. 98/08) in Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov (Uradni list RS, št. 63/10), ki pa se uporabljata do uveljavitve predpisa iz 15.č člena zakona.

Ne glede na določbo prejšnjega odstavka se 13., 14. in 15. člen Uredbe o poslovanju z uporabniki v javnem zdravstvu (Uradni list RS, št. 98/08) uporabljajo do uveljavitve predpisov o kakovosti in varnosti v zdravstvu.

17. člen
(začetek veljavnosti in uporabe)

Ta zakon začne veljati petnajsti dan po objavi v Uradnem listu Republike Slovenije, uporabljati pa se začne tri mesece po uveljavitvi tega zakona.

III. OBRAZLOŽITEV

K 1. členu:

Zakon razlikuje med izvajalcem zdravstvene dejavnosti, ki je pravna ali fizična oseba, ki v Republiki Sloveniji opravlja zdravstveno dejavnost v skladu z zakonom, ki ureja zdravstveno dejavnost (in je pridobila dovoljenje za opravljanje zdravstvene dejavnosti) in izvajalcem zdravstvenih storitev kot neposrednim izvajalcem zdravstvenih storitev (tj. zdravnikom in drugim zdravstvenim delavcem).

K 2. členu:

S tem členom se spreminjajo pomeni nekaterih izrazov in pojmov v zakonu ter se dodaja nekatere nove. Spreminjajo oziroma dodajajo se predvsem izrazi oziroma pojmi, ki so povezani s spremembo pravice do spoštovanja pacientovega časa in spremembo pravice do drugega mnenja, to so "čakalna doba", "čakalni čas", "čakalni seznam", "prvi pregled", "kontrolni pregled", "najdaljša dopustna čakalna doba", "napotna listina", "naročilna knjiga", "naročilo", "okvirni termin" in "termin". Poleg navedenih se zaradi uskladitve z ostalo zakonodajo in lažjim razumevanjem spreminjajo tudi nekateri drugi pojmi, in sicer "izvajalec zdravstvene dejavnosti", "izvajalec zdravstvenih storitev", "nujna medicinska pomoč", "nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene storitve" in "zobozdravstvena nujna medicinska pomoč".

K 3. členu:

Spremenjeni 14. člen na splošno ureja pravico do spoštovanja pacientovega časa ter določa obveznosti izvajalcev po zagotavljanju ustreznih oblik in načinov naročanja na zdravstvene storitve. Izvajalci zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe morajo zagotoviti:

- najkrajši možni čakalni čas (čas čakanja pacienta pred ordinacijo; tj. pacienta, ki je naročen na termin),
- skladno s pogoji financiranja zagotoviti čakalno dobo v okviru razumnega časa,
- tako organizacijo dela, da se pacientu zagotovi čim hitrejšo zdravstveno obravnavo (kar izhaja iz poudarjenosti zakona, da se pacienta obravnava celostno in ga postavi v središče obravnave).

Izvajalec mora zagotoviti najmanj naslednje oblike naročanja na zdravstvene storitve:

- vsaj eno obliko elektronskega naročanja (e-pošta, eNaročanje, spletni obrazec ipd.).
- po pošti,
- telefonu,
- osebno v ordinaciji,

pri čemer se glede na razvitost tehnologije (vzpostavitev eNaročanja v okviru projekta eZdravje) in računalniško pismenost prebivalstva pričakuje, da bo v praksi za naročanje na sekundarno in terciarno raven najširše uveljavljena prav oblika elektronskega naročanja. Za zdravstvene storitve, ki se izvajajo na podlagi napotne listine in kjer je na nacionalnem nivoju predvideno elektronsko naročanje, je povezovanje z zbirko eNapotnica in eNaročanje obvezno skladno z zakonom, ki ureja zbirke podatkov s področja zdravstva. Podrobnosti glede načina naročanja na navedene oblike bo določil minister s pravilnikom.

Od izvajalca zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe se zahteva, da v primeru, ko pacient potrebuje nujno medicinsko pomoč ali zobozdravstveno nujno medicinsko pomoč, le-to opravi takoj oziroma v roku 24 ur.

Izrecno je določeno, da mora izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe določiti eno ali več pooblaščenih oseb, ki bodo skrbele za upravljanje s čakalnimi seznammi. Posebej se zahteva, da se pooblaščen oseb lahko le zdravstveni delavec.

Zakonsko se ureja tudi dolžnost, da se pacienta na čakalni seznam vpiše šele po predložitvi napotne listine (v fizični obliki, kadar se kot taka izstavi, oziroma v elektronski obliki, kadar se jo posreduje prek sistema eNaročanja). S spremembo zakona spreminjamo možnost rezervacije

termina, ki se ukinja. Glede na dodatno administrativno obremenitev, ki jo je pomenila za izvajalce zdravstvene dejavnosti, pri čemer pa ni pomenila nobenega bistvene razlike za pacienta glede termina, saj se je ta razlikoval največ za pet dni, se način uvrščanja spremeni na način, da so predhodni telefonski klici in elektronska sporočila brez hkratne predložitve napotne listine (ki bodo v takih primerih možni v primeru eNapotnice) obravnavajo le kot informativna poizvedba, ki se ne zabeleži. Črtanje rezervacije se izvaja predvsem ob upoštevanju dejstva, da bo ob popolni uvedbi eNapotnice ta možnost v celoti praktično ukinjena (sej bo ob vseh načinih stika lahko izvajalec že ob prvem stiku s pacientom prevzel eNapotnico in pacient avrstil v čakalni seznam). Pacient je uradno uvrščen v čakalni seznam in s tem pridobi termin šele po predložitvi napotnice.

Člen dodatno določa, da je izvajalec pacienta ob predložitvi napotne listine dolžan uvrstiti na čakalni seznam (ne glede na morebitno izpolnjen program storitev, torej se pacientov ne more odklanjati iz razloga, da so trenutno kapacitete zasedene oziroma zavračati njihovo uvrstitev na seznam iz razloga, da izvajalec trenutno ne naroča.

K 4. členu:

S členu se 4., 5. in 6. se dodajata nova 14.a in 14.b člena ter spreminja 15. člen in dodajajo novi 15.a, 15.b, 15.c in 15.č člen zakona, ki vsi skupaj pomenijo celovito urejanje pravice do spoštovanja pacientovega časa. Posebej se v posameznih členih ureja čakalni čas, čakalne dobe, čakalni seznam, upravljanje s čakalnim seznamom ter sporočanje in objava podatkov o čakalnih dobah.

Novi 14.a člen tako ureja čakalni čas, ki ga pacient preživi v čakalnici pred ambulanto, ko čaka na izvedbo zdravstvene storitve. Izvajalec mora zagotoviti sistematično naročanje na določeno uro in minuto znotraj ordinacijskega časa. Delo je potrebno organizirati na način, da je čakalni čas čim krajši oziroma ne presega 30 minut na vseh treh ravneh zdravstvene dejavnosti. Časovna omejitev začne teči od določenega termina in ne od prihoda pacienta v ordinacijo, saj je cilj določbe tudi v tem, da pacienti upoštevajo določene oziroma dogovorjene termine in v čakalnico ne prihajajo predčasno in s tem po nepotrebnem vplivajo na prezasedenost čakalnic. Čakalni čas ne velja za nenaročene paciente (razen že gre za generalno izjemo nujne medicinske pomoči). Po drugi strani pa se zahteva nanaša tudi na izvajalca, ki mora poskrbeti za to, da se na isti termin ne naroča večje število pacientov.

Če mora izvajalec izvajati nujno medicinsko pomoč oziroma zobozdravstveno nujno medicinsko pomoč ali nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene storitve, omenjena časovna omejitev ne velja, vendar se o tem sproti obvešča naročene paciente, ki v čakalnici čakajo na zdravstveno storitev.

Nadzor nad zagotavljanjem čakalnega časa opravlja ZZZS, ki je plačnik obveznega zdravstvenega zavarovanja in ki čakalni čas in sankcije za kršitve čakalnega časa z izvajalcem uredi pogodbeno. Nadzor ZZZS bo seveda mogoč le nad kršitvami čakalnega časa pri tistih zdravstvenih storitvah, ki so predmet pogodbe med posameznim izvajalcem, kjer je kršitev čakalnega časa nastala, in ZZZS.

Novi 14.b člen ureja čakalno dobo in uvrščanje v čakalni seznam. Izvajalec v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe pacienta uvrsti na čakalni seznam, kadar zdravstvene storitve ne more zagotoviti takoj in hkrati ne gre za nujno medicinsko pomoč ali zobozdravstveno nujno medicinsko pomoč. Pri uvrščanju pacienta na čakalni seznam mora izvajalec upoštevati strokovne standarde glede stopnje nujnosti, ki se v čakalnem seznamu izrecno navede. Stopnja nujnosti se določa skladno s pacientovo največjo zdravstveno koristjo, tako da se prepreči resna zdravstvena škoda, upošteva pa se tudi morebitna zahteva s strani imenovanega zdravnika ZZZS. Stopnja nujnosti se torej opredeljuje glede na konkretnega pacienta in pri tem upošteva vse okoliščine na njegovi strani; zdravstveno stanje, morebitna bolniška odsotnost, stopnja bolečin, nosečnost ipd.

Izvajalec je pacienta na podlagi predložitve napotne listine dolžan uvrstiti na čakalni seznam takoj (tj. ne glede na morebitno izpolnjen program). T.i. zbiranje napotnih listin izven čakalnega seznama ni dopustno.

Zakon uvaja dodatno stopnja nujnosti "zelo hitro", v okviru stopnje nujnosti "nujno" pa se poleg nujne medicinske pomoči dodaja še nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene storitve. Navedeno izhaja predvsem iz strokovnih zahtev po lažji opredelitvi stopnje nujnosti s strani zdravnika in ne toliko kot orodje za skrajševanje čakalne dobe. Zakon opredeljuje vsebino posamezne stopnje nujnosti in pri tem določa tudi maksimalne časovne okvire, ki jih posamezna stopnja nujnosti zahteva. Najdaljše čakalne dobe za posamezno stopnjo nujnosti pa bodo predpisane v pravilniku, ki ga bo izdal minister za zdravje.

Na novo se ureja tudi veljavnost napotne listine, glede česar trenutno obstaja pravna praznina, pri čemer je veljavnost odvisna od stopnje nujnosti, ki je določena na napotni listini. Napotna listina s stopnjo nujnosti "nujno" mora biti predložena izvajalcu najkasneje naslednji dan, sicer preneha veljati, stopnja nujnosti "zelo hitro" v sedmih dneh, preostali stopnji nujnosti pa v roku 30 koledarskih dni od izdaje. S tem ukrepom zakon pacientu nalaga večjo skrb za pričetek postopka uvrščanja v čakalni seznam in s tem začetka pričakovanega zdravljenja, kar vpliva k zmanjševanju morebitnih škodljivih posledic odlašanja z zdravstveno obravnavo. Če izvajalec prejme neveljavno oziroma pretečeno napotno listino, jo vrne njenemu izdajatelju, pacienta pa o tem na primere način tudi obvesti.

14.b člen prav tako določa, da mora izvajalec s pacientom, ki je uvrščen v čakalni seznam, vzpostaviti stik (zadošča avtomatsko obvestilo ali SMS sporočilo) pred izvedbo zdravstvene storitve, pri čemer se bo konkretni rok določil v pravilniku. Vzpostavitev stika predstavlja neke vrste opomnik za pacienta in hkrati zagotavlja, da bo pacient na zdravstveno storitev prišel oziroma bo v primeru, da storitve (več) ne potrebuje, le-to izvajalcu sporočil še pred izvedbo načrtovane zdravstvene storitve. Z omenjeno obveznostjo izvajalcev zagotovimo, da pri naročenih zdravstvenih storitvah prihaja do čim manjšega izpada zdravstvenih storitev, kar posledično pomeni, da se čakalne dobe ne daljšajo zaradi izpadlih zdravstvenih storitev oziroma so zdravstvene zmogljivosti izkoriščene v največji možni meri.

Dodatno se določa tudi obveznost izvajalca zdravstvene dejavnosti, da pacienta, ki mora v okviru posamezne zdravstvene storitve opraviti še diagnostiko oziroma druge zdravstvene storitve, nanje naroči izvajalec sam in se pacienta ne pošilja od vrat do vrat po termine. Na ta način se skrajšuje doba neposrednega čakanja na strani pacienta, kar prav tako vpliva na morebitno zmanjšanje škodljivih posledic odloženega pričetka zdravljenja. Navedena rešitev v ospredje postavlja pacienta kot uporabnika zdravstvenih storitev.

Kadar pacient želi biti obravnavan pri konkretnem zdravstvenem delavcu ali zdravstvenem sodelavcu, se to posebej označi v čakalnem seznamu, za takega pacienta pa tudi ne veljajo omejitve glede najdaljše dopustne čakalne dobe. Na to se pacienta posebej opozori. Predlagana rešitev v ospredje postavlja pravico do zdravstvenega varstva oziroma dostopanja do potrebne zdravstvene storitve, sekundarno pa se lahko upošteva tudi morebitna posebna želja pacienta, ki izhaja iz pravice do proste izbire izvajalca zdravstvene dejavnosti in izvajalca zdravstvenih storitev.

14.b člen na novo ureja tudi izvajalčevo obveznost, da spremlja in analizira vzroke za čakalne dobe ter jih ažurno odpravlja (izvaja ukrepe iz lastne pristojnosti oziroma o tem obvesti ustrezne institucije). O vsem tem mora poročati tudi organu upravljanja, skladno z ugotovitvami analiz pa načrtovati tudi (proste) termine znotraj posamezne stopnje nujnosti.

K 5. členu:

Spremenjeni 15. člen določa obveznost vodenja čakalnega seznama in njegovo vsebino. Voditi ga je potrebno za vse zdravstvene storitve, kjer obstajajo čakalne dobe, in sicer se izrecno zahteva elektronsko vodenje. Izrecno je določeno, da se čakalni seznam vodi po posameznih zdravstvenih storitvah, kar pomeni, da je pri enem izvajalcu zdravstvene dejavnosti en čakalni seznam; če neko zdravstveno storitev pri istem izvajalcu opravlja več zdravstvenih delavcev, pa se poleg tega lahko vodi tudi čakalni seznam po zdravstvenih delavcih. Navedeno izvajalcu ne preprečuje, da znotraj tega skupnega čakalnega seznama po storitvah določa termine po posameznih zdravstvenih delavcih, prav tako lahko pripravlja posamezne izpise čakalnega seznama gledano na posameznega zdravstvenega delavca.

Čakalnega seznama ni potrebno voditi pri:

- izbranim osebnem zdravniku družinske medicine,
- izbranim osebnem pediatru in
- izvajalcem, ki niso v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe (zasebnikom brez koncesije).

Izbrani osebni ginekolog in izbrani osebni zobozdravnik je (slednji zlasti zaradi dolgih čakalni dob) izjema, kar pomeni, da morata zaradi preglednosti stanja na področju čakalnih seznamov in čakalnih dob voditi čakalni seznam. Zdravniki navedeni v prvi in drugi alineji vodijo poenostavljeno elektronsko naročilno knjigo (npr. seznam v excelu), v katerem vodijo le minimalen nabor podatkov, iz katerih je mogoče zagotoviti ustrezno razločevanje med obravnavo naročenih in nenaročenih pacientov. Prav tako se čakalni seznam ne vodi za storitve nujne medicinske pomoči, nujnega zdravljenja in storitev, ki se opravijo takoj. Zakon pa tudi za izbranega osebnega ginekologa in izbranega osebnega zobozdravnika zahteva manjši (prilagojen) nabor podatkov, o katerih se vodi čakalni seznam.

Za vodenje čakalnega seznama tudi za konzervativo je bilo potrebno že sedaj upoštevati definicije za prvi in kontrolni pregled (in tudi ostala pravila uvrščanja), ki izhajajo iz zakona in pravilnika. To pomeni, da v primeru, ko ima pacient, ki ima že opredeljenega osebnega zobozdravnika, novo nastali problem (npr. bolečino, izpad zalivke...), mu le-ta določi termin za prvi pregled. V kolikor se na prvem pregledu zadeva dokončno sanira, je storitev zaključena. V kolikor se na prvem pregledu zadeve ne da dokončno sanirati in so potrebni še dodatni "obiski", ki pa so kontrolni pregledi, ki so strokovno indicirani in termin določi zobozdravnik (to je lahko naslednji dan, čez en teden, ...). Storitev je zaključena po dokončni sanaciji zoba. Ko ima pacient spet novo nastali problem, se ponovno naroči in se mu določi termin za prvi (in ne kontrolni) pregled. Prvi in kontrolni pregledi se vodijo v enem čakalnem seznamu in ne v dveh ločeno. V kolikor pacient odpove termin oziroma ne odpove in ne pride, lahko na izpraznjeno mesto pokličejo drugega pacienta, ki je na razpolago, vendar je potrebno okoliščine zavesti v čakalni seznam (opombe). Glede na dejstvo, da pri zobozdravnikih (pa tudi npr. pri psihiatrih in okulistih) ni potrebna napotnica za uvrstitev v čakalni seznam, se do sedaj nikoli ni zahtevalo od teh izvajalcev, da vodijo v čakalnem seznamu popolnoma vse elemente, ampak ZIRS to presoja smiselno – tako se ne zahteva št. napotnice ipd. Sindikat DENS se je tako npr. zavezal, da bo na podlagi pojasnil ZIRS pripravil za zobozdravnike navodila. V zvezi z mnenjem RSK za stomatologijo iz leta 2011 (strokovni kriteriji za razvrščanje zobozdravniških storitev v posamezne stopnje nujnosti) velja poudariti, da ta dokument nikoli ni bil potrjen in sprejet s strani zakonodajalca ali Ministrstvo za zdravje, zato ostaja na ravni strokovnega mnenja. Je pa navedeno mnenje (da zobozdravnikom ni potrebno voditi čakalnega seznama, kolikor se prvi pregled izvede v treh mesecih) v nasprotju z določili veljavnega ZPacP, ki določa, da v kolikor ne gre za nujno medicinsko pomoč in storitve ni možno opraviti takoj, izvajalec pacienta uvrsti na čakalni seznam – in ne šele po treh mesecih. Na podlagi ugotovitev ZIRS čakalni seznam za konzervativo ni vodila tretjina zavezancev, dve tretjini pa so ga, in sicer večina elektronsko. Preventivni pregledi niso predmet čakalnega seznama in se vodijo v naročilni knjigi.

Podatki, ki se morajo voditi v čakalnem seznamu, so izrecno določeni, glede na veljavni zakon so dodani nekateri novi podatki, ki se morajo voditi v čakalnem seznamu na podlagi tega predloga zakona, in sicer:

- podatek o morebitnem spreminjanju vrstnega reda skupaj z navedbo prednostnih meril in drugih razlogov, ki spreminjajo vrstni red in
- podatek o vrsti pregleda (prvi ali kontrolni pregled; prej urejeno le v podzakonskem predpisu),
- številka napotne listine,
- podatek o morebitnem spreminjanju vrstnega reda (z navedbo razlogov),
- indikator želje pacienta,
- datum in ura izvedene zdravstvene storitve (v veljavnem zakonu je zahteva po vodenju je datuma),
- podatek o izvajalcu, ki je opravil triažo napotne listine,
- datum triaže napotne listine,
- podatek o utemeljenosti napotne listine (ocena z vidika obstojna medicinske indikacije).

Hramba podatkov iz čakalnega seznama se je podaljšala iz 6 na 24 mesecev, kar inšpektorjem zagotavlja oziroma omogoča izvajanje nadzora glede morebitnih sprememb v čakalnem seznamu.

Dodana je zahteva, da je pacient lahko uvrščen v čakalni seznam zgolj pri enem izvajalcu zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe (za isto zdravstveno storitev). Sama tehnična izvedba preprečevanja, da se bi isti pacient pojavil v dveh čakalnih seznamih za isto zdravstveno storitev, bo narejena preko centralnega sistema eNaročanja, kjer se bo pacientu z veljavnim naročilom na določeno zdravstveno storitev preprečilo še eno naročilo na isto storitev. Sistem eNaročanja že zdaj pred izdajo eNapotnice opozori na dejstvo, da je napotnica za to storitev za tega pacienta že izdana, vendar pa ima zdravnik kljub temu možnost tako napotno listino ob vpisanem pojasnilu izdati (npr. zaradi izdaje napotne listine za kontrolne preglede, ki se lahko izda že precej pred samim datumom pregleda, ko stara napotna listina še ni nehala veljati, je pa pacient morda zaradi drugih razlogov že pri zdravniku). V praksi se je možnost uvrščanja pacienta za isto zdravstveno storitev na več čakalnih seznamov že zdaj bistveno omejila (izjema: v obdobju petih dni, ko je pacient s papirnato napotnico lahko naredil rezervacijo v več čakalnih vrstah, kar se s tem predlogom ukinja) in je nastopila le v primeru, da je pacient za isto storitev imel izdanih več veljavnih napotnic.

Predlog zakona izrecno določa namen vodenja zbirke podatkov v čakalnem seznamu in okoliščine, pod katerimi lahko pacient zahteva vpogled v te podatke.

Prav tako je v 15. členu dodana prepoved, da se pacientu, ki ni vpisan v čakalni seznam, kadar se za posamezno zdravstveno storitev čakalni seznam vodi, ne sme opraviti zdravstvena storitev, razen če gre za nujno medicinsko pomoč ali zobozdravstveno nujno medicinsko pomoč ali nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene storitve.

K 6. členu:

6. člen predlagane novele vsebuje nove 15.a, 15.b, 15.c in 15.č člen, ki podrobneje določajo upravljanje čakalnega seznama.

15.a člen tako ureja postopek naročanja na zdravstveno storitev, 15.b člen upravljanje čakalnega seznama, 15.c člen črtanje iz čakalnega seznama, v 15.č členu pa so predpisane obvezne objave za izvajalca in podlaga za podrobnejšo ureditev področja spoštovanja čakalnega časa v pravilniku, ki ga bo izdal minister za zdravje.

Tudi v tem okviru se poudarja celostna skrb za pacienta, tako da se mu ne nalaga obveznosti, ki bi jih hitreje in enostavneje od pacienta opravil izvajalec sam (npr. pošiljanje pacientov po izvide, naročanje). V tej zvezi se določa tudi obveznost, da na zdravstveno storitev pacienta naroči že izvajalec zdravstvene dejavnosti sam – razen, kadar se pacient želi naročiti sam. Glede na izdajanje e-napotnic v okviru sistema eNaročanje, zahteva po naročanju s strani izvajalca ni pretirana, saj jo izvajalec (zdravnik, medicinska sestra, administrator ali druga oseba pri izvajalcu) izvede neposredno po izdaji napotnice oziroma izročanju kartice zdravstvenega zavarovanja pacientu s preprostim klikom. Omenjeno prispeva k večjemu zadovoljstvu pacienta in zmanjšuje možnost neuspelega napotovanja. Posebej velja poudariti, da se k naročanju ne zavezuje zdravnika osebno, temveč navedeno lahko opravi zdravstveni delavec ali zdravstveni sodelavec ali npr. administrator, omenjeno pa je še posebej pomembno tudi iz stališča uvajanja preteka veljavnosti napotne listine v primeru, da pacient le-te ne predloži zadosti hitro.

Zakon predlaga, da se nepopolno izpolnjena napotnica vrne izdajatelju v dopolnitev z rokom treh koledarskih dni. Ustrezno izpolnjena napotnica je namreč pogoj za izvedbo triaže napotne listine, preverjanje stopnje nujnosti in pravilno uvrstitev v čakalni seznam.

Čeprav je določitev termina v pristojnosti izvajalca oziroma pooblaščenih oseb, zakon omogoča omejeno upoštevanje pacientovih želja – lahko si namreč izbere alternativni, kasnejši termin, ki pa mora biti v roku enega meseca od prvotno določenega termina. Pri tem ni potrebno, da navede razlog za željo po kasnejšem datumu. Navedeno pravico pa pacient lahko uveljavlja le enkrat za vpis v čakalni seznam na podlagi posamezne napotne listine. Če se pacient z novo ponujenim datumom ne strinja, se napotna listina vrne izdajatelju, pri čemer se na njej označi

razlog vrnitve. Zakon v tej točki predvideva, da je pacient, ki zdravstveno storitev potrebuje, tudi sam dovolj motiviran in odgovoren, da uskladi svoje preostale obveznosti in sprejme ponujeni termin.

Upravljanje čakalnega seznama je urejeno v 15.b členu, pri čemer se uvodoma poudarja zaveza izvajalca, da mora zagotoviti ustrezno nadomeščanje z namenom, da se termini iz razlogov na strani izvajalcev ne odpovedujejo. Kadar nadomeščanja resnično ni mogoče zagotoviti, pa se pacientu ponudi termin, ki mora biti v roku enega tedna od predhodno določenega termina. Navedena rešitev sledi izhodišču, da se stremi po spoštovanju dogovorjenih terminov tako s strani pacienta kot tudi izvajalca, kar seveda predvideva ustrezno in vnaprejšnjo organizacijo dela.

Če pacient ne pride na izvedbo zdravstvene storitve in tega ne opraviči skladno s pogoji zakona, je potrebno takega pacienta črtati iz čakalnega seznama. Ponovno pa se lahko na ta seznam (pri tem izvajalcu za to storitev) uvrsti šele po poteku treh mesecev od termina, na katerega se neopravičeno ni odzval.

Pacient se lahko opraviči od naročene zdravstvene storitve le do deset dni pred njeno izvedbo, naknadno pa zgolj v izjemnih primerih, ki jih bo taksativno določil pravilnik. Opravičila do 10 dni pred storitvijo ni potrebno utemeljiti z razlogom, pacient pa navedeno pravico lahko izkoristi le enkrat v okviru iste napotitve in le v okviru stopnje nujnosti "redno". Na novo se določa tudi dolžnost izvajalca, da se pacienta uvrsti na čim bližji možni prosti termin (v roku enega tedna), kadar je razlog, da se storitev ni izvedla, na strani izvajalca. V takih primerih mora izvajalec zagotoviti dodatno ambulantno.

15.c člen izrecno navaja, v katerim primer se pacienta lahko in mora črtati iz čakalnega seznama, pri čemer se roke za črtanje določa v pravilniku. Pacienta se o črtanju na primeren način tudi obvesti – kadar je razlog za črtanja v odsotnosti indikacije, neopravičene odsotnosti od termina ali želja pacienta.

Posebej je določena še zahteva, da pooblaščen oseba v čakalnem seznamu označi, ali je bila napotna listina utemeljena, s čimer se izdajatelju napotne listine zagotovi tudi povratna informacija o obstoju medicinske indikacije za zdravstveno storitev.

V prvem odstavku 15.č člena zakon izvajalcu nalaga posamezne obvezne objave, v drugem odstavku 15.č člena pa je podana pravna podlaga za pravilnik, ki bo natančneje uredil področje čakalnih dob in čakalnih seznamov, naročanja in objav.

K 7. členu:

Zakon določa način izmenjave podatkov med izvajalci in NIJZ, pri čemer se upošteva veljavno zakonodajo s področja varstva osebnih podatkov. Sprememba 16. člena je posledica tudi statusne spremembe Inštituta za varovanje zdravja v Nacionalni inštitut za javno zdravje, ki je posledica Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 14/13).

V novem 17. členu se določa obveza za NIJZ po stalnem objavljanju podatkov o čakalnih dobah na svojih spletnih straneh, s čimer se pacientom omogoča lažji in preglednejši dostop do informacij.

K 8. členu:

K veljavni ureditvi o spoštovanju pacientovega časa pri opravljanju specialističnih ambulantnih pregledih in pridobivanju izvidov se s predlogom izrecno dodaja še področje diagnostike, ki je bilo do sedaj neustrezno izpuščeno. Na ta način se izvajalce zavezuje k upoštevanju razumnega časa tudi pri izdaji izvidov za področje diagnostike. Hkrati se rok iz sedanjih treh delovnih dni podaljšuje na sedem koledarskih dni.

K 9. členu:

Sprememba 40. člena je posledica dosedanje neustrezne ureditve zagotavljanja in plačila pravice do drugega mnenja in nejasnosti glede plačnika drugega mnenja. Predlog spremembe 40. člena pravico do drugega mnenja ureja na bistveno drugačen način, s tem da pacientu da

možnost, da se na vseh treh ravneh zdravstvene dejavnosti samostojno odloči, ali bo uveljavljal drugo mnenje. Možnost uveljavljanja pravice do drugega mnenja na vseh treh ravneh zdravstvene dejavnosti ne pomeni preskoka na višjo raven zdravstvene dejavnosti, temveč drugo mnenje lahko poda zdravnik, ki ima enako specialnost kot lečeči zdravnik.

Zdravnik, ki izdelava drugo mnenje, mora imeti po pridobitvi licence najmanj pet let delovnih izkušenj s področja, na katerem se zahteva podaja drugega mnenja, hkrati pa se jasno določa, da zahteva za pridobitev drugega mnenja za pacienta ne sme imeti negativnih posledic pri nadaljnji zdravstveni obravnavi pri lečečem zdravniku, hkrati pa drugo mnenje ne posega v samostojnost in neodvisnost lečečega zdravnika.

Nadalje je določeno, da postopek izdelave drugega mnenj, poteka na podlagi posredovane zdravstvene dokumentacije, ki jo zdravniku, ki podaja drugo mnenje, posreduje lečeči zdravnik. Zdravnik, ki bo podal drugo mnenje lahko opravi tudi pregled pacienta oziroma zahteva dodatne zdravstvene storitve.

Pravico do drugega mnenja in njegovo uveljavljanje v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja ureja zakon s področja zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja.

K 10. členu:

S spremembo 85. člena se celostno ureja nadzor nad ZPacP. Nadzor nad posameznimi določbami zakona izvaja Ministrstvo za zdravje, ZIRS, Informacijski pooblaščenec, Inšpektorat Republike Slovenije za kulturo in medije in ZZS nad posameznimi določbami zakona. Omenjeni organi izvajajo inšpekcijski nadzor, v skladu z drugim odstavkom 45. člena Zakona o prekrških (Uradni list RS, št. 29/11 – uradno prečiščeno besedilo) pa so navedeni organi pristojni tudi za izvedbo prekrškovnega postopka.

K 11. členu:

Z navedenim členom se spreminja 87. člen zakona, ki na novo določa večje število prekrškov.

K 12. členu:

Dodan je nov 87.a člen, ki določa, da lahko prekrškovni organi v hitrem postopku o prekršku izreče globo znotraj razpona, določenega v 87. členu zakona. Omenjeno možnost izreka globe določa tretji odstavek 52. člena Zakona o prekrških, ta sprememba pa pomeni, da bo prekrškovni organ lahko izrekel globo, ki je višja od najnižje predpisane.

K 13. do 15. členu:

Minister za zdravje bo na podlagi tega zakona izdal podzakonski akt.

Uredba o poslovanju z uporabniki v javnem zdravstvu se zaradi povzetja posameznih določb v zakon oziroma neusklajenost nekaterih določb z zakonom, preneha veljati, se pa 13., 14. in 15. člen uporabljajo do sprejema predpisa s področja kakovosti in varnosti v zdravstvu.

Prav tako preneha veljati tudi Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov, saj se je s spremembo 15. člena ZPacP poseglo v pravno podlago pravilnika. Pravna podlaga za izdajo pravilnika je sedaj v sedmem členu spremenjenega 14. člena ZPacP, vsebina urejanja pa le delno ostaja enaka, saj je so bile posamezne določbe povzdignjene za raven zakonskega urejanja, delno pa se podlaga za izdajo pravilnika oziroma vsebina urejanja tudi širi.

Končna določba predvideva petnajstdnevni rok za uveljavitev zakona ter tri mesečni rok za uporabo zakona.

IV. BESEDILO ČLENOV, KI SE SPREMINJAJO

2. člen (pomen izrazov)

Posamezni izrazi, uporabljeni v tem zakonu, imajo naslednji pomen:

1. Bližnje osebe so druge osebe zunaj kroga ožjih družinskih članov, ki so s pacientom v zaupnem razmerju in to lastnost vsaj verjetno izkažejo.
2. Čakalna doba je pričakovano obdobje od vpisa v čakalni seznam do dejanskega začetka zdravljenja, izražena v dnevih ali mesecih.
3. Čakalni čas je razlika med vnaprej dogovorjenim časom začetka izvedbe zdravstvene storitve in njenim dejanskim začetkom, izražena v minutah.
4. Čakalni seznam je elektronsko ali ročno vodena zbirka podatkov o vrstnem redu zaporedno vpisanih pacientov, ki čakajo na zdravljenje oziroma uveljavitev pravice do zdravstvene storitve, za katere se pojavi čakalna doba.
5. Drugo mnenje je mnenje za oceno istega zdravstvenega stanja in predvidenih postopkov zdravstvene oskrbe pacienta, ki ga da zdravnik ustrezne specialnosti ali konzilij istega ali drugega izvajalca zdravstvenih storitev. Zdravnik ali član oziroma članica konzilija, ki da drugo mnenje, ne sme biti oseba, ki je bila ali bo neposredno udeležena v procesu zdravljenja.
6. Izvajalci zdravstvenih storitev so fizične ali pravne osebe javnega ali zasebnega prava, ki opravljajo zdravstvene storitve.
7. Javni zdravstveni zavod je zdravstveni dom, lekarna, bolnišnica in druga oblika zdravstvene organizacije v skladu z zakonoma, ki urejata zdravstveno in lekarniško dejavnost.
8. Konzilij je posvet dveh ali več zdravnikov, pri istem ali drugem izvajalcu zdravstvenih storitev, glede diagnoze in drugih vidikov zdravljenja oziroma zdravstvene oskrbe posameznega pacienta.
9. Mediacija je oblika alternativnega reševanja sporov s pomočjo ene ali dveh neodvisnih in nepristranskih strokovnih oseb, ki ne moreta izdati zavezujoče odločbe, ampak s svojim delovanjem v neformalnem postopku udeležencem pomagata doseči sporazum, ki spor razrešuje oziroma na novo ureja medsebojna razmerja.
10. Medicinski poseg je vsako ravnanje, ki ima preventivni, diagnostični, terapevtski ali rehabilitacijski namen in ki ga opravi zdravnik, drug zdravstveni delavec ali zdravstveni sodelavec.
11. Mreža izvajalcev javne zdravstvene službe so vsi javni in zasebni izvajalci zdravstvenih storitev, ki na podlagi akta o ustanovitvi ali koncesije in pogodbe z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije opravljajo zdravstvene programe v breme javnih sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja.
12. Nujna medicinska pomoč je neodložljivo ravnanje, ki je potrebno za ohranitev življenjsko pomembnih funkcij ali za preprečitev nepopravljivega in hudega poslabšanja zdravstvenega stanja.
13. Ogrožene skupine so tiste družbene skupine, ki jim je pri zdravstveni oskrbi zaradi zdravstvenih ali socialnih razlogov namenjena dodatna pozornost in skrb.
14. Otrok je oseba, ki še ni dopolnila 18 let, razen če je že prej pridobila popolno poslovno sposobnost.

15. Ožji družinski člani pacienta so zakonec, zunajzakonski partner, partner iz istospolne skupnosti, starši, posvojitelji, stari starši, otroci oziroma posvojenci, vnuki ter bratje in sestre.

16. Pacient je bolnik ali drug uporabnik zdravstvenih storitev v odnosu do zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev oziroma izvajalcev zdravstvenih storitev ne glede na svoje zdravstveno stanje.

17. Razumen čas je čas, ki ne presega obdobja, sprejemljivega z vidika objektivne medicinske presoje kliničnih potreb pacienta glede na njegovo zdravstveno stanje, anamnezo, verjeten razvoj bolezni, stopnje bolečin ali naravo prizadetosti v trenutku uveljavljanja pravice.

18. Resna zdravstvena škoda je hudo poslabšanje fizičnega ali duševnega zdravja pacienta, ki ogroža pričakovane ugodne izide zdravljenja.

19. Sposobnost odločanja o sebi je sposobnost pacienta, da samostojno uveljavlja pravice iz tega zakona, še zlasti odloča o izvedbi medicinskega posega oziroma zdravstvene oskrbe. Pacient je sposoben odločanja o sebi, če je glede na starost, zrelost, zdravstveno stanje ali druge osebne okoliščine sposoben razumeti pomen in posledice uveljavljanja pravic iz tega zakona, še zlasti privolitve, zavrnitve ali preklica zavrnitve medicinskega posega oziroma zdravstvene oskrbe.

20. Strokovni standard je priporočilo, ki ga sprejme pristojni strokovni organ posamezne zdravstvene stroke za doseganje optimalne stopnje urejenosti na določenem področju.

21. Zdravstvena dejavnost je dejavnost, ki jo določa poseben zakon.

22. Zdravstvena oskrba so medicinski in drugi posegi za preprečevanje bolezni in krepitev zdravja, diagnostiko, terapijo, rehabilitacijo in zdravstveno nego ter druge storitve oziroma postopki, ki jih izvajalci zdravstvenih storitev opravijo pri obravnavi pacienta.

23. Zdravstvene storitve so storitve, ki jih v okviru dejavnosti izvajalcev zdravstvenih storitev za paciente opravljajo zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci.

24. Zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci so vsi, ki opravljajo zdravstvene ali lekarniške storitve, kot to določata zakona, ki urejata zdravstveno in lekarniško dejavnost.

14. člen (čakalni časi in čakalne dobe)

- (1) Pacient ima pravico, da se njegov čas spoštuje.
- (2) Izvajalec zdravstvenih storitev nujno medicinsko pomoč pacientu opravi takoj.
- (3) Pri zdravstveni storitvi, kjer ne gre za nujno medicinsko pomoč iz prejšnjega odstavka in je ni mogoče opraviti takoj, izvajalec zdravstvenih storitev pacienta uvrsti na čakalni seznam, pri čemer upošteva strokovne standarde glede stopnje nujnosti, ki jo je treba v čakalnem seznamu posebej dokumentirati. Izvajalci zdravstvenih storitev poskrbijo za najkrajši možni čakalni čas, skladno s pogoji financiranja pa tudi za čakalno dobo v okviru razumnega časa.
- (4) Stopnja nujnosti iz drugega in tretjega odstavka tega člena se presoja v skladu s pacientovo največjo zdravstveno koristjo in tako, da se prepreči resna zdravstvena škoda za pacienta.
- (5) Če pacient iz opravičenih razlogov ni mogel priti na izvedbo zdravstvene storitve, mu je izvajalec zdravstvenih storitev dolžan določiti čim bližji novi datum načrtovane zdravstvene storitve.
- (6) Če pacient ni prišel na izvedbo zdravstvene storitve in svojega izostanka ni opravičil v 14 dneh po dnevu načrtovane zdravstvene storitve, ga izvajalec zdravstvenih storitev črta s čakalnega seznama.
- (7) Izvajalec zdravstvenih storitev je dolžan pacienta po opravljeni zdravstveni storitvi črtati s čakalnega seznama.
- (8) Če pacient na zdravstveno storitev čaka več kot tri mesece, ima pravico zahtevati kontrolni pregled pri zdravniku, ki ga je na zdravstveno storitev napotil.
- (9) Pacient je lahko za isto zdravstveno storitev vpisan samo v čakalnem seznamu enega izvajalca zdravstvenih storitev v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe. Če se ugotovi, da je pacient vpisan v več čakalnih seznamov, izvajalci zdravstvenih storitev pozovejo pacienta, da se v 10 dneh opredeli, na katerem čakalnem seznamu želi biti vpisan. Če se pacient ne opredeli, se upošteva prvi vpis.
- (10) Izvajalec zdravstvenih storitev zagotovi telefonsko naročanje in elektronske oblike naročanja ter delo organizira tako, da pacient ne čaka dlje, kot je to potrebno. Način naročanja izvajalec zdravstvenih storitev objavi na vidnem mestu v čakalnici na primarni ravni in v specialistični ambulantni dejavnosti oziroma na običajnem oglasnem mestu v bolnišnicah ter na njegovih spletnih straneh.

15. člen (čakalni seznam)

- (1) V čakalnem seznamu izvajalcev zdravstvenih storitev na primarni, sekundarni in terciarni ravni, razen za preglede pri izbranem osebnem zdravniku splošne medicine in pediatru oziroma pediatriji (v nadaljnjem besedilu: pediater), se za vsako zdravstveno storitev posebej vodijo naslednji podatki:
 1. zaporedna številka vpisa,
 2. datum in ura vpisa,
 3. osebno ime pacienta,
 4. naslov in kontaktni podatki pacienta,
 5. EMŠO pacienta,
 6. ZZZS številka zavarovane osebe,
 7. predvideni datum izvedbe zdravstvene storitve,
 8. datum izvedene zdravstvene storitve,
 9. šifra programa oziroma zdravstvene storitve,
 10. stopnja nujnosti,

11. izvajalec, ki je pacienta uvrstil na čakalni seznam (šifra zdravstvenega delavca, šifra in drugi podatki o izvajalcu),

12. izvajalec, ki je zdravstveno storitev opravil (šifra zdravstvenega delavca, šifra in drugi podatki o izvajalcu).

(2) Namen obdelave podatkov v čakalnem seznamu je zagotoviti pacientom obveščenost o vrstnem redu in spoštovanje vrstnega reda ter obveščenost o čakalni dobi oziroma zagotoviti hiter in enakopraven dostop do zdravstvenih storitev.

(3) Podatki v čakalnem seznamu in podatki o morebitnem spreminjanju vrstnega reda skupaj z obrazložitvijo okoliščin, ki narekujejo spreminjanje vrstnega reda, se hranijo šest mesecev po opravljeni zdravstveni storitvi oziroma izbrisu podatkov.

(4) Pacient ima pravico izvedeti razloge za čakalno dobo in za njeno dolžino ter pravico do vpogleda, prepisa ali kopije čakalnega seznama, pri čemer se lahko seznanijo zgolj s podatki iz 1., 2., 6., 7., 8., 9., 10. in 11. točke prvega odstavka tega člena. Za seznanitev po tem odstavku se uporabljajo določbe 41. člena tega zakona, razen tretjega, petega, osmega in devetega odstavka navedenega člena. Izvajalec zdravstvenih storitev seznanitev pacientu omogoči takoj ali najpozneje tri delovne dni po prejemu zahteve. Pacient lahko za posamezno zdravstveno storitev pri istem izvajalcu zdravstvenih storitev vloži zahtevo največ dvakrat mesečno. Določba tega odstavka ne posega v pravico do seznanitve z lastnimi osebnimi podatki.

(5) Najdaljše dopustne čakalne dobe za posamezne zdravstvene storitve za izvajalce zdravstvenih storitev v mreži javne zdravstvene službe ter postopek vpisa, določitev prednostnih kriterijev za uvrščanje pacientov na čakalni seznam in način vodenja čakalnih seznamov določi minister, pristojen za zdravje.

16. člen (sporočanje podatkov)

(1) Izvajalec zdravstvenih storitev v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe v skladu z zakonom, ki ureja evidence v zdravstvu, in zakonom, ki ureja varstvo osebnih podatkov, podatke iz prvega odstavka prejšnjega člena, razen podatkov iz 4. točke prvega odstavka prejšnjega člena, stalno izmenjuje z Inštitutom za varovanje zdravja Republike Slovenije (v nadaljnjem besedilu: Inštitut).

(2) Inštitut na podlagi podatkov iz centralnega registra prebivalstva, zbirk podatkov, ki jih vodi na podlagi zakona, ki ureja zbirke podatkov s področja zdravstvenega varstva, in sporočenih podatkov iz prejšnjega odstavka izvajalcem zdravstvenih storitev v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe v skladu z zakonom, ki ureja varstvo osebnih podatkov, ažurira podatke o pacientih in usklajuje podatke o pacientih, ki so vpisani v več čakalnih seznamih pri različnih izvajalcih zdravstvenih storitev, ter pacientih, katerim je bila zdravstvena storitev že opravljena.

(3) Podatke iz prejšnjega odstavka in podatke iz 15. člena tega zakona pridobiva za potrebe nadzora in financiranja programov tudi Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

18. člen (specialistični ambulantni pregled)

(1) Pacient, ki ga je izbrani osebni zdravnik napotil na specialistični ambulantni pregled zaradi nadaljnje zdravstvene oskrbe ali pridobitve podrobnejšega strokovnega mnenja, ima pravico do pregleda v razumnem času.

(2) Strokovno mnenje poleg diagnostičnih podatkov vsebuje tudi predlog, kakšno naj bo nadaljnje zdravljenje.

(3) Pisno strokovno mnenje prejme pacient na koncu pregleda oziroma najpozneje v treh delovnih dneh po opravljenem pregledu. V nujnih primerih je treba pisno strokovno mnenje pacientu sporočiti takoj.

40. člen (pridobitev drugega mnenja)

(1) Pacient ima pravico kadarkoli pridobiti drugo mnenje.

(2) Pacient ima v okviru mreže izvajalcev javne zdravstvene službe pri zdravljenju na sekundarni in terciarni ravni pravico v razumnem času pridobiti drugo mnenje.

(3) Pravica iz prejšnjega odstavka se lahko uveljavi največ enkrat za oceno istega zdravstvenega stanja. Pred uveljavitvijo te pravice morata pacient in zdravnik, ki ga zdravi, opraviti temeljit pogovor o razlogih, namenu in potrebnosti pridobitve drugega mnenja, na podlagi katerega pacient presodi, ali bo pravico do drugega mnenja uveljavil.

(4) Pacient uveljavi pravico iz drugega odstavka tega člena pri izvajalcu zdravstvenih storitev, pri katerem se zdravi. Če izvajalec zdravstvenih storitev te pravice ne more zagotoviti, pacientu uveljavitev pravice zagotovi pri drugem izvajalcu zdravstvenih storitev v okviru mreže izvajalcev javne zdravstvene službe, kateremu posreduje potrebno zdravstveno dokumentacijo.

85. člen (nadzorni in prekrškovni organ)

(1) Nadzor nad izvajanjem tega zakona opravlja ministrstvo, pristojno za zdravje.

(2) Prekrškovni organ po tem zakonu je Zdravstveni inšpektorat Republike Slovenije.

87. člen (druge kršitve)

(1) Z globo od 400 do 4.100 eurov se kaznuje za prekršek pravna oseba, ki opravlja zdravstveno dejavnost:

- če ne vodi čakalnih seznamov v skladu s tretjim odstavkom 14. člena tega zakona,
- če ne pozove pacienta, ki je vpisan v več čakalnih seznamov, da naj se opredeli v skladu z devetim odstavkom 14. člena tega zakona,
- če ne upošteva roka hrambe iz tretjega odstavka 15. člena tega zakona,
- če si ne izmenjuje podatkov v skladu s prvim odstavkom 16. člena tega zakona,
- če pacientu ne da pojasnil v skladu s prvim odstavkom 20. člena in 25. členom tega zakona,
- če ob ugotovljenem ali sporočenem primeru nedovoljene obdelave osebnih podatkov ne ukrepa v skladu s 46. členom tega zakona,
- če ne odgovori na zahtevo zastopnika iz četrtega odstavka 49. člena tega zakona,
- če zastopniku ne pošlje zahtevanih pojasnil in informacij iz petega odstavka 49. člena tega zakona,
- če ne omogoči zastopniku dostopa do podatkov v skladu s šestim odstavkom 49. člena tega zakona,
- če ne objavi podatkov v skladu z 58. členom tega zakona,
- če ne izvede postopka prve obravnave kršitve pacientovih pravic pri izvajalcu zdravstvenih storitev v skladu s členi 56 do 63 tega zakona,
- če se ne udeleži pripravljalnega naroka v skladu s šestim odstavkom 69. člena tega zakona,
- če ne izvede internega strokovnega nadzora v skladu s 77. členom tega zakona ali ne izvede ukrepov, ki mu jih z odločbo naložil senat v skladu z 78. členom tega zakona.

(2) Z globo od 400 do 2.100 eurov se za prekršek iz prejšnjega odstavka kaznuje zdravstveni delavec, ki opravlja zdravstveno dejavnost na podlagi koncesije ali zdravstveni delavec, ki brez koncesije samostojno opravlja zdravstveno dejavnost.

(3) Z globo od 100 do 1.000 evrov se za prekršek iz prvega odstavka tega člena kaznuje odgovorna oseba pravne osebe.

Na podlagi osmega odstavka 14.b člena in drugega odstavka 15.č člena Zakona o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 15/08 in X/17) ministrica za zdravje izdaja

PRAVILNIK
o naročanju in načinu vodenja čakalnih seznamov in najdaljših čakalnih dobah v mreži
javne zdravstvene službe

1. člen
(vsebina in področje urejanja pravilnika)

(1) Ta pravilnik določa postopek naročanja, najdaljše dopustne čakalne dobe za posamezne zdravstvene storitve, čakalni seznam, postopek uvrščanja pacientov v čakalni seznam in način upravljanja čakalnih seznamov pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti (v nadaljnjem besedilu: izvajalci).

(2) Ta pravilnik velja za zdravstveno dejavnost na primarni, sekundarni in terciarni ravni v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe.

2. člen
(pomen izrazov)

Poleg izrazov, ki so opredeljeni v 2. členu Zakona o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 15/08 in X/17; v nadaljnjem besedilu: zakon), se v tem pravilniku uporablja še izraz "okvirni termin", ki je termin, določen na mesec natančno.

3. člen
(nujna medicinska pomoč)

(1) Nujno medicinsko pomoč, zobozdravstveno nujno medicinsko pomoč ter nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene storitve pacientu izvajalec zagotovi takoj in se zanjo ne uporablja sistem naročanja iz tega pravilnika.

(2) Izvajalec določi, v katerem delu ordinacijskega časa izvaja storitve zobozdravstveno nujno medicinsko pomoč ter nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene storitve, kar objavi na svojih spletnih straneh ter na vidnem mestu v čakalnici.

4. člen
(ordinacijski čas izvajalca)

Izvajalec zdravstvene dejavnosti za posamezno organizacijsko enoto določi ordinacijski čas, v katerem zagotovi prisotnost zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev, ki so potrebni za izvedbo zdravstvene storitve, in sicer tako da je pacientom omogočena čim boljša dostopnost.

5. člen
(dostop do informacij o zdravstvenih delavcih in zdravstvenih sodelavcih)

(1) Izvajalec na primeren način v okviru organizacijske sheme in na spletnih straneh objavi informacije o vseh zdravstvenih delavcih in zdravstvenih sodelavcih, ki opravljajo zdravstvene

storitve pri izvajalcu, ne glede vrsto pogodbenega razmerja med izvajalcem in zdravstvenim delavcem in zdravstvenim sodelavcem.

(2) Informacije iz prejšnjega odstavka vsebujejo:

- osebno ime zdravstvenega delavca in zdravstvenega sodelavca,
- morebitni strokovni ali znanstveni naslov zdravstvenega delavca in zdravstvenega sodelavca, skladno s predpisi, ki urejajo strokovne in znanstvene naslove, ter podatek o morebitni specializaciji in področju specializacije,
- naziv zdravstvene storitve oziroma področje delovanja, na katerem zdravstveni delavec in zdravstveni sodelavec deluje,
- morebitne druge podatke, ki ne posegajo v zasebnost zdravstvenega delavca in zdravstvenega sodelavca in ki pacientom omogočajo pravico do proste izbire izvajalca ali zdravstvenega delavca in zdravstvenega sodelavca.

6. člen

(naročanje na zdravstvene storitve)

(1) Za učinkovito delovanje sistema naročanja so odgovorni izvajalci, zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci ter pacienti.

(2) Elektronsko naročanje poteka prek sistema eNaročanja, elektronske pošte ali spletne strani izvajalca, in sicer neprekinjeno, s takojšnjo informacijo o sprejemu sporočila, povratna informacija pa se pacientu posreduje najpozneje naslednji delovni dan.

(3) Telefonsko naročanje se zagotovi v okviru ordinacijskega časa, in sicer najmanj dve uri dnevno, v preostalem ordinacijskem času in izven ordinacijskega časa pa z obveščanjem o terminu za naročanje in o ostalih načinih naročanja prek avtomatskega telefonskega odzivnika.

(4) Osebno naročanje poteka neposredno pri izvajalcu v okviru ordinacijskega časa, pri čemer imajo naročeni pacienti prednost pred pacienti, ki se želijo osebno naročiti na zdravstveno storitev.

7. člen

(naročanje na zdravstveno storitev na sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti)

(1) Zdravstveni delavec oziroma zdravstveni sodelavec, ki pacienta naroči na zdravstveno storitev, ob napotitvi posreduje izpolnjeno napotno listino z napotno diagnozo, strokovno obrazložitvijo in vso zdravstveno dokumentacijo, ki se nanaša na pacientovo zdravstveno stanje, ki je razlog za napotitev, in je potrebna za izvedbo zdravstvene storitve.

(2) Kadar se na zdravstveno storitev pacient naroča sam, lahko pri izvajalcu, ki ga je na to zdravstveno storitev napotil, pridobi možnosti za iskanje dodatnih informacij o izvajalcih in čakalnih dobah na enotnem zdravstvenem portalu eNaročanje.

(3) Seznam izvajalcev za območje Republike Slovenije se po posameznih zdravstvenih storitvah objavi na spletnih straneh Nacionalnega inštituta za javno zdravje (v nadaljnjem besedilu: NIJZ).

8. člen

(najdaljše dopustne čakalne dobe za zdravstvene storitve)

(1) Zdravstvena storitev, ki je označena s stopnjo nujnosti "nujno", se izvede takoj, vendar najpozneje v 24 urah in ni predmet čakalne dobe oziroma čakalnega seznama. Kadar se stopnja nujnosti "nujno" nanaša na nujno medicinsko pomoč ali zobozdravstveno nujno

medicinsko pomoč ali nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene storitve, za njeno uveljavljanje ni potrebna napotna listina.

(2) Zdravstvena storitev, ki je označena s stopnjo nujnosti "zelo hitro", se izvede najpozneje v 14 dneh.

(3) Zdravstvena storitev, ki je označena s stopnjo nujnosti "hitro", se izvede najpozneje v treh mesecih.

(4) Zdravstvena storitev, ki je označena s stopnjo nujnosti "redno", se izvede najpozneje v šestih mesecih.

(5) Časovne omejitve glede najdaljše dopustne čakalne dobe ne veljajo:

- v primeru malignega obolenja, ko se začetek zdravljenja zagotovi v enem mesecu od uvrstitve na čakalni seznam na podlagi napotne diagnoze na sum na maligno obolenje, pri čemer prvi pregled in morebitna diagnostika ne predstavljata začetek zdravljenja;
- v primeru zobozdravstvenih storitev, ko najdaljša dopustna čakalna doba za pregled, na katerem se opredeli, ali in kako hitro je treba začeti z zdravljenjem, znaša šest mesecev;
- v primeru storitev na področju ortopedije, kjer se storitev s stopnjo nujnosti "hitro" izvede najpozneje v šestih mesecih, storitev s stopnjo nujnosti "redno" pa najpozneje v 12 mesecih.

9. člen (določitev stopnje nujnosti)

(1) Stopnjo nujnosti določi zdravnik, ki pacienta napoti na zdravstveno storitev, na podlagi uveljavljenih sodobnih medicinskih smernic in priporočil, strokovnih standardov in dobre prakse ter v skladu z zakonom. Stopnja nujnosti se označi na napotnici.

(2) Izvajalec v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe takoj po prejemu napotne listine zagotovi triažo napotne listine, v okviru katere se na podlagi strokovnih smernic preveri stopnja nujnosti.

(3) Če se stopnja nujnosti, navedena na napotni listini, in stopnja nujnosti, ki se ugotovi ob triaži iz prejšnjega odstavka, razlikujeta, velja stopnja nujnosti, ki se ugotovi ob triaži, o čemer pooblaščen oseba za čakalni seznam obvesti izdajatelja napotne listine in pacienta.

10. člen (strokovni kriteriji razvrščanja v stopnjo nujnosti)

Strokovne kriterije razvrščanja v posamezno stopnjo nujnosti iz prvega odstavka prejšnjega člena pripravijo posamezni razširjeni strokovni kolegiji.

11. člen (pooblaščen oseba za čakalni seznam)

(1) Pooblaščen oseba za čakalni seznam skrbi za:

- enako obravnavo vseh pacientov,
- varstvo osebnih podatkov,
- ažurno upravljanje čakalnega seznama,
- spoštovanje vrstnega reda pacientov, ki so vpisani v čakalni seznam in
- uveljavljanje pravic pacientov do seznanitve s čakalnim seznamom.

(2) Pooblaščen oseba za čakalni seznam pri uvrščanju pacientov v čakalni seznam upošteva stopnjo nujnosti ter datum in čas prejema napotne listine.

(3) Izvajalec vzpostavi oziroma zagotovi stik s pacientom, ki je uvrščen na čakalni seznam, najmanj pet dni pred načrtovano izvedbo zdravstvene storitve, pri čemer pacienta opozori na posledice neopravičene odsotnosti iz zakona. Avtomatsko obvestilo vsebuje minimalen nabor podatkov, tako da ni razvidno, za kakšno vrsto zdravstvene storitve gre.

(4) Pooblaščen osebja za čakalni seznam v 24 urah po opravljeni zdravstveni storitvi v čakalnem seznamu označi, kdaj je bila zdravstvena storitev opravljena ter pacienta črta iz čakalnega seznama, in sicer na podlagi ustnega ali pisnega obvestila zdravstvenega delavca oziroma zdravstvenega sodelavca, ki je zdravstveno storitev opravil.

(5) V primeru nezmožnosti izvedbe zdravstvene storitve zaradi odsotnosti izvajalca zdravstvene storitve pooblaščen osebja za čakalni seznam pacienta o tem obvesti in v skladu z zakonom naroči na najbližji prosti (dodatni) termin, kar skupaj z razlogi za spremembo vpiše v čakalni seznam.

(6) Če se izvajalcu v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe iz katerega koli razloga sprosti že zasedeni termin ali določi nov termin, se na tak termin uvrsti prvega naslednjega pacienta, ki se naroča, pri čemer ima prednost višja stopnja nujnosti. Če novega pacienta ni, se na termin uvrsti pacienta iz čakalnega seznama, pri čemer ima prednost višja stopnja nujnosti.

(7) Podatke o pooblaščenih osebah za čakalni seznam in njene kontaktne podatke izvajalec pošlje NIJZ.

12. člen **(postopek uvrstitve v čakalni seznam izvajalca)**

(1) Pooblaščen osebja za čakalni seznam v čakalni seznam uvrsti vsakega pacienta, ki uveljavlja pravico do zdravstvene storitve v skladu s predpisi, ki urejajo obvezno zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje. Pooblaščen osebja za čakalni seznam pacienta, ki želi imeti opravljeno zdravstveno storitev izven obveznega zdravstvenega zavarovanja, vpiše v čakalni seznam, ki se vodi ločeno.

(2) Pacient je v čakalni seznam izvajalca uvrščen šele po predložitvi izvirnika napotne listine. Napotno listino zadrži izvajalec.

(3) Pooblaščen osebja za čakalni seznam pacienta v 24 urah po izvedeni triaži napotne listine uvrsti v čakalni seznam. Pacienta se v petih dneh po uvrstitvi v čakalni seznam obvesti o terminu in morebitnem okvirnem terminu.

(4) Za izvajalce v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe prejšnji odstavek velja tudi v primeru morebitno izpolnjenega programa zdravstvenih storitev ali kadar novi termini niso določeni oziroma ne glede na katere koli druge omejitve na strani izvajalca.

(5) Ne glede na tretji odstavek tega člena pooblaščen osebja za čakalni seznam za naročanje na operativne posege in za zdravstvene storitve, kjer čakalna doba znaša več kot šest mesecev, določi okvirni termin. O terminu se pacienta pisno obvesti najpozneje 30 dni pred izvedbo zdravstvene storitve.

13. člen **(preseganje najdaljše dopustne čakalne dobe)**

Če pooblaščen osebja za čakalni seznam ob uvrščanju pacienta v 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 v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe z dopustno čakalno dobo. Če pacient izvedbo zdravstvene storitve pri predlaganem izvajalcu odkloni, ga pooblaščen osebja za čakalni seznam uvrsti na

svoj čakalni seznam in posebej označi, da pacient želi izvedbo zdravstvene storitve pri tem izvajalcu.

14. člen (neizvedba zdravstvene storitve)

(1) Ne glede na omejitve glede pacientove odpovedi termina iz zakona lahko pacient termin odpove iz objektivnih razlogov, in sicer:

- nepričakovana hospitalizacija pacienta,
- nenadna bolezen ali poškodba pacienta ali
- smrt ožjega družinskega člana pacienta.

(2) Če pacient odsotnost opraviči, mu pooblaščen oseba za čakalni seznam določi prvi najbližji prosti termin, upoštevajoč že pretečeno čakalno dobo v okviru iste stopnje nujnosti.

15. člen (črtanje iz čakalnega seznama)

Pooblaščen oseba za čakalni seznam pacienta črta iz čakalnega seznama:

- v 24 urah po opravljeni zdravstveni storitvi;
- po pridobitvi informacije o smrti pacienta ob ažurnem pridobivanju podatkov Centralnega registra podatkov o pacientih;
- v 24 urah, ko pacient izrazi željo po črtanju iz čakalnega seznama, ker je zdravstveno storitev prejel drugje, ker je ne potrebuje ali iz drugih razlogov ne želi izvedbe storitve;
- v 24 urah po obvestilu napotnega zdravnika, da gre za začetno odsotno ali naknadno odsotno medicinsko indikacijo za zdravstveno storitev;
- v 24 urah od termina, kadar pacient na zdravstveno storitev ne pride in svoje odsotnosti ne opraviči.

16. člen (poročanje izvajalcev)

Izvajalec pripravlja mesečna poročila, ki vsebujejo:

- podatke o najkrajši in najdaljši čakalni dobi za posamezno zdravstveno storitev za posamezno stopnjo nujnosti,
- številu pacientov, ki so uvrščeni na čakalni seznam, na zadnji dan v mesecu za posamezno stopnjo nujnosti,
- analizo podatkov iz prve in druge alineje tega odstavka,
- določitev morebitnih vzrokov za čakalne dobe, ki so na strani izvajalca,
- ukrepe za skrajševanje oziroma odpravo čakalnih dob na strani izvajalca,
- usmeritve glede načrtovanja terminov znotraj posamezne stopnje nujnosti.

Prehodna in končna določba

17. člen (prehodno obdobje)

(1) Za paciente, ki so na dan uveljavitve tega pravilnika že uvrščeni v čakalni seznam oziroma drugo tovrstno evidenco, se zdravstvena storitev izvede v že dogovorjenem terminu.

(2) Izvajalci NIJZ pošljejo podatke o pooblaščen oseb za čakalni seznam iz sedmega odstavka 11. člena tega pravilnika v 30 dneh od uveljavitve tega pravilnika

(3) Razširjeni strokovni kolegiji pripravijo strokovne kriterije za razvrščanje v posamezno stopnjo nujnosti v šestih mesecih od uveljavitve tega pravilnika. Do priprave teh strokovnih kriterijev se stopnja nujnosti določa neposredno na podlagi 9. člena tega pravilnika.

(4) NIJZ v šestih mesecih od uveljavitve tega pravilnika objavi seznam izvajalcev za posamezne zdravstvene storitve iz tretjega odstavka 7. člena tega pravilnika.

(5) Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije uskladi predpis, ki ureja obrazce in listine za uresničevanje obveznega zdravstvenega zavarovanja v treh mesecih od uveljavitve tega pravilnika. Stopnja nujnosti "zelo hitro" se do spremembe tega predpisa na napotni listini izpiše z besedo in označi s podpisom izdajatelja napotne listine.

18. člen (prenehanje uporabe)

Z dnem uveljavitve tega pravilnika se preneha uporabljati Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov (Uradni list RS, št. 63/10).

19. člen (začetek veljavnosti)

Ta pravilnik začne veljati petnajsti dan po objavi v Uradnem listu Republike Slovenije.