

ZAKON O POVEČANJU DOSTOPNOSTI DO ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

PREDLOG

EVA: 2026-2711-0104

I. UVOD

1. Ocena stanja in razlogi za sprejetje predloga zakona

1. Ocena stanja

Dostopnost do zdravstvenih storitev predstavlja eno temeljnih načel slovenskega zdravstvenega sistema in je neposredno povezana z uresničevanjem pravice do zdravstvenega varstva iz 51. člena Ustave Republike Slovenije (Uradni list RS, št. 33/91-I, 42/97 – UZS68, 66/00 – UZ80, 24/03 – UZ3a, 47, 68, 69/04 – UZ14, 69/04 – UZ43, 69/04 – UZ50, 68/06 – UZ121,140,143, 47/13 – UZ148, 47/13 – UZ90,97,99, 75/16 – UZ70a, 92/21 – UZ62a in 98/25 – UZ74a; v nadaljnjem besedilu: Ustava). Kljub pomembnemu povečanju javnih sredstev za zdravstvo v zadnjih letih dostopnost do zdravstvenih storitev na številnih področjih še vedno ni zadovoljiva.

Po podatkih Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: ZZZS) je bilo na dan 30. 9. 2026 brez izbranega osebnega zdravnika **126.105 zavarovanih oseb** (v to število so vključene tudi osebe, opredeljene v 36 dodatnih družinskih ambulantah), poleg tega je bilo na ta dan brez izbranega osebnega pediatra 17.166 otrok, oboje skupaj predstavlja približno **6 odstotkov vseh zavarovanih oseb**. Brez izbranega osebnega ginekologa je bilo na ta dan 226.085 žensk (pri čemer so zajete posameznice od vključno 13. leta starosti dalje). T. i. neopredeljenost ni enakomerno porazdeljena, saj so razlike med posameznimi območji države velike. Na nekaterih območjih je dostopnost do izbranih osebnih zdravnikov zadovoljiva, drugod pa zavarovane osebe kljub vključitvi v obvezno zdravstveno zavarovanje nimajo možnosti izbire izbranega osebnega zdravnika, izbranega osebnega ginekologa ali izbranega osebnega pediatra.

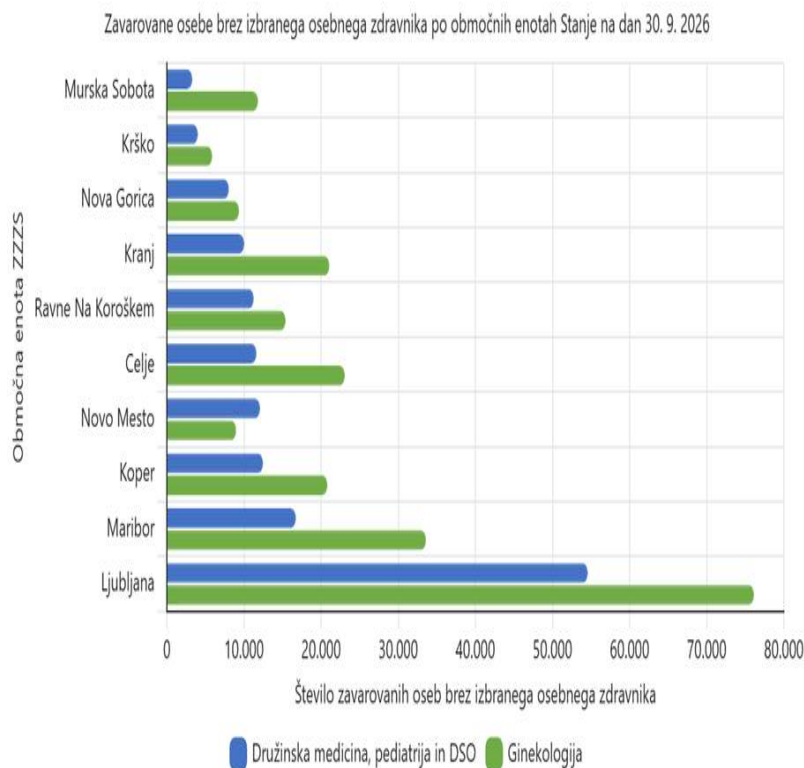


Tabela 1: Vir ZZZS.

Za zagotavljanje dostopa do pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, je bil zavarovanim osebam, starejšim od 19 let, ki nimajo izbranega splošnega osebnega zdravnika z Zakonom o dodatnih interventnih ukrepih za zagotovitev dostopnosti v zdravstvu (Uradni list RS, št. 112/24; v nadaljnjem besedilu: ZDIUZDZ) uveden začasni ukrep dodatnih ambulant družinske medicine. Dodatne ambulante se v skladu s 5. členom ZDIUZDZ organizirajo pri javnih zdravstvenih zavodih, kjer zaradi pomanjkanja zdravnikov izbira splošnega osebnega zdravnika ni mogoča. Zavarovana oseba se lahko opredeli na dodatno ambulanto, lečeči zdravnik

v njej pa pridobi pravice, dolžnosti in pristojnosti splošnega osebnega zdravnika. Način financiranja dodatnih ambulant se določi v programu storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, sredstva za njihovo delovanje pa se zagotavljajo iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Navedeni ukrep velja od 1. januarja 2025 do 31. decembra 2026 in predstavlja poseben način uresničevanja pravice do proste izbire zdravnika, pri čemer izvedbeno to določa Pravilnik o podrobnejši vsebini in načinu organiziranja dodatnih ambulant družinske medicine (Uradni list RS, št. 112/24) in Uredba o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivostih, potrebnih za njegovo izvajanje, in obsegu sredstev za leto 2026 (Uradni list RS, št. 326/26 in 1371/26; v nadaljnjem besedilu: Uredba za leto 2026). Ker na posameznih območjih še niso zagotovljene zadostne kadrovske zmogljivosti, ki bi vsem zavarovanim osebam omogočale izbiro splošnega osebnega zdravnika, bi prenehanje ukrepa ob koncu leta 2026 lahko povzročilo prekinitev že vzpostavljene oblike zdravstvene obravnave za osebe, opredeljene na dodatne ambulate. Predlog zakona zato veljavnost tega ukrepa podaljšuje do 31. decembra 2028, s čimer se zagotavlja njegovo nadaljnje izvajanje v prehodnem obdobju, po izteku katerega se bodo v skladu s predlogom tega zakona začeli izvajati sistemski ukrepi za dolgoročno izboljšanje dostopnosti do izbranega osebnega zdravnika.

Pred ZDIUZDZ je predmetno vsebino urejal Zakon o nujnih ukrepih za zaježitev širjenja in blaženja posledic nalezljive bolezni COVID-19 na področju zdravstva (Uradni list RS, št. 141/22 in 136/23 – ZIUZDS; v nadaljnjem besedilu: ZNUNBZ), ki je v 18. členu uvedel ukrep ambulant za neopredeljene zavarovane osebe. ZNUNBZ je ukrep določil za obdobje od 1. januarja 2023 do 31. decembra 2024, ZDIUZDZ pa je s 1. januarjem 2025 zagotovil kontinuiteto zdravstvene obravnave zavarovanih oseb, starejših od 19 let, brez izbranega splošnega osebnega zdravnika.

ZDIUZDZ je nadaljeval isti nadomestni model dostopa do zdravnika na primarni ravni zdravstvene dejavnosti, pri katerem lečeči zdravnik izvršuje pravice, dolžnosti in pristojnosti splošnega osebnega zdravnika, spremenil pa je njegov kadrovski, organizacijski in pogodbeno-finančni okvir. Dodatne ambulate družinske medicine so tako 1. januarja 2025 nadomestile ambulate za neopredeljene zavarovane osebe in ohranile njihov temeljni namen ter organizacijski model. Njihov obseg se določa ob upoštevanju nižjega standarda 1.348 namesto 1.895 glavarinskih količnikov, vključitev zavarovane osebe v dodatno ambulanto ni več izrecno omejena na eno leto, jasneje pa so urejeni tudi obveznost sprejema upravičene zavarovane osebe, pristojnosti lečečega zdravnika in financiranje v okviru programa storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja.

V dodatno ambulanto družinske medicine se vključujejo, zdravniki z licenco na področju splošne oziroma družinske medicine, ki dosegajo minimalno obremenitev zdravnika specialista družinske medicine na primarni ravni zdravstvene dejavnosti in imajo najmanj 0,9 tima, zdravniki z licenco na področju splošne oziroma družinske medicine, ki so zaposleni v socialnovarstvenem zavodu, in sicer v ambulantah splošne medicine, specializanti, ki izpolnjujejo pogoje iz 20.a člena Zakona o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 58/08, 107/10 – ZPPKZ, 40/12 – ZUJF, 88/16 – ZdZPZD, 40/17, 64/17 – ZZDej-K, 49/18, 66/19 in, 199/21, 136/23 – ZIUZDS in 35/24), pod pogojem, da jim javni zdravstveni zavod, kjer se organizira dodatna ambulanta, zagotovi ustrezno mentorstvo, upokojeni zdravniki z licenco na področju splošne oziroma družinske medicine in drugi zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci, ki že opravljajo delo v ambulantah splošne oziroma družinske medicine.

V dodatno ambulanto družinske medicine se vključujejo, zdravniki z licenco na področju splošne oziroma družinske medicine, ki dosegajo minimalno obremenitev zdravnika specialista družinske medicine na primarni ravni zdravstvene dejavnosti in imajo najmanj 0,9 tima, zdravniki z licenco na področju splošne oziroma družinske medicine, ki so zaposleni v socialnovarstvenem zavodu, in sicer v ambulantah splošne medicine, specializanti, ki izpolnjujejo pogoje iz 20.a člena Zakona o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 58/08, 107/10 – ZPPKZ, 40/12 – ZUJF, 88/16 – ZdZPZD, 40/17, 64/17 – ZZDej-K, 49/18, 66/19 in, 199/21, 136/23 – ZIUZDS in 35/24), pod pogojem, da jim javni zdravstveni zavod, kjer se organizira dodatna ambulanta, zagotovi ustrezno mentorstvo, upokojeni zdravniki z licenco na področju splošne oziroma družinske medicine in drugi zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci, ki že opravljajo delo v ambulantah splošne oziroma družinske medicine. Oba interventna zakona sta kot začasni ukrep omogočila izbiro ambulate namesto izbire posameznega splošnega osebnega zdravnika, nista pa odpravila pravice do njegove proste izbire.

Veljavna ureditev ZZZS sicer omogoča spremljanje dostopnosti do zdravstvenih storitev in financiranje dogovorjenih programov zdravstvene dejavnosti, ne zagotavlja pa dovolj učinkovitih instrumentov za hitro odzivanje na potrebe prebivalstva. Temeljno sistemsko ureditev uresničevanja pravice do zdravstvenega varstva iz 51. člena Ustave predstavljata zlasti Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju

(Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C, 47/15 – ZZSDT, 61/17 – ZUPŠ, 64/17 – ZZDej-K, 36/19, 189/20 – ZFRO, 51/21, 159/21, 196/21 – ZDOsk, 15/22, 43/22, 100/22 – ZNUZSZS, 141/22 – ZNUNBZ, 40/23 – ZČmIS-1, 78/23 in 32/25 – ZZDej-N; v nadaljnjem besedilu: ZZVZZ) in Zakon o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 15/08, 55/17, 177/20 in 100/22 – ZNUZSZS; v nadaljnjem besedilu: ZPacP). ZZVZZ ureja sistem zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, razmerja med ZZS in izvajalci zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe ter uveljavljanje pravic zavarovanih oseb. Med drugim ureja pravico do proste izbire zdravnika in zdravstvenega zavoda ter položaj in naloge (vseh vrst) izbranega osebnega zdravnika.

Načrtovanje in financiranje obsega opravljanja programov zdravstvene dejavnosti, kot so določeni v skladu ZZVZZ (v nadaljnjem besedilu: obseg programa) se urejata z dogovorom o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja. ZZS, pristojne zbornice in strokovna združenja ter drugi izvajalci se v skladu s 63. členom ZZVZZ za posamezno leto dogovorijo o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivostih, potrebnih za njihovo izvajanje, obsegu sredstev, izhodiščih za izvajanje programov in oblikovanje cen ter drugih podlagah za sklepanje pogodb z izvajalci. Če dogovor ni sklenjen, njegovo vsebino z uredbo določi Vlada Republike Slovenije. Na podlagi sklenjenega dogovora oziroma uredbe ZZS z izvajalci sklene pogodbe o financiranju, v katerih se določijo vrste, obseg, kakovost in roki izvajanja programov oziroma storitev, njihove cene, način obračunavanja in plačevanja ter nadzor nad izvajanjem pogodbe.

Dogovor oziroma uredba za posamezno leto podrobneje ureja načrtovanje in vrednotenje programov, potrebne zmogljivosti, obveznosti izvajalcev, evidentiranje in obračunavanje storitev ter njihovo financiranje. Ureditev pozna tudi plačilo nekaterih programov po realizaciji, plačilo do določenega preseganja načrtovanega obsega in omejene možnosti prerazporejanja sredstev med programi oziroma izvajalci. Ker so ti mehanizmi vezani na vnaprej določene programe, pogoje in obračunska obdobja, ne zagotavljajo splošnega in sprotnega postopka za odzivanje na vsako ugotovljeno poslabšanje dostopnosti ter za sistematično povezovanje razpoložljivih zmogljivosti s konkretnimi čakajočimi zavarovanimi osebami. Kot posebno pacientovo pravico

Pravočasna dostopnost zdravstvene obravnave je temeljni pogoj za učinkovito uresničevanje pacientovih pravic. ZPacP priznava pravico do spoštovanja pacientovega časa, proste izbire zdravnika in izvajalca zdravstvene dejavnosti ter primerne, kakovostne in varne zdravstvene obravnave. Te pravice zahtevajo tudi ustrezno organizacijo in delovanje javne zdravstvene mreže, ki pacientu omogočata, da potrebno obravnavo dejansko prejme pravočasno.

ZPacP v prvem in drugem odstavku 14. člena določa pravico do spoštovanja pacientovega časa ter obveznost izvajalca v mreži javne zdravstvene službe, da zagotavlja najkrajši možni čakalni čas in čakalno dobo v okviru razumnega časa. Izvajalec mora delo organizirati tako, da pacientu zagotovi čim hitrejšo zdravstveno obravnavo. Najdaljše dopustne čakalne dobe, določene s predpisom na podlagi ZPacP, zato niso ciljni čas obravnave, temveč meja dopustnega čakanja ob upoštevanju pravil za posamezne zdravstvene storitve in predpisanih izjem. Tudi znotraj teh rokov mora biti čas obravnave primeren pacientovemu zdravstvenemu stanju in njegovim kliničnim potrebam.

ZPacP izvajalcem že nalaga tudi konkretne obveznosti za obvladovanje čakalnih dob. Po šestem odstavku 15.b člena ZPacP morajo ti namreč redno spremljati in analizirati podatke o čakalnih dobah, ugotavljati vzroke zanje, poročati pristojnim organom ter izvajati ukrepe za njihovo zmanjšanje oziroma odpravo. Prvi odstavek 15.a člena ZPacP pa zahteva celostno skrb za pacienta in preprečevanje dodatnih obremenitev, kadar bi posamezna opravila izvajalec lahko opravil hitreje in preprosteje od pacienta. Veljavna ureditev torej že zahteva aktivno ravnanje, ne zgolj evidentiranja čakanja.

ZPacP dostopnost ureja predvsem z vidika individualnega položaja pacienta, in sicer kot univerzalno pravico pacienta (ne zavarovane osebe), saj že v 1. členu jasno določa, da pravice iz zdravstvenega zavarovanja in način njihovega uveljavljanja določa poseben zakon (tj. ZZVZZ).

Izvajalci v mreži javne zdravstvene službe vodijo elektronske čakalne sezname za zdravstvene storitve, pri katerih obstaja čakalna doba. Izvajalci Nacionalnemu inštitutu za javno zdravje (v nadaljnjem besedilu: NIJZ) stalno zagotavljajo podatke s čakalnih seznamov in podatke o prostih terminih oziroma okvirnih terminih in številu čakajočih. Ti podatki se lahko povezujejo z zbirko eNapotnica tudi zaradi obveščanja zavarovanih oseb o možnosti izvedbe zdravstvene storitve pri drugem izvajalcu. Podrobnejša pravila glede naročanja, upravljanja čakalnih seznamov, prenameročanja, najdaljših dopustnih čakalnih dob in poročanja

izvajalcev določa Pravilnik o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah (Uradni list RS, št. 60/24).

Podatki o preseganju najdaljših dopustnih čakalnih dob, predstavljeni v oceni stanja, kažejo na razkorak med zakonskimi zahtevami in dejansko dostopnostjo zdravstvenih storitev. Kadar pacientu ob upoštevanju predpisanih izjem zdravstvena storitev ni pravočasno dostopna v mreži javne zdravstvene službe, obveznosti glede najdaljših dopustnih čakalnih dob niso izpolnjene. V teh primerih ne gre zgolj za organizacijsko pomanjkljivost, temveč za nespoštovanje veljavne ureditve in kršitev pacientove pravice do spoštovanja njegovega časa. Namen predloga zakona je odpraviti takšno stanje in vzroke zanj.

Pri presoji je treba upoštevati tudi peti odstavek 14. člena ZPacP, po katerem je najdaljša dopustna čakalna doba v Republiki Sloveniji spoštovana, če je zdravstvena storitev v okviru te dobe dostopna pri najmanj enem izvajalcu v mreži javne zdravstvene službe. Preseganje roka pri posameznem izvajalcu zato samo po sebi še ne dokazuje kršitve te zahteve na ravni celotne mreže. Prav tako skupnega števila vpisov s preseženo dopustno čakalno dobo ni mogoče brez dodatne presoje enačiti s številom ugotovljenih kršitev. Za učinkovito uresničevanje pravice pa je bistveno, da pacient lahko pravočasno možnost obravnave tudi dejansko uporabi.

ZPacP prav tako na seznam pacientovih pravic uvršča pravico do proste izbire zdravnika in izvajalca zdravstvene dejavnosti, v okviru katere določa, da ima pacient pravico, da prosto izbere zdravnika in izvajalca zdravstvene dejavnosti, ki mu bo zaupal svoje zdravljenje. Ne glede na to pa ima pacient v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe pravico, da prosto izbere zdravnika in izvajalca zdravstvene dejavnosti v skladu s predpisi s področja zdravstvenega zavarovanja (torej v okviru ZZVZZ kot omenjeno zgoraj). 10. člen ZPacP še določa, da lahko zdravnik in izvajalec zdravstvene dejavnosti, ki ga je pacient izbral, pod pogojem, da ne gre za nujno medicinsko pomoč, pacientovo izbiro zavrne le v posebej utemeljenih primerih, ko bi bilo zdravljenje predvidoma manj uspešno oziroma nemogoče ali kadar tako določa zakon. Pacientu mora pri tem predlagati izbiro drugega zdravnika in izvajalca zdravstvene dejavnosti ter razloge za zavrnitev pojasniti v pisni obliki v osmih dneh od izražene pacientove izbire.

Obstoječa ureditev torej že zagotavlja pravno podlago za opredelitev pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, letno načrtovanje programov in sredstev, sklepanje pogodb z izvajalci, spremljanje realizacije programov, vodenje in nadzor čakalnih seznamov, določanje najdaljših dopustnih čakalnih dob ter objavljane podatkov o prostih terminih. Ne vzpostavlja pa enotnega in trajnega postopka, po katerem bi se ob ugotovljenem poslabšanju dostopnosti sistematično ugotovili njegovi vzroki, določil vrstni red možnih ukrepov, povezale razpoložljive zmogljivosti s konkretnimi čakajočimi osebami ter spremljali dejanski učinki ukrepa na število čakajočih in čakalne dobe.

Predlog zakona dodatne naloge ZZS sistemsko umešča v okvir ZZVZZ, ki že zagotavlja pravico do proste izbire in določa, da je izbrani osebni zdravnik zdravnik, ki ga izbere zavarovana oseba sama. ZZVZZ tudi določa, da je ZZS pristojen za upravno odločanje o tej pravici – o zahtevi za njegovo dodelitev (84. člen), zato se aktivna pomoč ZZS konkretizira kot uresničevanje obstoječe pravice in ne vzpostavlja novega nadomestnega instituta. Predlog zakona ohranja obstoječo ureditev iz ZZVZZ do dejansko izvedene individualne oziroma proste izbire zdravnika, hkrati pa določa tudi podaljšanje ukrepa dodatnih ambulant družinske medicine za vmesno obdobje – do začetka dejanskega izvajanja ukrepov na podlagi tega predloga zakona, saj iztek interventnega ukrepa ne sme povzročiti prekinitve dostopa do storitev dodatnih ambulant, ki zagotavljajo storitve, ki so sicer v pristojnosti izbranega osebnega zdravnika. S predlogom zakona se v tej zvezi naslavlja odsotnost ureditve postopka, ki zavarovano osebo dejansko pripelje do individualno izbranega osebnega zdravnika. Organiziranje dodatne ambulante in podelitev pristojnosti namreč še ne zagotavljata stalnega osebnega odnosa, kontinuitete zdravstvene obravnave in učinkovite pomoči pri izbiri oziroma iskanju izbranega osebnega zdravnika. V ta namen se s predlogom določa bistvene pogoje dostopa in postopka njihovega uveljavljanja:

- upravičence (zavarovane osebe) in obseg pomoči ZZS, pri čemer pomoči ne pogojuje na npr. predhodno neuspešno kontaktiranje več zdravnikov, kar bi predstavljalo administrativno breme zlasti za zavarovano osebo,
- v nobeni fazi postopka se ne uveljavlja avtomatična izbira namesto zavarovane osebe, kar pomeni, da se v celoti ohranja sistemsko določena prosta izbira zdravnika,
- obveznosti ZZS in tudi izvajalcev glede preverjanja dejanskih razpoložljivosti, neposrednega oziroma avtomatičnega povezovanja z izvajalcem, sprejem in posredovanje izjave ter potrditev izvedene izbire,
- roke, pravne posledice in pravno varstvo, ki upošteva, da se uspešna izbira zdravnika izvede brez nepotrebnega odločanja, v primeru spora ali neuspešne zahteve pa se uporabi veljavni sistem ZZVZZ (zgoraj omenjeni 84. člen);

- ZZZS (prek svojih območnih enot in izpostav) dejansko zagotavlja konkretno pomoč posameznikom pri uresničevanju pravice do proste izbire osebnega zdravnika in ne le na protokolarni oziroma načelni ravni (tj. na način izvedbe in evidentiranja izbire).

V javnosti se je v preteklosti pogosto predstavljalo večurno čakanje zavarovanih oseb za podpis izjave o prosti izbiri, kar je v aktualnem obdobju in ob možni moči strokovnih organov in tehničnih izvedljivosti nedopustno in nepotrebno. Fizična vzdržljivost, možnost odsotnosti z dela ali prihod pred odprtjem zdravstvenega doma ne smejo postati merilo za pridobitev zdravnika. Takšna organizacija pomeni resno tveganje neenakega dejanskega dostopa, zlasti za bolne, gibalno ovirane in socialno ranljive osebe. Predlagatelj zato to področje urgentno naslavlja in uvodoma najprej pojasnjuje, da to čakanje ne predstavlja avtomatično čakalnega časa v smislu 2. člena ZPacP, ki je vezan na dogovorjeni začetek zdravstvene storitve. S tem namenom se v okviru reševanja problematike za izvajalca določa obveznost sprejemanja izjav o izbiri. 167. člen Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 79/94, 73/95, 39/96, 70/96, 47/97, 3/98, 3/98, 51/98 – odl. US, 73/98 – odl. US, 90/98, 6/99 – popr., 109/99 – odl. US, 61/00, 64/00 – popr., 91/00 – popr., 59/02, 18/03, 30/03, 35/03 – popr., 78/03, 84/04, 44/05, 86/06, 90/06 – popr., 64/07, 33/08, 7/09, 88/09, 30/11, 49/12, 106/12, 99/13 – ZSVarPre-C, 25/14 – odl. US, 25/14, 85/14, 10/17 – ZČmIS, 64/18, 4/20, 42/21 – odl. US, 61/21, 159/21 – ZZVZZ-P, 183/21, 196/21 – ZDOsk, 142/22 – odl. US, 163/22, 124/23, 82/24, 102/25 in 601/26) sicer določa izročitev podpisane listine pri prvem obisku, vendar ne zapoveduje večurnega čakanja ali množičnega vpisa na en sam dan. Ukrep iz 14 člena Zakona o nujnih ukrepih za zagotovitev stabilnosti zdravstvenega sistema (Uradni list RS, št. 100/22, 141/22 – ZNUNBZ, 76/23, 136/23 – ZIUZDS, 32/25 – ZZDej-N in 111/25 – ZDIUPZ; v nadaljnjem besedilu: ZNUZSZS) je sicer omogočil prenos izdaje listin na zdravstveno oziroma administrativno osebje, vendar samo znotraj istega izvajalca (ne pa drugemu ali ZZZS), zato predlog tega zakona izrecno določa pravno podlago za sprejem izjave tudi pri ZZZS. Izjava o izbiri zdravnika se lahko pošlje po pošti, elektronski pošti, odda pri izvajalcu, območni enoti ali izpostavi ZZZS oziroma na drug primeren način.

Posledično se pomanjkanje izvajalcev zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe oziroma nepokritost posameznih delov države z določenimi zdravstvenimi storitvami pogosto rešuje (pre)pozno, z interventnimi ukrepi ali pa so zavarovane osebe prepuščene same sebi. To vodi v stanje, ko imajo posamezniki, ki imajo boljšo socialno mrežo oziroma so informacijsko bolj pismeni, boljše možnosti urejanja nastale situacije in s tem hitreje prihajajo do izvajalca zdravstvene dejavnosti oziroma zdravstvene obravnave. Posledično ostajajo brez potrebne zdravstvene obravnave zlasti otroci in druge ogrožene skupine (npr. invalidi ali starejši).

Nacionalni razpis za izboljševanje dostopnosti do zdravstvenih storitev, ki je bil urejen v Zakonu o začasnih ukrepih za omilitev in odpravo posledic COVID-19 (Uradni list RS, št. 152/20, 175/20 – ZIUOPDVE, 82/21 – ZNB-C, 112/21 – ZNUPZ, 167/21 – odl. US, 206/21 – ZDUPŠOP in 18/23 – ZDU-10; v nadaljnjem besedilu: ZZUOOP)[1], je bil zamišljen kot interventni mehanizem Ministrstva za zdravje (v nadaljnjem besedilu: ministrstvo) za zmanjšanje števila pacientov, ki so čakali nad najdaljšo dopustno čakalno dobo zaradi posledic epidemije. Na javni razpis za leto 2020 in 2021 so se lahko prijavili javni zdravstveni zavodi in drugi izvajalci z ustreznim dovoljenjem oziroma vpisom v register (tj. zasebniki z ali brez koncesije), minister pa je s sklepom določil posamezne vrste zdravstvenih storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in višino doplačila. Storitve so se izvajale za tiste paciente, ki so bili ob uveljavitvi zakona že na čakalnem seznamu, imeli urejeno obvezno zdravstveno zavarovanje in čakali najdlje. Postopek je potekel na podlagi objave sklepa ministrstva na spletni strani, pri čemer je ta objava hkrati pomenila objavo razpisa in poziv k oddaji ponudb. Sklep o izbiri se je prav tako objavil na spletni strani, pritožba pa ni bila dovoljena. Izbrani ponudnik je nato sklenil pogodbo z ministrstvom oziroma tudi z zavarovalnicami dopolnilnega zavarovanja. Financiranje je bilo zagotovljeno kombinirano iz sredstev dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, državnega proračuna in sredstev EU, pri čemer sta se proračunski in EU-del zagotavljala prek ZZZS.

Ureditev je bila po svoji pravni naravi izrazito interventna in poenostavljena: izbor je temeljil na razpisnem sklepu ministra, brez pritožbe zoper sklep o izbiri, z bistvenimi elementi postopka in pogojev prepuščenimi vsebini razpisne objave, kar je sicer omogočilo hitro aktivacijo dodatnih zmogljivosti, hkrati pa je z vidika pravne varnosti in transparentnosti pomenilo šibkejšo procesno zaščito ponudnikov ter manj normativno razdelan nadzorni okvir. Predmetni predlog zakona te pomanjkljivosti odpravlja in določa ukrep kot sistemski, tj. model trajnega programa, ki se sproži ob zakonsko opredeljeni nedostopnosti določenih zdravstvenih storitev oziroma programov. Prav tako že zakon določa vir in način financiranja, pravna sredstva, obračun in vračila ter nadzor. Zakonodajalec je ocenil, da je ZZZS kot nosilec obveznega zdravstvenega zavarovanja in tudi pogodbenega financiranja javne zdravstvene službe najprimernejši za

sistemiški ukrep. Izrecno pa se tudi določa, kaj je oziroma kdaj nastopi t. i. nedostopnost, kdo jo ugotovi, za katere storitve in območja se program uvede, kdo so upravičeni izvajalci, po katerem postopku se izbirajo, katera merila se uporabijo, kako se zagotovi pravno varstvo, kako se program financira, kako se spremljajo učinki in kako se izvaja nadzor. Zakon predvideva minimalno vsebino pogodbe in obvezno ex post oceno učinkov. S tem se upošteva načelo določnosti in predvidljivosti, saj zakon posega v položaj izvajalcev zdravstvene dejavnosti in razporejanje javnih sredstev. Prav tako je treba zaradi transparentnosti in pravne varnosti odločitev o izbiri obrazložiti in zagotoviti pravno sredstvo. V skladu z načelom zakonitosti se podzakonskemu aktu prepušča le metodologijo in tehnične podrobnosti.

ZZUOOP je predvidel tudi vzpostavitev stalne delovne skupine koordinatorjev pri ministrstvu, namenjene podpori socialnovarstvenim in smiselno tudi javnim zdravstvenim zavodom pri preprečevanju, zaježitvi in obvladovanju okužb z virusom SARS-CoV-2 ter drugimi respiratornimi nalezljivimi boleznimi. ZZUOOP je določitev delovnih nalog skupine prepustil ministru, pristojnemu za zdravje, s sklepom, ni pa uredil sestave, pogojev strokovne usposobljenosti, načina imenovanja članov ali njihovega mandata.

Sredstva za delovanje skupine so se zagotavljala iz državnega proračuna ali sredstev, prejetih iz proračuna Evropske unije; obrazložitev je med financirane aktivnosti vključila tudi kontinuirano usposabljanje članov.

Vezano na to (primerljivo), predlog zakona v delu, ko ureja stalno strokovno skupino za administrativne razbremenitve, v členu opredeljuje namen, umestitev skupine pri pristojnem ministrstvu in vir financiranja, pa tudi opredelitev nalog in sestavo ter pogoje in postopek imenovanja članov.

Z Zakonom o nujnih ukrepih na področju zdravstva (Uradni list RS, št. 112/21, 189/21, 206/21 – ZDUPŠOP, 132/22 in 32/25 – ZZDej-N; v nadaljevanju: ZNUPZ) je bil za namen zmanjševanja števila čakajočih pacientov nad najdaljšo dopustno čakalno dobo ponovno predviden nacionalni razpis, ki ga za 2021 in 2022 izvede ministrstvo, in sicer za izboljšanje dostopnosti do zdravstvenih storitev. Gre za nadaljevanje interventnega ukrepa iz ZZUOOP, saj je tudi pri tej ureditvi ključno, da gre za časovno omejen ukrep, utemeljen na odpravljanju posledic epidemije ter zaostankov pri dostopu do zdravstvenih storitev. Nadzor je bil tudi pri tej zasnovi urejen predvsem posredno, prek pogojev iz javnega razpisa in pogodbenih obveznosti ter računovodskih in plačilnih rokov, ne pa z izrecno in celovito z zakonsko razdelanim posebnim nadzornim režimom. Navedeno pomanjkljivost odpravlja predmetni predlog zakona.

ZNUZSZS je dostopnost do zdravstvenih storitev urejal širše in ni več temeljil na nacionalnem razpisu ministrstva za posamezne paciente, temveč predvsem na povečanju realizacije znotraj mreže javne zdravstvene službe. Ključni ukrep je bilo plačilo zdravstvenih storitev po realizaciji, torej tudi nad pogodbeno dogovorjenim obsegom programa, za storitve, ki jih je določila Vlada Republike Slovenije. Namen ukrepa je bil spodbuditi izvajalce, da z obstoječimi kadrovskimi in prostorskimi zmogljivostmi opravijo več storitev ter s tem skrajšajo čakalne dobe. ZNUZSZS je poleg tega uvedel ukrepe za boljše upravljanje čakalnih seznamov, izboljšanje podatkov o čakalnih dobah, povečanje kadrovskih zmogljivosti in razbremenitev zdravnikov s prenosom posameznih nalog na druge člane zdravstvenega tima. Model je ostal intervenčen in časovno omejen, izvajalci pa so bili vključeni prek obstoječega pogodbenega razmerja z ZZZS, ne prek posebnega javnega razpisa. Zakon o spremembi Zakona o nujnih ukrepih za zagotovitev stabilnosti zdravstvenega sistema (Uradni list RS, št. 76/23) je spremenil ureditev plačevanja storitev po realizaciji tako, da se ukrep ni več uporabljal splošno za vse zdravstvene storitve, temveč za izbrane vrste zdravstvenih storitev, ki jih je določila Vlada Republike Slovenije, skupaj z obdobjem njihovega plačevanja po realizaciji. S tem je bil ukrep bolj ciljno usmerjen na področja, na katerih so bile ugotovljene največje potrebe oziroma težave z dostopnostjo. Izvajalci v mreži javne zdravstvene službe so za določene storitve prejeli plačilo glede na dejansko realizacijo, tudi če so presegli pogodbeno dogovorjeni program, pri čemer je bil izbor storitev prepuščen uredbi Vlade Republike Slovenije.

Zakon o interventnih ukrepih na področju zdravstva, dela in sociale ter z zdravstvom povezanih vsebin (Uradni list RS, št. 136/23, 35/24 – ZZdrS-J, 102/24 – ZZKZ, 112/24 – ZDIUZDZ in 32/25 – ZZDej-N) je dostopnost obravnaval predvsem prek podaljšanja in spremembe ukrepov za povečanje obsega dela v osnovni zdravstveni dejavnosti, zagotavljanja kadrovskih zmogljivosti ter okrepljenega nadzora nad čakalnimi seznamami in čakalnimi dobami. Med pomembnejšimi rešitvami so bili dodatki za povečan obseg dela in posebne obremenitve v ambulantah družinske medicine ter otroških in šolskih dispanzerjih, ukrepi za privabljanje in vključevanje zdravstvenih delavcev ter spremembe pravil, ki naj bi omogočile učinkovitejše izvajanje upravnega, sistemskega in inšpekcijskega nadzora nad čakalnimi dobami.

Zakon o dodatnih interventnih ukrepih za zagotovitev dostopnosti v zdravstvu (Uradni list RS, št. 112/24; v nadaljnjem besedilu: ZDIUZDZ) je uvedel dodatne ambulate družinske medicine za zavarovane osebe, starejše od 19 let, ki nimajo izbranega splošnega osebne zdravnika. Dodatna ambulanta se organizira v javnem zdravstvenem zavodu na območju, kjer zaradi pomanjkanja zdravnikov ni mogoča prosta izbira

osebnega zdravnika, zavarovana oseba pa se vključi v ambulantno in v njej uveljavlja pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. ZDIUZDZ je določil tudi financiranje ambulant iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja in omogočil vključevanje zdravnikov družinske medicine, specializantov, upokojenih zdravnikov ter drugih zdravstvenih delavcev. Hkrati je podaljšal dodatek za povečan obseg dela v ambulantah družinske medicine ter otroških in šolskih dispanzerjih ter posegel v druge začasne ukrepe za povečanje razpoložljivih zmogljivosti. V primerjavi s prejšnjimi ambulantami za neopredeljene zavarovane osebe je bila ureditev bolj približana institutu izbranega osebnega zdravnika, saj je zdravnik v dodatni ambulanti pridobil pravice in obveznosti osebnega zdravnika za zavarovane osebe.

Zakon o dodatnih interventnih ukrepih na področju zdravstva (Uradni list RS, št. 111/25, 34/26 in 37/26 – popr.; v nadaljnjem besedilu: ZDIUPZ) je podaljšal oziroma prilagodil več ukrepov za zagotavljanje dodatnih zdravstvenih zmogljivosti. Med ukrepi z neposrednim ali posrednim vplivom na dostopnost so podaljšanje prenosa posameznih nalog izbranega osebnega zdravnika na druge člane zdravstvenega tima, mesečna spodbuda za izbiro specializacije iz urgentne medicine, zagotavljanje financiranja mentorskega dodatka za klinično in praktično usposabljanje ter poenostavitev nekaterih jezikovnih pogojev za zdravstvene poklice. ZDIUPZ je dovolil tudi sklepanje pogodb o sodelovanju med izvajalcem v javni zdravstveni mreži in zasebnim izvajalcem na področju zobotehnike, laboratorijske dejavnosti, ortotike in protetike ter določil dodatne obveznosti izvajalcev pri zagotavljanju neprekinjenega zdravstvenega varstva.

Za namen zagotavljanja dostopnosti do zdravstvenih storitev v mreži javne zdravstvene službe je zakonodajalec z interventnimi ukrepi določil financiranje iz proračuna Republike Slovenije za različne spodbude, namenjene zdravstvenim delavcem oziroma bodočim zdravstvenim delavcem. Tako je npr. ZNUPZ v 19. člen uvedel namensko štipendiranje dijakov in študentov za poklice v zdravstveni dejavnosti, pri čemer se sredstva zagotavljajo iz državnega proračuna, štipendije pa se dodeljujejo na podlagi javnega razpisa glede na ugotovljene kadrovske potrebe po posameznih območjih Republike Slovenije. Določil je pristojnosti ministrstva in Javnega štipendijskega, razvojnega, invalidskega in preživninskega sklada Republike Slovenije glede financiranja, dodeljevanja, nadzora in poročanja o štipendijah, pri čemer je ukrep časovno omejen do 30. septembra 2031. Poleg tega, da je ukrep le začasne narave, ima predvideni ukrep nekatere pravne oziroma dejanske pomanjkljivosti, ki jih je potrebno odpraviti in sistemsko umestiti dodatne ukrepe – npr. z vidika odsotnosti obveznosti zaposlitve po zaključku usposabljanja (iz predlaganega besedila ne izhaja jasna obveznost štipendista, da se po končanem izobraževanju zaposli v javni zdravstveni mreži oziroma na območju, za katero je bila štipendija dodeljena. Tako lahko država financira izobraževanje kadra, ne da bi imela zagotovilo, da se bo naložba dejansko odrazila v povečanju razpoložljivih zdravstvenih delavcev. Prav tako je vprašljiva učinkovitost pri odpravljanju območnih kadrovske primanjkljajev (v okviru npr. zdravstvenih regij oziroma območjih). Čeprav se število štipendij določa po območjih Republike Slovenije, ukrep ne predvideva izrecnega mehanizma, ki bi štipendista po zaključku izobraževanja vezal na delo v tem konkretnem območju. Posledično ni zagotovljeno, da bodo štipendije sledile potrebam in dejansko prispevale k odpravi kadrovske vrzeli v manj privlačnih regijah oziroma na območjih, kjer so potrebe večje in dostopnost zmanjšana. S predlogom zakona se naslavlja tudi aktualno široko zakonsko pooblastilo glede določanja poklicev, saj določa posamezna merila in jasno metodologijo ugotavljanja potreb po štipendijah, kar ne eni strani vpliva na transparentnost odločanja (in pravno varnost), po drugi strani pa tudi na upoštevanje realnih potreb po zdravstvenem kadru. Predlagatelj v okviru predloga ukrepa upošteva tudi pomanjkljivo ureditev meril izbire kandidatov na podlagi javnega razpisa, ki predvideva prednost predvsem kandidatom z boljšim učenim uspehom. Takšno merilo sicer nagraduje odličnost, ni pa nujno najbolj primerno za doseganje ciljev zdravstvenega sistema po uravnoteženi dostopnosti, saj so lahko pomembni tudi drugi dejavniki (npr. motivacija za delo v javni mreži, pripravljenost za delo na deficitarnem območju). Poleg tega navedeno zmanjšuje diskrecijo ministra in krepi objektivnost njegovega odločanja. Na enak način kot pri ukrepi, ki določa financiranje dodatnih specializacij, pa se s predlogom tega zakona odpravlja tudi odsotnost recipročne obveznosti štipendista (zgoraj omenjena zaposlitev oziroma vračilo sredstev), saj je zaradi tega vprašljiva neposredna povezanost med javnimi izdatki za štipendiranje in zasledovanim ciljem odpravljanja pomanjkanja zdravstvenega kadra.

Na razpoložljivost zdravstvenih zmogljivosti in dostopnost zdravstvenih storitev vpliva tudi obseg administrativnih opravil, ki jih opravljajo zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci. Ti namreč poleg neposredne zdravstvene obravnave opravljajo številna opravila, povezana z dokumentiranjem, poročanjem, obračunavanjem zdravstvenih storitev in posredovanjem podatkov. Del teh opravil je nujen za kakovostno in varno zdravstveno obravnavo, uveljavljanje pravic zavarovanih oseb, financiranje in nadzor, vendar se posamezni podatki še vedno vnašajo ali posredujejo večkrat, administrativna opravila pa niso vedno razporejena glede na potrebno strokovno usposobljenost. Nepovezane informacijske rešitve in podvajanje

postopkov dodatno zmanjšujejo čas, ki ga lahko zdravstveni delavci namenijo neposredni zdravstveni obravnavi zavarovanih oseb.

Obstoječe oblike nadzora so razpršene med pogodbeni nadzor nad izvajanjem programov zdravstvenih storitev, nadzor nad spoštovanjem pravil o čakalnih seznamih in čakalnih dobah, nadzor nad opravljanjem zdravstvene dejavnosti ter nadzor nad zakonitostjo obdelave osebnih podatkov. Predlog zakona ZZZS, NIJZ in izvajalcem zdravstvene dejavnosti nalaga dodatne naloge pri spremljanju dostopnosti, izvajanju ukrepov, zagotavljanju in uporabi podatkov ter izvajanju Programov za zagotavljanje dostopnosti. Zato je treba obstoječe oblike nadzora dopolniti in jasno razmejiti glede na vsebino posamezne obveznosti.

Obstoječi sistem upravljanja čakalnih seznamov temelji predvsem na evidentiranju števila čakajočih, pričakovanih čakalnih dob in prvih prostih terminov pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti. Če je zavarovani osebi določen termin, ki presega najdaljšo dopustno čakalno dobo, v praksi praviloma sama išče drugega izvajalca oziroma preverja razpoložljivost zgodnejših terminov ali pa se sprijazni s tako dolgo čakalno dobo. Sistem ne zagotavlja dovolj učinkovitega mehanizma, po katerem bi ZZZS na podlagi razpoložljivih podatkov zavarovani osebi aktivno ponudil ustrezen zgodnejši termin pri drugem izvajalcu zdravstvene dejavnosti v okviru javne zdravstvene službe. Zaradi tega lahko pri enem izvajalcu nastajajo dolge čakalne dobe, medtem ko pri drugem izvajalcu ostajajo neizkoriščene ali naknadno sproščene zmogljivosti.

1.2. Razlogi za sprejetje

Pomemben izziv ostajajo zlasti čakalne dobe za specialistične zunajbolnišnične in bolnišnične storitve. NIJZ tedensko spremlja podatke o čakalnih dobah za približno 400 specialističnih zdravstvenih storitev, pri čemer pri mnogih število čakajočih in dolžina čakalne dobe še vedno presegata strokovno sprejemljive okvire.

Predlog zakona zato nadgrajuje izvedbene mehanizme za spoštovanje že veljavnih obveznosti. Njegov prvi cilj je zagotoviti, da ugotovljeni nedostopnosti sledijo konkretni ukrepi z določenimi nosilci, roki in odgovornostjo za rezultate. Ugotavljanje preseženih čakalnih dob se ne sme končati s poročanjem o težavi ali pripravo predloga brez nadaljnje izvedbe. Odziv mora vključevati preverjanje razpoložljivih zmogljivosti, organizacijo ustrezne obravnave in spremljanje, ali je bila dostopnost dejansko izboljšana.

Zgolj povečanje izvajanja obsega zdravstvenih storitev samo po sebi ne zagotavlja izboljšanja dostopnosti. Tak ukrep je z vidika zavarovane osebe učinkovit šele, ko se dodatna zmogljivost poveže s konkretnimi čakajočimi osebami in povzroči dejansko skrajšanje njihovega čakanja. ZPacP že določa obveznosti izvajalcev zdravstvene dejavnosti glede vodenja čakalnih seznamov, zagotavljanja podatkov o prostih terminih in obveščanja zavarovanih oseb o možnostih izvedbe zdravstvene storitve. Predlog zakona zato ne posega v te obveznosti, temveč jih dopolnjuje tako, da ZZZS nalaga dodatne naloge pri ugotavljanju zavarovanih oseb, ki čakajo dlje od najdaljše dopustne čakalne dobe, preverjanju razpoložljivih zmogljivosti ter aktivnem ponujanju ustreznih zgodnejših terminov pri drugih izvajalcih zdravstvene dejavnosti.

Podatek o čakalni dobi sam po sebi ne pojasni vzroka nedostopnosti. Enako dolga čakalna doba je lahko posledica nezadostnega pogodbenega programa, pomanjkanja zdravstvenega kadra, neustrezne organizacije dela, nezadostne izrabe prostorov, kadra ali medicinske opreme, neizvajanja že dogovorjenega programa, podvajanja vpisov v čakalne seznane ali neusklajenosti med razpoložljivimi zmogljivostmi posameznih izvajalcev. Brez ugotovitve konkretnega vzroka obstaja tveganje, da se nedostopnost rešuje predvsem z dodatnim financiranjem, čeprav bi jo bilo mogoče odpraviti z organizacijskim ukrepom, prerazporeditvijo zmogljivosti ali učinkovitejšim izvajanjem že dogovorjenega programa.

Poseben upravljavski problem nastane, ko ima izvajalec zdravstvene dejavnosti z ZZZS pogodbeno dogovorjen program zdravstvenih storitev, vendar ga ne izvaja v dogovorjenem obsegu, hkrati pa zavarovane osebe na te storitve čakajo nad dopustno čakalno dobo. Če bi se v takem primeru dostopnost zagotavljala predvsem z dodatnim financiranjem programa pri drugem izvajalcu zdravstvene dejavnosti, bi prišlo do dvojnega financiranja, do česar ne sme priti.

Veljavna ureditev že predvideva začasni in trajni prevzem nerealiziranega obsega programa zdravstvene dejavnosti, če izvajalec v določenem obdobju ne dosega predpisanega deleža dogovorjenega programa. Predlagana ureditev zato izhaja iz načela, da je treba pred zagotovitvijo dodatnega programa najprej preveriti možnosti učinkovitejše uporabe in po potrebi prenosa nerealiziranega programa.

Obstoječi način spremljanja programov je pretežno osredotočen na pogodbeno dogovorjen obseg, realizacijo zdravstvenih storitev in porabo sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja. Dodatno opravljene zdravstvene storitve pa same po sebi še ne dokazujejo, da je bil dosežen namen ukrepa. Za presojo uspešnosti je treba ugotoviti tudi, ali se je dejansko zmanjšalo število čakajočih, skrajšala čakalna doba, izboljšala dostopnost (zlasti ogroženih skupin) zavarovanih oseb, povečal delež zavarovanih oseb, ki imajo izbranega osebnega zdravnika ter ali je bil učinek dosežen ob gospodarni, učinkoviti in namenski porabi javnih sredstev.

Brez obveznega vrednotenja programa ni mogoče zanesljivo presoditi, ali je treba program nadaljevati, spremeniti ali zaključiti, niti primerjati njegove učinkovitosti z drugimi možnimi ukrepi. Predlog zakona zato vzpostavlja povezavo med predhodno izbiro stroškovno najučinkovitejšega ukrepa in naknadno presojo njegovih dejanskih učinkov na dostopnost, kakovost, izvajanje rednega programa in porabo sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Predlog zakona izhaja iz ugotovitve, da pomembnega dela težav ni mogoče odpraviti zgolj z dodatnim financiranjem ali povečevanjem števila zaposlenih. Dostopnost je mogoče bistveno izboljšati tudi z učinkovitejšim upravljanjem mreže javne zdravstvene službe, boljšim izvajanjem obstoječih programov, administrativno razbremenitvijo zdravstvenih delavcev ter učinkovitejšo uporabo vseh razpoložljivih zmogljivosti javnega zdravstvenega sistema (prostorov, opreme in kadra).

Določitev dodatnega obsega zdravstvenih storitev mora biti namenjena odpravi dejanskega pomanjkanja zmogljivosti in ne nadomeščanju ukrepov, ki so potrebni zaradi neustrezne organizacije dela, neizvajanja pogodbeno dogovorjenega programa ali nepovezanosti razpoložljivih zmogljivosti z zavarovanimi osebami, ki čakajo na zdravstveno storitev. Pred določitvijo dodatnega obsega je zato treba ugotoviti vzroke nedostopnosti ter preveriti realizacijo pogodbeno dogovorjenih programov, uporabo razpoložljivih zmogljivosti, možnosti njihove učinkovitejše uporabe ali prerazporeditve in možnost prenosa nerealiziranega dela programa. Po izvedbi ukrepa je treba oceniti njegov dejanski učinek na čakalne dobe, število čakajočih zavarovanih oseb in izvajanje rednega pogodbeno dogovorjenega programa. Namen predloga zakona ni reorganizacija javnih zdravstvenih zavodov ali sprememba njihovega upravljanja, temveč sistemska določitev konkretnih, hitro izvedljivih ukrepov, s katerimi bo mogoče v razmeroma kratkem času povečati dostopnost do zdravstvenih storitev, zmanjšati število oseb brez izbranega osebnega zdravnika in zdravstvenim delavcem omogočiti, da več časa namenijo zavarovanim osebam in manj (nepotrebnim) administrativnim opravilom.

Dodaten razlog za sprejetje zakona so administrativne obremenitve zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev, ki zmanjšujejo delež njihovega delovnega časa, namenjenega neposredni zdravstveni obravnavi. Administrativne obremenitve vplivajo na razpoložljivost zdravstvenega kadra in s tem tudi na dostopnost zdravstvenih storitev. Potreben je sistematičen pristop, ki bo omogočil prepoznavanje nepotrebnih, podvojenih ali nesorazmerno obremenjujočih postopkov, njihov prenos na ustrezno usposobljeno osebje, poenostavitve, digitalizacijo oziroma avtomatizacijo ter spremljanje doseženih učinkov. Ob tem je treba zagotoviti, da administrativna razbremenitev ne zmanjša kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave, pravic zavarovanih oseb, sledljivosti postopkov ali možnosti učinkovitega nadzora. Razlog za sprejetje zakona je tudi potreba po učinkovitem nadzoru nad izvajanjem novih zakonskih in pogodbenih obveznosti. Ker predlog zakona ureja naloge različnih nosilcev, izvajanje zdravstvenih storitev, namensko porabo javnih sredstev ter obdelavo zdravstvenih in drugih osebnih podatkov, je treba nadzor razmejiti glede na njegov predmet ter določiti ukrepe za odpravo ugotovljenih nepravilnosti. Za jasne in preverljive kršitve, pri katerih drugi ukrepi ne zagotavljajo učinkovitega izvrševanja zakona, je treba določiti tudi ustrezne sankcije.

Predlog zakona zato vzpostavlja medsebojno povezan sistem pravočasnega zaznavanja nedostopnosti, ugotavljanja njenih vzrokov, aktivnega ponujanja ustreznih zgodnejših terminov čakajočim zavarovanim osebam, učinkovitejše uporabe in prerazporeditve pogodbeno dogovorjenih programov, prenosa njihovega nerealiziranega dela, določanja dodatnega obsega zdravstvenih storitev, kadar je ta dejansko potreben, ter naknadnega vrednotenja doseženih učinkov. S tem se vloga nosilca obveznega zdravstvenega zavarovanja nadgrajuje od spremljanja dostopnosti in načrtovanja ter financiranja programov zdravstvene dejavnosti k aktivnemu zagotavljanju, da razpoložljive zmogljivosti dosežejo zavarovane osebe, ki zdravstvene storitve potrebujejo, in da se te storitve izvedejo pravočasno.

Predlog zakona tako izhaja iz zahteve, da se veljavna zakonodaja spoštuje tudi v praksi. Njegov prvi cilj je odprava nespoštovanja obveznosti glede pravočasne dostopnosti ter zagotovitev pogojev za učinkovito uresničevanje pacientovih pravic. Namen predlaganega zakona je zato dejansko izboljšanje dostopnosti, pravočasno opravljene zdravstvene obravnave in zagotovljene možnosti izbire osebnega zdravnika. To predstavlja tudi podlago za nadaljnje skrajševanje čakalnih dob in dolgoročno sistemsko ureditev zdravstvenega varstva.

[1] <https://www.gov.si/novice/2021-08-13-nacionalni-razpis-za-izboljšanje-dostopnosti-do-zdravstvenih-storitev-za-leti-2021-in-2022/>

2. CILJI, NAČELA IN POGLAVITNE REŠITVE PREDLOGA ZAKONA

2.1 Cilji

Zagotoviti možnost izbire izbranega osebnega zdravnika, izbranega ginekologa in izbranega pediatra vsem zavarovanim osebam, ki si to želijo.

Kazalniki za spremljanje:

1. število in delež zavarovanih oseb brez posamezne vrste izbranega osebnega zdravnika, ločeno po vrstah zdravnikov in območjih;
2. število oseb, ki jim je ZZZS ponudil ustrezno možnost proste izbire osebnega zdravnika v predpisanem roku;
3. število oseb, ki so ob pomoči ZZZS dejansko izbrale osebnega zdravnika;
4. število oseb, ki želijo izbrati osebnega zdravnika, vendar jim ZZZS ni ponudil ustrezne možnosti proste izbire osebnega zdravnika.

Zagotoviti pravočasno dostopnost do zdravstvenih storitev v skladu z najdaljšimi dopustnimi čakalnimi dobami in drugimi pogoji, določenimi s predpisi, ki urejajo čakalne dobe.

Kazalnika za spremljanje:

1. delež zdravstvenih storitev, opravljenih znotraj najdaljše dopustne čakalne dobe, med storitvami, za katere se ta omejitev uporablja;
2. število in delež nedopustno čakajočih zavarovanih oseb.

Zmanjšati število čakajočih in čakalne dobe ter odpraviti neupravičene razlike v dostopnosti do zdravstvenih storitev med posameznimi območji Republike Slovenije.

Kazalnik za spremljanje:

1. število nedopustno čakajočih po posameznih vrstah zdravstvenih storitev in območjih.

Vzpostaviti sistem aktivnega zagotavljanja dostopnosti, v katerem nosilec obveznega zdravstvenega zavarovanja ugotavlja nedostopnost do zdravstvenih storitev in izvaja ukrepe za povečanje dostopnosti, vključno z aktivnim ponujanjem ustreznega zgodnejšega termina zavarovanim osebam.

Kazalniki za spremljanje:

1. delež upravičenih zavarovanih oseb, za katere je ZZZS preveril možnosti zgodnejše obravnave;
2. delež oseb, ki so prejele ustrezno ponudbo;
3. število sprejetih ponudb in delež ponudb, na podlagi katerih je bila storitev dejansko opravljena prej.

Omogočiti hitrejše zagotavljanje dodatnih programov zdravstvenih storitev na območjih, kjer potrebe prebivalstva presegajo obstoječe zmogljivosti.

Kazalnik za spremljanje:

1. obseg pogodbeno dogovorjenih dodatnih storitev na podlagi Programa dostopnosti in delež njihove realizacije.

Zagotoviti učinkovitejšo uporabo kadrovskih, prostorskih in opremskih zmogljivosti v okviru mreže javne zdravstvene službe ter pogodbeno dogovorjenih programov zdravstvenih storitev.

Kazalnika za realizacijo:

1. delež realizacije pogodbeno dogovorjenega programa;
2. čas, namenjen neposredni zdravstveni obravnavi pred uvedbo ukrepa in po njem.

Zagotoviti prednostno uporabo in, kadar je to potrebno, začasni oziroma trajni prenos pogodbeno dogovorjenih, vendar nerealiziranih programov zdravstvene dejavnosti.

Kazalnika za vrednotenje:

1. število izvedenih prenosov, ločeno po vrsti prenosa;

2. obseg prenešenega programa in delež njegove realizacije.

Administrativno razbremeniti zdravstvene delavce in povečati delež njihovega ordinacijskega časa, namenjenega neposredni zdravstveni obravnavi.

Kazalnik za spremljanje:

1. čas, ki ga zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci zaradi prenosa administrativnih opravil lahko namenijo neposredni zdravstveni obravnavi.

Zagotoviti sistematično spremljanje in vrednotenje učinkov ukrepov na dostopnost do zdravstvenih storitev ter na gospodarno, učinkovito in namensko porabo javnih sredstev.

Kazalnika za spremljanje učinkovitosti:

1. vsakoletna priprava ocene vzrokov za zmanjšano dostopnost do zdravstvenega varstva in potreb po dodatnih zmogljivostih (prostor, oprema in kader),
2. vsakoletni sprejem Predloga ukrepov z merljivimi cilji in pričakovanimi rezultati ukrepov, nosilci ukrepov in roki za njihovo izvedbo ter viri financiranja in oceno finančnih posledic.

Zagotoviti jasen in učinkovit nadzor nad izvajanjem nalog in ukrepov po tem zakonu ter nad namensko porabo sredstev.

Kazalnika za spremljanje učinkovitosti:

1. obseg nadzorov,
2. vrsta in teža ugotovljenih nepravilnosti.

2.2 Načela

Predlog zakona temelji na naslednjih načelih:

1. načelu enake dostopnosti, po katerem morajo biti zdravstvene storitve zagotovljene pod enakimi pogoji vsem zavarovanim osebam, ne glede na kraj njihovega prebivališča ali drugo osebno okoliščino;
2. načelu pravočasne dostopnosti, po katerem morajo biti zdravstvene storitve zagotovljene v času, ki ustreza zdravstvenemu stanju in potrebam zavarovane osebe, ter v okviru najdaljše dopustne čakalne dobe;
3. načelu aktivnega zagotavljanja dostopnosti, po katerem nosilec obveznega zdravstvenega zavarovanja aktivno ugotavlja ovire pri dostopu do zdravstvenih storitev in izvaja ukrepe za njihovo odpravo;
4. načelu učinkovite in namenske porabe javnih sredstev in javno financiranih zdravstvenih zmogljivosti, po katerem se javna sredstva ter kadrovske, prostorske, opremske in druge razpoložljive zmogljivosti, uporabljajo gospodarno, učinkovito in namensko;
5. načelu kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave, po katerem se ukrepi za izboljšanje dostopnosti načrtujejo in izvajajo tako, da se ohranjata oziroma izboljšujeta kakovost in varnost zdravstvene obravnave;
6. načelu merljivosti in vrednotenja učinkov, po katerem se uspešnost ukrepov presoja na podlagi njihovih merljivih učinkov na dostopnost, kakovost in varnost zdravstvenih storitev, izvajanje pogodbeno dogovorjenih programov ter gospodarno, učinkovito in namensko porabo javnih sredstev;
7. načelu administrativne razbremenitve, po katerem se administrativna opravila in delovni procesi organizirajo tako, da zdravstvenim delavcem in zdravstvenim sodelavcem omogočajo čim več časa za neposredno strokovno delo in zdravstveno obravnavo pacientov;
8. načelu klinične primarnosti, po katerem imajo pri zbiranju in obdelavi podatkov prednost podatki, potrebni za varno, kakovostno in neprekinjeno zdravstveno obravnavo, drugi podatki pa se, kadar je to mogoče, pridobijo z avtomatizirano uporabo že vnesenih podatkov;
9. načelu enkratnega vnosa podatkov, po katerem se že vneseni podatek ne zahteva ponovno, če je dostopen v uradni evidenci ali informacijskem sistemu in obstaja ustrezna pravna podlaga za njegovo uporabo;

10. načelu kontinuitete in celostne zdravstvene obravnave, po katerem se zdravstvena obravnava načrtuje in izvaja povezano, neprekinjeno ter usklajeno med izvajalci zdravstvene dejavnosti in ravnmi zdravstvene dejavnosti;

11. načelu spoštovanja pacientove avtonomije in pravice do proste izbire zdravnika in izvajalca zdravstvene dejavnosti, po katerem se pri načrtovanju in izvajanju zdravstvene obravnave spoštujejo pacientova pravica do svobodnega odločanja ter njegove proste izbire v skladu s predpisi, ki urejajo zdravstveno zavarovanje in zdravstveno varstvo.

2.3 Poglavitne rešitve

Predlog zakona uvaja sistem aktivnega zagotavljanja dostopnosti do zdravstvenih storitev. ZZZS postane odgovoren za aktivno zagotavljanje dostopnosti do izbranega osebnega zdravnika, izbranega ginekologa in izbranega pediatra. Če zavarovana oseba nima izbranega osebnega zdravnika, ji mora ZZZS v zakonsko določenem roku ponuditi možnost izbire osebnega zdravnika. Če dostopnosti ni mogoče zagotoviti z obstoječimi programi, mora izvesti vse ukrepe za zagotovitev dodatnih zmogljivosti, določene s tem zakonom. Izbrani osebni zobozdravnik v ta sistem ni vključen, ker predlog zakona ukrepe zagotavljanja dostopnosti na primarni ravni usmerja v tista področja, na katerih je neizbira osebnega zdravnika najbolj neposredno povezana z zagotavljanjem osnovne in neprekinjene zdravstvene obravnave.

Predlog zakona vzpostavlja tudi aktivno upravljanje čakalnih seznamov. Če je zavarovani osebi določen termin zdravstvene storitve, ki presega najdaljšo dopustno čakalno dobo, ji ZZZS, kadar razpolaga s podatkom o prostem terminu pri drugem izvajalcu v mreži javne zdravstvene službe, ponudi ustrezní zgodnejši termin. Če zavarovana oseba ponudbo sprejme, ZZZS zagotovi njeno uvrstitev na čakalni seznam pri drugem izvajalcu na ustrezní zgodnejši termin in uskladitev podatkov v čakalnih seznamih. S tem odgovornost za iskanje zdravstvene obravnave v okviru najdaljše dopustne čakalne dobe ni več naložena več izključno zavarovani osebi, temveč jo aktivno prevzame sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja. V ta namen predlog zakona krepi aktivno vlogo ZZZS pri zagotavljanju dostopnosti do zdravstvenih storitev. Predvideva ugotavljanje področij in območij z nezadostno dostopnostjo, aktivno zagotavljanje konkretnih nadomestnih terminov, učinkovitejšo uporabo razpoložljivih zmogljivosti, prenos nerealiziranega obsega programov ter pripravo in izvajanje programov za zagotavljanje dostopnosti. S tem dopolnjuje obveznosti izvajalcev po ZPacP z organiziranim ukrepanjem v okviru javne mreže. Odgovornost za odpravljanje nedostopnosti se tako jasneje povezuje z načrtovanjem, financiranjem in izvajanjem zdravstvenih programov.

Pomemben del dostopnosti je tudi dejanska možnost izbire osebnega zdravnika. ZPacP priznava pravico do proste izbire zdravnika in izvajalca zdravstvene dejavnosti, pravice iz zdravstvenega zavarovanja ter način njihovega uveljavljanja pa ureja ZZVZZ. Pri zagotavljanju možnosti izbire osebnega zdravnika je zato treba upoštevati zlasti 80. člen ZZVZZ in predpise, izdane na njegovi podlagi.

Kadar zavarovana oseba zaradi pomanjkanja razpoložljivih zdravnikov ne more uresničiti izbire, je potrebno aktivno ukrepanje za zagotovitev ustreznih možnosti izbire zdravnika. Predlog zakona zato določa pomoč ZZZS pri iskanju konkretne in dejansko izvedljive možnosti izbire ter nadaljnje ukrepe, kadar takšne možnosti ni. Do zagotovitve proste izbire je treba organizirati dostop do potrebne zdravstvene obravnave. Vmesna obravnava pri tem ne odpravlja potrebe po nadaljnjem zagotavljanju možnosti izbire osebnega zdravnika.

Pri izvajanju ukrepov se ohranja pacientova prosta izbira. Ponujena obravnava mora biti konkretna, dejansko razpoložljiva in za pacienta ustrezna. Če pacient takšno možnost po ustrezní seznanitvi brez objektivno utemeljenega razloga zavrne in izbere daljše čakanje pri izbranem izvajalcu, se njegova odločitev evidentira v skladu z zakonom. Tak položaj je treba razlikovati od položaja, ko sistem ustrezne možnosti obravnave ne zagotovi. Spremljanje rezultatov mora pregledno ločevati opravljene obravnave, zagotovljene možnosti obravnave in pacientovo izbiro daljšega čakanja ter ohraniti podatke o dejanskem trajanju čakanja. Za učinkovitejše načrtovanje predlog zakona uvaja obveznost priprave **Analize dostopnosti do zdravstvenega varstva** (v nadaljnjem besedilu: Analiza) in **Predlog ukrepov za povečanje dostopnosti do zdravstvenega varstva** (v nadaljnjem besedilu: Predlog ukrepov), na podlagi katerih se bodo načrtovali potrebni obseg zdravstvenih programov, njihova krajevna razporeditev ter kadrovske, prostorske in druge zmogljivosti za njihovo izvajanje, določali ukrepi za zagotavljanje zdravstvenih storitev v okviru najdaljših dopustnih čakalnih dob ter spremljali njihovi učinki.

Pred vzpostavitvijo dodatnega programa za zagotavljanje dostopnosti mora ZZZS preveriti, ali je mogoče ugotovljeno nedostopnost odpraviti z učinkovitejšo uporabo ali prerazporeditvijo že pogodbeno

dogovorjenih programov, prenosom njihovega nerealiziranega dela, povečanjem obsega programov pri obstoječih izvajalcih v mreži javne zdravstvene službe ali z drugimi organizacijskimi oziroma pogodbenimi ukrepi. Če izvajalec zdravstvene dejavnosti v šestih zaporednih mesecih, ob upoštevanju časovne dinamike izvajanja programa, realizira manj kot 90 odstotkov pogodbeno dogovorjenega obsega programa, hkrati pa za iste zdravstvene storitve niso zagotovljene dopustne čakalne dobe oziroma nanje čakajo nedopustno čakajoče zavarovane osebe, predlog zakon omogoča začasen ali trajni prenos nerealiziranega dela programa k drugemu izvajalcu kjer koli v Republiki Sloveniji, če je ta vključen v mrežo javne zdravstvene službe, izpolnjuje predpisane pogoje, ima razpoložljive zmogljivosti in z ZZZS sklene dodatno pogodbo. Predlog zakona tako določa stopnjevitost ukrepanja, po katerem se najprej preverijo možnosti učinkovitejše uporabe in prerazporeditve pogodbeno dogovorjenih programov, prenosa nerealiziranega dela programa, povečanja obsega programov pri obstoječih izvajalcih ter izvedbe drugih ustreznih organizacijskih oziroma pogodbenih ukrepov. Program za zagotavljanje dostopnosti se vzpostavi šele, kadar dostopnosti ni mogoče zagotoviti z navedenimi ukrepi.

Predlagatelj pojasnjuje, da je 43. člen ZNUPZ kot interventni ukrep že določil možnost začasnega prenosa programa, in sicer je uvedel možnost začasnega prenosa nerealiziranega programa zdravstvene dejavnosti oziroma zdravstvenih storitev na druge izvajalce, če pogodbeni izvajalec do določenega roka programa ni realiziral. Uredil je pogoje, postopek javnega poziva, merila za izbor izvajalcev ter pristojnosti ZZZS in ministra pri izvajanju ukrepa. Ta ukrep je bil dejansko predhodnik današnjega sistema začasnega in trajnega prevzema programov iz 67. člena Uredbe za leto 2026.

Predlagana ureditev začasnega prenosa programa je zasledovala cilj učinkovitejše realizacije zdravstvenih programov, vendar ni določala dovolj jasno meril za ugotovitev nerealizacije programa in za izbor izvajalcev, na katere se program začasno prenese. Poleg tega je zakon bistvene elemente ukrepa, zlasti največji dopustni obseg prenosa programa, prepustil določitvi ministra in ni uredil posledic ponavljajoče se nerealizacije programa. Z vidika načel pravne varnosti, določnosti predpisov ter učinkovitega upravljanja javnih sredstev je zato ureditev v uredbi natančnejša, saj določa pogoje za prenos programa in njegovo povezanost s potrebami prebivalstva, čakalnimi dobami ter dolgoročnim upravljanjem mreže zdravstvene dejavnosti. Slednja namreč že uporablja merljiv prag 90-odstotne realizacije ter jasneje razlikuje med začasnim in trajnim prevzemom programa.

Predlog zakona uvaja obvezno vrednotenje vsakega programa za zagotavljanje dostopnosti. ZZZS mora po zaključku izvajanja programa oceniti njegove učinke najmanj glede na obseg dodatno opravljenih zdravstvenih storitev, spremembo števila čakajočih in čakalnih dob, strošek na dodatno opravljeno zdravstveno storitev, vpliv na izvajanje rednega obsega programa zdravstvene dejavnosti ter upravičenost nadaljevanja, spremembe ali prenehanja programa. S tem se odločanje o nadaljnjem financiranju povezuje z merljivimi rezultati ter gospodarno in učinkovito porabo sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja (in sredstev obveznega zdravstvenega prispevka).

Na področju administrativne razbremenitve predlog zakona izvajalcem zdravstvene dejavnosti nalaga, da delo in administrativne postopke organizirajo tako, da zdravstvenim delavcem in zdravstvenim sodelavcem omogočijo čim več časa za neposredno zdravstveno obravnavo, opravila, ki niso nujno povezana z njihovo strokovno presojo, pa prenesejo na drugo ustrezno usposobljeno osebje, kadar je to mogoče brez vpliva na strokovnost, kakovost in varnost obravnave. Uveljavljata se klinična primarnost in načelo enkratnega vnosa podatkov, po katerih imajo prednost podatki, potrebni za zdravstveno obravnavo, drugi podatki pa se praviloma pridobijo iz že vnesenih podatkov ali obstoječih uradnih evidenc. Ministrstvo ob sodelovanju izvajalcev zdravstvene dejavnosti, ZZZS, NIJZ, pristojnih zbornic, strokovnih združenj in drugih deležnikov pripravi program administrativne razbremenitve ter določi ukrepe, njihove nosilce, roke in način spremljanja. Predlog zakona vzpostavlja **sistemski mehanizem za zagotavljanje dostopnosti do zdravstvenih storitev**, ki obsega redno analiziranje dostopnosti, postopno izbiro ukrepov glede na ugotovljene vzroke nedostopnosti, aktivno zagotavljanje nadomestnih terminov in spremljanje učinkov izvedenih ukrepov. Če Analiza oziroma druge strokovne podlage pokažejo, da dostopnosti ni mogoče zagotoviti z učinkovitejšo uporabo in prerazporeditvijo pogodbeno dogovorjenih programov, prenosom nerealiziranega dela programa, povečanjem obsega programov pri obstoječih izvajalcih ali drugimi organizacijskimi oziroma pogodbenimi ukrepi, ZZZS pripravi Program za zagotavljanje dostopnosti (v nadaljnjem besedilu: Program). Program je časovno omejen ukrep, s katerim se za posamezne zdravstvene storitve, vključene v programe storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, določijo način in obseg izvajanja, potrebne zmogljivosti, izvajalci, obdobje izvajanja, financiranje ter kazalniki za spremljanje njegovih učinkov.

Predlog zakona poleg tega podaljšuje spodbude za izbiro specializacije iz družinske in urgentne medicine in zaradi ohranitve dostopnosti do zdravstvenega varstva na primarni ravni do 31. decembra 2027

podaljšuje tudi izvajanje dodatnih ambulant družinske medicine. Gre za začasni ukrep, namenjen zavarovanim osebam, starejšim od 19 let, ki zaradi pomanjkanja zdravnikov ne morejo izbrati splošnega osebnega zdravnika. Podaljšanje preprečuje, da bi osebe, ki zdravstveno obravnavo že uveljavljajo v dodatnih ambulantah, ob koncu leta 2026 ostale brez te oblike zdravstvene obravnave, in zagotavlja čas za izvedbo trajnejših ukrepov za povečanje dostopnosti do izbranega osebnega zdravnika.

Upoštevajoč navedeno predlagatelj pojasnjuje, da je zakonodajalec v preteklosti že oblikoval posamezne interventne oziroma nujne, začasne rešitve za namen reševanja pomanjkanja specialistov, in sicer specialistov družinske medicine, specialistov urgentne medicine in specialistov iz klinične psihologije. Slednje ureja 23. člen ZNUPZ, in sicer zagotavlja sredstva iz državnega proračuna za financiranje dodatnih 30 specializacij s področja klinične psihologije, ki se prvič razpišejo po uveljavitvi zakona in začnejo izvajati najpozneje do 31. decembra 2025. Določeni so postopek razpisa, izbor javnih zdravstvenih zavodov za zaposlitev specializantov ter možnost pogodbenega urejanja medsebojnih pravic in obveznosti med ministrstvom, specializantom in javnim zdravstvenim zavodom. Predlagana ureditev sicer določa financiranje dodatnih specializacij iz klinične psihologije, vendar ne vsebuje zadostnih varovalk za doseganje zasledovanega cilja povečanja dostopnosti storitev klinične psihologije v mreži javne zdravstvene službe. Zlasti niso določena merila za izbiro javnih zdravstvenih zavodov, obveznosti specializanta po zaključenih specializaciji in posledice njihove neizpolnitve, temveč so bistveni elementi pravnega razmerja prepuščeni pogodbenemu urejanju. V skladu z načelom zakonitosti, določnosti predpisov in učinkovite porabe javnih sredstev se zato s predlogom tega zakona določa jasna merila za izbor izvajalcev (kadrovski primanjkljaji, čakalne dobe, regionalna dostopnost), določa obveznost specializanta, da po zaključenih specializaciji določen čas opravlja delo v javni mreži, ureja posledice neizpolnjevanja obveznosti (vračilo celotnega ali sorazmernega dela sredstev), navaja dopustne razloge za podaljšanje specializacije, določa pa tudi obvezne vsebine pogodbe med ministrstvom, specializantom in izvajalcem.

Za področje npr. družinske medicine je bil s 24. členom ZNUPZ uveden poseben motivacijski ukrep v obliki dodatka za izbiro specializacije iz družinske medicine v višini 20 odstotkov urne postavke osnovne plače specializanta za zdravnike, ki so bili na specializacijo izbrani na podlagi nacionalnih razpisov oziroma razpisov pri izvajalcih v letih 2021 in 2022. Sredstva za financiranje dodatka se zagotavljajo iz državnega proračuna, ukrep pa velja od izbire na specializacijo do njenega zaključka. Ukrep je bil določen kot začasen, pri tem pa ni razviden razlog za takšno časovno omejitev upravičencev oziroma njena povezanost z zasledovanim ciljem odpravljanja pomanjkanja specialistov družinske medicine oziroma izboljševanja dostopnosti do zdravstvene obravnave na primarni ravni. Ker so upravičenci odločitev o izbiri specializacije že sprejeli, je tudi vprašljivo, v kakšnem obsegu lahko ukrep dejansko prispeva k povečanju interesa za izbiro te specializacije. Predlagatelj zato tega sklopa ne predvideva.

Predlog zakona določa nadzor nad izvajanjem novih zakonskih in pogodbenih obveznosti ter ga razmejuje glede na predmet nadzora. Nadzor zajema zlasti izvajanje nalog ZZZS in NIJZ, izpolnjevanje obveznosti izvajalcev zdravstvene dejavnosti, izvajanje pogodb o prenosu programa in Programov za zagotavljanje dostopnosti, pravilnost obračunavanja in namensko porabo sredstev ter zakonitost obdelave osebnih podatkov. Ob ugotovljenih nepravilnostih se določijo ukrepi za njihovo odpravo, za jasno določene težje kršitve pa tudi prekrški in globe.

3. Ocena finančnih posledic predloga zakona za državni proračun in druga javna finančna sredstva

Predlog nima posledic za državni proračun in druga javna finančna sredstva.

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

Zagotovitev finančnih sredstev v sprejetem državnem proračunu ni potrebna.

5. Prikaz ureditve v drugih pravnih sistemih in prilagojenosti predlagane ureditve pravu Evropske unije

5.1 Prikaz ureditve v drugih pravnih sistemih

Drugi pravni sistemi niso bili predmet proučevanja.

5.2 Prikaz ureditve v pravnem redu Evropske unije

Predlog zakona ne predstavlja prenosa posamezne direktive Evropske unije v pravni red Republike Slovenije. Nanaša se predvsem na organizacijo, upravljanje in financiranje zdravstvenih storitev v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja. V skladu s 168. členom Pogodbe o delovanju Evropske unije so organizacija in zagotavljanje zdravstvenih storitev ter razporejanje sredstev, namenjenih zdravstvenemu varstvu, primarno v pristojnosti držav članic.

Predlagana ureditev mora biti kljub temu skladna s pravili Evropske unije na področjih čezmejnega zdravstvenega varstva, javnega naročanja, državnih pomoči, varstva osebnih podatkov ter organizacije delovnega časa.

Aktivna ponudba ustreznega zgodnejšega termina v Republiki Sloveniji ne posega v pravice zavarovanih oseb do čezmejnega zdravstvenega varstva po Direktivi 2011/24/EU niti teh pravic ne nadomešča ali omejuje.

Postopki izbire izvajalcev, javni pozivi in pogodbe za izvajanje programov morajo biti oblikovani skladno s pravili javnega naročanja ter načeli preglednosti, enakega obravnavanja, sorazmernosti in prepovedi diskriminacije. Za zdravstvene in socialne storitve lahko glede na pravno naravo in vrednost pogodbe pride v poštev posebna ureditev iz Direktive 2014/24/EU.

Financiranje dodatnih programov in določanje cen ne smeta povzročiti neupravičene gospodarske prednosti ali čezmernega nadomestila posameznemu izvajalcu. Kadar gre za nadomestilo za opravljanje storitev splošnega gospodarskega pomena, morajo biti obveznosti izvajalca, način izračuna nadomestila ter mehanizmi preprečevanja in vračila čezmernega nadomestila ustrezno določeni.

Podatki o pacientih, čakalnih seznamih, napotitvah in izvedenih zdravstvenih storitvah so podatki v zvezi z zdravjem in zato posebna vrsta osebnih podatkov. Njihova obdelava mora imeti jasno pravno podlago ter mora biti omejena na podatke, ki so potrebni za izvajanje zakona. Zagotovljeni morajo biti ustrezna informacijska varnost, omejitev dostopov, sledljivost obdelave, ustrezni roki hrambe in obveščanje pacientov.

Vključevanje zdravstvenih delavcev v dodatne programe mora spoštovati zahteve Direktive 2003/88/ES o dnevnem in tedenskem počitku ter najdaljšem povprečnem tedenskem delovnem času. Pri delu pri več izvajalcih je treba zagotoviti učinkovito spremljanje skupne delovne obremenitve posameznega zdravstvenega delavca.

Informacijske rešitve, vzpostavljene za izvajanje zakona, naj se načrtujejo ob upoštevanju postopnega začetka uporabe Uredbe (EU) 2025/327 o evropskem zdravstvenem podatkovnem prostoru.

Ob upoštevanju navedenih zahtev predlagane rešitve niso v nasprotju s pravom Evropske unije. Predlog zakona ostaja v okviru pristojnosti Republike Slovenije za organizacijo in financiranje nacionalnega zdravstvenega sistema.

5.3 Prikaz ureditve v posameznih državah članicah Evropske unije

Nizozemska

Nizozemski sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja temelji na obveznosti zasebnih nepridobitnih zdravstvenih zavarovalnic, ki izvajajo zakonsko urejeno obvezno zdravstveno zavarovanje, da zavarovanim osebam zagotovijo pravočasen, primeren in krajevno dostopen dostop do zdravstvenih storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Gre za tako imenovano obveznost zagotavljanja zdravstvene obravnave oziroma zorgplicht.

Če zavarovana oseba pri izbranem izvajalcu ne more priti do zdravstvene storitve v primernem času, ji zdravstvena zavarovalnica v okviru posredovanja zaradi čakalne dobe (wachttijdbemiddeling) pomaga poiskati izvajalca, pri katerem je zdravstveno storitev mogoče opraviti prej. Če pri pogodbenem izvajalcu pravočasne obravnave ni mogoče zagotoviti, lahko poišče tudi nepogodbenega javnega ali zasebnega izvajalca in z njim sklene individualni dogovor o izvedbi in plačilu storitve. Če je pravočasna obravnava mogoča le pri nepogodbenem izvajalcu, zavarovalnica zaradi izpolnitve svoje zakonske obveznosti povračila stroškov ne sme omejiti. Izvajalci morajo paciente, pri katerih čakalna doba presega veljavno normo, opozoriti na možnost posredovanja zavarovalnice.

Izpolnjevanje obveznosti zorgplicht nadzira Nederlandse Zorgautoriteit (v nadaljnjem besedilu: NZa), javni avtonomni upravni organ, ki deluje pod resorno odgovornostjo nizozemskega ministrstva za zdravje, blaginjo in šport, vendar ni njegova notranja organizacijska enota. NZa določa pravila, nadzira zdravstvene zavarovalnice in izvajalce ter ministrstvu daje priporočila. Pri nadzoru dostopnosti preverja, ali zavarovalnice dokazljivo in proaktivno zagotavljajo pravočasen dostop, spremljajo potrebe zavarovanih oseb in razpoložljive zmogljivosti, pravočasno prepoznavajo ozka grla ter sprejemajo in vrednotijo ustrezne ukrepe. Če zavarovalnica ne izkaže, da je storila vse, kar je bilo v okviru njenih možnosti razumno mogoče, lahko NZa uporabi formalne nadzorne in prisilne ukrepe. Nizozemska ureditev je primerljiva s predlagano dodatno vlogo ZZZS pri spremljanju dostopnosti, preverjanju razpoložljivih zmogljivosti, izbiri ukrepov in aktivnem ponujanju zgodnejšega termina pri drugem izvajalcu. Bistvena podobnost je, da iskanje pravočasne obravnave ni prepuščeno samo pacientu, temveč mora aktivno sodelovati tudi nosilec oziroma izvajalec obveznega zdravstvenega zavarovanja. Institucionalna ureditev pa ni enaka.

Vir: Nederlandse Zorgautoriteit, Zorgplicht, Zorgbemiddeling in Toezicht op zorgverzekeraars; Government of the Netherlands, Standard health insurance.

Švedska

Švedska zakonodaja določa nacionalno jamstvo glede najdaljših dopustnih čakalnih dob (vårdgaranti), za njegovo uresničevanje pa so odgovorne regije kot regionalne samoupravne javnopravne skupnosti in nosilke zagotavljanja zdravstvenega varstva. Jamstvo se običajno predstavlja kot časovni okvir: 0–3–90–90. Stik pacienta s primarnim zdravstvenim varstvom mora biti omogočen isti dan, medicinska presoja praviloma v treh dneh, prvi specialistični pregled v 90 dneh in začetek odobrenega zdravljenja v nadaljnjih 90 dneh. Regije lahko določijo krajše, ne pa daljših rokov. Jamstvo ne določa, katera zdravstvena obravnava pacientu pripada, temveč rok, v katerem mora biti že strokovno indicirana obravnava zagotovljena.

Če izvajalec, pri katerem pacient čaka, zdravstvene storitve ne more zagotoviti v okviru jamstva, mora regija pacienta o tem obvestiti in mu ponuditi obravnavo pri drugem izvajalcu v isti ali drugi regiji. To je lahko javni izvajalec ali zasebni izvajalec, ki ima z regijo sklenjeno pogodbo za izvajanje javno financiranih zdravstvenih storitev. Regija oziroma njena posebna enota za izvajanje jamstva pacientu pomaga poiskati drugega izvajalca ter uredi potrebne postopke. Obravnava pri drugem izvajalcu za pacienta ne sme povzročiti dodatnih stroškov; pod pogoji, ki jih določa posamezna regija, se lahko povrnejo tudi stroški potovanja in prenočitve. Če pacient ponudbo drugega izvajalca zavrne in želi ostati pri prvotnem izvajalcu, lahko čaka dlje od zajamčenega roka. Švedska ureditev je primerljiva s predlaganim aktivnim zagotavljanjem zgodnejšega termina. V obeh primerih presežena čakalna doba sproži aktivno ravnanje odgovornega subjekta, ki mora pacientu pomagati poiskati zgodnejšo obravnavo. Švedske izkušnje hkrati opozarjajo, da izvajanje takega sistema zahteva enotne podatke o čakalnih dobah in prostih zmogljivostih, jasno razdelitev odgovornosti ter ustrezno informacijsko podporo.

Vir: Socialstyrelsen, podatki in pojasnila o čakalnih dobah in nacionalnem jamstvu; Sveriges Kommuner och Regioner, pojasnila o zagotavljanju obravnave pri drugem izvajalcu.

Estonija

Estonki sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja upravlja Estonski sklad zdravstvenega zavarovanja (Tervisekassa), ki financira zdravstvene storitve in z izvajalci zdravstvene dejavnosti sklepa pogodbe o

njihovem izvajanju. Zavarovane osebe lahko specialistično zdravstveno obravnavo uveljavljajo pri katerem koli izvajalcu, ki ima sklenjeno pogodbo s Tervisekassa, ne glede na kraj prebivališča. Specialistična zdravstvena obravnava se deli na ambulantno, dnevno in bolnišnično obravnavo, uvrščanje pacientov na čakalne seznane pa temelji na resnosti njihovega zdravstvenega stanja.

Za specialistični ambulantni pregled je najdaljša ciljna čakalna doba praviloma šest tednov, za načrtovano bolnišnično zdravljenje in posege v okviru dnevne obravnave pa do osem mesecev. Tervisekassa z izvajalci dogovori tudi minimalno obdobje, za katero morajo imeti odprte čakalne seznane, in redno spremlja spoštovanje teh obveznosti. Na čakalne dobe vplivajo zlasti pogodbeni obseg financiranih storitev, razpoložljivost zdravstvenega kadra, prostorov in opreme ter organizacija dela izvajalca; Tervisekassa lahko ob razpoložljivih sredstvih spreminja pogodbene obsege izvajalcev.

Pomemben element estonske ureditve je enotna nacionalna digitalna rešitev za naročanje, ki pacientu na enem mestu omogoča pregled razpoložljivih terminov pri različnih izvajalcih po vsej državi ter rezervacijo, spremembo ali odpoved termina. Ker napotnica praviloma ni vezana na določenega izvajalca, lahko pacient izbere izvajalca z ustrežnejšim oziroma zgodnejšim terminom. Sistem tako povezuje nacionalno preglednost terminov, prosto izbiro pogodbenega izvajalca in upravljanje pogodbenih obsegov zdravstvenih storitev.

Estonska ureditev je primerljiva s predlagano slovensko ureditvijo predvsem glede uporabe enotnih podatkov o čakalnih dobah in prostih terminih, spremljanja dostopnosti s strani nosilca obveznega zdravstvenega zavarovanja ter povezovanja financiranja izvajalcev z njihovo realizacijo in dostopnostjo. Razlika je v tem, da estonski sistem večji del izbire zgodnejšega termina prepušča pacientu prek enotnega nacionalnega informacijskega sistema, predlog zakona pa ZZS nalaga dodatno aktivno vlogo pri ugotavljanju nedopustno čakajočih oseb in ponujanju ustreznega zgodnejšega termina.

Viri: Tervisekassa, »Specialised medical care«, »Digital Health Booking System« in »Primary health care«; estonski zdravstveni portal, »Treatment waiting lists«. [terviseportaal.ee], [tervisekassa.ee], [tervisekassa.ee], [tervisekassa.ee]

Francija

Francoska ureditev dostopnosti ne temelji na enotnem nacionalnem jamstvu najdaljše čakalne dobe za vse zdravstvene storitve. Dostop do zdravstvenega varstva se zagotavlja s kombinacijo obveznega zdravstvenega zavarovanja, regionalnega načrtovanja zdravstvene ponudbe in teritorialnega povezovanja izvajalcev. Regionalne zdravstvene agencije organizirajo ponudbo primarnega in specialističnega zdravstvenega varstva glede na potrebe posameznega območja, pri čemer se pri dostopnosti do primarnega zdravstvenega varstva upoštevata zlasti razdalja do izvajalca in čas potovanja.

Francosko obvezno zdravstveno zavarovanje (Assurance Maladie) poleg financiranja zdravstvenih storitev izvaja tudi naloge aktivnega spremljanja in pomoči zavarovanim osebam, ki imajo težave pri dostopu do zdravstvene obravnave. Lokalne enote zdravstvenega zavarovanja lahko zavarovancu zagotovijo individualno svetovanje, ga usmerjajo skozi zdravstveni sistem in mu pomagajo poiskati rešitev, kadar težko pridobi termin, nima ustreznega kritja stroškov, ima težave z mobilnostjo ali se zaradi drugih ovir odpove oziroma odloži zdravstveno obravnavo.

Pri osebah brez izbranega zdravnika imajo pomembno vlogo teritorialno usklajene organizacije, kot so večpoklicni zdravstveni domovi, zdravstveni centri in teritorialne skupnosti zdravstvenih delavcev. Te organizacije pacientu omogočijo hitrejšo obravnavo, po potrebi tudi na daljavo, in mu pomagajo pri vključitvi v usklajeno zdravstveno obravnavo ter izbiri zdravnika za dolgoročno spremljanje. Posamezne lokalne enote zdravstvenega zavarovanja tudi same identificirajo posebej ogrožene osebe brez izbranega zdravnika, jih neposredno kontaktirajo in v sodelovanju s teritorialnimi skupnostmi usmerijo k zdravniku, ki sprejema nove paciente.

Za nujne in nenačrtovane zdravstvene potrebe je vzpostavljen Service d'accès aux soins (SAS), ki prek skupne telefonske in digitalne platforme povezuje bolnišnično urgentno službo in ambulantno medicino. Če izbrani zdravnik ni dosegljiv v času, ki ustreza zdravstvenemu stanju pacienta, lahko SAS zagotovi zdravstveni nasvet, telekonzultacijo ali usmeritev oziroma naročilo na ustrezno ambulantno obravnavo, obisk na domu ali urgentno obravnavo. Francoska ureditev je s predlagano slovensko rešitvijo primerljiva predvsem po aktivnem usmerjanju pacientov in povezovanju teritorialno razpoložljivih izvajalcev, vendar je organizacijsko bolj decentralizirana, saj naloge skupaj izvajajo zdravstveno zavarovanje, regionalne zdravstvene agencije in teritorialno povezani izvajalci.

Viri: Assurance Maladie, podatki o individualnem spremljanju zavarovancev in teritorialno usklajenih organizacijah; francosko ministrstvo za zdravje, pojasnila o Service d'accès aux soins; Légifrance, Code de la santé publique in Décret n° 2024-541. [ameli.fr], [ameli.fr], [interventi...te.gouv.fr], [legifrance.gouv.fr]

6. Presoja posledic

6.1 Presoja administrativnih posledic

a) Predpis ima učinek na uvajanje nove obveznosti, spreminjanje ali ukinjanje obstoječe obveznosti.

– Predpis ima negativen učinek na število trenutno veljavnih obveznosti.

Predlog zakona pri vključevanju v dodatne programe in pridobivanju namenskih sredstev uvaja dodatne prijave, evidenčne in poročevalske obveznosti. Te so vezane na sodelovanje pri posameznem ukrepu ter so namenjene pregledni dodelitvi sredstev, preverjanju njihove namenske porabe in spremljanju rezultatov. Ne pomenijo uvedbe novega splošnega sistema dovoljenj za opravljanje zdravstvene dejavnosti.

Predlog zakona hkrati določa nove obveznosti za ZZZS, ki bo dobil aktivnejšo vlogo pri ugotavljanju in zagotavljanju dostopnosti do zdravstvenega varstva ter sprejemanju ali predlaganju ukrepov za njeno povečanje.

– Predpis ima pozitiven učinek na upoštevanje načela »vse na enem mestu«.

Predlog krepi vlogo ZZZS kot osrednjega nosilca pomoči pri iskanju ustreznega zgodnejšega termina in možnosti izbire osebnega zdravnika. Pri sprejemu zgodnejšega termina ZZZS zagotovi njegovo potrditev in uskladitev čakalnih seznamov, zato zavarovani osebi ni treba samostojno usklajevati vseh dejanj pri več izvajalcih. Učinek je celovitejše urejanje posamezne zadeve, s poudarkom na osredotočenosti na zavarovani osebi, čeprav predlog ne vzpostavlja ene vstopne točke za prav vse postopke po zakonu.

– Predpis ima negativen učinek na aktivnosti zaposlenih v organih državne uprave, pravosodnih organih in nosilce javnih pooblastil.

Predlog zakona uvaja dodatne aktivnosti in naloge, predvsem za ZZZS, ki med drugim pripravlja Analizo dostopnosti in Predlog ukrepov, nudi aktivno pomoč zavarovanim osebam pri uveljavljanju proste izbire osebnega zdravnika in iskanju ustreznega zgodnejšega termina, izvaja začasni oziroma trajni prenos nerealiziranega dela programa in druge ukrepe za povečanje dostopnosti do zdravstvenega varstva ter spremljain vrednoti učinke izvedenih ukrepov. Dodatne aktivnosti so namenjene sistematičnemu in organiziranemu povečevanju dostopnosti in razbremenitvi zavarovanih oseb, ki bi sicer morale same iskati ustrezno obravnavo. Dodatne naloge nastajajo tudi za Ministrstvo za zdravje in Zdravstveni inšpektorat Republike Slovenije.

Kljub dodatnim aktivnostim zaposlenih predlog zakona zasleduje širši javni interes izboljšanja dostopnosti do zdravstvenega varstva, zmanjšanja administrativnih obremenitev zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev ter s tem povečanje časa, ki ga lahko namenijo neposredni zdravstveni obravnavi ob učinkovitejši porabi javnih sredstev.

– Predpis ima pozitiven učinek na prebivalstvo.

Predlog zakona zmanjšuje potrebo zavarovanih oseb po samostojnem preverjanju razpoložljivosti zgodnejših terminov pri različnih izvajalcih zdravstvene dejavnosti in po samostojnem iskanju zdravnika, pri katerem lahko opravijo prosto izbiro. ZZZS postopke aktivne pomoči začne po uradni dolžnosti, zato

zavarovani osebi za njihov začetek ni treba vložiti posebne vloge. Zavarovana oseba prejme konkretno ponudbo zgodnejšega termina oziroma ustreznih možnosti izbire osebnega zdravnika. Ob sprejemu ponudbe zgodnejšega termina ZZS zagotovi njegovo potrditev in uskladitev čakalnih seznamov. S tem se zmanjšujejo potreba po ponavljajočem se pridobivanju informacij, kontaktiranju več izvajalcev in samostojnem usklajevanju spremembe termina. Ohranijo se dejanja, ki so potrebna za odločitev zavarovane osebe o ponujeni možnosti in za uveljavljanje razlogov za njeno zavrnitev.

– **Predpis ima pozitiven učinek na poslovne subjekte.**

Predloga zakona omejuje podvajanje zahtev glede pridobivanja podatkov, predvideva manj papirne dokumentacije in omogoča boljšo razporeditev tehničnih opravil. Na drugi strani pri izvajalcih, ki sodelujejo v novih programih ali uveljavljajo namensko financiranje, uvaja dodatne aktivnosti glede prijav, dokazil, evidentiranja, zahtevkov za izplačilo in poročanja.

– **Predpis ima pozitiven učinek na pridobitev podatkov iz uradnih evidenc.**

Predlog zakona daje prednost pridobivanju podatkov iz obstoječih uradnih evidenc in drugih zakonito dostopnih zbirk. Izvajalcem ni treba ponovno predlagati podatkov za Analizo dostopnosti, kadar jih ZZS lahko pridobi iz teh virov. Ponovne zahteve so omejene na potrebne dopolnitve, popravke in konkretno utemeljene nadzorne potrebe. S tem se zmanjšujeta podvajanje poročanja in breme predlaganja dokumentacije.

b) Predpis ima učinek na uvajanje nove digitalne storitve, spreminjanje ali ukinjanje obstoječe digitalne storitve.

– **Predpis ima pozitiven učinek na digitalne storitve v javni upravi.**

Predlog zakona omogoča nadgradnjo digitalno podprtega preverjanja prostih terminov, obveščanja zavarovanih oseb in usklajevanja čakalnih seznamov. S tem ustvarja možnosti za urejanje več aktivnosti brez fizičnega obiska zaradi samega administrativnega postopka. Ohranja tudi nedigitalno obveščanje, kadar je potrebno.

– **Predpis ima pozitiven učinek na digitalizacijo poslovne učinkovitosti.**

Predlog zakona usmerja digitalizacijo v zmanjševanje ročnega vnosa, prepisovanja in podvajanja delovnih postopkov. Izvajalci morajo pri uvajanju ali nadgradnji informacijskih rešitev zagotavljati zmanjševanje administrativnih obremenitev. Pričakovani rezultat je hitrejše opravljanje ponavljajočih se nalog in več časa za neposredno zdravstveno obravnavo.

– **Predpis ima pozitiven učinek na uporabo obstoječih digitalnih storitev oziroma na njihovo združevanje.**

Predlog zakona se opira na obstoječe oziroma s področno zakonodajo predvidene evidence in informacijske rešitve. Za aktivno zagotavljanje terminov predvideva uporabo zbirke DOS, v prehodnem obdobju pa uporabo obstoječih podatkov in rešitev. Za te naloge ne predvideva nove trajne vzporedne zbirke. To omogoča ponovno uporabo informacijskih zmogljivosti in zmanjšuje potrebo po podvajanju sistemov.

– **Predpis ima pozitiven učinek na uporabo obstoječih uradnih evidenc oziroma zbirk podatkov oziroma na njihovo združevanje.**

Predlog zakona daje prednost uporabi podatkov iz obstoječih uradnih evidenc in drugih zakonito dostopnih zbirk ter njihovi uporabi pri izvajanju nalog za zagotavljanje dostopnosti do zdravstvenega varstva. ZZS za pripravo Analize dostopnosti prednostno uporabi že razpoložljive podatke, za aktivno zagotavljanje zgodnejših terminov pa je predvidena uporaba zbirke DOS oziroma v prehodnem obdobju drugih zakonito dostopnih podatkov in obstoječih informacijskih rešitev. S tem se zmanjšujejo potreba po ponovnem zbiranju

istih podatkov, podvajanje evidenc in obremenitve zavarovanih oseb ter izvajalcev. Za naloge aktivnega zagotavljanja terminov se ne vzpostavlja nova trajna vzporedna zbirka osebnih podatkov

- **Predpis ima pozitiven učinek na optimizacijo postopkov, podatkov in vlog uporabnikov storitve.**

Postopki aktivne pomoči se začnejo po uradni dolžnosti, usklajevanje terminov in čakalnih seznamov pa se izvaja med pristojnimi subjekti (ZZZS in izvajalci). Načelo enkratnega vnosa omogoča avtomatizacijo ponavljajočih se podatkovnih opravil. Uporabniku zato ni treba samostojno prenašati vseh informacij med institucijami. Avtomatizacija tehničnih dejanj se mora razlikovati od odločitev, ki zahtevajo strokovno presojo ali izjavo posameznika.

- **Predpis ima pozitiven učinek na časovno vzpostavitev nove digitalne storitve.**

Predlog zakona določa prehodni rok za vzpostavitev organizacijskih in informacijskih pogojev ter do vzpostavitve zbirke DOS omogoča uporabo obstoječih rešitev. Takšna zasnova omogoča postopno uvedbo storitev, ne da bi bilo izvajanje vseh nalog odvisno od razvoja novega samostojnega sistema.

c) Predpis ima učinek, s katerim se posega v osebne podatke (določa obdelava novih ali spremenjenih osebnih podatkov).

- **Predpis ima negativen učinek glede posega v osebne podatke – utemeljenost posega.**

Predlog predvideva dodatno uporabo identifikacijskih, kontaktnih in zdravstvenih podatkov za ugotavljanje upravičenosti do aktivne pomoči, pripravo ponudbe in usklajevanje obravnave pa tudi zbirnih anonimiziranih osebnih podatkov za pripravo Analize dostopnosti.

č) Predpis ima učinek na temeljna načela varstva osebnih podatkov.

- **Predpis ima pozitiven učinek na upoštevanje načela zakonitosti, poštenosti in preglednosti obdelave.**

Predlog zakona obdelavo podatkov povezuje s konkretnimi zakonskimi nalogami in določa posamezne omejitve ter varovalke, zlasti glede namena dostopa, vrst podatkov, uporabe in sledljivosti.

- **Predpis ima pozitiven učinek na upoštevanje načel določenosti, izrecnosti in zakonitosti namenov.**

Predlog zakona uporabo osebnih podatkov usmerja v konkretne naloge zagotavljanja dostopnosti.

- **Predpis ima pozitiven učinek na upoštevanje načela, da naj bo obdelava osebnih podatkov ustrezna in omejena na to, kar je potrebno za namene, za katere se obdelujejo ti podatki.**

Predlog zakona razlikuje med analitičnimi nalogami, pri katerih se uporabijo zbirni anonimizirani osebni podatki, in individualnimi postopki, ki zahtevajo določljivost zavarovane osebe.

- **Predpis ima pozitiven učinek na upoštevanje načel točnosti in posodobljenosti.**

Ponovna uporaba podatkov, zmanjševanje prepisovanja in usklajevanje čakalnih seznamov ustvarjajo pogoje za manj napak ter boljšo skladnost podatkov med sistemi. Predlog ponovno uporabo izrecno veže tudi na popolnost, posodobljenost in uporabnost podatkov.

- **Predpis ima pozitiven učinek na upoštevanje načel celovitosti, zaupnosti in razpoložljivosti podatkov.**

Predlog zakona zahteva zagotovitev tehničnih in organizacijskih ukrepov, uporabniških pooblastil in sledljivosti dostopov pred začetkom izvajanja sistema. Pri elektronskem obveščanju predvideva tudi upoštevanje omejitev glede vsebine nešifriranih sporočil. Te zahteve podpirajo nadzorovan dostop in preverljivost uporabe podatkov.

d) Predpis ima še druge učinke na administrativno področje, ki niso zajeti v odgovorih na predhodna vprašanja.

- **Predpis ima pozitiven učinek na administrativno področje, ki morda ni zajet v odgovorih na predhodna vprašanja.**

Predlog zakona vzpostavlja stalno strokovno skupino za administrativno razbremenitev za prepoznavanje in odpravljanje administrativnih bremen. S tem omogoča sprotno preverjanje, ali spremembe dejansko zmanjšujejo nepotrebna opravila, ter prilagajanje ukrepov na podlagi ugotovitev iz prakse. Predvideno je torej stalno sistematično upravljanje administrativnih bremen, ne zgolj posamezna enkratna razbremenitev.

6.2 Presoja posledic za okolje, vključno s prostorskimi in varstvenimi vidiki

Predlog nima posledic za okolje.

6.3 Presoja posledic za gospodarstvo

a) Predpis ima učinek na fizične in pravne osebe, ki opravljajo dejavnost.

- **Predpis ima pozitiven učinek na način in organizacijo dela v podjetju.**

Predlog zakona spodbuja učinkovitejšo razporeditev dela pri izvajalcih (op. zasebnih s koncesijo). Administrativna opravila, ki ne zahtevajo strokovne zdravstvene presoje, se prenesejo na ustrezno usposobljeno osebje oziroma avtomatizirajo, zdravstvenim delavcem in zdravstvenih sodelavcem pa se omogoči več časa za neposredno obravnavo pacientov. To lahko izboljša uporabo strokovnih kompetenc in razpoložljivih zmogljivosti, brez prenosa strokovnih pristojnosti na administrativno osebje.

- **Predpis ima pozitiven učinek na obseg poslovanja.**

Izvajalcem, ki izpolnjujejo pogoje in imajo razpoložljive zmogljivosti, predlog zakona omogoča izvajanje dodatnih zdravstvenih storitev oziroma prevzem nerealiziranega programa. S tem lahko povečajo dejanski obseg poslovanja in izkoriščenost kadra, prostorov ter opreme.

- **Predpis ima pozitiven učinek na stroške poslovanja.**

Predlagani ukrepi lahko posredno pozitivno vplivajo na gospodarstvo. Pravočasna dostopnost zdravstvenih storitev lahko prispeva k hitrejšemu vračanju zaposlenih na delo, zmanjšanju trajanja bolniških odsotnosti, preprečevanju poslabšanja zdravstvenega stanja ter ohranjanju delovne sposobnosti prebivalstva. S tem se lahko zmanjšajo stroški delodajalcev zaradi odsotnosti zaposlenih in izboljša produktivnost.

- **Predpis ima pozitiven učinek na pravno varnost.**

Predlog zakona na zakonski ravni podrobneje določa pogoje in postopek prenosa programa, izbor izvajalcev, vsebino pogodb, financiranje, spremljanje in ukrepanje ob nepravilnostih. Izvajalcu pred prenosom omogoča izjavo, odpoved pogodbe pa mora biti pisna in obrazložena. Objavljeni pogoji javnega poziva in vnaprej določene pogodbene sestavine povečujejo predvidljivost poslovnih odnosov.

- **Predpis ima pozitiven učinek na pravice in obveznosti delodajalcev oziroma zaposlenih oziroma na položaj zaposlenih.**

Predlog zakona predvideva administrativno razbremenitev zdravstvenih delavcev in povečanje deleža njihovega delovnega časa, namenjenega neposredni zdravstveni obravnavi pacientov.

Posredno lahko izboljšanje dostopnosti do zdravstvenega varstva prispeva k hitrejšemu vračanju zaposlenih na delo in zmanjšanju trajanja bolniških odsotnosti.

- **Predpis ima pozitiven učinek na konkurenčnost dobaviteljev.**

Vnaprejšnja objava pogojev in meril za vključitev v Program dostopnosti omogoča preglednejšo primerjavo upravičenih izvajalcev glede razpoložljivih zmogljivosti, kakovosti in varnosti ter pričakovanega izboljšanja dostopnosti. To lahko spodbuja učinkovitejše izvajanje storitev in konkuriranje s kakovostjo ter organizacijo dela. Ocena se nanaša na izbiro med upravičenimi izvajalci.

- **Predpis ima pozitiven učinek na spodbude dobaviteljem za učinkovito konkurenčnost.**

Financiranje dodatnih specializacij in mentorstva lahko upravičenim izvajalcem izboljša kadrovske usposobljenosti in sposobnosti izvajanja storitev. Financiranje opreme in prostorov povečuje zmogljivosti javnih zdravstvenih zavodov za usposabljanje specialistov. Gre za ciljno podporo odpravljanju ugotovljenih primanjkljajev, ne za splošno subvencioniranje vseh subjektov v panogi.

- **Predpis ima pozitiven učinek na spodbujanje digitalizacije v poslovne procese.**

Predlog zakona spodbuja uporabo povezanih informacijskih rešitev, avtomatizacijo podatkovnih tokov, preprečevanje ponovnega vnosa podatkov ter digitalno podporo upravljanju terminov in zmogljivosti. To lahko izboljša organizacijo poslovnih procesov izvajalcev in zmanjša nepotrebna ročna opravila.

- **Predpis ima pozitiven učinek na izvajanje digitalizacije.**

Predlog zakona predvideva financiranje prilagoditve in povezovanja informacijskih rešitev, avtomatizacije podatkovnih tokov ter usposabljanja zaposlenih v okviru administrativne razbremenitve. To omogoča prehod od načrtovanja k izvedbi digitalnih prilagoditev.

b) Predpis ima učinek na potrošnike oziroma gospodinjstva.

- **Predpis ima pozitiven učinek na kakovost in razpoložljivost blaga/storitev ter na izbiro potrošnikov oziroma gospodinjstev.**

Predlog zakona povečuje možnosti, da se razpoložljive zdravstvene zmogljivosti povežejo s konkretnimi zavarovanimi osebami. Aktivno ponujanje terminov, pomoč pri izbiri zdravnika in dodatni programi lahko izboljšajo razpoložljivost storitev ter dejansko možnost izbire. Posebej pomembna je pomoč osebam, ki zaradi invalidnosti, zdravstvenega stanja, mobilnosti ali slabše informiranosti težje samostojno urejajo obravnavo.

c) Predpis ima učinek na makroekonomijo kot npr. inflacija, gospodarska rast, javno-finančni prihodki, zadolžitev ali širše (mednarodno).

- **Predpis ima pozitiven učinek na posamezne sektorje in v kakšnem obsegu.**

Financiranje dodatnih specializacij, štipendij in mentorstva izboljšuje pogoje za pridobivanje in ohranjanje zdravstvenega kadra.

- **Predpis ima pozitiven učinek na posamezne regije in v kakšnem obsegu.**

Ukrepi so namenjeni tudi območjem z večjim kadrovskim primanjkljajem, slabšo krajevno dostopnostjo in nezadostnimi zmogljivostmi. Usmerjanje specializacij, štipendij in strukturnih programov glede na ugotovljene potrebe lahko zmanjšuje območne razlike ter izboljša pogoje za življenje in delo na slabše dostopnih območjih.

- **Predpis ima pozitiven učinek na gospodarsko rast v Sloveniji.**

Pričakovani učinek je posreden: zgodnejša zdravstvena obravnava lahko prispeva k ohranjanju delovne sposobnosti, hitrejšemu vračanju zaposlenih na delo in zmanjšanju odsotnosti z dela.

- **Predpis ima pozitiven učinek na zaposlenost in trg dela v Sloveniji.**

Financiranje dodatnih specializacij, štipendij in mentorstva izboljšuje pogoje za pridobivanje in ohranjanje zdravstvenega kadra. Posredno lahko hitrejša obravnava podpira tudi delovno aktivnost prebivalstva zunaj zdravstva.

6.4 Presoja posledic za socialno področje

a) Predpis ima učinek na zaposlenost in trg dela.

- **Predpis ima pozitiven učinek na pravice zaposlenih in pravice delavcev v drugih pravnih razmerjih.**

Predlog zakona ustvarja pogoje za izboljšanje dejanskega položaja zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev z zmanjševanjem nepotrebnih administrativnih opravil, ustrežnejšo razporeditvijo nalog in financiranjem strokovnega usposabljanja. Manj podvojenega dokumentiranja in tehničnih opravil lahko prispeva k bolj obvladljivim delovnim obremenitvam in kakovostnejšemu opravljanju strokovnega dela.

- **Predpis ima pozitiven učinek na standarde in pravice v zvezi s kakovostjo dela.**

Predlog zakona spodbuja organizacijo dela, pri kateri se zdravstvenim delavcem in zdravstvenim sodelavcem omogoči več časa za neposredno zdravstveno obravnavo, tehnična opravila pa opravljajo ustrezno usposobljene osebe oziroma se avtomatizirajo. S tem podpira uporabo znanja in kompetenc zaposlenih za naloge, za katere so strokovno usposobljeni. Pomembna varovalka je, da se s prenosom tehničnih opravil ne prenašajo zakonsko določene strokovne pristojnosti in odgovornosti.

- **Predpis ima pozitiven učinek na zaposlenost, povečevanje zaposlovanja oziroma zmanjševanje brezposelnosti.**

Dodatna sredstva za specializacije, štipendije in mentorstvo izboljšujejo pogoje za usposabljanje ter vključevanje zdravstvenega kadra na področjih in območjih z ugotovljenim pomanjkanjem. Povezovanje financiranja z nadaljnjim opravljanjem dela lahko prispeva k ohranjanju kadra in stabilnejšemu zagotavljanju zdravstvenih storitev.

b) Predpis ima učinek na družinska razmerja.

- **Predpis ima pozitiven učinek na pravice otrok s področja družinske zakonodaje in na zaščito otrokove koristi.**

Pozitivni učinek se nanaša na zaščito otrokove koristi prek boljše dostopnosti in kontinuitete zdravstvene obravnave. Aktivno zagotavljanje možnosti izbire osebnega pediatra in pravočasnejše specialistične obravnave lahko zmanjša odvisnost otrokovega dostopa do zdravljenja od tega, koliko časa, informacij in drugih možnosti imajo njegovi starši oziroma skrbniki za samostojno iskanje izvajalca.

c) Predpis ima učinek na socialno vključenost in materialni položaj gospodinjstev.

- **Predpis ima pozitiven učinek na tveganje socialne izključenosti oziroma na gospodinjstva s slabšim položajem oziroma na položaj ranljivih skupin.**

Aktivno ponujanje ustreznih možnosti zdravstvene obravnave zmanjšuje odvisnost dostopa od posameznikove informiranosti, digitalnih spretnosti, mobilnosti in pomoči njegove socialne mreže. Posebej pomembno je za starejše, invalide, kronične bolnike, otroke in osebe s slabšim socialnim položajem. Začetek pomoči po uradni dolžnosti in možnost nedigitalnega obveščanja lahko zmanjšata ovire, zaradi katerih bi te osebe sicer težje uveljavile pravočasno obravnavo.

Zgodnejša obravnava lahko posredno zmanjša tveganje dolgotrajne izgube delovne sposobnosti in obremenitve družinskih članov. Dodatne štipendije pa lahko izboljšajo materialne možnosti posameznikov za izobraževanje v zdravstvenih poklicih.

- **Predpis ima pozitiven učinek na dostopnost programov vzgoje in izobraževanja ter na vključevanje vanje.**

Predlog izboljšuje možnosti vključevanja v izobraževanje in strokovno usposabljanje za zdravstvene poklice z dodatnimi štipendijami, financiranjem specializacij, usposabljanjem mentorjev in povečevanjem zmogljivosti za izvajanje specializacij.

- **Predpis ima pozitiven učinek na dostopnost in kakovost socialnovarstvenih storitev in programov.**

Pričakovani učinek je predvsem posreden, prek ustreznije zdravstvene obravnave uporabnikov socialnovarstvenih storitev.

č) Predpis ima učinek na položaj oseb z določeno osebno okoliščino (nediskriminacija in enake možnosti).

- **Predpis ima pozitiven učinek na varstvo pred diskriminacijo in na položaj oseb z določeno osebno okoliščino na različnih področjih družbenega življenja.**

Predlog zakona krepi dejanske enake možnosti pri dostopu do zdravstvene obravnave, ker iskanja ustreznega termina ali zdravnika ne prepušča izključno posamezniku. Pri ustreznosti ponujene možnosti se upoštevajo zdravstveno stanje, krajevna dostopnost in dejanske prevozne možnosti. Nedigitalno obveščanje zmanjšuje tveganje izključevanja oseb, ki elektronskih poti ne morejo učinkovito uporabljati. Predlog zakona predvideva tudi sodelovanje predstavnika invalidskih organizacij v strokovni skupini za administrativno razbremenitev.

d) Predpis ima učinek na enakost spolov.

- **Predpis ima pozitiven učinek na položaj žensk in moških v zvezi z ustvarjanjem enakih možnosti moških in žensk oziroma za enakost spolov.**

Predviden je pozitiven učinek predvsem pri dejanski dostopnosti zdravstvenega varstva žensk. Aktivno zagotavljanje možnosti izbire osebnega ginekologa lahko prispeva k boljši dostopnosti preventivne ter

neprekinjene ginekološke obravnave. Gre za ukrep, prilagojen zdravstvenim potrebam, ne za splošno dajanje prednosti enemu spolu pri vseh zdravstvenih storitvah.

e) Predpis ima učinek na zdravstveno varstvo.

- **Predpis ima pozitiven učinek na obseg, dostopnost in kakovost zdravstvenega varstva oziroma zdravstvenih storitev.**

Predlog zakona omogoča boljšo povezavo med ugotovljenimi potrebami zavarovanih oseb in razpoložljivimi zdravstvenimi zmogljivostmi. Aktivno ponujanje zgodnejših terminov, pomoč pri izbiri splošnega osebnega zdravnika, pediatra in ginekologa, prenos nerealiziranih programov ter uvedba dodatnih programov lahko povečajo obseg dejansko opravljenih storitev in skrajšajo čakanje. To ne pomeni samodejne širitve obsega pravic iz zdravstvenega zavarovanja, temveč predvsem izboljšanje možnosti njihovega uresničevanja.

- **Predpis ima pozitiven učinek na financiranje in organizacijo zdravstvenega sistema.**

Predlog jasneje povezuje ugotavljanje nedostopnosti z izbiro ukrepov, njihovim financiranjem in preverjanjem rezultatov. Pred dodatnim financiranjem daje prednost učinkovitejši uporabi obstoječih zmogljivosti in prenosu nerealiziranega programa. Prenos se financira v okviru sredstev zadevnega nerealiziranega programa, zakon pa ločuje financiranje zdravstvenih storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja od proračunskega financiranja drugih ukrepov ter prepoveduje dvojno financiranje iste storitve.

f) Predpis ima učinek na sistem dolgotrajne oskrbe.

- **Predpis ima pozitiven učinek na financiranje, dostopnost, kakovost oziroma druge vidike sistema dolgotrajne oskrbe.**

Pravočasna zdravstvena obravnava lahko prispeva k ohranjanju funkcionalnih sposobnosti in samostojnosti posameznika ter zmanjša tveganje, da bi zaradi odložene obravnave potreboval obsežnejšo pomoč. Pri osebah, ki dolgotrajno oskrbo že prejemajo, lahko boljša dostopnost zdravnika in specialistične obravnave podpira kontinuiteto celotne oskrbe.

g) Predpis ima učinek na zdravje ljudi.

- **Predpis ima pozitiven učinek na dejavnike tveganja za zdravje ljudi oziroma na zdravstveno stanje prebivalstva.**

Pričakovani učinek nastaja predvsem zaradi zmanjšanja zamud pri zdravstveni obravnavi. Boljša možnost izbire osebnega zdravnika, pediatra ali ginekologa podpira kontinuiteto spremljanja, preventivno obravnavo, zgodnejše prepoznavanje zdravstvenih težav in usklajevanje nadaljnje obravnave. Aktivno iskanje zgodnejšega termina lahko zmanjša tveganje, da bi odlaganje potrebne storitve povzročilo poslabšanje zdravstvenega stanja ali razvoj zapletov.

h) Predpis ima učinek na urejanje ustavno varovanih človekovih pravic in temeljnih svoboščin ali na poseganje vanje.

- **Predpis ima pozitiven učinek na poseganje v ustavno varovane človekove pravice in temeljne svoboščine (če da, navedite člen Ustave Republike Slovenije oziroma mednarodne pogodbe s področja človekovih pravic in temeljnih svoboščin in odločbe Ustavnega sodišča Republike Slovenije ali mednarodnih sodišč (zlasti ESČP), ki so bile upoštevane pri pripravi predpisa).**

Osrednji pozitivni učinek je v učinkovitejšem **dejanskem uresničevanju 51. člena Ustave**, saj predlog ne določa le formalne pravice do zdravstvene storitve, temveč postopke, s katerimi naj se ob ugotovljeni nedostopnosti razpoložljive zmogljivosti dejansko povežejo z zavarovanimi osebami. Predlog izrecno temelji na načelih enake in pravočasne dostopnosti, pacientove avtonomije ter proste izbire zdravnika in izvajalca.

i) Predpis določa kaznivost za prekrške za fizične in pravne osebe ali druge subjekte.

- **Predpis ima negativen učinek na določanje kaznivosti in torej tudi na globe za prekrške (navedite opredelitev predlagane rešitve glede določitve kaznivosti v zvezi z načelom zakonitosti iz 28. člena Ustave Republike Slovenije in povezanimi vrednotami ter glede določitve globe za fizične in pravne osebe ter druge subjekte zlasti glede na načelo sorazmernosti iz 2. člena v zvezi s tretjim odstavkom 15. člena Ustave Republike Slovenije).**

Predlog zakona uvaja novo prekrškovno odgovornost za jasno določeno ravnanje, s katerim se poseže v že pridobljeni položaj zavarovane osebe na čakalnem seznamu. Zakonski znaki prekrška so opredeljeni neposredno v zakonu in se navezujejo na konkretno ter preverljivo ravnanje, kar zagotavlja predvidljivost kaznivosti in je skladno z zahtevami načela zakonitosti iz prvega odstavka 28. člena Ustave ter načelom pravne države iz 2. člena Ustave. Globe so določene v razponih in diferencirane glede na vrsto storilca – pravno osebo, samostojnega podjetnika oziroma zasebnega zdravstvenega delavca ter odgovorno osebo – kar omogoča individualizacijo sankcije glede na težo kršitve in druge okoliščine konkretnega primera. Namen sankcioniranja je varstvo pravnega položaja zavarovane osebe in učinkovito izvrševanje zakonske prepovedi črtanja s čakalnega seznama oziroma odpovedi prvotnega termina zgolj zaradi zavrnitve ponujenega zgodnejšega termina.

j) Predpis ima vpliv na ustvarjanje ustreznih življenjskih razmer, da bi mladi lahko ostali v Sloveniji, da bi se izseljeni Slovenci vrnili v domovino.

- **Predpis ima pozitiven učinek na poklicne profile mladih z območij, ki najpogosteje zapuščajo Slovenijo, da bi ostali v Sloveniji.**

Financiranje dodatnih specializacij in štipendij za zdravstvene poklice izboljšuje možnosti izobraževanja, usposabljanja in nadaljnje zaposlitve mladih v zdravstvenem sistemu v Sloveniji. Pri tem je javno financiranje povezano z obveznostjo nadaljnjega dela v zdravstveni dejavnosti oziroma javni zdravstveni mreži, kar lahko prispeva k zadržanju zdravstvenega kadra v Sloveniji.

k) Predpis ima učinek na položaj starejših.

- **Predpis ima pozitiven učinek na finančni, bivalni, zdravstveni oziroma siceršnji položaj starejših.**

Predlog zakona pozitivno vpliva na zdravstveni in socialni položaj starejših oseb z izboljšanjem dostopnosti zdravstvenega varstva, skrajševanjem čakalnih dob ter aktivnim zagotavljanjem nadomestnih terminov.

Posebej pomembni so pričakovani učinki za osebe, ki zaradi zdravstvenega stanja, starosti, invalidnosti, socialnega položaja, kraja prebivališča, omejene mobilnosti ali slabše informiranosti težje samostojno iščejo izvajalca z ustreznim prostim terminom.

Zagotavljanje možnosti izbire osebnega zdravnika pozitivno vpliva na kontinuiteto zdravstvene obravnave, zgodnje odkrivanje bolezni, preventivno zdravstveno varstvo ter usklajevanje nadaljnje specialistične obravnave. Pravočasna zdravstvena obravnava lahko zmanjša tveganje za poslabšanje zdravstvenega stanja, razvoj zapletov in nastanek potrebe po obsežnejši socialni ali dolgotrajni oskrbi.

6.5 Presoja posledic za dokumente razvojnega načrtovanja

a) Predpis bo imel učinek na socialno področje, ki morda ni zajet v odgovorih na predhodna vprašanja.

Cilj: Zdravo in aktivno življenje

- Predpis ima pozitiven učinek na leta pričakovanega zdravega življenja ob rojstvu.

Predlog zakona lahko pozitivno vpliva na število pričakovanih let zdravega življenja ob rojstvu, saj prispeva k izboljšanju dostopnosti zdravstvenih storitev, skrajševanju čakalnih dob ter pravočasnejši zdravstveni obravnavi.

Pravočasna zdravstvena obravnava lahko zmanjša tveganje za poslabšanje zdravstvenega stanja in razvoj zapletov. Zagotavljanje možnosti izbire osebnega zdravnika in izbranega pediatra pozitivno vpliva na kontinuiteto zdravstvene obravnave, zgodnje odkrivanje bolezni, preventivno zdravstveno varstvo ter usklajevanje nadaljnje specialistične obravnave.

- Predpis ima pozitiven učinek na indeks enakosti spolov.

Predlog zakona lahko posredno pozitivno vpliva na enakost spolov, zlasti z izboljšanjem dostopnosti zdravstvenih storitev za ženske. Predlog določa aktivno zagotavljanje možnosti opredelitve pri izbranem ginekologu, kar lahko prispeva k izboljšanju dostopnosti ginekološkega zdravstvenega varstva, kontinuiteti zdravstvene obravnave, zgodnjemu odkrivanju bolezni in preventivnemu zdravstvenemu varstvu žensk.

– Predpis ima pozitiven učinek na razvoj regij.

Predlog zakona pozitivno vpliva na razvoj regij, saj prispeva k zmanjševanju regionalnih razlik na področju dostopnosti zdravstvenih storitev. Omogoča sistematično spremljanje dostopnosti po posameznih območjih in uporabo razpoložljivih zmogljivosti različnih izvajalcev.

Predlog zakona predvideva pripravo Analize dostopnosti, ki vključuje pregled dostopnosti po posameznih zdravstvenih regijah Republike Slovenije, ter izvajanje ukrepov na območjih, kjer obstoječe zmogljivosti ne omogočajo pravočasne zdravstvene obravnave.

Posebni programi se lahko določijo tudi za ruralna, obmejna in težko dostopna območja ter območja z izrazitim pomanjkanjem zdravstvenega kadra.

S tem se pričakuje zmanjševanje regionalnih razlik v dostopnosti zdravstvenih storitev in izboljšanje kakovosti življenja prebivalstva, kar lahko posredno prispeva tudi k ohranjanju poseljenosti in gospodarske aktivnosti posameznih območij.

6.6 Presoja posledic za druga področja

Predlog nima posledic za druga področja.

6.7 Izvajanje sprejetega predpisa

Ni podatka.

7. Prikaz sodelovanja javnosti

Gradivo ni bilo predmet sodelovanja z javnostjo.

8. Zunanji strokovnjak oziroma pravna oseba, ki je sodelovala pri pripravi predloga zakona

Pri pripravi predpisa ni sodeloval zunanji strokovnjak oziroma pravna oseba.

9. Navedba, kateri predstavniki predlagatelja bodo sodelovali pri delu državnega zbora in delovnih teles

- Dr. Tadej Ostrc, minister za zdravje,
- Dragana Savić Kuleto, državna sekretarka na Ministrstvu za zdravje,
- Simon Novak, državni sekretar na Ministrstvu za zdravje.

II. BESEDILO ČLENOV

Zakon o povečanju dostopnosti do zdravstvenega varstva

I. POGLAVJE SPLOŠNE DOLOČBE

1. člen (vsebina)

(1) Ta zakon ureja sistemsko načrtovanje, izvajanje in vrednotenje ukrepov za aktivno zagotavljanje dostopnosti do zdravstvenega varstva.

(2) Za vprašanja, ki v tem zakonu niso posebej urejena, se smiselno uporabljajo določbe zakonov, ki ureja zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje, zdravstveno dejavnost, pacientove pravice, digitalizacijo v zdravstvu in zagotavljanje kakovosti v zdravstvu.

(3) Dostopnost do zdravstvenih storitev v okviru lekarniške dejavnosti, dejavnosti preskrbe s krvjo in krvnimi pripravki ter z organi za presajanje, dejavnosti javnega zdravja in zdraviliške dejavnosti urejajo posebni zakoni, razen če ta zakon določa drugače.

2. člen (pomen izrazov)

Poleg izrazov, opredeljenih v zakonih, ki urejajo zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje, zdravstveno dejavnost, pacientove pravice, digitalizacijo v zdravstvu in zagotavljanje kakovosti v zdravstvu, izrazi, uporabljeni v tem zakonu, pomenijo:

1. administrativno opravilo je evidentiranje, vnos, pridobivanje, preverjanje, posredovanje ali druga obdelava podatkov oziroma zdravstvene dokumentacije, povezane z opravljanjem zdravstvene dejavnosti, ki ne pomeni zdravstvene obravnave,

2. administrativna razbremenitev je odprava, poenostavitev, prenos, digitalizacija ali avtomatizacija administrativnih opravil z namenom zmanjšanja administrativnih obremenitev zdravstvenih delavcev oziroma zdravstvenih delavk in zdravstvenih sodelavcev oziroma zdravstvenih sodelavk (v nadaljnjem besedilu: zdravstveni delavci) ter povečanja časa, namenjenega neposredni zdravstveni obravnavi,

3. deficitarni poklic je poklic v zdravstveni dejavnosti, pri katerem obstoječe ali pričakovano pomanjkanje ustrezno usposobljenega kadra omejuje ali bi lahko omejilo dostopnost do zdravstvenega varstva,

4. dostopnost do zdravstvenega varstva je zagotovljena možnost pravočasne zdravstvene obravnave zavarovane osebe glede na njeno zdravstveno stanje in stopnjo nujnosti v skladu s predpisi, ki urejajo pacientove pravice in obvezno zdravstveno zavarovanje, ter vključuje dostop do izbranega osebnega zdravnika in zdravstvenih storitev na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti,

5. druga strokovna podlaga je strategija, raziskava, analiza, poročilo, ocena ali drugo strokovno gradivo, ki vključuje preverljive podatke oziroma ugotovitve o dostopnosti do zdravstvenega varstva,

6. izbrani osebni zdravnik oziroma izbrana osebna zdravnica (v nadaljnjem besedilu: izbrani osebni zdravnik) je zdravnik, ki ga izbere zavarovana oseba v skladu z zakonom, ki ureja zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje, za zagotavljanje splošne zdravstvene obravnave, zdravstvene obravnave otrok in mladostnikov ter zdravstvene obravnave na področju ginekologije in porodništva,

7. izvajalec oziroma izvajalka (v nadaljnjem besedilu: izvajalec) je izvajalec zdravstvene dejavnosti v okviru mreže javne zdravstvene službe,

8. krajevna dostopnost je možnost zavarovane osebe, da od svojega stalnega oziroma začasnega prebivališča doseže kraj, kjer se opravi zdravstvena storitev. Presoja se glede na razdaljo po dejansko uporabni poti, izraženo v kilometrih, ali glede na čas poti, izražen v minutah, ob upoštevanju geografskih in prometnih razmer ter prevoznih možnosti, ki so zavarovani osebi dejansko na voljo. Kadar razdalja zaradi težke dostopnosti območja ali neustreznih prometnih povezav ne odraža dejanske dostopnosti, se ta presoja glede na čas poti,

9. nedopustno čakajoča zavarovana oseba je zavarovana oseba, ki je uvrščena na čakalni seznam in katere čakalna doba presega najdaljšo dopustno čakalno dobo, določeno glede na stopnjo nujnosti in vrsto zdravstvene storitve v skladu z zakonom, ki ureja pacientove pravice,

10. nerealizirani obseg programa zdravstvene dejavnosti je del pogodbeno dogovorjenega obsega programa zdravstvene dejavnosti, ki ga izvajalec v dogovorjenem obdobju ob upoštevanju dogovorjene časovne dinamike ne izvede,

11. specialist oziroma specialistka (v nadaljnjem besedilu: specialist) je zdravnik specialist v skladu z zakonom, ki ureja zdravniško službo,

12. ustrezen zgodnejši termin je termin za izvedbo zdravstvene storitve, za katero je zavarovana oseba uvrščena na čakalni seznam in njena pričakovana čakalna doba presega najdaljšo dopustno čakalno dobo, ki je zgodnejši od že določenega termina oziroma okvirnega termina ter zavarovani osebi ob upoštevanju njenega zdravstvenega stanja, krajevne dostopnosti in mreže javne zdravstvene službe omogoča dostop do zdravstvene storitve v razumnem času,

13. ustrezna možnost proste izbire osebnega zdravnika je možnost proste izbire osebnega zdravnika, ki zavarovani osebi ob upoštevanju njenega zdravstvenega stanja, stalnega oziroma začasnega prebivališča, krajevne dostopnosti in mreže javne zdravstvene službe omogoča dostop v razumnem času.

II. POGLAVJE ZAGOTAVLJANJE DOSTOPNOSTI DO ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

3. člen (analiza dostopnosti do zdravstvenega varstva)

(1) Za namen načrtovanja ukrepov za povečanje dostopnosti do zdravstvenega varstva ZZZS najpozneje do 28. februarja tekočega koledarskega leta sprejme in na svoji spletni strani objavi analizo dostopnosti do zdravstvenega varstva za preteklo leto (v nadaljnjem besedilu: Analiza dostopnosti). Analiza dostopnosti se objavi na način, ki ne omogoča določljivosti posamezne zavarovane osebe.

(2) ZZZS lahko sprejme popravek ali dopolnitev Analize dostopnosti, če po njenem sprejetju pridobi nove podatke, pomembne za presojo dostopnosti do zdravstvenega varstva. Popravek ali dopolnitev Analize dostopnosti objavi v skladu s prejšnjim odstavkom.

(3) Analiza dostopnosti vsebuje najmanj:

1. podatke o dostopnosti do zdravstvenega varstva, čakalnih dobah ter številu in deležu nedopustno čakajočih zavarovanih oseb po vrstah zdravstvenih storitev in zdravstvenih regijah,

2. opredelitev vrst zdravstvenih storitev, pri katerih se prednostno izvede ukrepe za povečanje dostopnosti do zdravstvenega varstva,

3. podatke o številu zavarovanih oseb brez izbranega osebnega zdravnika, ločeno po vrstah izbranih osebnih zdravnikov,

4. podatke o pogodbeno dogovorjenem obsegu in realizaciji obsegov programov za posamezno vrsto zdravstvene dejavnosti ter podatke o razpoložljivih zmogljivostih (prostor, oprema in kader) za njegovo izvajanje,

5. oceno vzrokov za zmanjšano dostopnost do zdravstvenega varstva iz 1. točke tega odstavka in potreb po dodatnih zmogljivostih (prostor, oprema in kader),
6. učinke ukrepov iz Programa dostopnosti iz 10. člena tega zakona, izvedenih v preteklem obdobju.

(4) Podrobnejšo določitev vsebine in metodologijo priprave Analize dostopnosti na predlog ZZZS določi minister, pristojen za zdravje (v nadaljnjem besedilu: minister).

4. člen **(viri podatkov za Analizo dostopnosti)**

(1) ZZZS pripravi Analizo dostopnosti na podlagi podatkov iz uradnih evidenc in drugih zbirk podatkov s področja zdravstva, ki jih upravljajo oziroma imajo dostop do njih ZZZS, Nacionalni inštitut za javno zdravje (v nadaljnjem besedilu: NIJZ) in drugi upravljavci teh zbirk v skladu z zakonom.

(2) ZZZS od izvajalcev za pripravo Analize dostopnosti ne sme zahtevati ponovnega posredovanja tistih podatkov, ki jih lahko pridobi iz uradnih evidenc ali drugih zbirk podatkov v skladu s prejšnjim odstavkom.

(3) Če ZZZS podatkov za pripravo Analize dostopnosti ne more pridobiti na način iz prvega odstavka tega člena, od izvajalcev zahteva posredovanje le tistih podatkov, ki so nujno potrebni za pripravo Analize dostopnosti.

(4) ZZZS za pripravo Analize dostopnosti od drugih upravljavcev zbirk podatkov in izvajalcev pridobiva le zbirne podatke v anonimizirani obliki.

5. člen **(predlog ukrepov za povečanje dostopnosti do zdravstvenega varstva)**

(1) ZZZS na podlagi Analize dostopnosti pripravi predlog ukrepov za povečanje dostopnosti do zdravstvenega varstva (v nadaljnjem besedilu: Predlog ukrepov). Ne glede na prejšnji stavek lahko poleg Analize dostopnosti upošteva tudi druge podatke, s katerimi razpolaga sam ali jih pridobi od NIJZ, in druge strokovne podlage.

(2) Predlog ukrepov vsebuje najmanj:

- seznam ukrepov za povečanje dostopnosti, vključno z utemeljitvijo teh ukrepov,
- merljive cilje in pričakovane rezultate ukrepov,
- nosilce ukrepov in roke za njihovo izvedbo,
- vire financiranja in oceno finančnih posledic.

(3) ZZZS Predlog ukrepov pripravi najpozneje do 31. marca koledarskega leta in ga posreduje v seznanitev ministrstvu, pristojnemu za zdravje (v nadaljnjem besedilu: ministrstvo), NIJZ, pristojnim zbornicam in strokovnim združenjem ter nevladnim organizacijam s statusom nevladne organizacije v javnem interesu, ki združujejo paciente oziroma njihove družinske člane ali bližnje osebe.

(4) Ministrstvo Predlog ukrepov upošteva tudi pri pripravi smernic zdravstvene politike v skladu z zakonom, ki ureja zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje.

6. člen **(ukrepanje na podlagi drugih strokovnih podlag)**

(1) Ne glede na Analizo dostopnosti in Predlog ukrepov lahko ZZZS ukrepe iz svoje pristojnosti sprejme tudi na podlagi drugih strokovnih podlag, kadar oceni, da je to nujno za zagotovitev dostopnosti do zdravstvenega varstva.

(2) Strokovna podlaga iz prejšnjega odstavka mora vsebovati podatke, ki omogočajo ugotovitev zmanjšane dostopnosti do zdravstvenega varstva glede vrste zdravstvene dejavnosti oziroma vrst zdravstvenih storitev, obsega tega zmanjšanja, utemeljitev razlogov za ukrepanje in podatke o pripravljavcu te podlage.

(3) Ukrepe iz prvega odstavka tega člena ZZZS vključi v Analizo dostopnosti in Predlog ukrepov za naslednje koledarsko leto.

7. člen

(ukrepi za zagotavljanje dostopnosti)

(1) Če ZZZS na podlagi Analize dostopnosti, Predloga ukrepov oziroma drugih strokovnih podlag ugotovi, da je dostopnost do zdravstvenega varstva zmanjšana, preveri, ali je dostopnost mogoče povečati z ukrepi iz tega zakona.

(2) ZZZS prednostno preveri možnosti za povečanje dostopnosti do zdravstvenega varstva z ukrepi v naslednjem vrstnem redu:

- učinkovitejšo uporabo in prerazporeditvijo obstoječih programov,
- začasnim ali trajnim prenosom nerealiziranega programa,
- povečanjem obsega programov pri obstoječih izvajalcih.

(3) Če z ukrepi iz prejšnjega odstavka ni mogoče ustrezno povečati dostopnosti do zdravstvenega varstva, ZZZS pripravi predlog Programa dostopnosti v skladu z 10. členom tega zakona.

(4) Če ZZZS ugotovi, da dostopnosti do zdravstvenega varstva ni mogoče zagotoviti z ukrepi iz tega zakona, o ugotovitvah in razlogih obvesti ministrstvo ter predlaga dodatne sistemske ukrepe.

8. člen

(začasni in trajni prenos nerealiziranega programa)

(1) ZZZS lahko nerealizirani del pogodbeno dogovorjenega programa začasno ali trajno prenese k drugemu izvajalcu, ki ima razpoložljive zmogljivosti (prostor, oprema in kader), če so izpolnjeni pogoji iz tega člena.

(2) Začasni prenos se izvede, kadar izvajalec v šestih zaporednih mesecih posameznega koledarskega leta, ob upoštevanju dogovorjene časovne dinamike, realizira manj kot 90 odstotkov pogodbeno dogovorjenega obsega programa in so za zdravstvene storitve iz tega programa presežene najdaljše dopustne čakalne dobe.

(3) ZZZS začne postopek začasnega prenosa najpozneje v 30 dneh od ugotovitve pogojev iz prejšnjega odstavka.

(4) Ne glede na drugi odstavek tega člena lahko ZZZS nerealizirani del pogodbeno dogovorjenega programa trajno prenese k drugemu izvajalcu, če ugotovi, da izvajalec izvajanja tega dela programa ne more več zagotavljati iz razlogov trajne narave (npr. upokojitvev).

(5) ZZZS pri odločitvi o prenosu, določitvi njegove vrste, trajanja in obsega prenosa upošteva zlasti vzroke in trajanje nerealizacije, vključno z objektivnimi razlogi, na katere izvajalec ni mogel vplivati (npr. dolgotrajna odsotnost zdravstvenega delavca zaradi bolezni, materinskega, očetovskega ali starševskega dopusta, prenehanje pogodbe o zaposlitvi odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti, izredne razmere ali vojna oziroma naravne in druge nesreče v skladu z zakonom o naravnih in drugih nesrečah), število nedopustno čakajočih zavarovanih oseb, razpoložljive zmogljivosti, kakovost in varnost zdravstvene obravnave ter vpliv prenosa programa trajno, usklajeno in nemoteno opravljanje javne zdravstvene službe.

(6) Podrobnejši način ugotavljanja realizacije programa, merila za določitev obsega in trajanja prenosa ter postopek prenosa na predlog ZZZS določi minister.

9. člen

(postopek prenosa programa)

(1) ZZZS izvajalca pred prenosom pisno obvesti o ugotovitvah iz prejšnjega člena in mu omogoči, da se o njih izjavi v osmih dneh od prejetja obvestila.

(2) ZZZS najprej poskuša sporazumno zmanjšati pogodbeni obseg nerealiziranega programa. Če sporazum ni dosežen v 15 dneh po poteku roka iz prejšnjega odstavka, lahko pogodbo v tem delu pisno in obrazloženo odpove s 30 dnevnim odpovednim rokom. Za trajni prenos predhodno pridobi soglasje ministrstva.

(3) Prenos se izvede s spremembo pogodbe z izvajalcem, ki program prevzame, v okviru sredstev nerealiziranega programa. Prenos je dopusten le v okviru vrste zdravstvene dejavnosti in obsega programa, ki ga izvajalec opravlja kot javno zdravstveno službo.

10. člen

(program za povečanje dostopnosti do zdravstvenih storitev)

(1) Če se na podlagi Analize dostopnosti, drugih podatkov ZZZS, podatkov NIJZ ali drugih strokovnih podlag ugotovi, da dostopnosti do posamezne vrste zdravstvene storitve v mreži javne zdravstvene službe ni mogoče zagotoviti z drugimi ukrepi, se lahko uvede Program za izboljšanje dostopnosti do zdravstvenih storitev (v nadaljnjem besedilu: Program dostopnosti). Program dostopnosti uvede ZZZS po predhodnem soglasju ministra.

(2) Program dostopnosti se uvede za določen čas največ dve leti.

(3) Sklep o uvedbi Programa dostopnosti vsebuje najmanj:

1. vrsto zdravstvenih storitev, za katere se program dostopnosti uvede,
2. območje izvajanja Programa dostopnosti,
3. razloge za uvedbo Programa dostopnosti in podatke o zmanjšani dostopnosti do zdravstvenih storitev,
4. predviden obseg dodatno izvedenih zdravstvenih storitev,
5. obdobje izvajanja Programa dostopnosti,
6. okvirno višino sredstev za izvajanje programa dostopnosti,
7. način izbire izvajalcev.

(4) ZZZS Program dostopnosti na podlagi podatkov iz uradnih evidenc, Analize dostopnosti ali drugih strokovnih podlag spremeni, zaključi ali delno zaključi, ko razlogi za njegovo izvajanje prenehajo oziroma je dostopnost do zdravstvenih storitev ustrezno povečana.

(5) ZZZS Program dostopnosti in oceno njegovih učinkov iz četrtega odstavka 15. člena tega zakona objavi na svojih spletnih straneh, razen podatkov, ki so varovani po zakonu.

11. člen

(pogoji za izvajalca programa dostopnosti)

(1) Program dostopnosti lahko izvaja izvajalec, ki:

- opravlja zdravstveno dejavnost v mreži javne zdravstvene službe za vrsto zdravstvenih storitev, ki je predmet Programa dostopnosti,
- izpolnjuje prostorske, opremske, kadrovske in druge pogoje za izvajanje teh storitev v skladu z zakonom, ki ureja zdravstveno dejavnost,
- zagotavlja, da izvajanje Programa dostopnosti ne ogroža izvajanja njegovega rednega pogodbenega programa.

(2) Izvajalec za izvajanje Programa dostopnosti vodi ločeno evidenco zdravstvenih storitev, opravljenih v okviru pogodbe o izvajanju Programa dostopnosti.

12. člen

(javni poziv in postopek izbire izvajalcev)

(1) ZZZS za izbiro izvajalcev Programa dostopnosti izvede javni poziv, če ta člen ne določa drugače.

(2) Javni poziv se objavi na spletni strani ZZZS in vsebuje najmanj:

1. navedbo, da gre za javni poziv za izvajanje Programa dostopnosti,
2. vrsto in predvideni obseg zdravstvenih storitev,
3. območje in predvideni začetek izvajanja,
4. rok, način in naslov za predložitev ponudb,
5. pogoje za sodelovanje in dokazila o njihovem izpolnjevanju,
6. zahtevo po izjavi ponudnika o zagotovljenih prostorskih, opremskih in kadrovskih zmogljivostih ter o nemotenem zagotavljanju rednega pogodbenega programa,
7. merila za izbiro izvajalca,
8. način in rok za izdajo odločitve,
9. vzorec pogodbe o izvajanju Programa dostopnosti,
10. druge podatke, potrebne za izvedbo postopka.

(3) ZZZS v postopku izbire upošteva zlasti:

- pričakovano povečanje dostopnosti,
- kakovost in varnost zdravstvenih storitev,
- dodatne zmogljivosti (prostor, oprema in kader) izvajalca.

(4) Zoper odločitev iz prejšnjega odstavka je dovoljen ugovor v osmih dneh od vročitve. O ugovoru odloči generalni direktor ZZZS v 15 dneh od njegovega prejema.

(5) Če je glede na predmet, vrednost ali pravno naravo razmerja po zakonu, ki ureja javno naročanje, koncesije ali zdravstveno dejavnost, treba izvesti drug postopek izbire izvajalcev, se izbira izvede v skladu s tem zakonom.

(6) ZZZS javni poziv objavi po predhodnem soglasju ministra.

13. člen

(pogodba o izvajanju Programa dostopnosti)

(1) ZZZS in izvajalec skleneta pogodbo o izvajanju Programa dostopnosti. Pogodba o izvajanju Programa dostopnosti ne pomeni podelitve nove koncesije, razširitve obstoječe koncesije ali njene spremembe, kot to določa zakon, ki ureja zdravstveno dejavnost.

(2) Pogodba o izvajanju Programa dostopnosti vsebuje najmanj:

1. vrsto in obseg zdravstvenih storitev,
2. območje in lokacijo izvajanja,
3. obdobje izvajanja,
4. ceno oziroma način financiranja ter pogoje obračuna in plačila,
5. kadrovske, prostorske in tehnične pogoje ter pogoje glede opreme,
6. obveznost zagotavljanja rednega pogodbenega programa,
7. zahteve glede kakovosti in varnosti zdravstvenih storitev,
8. obveznost posredovanja podatkov, poročanja in vodenja ločenih evidenc,
9. kazalnike uspešnosti in način spremljanja izvajanja,
10. način nadzora nad izvajanjem programa,
11. razloge, pogoje in postopek za spremembo ali prenehanje pogodbe,
12. obveznost vračila neupravičeno izplačanih sredstev.

(3) Cena iz 4. točke prejšnjega odstavka se določi v skladu z dogovorom oziroma uredbo iz 63. člena Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C, 47/15 – ZZSDT, 61/17 – ZUPŠ, 64/17 – ZZDej-K, 36/19, 189/20 – ZFRO, 51/21, 159/21, 196/21 – ZDOsk, 15/22, 43/22, 100/22 – ZNUZSZS, 141/22 – ZNUNBZ, 40/23 – ZČmIS-1, 78/23 in 32/25 – ZZDej-N).

(4) Izvajalec za izvajanje Programa dostopnosti vodi ločeno evidenco zdravstvenih storitev, opravljenih v okviru pogodbe o izvajanju Programa dostopnosti.

14. člen

(financiranje Programa dostopnosti)

(1) Sredstva za izvajanje Programa dostopnosti se zagotavljajo iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja.

(2) Izvajalec izstavlja zahtevke oziroma račune ZZZS na način in v rokih, določenih s pogodbo iz prejšnjega člena.

(3) Za zdravstvene storitve, opravljene v okviru pogodbe o izvajanju Programa dostopnosti, ni dopustno dvojno financiranje iz drugih javnih virov.

15. člen

(nadzor nad izvajanjem Programa dostopnosti)

(1) Nadzor nad izvajanjem pogodbe iz 13. člena tega zakona in Programa dostopnosti opravlja ZZZS.

(2) Nadzor obsega zlasti preverjanje izpolnjevanja pogodbenih obveznosti, namenske porabe sredstev, pravilnosti obračunov, vpliva na izvajanje rednega pogodbenega programa in pravilnosti posredovanih podatkov.

(3) Če ZZZS pri nadzoru ugotovi nepravilnosti, lahko glede na naravo in težo nepravilnosti:

1. zahteva odpravo nepravilnosti v določenem roku,
2. začasno zadrži plačilo,
3. zmanjša plačilo,
4. zahteva vračilo neupravičeno prejetih sredstev z zakonskimi zamudnimi obrestmi,
5. predlaga uvedbo inšpekcijskega postopka ali nadzora v skladu z zakonom, ki ureja zdravstveno dejavnost,
6. obvesti koncedenta, če se nepravilnost ugotovi pri koncesionarju, oziroma samoupravno lokalno skupnost, če se nepravilnost ugotovi pri javnem zdravstvenem zavodu na primarni ravni,
7. odstopi od pogodbe oziroma predlaga njeno spremembo ali prenehanje.

(4) ZZZS o ugotovljenih nepravilnostih iz prejšnjega odstavka obvesti ministrstvo.

16. člen

(spremljanje in ocena učinkov Programa dostopnosti)

(1) ZZZS po zaključku izvajanja Programa dostopnosti pripravi oceno njegovih učinkov.

(2) Ocena iz prejšnjega odstavka vsebuje najmanj:

1. obseg dodatno opravljenih storitev,
2. spremembe števila čakajočih in čakalnih dob,
3. strošek na dodatno opravljeno storitev,
4. podatke o kakovosti in varnosti obravnave,
5. vpliv Programa dostopnosti na izvajanje rednega pogodbenega programa,
6. predlog glede nadaljevanja, spremembe ali prenehanja izvajanja Programa dostopnosti.

(3) ZZZS oceno učinkov Programa dostopnosti posreduje ministrstvu in jo objavi na svoji spletni strani.

(4) Podrobnejši metodologijo za pripravo ocene učinkov Programa dostopnosti in roki za pripravo ocene na predlog ZZZS določi minister.

17. člen

(aktivno zagotavljanje ustreznega zgodnejšega termina)

(1) Če je zavarovani osebi določen termin oziroma okvirni termin izven okvira najdaljše dopustne čakalne dobe ali če med čakanjem na izvedbo zdravstvene storitve postane nedopustno čakajoča, ZZZS po uradni dolžnosti preveri, ali ji lahko v okviru mreže javne zdravstvene službe ponudi ustrezni zgodnejši termin. Ta obveznost ne velja v primerih, ko se po zakonu, ki ureja pacientove pravice, omejitev najdaljše dopustne čakalne dobe ne uporablja.

(2) ZZZS pri aktivnem zagotavljanju ustreznega zgodnejšega termina v skladu s prejšnjim členom upošteva vrstni red na čakalnem seznamu in merila, določena z zakonom, ki ureja pacientove pravice.

(3) Obveznost ZZZS iz tega člena v ničemer ne zmanjšuje aktivnosti izvajalca glede upravljanja čakalnega seznama kot to določa zakon, ki ureja pacientove pravice.

18. člen

(ponudba ustreznega zgodnejšega termina in pravno varstvo)

(1) Ponudba ustreznega zgodnejšega termina vsebuje podatke o zdravstveni storitvi, izvajalcu, kraju in času obravnave, podatek o spoštovanju najdaljše čakalne dobe, rok in način sprejema oziroma zavrnitve ponudbe ter posledice njenega sprejema ali zavrnitve. Rok za sprejem ponudbe se določi glede na časovno oddaljenost ponujenega termina in ne sme biti krajši od dveh dni in ne daljši od 15 dni. Neodzivnost zavarovane osebe se šteje za sprejem.

(2) Če zavarovana oseba ponudbo sprejme, ZZZS zagotovi potrditev ponujenega termina in uskladitev čakalnih seznamov izvajalcev, pri čemer se prvotni termin odpove in zavarovano osebo črta iz čakalnega seznama prvotnega izvajalca šele po potrditvi ponujenega termina.

(3) Če zavarovana oseba ponudbo zavrne v določenem roku, se termin ponudi naslednji upravičeni zavarovani osebi ob upoštevanju vrstnega reda na čakalnem seznamu in stopnje nujnosti.

(4) Zavarovana oseba, ki zavrne ustrezen zgodnejši termin, ohrani prvotni termin in uvrstitev na čakalnem seznamu. Zavrnitev ponujenega termina pri drugem izvajalcu ni razlog za črtanje s čakalnega seznama v skladu z zakonom, ki ureja pacientove pravice.

(5) Zavarovana oseba, ki brez objektivno opravičljivega razloga zavrne ponudbo ustreznega zgodnejšega termina, ki omogoča izvedbo zdravstvene storitve znotraj najdaljše dopustne čakalne dobe, se od dneva ponujenega termina ne všteva več v število nedopustno čakajočih zavarovanih oseb, kar se ustrezno označi v sistemu e-Naročanje. Podatki o dejanskem trajanju čakanja in predhodnem preseganju najdaljše dopustne čakalne dobe se ohranijo.

(6) Če zavarovana oseba ponudbo ustreznega zgodnejšega termina zavrne iz objektivno opravičljivega razloga, ZZZS nadaljuje z aktivnim zagotavljanjem ustreznega zgodnejšega termina v skladu s prejšnjim členom. Če ponudbo zavrne brez objektivno opravičljivega razloga, se šteje, da je ZZZS glede te ponudbe izpolnil svojo obveznost aktivnega zagotavljanja ustreznega zgodnejšega termina. Zavarovana oseba objektivno opravičljive razloge za zavrnitev sporoči ZZZS najpozneje do izteka roka za sprejem ponudbe. Če razlogi nastanejo po izteku tega roka ali jih zavarovana oseba iz objektivnih razlogov ni mogla pravočasno sporočiti, jih mora sporočiti takoj, ko je to mogoče.

(7) ZZZS zagotovi učinkovito obveščanje zavarovanih oseb, tudi po nedigitalni poti, kadar je to potrebno. Pri obveščanju zavarovanih oseb prek elektronskih komunikacij se upoštevajo omejitve glede vsebine nešifriranih sporočil, kot to določa zakon, ki ureja pacientove pravice.

(8) ZZZS naloge iz tega člena izvaja z uporabo zbirke o dostopnosti zdravstvenih storitev (zbirka DOS) oziroma drugih zakonito dostopnih podatkov v skladu z zakoni, ki urejajo digitalizacijo zdravstva in varstvo osebnih podatkov, ter določbami tega zakona. Za namen izvajanja te naloge se ne vzpostavi nova zbirka osebnih podatkov.

(9) Podrobnejša merila za ugotavljanje ustreznosti zgodnejšega termina, objektivno utemeljene razloge za zavrnitev ter način in roke ponujanja terminov, obveščanja in usklajevanja čakalnih seznamov na predlog ZZZS določi minister.

19. člen
(prosta izbira zdravnika)

Pravica zavarovane osebe do proste izbire osebnega zdravnika se uveljavlja pod pogoji, določenimi z zakonom, ki ureja obvezno zdravstveno zavarovanje.

20. člen
(aktivno zagotavljanje proste izbire)

- (1) ZZZS zavarovani osebi aktivno zagotavlja možnost proste izbire osebnega zdravnika.
- (2) Če ZZZS ugotovi, da zavarovana oseba nima izbranega osebnega zdravnika ali ostane brez njega, ZZZS po uradni dolžnosti začne postopek zagotavljanja proste izbire.
- (3) ZZZS zavarovani osebi najpozneje v 15 dneh od dneva, ko ostane brez izbranega osebnega zdravnika oziroma od dneva, ko ZZZS ugotovi, da zavarovana oseba nima izbranega osebnega zdravnika, ponudi ustrezne možnosti proste izbire osebnega zdravnika za posamezno vrsto izbranega osebnega zdravnika. Če obstaja več ustreznih možnosti proste izbire osebnega zdravnika, ji ponudi najmanj tri možnosti, kadar so te na voljo.
- (4) Ponudba iz prejšnjega odstavka vsebuje najmanj podatke o izvajalcu in zdravniku, kadar je ta že določen, lokaciji izvajanja zdravstvene dejavnosti, načinu in roku za izbire ter informacije, potrebne za informirano odločitev zavarovane osebe.
- (5) Če zavarovana oseba v 30 dneh od prejema ponudbe ne sprejme nobene od ponujenih možnosti, se šteje, da je ZZZS izpolnil obveznost iz tega člena. Zavarovana oseba lahko tudi po poteku roka za sprejem ponudbe uveljavlja pravico do proste izbire osebnega zdravnika.
- (6) ZZZS zavarovani osebi ponudi možnost izbire osebnega zdravnika na območju območne enote ZZZS, na katerem ima zavarovana oseba stalno ali začasno prebivališče. Če na tem območju nima ustreznih možnosti izbire, ZZZS ponudi možnosti izbire na območjih drugih območnih enot ZZZS, pri čemer upošteva njihovo krajevno dostopnost za zavarovano osebo.

21. člen
(zagotavljanje proste izbire osebnega zdravnika)

Če znotraj posamezne območne enote ZZZS, na območju katere ima zavarovana oseba stalno ali začasno prebivališče ni mogoče zagotoviti proste izbire pri eni ali več vrstah izbranega osebnega zdravnika, ZZZS začne postopek za pripravo predloga Programa dostopnosti v skladu z 10. členom tega zakona.

III. POGLAVJE
ADMINISTRATIVNA RAZBREMENITEV

22. člen
(administrativna razbremenitev zdravstvenih delavcev)

- (1) Izvajalec organizira delo ter dokumentiranje, poročanje in druge administrativne postopke tako, da zdravstvenim delavcem zagotovi čim več časa za neposredno zdravstveno obravnavo pacientov.

(2) Izvajalec pri organizaciji dela zagotovi, da se administrativna opravila, ki niso nujno vezana na strokovno presojo zdravstvenega delavca, prenesejo na drugo ustrezno usposobljeno osebje, če je to mogoče brez vpliva na strokovnost, kakovost in varnost zdravstvene obravnave.

(3) Izvajalec pri uvajanju ali nadgradnji informacijskih rešitev zagotovi, da te zmanjšujejo administrativne obremenitve zdravstvenih delavcev in ne povzročajo podvajanja delovnih postopkov.

(4) Strokovno presojo in potrditev klinične vsebine opravi zdravstveni delavec, ki je zanj pristojen glede na svojo poklicno kvalifikacijo in pridobljene kompetence. Osebe, ki opravljajo tehnična opravila kot podporno oziroma spremljajočo vsebino zdravstveni obravnavi, ne smejo spreminjati potrjene klinične vsebine.

(5) Podrobnejša merila za ugotavljanje administrativnih obremenitev, način njihovega spremljanja in minimalne organizacijske ukrepe za njihovo zmanjševanje določi minister.

23. člen

(stalna strokovna skupina za administrativno razbremenitev)

(1) Za namen priprave strokovnih predlogov za zmanjševanje administrativnih obremenitev zdravstvenih delavcev pri izvajalcih zaradi povečanja časa, namenjenega neposredni zdravstveni obravnavi, in izboljšanja dostopnosti do zdravstvenega varstva ob ohranjanju kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave in varstva pravic zavarovanih oseb se pri ministrstvu ustanovi stalna strokovna skupina za administrativno razbremenitev (v nadaljnjem besedilu: strokovna skupina) kot strokovno-posvetovalno telo ministra.

(2) Strokovna skupina:

1. spremlja administrativne obremenitve zdravstvenih delavcev in ugotavlja možnosti za njihovo zmanjšanje,

2. obravnava predloge izvajalcev, pristojnih zbornic in strokovnih združenj, ZZZS, NIJZ, ministrstva in drugih deležnikov s področja zdravstvenega varstva za odpravo ali poenostavitev administrativnih postopkov,

3. pripravlja strokovne predloge za spremembe predpisov, organizacije dela in informacijskih rešitev, ki vplivajo na administrativne obremenitve,

4. pripravlja predlog letnega programa administrativne razbremenitve,

5. spremlja izvajanje sprejetih ukrepov,

6. pripravi letno oceno učinkov izvedenih ukrepov na administrativne obremenitve, čas, namenjen neposredni zdravstveni obravnavi, dostopnost do zdravstvenih storitev ter kakovost in varnost zdravstvene obravnave.

(3) Strokovno skupino sestavlja 12 članov, in sicer:

1. trije predstavniki ministrstva,

2. en predstavnik ZZZS,

3. en predstavnik NIJZ,

4. trije predstavniki izvajalcev, po eden s primarne, sekundarne in terciarne ravni zdravstvene dejavnosti,

5. en predstavnik pristojnih zbornic,

6. en predstavnik strokovnih združenj,

7. en predstavnik nevladnih organizacij s statusom nevladne organizacije v javnem interesu, ki združujejo paciente oziroma njihove družinske člane oziroma bližnje osebe,

8. en predstavnik invalidskih organizacij, ki delujejo v javnem interesu na področju invalidskega varstva v skladu z zakonom, ki ureja invalidske organizacije.

(4) Člane strokovne skupine imenuje minister za mandat štirih let z možnostjo ponovnega imenovanja. Predstavnike ministrstva določi minister, predstavnika ZZSZ in NIJZ pa imenuje na predlog teh institucij. Predstavnike iz 4. do 8. točke prejšnjega odstavka imenuje na podlagi javnega poziva ministrstva, objavljenega na osrednjem spletnem mestu državne uprave, na katerega predloge kandidatov predložijo izvajalci oziroma organizacije iz posamezne točke prejšnjega odstavka. V sklepu o imenovanju določi tudi način dela skupine, nadomeščanje članov in administrativno-tehnično podporo njenemu delu.

(5) Kandidati za člane strokovne skupine morajo imeti znanje in izkušnje z najmanj enega od naslednjih področij: izvajanje ali organizacija zdravstvene dejavnosti, administrativni postopki v zdravstvu, zdravstvena informatika, financiranje zdravstvenega varstva ali varstvo pacientovih pravic. Javni poziv določa rok za predložitev predlogov, ki ne sme biti krajši od 30 dni, ter dokazila o izpolnjevanju pogojev. Če je za posamezno mesto predlaganih več kandidatov, minister izbiro opravi glede na njihovo strokovno usposobljenost in izkušnje, pri sestavi skupine pa zagotavlja zastopanost različnih poklicev v zdravstveni dejavnosti in oblik izvajanja zdravstvene dejavnosti. Izbiro obrazloži v sklepu o imenovanju.

(6) Minister člana pred potekom mandata razreši, če član to sam zahteva, če preneha izpolnjevati pogoje za imenovanje ali če se brez opravičljivega razloga ne udeleži treh zaporednih sej. Pred razrešitvijo zaradi neizpolnjevanja pogojev ali neudeležbe na sejah članu omogoči, da se izjavi o razlogih za razrešitev. Če članu mandat predčasno preneha, minister po postopku iz četrtega in petega odstavka tega člena imenuje novega člana za preostanek mandata.

24. člen

(delovanje strokovne skupine)

(1) Strokovna skupina izmed članov iz 1. točke tretjega odstavka prejšnjega člena izvoli predsednika, njegovega namestnika pa izmed članov iz preostalih točk tretjega odstavka prejšnjega člena, in sicer z večino glasov vseh članov. Predsednik predstavlja strokovno skupino ter sklicuje in vodi njene seje. Ob njegovi odsotnosti te naloge opravlja namestnik.

(2) Strokovna skupina se sestane najmanj dvakrat letno. Sklepčna je, če je navzoča večina vseh članov, odločitve pa sprejema z večino glasov vseh članov. Člani pri delu ravnajo v skladu s predpisi, ki urejajo preprečevanje nasprotja interesov.

(3) Minister lahko na predlog strokovne skupine ali na lastno pobudo k obravnavi posameznega vprašanja povabi tudi druge strokovnjake, ki pa niso člani strokovne skupine in nimajo glasovalne pravice.

(4) Za opravljanje nalog strokovne skupine ministrstvo zagotavlja strokovne podlage in zbirne podatke, ki jih zakonito pridobiva pri izvajanju svojih pristojnosti. Strokovna skupina uporablja podatke v obliki, ki ne omogoča določitve posamezne zavarovane osebe ali zdravstvenega delavca.

(5) Strokovno in administrativno-tehnično podporo strokovni skupini zagotavlja ministrstvo.

(6) Sredstva za delovanje strokovne skupine se zagotavljajo v finančnem načrtu ministrstva iz sredstev proračuna Republike Slovenije. Glede višine sejin in povračila drugih stroškov dela se uporablja zakon, ki ureja povračila stroškov v zvezi z delom in nekaterih drugih prejemkov za zaposlene v državnih organih.

(7) Način sestajanja, odločanja, pripravo gradiv, sodelovanje drugih strokovnjakov in druga vprašanja svojega delovanja strokovna skupina določi s poslovníkom, na katerega da soglasje minister.

25. člen **(program administrativne razbremenitve)**

(1) Strokovna skupina predlog letnega programa administrativne razbremenitve predloži ministru najpozneje do 31. oktobra za naslednje koledarsko leto.

(2) Predlog programa iz prejšnjega odstavka za vsak ukrep administrativne razbremenitve vsebuje najmanj:

1. opis administrativnega postopka, za katerega je ugotovljeno, da je nepotreben, podvojen ali nesorazmerno obremenjujoč,
2. opis ukrepa in njegov cilj, vključno z navedbo, ali je ukrep usmerjen v njegovo odpravo, poenostavitev, digitalizacijo ali avtomatizacijo,
3. nosilca priprave in izvedbe ter sodelujoče organe oziroma organizacije,
4. roke za posamezna izvedbena dejanja in načrtovani datum začetka izvajanja ukrepa,
5. oceno vpliva ukrepa na zmanjšanje administrativnih obremenitev in časa, ki ga zdravstveni delavec zaradi te razbremenitve lahko nameni neposredni zdravstveni obravnavi,
6. oceno vpliva posameznega ukrepa na dostopnost do zdravstvenega varstva,
7. oceno potrebnih finančnih, kadrovskih in tehničnih sredstev ter vire financiranja,
8. kazalnike učinkov z izhodiščnimi in ciljnimi vrednostmi ter način in rok njihovega vrednotenja.

(3) Če je za izvedbo ukrepa potreben sprejem ali sprememba predpisa oziroma drugega splošnega akta, je datum iz 4. točke prejšnjega odstavka načrtovani datum začetka uporabe tega akta. Začetek uporabe se določi v predpisu oziroma drugem splošnem aktu v skladu z zakonom

(4) Minister program administrativne razbremenitve sprejme najpozneje do 31. decembra.

(5) Izvajalci, ki so v programu določeni kot nosilci ukrepov, sprejete ukrepe izvedejo v rokih iz programa in o izvedbi v skladu s programom poročajo ministrstvu.

(6) Če je za izvedbo ukrepa potrebna izdaja ali sprememba podzakonskega predpisa ministra, minister predpis izda v roku, določenem v programu, vendar najpozneje v štirih mesecih od sprejetja programa.

(7) Če je za izvedbo ukrepa potrebna izdaja ali sprememba splošnega akta ZZS, ZZS pripravi predlog akta in ga predloži svojemu pristojnemu organu najpozneje v dveh mesecih od sprejetja programa. Če soglasje drugega organa ni potrebno, pristojni organ ZZS akt sprejme najpozneje v štirih mesecih od sprejetja programa. Če je soglasje predpisano, ZZS akt oziroma njegov predlog predloži pristojnemu organu v soglasje najpozneje v štirih mesecih od sprejetja programa. Nadaljnja dejanja, potrebna za dokončni sprejem in objavo akta, opravi najpozneje v enem mesecu od pridobitve soglasja.

(8) Če je za izvedbo ukrepa potrebna sprememba zakona z delovnega področja ministrstva, ministrstvo v roku, določenem v programu, pripravi predlog zakona in ga predloži v obravnavo Vladi Republike Slovenije. Če sprememba spada na delovno področje drugega ministrstva, mu ministrstvo v roku, določenem v programu, predloži obrazloženo pobudo za spremembo zakona.

(9) Če dejanje iz šestega in sedmega odstavka tega člena ni opravljeno v predpisanem roku, nosilec ukrepa v 15 dneh po izteku roka ministrstvu predloži obrazložitev razlogov za zamudo, pregled že

opravljenih dejanj in predvideni datum njihove realizacije. Ministrstvo te podatke vključi v poročilo o izvajanju programa iz 27. člena tega zakona.

26. člen

(enkratni vnos podatkov)

(1) Ministrstvo, ZZZS, NIJZ in nosilec javnega pooblastila od izvajalca ne smejo zahtevati ponovne predložitve istih podatkov za isto obdobje, če z njimi že razpolagajo ali imajo do njih dejansko omogočen in zakonit dostop, ne glede na namen njihovega zbiranja, ter so podatki popolni, posodobljeni in uporabni za ta namen.

(2) Ne glede na prejšnji odstavek se ponovna predložitev lahko zahteva le v obsegu, potrebnem za dopolnitev ali popravek podatkov, oziroma kadar je zaradi konkretnih okoliščin nujna za izvedbo z zakonom določenega nadzora. Zahteva mora vsebovati navedbo podatkov, ki se zahtevajo, pravne podlage in konkretnih razlogov za ponovno predložitev.

(3) Ministrstvo, ZZZS, NIJZ in izvajalci od pacienta ali zdravstvenega delavca ne smejo zahtevati papirne kopije elektronske listine, če imajo do nje zakonit in dejansko omogočen dostop ter je mogoče preveriti njen izvor, celovitost in veljavnost. Pacientu se na njegovo zahtevo omogoči izpis oziroma druga njemu dostopna oblika seznanitve z vsebino listine v skladu z zakonom, ki ureja pacientove pravice.

(4) Minister v sodelovanju z NIJZ določi seznam prednostnih podatkovnih tokov, pri katerih se zagotovi avtomatizirana izmenjava podatkov po načelu enkratnega vnosa.

27. člen

(letno poročilo o administrativni razbremenitvi)

(1) Strokovna skupina najpozneje do 31. marca ministru predloži letno oceno učinkov izvedenih ukrepov za preteklo koledarsko leto. Ministrstvo najpozneje do 30. junija tekočega leta administrativne razbremenitve za preteklo leto in ga objavi.

(2) Poročilo vsebuje najmanj ugotovitve o administrativnih obremenitvah, pregled izvajanja programa, oceno učinkov izvedenih ukrepov in priporočila za nadaljnje ukrepanje.

(3) Ministrstvo program iz 25. člena tega zakona in poročilo iz tega člena objavi na osrednjem spletnem mestu državne uprave.

IV. POGLAVJE

UKREPI ZA KREPITEV MREŽE JAVNE ZDRAVSTVENE SLUŽBE

28. člen

(specializacije posebnega pomena za dostopnost)

(1) Za namen zagotavljanja dostopnosti do zdravstvenega varstva v mreži javne zdravstvene službe se iz proračuna Republike Slovenije zagotavljajo sredstva za dodatne specializacije s področij, ki so posebnega pomena za dostopnost (v nadaljnjem besedilu: specializacije posebnega pomena), ki jih minister na podlagi Analize dostopnosti in podatkov ZZZS, NIJZ, pristojnih zbornic ali strokovnih združenj in drugih strokovnih podlag določi v skladu s tem členom.

(2) Specializacija posebnega pomena je specializacija specialistov, za katero je na območju Republike Slovenije ali zdravstvene regije ugotovljeno dolgoročno pomanjkanje specialistov, ki omejuje dostopnost do zdravstvenih storitev. Dolgoročno pomanjkanje je izkazano, če iz podatkov iz prejšnjega odstavka izhaja, da najmanj naslednjih pet let pričakovano število specialistov ob upoštevanju že odobrenih specializacij ne bo zadoščalo za ugotovljene potrebe zavarovanih oseb.

(3) Pri ugotavljanju pomanjkanja iz prejšnjega odstavka se upoštevajo:

1. potrebe prebivalstva po zdravstvenih storitvah glede na zdravstveno stanje, starostno strukturo in pričakovane demografske spremembe,
2. število specialistov, obseg njihovega dela v mreži javne zdravstvene službe, njihova starostna struktura in pričakovano prenehanje opravljanja dejavnosti,
3. število odobrenih specializacij, pričakovani zaključki specializacij in zasedenost razpisanih mest,
4. nezasedena specialistična delovna mesta in potrebe, ki jih sporočijo izvajalci,
5. čakalne dobe, obseg nerealiziranih programov in krajevna dostopnost do zdravstvenih storitev, kadar so omejitve povezane s pomanjkanjem specialistov,
6. razpoložljivost mentorjev in pooblaščenih izvajalcev specializacij ter možnosti povečanja njihovih zmogljivosti.

(4) Ministrstvo pred določitvijo specializacij posebnega pomena pridobi strokovno oceno ZZZS, NIJZ, pristojnih zbornic oziroma strokovnega združenja, ki vključuje tudi presojo možnosti za odpravo pomanjkanja z zapolnitvijo že razpisanih mest in z organizacijskimi ukrepi. Strokovno oceno in razloge za določitev posamezne specializacije objavi na osrednjem spletnem mestu organov državne uprave

(5) Na podlagi strokovne ocene iz prejšnjega odstavka minister določi specializacije posebnega pomena in območja, za katera je pomanjkanje izkazano.

(6) Za specializacije iz prejšnjega odstavka se lahko predlaga financiranje naslednjih ukrepov:

- dodatna mesta za specializacije,
- štipendije za študente, ki se izobražujejo za opravljanje poklica v zdravstveni dejavnosti,
- usposabljanje dodatnih mentorjev in izvajanja dodatnega mentorstva,
- financiranje dodatne opreme in prilagoditve prostorov, neposredno potrebnih za izvajanje dodatnih specializacij.

(7) Način financiranja ukrepov iz prejšnjega odstavka določa ta zakon, izvajanje specializacij in štipendij ter zagotavljanje mentorstva pa poteka v skladu z zakonom, kadar ta zakon ne določa drugače.

29. člen

(financiranje dodatnih mest za specializacije)

(1) Za povečanje števila specialistov v mreži javne zdravstvene službe se iz proračuna Republike Slovenije zagotavljajo sredstva za dodatne specializacije posebnega pomena za dostopnost v obsegu, kot to predvideva predpis iz petega odstavka prejšnjega člena. Specializacija se začne izvajati najpozneje v treh mesecih od njene odobritve, razen če začetek preprečuje upravičena odsotnost specializanta.

(2) Do financiranja so upravičeni izvajalci, pri katerih so specializanti zaposleni in ki izpolnjujejo pogoje za izvajanje specializacije oziroma zagotavljajo njeno izvajanje pri pooblaščenih izvajalcih. Dodatna mesta se določijo, razpišejo in odobrijo po predpisih, ki urejajo posamezno specializacijo. Minister pri določitvi izvajalcev upošteva kadrovske potrebe posameznih izvajalcev, dostopnost do zdravstvenih storitev s področja specializacije, število nedopustno čakajočih in geografsko enakomerno dostopnost zdravstvenih

storitev. Dodelitev sredstev po tem členu ne nadomešča odobritve specializacije ali pooblastila za njeno izvajanje.

(3) Financirajo se stroški dela specializanta v višini, določeni s predpisi in kolektivnimi pogodbami, stroški izvajanja programa specializacije, specialističnega izpita in mentorstva. Financirajo se samo stroški, ki niso kriti iz drugega javnega vira. Sredstva se zagotavljajo za čas trajanja programa specializacije. Zaradi bolezni, starševskega varstva, opravljanja vojaške službe ali drugih objektivnih okoliščin, ki specializantu onemogočajo izpolnjevanje obveznosti iz programa specializacije, se financiranje lahko podaljša za čas njenega trajanja, vendar največ za dve leti. O podaljšanju odloči ministrstvo z odločbo.

(4) Minister dodatna mesta po specializacijah in območjih določi na podlagi strokovne ocene iz prejšnjega člena. Prednost imajo področja in območja z večjim ugotovljenim primanjkljajem specialistov, slabšo dostopnostjo zdravstvenih storitev in zagotovljenimi zmogljivostmi za začetek usposabljanja. Ministrstvo javni razpis za financiranje objavi najpozneje do 31. marca posameznega leta, v njem pa določi razpoložljiva mesta, dokazila o izpolnjevanju zakonskih pogojev in rok za prijavo, ki ne sme biti krajši od 30 dni.

(5) O dodelitvi sredstev ministrstvo odloči z odločbo. Zoper odločbo ni pritožbe, dovoljen pa je upravni spor. Ministrstvo in upravičenec skleneta pogodbo o financiranju, ki določa najmanj odobreno mesto, obdobje in obseg financiranja, način vlaganja zahtevkov, dokazila, poročanje, obveznosti upravičenca glede zagotavljanja zaposlitve specializanta po zaključku specializacije in nadzor nad izvajanjem pogodbe. Pogodba ne sme določati novih obveznosti zaposlitve ali vračil za specializanta, ki niso določene z zakonom.

(6) Specializant se s pogodbo zaveže, da bo po uspešno zaključeni specializaciji za obdobje najmanj enako obdobju financiranja specializacije, zaposlen pri izvajalcu. Če specializant brez upravičenega razloga ne zaključi specializacije ali ne izpolni obveznosti iz pogodbe, je dolžan vrniti sorazmerni del sredstev, namenjenih financiranju njegove specializacije. S pogodbo o financiranju se določi najmanj trajanje obveznosti zaposlitve, razloge in način vračila sredstev ter nadzor nad izvajanjem pogodbe.

(7) Upravičenec zahtevke z dokazili o nastalih stroških predloži ministrstvu do konca meseca za preteklo trimesečje. Ministrstvo odobreni zahtevek izplača v 30 dneh od prejema popolnega zahtevka. Upravičenec mora vrniti nenamensko porabljen ali neupravičeno prejeta sredstva. O obveznosti vračila odloči ministrstvo z odločbo.

(8) Upravičenec ministrstvu do 31. marca za preteklo leto poroča o začelih, prekinjenih in končanih specializacijah, porabi sredstev ter zaposlitvah specialistov. Ministrstvo spremlja število dodatnih odobrenih in zasedenih mest, delež zaključenih specializacij in zaposlitve specialistov v mreži javne zdravstvene službe. Sprememba določitve specializacije posebnega pomena za dostopnost ne vpliva na že odobreno financiranje.

(9) Sredstva se zagotavljajo v finančnem načrtu ministrstva za celotno odobreno obdobje financiranja. Podrobnejše vrednotenje meril iz četrtega odstavka tega člena, način vlaganja zahtevkov, dokazila o upravičenih stroških in vsebino poročil določi minister.

(10) Podrobnejše vrednotenje meril iz četrtega odstavka tega člena, način vlaganja zahtevkov, dokazila o upravičenih stroških in vsebino poročil določi minister.

30. člen

(dodatne štipendije za opravljanje poklicev v zdravstveni dejavnosti)

(1) Za povečanje števila diplomantov izobraževalnih programov za opravljanje poklicev v zdravstveni dejavnosti se iz proračuna Republike Slovenije zagotavljajo sredstva za dodatne štipendije za študente v okviru predpisa iz petega odstavka 28. člena tega zakona.

(2) Za vprašanja glede upravičencev, višine, pogojev za pridobitev in nadaljnjo prejetje, združljivosti z drugimi štipendijami, mirovanja, prenehanja in vračila štipendije iz tega člena se uporablja zakon, ki ureja štipendiranje. Isti osebi za isti izobraževalni program ni mogoče sočasno dodeliti obstoječe in dodatne štipendije v okviru tega ukrepa.

(3) Minister določi razdelitev dodatnih štipendij po poklicih in območjih ob upoštevanju meril iz tretjega odstavka 28. člena tega zakona, pri čemer imajo prednost poklici in območja z večjim ugotovljenim kadrovskim primanjkljajem oziroma z večjo nedostopnostjo. Razdelitev se določi najpozneje do 30. junija za naslednje študijsko leto.

(4) Dodeljevalec dodatnih štipendij je Javni štipendijski, razvojni, invalidski in preživninski sklad Republike Slovenije (v nadaljnjem besedilu: sklad). Pravica do štipendije se dodeljuje na podlagi javnega razpisa, ki ga sklad objavi v vsakem študijskem letu na svoji spletni strani, pri čemer se z javnim razpisom določi vrsta poklica na posamezno območje. V postopku izbire, ki se vodi v skladu s postopkom, ki ga za dodelitev štipendij določa zakon, ki ureja štipendiranje, se poleg splošnih pogojev za pridobitev štipendije, upošteva tudi povprečna ocena v zaključnem razredu srednje šole oziroma dosežena ocena na maturi. Pri določitvi meril za izbor kandidatov se upoštevajo tudi potrebe posameznega območja po zdravstvenih delavcih in pripravljenost kandidata za opravljanje dela na območju, za katero se štipendija razpisuje. Z javnim razpisom se lahko določijo tudi posebni pogoji, ki jih mora izpolnjevati vlagatelj za pridobitev štipendije. Štipendije se dodelijo za obdobje od dodelitve do izteka izobraževalnega programa.

(5) Štipendist se s pogodbo o štipendiranju zaveže, da bo po zaključku izobraževanja za obdobje najmanj, enako obdobju prejemanja štipendije, opravljal delo v zdravstveni dejavnosti v Republiki Sloveniji oziroma pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti, ki opravlja zdravstveno dejavnost v mreži javne zdravstvene službe.

(6) Če štipendist brez upravičenega razloga ne zaključi izobraževanja ali po zaključku izobraževanja ne izpolni obveznosti iz prejšnjega odstavka, je dolžan vrniti prejeta sredstva štipendije skupaj z zakonskimi zamudnimi obrestmi. Podrobnejša ureditev razlogov za oprostitev vračila in način vračanja sredstev se določita v pogodbi o štipendiranju.

(7) Ministrstvo in sklad s pogodbo uredita prenos sredstev, predložitve zahtevkov ter poročanje o porabi sredstev. Sredstva se zagotavljajo za celotno obdobje upravičenosti po določbah, ki urejajo posamezno štipendijo. Iztek obdobja za prvo dodelitev iz prvega odstavka tega člena ne povzroči prenehanja že dodeljene štipendije.

(8) O pritožbah zoper odločbe, izdane v skladu s četrтим odstavkom tega člena, odloča ministrstvo.

(9) Sklad vodi in obdeluje evidenco štipendistov na podlagi zakona, ki ureja štipendiranje. Sklad do 30. junija in do 31. decembra za preteklo polletno obdobje poroča ministrstvu o številu in višini dodeljenih štipendij.

31. člen

(financiranje usposabljanja dodatnih mentorjev in dodanega mentorstva)

(1) Za povečanje zmogljivosti za izvajanje dodatnih specializacij iz 29. člena tega zakona se iz proračuna Republike Slovenije zagotavljajo sredstva za usposabljanje dodatnih mentorjev in izvajanje dodatnih mentorskih ur v obsegu, kot ga predvideva predpis iz petega odstavka 28. člena tega zakona.

(2) Do financiranja so upravičeni pooblaščen izvajalci specializacij v mreži javne zdravstvene službe, ki izkažejo, da je usposabljanje dodatnih mentorjev ali dodatno mentorstvo potrebno za izvedbo dodatnih mest za specializacije iz prejšnjega odstavka. Kandidati za mentorje morajo izpolnjevati strokovne pogoje za imenovanje, kot jih določa zakon, ki ureja zdravniško službo, razen pogoja usposabljanja, ki je predmet financiranja. Usposabljanje iz tega člena ne nadomešča imenovanja mentorja po predpisih, ki urejajo posamezno specializacijo.

(3) Financirajo se stroški kotizacij, obveznih učnih gradiv in potrebnih službenih poti za usposabljanje mentorjev ter stroški dejansko opravljenega dodatnega mentorstva v obsegu, potrebnem po programu specializacije. Stroški dela se priznajo v višini, ki izhaja iz predpisov in kolektivnih pogodb, ter sorazmerno dejansko opravljenim mentorskim uram.

(4) Ne financirajo se stroški, ki so že vključeni v financiranje specializacije po 29. členu tega zakona ali kriti iz drugega javnega vira. Ukrep iz tega člena ne vključuje mentorstva pri praktičnem pouku učencev in študentov. Usposabljanje mentorja se zaključi v enem letu od odobritve financiranja; dodatno mentorstvo pa se financira največ za obdobje financiranja dodatne specializacije.

(5) Ministrstvo javni razpis objavi najpozneje do 31. marca posameznega leta. Pri izboru imajo prednost vloge, ki izkazujejo večje povečanje števila mest za usposabljanje, večje pomanjkanje mentorjev glede na program specializacije in nižji upravičeni strošek na dodatno mesto. Rok za prijavo ne sme biti krajši od 30 dni. O dodelitvi sredstev ministrstvo odloči z odločbo. Zoper odločbo ni pritožbe, dovoljen pa je upravni spor.

(6) Ministrstvo in upravičenec skleneta pogodbo, ki določa število usposobljenih mentorjev oziroma odobrenih mentorskih ur, obdobje financiranja, dokazila, roke in poročanje. Upravičenec zahteve predloži do konca meseca za preteklo trimesečje. Ministrstvo odobreni zahtevek izplača v 30 dneh od prejema popolnega zahtevka.

(7) Upravičenec do 31. marca za preteklo leto poroča o usposobljenih in imenovanih mentorjih, opravljenih mentorskih urah, številu specializantov, vključenih v dodatno mentorstvo, in porabi sredstev. Ministrstvo spremlja povečanje mentorskih zmogljivosti in njihovo dejansko uporabo. Upravičenec mora vrniti nenamensko porabljen ali neupravičeno prejeta sredstva; o vračilu odloči ministrstvo z odločbo.

(8) Podrobnejše vrednotenje meril iz petega odstavka tega člena, dokazila o opravljenem usposabljanju in mentorstvu ter način vlaganja zahtevkov in poročanja določi minister.

(9) Sredstva se zagotavljajo v finančnem načrtu ministrstva za celotno odobreno obdobje financiranja.

32. člen

(financiranje opreme in prilagoditve prostorov za dodatne specializacije)

(1) Za zagotovitev dodatnih zmogljivosti za izvajanje specializacij iz 29. člena tega zakona se iz proračuna Republike Slovenije zagotavljajo sredstva za nakup dodatne opreme in prilagoditev prostorov v skupni višini za potrebe specializacij, kot to predvideva predpis iz petega odstavka 28. člena tega zakona.

(2) Do financiranja so upravičeni javni zdravstveni zavodi, ki imajo pooblastilo za izvajanje ustrezne specializacije in izkažejo neposredno povezanost naložbe s povečanjem števila mest za usposabljanje. Upravičenec mora imeti lastninsko ali najemno pravico glede uporabe prostorov in opreme, ki omogoča izvedbo naložbe in njihovo uporabo za namen ukrepa, in sicer najmanj pet let od zaključka naložbe.

(3) Upravičeni so stroški nakupa, dobave, namestitve in preizkusa dodatne opreme ter projektne dokumentacije, gradbenih, obrtniških in instalacijskih del, neposredno potrebnih za izvajanje dodatnih specializacij. Davek na dodano vrednost je upravičen strošek le, če ga upravičenec ne more odbiti. Ne financirajo se redno vzdrževanje, nadomeščanje opreme brez povečanja zmogljivosti in stroški, kriti iz materialnih sredstev javnega zdravstvenega zavoda.

(4) Financiranje znaša največ 100 odstotkov upravičenih stroškov. Če naložba služi tudi drugim dejavnostim, se financira samo sorazmerni del, neposredno povezan z dodatnimi specializacijami. Upravičenec v vlogi predloži opis naložbe, dokazila o pravici uporabe prostorov, oceno stroškov, vire financiranja, potrebna dovoljenja, terminski načrt ter izhodiščno in načrtovano število mest za usposabljanje.

(5) Ministrstvo javni razpis objavi najpozneje do 31. marca posameznega leta. Pri izboru imajo prednost naložbe, ki omogočajo večje povečanje števila mest, odpravljajo izkazano omejitev izvajanja specializacij, so pripravljene za izvedbo in imajo nižji upravičeni strošek na dodatno mesto. Rok za prijavo ne sme biti krajši od 30 dni. O dodelitvi sredstev ministrstvo odloči z odločbo. Zoper odločbo ni pritožbe, dovoljen pa je upravni spor.

(6) Ministrstvo in upravičenec skleneta pogodbo o financiranju. Naložba se zaključi najpozneje v 18 mesecih od sklenitve pogodbe. Ministrstvo lahko zaradi izkazane okoliščine, na katero upravičenec ni mogel vplivati, rok podaljša največ za šest mesecev. Upravičenec mora pri izvedbi upoštevati predpise o javnem naročanju, graditvi in medicinskih pripomočkih, kadar se ti uporabljajo.

(7) Upravičenec zahtevek za izplačilo priloži dokazila o izvedbi in plačilu upravičenih stroškov. Ministrstvo odobreni zahtevek izplača v 30 dneh od prejema popolnega zahtevka. Upravičenec opremo in prostore uporablja za odobreni namen najmanj pet let od zaključka naložbe. Če predčasno preneha namenska uporaba, vrne sorazmerni del prejetih sredstev glede na neizpolnjeno obdobje; nenamensko porabljen ali neupravičeno prejeta sredstva vrne v celoti. O obveznosti vračila odloči ministrstvo z odločbo.

(8) Upravičenec v obdobju namenske uporabe do 31. marca za preteklo leto poroča o izvedenih naložbah, porabi sredstev, povečanju števila mest za usposabljanje in njihovi dejanski zasedenosti. Ministrstvo spremlja dodatne zmogljivosti, njihovo uporabo in strošek na dodatno mesto.

(9) Sredstva se zagotavljajo v finančnem načrtu ministrstva za celotno odobreno obdobje izvedbe. Podrobnejše vrednotenje meril, dokazila o stroških ter način vlaganja zahtevkov in poročanja določi minister.

(10) Podrobnejše vrednotenje meril, dokazila o stroških ter način vlaganja zahtevkov in poročanja določi minister.

33. člen

(deficitarni zdravstveni poklici)

(1) Vlada Republike Slovenije lahko na predlog ministra, ob upoštevanju Analize dostopnosti, podatkov ZZZS in NIJZ, podatkov pristojnih zbornic oziroma strokovnih združenj ter drugih strokovnih podlag določi druge zdravstvene poklice posebnega pomena za zagotavljanje dostopnosti zdravstvenih

storitev, pri katerih ugotovljenega pomanjkanja ni mogoče učinkovito odpraviti z ukrepi iz 28. člena tega zakona.

(2) Za poklice iz prejšnjega odstavka se lahko določijo ukrepi po tem zakonu, zlasti ukrepi za spodbujanje usposabljanja, mentorstva ali drugi ukrepi za povečanje razpoložljivosti ustreznega zdravstvenega kadra, če imajo podlago v zakonu oziroma drugem pristojnem predpisu in so zanje zagotovljena sredstva. Določitev poklica posebnega pomena sama po sebi ne ustvarja pravice do finančnega upravičenja.

(3) Vlada Republike Slovenije enkrat letno, najpozneje do 28. februarja, preveri utemeljenost seznama poklicev iz prvega odstavka tega člena in ga po potrebi spremeni.

34. člen

(posebni ukrepi za vrste zdravstvenih dejavnosti z izrazito slabo dostopnostjo)

(1) Če druge strokovne podlage izkazujejo nenadno ali izrazito poslabšanje dostopnosti do zdravstvenega varstva oziroma trajno preseganje najdaljših dopustnih čakalnih dob, ki zahteva takojšnje ukrepanje in ga ni mogoče pravočasno odpraviti z rednimi ukrepi, lahko minister po uradni dolžnosti ali na predlog ZZZS določi posebne ukrepe.

(2) Minister pred odločitvijo o posebnih ukrepih, ki jih predlaga ZZZS pridobi mnenje ZZZS o razlogih, možnih ukrepih, zmogljivostih, možnostih in finančnih posledicah. ZZZS mnenje posreduje v 15 dneh. Če tega v roku ne stori, lahko minister odloči brez njega. Odstop od podanega mnenja posebej obrazloži.

(3) V odločitvi je določena vrsta zdravstvene dejavnosti in območje, razlogi, cilji, vrsta in obseg ukrepov, trajanje, vir financiranja, roke in kazalnike uspešnosti.

(4) Pri ukrepih se upoštevajo tudi tveganje poslabšanja zdravstvenega stanja ali prekinitve že začetega zdravljenja zaradi odlašanja.

(5) Posebni ukrepi lahko obsegajo zlasti:

- povečanje obsega ali drugačno organizacijo obsegov programov,
- določitev rokov ZZZS za začetek postopka prenosa po 8. in 9. členu tega zakona,
- pripravo predloga Programa dostopnosti iz 10. člena tega zakona,
- posebne organizacijske ali kadrovske ukrepe.

(6) Kadar je potrebna izbira izvajalca, se smiselno uporablja 12. člen tega zakona.

(7) Ukrepi s finančnimi posledicami se izvajajo pod pogoji iz 14. člena tega zakona in pristojnih finančnih ter programskih aktov.

(8) ZZZS začne postopke, potrebne za izvršitev sklepa ministra, najpozneje v 30 dneh od njegovega prejema, pri ukrepih, ki so nujni za preprečitev neposrednega ogrožanja dostopnosti, pa brez odlašanja.

(9) Posebni ukrepi se izvajajo samo toliko časa, kolikor obstajajo razlogi za njihovo izvajanje. Njihova upravičenost in doseganje ciljev se preverita najmanj enkrat letno na podlagi Analize dostopnosti, podatkov ZZZS ali drugih strokovnih podlag.

V. POGLAVJE

FINANCIRANJE

35. člen **(finančni okvir izvajanja ukrepov)**

(1) Iz obveznega zdravstvenega zavarovanja se zagotavljajo sredstva za:

- zdravstvene storitve, ki so pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in se izvajajo v okviru prenosa nerealiziranega dela pogodbeno dogovorjenega programa,
- zdravstvene storitve, ki so pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in se izvajajo v okviru Programa dostopnosti,
- naloge ZZZS, povezane z aktivnim zagotavljanjem ustreznih zgodnejših terminov, zagotavljanjem možnosti izbire osebnega zdravnika in pripravo ter izvajanjem ukrepov za izboljšanje dostopnosti,
- ukrepe za krepitev mreže javne zdravstvene službe, če vključujejo izvajanje zdravstvenih storitev, ki so pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

(2) Programi zdravstvenih storitev iz prve, druge in četrte alineje prejšnjega odstavka se glede vrste in obsega, zmogljivosti, potrebnih za njihovo izvajanje, vrednotenja, obsega sredstev ter načina obračunavanja in plačila vključijo v dogovor o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja oziroma uredbo Vlade Republike Slovenije, če dogovor ni sklenjen.

(3) Prenos nerealiziranega dela programa iz prve alineje prvega odstavka tega člena se financira v okviru sredstev za pogodbeno dogovorjeni, vendar nerealizirani del programa pri izvajalcu, od katerega se program prenaša. ZZZS preneseni del programa vključi v pogodbo oziroma aneks k pogodbi z izvajalcem, ki program prevzame.

(4) Sredstva za izvajanje nalog ZZZS iz tretje alineje prvega odstavka tega člena se načrtujejo v finančnem načrtu ZZZS.

(5) Iz državnega proračuna se zagotavljajo sredstva za:

- ukrepe administrativne razbremenitve, vključno s prilagoditvijo in povezovanjem informacijskih rešitev, avtomatizacijo podatkovnih tokov, usposabljanjem zaposlenih ter drugimi stroški izvajanja programa administrativne razbremenitve;
- delovanje stalne strokovne skupine za administrativno razbremenitev;
- ukrepe za krepitev mreže javne zdravstvene službe, ki ne pomenijo izvajanja zdravstvenih storitev, ki so pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

(6) Če posamezni ukrep vključuje zdravstvene storitve iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in druge naloge, ki niso zdravstvene storitve iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, se zdravstvene storitve financirajo v skladu s prvim do tretjim odstavkom tega člena, druge naloge pa v skladu s prejšnjim odstavkom.

(7) Sredstva državnega proračuna se ne smejo uporabiti za plačilo zdravstvene storitve, ki je bila za isto zavarovano osebo in v istem obsegu že plačana iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja.

VI. POGLAVJE NADZOR IN KAZENSKÉ DOLOČBE

36. člen **(nadzor nad izvajanjem tega zakona)**

(1) Nadzor nad izvajanjem tega zakona se opravlja v skladu z zakonom, ki ureja zdravstveno dejavnost, kot nadzor nad opravljanjem zdravstvene dejavnosti.

(2) Inšpekcijski nadzor nad izvajanjem določb tega zakona opravljata inšpektorat, pristojen za zdravje, in informacijski pooblaščenec.

(3) Inšpekcija, pristojna za zdravje, opravlja nadzor nad izvajanjem drugega in tretjega odstavka 4. člena, četrtega in petega odstavka 9. člena, četrtega odstavka 11. člena, 17. člena, prvega do sedmega odstavka 18. člena, 20. in 21. člena, prvega do četrtega odstavka 22. člena in prvega do tretjega odstavka 26. člena tega zakona.

(4) Informacijski pooblaščenec opravlja nadzor nad izvajanjem členov tega zakona, ki urejajo obdelavo osebnih podatkov.

(5) Nadzor nad izvajanjem pogodb iz 9. in 13. člena tega zakona, nad namensko porabo sredstev, pravilnostjo obračunov, izpolnjevanjem pogodbenih obveznosti, poročanjem izvajalcev ter doseganjem kazalnikov uspešnosti opravlja ZZS v skladu s tem zakonom in zakonom, ki ureja zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje.

37. člen (prekrški)

(1) Z globo od 3.000 do 50.000 eurov se kaznuje za prekršek pravna oseba, ki v nasprotju s petim odstavkom 9. člena ali četrtim odstavkom 18. člena tega zakona zavarovani osebi odpove prvotni termin ali jo črta s čakalnega seznama zgolj zaradi zavrnitve ponujenega ustreznega zgodnejšega termina.

(2) Z globo od 1.000 do 15.000 eurov se za prekršek iz prejšnjega odstavka kaznuje samostojni podjetnik posameznik ali zasebni zdravstveni delavec.

(3) Z globo od 300 do 5.000 eurov se za prekršek iz prvega odstavka tega člena kaznuje tudi odgovorna oseba pravne osebe, samostojnega podjetnika posameznika in zasebnega zdravstvenega delavca.

38. člen (hitri postopek o prekršku)

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

VII. POGLAVJE PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE

39. člen (rok za sprejem podzakonskih predpisov)

(1) Vlada Republike Slovenije v 30 dneh od uveljavitve tega zakona uskladi Uredbo o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivostih, potrebnih za njegovo izvajanje, in obsegu

sredstev za leto 2026 (Uradni list RS, št. 326/26 in 1371/26; v nadaljnjem besedilu: Uredba) z določbami tega zakona.

(2) Minister izda podzakonske predpise iz četrtega odstavka 3. člena, šestega odstavka 8. člena, četrtega odstavka 16. člena, devetega odstavka 18. člena, petega odstavka 22. člena, petega odstavka 28. člena, devetega odstavka 29. člena, osmega odstavka 31. člena in devetega odstavka 32. člena tega zakona najpozneje v treh mesecih od njegove uveljavitve.

(3) ZZZS uskladi svoje splošne akte z določbami tega zakona najpozneje v dveh mesecih od uveljavitve tega zakona.

40. člen

(vzpostavitev sistema zagotavljanja dostopnosti)

(1) ZZZS prvo Analizo dostopnosti sprejme in objavi najpozneje v treh mesecih od uveljavitve tega zakona.

(2) ZZZS prvi Predlog ukrepov pripravi najpozneje v 30 dneh po objavi prve Analize dostopnosti.

(3) ZZZS v prvem Predlogu ukrepov ugotovi, ali so izpolnjeni pogoji iz 10. člena tega zakona. Če ugotovi, da so pogoji izpolnjeni, pripravi prvi Program dostopnosti najpozneje v 30 dneh po sprejetju prvega Predloga ukrepov.

(4) ZZZS in NIJZ najpozneje v šestih mesecih od uveljavitve tega zakona zagotovita organizacijske in informacijske pogoje za ugotavljanje zavarovanih oseb iz prvega odstavka 17. člena ter ponujanje in usklajevanje nadomestnih terminov. Do polne vzpostavitve zbirke DOS se uporabljajo obstoječi uradni podatki in informacijske rešitve v skladu s petim odstavkom tega člena.

(5) Do vzpostavitve zbirke DOS oziroma vključitve podatkov, potrebnih za izvajanje 17. in 18. člena tega zakona, NIJZ in izvajalci ZZZS omogočijo varen dostop do podatkov, ki jih zakonito obdelujejo na podlagi predpisov o pacientovih pravicah, digitalizaciji zdravstva in čakalnih seznamih. Dostop je omejen na identifikacijske in kontaktne podatke zavarovane osebe, vrsto zdravstvene storitve, stopnjo nujnosti, datum in čas vpisa, izvajalca, termin oziroma okvirni termin ter druge podatke o naročilu, nujne za ugotovitev upravičenosti in izvedbo ponudbe. ZZZS podatkov ne sme uporabljati za druge namene. Podatki, začasno prevzeti v informacijski sistem ZZZS, se izbrišejo po pravnomočnem zaključku postopka oziroma povezanega sodnega postopka, razen če drug zakon določa nadaljnjo hrambo.

(6) ZZZS in NIJZ pred začetkom izvajanja sistema iz četrtega odstavka zagotovita tehnične in organizacijske ukrepe za varstvo osebnih podatkov, uporabniška pooblastila ter sledljivost dostopov. Po vzpostavitvi zbirke DOS se naloge iz 17. in 18. člena za podatke, ki sodijo v to zbirko, brez nepotrebnega odlašanja izvajajo prek nje.

41. člen

(postopek aktivnega zagotavljanja proste izbire izbranega osebnega zdravnika)

ZZZS v treh mesecih od uveljavitve tega zakona po uradni dolžnosti začne postopke iz 20. člena tega zakona za zavarovane osebe, ki na dan uveljavitve tega zakona nimajo izbranega osebnega zdravnika, in sicer za vsako manjkajočo prosto izbiro.

42. člen

(prvo imenovanje strokovne skupine in prvi program administrativne razbremenitve)

(1) Minister objavi javni poziv iz četrtega odstavka 23. člena tega zakona v 15 dneh od uveljavitve tega zakona. Minister imenuje člane strokovne skupine najpozneje v 90 dneh po uveljavitvi tega zakona.

(2) Prvo sejo strokovne skupine skliče minister najpozneje v 30 dneh po imenovanju članov. Do izvolitve predsednika seje vodi predstavnik ministrstva, ki ga določi minister.

(3) Ne glede na prvi odstavek 25. člena tega zakona strokovna skupina predlog prvega programa administrativne razbremenitve predloži ministru najpozneje v dveh mesecih od prve seje. Minister prvi program sprejme v 30 dneh od prejema, pri čemer prvi program zajema obdobje od njegovega sprejetja do 31. decembra 2027.

(4) Prvi program poleg vsebine, določene v 25. členu tega zakona, vsebuje prednostne ukrepe, s katerimi je mogoče v kratkem času doseči merljivo zmanjšanje administrativnih obremenitev in ki so izvedljivi z obstoječimi informacijskimi rešitvami in v okviru veljavnih pristojnosti. Za vsak prednostni ukrep se določijo:

1. nosilec priprave in izvedbe ter sodelujoči organi oziroma organizacije;
2. pravna podlaga ter predpisi in drugi splošni akti, ki jih je treba sprejeti ali spremeniti;
3. potrebne informacijske rešitve in njihove prilagoditve;
4. ocena potrebnih sredstev in viri financiranja;
5. roki izvedbenih dejanj in načrtovani datum začetka izvajanja ukrepa;
6. kazalniki učinkov z izhodiščnimi in ciljnimi vrednostmi ter način in rok njihovega merjenja.

(5) Nosilci ukrepov prvega programa, za katere ni potrebna izdaja ali sprememba predpisa ali drugega splošnega akta, začnejo ukrepe izvajati najpozneje v 30 dneh od sprejetja programa.

(6) Ne glede na roke iz 25. člena tega zakona minister podzakonske predpise, potrebne za izvedbo ukrepov prvega programa, za izdajo katerih ima zakonsko pooblastilo, izda najpozneje v treh mesecih od sprejetja programa. V predpisih določi začetek njihove uporabe najpozneje v 180 dneh od sprejetja programa

(7) ZZZS predloge splošnih aktov, potrebnih za izvedbo ukrepov prvega programa, predloži svojemu pristojnemu organu najpozneje v dveh mesecih od sprejetja programa. Če soglasje drugega organa ni potrebno, pristojni organ ZZZS akt sprejme najpozneje v treh mesecih od sprejetja programa. Če je soglasje predpisano, ZZZS akt oziroma njegov predlog najpozneje v istem roku predloži pristojnemu organu v soglasje v fazi postopka, določeni z zakonom. Dejanja, potrebna za dokončni sprejem in objavo akta, opravi najpozneje v 30 dneh od pridobitve soglasja.

(8) Če je za izvedbo ukrepa prvega programa potrebna sprememba zakona z delovnega področja ministrstva, ministrstvo najpozneje v 180 dneh od sprejetja programa pripravi predlog zakona in ga predloži v obravnavo Vladi Republike Slovenije. Če sprememba spada na delovno področje drugega ministrstva, mu ministrstvo v istem roku predloži obrazloženo pobudo za spremembo zakona.

(9) Če nosilec ukrepa ugotovi pravno ali tehnično oviro, zaradi katere ukrepa ne bo mogoče izvesti v predpisanem roku, o tem brez odlašanja in pred iztekom roka obvesti ministrstvo. Obvestilo vsebuje opis ovire in dokazila o njenem obstoju, pregled opravljenih dejanj, predlog odprave ovire, predvideni datum izvedbe ter predlog začasnega ukrepa, če je ta pravno dopusten in tehnično izvedljiv.

(10) Ministrstvo najpozneje v 15 dneh od prejema obvestila iz prejšnjega odstavka na osrednjem spletnem mestu državne uprave objavi obrazloženo informacijo o odstopanju in načrtovanih nadaljnjih dejanjih ob upoštevanju zakonsko varovanih podatkov.

43. člen

(prvi javni razpisi za financiranje dodatnih mest za specializacije posebnega pomena, usposabljanja dodatnih mentorjev in dodatnega mentorstva ter opreme in prilagoditve prostorov)

Ministrstvo objavi prvi javni razpis za financiranje specializacij posebnega pomena iz 28. člena tega zakona, prvi javni razpis za financiranje usposabljanja dodatnih mentorjev in dodatnega mentorstva iz 31. člena tega zakona in prvi javni razpis za financiranje opreme in prilagoditve prostorov za dodatne specializacije iz 32. člena tega zakona najpozneje 90 dni od uveljavitve tega zakona.

44. člen

(uskladitev organizacije dela)

Izvajalci organizacijo dela in pooblastila za opravljanje tehničnih opravil uskladijo z 22. in 26. členom tega zakona v treh mesecih od uveljavitve tega zakona.

45. člen

(obstoječi programi in pogodbe)

Programi zdravstvene dejavnosti in pogodbe za njihovo izvajanje, sklenjeni pred uveljavitvijo tega zakona, ostanejo v veljavi do izteka obdobja, za katerega so bili sklenjeni, če ta zakon ne določa drugače.

46. člen

(dodatne ambulate družinske medicine)

V Zakonu o dodatnih interventnih ukrepih za zagotovitev dostopnosti v zdravstvu (Uradni list RS, št. 112/24; v nadaljnjem besedilu: ZDIUZDZ) se v 5. členu v šestem odstavku besedilo »1. januarja 2025 do 31. decembra 2026« nadomesti z besedilom »1. januarja 2025 do 31. decembra 2028«.

47. člen

(dodatek za izbiro specializacije iz družinske medicine)

V ZDIUZDZ se v 11. členu v prvem odstavku besedilo »v letih 2025 ali 2026« nadomesti z besedilom »v letih 2025, 2026, 2027 ali 2028«.

48. člen

(spodbuda za izbiro specializacije iz urgentne medicine)

V Zakonu o dodatnih interventnih ukrepih na področju zdravstva (Uradni list RS, št. 111/25, 34/26 in 37/26 – popr.) se v 23. členu v prvem odstavku besedilo »v letih 2026 in 2027« nadomesti z besedilom »v letih 2026, 2027 in 2028«.

49. člen
(prenehanje veljavnosti)

Z dnem uveljavitve tega zakona preneha veljati 67. člen Uredbe o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivostih, potrebnih za njegovo izvajanje, in obsegu sredstev za leto 2026 (Uradni list RS, št. 326/26 in 1371/26).

50. člen
(začetek veljavnosti)

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

III. OBRAZLOŽITEV

K 1. členu:

S predlogom tega člena se določa vsebina, ki ga naslavlja predlog zakona. V prvem odstavku se poudarja, da gre za zakon, ki sistemsko določa ukrepe za aktivno zagotavljanje dostopnosti do zdravstvenega varstva, njihovo pripravo oziroma načrtovanje, izvajanje in posledično tudi ocenjevanje oziroma vrednotenje. Ukrepi iz tega zakona se aktivirajo, kadar se ugotovi, da dostopnost do zdravstvenega varstva na nekem področju (zdravstvene dejavnosti) ali območju (Republike Slovenije) ni zadostna.

Napotitev na področne zakone v drugem odstavku ohranja enotnost pravnega sistema. Predlog ne uvaža vzporedne ureditve vsebine pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, dovoljenj za opravljanje dejavnosti, strokovnih kompetenc, pacientovih pravic ali zbirk podatkov s področja zdravstvenega varstva. Za posebne ukrepe veljajo njegove določbe, vprašanja, ki z njimi niso urejena, pa se rešujejo z uporabo področne ureditve (npr. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ), Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej), Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP), Zakon o digitalizaciji v zdravstvu (ZDigZ) in Zakon o zagotavljanju kakovosti v zdravstvu (ZZKZ)).

Tretji odstavek predloga zakona ohranja posebne ureditve dostopnosti pri lekarniški dejavnosti (vključno s preskrbo z zdravili in medicinskimi pripomočki), preskrbi s krvjo in krvnimi pripravki ter organi za presajanje, dejavnosti javnega zdravja in zdraviliški dejavnosti. Namen razmejitve je preprečiti, da bi se splošni mehanizmi tega zakona brez upoštevanja njihove narave prenesli tudi na področja z drugačnimi postopki zagotavljanja dostopnosti. Izjema ostaja mogoča, kadar jo ta zakon posebej določi; sama splošna usmeritev v izboljšanje dostopnosti pa take izjeme ne ustvarja.

K 2. členu:

Pojmovnik določa skupni jezik za analitične, pogodbene, organizacijske in individualne ukrepe. Izrazi niso namenjeni ponovnemu opredeljevanju vseh pojmov zdravstvene zakonodaje, temveč razmejitvi tistih, od katerih so odvisni sprožiteli ukrepa, njegovi naslovniki in vrednotenje uspešnosti. Povezava s pojmi področnih zakonov preprečuje, da bi isti izraz zaradi uporabe tega zakona dobili drugačno vsebino in povzročil nejasnost ureditve.

Opredelitvi administrativnega opravila in administrativne razbremenitve ločujeta vsebino zdravstvene obravnave od spremljajočega dela s podatki s področja zdravstvenega varstva in drugo dokumentacijo. Merilo razlikovanja je narava opravila, ne zgolj to, ali se opravi na papirju ali v informacijskem sistemu. Razbremenitev lahko pomeni odpravo nepotrebne zahteve, poenostavitev postopka, drugačno razporeditev tehničnega dela ali njegovo avtomatizacijo. Ne pomeni opustitve dokumentiranja, potrebnega za varno obravnavo. Skupno poimenovanje zdravstvenih delavcev v tej točki zajema poleg zdravstvenih delavcev (ki vključuje zdravnike) tudi zdravstvene sodelavce.

Deficitarni poklic je vezan na vpliv pomanjkanja kadra na dostopnost, in ne samo na trenutno nezasedeno delovno mesto pri posameznem izvajalcu. Upoštevanje pričakovanega primanjkljaja omogoča pravočasno načrtovanje, še preden se napovedane upokojitve ali povečane potrebe prebivalstva izrazijo v dejanskem izpadu zdravstvenih storitev. Pojem je širši od specializacije posebnega pomena, za katero so v 28. členu predloga zakona določeni dodatni pogoji dolgoročnega pomanjkanja (zdravnikov) specialistov.

Dostopnost do zdravstvenega varstva je opredeljena z vidika vpliva na zavarovano osebo in zdravstvene storitve, ki jih uveljavlja v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja. Predlog zakona s tem ne zožuje splošnega položaja pacienta oziroma zavarovane osebe, temveč določa nove naloge nosilca obveznega zdravstvenega zavarovanja. Pravočasnost zdravstvene obravnave se presoja tudi glede na zdravstveno stanje in nujnost; najdaljša dopustna čakalna doba ni ciljna doba, do katere bi bilo čakanje vedno primerno. Druga strokovna podlaga omogoča ukrepanje tudi na podlagi strategij, raziskav, poročil in drugih gradiv zunaj redne letne Analize dostopnosti. Njena bistvena lastnost je preverljivost ugotovitev.

Izbrani osebni zdravnik je skupni izraz za:

- splošnega osebnega zdravnika, ki je v skladu z 80. členom ZZVZZ za odrasle osebe izbrani osebni zdravnik specialist splošne medicine (družinske medicine) ali specialist medicine dela, prometa in športa, izjemoma tudi zdravnik splošne medicine s podiplomskim študijem socialne medicine;
- osebnega ginekologa, specialista ginekologije s porodništvom, in
- osebnega pediatra, ki je za mladoletne osebe izbrani osebni zdravnik specialist, pediater ali specialist šolske medicine, izjemoma specialist splošne medicine (družinske medicine), ali zdravnik splošne medicine s podiplomskim študijem iz zdravstvenega varstva žensk, otrok in mladine.

Tako opredeljeni izraz omogoča, da se odsotnost izbire ugotavlja za vsako od navedenih vrst izbranega osebnega zdravnika posebej. Izbrani osebni zobozdravnik v ta posebni mehanizem ni vključen; kar pa ne spreminja njegove vloge ali pristojnosti, ki jih ima v skladu z ZZVZZ.

Izraz izvajalec se nanaša na izvajalca v mreži javne zdravstvene službe (tj. javni zavod in koncesionar v skladu z ZZDej), izraz specialist pa na zdravnika specialista (v skladu z ZZDrS). Slednji zato v tem zakonu ne zajema drugih zdravstvenih delavcev s specialističnimi znanji.

Krajevna dostopnost se presoja po dejansko uporabni poti in prevoznih možnostih posamezne zavarovane osebe. Administrativna meja ali zračna razdalja ne pokažeta nujno, ali lahko zavarovana oseba ponujeno zdravstveno obravnavo uporabi oziroma je zanjo primerna. Opredelitev omogoča presojo po kilometrih oziroma času poti, ob neustreznih prometnih povezavah ali težko dostopnem območju pa daje prednost času poti. S tem se povezujejo geografske razmere in konkretne okoliščine dostopa, ne da bi se pavšalno določila enaka razdalja kot ustrezna za vse osebe in storitve.

Pojem nedopustno čakajoče zavarovane osebe omogoča prepoznavanje oseb, za katere je zakonska meja čakanja že presežena. Razlikovati ga je treba od položaja, ko zavarovana oseba meje še ni presegla, vendar ji je določen tako oddaljen termin, da je preseganje utemeljeno pričakovati; tudi ta položaj sproži preverjanje po 17. členu predloga zakona. Uporaba obeh izrazov ostaja povezana z vrsto storitve, stopnjo nujnosti in izjemami, ki jih predvideva ZPacP.

Nerealizirani obseg programa se ugotavlja s primerjavo pogodbeno dogovorjenega in dejansko izvedenega (realiziranega) obsega programa v istem obdobju, ob upoštevanju s pogodbo dogovorjene dinamike. Obseg programa se pri tem nanaša na podvrste zdravstvene dejavnosti, kot jih za potrebe določanja in plačevanja storitev opredeljujeta Uredba za leto 2026 in Pravilnik o vrstah zdravstvene dejavnosti. Namen opredelitve je omogočiti primerjavo vsebinsko primerljivega pogodbenega programa in njegove realizacije, ne pa seštevanja programov različnih vrst oziroma podvrst zdravstvene dejavnosti. Predlagatelj poudarja, da sama ugotovitev nerealizacije še ne pomeni, da je izvajalec zanjo odgovoren, saj se razlogi zanjo presojajo individualno v konkretnem upravnem postopku.

Ustrezen zgodnejši termin ni vsak prosti termin, temveč mora omogočati izvedbo zdravstvene storitve prej od že določenega termina oziroma okvirnega termina in biti primeren glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe, krajevno dostopnost in mrežo javne zdravstvene službe. ZZS mora pri iskanju termina vedno stremeti k zagotovitvi zdravstvene obravnave znotraj najdaljše dopustne čakalne dobe. Če takega termina kljub izvedenemu preverjanju ni mogoče zagotoviti, lahko zavarovani osebi ponudi termin, ki je vsaj zgodnejši od njenega obstoječega termina.

Ustrezna možnost proste izbire osebnega zdravnika zahteva dejansko možnost dostopa v razumnem času. Ponudba podatkov o zdravniku brez realne možnosti njegove izbire ne bi dosegla namena aktivne pomoči. Presoja ustreznosti upošteva zdravstvene potrebe zavarovane osebe, njeno prebivališče in krajevno dostopnost ter javno mrežo.

K 3. členu:

S predlogom tega člena se določa pravna narava Analize dostopnosti, ki je predvsem v obveznosti njene uporabe kot strokovne podlage za načrtovanje ukrepov. Analiza povezuje podatke o potrebah in razpoložljivih zmogljivostih ter omogoča izbiro ukrepa, prilagojenega dejanskemu vzroku.

Rok za sprejem in objavo do konca februarja umešča analizo na začetek letnega načrtovalskega cikla, pred pripravo Predloga ukrepov. Odgovornost za sprejem in objavo je na ZZS, ki razpolaga s podatki o pogodbenih programih in financiranju, pri drugih podatkih pa uporablja vire iz 4. člena predloga zakona. Javna objava omogoča vpogled v izhodišča odločanja, ne sme pa razkrivati podatkov zavarovanih oseb, tudi ne posredno prek preveč podrobnih kombinacij podatkov.

Možnost popravka ali dopolnitve analize preprečuje, da bi morale načrtovanje celotno koledarsko leto izhajati iz zastarelih ali naknadno popravljenih podatkov. Ker se popravek objavi po enakih pravilih, se ohranjata preglednost in sledljivost strokovnih podlag. Predvideni letni cikel prav tako ne preprečuje ukrepanja ob nujnih okoliščinah, za katere je namenjen 6. člen predloga zakona.

Tretji odstavek določa minimalno vsebino analize. Podatki o čakanju po vrstah zdravstvenih storitev in zdravstvenih regijah pokažejo obseg in prostorsko razporeditev pomanjkanja dostopnosti ter podpirajo določitev prednostnih storitev. Ločeno ugotavljanje odsotnosti posameznih vrst izbranega osebnega zdravnika preprečuje, da bi bila oseba, ki ima enega izbranega zdravnika (npr. splošne medicine) napačno obravnavana kot oseba z zagotovljenimi vsemi izbirami. Primerjava pogodbenega in izvedenega obsega programa pokaže, ali je problem v količini financiranega programa ali v njegovi dejanski izvedbi.

Ocena vzrokov in potreb po dodatnih zmogljivostih omogoča prehod od prikaza stanja k odločanju. Vključitev učinkov prejšnjih Programov dostopnosti pa zapira povratno povezavo: ukrep se ne nadaljuje samo zato, ker je bil uveden, temveč se njegovi rezultati uporabijo pri naslednji presoji. Več opravljenih storitev se tako preveri tudi z vidika dejanskega skrajšanja čakalne dobe in spremembe dostopnosti. Minister na predlog ZZZS določi podrobnejšo vsebino in metodologijo, da bodo analize med leti ter območji primerljive. Izvedbena ureditev konkretizira način obdelave in razlage podatkov, medtem ko pogoji za prenos programa, postopek izbire izvajalcev ali položaj zavarovanih oseb določa že predlog zakona.

K 4. členu:

Predlog 4. člena predloga zakona upošteva, da se velik del podatkov, potrebnih za spremljanje dostopnosti, že zbira pri ZZZS, NIJZ in drugih upravljavcih. Ponovno zahtevati iste podatke od izvajalcev bi pomenilo dodatno administrativno breme in povečalo možnost, da se za isto obdobje uporabljajo različne, medsebojno neusklajene različice. Prednost se zato daje uporabi obstoječih uradnih evidenc in drugih zakonito dostopnih zdravstvenih zbirk.

Prvi in drugi odstavek tega člena povezujeta razpoložljivost podatkov z omejitvijo novih zahtev do izvajalcev. ZZZS mora najprej uporabiti podatke, ki jih lahko zakonito pridobi iz opredeljenih virov. S tem se breme povezovanja obstoječih podatkov ne prelaga avtomatično na izvajalca, ki je svojo obveznost vnosa ali poročanja že izpolnil. Obstoj podatka v neki zbirki pa ni sam po sebi dovoljenje za dostop ali za uporabo zunaj zakonitega namena.

Neposredna zahteva ZZZS izvajalcu iz tretjega odstavka je rezervna možnost, kadar potrebnih podatkov ni mogoče pridobiti iz obstoječih virov. Vsebinsko je pogojena z nujnostjo za pripravo analize. Določbe zato ni mogoče uporabiti kot pravno podlago za splošno zahtevanje dodatne dokumentacije, ki z ugotavljanjem dostopnosti ni povezana in kadar taka pridobitev ni nujna (tj. brez nje analize ni mogoče ustrezno pripraviti). Hkrati pa določba zagotavlja, da morebitna podatkovna vrzel ZZZS ne onemogoča priprave analize.

Četrti odstavek določa posebno varovalko za pridobivanje podatkov od drugih upravljavcev in izvajalcev: za ta analitični namen se pridobivajo zbirni anonimizirani podatki. Analiza obravnava vzorce dostopnosti in zmogljivosti, zato zanje ni potrebna identifikacija posameznega pacienta. To ureditev je treba ločiti od aktivnega ponujanja termina konkretni osebi, kjer so potrebni osebni podatki in veljajo posebne določbe 18. in 40. člena predloga zakona. Analitični namen torej ni nadomestna zakonska podlaga za obdelavo osebnih podatkov.

K 5. členu:

Analiza stanja sama ne zagotovi izboljšanja dostopnosti. Predlog ukrepov je zato vmesni člen med ugotovljenimi vzroki in odločitvijo o konkretni izvedbi. Namen te določbe je preprečiti, da bi se letno spremljanje zaključilo s poročilom o stanju, ne da bi bili določeni odgovorni nosilci, izvedljivi odzivi in pričakovani rezultati.

Prvi odstavek določa, da je pristojnost priprav predloga ukrepov na ZZZS, ki pri njegovi pripravi poleg letne analize lahko uporabi novejša podatke in druge strokovne podlage. S tem se ohranja aktualnost predloga, zlasti kadar se po obdobju, ki ga zajema analiza, pojavijo izpadi kadra, spremenjene potrebe ali nove zmogljivosti. Dodatne podlage analize ne nadomeščajo brez razloga, ampak dopolnijo dejansko stanje, na katerem temelji odločanje.

Obvezne sestavine predloga ukrepov, ki jih določa drugi odstavek, omogočajo preverjanje povezave med težavo in rešitvijo. Utemeljitev ukrepa mora pokazati, zakaj je primeren za ugotovljeni vzrok; merljivi cilji in pričakovani rezultati omogočajo poznejšo presojo uspešnosti. Določitev nosilcev in rokov preprečuje razpršitev odgovornosti, finančna ocena in predlog virov pa omogočata presojo izvedljivosti. Predlog sam še ne dodeljuje sredstev ali spreminja pogodb, saj je za to treba uporabiti ustrezne odločitve in postopke.

Rok 31. marca v posameznem koledarskem letu iz tretjega odstavka nadaljuje časovno zaporedje analize, ki je objavljena konec februarja. Posredovanje ministrstvu, NIJZ, strokovnim organizacijam in nevladnim organizacijam s področja pacientovih pravic omogoča široko seznanjenost s predlaganimi ukrepi. Gre za seznanitev, ne za pogoj soglasja prejemnikov.

Uporaba predloga pri pripravi smernic zdravstvene politike povezuje operativne ugotovitve in predloge ZZZS s sistemskim načrtovanjem ministrstva, ki se nanaša na poznejše določanje programov v skladu z ZZVZZ. Tako se lokalni ali storitveni primanjkljaj lahko upošteva tudi pri širših odločitvah o razporeditvi programov in zmogljivosti.

K 6. členu:

Letni načrtovalski cikel ne sme povzročiti odlašanja, ko se dostopnost nenadoma poslabša ali ko grozi prekinitev izvajanja javne zdravstvene službe. Določba zato omogoča, da ZZZS uporabi druge preverljive strokovne podlage, ne da bi moral čakati na naslednjo Analizo dostopnosti in Predlog ukrepov. Izraz nujnosti zajema tudi preventivno ukrepanje, s katerim se prepreči izpad še delujoče storitve, ne samo odpravljanje posledic že nastale prekinitve.

Taka okoliščina je lahko na primer napovedana izguba ključne kadrovske zmogljivosti, zaradi katere bi bilo ogroženo nadaljevanje obravnave na območju. Za uporabo določbe ni dovolj abstraktna želja po dodatnem programu. Strokovna podlaga mora opredeliti prizadeto dejavnost ali storitve, obseg zmanjšane dostopnosti, razloge za odziv in pripravljavca. Te sestavine omogočajo preverjanje, na katerih ugotovitvah je temeljila presoja nujnosti.

Možnost ukrepanja zunaj rednega cikla ne pomeni izjeme od pogojev posameznega ukrepa. ZZZS lahko sprejme samo ukrepe iz svoje pristojnosti ter mora spoštovati pravila o prenosu programa, potrebnih soglasjih, pogodbah in financiranju. Določba zato ne ustvarja splošnega pooblastila za izredno odločanje mimo ostalih varovalk zakona.

Naknadna vključitev izvedenih ukrepov v naslednjo analizo in predlog omogoča, da se nujno ukrepanje ne izgubi iz rednega spremljanja. Tako so tudi takšne odločitve povezane z oceno potreb in učinkov, njihova uporaba pa je vidna pri nadaljnjem načrtovanju. Nujni in redni mehanizem sta zato del istega sistema, ne dva nepovezana načina financiranja.

K 7. členu:

Člen določa, kako mora ZZZS ugotovitve o zmanjšani dostopnosti prevesti v izbiro ukrepov. Izhodišče je razlog iz uvoda, da dodatno financiranje ni vedno ustrezen prvi odziv: čakalna doba je lahko posledica neizkoriščenih zmogljivosti ali nerealizacije že pogodbeno dogovorjenega programa. Najprej je zato treba preveriti, kaj je mogoče doseči z učinkovitejšim izvajanjem obstoječih obveznosti.

Prvi odstavek navezuje dolžnost preverjanja na ugotovitve Analize dostopnosti, Predloga ukrepov ali drugih strokovnih podlag. Ne gre za avtomatično uvedbo kateregakoli ukrepa ob vsakem poslabšanju, ampak za obveznost strokovno utemeljene presoje. Ta mora upoštevati, katere zmogljivosti obstajajo, kateri program je že dogovorjen in v kakšnem času je mogoče izboljšanje dejansko doseči.

Zaporedje iz drugega odstavka najprej usmerja v učinkovitejšo uporabo in prerazporeditev programov, nato v prenos nerealiziranega programa, povečanje obsega pri obstoječih izvajalcih ter druge predvidene ukrepe. Namen vrstnega reda je vnaprej predvidljiva shema ukrepanja, odgovorna uporaba javnih sredstev in preprečevanje vzporednega financiranja brez predhodne presoje obstoječih možnosti. Ker določba zahteva preverjanje možnosti, ne pomeni, da bi bilo treba vsak očitno neizvedljiv ukrep najprej dejansko izvesti in šele nato uporabiti naslednjega.

Program dostopnosti pride v poštev, ko predhodno preverjene možnosti ne omogočajo ustreznega povečanja dostopnosti. S tem se utemlji njegova dodatna in ciljno usmerjena narava. Priprava predloga še ne nadomesti uvedbe programa in predhodnega soglasja ministra iz prvega odstavka 10. člena predloga zakona.

Če ZZZS dostopnosti ne more zagotoviti v okviru predlogov iz tega zakona, mora o tem obvestiti ministrstvo in predlagati (druge) sistemske ukrepe. Ta pot je pomembna zlasti pri dolgotrajnih kadrovske ali infrastrukturnih omejitvah. S prenosom informacij in predlogov se preprečuje, da bi razmejitev pristojnosti postala razlog za opustitev ukrepanja, obenem pa ZZZS ne pridobi pristojnosti, ki jih zakon nalaga drugim organom.

K 8. členu:

Prenos nerealiziranega programa je namenjen temu, da pogodbeno dogovorjene storitve ne ostanejo neopravljene tam, kjer jih zavarovane osebe potrebujejo, če jih lahko zagotovi drug izvajalec v javni mreži. V ospredju je izboljšanje dostopnosti z uporabo obstoječega programskega in finančnega okvira, ne kaznovanje prvotnega izvajalca. Prenese se neizvedeni del, prevzemnik pa mora imeti dejanske prostorske, opremske in kadrovske zmogljivosti; zgolj sprememba pogodbenega nosilca brez možnosti izvedbe ne bi dosegla namena.

Začasni prenos temelji na kombinaciji nezadostne realizacije in težav z dostopnostjo do istih storitev. Šestmesečno zaporedno obdobje v posameznem koledarskem letu omejuje vpliv kratkotrajnih nihanj, upoštevanje dogovorjene dinamike pa preprečuje napačno presojo programov, ki niso načrtovani enakomerno po mesecih. Prag manj kot 90 odstotkov pomeni merljivo odstopanje. Samo nižja realizacija brez drugega zakonskega pogoja glede čakanja za ta začasni ukrep ne zadošča.

Rok za začetek postopka od ugotovitve pogojev zagotavlja, da ZZS ob prepoznanem problemu ne ostane zgolj pri spremljanju podatkov. Tridesetdnevni rok je rok za začetek postopka, ne za njegovo dokončanje. Izvedba je odvisna tudi od seznanitve izvajalca, njegove izjave, poskusa sporazuma in nadaljnjih pogodbenih dejanj iz 9. člena predloga zakona.

Trajni prenos je v četrtem odstavku zasnovan na način, da je odločilna ugotovitev, da izvajalec dela programa iz razlogov trajne narave ne more več zagotavljati. Zato ni treba čakati na iztek obdobja, določenega za začasni prenos, ali predhodno izvesti začasnega ukrepa. Primer upokojitve je treba razumeti v povezavi s posledico za izvajanje programa. Upokožitev posameznega delavca sama ne izkaže trajne nezmožnosti, če lahko izvajalec zagotovi nadomestitev. Smisel ukrepa je odziv na trajen izpad zmožnosti, ne na vsako trajno osebno okoliščino zaposlenega pri izvajalcu.

Pri odločitvi in obsegu posega je treba presoditi tudi razloge, na katere izvajalec ni mogel vplivati. Dolgotrajna odsotnost, starševski dopust, izguba ključnega kadra (npr. odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti) ali izredne okoliščine niso samodejna izjema, zaradi katere bi morale osebe ostati brez obravnave. So pa pomembne za oceno, ali je primeren začasen ali trajen odziv, kolikšen del programa je oziroma bo dejansko nerealiziran in koliko časa bo težava predvidoma trajala. Tako se razlikujeta varovanje dostopnosti do zdravstvene obravnave in pripisovanje odgovornosti za izpad.

Število čakajočih zavarovanih oseb, obseg razpoložljivih zmogljivosti, kakovost in varnost ter presoja vpliva prenosa programa za trajno, usklajeno in nemoteno opravljanje javne zdravstvene službe preprečujejo, da bi bila odločitev samo računska posledica odstotka realizacije. Prenos ne sme odpraviti ene ovire tako, da pri prevzemniku povzroči preobremenitev ali na območju dolgoročno oslabi nujno in neprekinjeno zdravstveno varstvo. Merila zahtevajo presojo vpliva na javno mrežo in na dejansko izvedljivost zdravstvenih storitev.

Podzakonska ureditev poenoti ugotavljanje realizacije ter uporabo meril in postopkovnih podrobnosti. Njena funkcija je primerljiva uporaba zakonskih pogojev, ob zakonsko že določenih razlogov za prenos pogodbenega obsega. V povezavi z 9. členom predloga zakona je tako predvideno zaporedje od preverljivih podatkov in individualne presoje do konkretne pogodbene izvedbe.

K 9. členu:

Ker prenos programa vpliva na pravice in obveznosti izvajalca ter posega v njegov pravni položaj, predlog člena določa postopek njegove izvedbe. Pisna seznanitev z ugotovitvami in osemndnevni rok za izjavo omogočata preverjanje podatkov o realizaciji ter pojasnitev razlogov za odstopanja, omogočata pa tudi pravico do izjave. Izvajalec lahko opozori na dogovorjeno dinamiko, napačne podatke ali dejanske možnosti za ponovno zagotavljanje programa. Prednost sporazumnemu zmanjšanju pogodbenega obsega omogoča usklajevanje organizacijskih in finančnih posledic brez enostranskega posega. Petnajstdnevni rok po izteku roka za izjavo preprečuje nepredvidljivo odlašanje s pogajanjem. Če sporazuma ni, zakon omogoča pisno in obrazloženo delno odpoved s tridesetdnevnim odpovednim rokom. Omejitev na zadevni del pogodbe ohranja izvajanje preostalega programa, obrazložitev pa omogoča preverljivost razlogov za poseg. Soglasje ministrstva pri trajnem prenosu predstavlja dodatno varovalko utemeljenosti ukrepa, ki dolgoročneje spreminja razporeditev programa v javni mreži.

Na strani prevzemnika je potrebna sprememba pogodbe. Prenos ni samo sprememba evidence o nosilcu programa, temveč mora biti preveden v obseg, financiranje in obveznosti njegove dejanske izvedbe. Omejitev na sredstva nerealiziranega programa preprečuje, da bi se isti preneseni obseg financiral kot nov dodatni program, ne da bi bil ustrezno zmanjšan pri prvotnem izvajalcu.

Omejitev na vrsto dejavnosti in obseg, za katerega prevzemnik opravlja javno zdravstveno službo, varuje povezavo s področno ureditvijo javne mreže in koncesij v ZZDej. Pogodbeno financiranje samo po sebi ne nadomešča dovoljenja ali druge potrebne pravne podlage za izvajanje javne službe. Izbira izvajalca z ustreznimi in zadostnimi zmogljivostmi zato ne pomeni neomejene možnosti razširjanja njegove zdravstvene dejavnosti.

Posebno varstvo čakajočih preprečuje, da bi morali zaradi sistemske prerazporeditve začeti naročanje od začetka. Ob sprejemu ponudbe se prenesejo podatki, pomembni za vrstni red, vključno s prvotnim časom vpisa in stopnjo nujnosti. Ohranitev teh podatkov ne zagotavlja istega zaporednega mesta med drugimi pacienti pri prevzemniku, temveč upoštevanje že pridobljene čakalne dobe po pravilih ZPacP. Nova napotna listina se ne zahteva samo zaradi spremembe izvajalca; izjema ostajajo medicinski razlogi.

Peti odstavek razlikuje med ohranitvijo uvrstitve pri prvotnem izvajalcu in evidentiranjem nedopustnega čakanja po zavrnitvi ponudbe. Oseba zaradi zavrnitve ne izgubi mesta na čakalnem seznamu, predlog pa za tak primer določa, da se ne obravnava več kot nedopustno čakajoča. Namen evidentiranja je razločiti

ponujeno možnost izvedbe od odločitve ostati pri prvotnem izvajalcu. Ta določba ne pomeni, da je bila zdravstvena storitev že opravljena ali da se sme izbrisati podatek o dejanskem čakanju. Pri razlagi je treba upoštevati, da je postopek prenosa programa samostojen in neodvisen glede na postopek ponujanja zgodnejšega termina po 18. členu predloga zakona.

K 10. členu:

Program dostopnosti je dodatni mehanizem za položaje, v katerih dostopnosti do določene storitve ni mogoče zagotoviti z drugimi ukrepi. Uvod opozarja na omejitve prejšnjih interventnih razpisov in plačevanja povečane realizacije brez zadostne povezave z dejanskimi učinki na čakanje. Predlog zato vzpostavlja trajno zakonsko možnost ukrepanja, medtem ko je vsak posamezni program časovno, vsebinsko in finančno omejen. Trajnost mehanizma ne pomeni trajnosti vsakega programa.

Podlaga za uvedbo so lahko letna analiza ali drugi aktualni podatki in strokovne podlage. S tem je omogočen odziv tudi med letom, vendar mora biti izkazano, zakaj drugi ukrepi ne zadoščajo. Program uvede ZZS, predhodno soglasje ministra pa povezuje njegovo operativno odločitev s širšo zdravstveno politiko. Uvedbe ni mogoče enačiti že s pripravo Predloga ukrepov ali s predlogom samega programa.

Najdaljše dveletno obdobje preprečuje, da bi dodatno financiranje brez nove presoje postalo trajna vzporedna ureditev. Hkrati omogoča obdobje, v katerem se lahko organizira dodatno izvajanje in ocenijo njegovi učinki. Trajanje mora biti povezano z ugotovljeno potrebo; določba ne pomeni, da mora vsak program trajati dve leti ali da ga pred tem ni mogoče zaključiti.

Obvezna vsebina sklepa zagotavlja določljiv predmet ukrepa. Vrsta zdravstvenih storitev in območje njenega izvajanja določita, katera vrzel se odpravlja, opis razlogov in podatkov omogoča preverjanje utemeljenosti, obseg in obdobje pa omejita naročeno dodatno izvajanje. Okvir sredstev in način izbire izvajalcev povežeta strokovno potrebo s finančno in postopkovno izvedljivostjo. Podrobnejše obveznosti posameznega izvajalca se nato konkretizirajo v pogodbi.

Sprememba, delni zaključek ali zaključek programa na podlagi aktualnih podatkov omogočajo prilagajanje dejanskim potrebam. Če se dostopnost na določenem območju ali pri delu storitev izboljša, ni treba ohranяти celotnega prvotnega ukrepa. Javna objava programa in ocene učinkov omogoča povezano spremljanje razlogov za uvedbo in rezultatov, pri čemer se iz objave izločijo varovani podatki. Preglednost je tako sestavni del odgovornosti za uporabo dodatnih zmogljivosti in sredstev.

K 11. členu:

Povečanje obsega storitev je za zavarovane osebe koristno le, če ga izvajalec lahko zagotovi poleg rednega pogodbenega programa in ob nespremenjenih zahtevah glede strokovnosti ter varnosti. Člen zato pogojuje sodelovanje v Programu dostopnosti z dejansko vključenostjo v javno mrežo za zadevne storitve in z izpolnjevanjem prostorskih, opremskih, kadrovskih ter drugih predpisanih pogojev iz ZZDej. Sam interes izvajalca ali podpis pogodbe ne moreta nadomestiti teh pogojev.

Zahteva, da dodatni program ne ogroža rednega izvajanja, preprečuje navidezno povečanje dostopnosti. Prenos istih zaposlenih in terminov iz rednega programa v dodatni program bi lahko izboljšal prikaz ene vrste storitev, hkrati pa podaljšal čakanje drugje. Pri presoji je zato pomembno, ali izvajalec ob svojih obstoječih obveznostih res razpolaga s potrebnimi zmogljivostmi. Uvod s tem povezuje tudi spoštovanje delovnega časa in počitka; dodatno financiranje ne odpravlja drugih omejitev zakonitega dela.

Pogodba z ZZS je podlaga za konkretno izvajanje programa, ne pa akt o podelitvi ali spremembi koncesije. Razlikovanje varuje sistemsko ureditev javne zdravstvene službe: koncesionar zaradi vključitve v program ne pridobi avtomatično nove dejavnosti ali širše koncesije. Kadar bi izvedba zahtevala poseg v koncesijsko razmerje, ga ni mogoče nadomestiti samo s pogodbo o financiranju.

Tretji odstavek ohranja uporabo drugih obveznih postopkov izbire glede na predmet, vrednost in naravo razmerja. Javni poziv po tem zakonu zato ni splošna izjema od javnega naročanja po Zakonu o javnem naročanju (ZJN-3) ali koncesijskih postopkov iz ZZDej. Ta varovalka odgovarja tudi na opozorilo v uvodu glede razmerja do prava Evropske unije: poimenovanje postopka ne more samo določiti, katera pravila izbire se uporabljajo.

Ločena evidenca opravljenih storitev omogoča razlikovanje med rednim in dodatnim programom. Potrebna je za preverjanje realizacije, pravilnosti obračuna, prepovedi dvojnega financiranja in poznejšo oceno učinkov. Bistvo je prepoznavnost storitev v okviru Programa dostopnosti, ne ustvarjanje nepovezanih podatkovnih sistemov. Evidenčna obveznost se uporablja skupaj z določbami o enkratnem vnosu in zakonitosti obdelave podatkov.

K 12. členu:

Izbira izvajalcev mora biti pregledna in povezana s ciljem dejanskega povečanja dostopnosti. Javni poziv omogoča, da so zainteresirani izvajalci seznanjeni z enakimi informacijami o obsegu storitev, pogojih sodelovanja in načinu izbire. V primerjavi z v uvodu opisanimi interventnimi modeli se ključne sestavine postopka določijo že v zakonu, zato ni vse prepuščeno posamezni objavi. Izjema od javnega poziva ostaja mogoča, kadar drug zakon zahteva drugačen postopek.

Obvezna vsebina poziva iz drugega odstavka zajema tako predmet programa kot pot do sklenitve pogodbe. Navedba vrste, obsega, območja in začetka izvajanja omogoča presojo, ali lahko ponudnik storitve zagotovi. Rok, način in naslov predložitve preprečujejo negotovost glede pravočasnosti sodelovanja, pogoji in dokazila pa vnaprej določijo, kaj je treba izkazati. Objavljena merila ter način in rok odločanja omogočajo preverjanje izbire, vzorec pogodbe pa seznanitev z bodočimi obveznostmi, preden se ponudnik prijavi.

Izjava o zmogljivostih in nemotenem rednem programu usmerja ponudnika v presojo dejanske izvedljivosti. Ne gre samo za zatiranje splošne usposobljenosti, temveč za zagotovitev, da dodatne storitve ne bodo nadomestile njegovih že prevzetih obveznosti. Izjava je del podlag za izbiro in poznejše pogodbeno spremljanje; ne spreminja materialnih pogojev za opravljanje zdravstvene dejavnosti.

Merila iz tretjega odstavka poudarjajo pričakovano povečanje dostopnosti, kakovost in varnost ter dodatne zmogljivosti. Namen ni izbrati ponudnika samo po objavljeni količini storitev, ampak presoditi, ali bo njihova izvedba koristila čakajočim in ali je organizacijsko vzdržna. Pričakovani učinek je povezan z ugotovljenimi potrebami programa, kakovost in varnost omejujeta zasledovanje količine, zmogljivosti pa omogočajo preverjanje realnosti ponudbe. Konkretna vsebina poziva mora omogočiti uporabo teh meril na primerljiv način.

Četrti odstavek predvideva pravno sredstvo: ugovor v osemdnevnem roku, ki omogoča ponudniku izpodbijanje odločitve. Petnajstdnevni rok za odločitev generalnega direktorja ZZZS je namenjen hitri razjasnitvi spora, da pravno varstvo ne bi po nepotrebnem odložilo izvedbe programa. Posebni ugovor je namenjen preverjanju pravilnosti izbire v okviru ZZZS. Ne nadomešča drugih pravnih poti, ki so glede na pravno naravo razmerja zagotovljene s splošno zakonodajo.

Predhodno soglasje ministra iz šestega odstavka zagotavlja nadzor konkretnega javnega poziva pred objavo. Omogoča preverjanje njegove povezanosti z uvedenim programom in zakonskim namenom. Odgovornost za izvedbo postopka izbire ostaja pri ZZZS.

K 13. členu:

Sklep o uvedbi Programa dostopnosti določa okvir ukrepa, s pogodbo pa ga določi konkretne obveznosti izbranega izvajalca. Namen obveznih sestavin je preprečiti, da bi se o bistvenih vprašanih izvedbe, plačila in nadzora dogovarjalo šele po začetku storitev. Pogodba zagotavlja tudi podlago za razlikovanje dodatnega programa od rednega pogodbenega razmerja.

Vrsta in obseg storitev, območje, lokacija ter obdobje izvajanja določijo, kaj mora izvajalec zagotoviti in kje lahko zavarovane osebe obravnavo dejansko uveljavijo. Cena oziroma način financiranja ter pogoji obračuna in plačila povezujejo ta obseg s finančnimi obveznostmi. Prostorski, kadrovski, tehnični in opremski pogoji omogočajo preverjanje, ali se program izvaja z zmogljivostmi, na katerih je temeljila izbira. Posebna ureditev rednega pogodbenega programa in zahtev kakovosti ter varnosti varuje obravnavo vseh pacientov, ki so na čakalnem seznamu izvajalca. Dodatni program ne sme biti dosežen s preusmeritvijo zmogljivosti, zaradi katere bi nastala nova nedostopnost pri rednih storitvah. Pogodbena opredelitev omogoča povezavo med obljubljen dodatno zmogljivostjo, organizacijo dela in nadzorom nad dejansko izvedbo.

Podatki, poročanje in ločene evidence zagotavljajo sledljivost izvajanja zdravstvenih storitev ter porabe sredstev. Kazalniki uspešnosti in način spremljanja povezujejo količino izvedbe z učinki na dostopnost, določitev nadzora pa preprečuje negotovost glede preverjanja obveznosti. Pri tem je treba razlikovati podatek o realizaciji od ocene, ali se je čakanje dejansko skrajšalo; prav zato pogodba predvideva obe ravni spremljanja.

Razlogi, pogoji in postopek spremembe oziroma prenehanja pogodbe omogočajo odziv na spremenjene potrebe in nepravilnosti, obveznost vračila pa varuje javna sredstva, ki so bila izplačana brez podlage. Vnaprej določena ureditev teh vprašanj je pomembna tudi za izvajalčevo predvidljivost. Pogodba mora konkretizirati zakonski okvir, ne ustvariti neomejenega upravičenja do enostranskih posegov.

Drugi odstavek ohranja določanje cene v okviru dogovora oziroma uredbe iz 63. člena ZZVZZ. Program dostopnosti torej ni samostojen sistem poljubnega oblikovanja cen zunaj splošnega vrednotenja

zdravstvenih programov. S tem se povezujejo primerljivost plačil, finančno načrtovanje in naknadna presoja stroška dodatno opravljene storitve.

K 14. členu:

Zdravstvene storitve Programa dostopnosti se financirajo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, ker gre za zagotavljanje obravnave v njegovem okviru, ne za novo samoplačniško možnost. Določba ločuje financiranje dodatnega izvajanja storitev od proračunskih ukrepov, namenjenih dolgoročnemu razvoju kadra in drugih zmogljivosti. Konkretni finančni tok se uresničuje prek pogodbe z ZZS.

Način in roki izstavljanja zahtevkov oziroma računov se določijo v pogodbi. S tem se obračunska ureditev lahko prilagodi vrsti in obdobju programa, hkrati pa je izvajalcu znana pred njegovo izvedbo. Povezava s pogodbeno določenim obsegom, evidencami in nadzorom omogoča preverjanje, za katero opravljeno storitev je plačilo zahtevano in ali zanjo obstaja ustrezna podlaga.

Prepoved dvojnega financiranja varuje sredstva vseh javnih virov. Dodatni program ne sme omogočiti, da bi bila ista storitev ponovno plačana samo zato, ker je obračunana pod drugim programskim imenom oziroma ukrepom. To varovalo se dopolnjuje z ločeno evidenco storitev, pogodbenimi pogoji plačila in možnostjo vračila neupravičeno izplačanih sredstev. Učinek prepovedi je tudi pravilnejša ocena stroškovne učinkovitosti, saj podvojeno financiranje ne bi smelo prikrivati dejanskega stroška ukrepa.

K 15. členu:

Nadzor ZZS je namenjen preverjanju, ali se Program dostopnosti izvaja v dogovorjenem obsegu in ali sredstva dosegajo namen, zaradi katerega je bil program uveden. Uvod opozarja, da je spremljanje same količine storitev brez jasnega nadzornega okvira nezadostno. Zato zakon neposredno povezuje pogodbo, realizacijo, obračun in možnost ukrepanja ob nepravilnostih.

Predmet nadzora ni omejen na formalni obstoj pogodbe ali računa. Preverjanje obveznosti in namenske porabe pokaže, ali je bil plačani obseg dejansko izveden za predvideni namen; pravilnost obračunov preprečuje neupravičena plačila. Spremljanje vpliva na redni program je potrebno, ker dodatne storitve ne smejo prikrivati izpada drugje. Pravilni posredovani podatki so obenem pogoj za zanesljivo oceno učinkov po 16. členu predloga zakona.

Nabor ukrepov omogoča odziv glede na naravo in težo ugotovljene nepravilnosti. Zahteva za odpravo v določenem roku je usmerjena v vzpostavitev pravilnega izvajanja. Začasno zadržanje plačila pomeni začasen finančni ukrep, zmanjšanje plačila pa poseg v njegovo višino; zato ju ni mogoče obravnavati kot zamenljivi dejanji brez povezave s konkretno kršitvijo. Če so bila sredstva že neupravičeno prejeta, je predvideno vračilo z zakonskimi zamudnimi obrestmi. Člen ne določa obveznega zaporedja uporabe vseh ukrepov, zahteva pa njihovo vsebinsko prilagoditev ugotovljenemu primeru.

Odstop od pogodbe oziroma predlog njene spremembe ali prenehanja je namenjen položajem, ko nadaljnje izvajanje v dogovorjeni obliki ni ustrezno. Taka odločitev se povezuje s pogodbenimi razlogi in postopki iz 13. člena predloga zakona. Pri presoji ni pomemben samo finančni položaj pogodbenih strank, temveč tudi posledica za zagotavljanje obravnave oseb, za katere je bil program uveden.

Predlog inšpekcijskega ali drugega nadzora iz ZZDej omogoča obravnavo nepravilnosti zunaj pogodbenega razmerja, ne da bi ZZS prevzel pristojnosti drugih nadzornih organov. Obveščanje koncedenta oziroma samoupravne lokalne skupnosti pri javnem zavodu na primarni ravni povezuje ugotovitve s subjekti, ki imajo naloge pri organiziranju javne mreže oziroma urejanju koncesijskih razmerij.

Obvestilo ministrstvu iz četrtega odstavka omogoča spremljanje zakonitosti izvajanja programa tudi na sistemski ravni. Ponavljajoče se nepravilnosti lahko opozorijo na pomanjkljivo zasnovo ukrepa, neustrezne podatke ali težave pri organizaciji izvajanja. Pogodbeni nadzor zato poleg odprave posamezne nepravilnosti prispeva tudi k odločanju o prihodnjih programih, ostaja pa ločen od prekrškovnega sankcioniranja.

K 16. členu:

Ocena učinkov odgovarja na vprašanje, ali je Program dostopnosti izboljšal dejanski položaj zavarovanih oseb in ali je bil tak rezultat dosežen z upravičeno porabo sredstev. Kot poudarja uvod, samo dodatno opravljena storitev še ne dokazuje zmanjšanja nedostopnosti. Člen zato dopolnjuje nadzor nad pravilnostjo izvajanja s presojo uspešnosti ukrepa.

Obseg dodatno opravljenih storitev pokaže neposredni rezultat izvedbe, spremembe števila čakajočih in čakalnih dob pa njegov pomen za dostopnost. Strošek na dodatno storitev omogoča presojo porabe glede na izvedeni obseg. Ti podatki se razlagajo skupaj: večja količina ob nespremenjenem čakanju lahko zahteva drugačen nadaljnji ukrep, ne avtomatičnega nadaljevanja enakega financiranja.

Podatki o kakovosti in varnosti preprečujejo, da bi se uspeh vrednotil samo po količini ali ceni. Enako pomemben je vpliv na redni pogodbeni program, saj izboljšanje pri dodatnem programu ne sme prikriti poslabšanja drugih obveznosti istega izvajalca. Strokovna ocena nadaljevanja, spremembe ali prenehanja na tej podlagi povezuje rezultate z nadaljnjim načrtovanjem; ni pa že sama odločitev o uvedbi, podaljšanju ali financiranju novega ukrepa.

ZZZS oceno pripravi po zaključku izvajanja, jo posreduje ministrstvu in javno objavi. Posredovanje omogoča uporabo pri smernicah, programskem in finančnem načrtovanju ter drugih sistemskih ukrepih. Potrditev ali soglasje ministra k posamezni oceni nista predvidena. Odgovornost za strokovne ugotovitve ostaja pri ZZZS, pristojni organi pa jih uporabijo kot podlago pri svojih odločitvah.

Pooblastilo ministru se nanaša na metodologijo in roke priprave. Enotna metodologija je pomembna za primerljivost programov in za dosledno razlikovanje med dejansko opravljenimi obravnavami, ponudbami terminov in spremembami v evidencah. Izvedbeni rok mora omogočiti pridobitev podatkov, a tudi dovolj hitro uporabo rezultatov pri nadaljnjem odločanju. Ne uvaja se novo ministrovo potrjevanje vsakega rezultata, temveč skupen način njegovega ugotavljanja.

K 17. členu:

Aktivno preverjanje zgodnejših terminov je odgovor na v uvodu opisan položaj, ko zavarovana oseba po prejemu oddaljenega termina sama išče drugega izvajalca ali se s čakanjem sprijazni, čeprav druge obstajajo proste zmogljivosti. Novi mehanizem prenese del organizacijskega bremena na nosilca obveznega zdravstvenega zavarovanja. Posebej pomemben je za osebe, ki zaradi zdravstvenega stanja, starosti, mobilnosti ali slabše informiranosti težje samostojno primerjajo možnosti obravnave.

Postopek preverjanja se sproži v dveh položajih: ko je določen termin ali okvirni termin že vnaprej zunaj dopustnega časovnega okvira in ko oseba med čakanjem dejansko preseže najdaljšo dopustno čakalno dobo. ZZZS zato ne sme čakati na dejansko prekoračitev, kadar je ta razvidna že iz ponujenega časa obravnave. Uporaba okvirnega termina zagotavlja, da mehanizem ni omejen samo na osebe z že določenim konkretnim datumom.

Izjeme, pri katerih se v skladu z ZPacP omejitev najdaljše dopustne čakalne dobe ne uporablja, ostajajo ohranjene. Iskanje poteka v mreži javne zdravstvene službe in ob upoštevanju vrstnega reda ter meril obravnave. ZZZS s tem ne prevzame klinične presoje o potrebnosti storitve ali določanja stopnje nujnosti in ne dobi pooblastila za poljubno spreminjanje prednosti med pacienti.

Cilj preverjanja je konkretna, izvedljiva ponudba. Prednost ima termin, ki omogoča spoštovanje najdaljše dopustne čakalne dobe. Kadar tak termin ni na voljo, opredelitev ustreznega zgodnejšega termina dopušča vsaj zgodnejšo obravnavo, ki je primerna za posamezno osebo. Preverjanje samo ne spremeni njenega izvajalca ali že obstoječe uvrstitve; način ponudbe in pravne posledice njenega sprejema, zavrnitve ali neodzivnosti so urejeni posebej v 18. členu predloga zakona.

K 18. členu:

Člen ureja prehod od ugotovitve razpoložljivega termina k ponudbi konkretni zavarovani osebi. Njegov namen je povezati učinkovitejšo uporabo prostih zmogljivosti z varovanjem že obstoječe uvrstitve in možnostjo informirane odločitve. Zavarovana oseba mora razumeti ne samo, da je obravnava mogoča prej, temveč tudi, kje bo opravljena, ali je zanjo dosegljiva ter kakšne posledice ima njen odziv.

Obvezna vsebina ponudbe, ki jo določa prvi odstavek, omogoča presojo zdravstvene in praktične ustreznosti. Podatki o storitvi, izvajalcu, kraju in času opredelijo dejansko možnost izvedbe; podatek o spoštovanju najdaljše čakalne dobe razlikuje pravočasno obravnavo od zgolj relativno zgodnejše. Navedba roka, načina odziva in posledic preprečuje, da bi oseba odločitev sprejela brez poznavanja vpliva na prvotni termin. Podatkov o novi možnosti ni mogoče nadomestiti z obvestilom, naj oseba sama ponovno išče prostega izvajalca.

Konkretni rok za sprejem se določi za posamezno ponudbo glede na časovno oddaljenost termina, znotraj zakonskih meja od dveh do 15 dni. Minimum varuje čas za seznaitve in organizacijo obiska, maksimum pa omejuje predolgo zadrževanje termina, ki bi ga lahko uporabil drug čakajoči. Bližji termin praviloma zahteva hitrejši odziv, vendar zaradi tega ni mogoče odpraviti zakonskega minimuma. Ureditve ni nov rok za prvo predložitev napotnice, temveč rok za odziv osebe, ki je že uvrščena na čakalni seznam.

Predlagano besedilo neodzivnosti pripisuje učinek sprejema. Namen te rešitve je omogočiti nadaljnjo izvedbo ponujene obravnave tudi brez izrecne potrditve, vendar ima pomembne posledice za zavarovano osebo. Zato je zlasti pomembna povezava z obveznostjo učinkovitega obveščanja in jasno pojasnjenimi

posledicami odziva. Zakonska domneva se nanaša na sprejem termina, ne na privolitev v sam medicinski poseg ali na strokovno presojo njegove potrebnosti.

Potrditev novega termina mora pred odpovedjo starega in črtanjem pri prvotnem izvajalcu zagotoviti, da oseba med usklajevanjem ne ostane brez obravnave. To velja tudi, kadar sprejem nastopi na podlagi domneve iz prvega odstavka. Določba hkrati omejuje podvajanje aktivnih terminov, vendar daje prednost varnosti prenaročitve pred prezgodnjim črtanjem prvotnega vpisa. Ob pravočasni zavrnitvi se prosti termin ponudi naslednji upravičeni osebi ob upoštevanju vrstnega reda in stopnje nujnosti.

Izrecna zavrnitev drugega izvajalca ne povzroči odpovedi prvotnega termina ali izgube uvrstitve. Varovalka ohranja možnost daljšega čakanja pri prvotno izbranem izvajalcu, če se oseba tako odloči. Ločeno se ureja statistično evidentiranje: samo če je bil ponujen ustrezen termin znotraj najdaljše dopustne čakalne dobe in je bil zavrnjen brez objektivno opravičljivega razloga, se oseba od dneva ponujenega termina ne všteva več med nedopustno čakajoče. Samo ponudba prejšnjega, a še vedno (pre)poznega termina te posledice ne povzroči.

Ohranitev podatkov o dejanskem trajanju čakanja in preteklem preseganju omogoča razlikovanje med izboljšanjem obravnave in spremembo označitve zaradi izbire osebe. Nevštevanje ne pomeni, da je bila storitev opravljena ali da čakalna doba v preteklosti ni bila presežena. To je pomembno za verodostojnost analize dostopnosti in vrednotenja uspeha ukrepov, saj statistična sprememba ne sme nadomestiti podatka o dejansko doseženi obravnavi.

Objektivno opravičljiv razlog je okoliščina, na katero zavarovana oseba ni mogla vplivati in ji onemogoča uporabo ponujenega termina. Tak razlog je lahko zlasti, če je zavarovana oseba v času ponujenega termina že naročena na drugo zdravstveno storitev, če ponujena zdravstvena storitev zahteva predhodno pripravo, preglede ali preiskave, ki jih do ponujenega termina ni mogoče opraviti, če zdravstveno stanje zavarovane osebe začasno onemogoča izvedbo zdravstvene storitve ali če druge objektivne okoliščine, povezane z njeno mobilnostjo ali zdravstvenim stanjem, preprečujejo prihod k izvajalcu. Objektivno opravičljiv razlog je treba presojati glede na okoliščine konkretnega primera in ne zgolj glede na pripravljenost zavarovane osebe, da zamenja izvajalca.

Če zavarovana oseba ponujeni termin zavrne iz objektivno opravičljivega razloga, ZZS nadaljuje aktivno iskanje drugega ustreznega zgodnejšega termina. Če ga zavrne brez takega razloga, se šteje, da je ZZS glede konkretne ponudbe izpolnil svojo obveznost aktivnega zagotavljanja termina. Ta posledica ni enaka prenehanju vštevanja zavarovane osebe med nedopustno čakajoče. Takšna posledica nastopi le, če je bil ponujen termin znotraj najdaljše dopustne čakalne dobe, kar izrecno določa peti odstavek tega člena.

Učinkovito obveščanje mora doseči tudi osebe, ki digitalnih poti ne morejo uporabljati. Nedigitalna pot je zato potrebna, kadar bi drugačen način osebo dejansko izključil iz možnosti odziva. Pri elektronskih sporočilih ostanejo omejitve glede razkrivanja zdravstvenih podatkov. Zbirka DOS in drugi zakonito dostopni podatki so sredstva za izvedbo konkretnih nalog, ne pooblastilo za neomejeno zbiranje. Prepoved nove trajne zbirke preprečuje podvajanje zdravstvenih informacijskih zbirk, prehodno uporabo podatkov pa podrobneje ureja 40. člen predloga zakona.

Pravilnik ministra zagotavlja poenotena merila ustreznosti, opravičljive razloge in praktično izvedbo ponujanja ter usklajevanja. Tako je mogoče doseči primerljivo obravnavo oseb pri različnih izvajalcih. Postopek mora ostati povezan z zdravstvenim stanjem, krajevno dostopnostjo in varstvom podatkov, ne zgolj z najzgodnejšim datumom v informacijskem sistemu.

K 19. členu:

Določba ohranja pravico do proste izbire osebnega zdravnika v sistemu obveznega zdravstvenega zavarovanja iz ZZZVZZ. Namen novih ukrepov ni nadomestiti pacientove odločitve z upravno razporeditvijo ali ustvariti samostojne pravice do kateregakoli zdravnika ne glede na pogoje proste izbire. Zakon nadgradi način pomoči pri uresničevanju obstoječe pravice, njeni vsebinski pogoji pa ostajajo povezani z ZZZVZZ.

Razmejitev je pomembna glede na v uvodu opisano razliko med izbiro osebnega zdravnika in obravnavo v dodatni ambulantni družinske medicine. Dodatna ambulanta lahko zagotavlja potrebno obravnavo v prehodnem obdobju, vendar ne pomeni, da je oseba že izbrala konkretnega osebnega zdravnika. Aktivna pomoč zato ni odveč zgolj zaradi obstoja te nadomestne možnosti.

Napotitev na ZZZVZZ hkrati preprečuje, da bi ponudba ZZS obšla pravila o izpolnjevanju pogojev proste izbire ali pristojnost zdravnika oziroma izvajalca. Pravna učinka ponudbe in opravljene izbire nista ista. Nadaljnja člena urejata aktivnost ZZS ter odziv na pomanjkanje ponudbe, ne avtomatičnega nastanka osebnega zdravniškega razmerja.

K 20. členu:

Uvodne ugotovitve o velikem številu neopredeljenih oseb in neenakomerni krajevni porazdelitvi zdravnikov utemeljujejo aktivno vlogo ZZZS. Informacija, da pravica do izbire obstaja, zavarovani osebi ne pomaga, če sama ne najde zdravnika, ki jo lahko sprejme. Zakon zato določa organizirano iskanje in ponudbo konkretnih ustreznih možnosti, ne pa zgolj napotitve na splošne sezname zdravnikov.

Aktivnost se nanaša samo na tisto vrsto ali tiste vrste izbranih osebnih zdravnikov, ki jih oseba nima. Če ima izbranega splošnega osebnega zdravnika, nima pa osebnega ginekologa, se pomoč usmeri v manjkajočo izbiro in ne v zamenjavo že izbranega zdravnika. Enako se presoja položaj otroka brez izbranega osebnega pediatra. S tem se podatki o neopredeljenosti povežejo s konkretnimi potrebami posameznika, ne z nediferencirano oznako, da je brez zdravnika.

Začetek po uradni dolžnosti zajema osebe, za katere ZZZS ugotovi, da zdravnika nimajo, in tiste, ki brez njega ostanejo. Predhodno dokazovanje, da je oseba sama neuspešno kontaktirala več izvajalcev, ni postavljeno kot pogoj. Petnajstdnevni rok za ponudbo omejuje čas pasivnosti po nastanku ali zaznavi položaja. Kadar je na voljo več ustreznih možnosti, ponudba najmanj treh omogoča resnično prosto izbiro; če jih je manj, ni podlage za prikaz neobstoječih možnosti.

Vsebina ponudbe mora omogočiti primerjavo in dejansko izvedbo izbire. Podatek o izvajalcu, zdravniku, kadar je določen, lokaciji ter načinu in roku izbire zmanjšuje tveganje, da bi bila pomoč samo formalna. S tem se zasleduje tudi cilj iz uvoda, da dostop ne bi bil odvisen od informacijskih spretnosti ali osebne socialne mreže. Ponudba sama osebe še ne opredeli pri zdravniku; odločitev ostane njena.

Tridesetdnevni rok za odziv omejuje trajanje posamezne aktivnosti ZZZS, ne trajanja pravice do izbire. Če oseba nobene ponujene možnosti ne sprejme, zakon določa izpolnitev obveznosti iz tega člena, vendar lahko izbiro pozneje še vedno uveljavlja. Posledico je treba povezati z obstojem ustrezne ponudbe. Položaj, ko ustreznih možnosti sploh ni, se razlikuje od prostovoljne neizbire in zahteva obravnavo iz 21. člena predloga zakona.

Prednost območju območne enote ZZZS glede na prebivališče je praktično izhodišče iskanja, ne absolutna omejitev. Kadar tam ni ustrezne možnosti, se iskanje razširi na druge območne enote ob upoštevanju krajeve dostopnosti. Administrativna meja ne sme preprečiti izbire bližnjega zdravnika na drugem območju. Razširitev se navezuje na odsotnost ustreznih možnosti doma, ne na avtomatično ponavljanje ponudb po vsaki zavrnitvi ustreznega zdravnika.

K 21. členu:

Aktivno ponujanje zdravnikov ne more odpraviti položaja, ko potrebnih zmogljivosti na območju ni. Člen zato povezuje individualno ugotovljeno odsotnost možnosti izbire s pripravo systemskega odziva. Namen je, da neuspešno iskanje ne ostane zgolj evidentirano, ampak sproži pripravo predloga Programa dostopnosti, usmerjenega v konkretno manjkajočo vrsto osebnega zdravnika.

Presoja se opravi po posameznih vrstah izbranih osebnih zdravnikov in območni enoti ZZZS glede na prebivališče zavarovane osebe. Iz tega izhaja, da se ukrep ne uvaža zaradi katerekoli odsotnosti izbire, ampak zaradi dejanske nemožnosti opredelitve na območju. Razlikovati je treba osebo, ki ustrezne možnosti ne sprejme, od osebe, ki ji je zaradi pomanjkanja ni mogoče ponuditi. Samo ponavljanje iskanja ali preusmerjanje na vse bolj oddaljene izvajalce ne odpravlja strukturne vrzeli v domači mreži.

Začetek priprave predloga še ni avtomatična uvedba ali financiranje programa. Upoštevati je treba pravila 10. člena predloga zakona, vključno s strokovnimi podlagami, časovno omejitvijo in predhodnim soglasjem ministra. Tako se ugotovljena potreba poveže z dejansko izvedljivim programom.

K 22. členu:

Administrativna razbremenitev je obravnavana kot ukrep povečanja dejanske zdravstvene zmogljivosti. Uvod ugotavlja, da podvajanje vnosa, poročanja in tehničnih opravil zmanjšuje čas za neposredno obravnavo. Namen člena ni odpraviti potrebno dokumentiranje ali nadzor, temveč organizirati delo tako, da zdravstveni delavec svojo strokovno usposobljenost uporablja predvsem tam, kjer je potrebna za pacienta. Prvi odstavek nalaga organizacijsko odgovornost izvajalcu. Razbremenitev zato ni prepuščena posameznemu delavcu ali njegovemu odločanju, katero obveznost bo opustil. Izvajalec mora povezati dokumentiranje, poročanje in druge postopke ter presoditi, katera opravila zahtevajo zdravstveno presojo in katera so tehnična. S tem se podpira cilj večjega deleža časa za obravnavo brez posega v zakonske obveznosti vodenja dokumentacije.

Drugi odstavek omogoča ustreznjšo razporeditev tehničnega dela. Vnos, prepisovanje in posredovanje že potrjenih podatkov ter tehnično izpolnjevanje obrazcev, pri katerem ni potrebna zdravstvena presoja, se

lahko organizirajo pri usposobljenem in pooblaščenem osebju ali avtomatizirajo. Takšna ureditev zahteva opredelitev nalog, omejitev dostopa do podatkov glede na naloge posamezne osebe in sledljivost obdelave. Prenos je dopusten le, če ne vpliva na strokovnost, kakovost in varnost zdravstvene obravnave. Prav tako ne pomeni, da se na drugo osebo prenaša odločanje o klinični vsebini ali druga naloga, za katero je po zakonu ali pravih stroke odgovoren zdravstveni delavec.

Informacijska nadgradnja iz tretjega odstavka mora podpirati poenostavitev, ne le pretvoriti papirnega podvajanja v elektronsko. Ponoven vnos iste vsebine v več aplikacij ali hkratno vzdrževanje nepotrebnih vzporednih postopkov ne dosežeta namena razbremenitve. Pri načrtovanju rešitev je zato pomembno celotno zaporedje dela, vključno s poročanjem in nadaljnjo uporabo podatka, ob spoštovanju zakonitih dostopov.

Četrti odstavek ohranja strokovno presojo in potrditev klinične vsebine pri zdravstvenem delavcu z ustrežno kvalifikacijo ter kompetencami. Tehnični prenos ali avtomatizacija ne prenašata zakonsko določenih strokovnih pristojnosti in odgovornosti. Oseba, ki prepisuje ali posreduje potrjeno vsebino, je ne sme vsebinsko spreminjati; tudi informacijska rešitev ni nadomestilo za odgovorno klinično presojo. S tem se zagotavlja, da časovni prihranek ne nastane na račun kakovosti zdravstvene odločitve.

Pooblastilo ministru za izdajo pravilnika omogoča primerljivo ugotavljanje bremen in minimalni organizacijski okvir njihovega zmanjševanja. Skupna merila so potrebna, ker se opravila in organizacija med izvajalci razlikujejo, učinkov pa ni mogoče presojati samo po številu uvedenih aplikacij ali prenesenih nalog. Podrobnejše spremljanje mora pokazati, ali je bil dejansko pridobljen čas za strokovno delo in ali so ostala v veljavi zahtevana varovala.

K 23. členu:

Številnih administrativnih obremenitev ni mogoče odpraviti samo z notranjo reorganizacijo posameznega izvajalca, ker izhajajo iz skupnih predpisov, obrazcev, pravil plačevanja in informacijskih zahtev. Stalna strokovna skupina je zato namenjena povezani obravnavi takih ovir ter pripravi predlogov, ki upoštevajo njihove posledice za celoten sistem. Njena stalnost omogoča spremljanje od zaznave problema do izvedbe in ocene učinka, ne le enkratnega zbiranja pobud.

Stalna strokovna skupina je strokovno-posvetovalno telo ministra, namenjeno pripravi strokovnih predlogov za zmanjševanje administrativnih obremenitev v zdravstvu. Pri pripravi predlogov upošteva veljavno razmejitev nalog in pristojnosti med organi, strokovnimi telesi ter nosilci javnih pooblastil.

Pri delu skupine je treba upoštevati zlasti razmerje do Zdravstvenega sveta iz 75. člena ZZDej, ki obravnava sistemska, razvojna in kadrovska vprašanja zdravstvenega varstva. Kadar se predlogi skupine nanašajo na področje delovanja Zdravstvenega sveta, drugega strokovnega telesa, nosilca javnega pooblastila ali drugega pristojnega organa, se pri njihovi nadaljnji obravnavi in uresničevanju zagotovita ustrezno sodelovanje in upoštevanje postopkov, določenih za ta organ oziroma telo. V delo se glede na vsebino obravnavanih vprašanj vključijo tudi pristojne zbornice, strokovna združenja in drugi deležniki.

Naloge skupine povezujejo spremljanje dejanskih bremen, obravnavo pobud izvajalcev in drugih deležnikov ter pripravo sprememb predpisov, organizacije dela in informacijskih rešitev. Predlog letnega programa pobude prevede v izvedljive ukrepe, spremljanje izvajanja in letna ocena pa omogočata ugotovitev, ali so se obremenitve res zmanjšale. Poleg prihranka časa se presojajo tudi dostopnost, kakovost in varnost, da poenostavitev ne bi povzročila novih tveganj.

Dvanajstčlanska sestava združuje normativni, zavarovalniški, podatkovni, izvajalski, strokovni in uporabniški vidik. Predstavniki vseh treh ravni zdravstvene dejavnosti omogočajo presojo, ali ukrep breme res odpravlja ali ga samo prenese na drugo raven. Zbornice z javnimi pooblastili in strokovna združenja prispevajo poznavanje kompetenc in delovnih postopkov pri izvajalcih. Sodelovanje predstavnikov patientskih ter invalidskih organizacij pa omogoča prepoznavanje posledic za osebe, ki jim lahko neustrezno zasnovana poenostavitev oteži uveljavljanje pravic.

Štiriletni mandat z možnostjo ponovnega imenovanja zagotavlja kontinuiteto in ohranjanje znanja o izvajanih ukrepih. Način predlaganja razlikuje predstavnike ministrstva, ZZS in NIJZ od predstavnikov, ki se izberejo po javnem pozivu. Javna objava za skupine iz 4. do 8. točke tretjega odstavka tega člena omogoča odprto predlaganje kandidatov različnih upravičenih organizacij. Sklep o imenovanju opredeli tudi izvedbene organizacijske pogoje dela.

Zahtevana znanja in izkušnje zagotavljajo, da je skupina delovno strokovno telo, ne samo seznam institucionalnih predstavnikov. Najmanj tridesetdnevni prijavni rok omogoča pripravo predlogov in dokazil, merila izbire med več kandidati pa povezujejo usposobljenost posameznika z uravnoteženo sestavo.

Obrazložitev izbire v sklepu omogoča preverjanje uporabe meril, različna poklicna in organizacijska zastopanost pa prispeva k izvedljivosti predlogov.

Razrešitev pred potekom mandata je omejena na določene razloge in ni prepuščena poljubni zamenjavi člana. Pravica do izjave pri neizpolnjevanju pogojev ali neudeležbi omogoča preverjanje okoliščin pred odločitvijo. Nadomestni član se imenuje po istem postopku samo za preostanek mandata, s čimer se ohranita način predstavnosti in skupni mandatni okvir.

K 24. členu:

Pravila delovanja zagotavljajo, da lahko zakonsko določena sestava skupine redno oblikuje strokovne predloge in zanje prevzame odgovornost. Predsednik izmed predstavnikov ministrstva povezuje delo s pristojnim resorjem, namestnik izmed drugih članov pa zagotavlja vključenost preostalih deležnikov v vodenje. Izvolitev z večino vseh članov zahteva podporo, ki presega naključno sestavo posamezne seje. Namestništvo omogoča sklicevanje in vodenje tudi ob odsotnosti predsednika.

Najmanj dve seji letno določata minimalno rednost dela, ne zgornje omejitve sestajanja. Sklepčnost in večina za sprejem odločitev sta ločeni vprašanji: navzočnost zadostnega števila članov omogoča obravnavo, odločitev pa zahteva večino vseh članov. Pri dvanajstčlanski skupini to pomeni podporo najmanj sedmih. Takšna ureditev daje prednost širše podprtim predlogom in ne predvideva odločilnega dodatnega glasu predsednika.

Obveznost preprečevanja nasprotja interesov je pomembna, ker predlagani ukrepi lahko vplivajo na delovne procese, informacijske rešitve in financiranje organizacij, iz katerih člani prihajajo. Vključitev zunanjih strokovnjakov omogoča obravnavo posebnih vprašanj brez spreminjanja zakonske sestave. Ti prispevajo znanje, nimajo pa položaja člana in glasovalne pravice; za oblikovane predloge ostaja odgovorna skupina. Strokovne podlage in zbirni podatki so namenjeni analizi sistemskih bremen. Podatki morajo biti v obliki, ki ne omogoča določitve posamezne zavarovane osebe ali zdravstvenega delavca. Skupina zato ne postane nov uporabnik individualnih zdravstvenih kartotek zaradi samega članstva ali posvetovalne naloge. Ministrstvo zagotavlja podlage v okviru svojih zakonitih pristojnosti, ne z neomejenim dodatnim zbiranjem podatkov.

Ministrska strokovna in administrativno-tehnična podpora omogoča organizacijo sej, pripravo gradiv in spremljanje izvedbe brez ustanavljanja samostojne organizacijske strukture zunaj ministrstva. Sredstva se načrtujejo v njegovem finančnem načrtu iz državnega proračuna. Določba o sejinah in povračilih se opira na napoteni predpis, ki velja za javne uslužbenke, ter ne določa samostojnih zneskov ali neomejenega plačevanja dela skupine.

Poslovnik stalne skupine konkretizira način sestajanja, pripravo gradiv, odločanje in sodelovanje strokovnjakov. Soglasje ministra omogoča preverjanje skladnosti notranjih pravil z zakonsko ureditvijo. Poslovnik ne more spremeniti sestave, zahtevane večine ali vsebinskih pristojnosti skupine, temveč omogoči njihovo predvidljivo vsakodnevno izvajanje.

K 25. členu:

Program administrativne razbremenitve spremeni splošni cilj zmanjševanja bremen v sklop konkretnih izvedbenih nalog. Uvod poudarja, da sama digitalizacija ali prenos opravila še ne dokazujeta prihranka časa. Zato mora biti za vsak ukrep razvidno, katero breme odpravlja, kdo ga bo izvedel, katere podlage potrebuje in kako bo mogoče preveriti učinek na neposredno zdravstveno obravnavo.

Oktobrski rok za predlog skupine in decembrski rok za sprejem programa omogočata pripravo pred začetkom naslednjega koledarskega leta. Nalogi sta vsebinsko ločeni: skupina pripravi strokovni predlog, minister sprejme program. Tako posvetovalno telo ne prevzame odgovornosti za odločitve o ukrepih, resor pa ima čas za presojo izvedljivosti in usklajitev organizacijskih ter finančnih pogojev.

Opis nepotrebne, podvojenega ali nesorazmernega postopka določi problem, opis ukrepa pa pokaže, ali se ga odpravlja, poenostavlja, digitalizira ali avtomatizira. Določitev nosilcev, sodelujočih subjektov in izvedbenih rokov preprečuje razpršitev odgovornosti. Ocenjuje vpliva na administrativni čas in dostopnost ločita notranji organizacijski rezultat od koristi za pacienta. Potrebna sredstva in njihovi viri omogočajo presojo izvedljivosti, izhodiščne ter ciljne vrednosti kazalnikov pa poznejšo primerjavo, ne zgolj opis aktivnosti.

Kadar je potreben predpis ali drug splošni akt, program navede načrtovani začetek njegove uporabe, ne uveljavi pa ga sam. Takšno razlikovanje preprečuje, da bi planski dokument spreminjal veljavne obveznosti ali zamenjal formalni postopek izdaje. Izvajalci kot nosilci ukrepov izvajajo naloge in poročajo v rokih programa, pri ukrepih, ki zahtevajo pravno podlago, pa je treba najprej zagotoviti ustrezen akt.

Najdaljši štirimesečni rok za podzakonske predpise ministra preprečuje, da bi sprejet program ostal brez izvedbenih pravil.

Pri splošnih aktih ZZVS se razlikujejo priprava predloga, sprejem oziroma predložitev v soglasje ter nadaljnja dejanja po soglasju. Dvomesečni rok za pripravo in štirimesečni rok za naslednjo fazo omogočata spremljanje odgovornosti, ne da bi se zahteva po soglasju iz drugega zakona obšla. Pristojnosti in pogoji za soglasje ostajajo nespremenjeni; molk pristojnega organa se s to določbo ne spreminja v soglasje. Enomesečni rok po njegovi pridobitvi preprečuje nadaljnje odlašanje dokončnega sprejema in objave. Ti postopki se ne nanašajo na dogovor o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki se sklepa na podlagi 63. člena ZZVZZ (oziroma na uredbo iz tega člena).

Če ukrep zahteva spremembo zakona, ministrstvo ne more njegove vsebine uveljaviti zgolj s programom. Za svoje delovno področje pripravi predlog in ga posreduje vladi, za drugo področje pa obrazloženo pobudo pristojnemu ministrstvu. Tako se ohranjata delitev pristojnosti in zakonodajni postopek, hkrati pa se določi konkretna odgovornost za začetek potrebnih sprememb.

Poročanje o zamudi pri izvedbenih aktih preprečuje, da bi neizpolnitev roka ostala nepojasnjena. Nosilec navede razloge, že opravljena dejanja in predvideni datum realizacije, ministrstvo pa jih vključi v letno poročilo. Pojasnilo ni samo po sebi podaljšanje zakonskega roka. Njegov namen sta preglednost in možnost pravočasnega odziva na oviro, ne avtomatična oprostitve obveznosti.

K 26. členu:

Načelo enkratnega vnosa odpravlja nepotrebno ponavljanje zahtev po podatkih, ki so pristojnim subjektom že zakonito in dejansko na voljo. Uvod takšno podvajanje povezuje z izgubo časa zdravstvenih delavcev in neusklajenimi informacijskimi rešitvami. Določba breme uporabe razpoložljivih virov usmerja na subjekt, ki podatke potrebuje, namesto da bi vsak svojo zahtevo brez preverjanja ponovno naslovil na izvajalca.

Prepoved je vezana na iste podatke za isto obdobje ter na njihovo popolnost, posodobljenost in uporabnost. S tem se razlikuje nepotrebno podvajanje od potrebe po novem, popravljenem ali vsebinsko drugačnem podatku. Različen namen prvotnega zbiranja ne utemelji samodejno nove zahteve, vendar tudi ne ustvari novega dovoljenja za drugačno obdelavo: pri uporabi mora obstajati ustrezna pravna podlaga. Pravilo ne odpravlja zakonsko določenih obveznosti vnosa ali posredovanja v posamezno zbirko in ne vzpostavlja nove podlage za povezovanje zbirk ali dostop do osebnih podatkov.

Izjemi v drugem odstavku dopuščata omejeno ponovno predložitev, kadar je treba podatke dopolniti ali popraviti oziroma kadar konkretne okoliščine zahtevajo to za zakonski nadzor. Nadzorna potreba ni splošno opravičilo za neomejeno podvajanje. Zahteva mora identificirati podatke, pravno podlago in konkretne razloge, da lahko naslovnik razume njen namen in obseg. S tem se vzpostavlja preverljivost izjeme ter preprečuje, da bi načelo ostalo samo deklarativno. Načelo enkratnega vnosa podatkov ne odpravlja z zakonom določene obveznosti izvajalca ali drugega zavezanca, da podatek vnese oziroma posreduje v posamezno uradno evidenco ali zbirko podatkov. Prav tako ne vzpostavlja nove pravne podlage za dostop do osebnih podatkov, njihovo nadaljnjo uporabo, izmenjavo ali povezovanje različnih zbirk podatkov. Tudi kadar podatek že obstaja, ga sme posamezni organ ali drug upravičenec pridobiti in uporabiti le, če ima za to ustrezno pravno podlago ter dejansko omogočen zakonit dostop.

Prepoved zahtevanja papirne kopije elektronske listine varuje pacienta in zdravstvenega delavca pred prenašanjem dokumentacije, do katere ima prejemnik varen in zakonit dostop. Pomembna je možnost preverjanja izvora, celovitosti in veljavnosti; zgolj obstoj datoteke brez teh lastnosti ni enak izpolnitvi pogojev. Kadar so pogoji izpolnjeni, organizacijska navada ali interna zahteva ne zadošča za papirno kopijo; posebna obveznost jo lahko utemelji, če jo izrecno določa zakon. Ureditev ne spreminja hrambe izvirne dokumentacije. Pacientova zahteva za izpis ali drugo dostopno seznanitev pa ima drugačen namen in ostaja ohranjena.

Prednostni podatkovni tokovi omogočajo postopno avtomatizacijo tam, kjer lahko prinese največji prihranek in boljšo kakovost podatkov. Sodelovanje NIJZ povezuje vsebinski cilj z nacionalnimi informacijskimi rešitvami. Seznam ni samostojno dovoljenje za novo izmenjavo osebnih podatkov; avtomatizira se samo izmenjava, za katero so izpolnjeni pravni in tehnični pogoji. Tako se prepoved nepotrebne podvajanja dopolni s praktičnim načinom njenega izvajanja.

K 27. členu:

Redno poročanje omogoča razlikovanje med sprejetim ukrepom in njegovim dejanskim učinkom. Nova aplikacija, spremenjen obrazec ali formalno prenesena naloga še ne pomenijo manj časa za administracijo.

Letno vrednotenje mora zato povezati izvedbo programa z ugotovitvami o bremenih, doseženimi spremembami in predlogi za nadaljevanje.

Rok strokovne skupine do konca marca omogoča pripravo ocene za zaključeno koledarsko leto, ministrski rok do konca junija pa umešča poročanje pred jesensko pripravo naslednjega programa. Ločitev strokovne ocene skupine od ministrskega poročanja ohranja razmejitve med posvetovalno presojo in odgovornostjo resorja za izvajanje. Tako se rezultati uporabijo v naslednjem načrtovalskem ciklu in ne ostanejo arhivsko gradivo.

Vsebina poročila povezuje stanje administrativnih obremenitev, potek izvajanja programa, oceno učinkov in priporočila. Pomembno je razlikovati ukrepe, ki niso bili izvedeni, od tistih, ki so bili izvedeni, vendar niso dosegli predvidenega prihranka. Obrazložitve zamud iz 25. člena predloga zakona omogočajo razumevanje prve skupine, vrednotenje pa tudi presojo, ali je treba izvedeni ukrep spremeniti ali opustiti.

Skupna objava programa in poročila na osrednjem spletnem mestu državne uprave omogoča primerjavo obljubljenih ter doseženih sprememb. Preglednost je pomembna za izvajalce, zdravstvene delavce in uporabnike storitev, saj pokaže, ali administrativna razbremenitev dejansko povečuje čas za obravnavo, ne da bi se zmanjšale kakovost, varnost ali sledljivost postopkov.

K 28. členu:

Dodatne specializacije so dolgoročni odgovor na kadrovske omejitve dostopnosti. Uvod ugotavlja, da povečanje pogodbenega programa ne zadošča, če ni strokovnjakov za njegovo izvajanje, ter opisuje dosedanje ukrepe za posamezna področja. Predlog vzpostavlja skupen način prepoznavanja specializacij posebnega pomena, pri katerem se odločitev o podpori poveže z dokazljivimi potrebami in razporeditvijo javne mreže.

Pomanjkanje mora biti ugotovljeno na ravni države ali zdravstvene regije ter omejevati dostopnost. Najmanj petletni pogled upošteva, da usposabljanje specialistov traja dalj časa in da današnja nezasedenost sama ne pokaže prihodnjih razmer. V projekcijo se vključijo že odobrene specializacije, da se dodatna mesta ne načrtujejo, kot da bodoči specialisti iz obstoječega sistema ne obstajajo. Ureditev je zato usmerjena v neto pričakovano vrzel, ne v seštevek vseh izraženih želja izvajalcev.

Merila združujejo potrebe in ponudbo. Zdravstveno stanje, starost in demografske spremembe pokažejo bodoče potrebe prebivalstva; število, obseg dela in starost specialistov pokažejo dejansko razpoložljivo zmogljivost ter tveganje njenega izpada. Razpisana in zasedena mesta ter pričakovani zaključki pokažejo, koliko kadra bo še vstopilo v sistem. Nezasedena delovna mesta in sporočene potrebe se preverijo tudi s podatki o čakanju, nerealizaciji in krajevni dostopnosti, kadar so povezani s kadrovskim primanjkljajem.

Presoja mentorjev in pooblaščenih izvajalcev omogoča preverjanje, ali je več specializacij sploh mogoče izvesti. Dodatni razpis brez učnih zmogljivosti bi ustvaril formalna mesta, ne novih specialistov. Predhodna strokovna ocena preveri tudi zapolnitev že razpisanih mest in organizacijske rešitve, s čimer se preprečuje, da bi se vsako pomanjkanje takoj prevedlo v novo financiranje. Objava ocene in razlogov omogoča razumevanje izbire področij ter območij.

Minister na tej podlagi določi specializacije posebnega pomena in območja, za katera je pomanjkanje izkazano. Določitev je usmerjevalna podlaga za povezane ukrepe, ne odobritev specializacije posameznemu kandidatu. Obseg ukrepov povezuje dodatna mesta, štipendije, mentorje ter nujno opremo in prostore, saj lahko izpad kateregakoli od teh pogojev prepreči učinek preostalih.

Financiranje se ureja s tem zakonom, strokovna izvedba usposabljanja, štipendiranje in mentorstvo pa ostajajo vezani na področne zakone, če ni izrecno določeno drugače. S tem se ohranjajo strokovni standardi in postopki, javna sredstva pa se dodatno usmerjajo glede na potrebe dostopnosti. Definicija specialista v 2. členu predloga zakona pri razlagi tega sklopa ostaja pomembna za določitev njegovega osebnega področja uporabe.

K 29. členu:

Financiranje dodatnih mest pretvori ugotovljeno dolgoročno pomanjkanje specialistov v konkretno usposabljanje. Razlog za ukrep je, da se bodoče zmogljivosti javne mreže ne povečajo samo z navedbo deficitarnega področja. Potrebni so razporejena mesta, izvajalci, zagotovljeno financiranje celotnega usposabljanja in povezava z zaposlitvijo po njegovem zaključku.

Začetek specializacije v treh mesecih od odobritve je namenjen preprečevanju neaktivnih financiranih mest in odlaganja kadrovskega učinka. Izjema zaradi upravičene odsotnosti specializanta preprečuje, da bi objektivna ovira izničila namen odobrenega usposabljanja. Ukrep financiranja se razlikuje od postopka določitve, razpisa in odobritve specializacije, ki ostaja podvržen predpisom posameznega področja.

Upravičenec je izvajalec, pri katerem je specializant zaposlen in ki ima ustrezne pogoje ali zagotovi usposabljanje pri pooblaščenih izvajalcih. S tem se upošteva, da celoten program ni nujno izveden pri enem delodajalcu. Merila za določitev izvajalcev povezujejo potrebe posamezne organizacije s širšo dostopnostjo storitev, številom nedopustno čakajočih in krajevno razporeditvijo. Proračunska podpora zato ni namenjena samo izobraževalnemu interesu delodajalca, temveč zaposlitvi vrzeli v javni mreži.

Upravičeni stroški zajemajo delo specializanta, izvajanje programa, izpit in mentorstvo, pri stroških dela pa se uporablja predpisani in kolektivno dogovorjeni okvir. Prepoved financiranja stroškov, kritih iz drugega javnega vira, preprečuje podvajanje z rednim financiranjem specializacij ali drugih ukrepov. Sredstva so predvidena za trajanje programa. Ob bolezni, okoliščinah starševskega varstva, vojaški službi ali drugih objektivnih ovirah je mogoče podaljšanje za čas ovire, vendar največ za dve leti; odločba ministrstva zagotavlja individualno ugotovitev upravičenosti, ne avtomatičnega podaljšanja brez preverjanja.

Letni razpis do konca marca omogoča načrtovanje novih mest in finančnih obveznosti. Prednost se povezuje z večjim primanjkljajem, slabšo dostopnostjo in zmogljivostmi za začetek, zato se potreba presoja skupaj z izvedljivostjo. Najmanj tridesetdnevni prijavni rok zagotavlja čas za dokazila. Odločba o dodelitvi opredeli javnopravno podlago financiranja, upravni spor pa zagotavlja sodno preverjanje ob izključitvi pritožbe.

Pogodba ministrstva z upravičencem konkretizira odobreno mesto, obdobje, sredstva, zahtevke, dokazila, poročanje, nadzor in zagotavljanje zaposlitve po specializaciji. To razmerje je treba razlikovati od specializantove osebne zaveze. Zakonska omejitev novih pogodbenih obveznosti zaposlitve in vračila preprečuje, da bi se s pogodbo samostojno ustvarjale dodatne obveznosti, ki nimajo podlage v zakonu.

Šesti odstavek povezuje financiranje s poznejšo zaposlitvijo pri izvajalcu za najmanj obdobje financiranja. Namen je, da se javni vložek po pridobitvi specialnosti odrazi v razpoložljivem kadru, ne samo v zaključenem izobraževanju. Ob neupravičenem nezaključku ali neizpolnitvi obveznosti je predvideno sorazmerno vračilo. Upravičeni razlogi so pomembna meja obveznosti, pogodba pa mora urediti trajanje, razloge in način vračila ter nadzor v okviru zakonske podlage. Ta ureditev se ne enači z vračilom nenamenske porabe, ki bremeni prejemnika sredstev kot upravičenca.

Trimesečni zahtevki z dokazili omogočajo sprotno spremljanje nastalih stroškov, tridesetdnevni rok po popolnem zahtevku pa finančno predvidljivost. Vračilo neupravičeno prejetih ali nenamensko porabljenih sredstev se ugotovi z odločbo ministrstva. Letno poročilo poleg porabe vključuje začetke, prekinitev, zaključke in zaposlitve, s čimer se preverja celotna pot od odobrenega mesta do dejanskega specialističnega kadra.

Varstvo že odobrenega financiranja ob spremembi seznama posebnega pomena omogoča dokončanje začetega usposabljanja in ohranjanje predvidljivost za izvajalca ter specializanta. Podrobnejša merila, zahtevki, dokazila in poročila se poenotijo s predpisom ministra, sredstva pa se načrtujejo za celotno odobreno obdobje. Večletno načrtovanje je bistveno, ker kadrovskega ukrepa ni mogoče smiselno omejiti na letni trenutek odobritve.

K 30. členu:

Dodatne štipendije so namenjene oblikovanju bodočega zdravstvenega kadra in dopolnjujejo financiranje specializacij. Uvod opozarja, da zgolj število podeljenih štipendij še ne zagotovi večje dostopnosti, če ni povezave s poklicnimi in krajevnimi potrebami ter poznejšim delom. Zato se ukrep navezuje na ugotovljena področja in območja pomanjkanja ter na obveznosti prejemnika po izobraževanju.

Napotitev na zakon o štipendiranju ohranja obstoječi okvir upravičenosti, višine, nadaljnjega prejetja, razpoložljivosti, mirovanja, prenehanja in vračila. Novi ukrep ni povsem ločen sistem brez skupnih pravil, njegova posebnost pa je zdravstveni namen in dodatna zaveza prejemnika. Prepoved sočasne obstoječe in dodatne štipendije za isti program v okviru ukrepa preprečuje podvojeno podporo istega izobraževanja; sama po sebi ne pomeni splošne prepovedi vseh kombinacij štipendij, ki jih ureja področni zakon.

Razdelitev po poklicih in območjih do konca junija za naslednje študijsko leto omogoča uskladitev z izobraževalnim ciklom. Prednost območjem z večjim kadrovskim primanjkljajem oziroma slabšo dostopnostjo povezuje javni izdelek s ciljem zmanjševanja neenakosti v mreži. Pri tem ne gre zgolj za odziv na prijave posameznikov, temveč za predhodno opredelitev potreb, ki bodo usmerjale razpis.

Vloga javnega štipendijskega sklada omogoča uporabo njegovega postopkovnega in evidenčnega okvira. Javni razpis določi poklic za posamezno območje, postopek izbire pa poleg učnega uspeha upošteva potrebe območja in pripravljenost kandidata za delo tam. S tem se štipendiranje ne opira izključno na akademski uspeh, ampak tudi na zasledovani kadrovski učinek. Merilo pripravljenosti je treba razlikovati od vsebine poznejše pogodbene obveznosti; samo to merilo še ne določa brezpogojne obveznosti zaposlitve

izključno na določenem območju. Možnost posebnih razpisnih pogojev je namenjena konkretizaciji ukrepa za opredeljeni poklic in območje. Razpis mora ostati povezan z zakonskim namenom in splošnimi pogoji štipendiranja; ni samostojna podlaga za poljubno določanje obveznosti vračila ali drugih bistvenih obveznosti prejemnika.

Dodelitev do izteka izobraževalnega programa omogoča kontinuiteto podpore, ob upoštevanju pogojev nadaljnjega prejemanja. S pogodbo o štipendiranju se prihodnje delo poveže z dolžino prejemanja štipendije. Določitev najmanj enako dolgega obdobja dela je namenjena povratnemu učinku javnega vlaganja v zdravstveno dejavnost. Gre za pogodbo s štipendistom, ki je ni mogoče enačiti s pogodbo o prenosu sredstev med ministrstvom in skladom. Zaveza zadeva opravljanje dela v zdravstveni dejavnosti v Republiki Sloveniji oziroma pri izvajalcu v mreži javne zdravstvene službe, kot določa peti odstavek. Iz merila pripravljenosti za delo na območju razpisa zato ni mogoče avtomatično izpeljati dodatne območne zaposlitvene obveznosti, ki v določbi o zavezi ni izrecno določena.

Nezaključeno izobraževanje ali neizpolnjena delovna obveznost brez upravičenega razloga sprožita obveznost vračila prejetih sredstev z zakonskimi zamudnimi obrestmi. Namen je zavarovati povezanost podpore s ciljem ukrepa, ne pa avtomatično zahtevati vračila ob vsaki objektivni prekinitvi. Besedilo razlikuje neupravičeno neizpolnitev od upravičenih razlogov, njihovo podrobnejšo ureditev in način vračanja pa navezuje na pogodbo.

Pogodba ministrstva in sklada ureja finančni tok, zahtevke ter poročanje o porabi. Zagotavljanje sredstev za celotno obdobje upravičenosti in ohranitev že dodeljene podpore ločita trajanje posamezne štipendije od časovnega okvira novih dodelitev. To je pomembno za študenta, ki na podlagi dodelitve načrtuje večletno izobraževanje, in za pregledno načrtovanje prihodnjih proračunskih obveznosti.

Pritožbeno odločanje ministrstva omogoča preverjanje odločb sklada znotraj predvidenega upravnega sistema. Evidenca štipendistov se vodi na podlagi štipendijske zakonodaje, polletno poročanje o številu in višini dodelitev pa zagotavlja pregled izvajanja in porabe. S tem se ohranjata sledljivost financiranja ter podatkovna podlaga za nadaljnje odločitve o poklicih in območjih podpore.

K 31. členu:

Dodatna specializacijska mesta ne ustvarijo usposobljenih specialistov, če zanje niso zagotovljeni mentorji in dejanski čas mentorstva. Člen zato financiranje števila specializantov dopolnjuje s povečanjem učnih zmogljivosti. Namen je odpraviti konkretno omejitev izvajanja dodatnih mest po 29. členu predloga zakona, ne financirati mentorstva neodvisno od potreb tega ukrepa.

Upravičenci so pooblaščen izvajalci v javni mreži, ki izkažejo neposredno potrebo po dodatnem usposabljanju mentorjev ali mentorskih urah. Kandidat mora izpolnjevati strokovne pogoje za mentorja, razen tistega usposabljanja, katerega strošek se financira. Tako je mogoče podpreti pridobitev manjkajočega pogoja, ne da bi se odpravili ostali standardi. Usposabljanje in financiranje tudi ne nadomestita formalnega imenovanja mentorja.

Upravičeni stroški razlikujejo pripravo mentorja in njegovo dejansko delo. Kotizacije, obvezna gradiva in potrebne poti omogočajo udeležbo pri usposabljanju; stroški dodatnega mentorstva pa se priznajo glede na res opravljene ure, potrebne po programu specializacije. Vezava stroška dela na predpise, kolektivne pogodbe in dejanski obseg omejuje financiranje na preverljivo opravljeno mentorsko delo, ne na pavšalno priznано vlogo.

Razmejitev do 29. člena predloga zakona preprečuje, da bi bile iste mentorske ure najprej plačane kot strošek specializacije in nato še po tem členu. Enako velja za kritje iz drugih javnih virov. Izključitev mentorstva pri praktičnem pouku učencev in študentov ohranja poseben namen ukrepa, usmerjen v dodatne specializacije. Enoletni rok za zaključek usposabljanja zagotavlja pravočasno povečanje zmogljivosti, čas financiranja dodatnega mentorstva pa je omejen z obdobjem financirane specializacije.

Letni javni razpis in najmanj tridesetdnevni prijavni rok omogočata pregledno konkuriranje upravičencev. Prednostne okoliščine povezujejo večje povečanje učnih mest in pomanjkanje mentorjev s stroškom na dodatno mesto. Tako se javna sredstva usmerijo tja, kjer odpravijo največjo dejansko omejitev ob razumni porabi. Odločba ministrstva določi dodelitev, možnost upravnega spora ob izključitvi pritožbe pa ohranja sodno preverjanje odločitve.

Pogodba konkretizira rezultat financiranja s številom usposobljenih mentorjev ali odobrenih ur ter določi dokazila, obdobje, roke in poročanje. Trimesečni zahtevki omogočajo sprotno preverjanje stroškov, rok plačila po popolnem zahtevku pa predvidljivost za upravičenca. Pri usposobljenih mentorjih je pomembno spremljati tudi njihovo imenovanje in dejansko uporabo, saj samo zaključeno izobraževanje še ne zagotovi več mentorske podpore.

Letno poročilo zato povezuje usposobljene in imenovane mentorje, opravljene ure, vključene specializante in porabo. Ministrstvo lahko tako oceni dejansko povečanje zmogljivosti, nepravilno pridobljena ali porabljen sredstva pa zahteva nazaj z odločbo. Podrobnejše vrednotenje meril in dokazovanje se poenotita s predpisom, sredstva za celotno odobreno obdobje pa se načrtujejo v finančnem načrtu ministrstva.

K 32. členu:

Tudi ob zadostnem interesu specializantov in mentorjev je lahko dodatno usposabljanje omejeno s prostori ali opremo. Člen zato omogoča ciljno financiranje naložb, ki neposredno povečajo zmogljivosti za dodatne specializacije. Ne uvaja splošnega programa obnove zdravstvene infrastrukture, temveč dopolnjuje kadrovske ukrepe s potrebnimi materialnimi pogoji.

Upravičenost je omejena na javne zdravstvene zavode s pooblastilom za ustrezno specializacijo. Zahtevana neposredna povezava naložbe z več učnimi mesti omogoča razlikovanje med razvojem dodatne zmogljivosti in običajnim vzdrževanjem. Lastninska ali najemna pravica mora omogočati izvedbo in najmanj petletno uporabo po zaključku. S tem se zmanjšuje tveganje, da bi javni vložek izgubil namen zaradi negotove ali kratkotrajne pravice uporabe.

Upravičeni stroški zajemajo celoto potrebne vzpostavitve opreme in prilagoditve prostorov: poleg nakupa tudi dobavo, namestitve, preizkus ter dokumentacijo in izvedbena dela. Neposredna potrebnost za dodatne specializacije je vsebinska omejitev vseh teh kategorij. Davek na dodano vrednost se prizna samo, če ga upravičenec ne more odbiti, saj bi bilo drugače financirano breme, ki ga dejansko ne nosi. Izključitev rednega vzdrževanja, nadomestitve brez povečanja zmogljivosti in že kritih stroškov preprečuje zamenjavo običajnega financiranja z namenskim ukrepom.

Največ st odstotno kritje upravičenih stroškov ne pomeni avtomatične pravice do celotnega zneska vsake naložbe. Pri uporabi za več dejavnosti se prizna samo del, neposredno povezan z dodatnimi specializacijami. Zahtevani opis, dokazila o uporabi, stroškovna in finančna ocena, dovoljenja ter terminski načrt omogočajo preverjanje pripravljenosti. Primerjava izhodiščnega in načrtovanega števila mest pa pokaže, kaj bo javni vložek konkretno povečal.

Merila razpisa povezujejo povečanje mest, odpravo izkazane omejitve, izvedbeno pripravljenost in strošek na mesto. Prednost zato ni odvisna samo od vrednosti projekta ali velikosti zavoda, temveč od njegovega prispevka k usposabljanju. Letna objava do konca marca ter najmanj tridesetdnevni rok omogočata načrtovanje prijav. Dodelitev z odločbo in sodno varstvo v upravnem sporu ohranjata preverljivost izbire.

Pogodba določi financiranje konkretne naložbe, osemnajstmesečni izvedbeni rok pa preprečuje dolgotrajno vezavo sredstev brez učinka. Možnost največ šestmesečnega podaljšanja je vezana na izkazano okoliščino zunaj vpliva upravičenca, zato ni samodejna. Predpisi o javnem naročanju, graditvi in medicinskih pripomočkih ostajajo veljavni, kadar se uporabljajo. Posebna proračunska podpora teh postopkov ne nadomesti.

Zahtevek mora izkazati izvedbo in plačilo upravičenih stroškov. Petletna namenska uporaba varuje trajnejši učinek naložbe tudi po zaključku gradnje ali dobave. Vračilo je različno glede na kršitev: predčasno prenehanje namenske uporabe vodi v sorazmerni del glede na neizpolnjeno obdobje, nenamenska ali neupravičena poraba pa v celotno vračilo takih sredstev. Odločba ministrstva omogoča individualno ugotovitev podlage in obsega vračila.

Poročanje ves čas namenske uporabe povezuje naložbo s povečanjem in dejansko zasedenostjo učnih mest. Tako uspeh ni izkazan že z nabavljeno opremo, ampak z njeno uporabo za predvideni namen. Podrobnejša merila in dokazila določi minister, sredstva pa se načrtujejo za celotno odobreno obdobje izvedbe. Ukrep s tem povezuje začetno upravičenost, izvedbo, dolgoročno uporabo in nadzor porabe.

K 33. členu:

Člen ureja možnost določitve drugih zdravstvenih poklicev posebnega pomena za zagotavljanje dostopnosti zdravstvenih storitev, kadar pomanjkanja ustreznega zdravstvenega kadra ni mogoče učinkovito odpraviti z ukrepi, namenjenimi zagotavljanju zadostnega števila zdravnikov specialistov. Namen določbe je omogočiti usmerjeno in na podatkih temelječe ukrepanje tudi pri pomanjkanju pripadnikov drugih zdravstvenih poklicev, če njihovo pomanjkanje pomembno vpliva na dostopnost zdravstvenih storitev.

Vlada Republike Slovenije lahko posamezen zdravstveni poklic določi kot poklic posebnega pomena na predlog ministra. Predlog mora temeljiti na Analizi dostopnosti ter drugih razpoložljivih podatkih in strokovnih podlagah, zlasti podatkih ZZZS in NIJZ ter podatkih pristojnih zbornic oziroma strokovnih združenj. Pri presoji se upoštevajo obseg in trajanje ugotovljenega pomanjkanja kadra, njegov vpliv na izvajanje zdravstvene dejavnosti in dostopnost zdravstvenih storitev ter možnosti odprave pomanjkanja z že

razpoložljivimi ukrepi. Določitev poklica posebnega pomena je tako predvidena kot dopolnilni ukrep za primere, v katerih ukrepi iz 28. člena predloga zakona glede na vrsto zdravstvenega poklica ali vzroke za pomanjkanje niso primerni oziroma zadostni.

Za poklice posebnega pomena se lahko določijo ukrepi, prilagojeni ugotovljenim razlogom za pomanjkanje in potrebam posameznega zdravstvenega poklica. Ti lahko vključujejo zlasti spodbujanje usposabljanja in mentorstva ter druge ukrepe, namenjene povečanju števila ustrezno usposobljenih zdravstvenih delavcev oziroma njihove razpoložljivosti v mreži javne zdravstvene službe. Posamezni ukrep se lahko uvede le, če ima ustrezno pravno podlago in so za njegovo izvajanje zagotovljena sredstva. Uvrstitev zdravstvenega poklica med poklice posebnega pomena zato sama po sebi posamezniku ne daje pravice do dodatka, štipendije, povračila stroškov ali drugega finančnega upravičenja. Takšna pravica lahko nastane le na podlagi predpisa oziroma drugega akta, ki določa posamezni ukrep, njegove upravičence, pogoje, višino in način uveljavljanja.

Zaradi spreminjanja kadrovskih potreb in razmer v zdravstvenem sistemu mora Vlada Republike Slovenije utemeljenost seznama preveriti najmanj enkrat letno, najpozneje do 28. februarja. Pri preverjanju se ponovno presodijo okoliščine, na katerih je temeljila določitev posameznega poklica, učinki že sprejetih ukrepov in aktualni podatki o dostopnosti ter razpoložljivosti kadra. Če razlogi za uvrstitev posameznega poklica niso več podani ali če se pokaže pomanjkanje pri drugih zdravstvenih poklicih, lahko Vlada Republike Slovenije seznam ustrezno spremeni.

K 34. členu:

Posebni ukrepi ministra so namenjeni položajem, ko nenadno ali izrazito poslabšanje oziroma trajno preseganje dopustnega čakanja zahteva takojšen odziv, redni ukrepi pa ne bi bili dovolj pravočasni. V primerjavi s strukturnim programom iz prejšnjega člena je v ospredju nujnost ukrepanja. Podlaga mora ostati strokovna in preverljiva; nujnost sama ne ustvarja neomejenega pooblastila za poseganje v razmerja izvajalcev.

Minister lahko postopek sproži sam ali na predlog ZZZS, pred odločitvijo pa pridobi njegovo mnenje o razlogih, možnostih izvedbe, zmogljivostih in finančnih posledicah. Petnajstdnevni rok uravnoteži strokovno pripravo z nujnostjo. Če mnenje ni pravočasno, odločanje ni blokirano, vendar njegova odsotnost ne pomeni soglasja ali dokaza o izvedljivosti. Posebna obrazložitev odstopa od prejetega mnenja ohranja odgovornost za vsebinsko drugačno odločitev.

V odločitvi morajo biti povezani predmet, območje, razlogi, cilj, obseg, trajanje, financiranje, roki in kazalniki. Tako je mogoče preveriti, na katero poslabšanje se ukrep odziva in kdaj naj bi prinesel rezultat. Posebna pozornost tveganju poslabšanja zdravja ali prekinitve že začetega zdravljenja zagotavlja, da se nujnost ne ocenjuje samo iz povprečne čakalne dobe, temveč tudi iz možnih posledic odlašanja.

Predvidene možnosti povezujejo drugačno organizacijo ali obseg programov, pospešitev začetka prenosa, pripravo Programa dostopnosti in druge organizacijske ter kadrovske odzive. Minister s tem usmeri ali sproži uporabo instrumentov, za katere veljajo materialni pogoji iz drugih členov. Določitev roka za začetek prenosa zato ne pomeni odprave pravice izvajalca do izjave ali samodejne razširitve koncesije. Kadar je potrebna izbira izvajalca, se ohrani uporaba pravil 12. člena predloga zakona.

Finančno izvajanje ostaja vezano na zakonske pogoje in ustrezne finančne ter programske akte. ZZZS mora potrebne postopke začeti v tridesetih dneh od sklepa, pri neposrednem ogrožanju dostopnosti pa brez odlašanja. Gre za obveznost začetka izvedbenih dejanj, ne za jamstvo, da je mogoče v istem roku že zagotoviti vse manjkajoče storitve ali kadre.

Posebni ukrepi trajajo samo, dokler obstajajo razlogi, njihova upravičenost in učinki pa se preverjajo najmanj enkrat letno. Tako začetna nujnost ne postane trajno opravičilo za ohranitev izredne organizacije ali financiranja. Povezava z Analizo dostopnosti in drugimi podatki omogoča vrnitev v redno načrtovanje, ko so razlogi odpravljeni.

K 35. členu:

Finančni člen povezuje posamezne ukrepe z njihovimi viri in preprečuje, da bi se stroški zdravstvenih storitev, organizacijskega delovanja in dolgoročnega razvoja zmogljivosti nekritično obravnavali enako. Uvod poudarja gospodarno, učinkovito in namensko porabo; za njeno preverjanje mora biti jasno, katero obveznost nosi obvezno zdravstveno zavarovanje in katero državni proračun.

Iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja se krijejo storitve, ki so pravica iz tega zavarovanja, ne glede na to, ali se izvedejo v prenesenem programu, Programu dostopnosti ali drugem ukrepu krepitve mreže. V ta okvir sodijo tudi nove izvedbene naloge ZZZS pri iskanju terminov, izbiri osebnega zdravnika

in pripravi ukrepov. Izraz obvezno zdravstveno zavarovanje vsebinsko zajema tudi obvezni zdravstveni prispevek kot njegov vir financiranja; zato se ta ne navaja kot ločen vzporeden vir ali dodatna dajatev po tem zakonu. Besedna zveza »iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja« vsebinsko zajema vse zakonsko določene vire financiranja obveznega zdravstvenega zavarovanja, vključno z obveznim zdravstvenim prispevkom. Obvezni zdravstveni prispevek je po področni zakonodaji vir financiranja obveznega zdravstvenega zavarovanja, zato ga v tem členu ni treba navajati kot posebnega oziroma vzporednega vira. Prispevki, določeni s prispevno stopnjo, obvezni zdravstveni prispevek in drugi zakonsko določeni prihodki skupaj tvorijo finančne vire obveznega zdravstvenega zavarovanja. Določba zato ne uvaja nove dajatve ali novega vira financiranja, temveč opredeljuje namene, za katere se lahko uporabljajo sredstva obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Vključitev programov v dogovor oziroma vladno uredbo zagotavlja povezavo s splošnim načrtovanjem vrste, obsega, zmogljivosti, cen in plačil. Nov sistem ukrepov tako ne ustvari nepovezanega obračunskega sistema. Posebna ureditev prenosa ohranja finančni okvir nerealiziranega programa, ZZS pa prevzeti obseg konkretizira v pogodbi ali aneksu s prevzemnikom. Sredstva se povežejo z dejansko izvedbo druge, ne z dvojnimi financiranjem istega obsega.

Naloge ZZS, ki niso same zdravstvena storitev, se načrtujejo v njegovem finančnem načrtu. To je pomembno, ker aktivno ponujanje in spremljanje zahtevata organizacijsko ter informacijsko delo. Njuni stroški ne smejo ostati nevidni za načrtovanje ali se samodejno pripisati ceni posamezne dodatno opravljene storitve.

Državni proračun financira ukrepe administrativne razbremenitve, delovanje strokovne skupine in ukrepe krepitve mreže, ki ne pomenijo storitev iz obveznega zavarovanja. Med prvimi so prilagoditve informacijskih rešitev, povezovanje, avtomatizacija in usposabljanje, med razvojnimi ukrepi pa dodatne specializacije, štipendije, mentorstvo in povezane naložbe v obsegu posebnih določb. Takšno razlikovanje ohranja pregled nad stroškom trenutne zdravstvene obravnave in vlaganjem v prihodnjo zmogljivost.

Pri mešanem ukrepu se posamezni deli financirajo glede na svojo naravo. Enotno ime programa zato ne omogoča, da bi se vsi njegovi stroški avtomatično prenesli na en vir. Razčlenitev je potrebna za pravilno načrtovanje, zahtevke in nadzor. Posebna prepoved uporabe proračunskih sredstev za isto storitev, isti osebi in v istem obsegu, že plačano iz zavarovanja, to razmejitev dodatno varuje.

Člen določa vire in način umestitve izdatkov, ne nadomešča pa finančne ocene celotnega zakona ali sprejema potrebnih finančnih načrtov. Pričakovane koristi zgodnejše obravnave in boljše uporabe zmogljivosti zato niso same po sebi dokaz, da za izvajanje ne bodo potrebna dodatna sredstva. Prav jasna razmejitev virov omogoča oceno teh posledic in poznejše preverjanje namenskosti.

K 36. členu:

Nove naloge pri podatkih, ponujanju obravnave in izvajanju programov zahtevajo jasno določitev nadzora. Isti dogodek lahko odpre vprašanje pravilnega naročanja, zakonitosti obdelave osebnih podatkov ali pravilnosti plačila, vendar to niso ista nadzorna vprašanja. Člen jih zato povezuje z obstoječimi področnimi ureditvami in posebej opredeljuje pristojnosti zdravstvene inšpekcije, Informacijskega pooblaščenca ter ZZS.

Splošna napotitev v prvem odstavku ohranja nadzor nad opravljanjem zdravstvene dejavnosti po ZZDej.

Naštete določbe pod nadzorom zdravstvene inšpekcije pokrivajo podatke za analizo, varstvo čakajočih ob prenosu, ločeno evidenco programa, aktivno zagotavljanje terminov in izbire ter administrativno organizacijo in preprečevanje podvajanja podatkov. Pri tem nadzor ni omejen na zdravstvene izvajalce, kjer zakon nalogo izrecno nalaga ZZS ali drugemu navedenemu subjektu. Predmet je izpolnjevanje določenih zakonskih obveznosti, ne doseganje splošnega cilja brez upoštevanja dejanskih zmogljivosti.

Informacijski pooblaščenec nadzira obdelavo osebnih podatkov po določbah tega zakona. Ta nadzor je vsebinsko drugačen od preverjanja, ali je bila ponudba pravočasna ali ali je oseba ohranila prvotno uvrstitev. Pri uporabi zbirk in komunikacij so zato pomembni zakonitost dostopa, omejitev namena in obsega, varnost ter sledljivost. Samo dejstvo, da določba ureja zdravstveni postopek, ne izključi podatkovnega nadzora, če se pri izvajanju obdelujejo osebni podatki.

Pogodbeni nadzor ZZS zajema tako prenos programa po 9. členu predloga zakona kot Program dostopnosti po 13. členu predloga zakona. Prenos lahko spremeni obveznosti prvotnega izvajalca in prevzemnika, zato ne bi zadoščal nadzor samo nad novim dodatnim programom. Spremljanje porabe, obračunov, pogodbenih obveznosti, poročanja in kazalnikov omogoča preverjanje, ali se financirani obseg dejansko izvaja. Nedosežen kazalnik je podlaga za presojo vzrokov in ustreznosti ukrepa, ne avtomatično

dokaz vsake pogodbeno sankcionirane kršitve. Ta nadzor se izvaja po tem zakonu in ZZVZZ ter ne nadomesti navedenih inšpekcijskih pristojnosti.

K 37. členu:

Prekrškovna določba varuje zavarovano osebo pred izgubo že zagotovljenega termina ali uvrstitve samo zato, ker je zavrnila ponujeno obravnavo pri drugem izvajalcu. Tako ravnanje bi organizacijsko pomoč pri dostopnosti spremenilo v pritisk na sprejem ponudbe. Globa je zato vezana na neposreden in konkreten poseg v položaj posameznika, ne na vsako organizacijsko pomanjkljivost ali nedosežen cilj programa.

Zakonski znak je odpoved prvotnega termina ali črtanje zgolj zaradi zavrnitve. Za odgovornost ni dovolj, da je bila oseba črtana kadarkoli po zavrnitvi, če za ravnanje obstaja druga samostojna zakonita podlaga. Povezava s petim odstavkom 9. člena in četrtem odstavkom 18. člena predloga zakona varuje oba postopka, pri katerih zakon izrecno ohranja prvotno uvrstitev po zavrnitvi druge možnosti. Določba ne sankcionira same pacientove zavrnitve in ne spreminja njene pravne dopustnosti.

Ločeni razponi za pravno osebo, samostojnega podjetnika oziroma zasebnega zdravstvenega delavca in odgovorno osebo razlikujejo organizacijske ter osebne nosilce odgovornosti. Odgovornost se ugotavlja po splošnih pravilih prekrškovnega prava. Odmera v predpisanem razponu omogoča upoštevanje konkretnih okoliščin in teže posledice; izguba uvrstitve lahko namreč pomembno vpliva na nadaljnji dostop do zdravstvene obravnave. Razpon za pravno osebo je od 3.000 do 50.000 eurov, za samostojnega podjetnika oziroma zasebnega zdravstvenega delavca od 1.000 do 15.000 eurov in za odgovorno osebo od 300 do 5.000 eurov. Pri uporabi razponov je pomembno razlikovati obseg in posledice konkretnega ravnanja ter okoliščine odgovornosti posameznega storilca. Zakon s tem ne določa fiksne globe za vsak primer niti avtomatične odgovornosti posloводства.

Namen sankcije je odvrčanje od posebej določenega prepovedanega ravnanja. Plačilo globe samo po sebi ne vzpostavi izgubljenega termina in ne nadomesti odprave posledic po pravilih nadzora. Preostale obveznosti ostajajo predmet ustreznih nadzornih in pogodbenih mehanizmov, ne da bi jih ta člen vse pretvoril v prekrške.

K 38. členu:

Določba omogoča individualizirano odmero globe tudi v hitrem postopku. Po splošnem pravilu tretjega odstavka 52. člena Zakona o prekrških se pri globi, predpisani v razponu, v tem postopku izreče najnižja mera, če zakon ne določa drugače. Posebna določba zato omogoča odmik od minimuma v okviru razpona, ki ga določa prejšnji člen.

Višja globa ni obvezna ali avtomatična, temveč mora biti povezana s težo in okoliščinami ugotovljenega prekrška ter splošnimi pravili odmere. Člen ne omogoča preseganja najvišje predpisane globe, ne ustvarja novih zakonskih znakov prekrška in ne spreminja pristojnosti organov ali pravnih sredstev. Njegov namen je, da pomembne razlike med primeri neupravičenega posega v pacientovo uvrstitev ne ostanejo brez vpliva na sankcijo samo zaradi uporabljenе vrste postopka.

K 39. členu:

Predvideni roki so namenjeni pravočasni pripravi izvedbenih pravnih podlag in uskladitvi obstoječega sistema z novimi zakonskimi ukrepi. Ureditev določa odgovorne nosilce, da uveljavitev ne bi ostala brez potrebne metodologije, pravil financiranja in prilagoditev splošnih aktov. Različni roki odražajo razliko med spremembo obstoječega programskega okvira in pripravo novih izvedbenih pravil.

Tridesetdnevna uskladitev Uredbe o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivostih, potrebnih za njegovo izvajanje, in obsegu sredstev za leto 2026 (Uredba za leto 2026) je potrebna zaradi povezave novih programov in prenosov z letnim načrtovanjem ter plačevanjem storitev. Obveznost vlade se razlikuje od neposrednega prenehanja veljavnosti 67. člena Uredbe za leto 2026: uskladitev odpravlja preostala neskladja izvedbenega sistema, medtem ko prenehanje določene pravne podlage nastopi neposredno po zakonu.

Trimesečni rok ministra zajema metodologijo Analize dostopnosti, izvedbena pravila prenosa, oceno učinkov programa, ponujanje terminov in administrativno razbremenitev ter določitev posebnega pomena specializacij in podrobnosti financiranja dodatnih mest, mentorstva in naložb. Ti predpisi omogočajo enotno izvajanje zakonskih pogojev. Prehodni člen določa rok, ne širi vsebine pooblastil v materialnih členih; ni podlaga za dodatne obveznosti, ki jih zakon ne predvideva.

Dvomesечna uskladitev splošnih aktov ZZZS povezuje nove naloge z njegovimi obstoječimi postopki in pravili poslovanja. Posebni roki za akte, ki bodo pozneje potrebni zaradi programa administrativne

razbremenitve, ostajajo povezani s sprejemom tistega programa. Prav tako roki za izdajo predpisov niso splošen odlog veljavnosti zakonskih določb. Posamezne prve aktivnosti se izvajajo po nadaljnjih prehodnih pravilih in ob upoštevanju potrebnih izvedbenih podlag.

K 40. členu:

Začetna vzpostavitev sistema zahteva usklajeno zaporedje strokovnih, organizacijskih in informacijskih dejanj. Redni letni roki bi lahko glede na datum uveljavitve pomenili nepotrebno čakanje na naslednje koledarsko leto, zato se prve naloge časovno navezujejo neposredno na uveljavitev. Namen je omogočiti začetek ukrepanja, ne da bi se čakalo na popolno razvitost vseh prihodnjih informacijskih rešitev.

Prva Analiza dostopnosti v treh mesecih ustvari skupno podatkovno izhodišče, prvi Predlog ukrepov v naslednjih tridesetih dneh pa ga prevede v predlagani odziv. Prvi Program dostopnosti ni obvezen ne glede na ugotovitve. ZZZS mora najprej preveriti pogoje iz 10. člena predloga zakona in ga pripraviti, če so izpolnjeni. Tako prehodna časovnica ne odpravi zahteve, da mora biti dodatni program vsebinsko utemeljen. Tridesetdnevni rok za pripravo prvega Programa dostopnosti je vezan na prvi Predlog ukrepov, zato gre za naslednjo stopnjo začetne priprave. Tudi v prehodnem obdobju priprava programa ne nadomesti predhodnega soglasja ministra k njegovi uvedbi.

Šestmesečni rok ZZZS in NIJZ za organizacijske ter informacijske pogoje upošteva, da individualno ponujanje in usklajevanje terminov zahtevata več kot analitični pregled. Potrebni so prepoznavanje upravičenih oseb, zanesljivi podatki o terminih in možnost njihove usklajene uporabe. Do polne vzpostavitve zbirke DOS se zato dovoljuje prehodna uporaba obstoječih uradnih podatkov in rešitev v zakonsko omejenem obsegu.

Začasni varen dostop, ki ga omogočijo NIJZ in izvajalci, je vezan na podatke, ki jih že zakonito obdelujejo. Identifikacijski in kontaktni podatki omogočajo povezavo s konkretno osebo, podatki o storitvi, nujnosti, vpisu, izvajalcu in terminu pa presojo upravičenosti ter izvedbo ponudbe. Dodatni podatki o naročilu so omejeni z nujnostjo za isti namen. Določba zato ne odpira splošnega dostopa do celotne klinične dokumentacije.

Prepoved drugih namenov uporabe in izbris začasno prevzetih podatkov po pravnomočnem zaključku postopka oziroma povezanega sodnega postopka omeujeta trajanje posega v zasebnost. Izjema za nadaljnjo hrambo je vezana na drug zakon. S tem se razlikuje začasni delovni prevzem podatkov pri ZZZS od njihovega zakonitega vodenja v izvornih zbirkah; izbris začasne kopije ne odpravlja zakonskih obveznosti izvirnega upravljavca.

Tehnični in organizacijski ukrepi, uporabniška pooblastila ter sledljivost morajo biti zagotovljeni pred začetkom izvajanja sistema. Prehodnost ni izjema od varstva osebnih podatkov. Po vzpostavitvi DOS se naloge za podatke, ki spadajo v to zbirko, brez nepotrebne odlašanja prenesejo nanjo. Prehodna rešitev tako ne postane nov trajni vzporedni sistem, temveč omogoči kontinuiteto do uporabe predvidene skupne infrastrukture.

K 41. členu:

Prehodna določba zagotavlja vključitev oseb, ki so brez osebnega zdravnika že ob uveljavitvi zakona. Brez izrecnega začetnega pravila bi se lahko aktivnost v praksi osredotočila predvsem na nove izgube zdravnika, obstoječa neopredeljenost pa bi ostala nerešena. Uvod prav pri tej skupini izpostavlja velik obseg in neenakomerno območno razporeditev problema.

Trimesečni rok velja za začetek postopkov po uradni dolžnosti, ne za zagotovitev novega zdravnika vsem osebam ne glede na zmogljivosti. ZZZS mora opredeliti osebe in manjkajoče vrste izbire ter začeti ravnati po 20. členu predloga zakona. Za posameznika je zato pomembno, ali nima splošnega osebnega zdravnika, osebnega pediatra ali osebnega ginekologa oziroma več ustreznih vrst hkrati; že opravljenih izbir se ne ponavlja.

Zajetje začetnega stanja ne spreminja prostovoljnosti izbire. Postopek pomeni ponudbo dejanskih možnosti in pomoč pri uresničevanju pravice, ne avtomatične dodelitve zdravnika. Kadar zmogljivosti niso na voljo, se individualna ugotovitev poveže z ukrepanjem po 21. členu predloga zakona.

K 42. členu:

Prva vzpostavitev strokovne skupine in njenega programa zahteva posebno časovnico, ker rednih oktobrskih in decembrskih rokov ni mogoče smiselno uporabiti brez imenovanega telesa. Namen člena je hiter prehod od zakonske ustanovitve do prvih izvedljivih razbremenitev, z določenimi nosilci, roki in načinom spremljanja. Pri tem se ohranijo strokovni, predstavniki in postopkovni pogoji redne ureditve.

Objava javnega poziva v petnajstih dneh omogoča pravočasno predlaganje članov, najpoznejše imenovanje v devetdesetih dneh pa določa zunanjo mejo organizacijske vzpostavitve. Poseben rok ne odpravlja zakonskega najkrajšega prijavnega roka in dokazovanja pogojev. S tem je mogoče hitro začeti delo, ne da bi se prvo sestavo oblikovalo brez predvidenega odprtega postopka.

Prvo sejo skliče minister, ker skupina še nima izvoljenega predsednika. Začasno vodenje predstavnika ministrstva do izvolitve reši to začetno organizacijsko vprašanje, ne nadomešča pa rednega načina izvolitve. Tridesetdnevni rok po imenovanju preprečuje, da bi imenovano telo ostalo nedejavno.

Prvi predlog nastane v dveh mesecih od prve seje, minister pa ima za sprejem nadaljnjih trideset dni. Prvi program zajema preostalo obdobje do konca leta 2027, zato ni nujno enak rednemu programu za polno koledarsko leto. Namen je začeti z ukrepi, ne čakati na prvi popolni letni cikel. Posebna časovnica ne spreminja razlike med strokovno pripravo skupine in sprejemom programa pri ministru.

Prednost imajo ukrepi, pri katerih je merljivo razbremenitev mogoče doseči hitro, z obstoječimi informacijskimi rešitvami in v okviru veljavnih pristojnosti. Določitev nosilcev, pravnih podlag, potrebnih sprememb aktov, informacijskih prilagoditev, sredstev, rokov ter kazalnikov zagotavlja njihovo izvedbeno pripravljenost. Prvi program zato ni le seznam pobud: za vsak ukrep mora biti razvidno, katera dejanja so potrebna in po čem bo mogoče presoditi rezultat.

Ukrepi, ki ne potrebujejo novega predpisa ali splošnega akta, se začnejo izvajati najpozneje v tridesetih dneh od sprejema. S tem se ločijo neposredno izvedljive organizacijske spremembe od pravno zahtevnejših. Minister za potrebne izvedbene predpise uporabi svoja obstoječa zakonska pooblastila; posebni trimesečni rok za izdajo in skrajni čas uporabe do 180 dni od programa omogočata hiter, vendar organizacijsko pripravljen začetek. Pri določitvi uporabe je treba upoštevati informacijske in delovne prilagoditve.

Tudi pri splošnih aktih ZZZS so ločeni priprava predloga, sprejem ali predložitev v soglasje ter dejanja po soglasju. Posebni prvi cikel določa dvomesečni pripravljalni in trimesečni naslednji rok ter trideset dni za zaključna dejanja. Potrebno soglasje se ne odpravlja in njegova faza ostaja odvisna od zakona. Prehodna ureditev zato pospešuje ravnanje nosilcev, ne nadomešča pristojnosti organa, ki o soglasju odloča.

Če je potrebna zakonska sprememba, se do 180 dni pripravi predlog za vlado ali obrazložena pobuda drugemu pristojnemu ministrstvu. To je rok za pripravljalno dejanje, ne rok, v katerem mora biti zakon tudi sprejet. Program ne more sam spremeniti zakonskih pristojnosti, zato je pomembno ločiti izvedljive ukrepe od tistih, ki zahtevajo zakonodajni postopek.

Obvestilo o pravni ali tehnični oviri mora biti poslano pravočasno, z opisom, dokazili, opravljenimi dejanji, predlogom rešitve in predvidenim datumom izvedbe. Začasni ukrep pride v poštev samo, če je zakonit in izvedljiv. Obvestilo ne podaljša rokov, določenih z zakonom, in ovira pri enem ukrepu ne zadrži preostalih. Javna informacija ministrstva v petnajstih dneh omogoča pregled nad odstopanji, pri čemer se ne razkrivajo zakonsko varovani podatki. Tako se začetna nujnost poveže z odgovornostjo za dejansko izvedbo.

K 43. členu:

Za prve razpise je določen poseben devetdesetdnevni rok od uveljavitve, da se izvajanje kadrovskih in učnih ukrepov ne odloži do naslednjega rednega letnega razpisnega cikla. Rok zadeva objavo, ne odločitve o vseh vlogah ali zaključka financiranega usposabljanja oziroma naložbe. Kandidatom tudi v prvem ciklu ostanejo zakonski prijavni roki in dokazovanje pogojev.

Skupna začetna časovnica povezuje tri komplementarne ukrepe: dodatna mesta, mentorstvo ter opremo in prostore. Njihova usklajenost je potrebna, ker odobreno mesto brez učne podpore ali potrebnih prostorov ne poveča dejanskega usposabljanja. Prehodni rok ne odpravlja strokovne določitve posebnega pomena specializacij, izvedbenih meril, finančnega okvira ali ustreznih pooblastil izvajalcev. Prve razpise je treba pripraviti na teh podlagah, ne samo zaradi formalnega izteka roka.

Člen ne ureja prvega študentskega razpisa; ta ostaja povezan s študijskim letom in razdelitvijo po 30. členu predloga zakona. S tem se razlikujeta cikel financiranja usposabljanja pri izvajalcih in cikel podpore študentom, čeprav oba služita dolgoročnemu povečanju zdravstvenega kadra.

K 44. členu:

Trimesečni prilagoditveni rok omogoča, da izvajalci zakonsko administrativno razbremenitev prenesejo v dejansko organizacijo dela. Potrebne so razmejitve opravil, opredelitev pooblastil, usposobljenost oseb in ustrezne nastavitve delovnih ter informacijskih postopkov. Obveznost se zato ne izčrpa s formalnim internim sklepom, če način dela ostane enak.

Uskladitev se nanaša zlasti na prenehanje nepotrebnih dodatnih zahtev po že zakonito dostopnih podatkih in na ločitev tehničnih od strokovnih opravil. Pri tehničnem vnosu, prepisovanju ali posredovanju je treba vedeti, kdo sme delo opraviti in do katerih podatkov lahko dostopa. Strokovna presoja in potrditev klinične vsebine ostaneta pri pristojnem zdravstvenem delavcu; prilagoditveni rok ni podlaga za prenos njegove odgovornosti na administrativno osebje.

Povezava z 22. in 26. členom predloga zakona združuje notranjo reorganizacijo in načelo enkratnega vnosa. Tako se časovni prihranek ne zasleduje z opustitvijo zakonske evidence ali varstva osebnih podatkov, ampak z odpravo nepotrebnega podvajanja in pravilno razporeditvijo nalog. Cilj je, da izvajalec po izteku roka uporablja postopke, ki razbremenitev dejansko omogočajo.

K 45. členu:

Ohranitev obstoječih programov in pogodb preprečuje prekinitev zdravstvene obravnave ali financiranja zgolj zaradi uveljavitve novega zakona. Izvajalci in ZZZS so na podlagi teh razmerij že organizirali delo, zavarovane osebe pa lahko že čakajo na storitve. Splošno prenehanje vseh pogodb bi ustvarilo nepotrebno negotovost prav na področju, kjer je namen zakona izboljšati dostopnost.

Varstvo je omejeno na preostanek obdobja, za katero so bili programi oziroma pogodbe dogovorjeni. Ne pomeni njihovega avtomatičnega podaljšanja ali trajne izključitve novih pravil. Pridržek drugačne zakonske ureditve ohranja uporabo posebnih ukrepov, zlasti prenosa nerealiziranega programa in z njim povezane pogodbene spremembe po 8. in 9. členu predloga zakona.

Določba tako uravnoteži kontinuiteto s potrebo po učinkovitejši uporabi že dogovorjenih programov. Obstoječe pogodbe niso izničene, vendar se z njihovim obstojem ni mogoče izogniti posebnim zakonskim obveznostim. To je pomembno tudi v razmerju do prenehanja veljavnosti prejšnje podzakonske določbe o prenosih.

K 46. členu:

Podaljšanje dodatnih ambulant družinske medicine do konca leta 2028 je namenjeno preprečitvi prekinitve obravnave oseb, ki zaradi pomanjkanja zdravnikov še ne morejo izbrati splošnega osebnega zdravnika. Ocena stanja navaja, da je bilo konec septembra 2026 veliko oseb brez individualno izbranega zdravnika, med njimi tudi uporabniki dodatnih ambulant. Ob izteku ukrepa konec leta 2026 njihove potrebe ne bi prenehale, sistemski ukrepi pa ne morejo v trenutku ustvariti vsega manjkajočega kadra.

Ukrep nadaljuje premostitveni model, v katerem se upravičena oseba, starejša od 19 let, opredeli na dodatno ambulanto pri javnem zdravstvenem zavodu, lečeči zdravnik pa zanj izvršuje pristojnosti splošnega osebnega zdravnika. Opredelitev na dodatno ambulanto preneha, ko oseba izbere svojega splošnega osebnega zdravnika po pravilih obveznega zdravstvenega zavarovanja. Zato podaljšanje ne pomeni trajne zamenjave individualne izbire z ambulantnim modelom.

Sprememba posega v časovno veljavnost ukrepa, ne v vse druge pogoje njegovega izvajanja. Ohranjajo se opredeljeni upravičenci, organiziranje pri javnih zavodih, vključevanje zdravstvenega kadra, pristojnosti lečečega zdravnika in financiranje iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. S tem se zagotovi kontinuiteta že vzpostavljene oblike obravnave brez ponovnega določanja njenega celotnega sistema.

Dodatne ambulante se v prehodnem obdobju izvajajo vzporedno z aktivno pomočjo pri izbiri in ukrepi za povečanje zmogljivosti. Novi sistem ni odložen do izteka leta 2028. Podaljšanje ohranja obravnavo med njegovo vzpostavitev in nastajanjem učinkov, hkrati pa ne odpravlja cilja omogočiti izbiri osebnega zdravnika v redni mreži.

K 47. členu:

Sprememba razširja krog upravičencev do dodatka za izbiro specializacije iz družinske medicine na zdravnike, ki jim bo specializacija prvič odobrena tudi v letih 2027 in 2028. Razlog je nadaljevanje podpore področju, pri katerem pomanjkanje specialistov neposredno vpliva na možnost osebne izbire in kontinuiteto primarne obravnave. Podatki o neopredeljenih osebah v uvodu utemeljujejo, da kratkoročne organizacijske rešitve ne zadoščajo brez prihodnjega kadra.

Ukrep je prehodni v razmerju do novega sistema. Ob njegovi uveljavitvi še ni prve Analize dostopnosti in Predloga ukrepov, priprava ter izvedba podatkovno usmerjenih kadrovskih rešitev pa zahtevata nadaljnji čas. Podaljšanje preprečuje vrzel v obstoječi spodbudi, ne pomeni pa, da se nova analiza ne bo pripravila do leta 2028 ali da se novi ukrepi začnejo šele po tem letu.

Bistveno je razlikovati leto prve odobritve specializacije od obdobja izplačevanja dodatka. Sprememba razširja upravičene letnike, ne določa prenehanja vseh izplačil 31. decembra 2028. Po 11. členu Zakona o

dodatnih interventnih ukrepov za zagotovitev dostopnosti v zdravstvu (ZDIUZDZ) ostajata dodatek v višini 1.000 eurov bruto mesečno in njegovo izplačevanje med specializacijo pod zakonskimi pogoji, vključno z omejitvijo pri podaljšanju. Zato nastajajo obveznosti tudi po letu zadnje prve odobritve, kar je pomembno za finančno načrtovanje.

Drugi pogoji niso predmet spremembe. Ohranjajo se pravila sorazmernega izplačila oziroma neupravičenosti ob odsotnosti, zaposlitvena zaveza in vračilo po interventnem zakonu, vlaganje zahtevkov, poročanje ter nadzor. Spodbudo, ki je osebni dodatek specializantu, je treba ločiti od financiranja dodatnega specializacijskega mesta izvajalcu po 29. členu predloga zakona. Povezuje ju kadrovske cilj, vendar ne gre za isto pravno razmerje ali isto kategorijo stroška.

K 48. členu:

Razširitev spodbude za izbiro specializacije iz urgentne medicine na prve odobritve v letu 2028 ohranja kontinuiteto kadrovskega ukrepa na področju, pomembnem za neprekinjeno obravnavo. Uvod spodbude umešča med obstoječe interventne rešitve za zagotavljanje zmogljivosti. Predlog zato ne uvaja nove spodbude z drugačnimi pogoji, ampak podaljšuje časovno opredeljen krog kandidatov, ki jo lahko pridobijo. Prehodni razlog je povezan z začetno odsotnostjo Analize dostopnosti in Predloga ukrepov po novem zakonu ter s časom, potrebnim za izvedbo trajnejših kadrovskih odzivov. Ohranjanje predvidljive spodbude med tem preходом preprečuje, da bi se obstoječi ukrep iztekel, še preden novi sistem prispeva k razpoložljivosti specialistov. To ne nadomešča nadaljnega ugotavljanja potreb in vrednotenja kadrovskih ukrepov.

Tudi tu so leta 2026, 2027 in 2028 merilo prve odobritve specializacije, ne končni datum mesečnih izplačil. 23. člen Zakona o dodatnih interventnih ukrepih na področju zdravstva (ZDIUPZ) določa spodbudo 1.000 eurov bruto mesečno za obdobje trajanja specializacije in zakonsko omejeno podaljšanje, največ do sedmih let od začetka. Razširitev upravičencev lahko zato povzroči proračunske obveznosti tudi po letu 2028, čeprav je za vstop novega upravičenca pomembna prva odobritev v določenem letu.

Pogoji glede sorazmernega dela, odsotnosti, zaposlitve po specializaciji, vračila, zahtevkov, poročanja in nadzora ostanejo nespremenjeni. S tem se ohrani povezava osebnega prejemka z njegovim kadrovskim namenom. Določba sama ne spreminja financiranja rednega ali dodatnega mesta za specializacijo in je ni mogoče razumeti kot odpravo pravil o preprečevanju dvojnega kritja istih stroškov.

K 49. členu:

Prenehanje veljavnosti 67. člena Uredbe za leto 2026 odstranjuje dotedanjo podzakonsko podlago za začasni in trajni prevzem programa v času, ko se pogoji in postopek prenosa urejajo na zakonski ravni. Namen je preprečiti sočasno uporabo različnih pravil za isti pravni položaj. To je posebej pomembno pri trajnem prenosu, saj novi zakon izhaja iz razlogov trajne narave, ne iz enoletnega nedoseganja 90-odstotne realizacije po dosednji ureditvi v Uredbi za leto 2026.

Učinek nastopi z uveljavitvijo zakona in se nanaša le na navedeni člen Uredbe za leto 2026. 67. člen poleg prevzemov ureja tudi spremljanje realizacije in prestrukturiranje med dejavnostmi. Prenehanje zato zajame tudi ta sklop.

Ohranitev obstoječih pogodb se presoja po 45. členu predloga zakona, nadaljnje prenose pa urejajo nove zakonske določbe in njihova izvedbena pravila. Določba o prenehanju sama ne razveljavi vsakega pogodbenega dejanja, izvedenega na prejšnji podlagi, in ne določa posebnega zaključevanja vseh začetih postopkov. Njen neposredni namen je jasna časovna razmejitev veljavnosti pravne podlage.

K 50. členu:

Petnajstdnevni rok med objavo in uveljavitvijo omogoča naslovnikom seznanitev z novo ureditvijo ter začetek pripravl na dodatne naloge.

IV. BESEDILO ČLENOV, KI SE SPREMINJAJO

Zakon o dodatnih interventnih ukrepih za zagotovitev dostopnosti v zdravstvu

Uradni list RS, št. 112/24 (ZDIUZDZ)

5. člen

(dodatne ambulate družinske medicine)

(1) Ne glede na 80. in 80.a člen Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C, 47/15 – ZZSDT, 61/17 – ZUPŠ, 64/17 – ZZDej-K, 36/19, 189/20 – ZFRO, 51/21, 159/21, 196/21 – ZDOsk, 15/22, 43/22, 100/22 – ZNUZSZS, 141/22 – ZNUNBZ, 40/23 – ZČmIS-1 in 78/23; v nadaljnjem besedilu: ZZVZZ) lahko zavarovana oseba, starejša od 19 let, brez splošnega osebnega zdravnika uveljavlja pravice iz zdravstvenega zavarovanja z izbiro in opredelitvijo na dodatno ambulanto družinske medicine (v nadaljnjem besedilu: dodatna ambulanta). Če zavarovana oseba v času izbire in opredelitve na dodatno ambulanto izbere splošnega osebnega zdravnika v skladu s predpisi, ki urejajo zdravstveno zavarovanje, izbira in opredelitev na dodatno ambulanto preneha.

(2) Dodatna ambulanta se organizira pri javnih zdravstvenih zavodih, kjer zaradi pomanjkanja zdravnikov izbira splošnega osebnega zdravnika v skladu z 80. členom ZZVZZ ni mogoča. Sredstva za delovanje dodatne ambulate se zagotavljajo iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja.

(3) V dodatno ambulanto se vključujejo:

- zdravniki z licenco na področju splošne oziroma družinske medicine, ki dosegajo minimalno obremenitev zdravnika specialista družinske medicine na primarni ravni zdravstvene dejavnosti in imajo najmanj 0,9 tima,
- zdravniki z licenco na področju splošne oziroma družinske medicine, ki so zaposleni v socialnovarstvenem zavodu, in sicer v ambulantah splošne medicine,
- specializanti, ki izpolnjujejo pogoje iz 20.a člena Zakona o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 58/08, 107/10 – ZPPKZ, 40/12 – ZUJF, 88/16 – ZdZPZD, 40/17, 64/17 – ZZDej-K, 49/18, 66/19 in, 199/21, 136/23 – ZIUZDS in 35/24; v nadaljnjem besedilu: ZZdrS), pod pogojem, da jim javni zdravstveni zavod, kjer se organizira dodatna ambulanta, zagotovi ustrezno mentorstvo,
- upokojeni zdravniki z licenco na področju splošne oziroma družinske medicine,
- drugi zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci, ki že opravljajo delo v ambulantah splošne oziroma družinske medicine.

(4) Na podlagi izbire in opredelitve na dodatno ambulanto lečeči zdravnik pridobi vse pravice in dolžnosti ter pristojnosti splošnega osebnega zdravnika, vključno s pridobitvijo upoštevne zdravstvene dokumentacije zavarovane osebe.

(5) Podrobnejšo vsebino in način organiziranja dodatnih ambulant določi minister, pristojen za zdravje. Način financiranja dodatnih ambulant se določi v programu storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja iz prvega odstavka 63. člena ZZVZZ, pri čemer se pri elementih cene za oblikovanje programa upošteva 65. člen ZZVZZ.

(6) Ukrep iz tega člena velja od 1. januarja 2025 do 31. decembra 2026.

11. člen

(dodatek za izbiro specializacije iz družinske medicine)

(1) Dodatek za izbiro specializacije iz družinske medicine pripada zdravniku, ki mu je na podlagi nacionalnega razpisa ali razpisa za izvajalca iz a18.a člena ZZdrS prvič odobrena specializacija iz družinske medicine v letih 2025 ali 2026, in sicer v višini 1000 eurov bruto mesečno. Dodatek se zagotavlja iz

proračuna Republike Slovenije in se ne všteva v osnovo za nadomestilo plače, izplačuje pa se celotno obdobje trajanja specializacije. V primeru podaljšanja specializacije se dodatek iz tega člena izplačuje tudi za obdobje tega podaljšanja, pri čemer se upravičenost do dodatka omeji na največ šest let od začetka opravljanja specializacije. Specializant, ki je pri delodajalcu zaposlen le del meseca, specializant, ki je zaposlen za delovni čas, ki je krajši od polnega delovnega časa, ali ki je v času opravljanja specializacije odsoten več kot 20 zaporednih delovnih dni, je upravičen do sorazmernega dela dodatka za izbiro specializacije, v primeru celomesečne odsotnosti pa do dodatka ni upravičen.

(2) Če zdravnik med opravljanjem specializacije iz družinske medicine od nje odstopi oziroma mu je bila v skladu z zakonom, ki ureja zdravniško službo, izdana odločba o prenehanju ali prekinitvi, ali če se po opravljeni specializaciji v skladu z zakonom, ki ureja zdravniško službo, ne zaposli v mreži javne zdravstvene službe za najmanj dvakratno obdobje, kot je prejemal dodatek iz tega člena, mora vrniti vrednost celotnega dodatka iz prejšnjega odstavka. Izvajalec zdravstvene dejavnosti, pri katerem je zaposlen zdravnik iz prvega odstavka tega člena, je dolžan o izpolnitvi obveznosti po zaposlitvi v mreži javne zdravstvene službe poročati ministrstvu, pristojnemu za zdravje.

(3) Zahtevek za izplačilo dodatka za izbiro specializacije iz družinske medicine pri ministrstvu, pristojnem za zdravje, vloži izvajalec zdravstvene dejavnosti, pri katerem je zaposlen zdravnik iz prvega odstavka tega člena. Podrobnejši način vlaganja zahtevkov, obvezna dokazila in roke za predložitev zahtevkov, obveznost poročanja delodajalcev glede izpolnitve obveznosti po zaposlitvi v mreži javne zdravstvene službe in način povrnitve stroškov v proračun Republike Slovenije določi minister, pristojen za zdravje.

(4) Nadzor nad izvajanjem določb tega člena v javnem sektorju opravljajo inšpektorji, pristojni za plače v javnem sektorju, v skladu z zakonom, ki ureja skupne temelje plač v javnem sektorju. Če se v nadzoru ugotovi, da so bila sredstva iz naslova tega dodatka pridobljena neupravičeno, specializant v celoti ali delno vrne prejeta sredstva. V primeru ugotovljenih nepravilnosti pri izplačilu tega dodatka inšpektor iz prvega stavka tega odstavka izreče ukrep za odpravo nepravilnosti.

Zakon o dodatnih interventnih ukrepih na področju zdravstva

Uradni list RS, št. 111/25, 34/26 in 37/26 – popr. (ZDIUPZ)

23. člen

(spodbuda za izbiro specializacije iz urgentne medicine)

(1) Spodbuda za izbiro specializacije iz urgentne medicine se kot poseben prejemek izplača zdravniku, ki mu je na podlagi javnega razpisa v skladu z zakonom, ki ureja zdravniško službo, prvič odobrena specializacija iz urgentne medicine v letih 2026 in 2027, in sicer v višini 1.000 eurov bruto mesečno. Sredstva za izplačilo spodbude se zagotavljajo iz proračuna Republike Slovenije, spodbuda pa se mesečno izplačuje celotno obdobje trajanja specializacije. V primeru podaljšanja specializacije se spodbuda iz tega člena izplačuje tudi za obdobje tega podaljšanja, pri čemer se upravičenost do spodbude omeji na največ sedem let od začetka opravljanja specializacije. Specializant, ki je pri delodajalcu zaposlen le del meseca, specializant, ki je zaposlen za delovni čas, ki je krajši od polnega delovnega časa ali ki je v času opravljanja specializacije odsoten več kot 20 zaporednih delovnih dni, je upravičen do sorazmernega dela spodbude za izbiro specializacije iz urgentne medicine, v primeru celomesečne odsotnosti pa do spodbude ni upravičen.

(2) Če zdravnik med opravljanjem specializacije iz urgentne medicine od nje odstopi oziroma mu je bila v skladu z zakonom, ki ureja zdravniško službo, izdana odločba o prenehanju ali prekinitvi ali če se po opravljeni specializaciji v skladu z zakonom, ki ureja zdravniško službo, ne zaposli v mreži javne zdravstvene službe za najmanj dvakratno obdobje, kot je prejemal spodbudo iz tega člena, mora vrniti vrednost celotne spodbude iz prejšnjega odstavka oziroma njen sorazmerni del glede na obdobje trajanja zaposlitve. Izvajalec zdravstvene dejavnosti, pri katerem je zaposlen zdravnik iz prvega odstavka tega člena, je dolžan o izpolnitvi obveznosti po zaposlitvi v mreži javne zdravstvene službe poročati ministrstvu, pristojnemu za zdravje.

(3) Zahtevki za izplačilo spodbude za izbiro specializacije iz urgentne medicine pri ministrstvu, pristojnem za zdravje, vložijo izvajalec zdravstvene dejavnosti, pri katerem je zaposlen zdravnik iz prvega odstavka tega člena. Podrobnejši način vlaganja zahtevkov, obvezna dokazila in roke za predložitev zahtevkov, obveznost poročanja delodajalcev glede izpolnitve obveznosti po zaposlitvi v mreži javne zdravstvene službe in način povrnitve stroškov v proračun Republike Slovenije določi minister, pristojen za zdravje.

(4) Nadzor nad izvajanjem določb tega člena opravlja Inšpektorat za delo Republike Slovenije.

Uredba o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivostih, potrebnih za njegovo izvajanje, in obsegu sredstev za leto 2026

Uradni list RS, št. 326/26 in 1371/26

67. člen

(začasni in trajni prevzem ter prestrukturiranje programa)

(1) Če izvajalec šest mesecev ne zagotavlja vsaj 90 % dogovorjenega programa posamezne podvrste zdravstvene dejavnosti, Zavod z drugim izvajalcem dogovori začasni prevzem celotnega nerealiziranega programa in o tem obvesti ministrstvo. Če začasnega prevzema programa ni mogoče dogovoriti z izvajalcem znotraj iste območne enote, Zavod začasni prevzem programa dogovori med izvajalci izven te območne enote. Zavod začasni prevzem programa dogovori z izvajalci, ki imajo oziroma do začasnega prevzema programa zagotovijo odgovornega nosilca te dejavnosti.

(2) Če izvajalec eno leto ne zagotavlja vsaj 90 % dogovorjenega programa posamezne podvrste zdravstvene dejavnosti, Zavod izvajalcu delno odpove pogodbo in z drugim izvajalcem dogovori trajni prevzem celotnega nerealiziranega programa v soglasju z ministrstvom. Če trajnega prevzema programa ni mogoče dogovoriti znotraj iste območne enote, Zavod dogovori trajni prevzem programa med izvajalci izven te območne enote. Zavod trajne prevzeme programa primarno dogovori z izvajalci, ki imajo oziroma do trajnega prevzema programa zagotovijo odgovornega nosilca te dejavnosti.

(3) Zavod na podlagi ugotovitev iz prvega in drugega odstavka tega člena izvede začasni in trajni prevzem med izvajalci do 10. septembra oziroma do 10. marca.

(4) Zavod spremlja realizacijo posameznih programov, in sicer:

- do 31. avgusta za prvo polovico pogodbenega leta,
- do 28. februarja za drugo polovico pogodbenega leta in
- za celotno pogodbeno leto.

(5) Ne glede na roke iz prejšnjega odstavka in število dogovorjenih prevzemov Zavod, upoštevajoč ugotovljeno realizacijo posameznih programov, po potrebi prevzem dogovori večkrat letno, najkasneje do 30. oktobra.

(6) Zavod in izvajalec lahko v skladu s potrebami prebivalstva dogovorita prestrukturiranje programa med dejavnostmi v okviru sredstev, izračunanih v skladu s to uredbo. Dogovorjeno prestrukturiranje programa med dejavnostmi potrdi ministrstvo.

(7) Prestrukturiranje iz prejšnjega odstavka se ne sme nanašati na preteklo obdobje.

(8) Prestrukturiranje programa, za katerega so s to uredbo dogovorjena dodatna sredstva za namen skrajševanja čakalnih dob, ni dopustno.

(9) Prestrukturiranje programa ob sklepanju pogodbe za novo pogodbeno leto lahko predlaga tudi Zavod, pri čemer upošteva podatke o realizirani količini programa v preteklem letu, o številu čakajočih pacientov in čakalnih dobah.

V. PREDLOG ZA OBRAVNAVO PREDLOGA ZAKONA PO NUJNEM ALI SKRAJŠANEM POSTOPKU

Vlada Republike Slovenije predlaga Državnemu zboru Republike Slovenije, da predlog zakona obravnava po nujnem postopku na podlagi določb Poslovnika Državnega zbora, saj je njegov sprejem nujen zato, da se preprečijo težko popravljive posledice za delovanje države, ki bi nastale zaradi nadaljnega poslabševanja dostopnosti do zdravstvenega varstva in zdravstvenih storitev ter s tem povezanega oteženega izvajanja ustavno varovanih nalog države na področju zdravstvenega varstva.

Dostopnost do zdravstvenega varstva predstavlja enega temeljnih pogojev za učinkovito delovanje zdravstvenega sistema in uresničevanje pravice do zdravstvenega varstva. Dolgotrajne in strukturne težave pri zagotavljanju pravočasno dostopnih zdravstvenih storitev, ki se med drugim odražajo v oteženem dostopu do posameznih zdravstvenih storitev, podaljševanju čakalnih dob in neenakomerni dostopnosti do zdravstvenega varstva med posameznimi območji in skupinami prebivalstva, zahtevajo takojšnje in sistemsko ukrepanje. Nadaljnje odlašanje z vzpostavitvijo ustreznih mehanizmov za načrtovanje, izvajanje in vrednotenje ukrepov za aktivno zagotavljanje dostopnosti do zdravstvenega varstva bi lahko povzročilo dodatno poglobljanje obstoječih težav in zmanjšalo sposobnost države za učinkovito odzivanje nanje.

Predlog zakona vzpostavlja sistemsko ureditev načrtovanja, izvajanja, spremljanja in vrednotenja ukrepov za aktivno zagotavljanje dostopnosti do zdravstvenega varstva, kar je nujno za pravočasno in usklajeno ukrepanje vseh pristojnih deležnikov. Brez takšne ureditve država nima na voljo celovitega in normativno ustreznega okvira za pravočasno prepoznavanje tveganj za dostopnost do zdravstvenih storitev, določanje ustreznih ukrepov ter spremljanje njihove učinkovitosti. To pa lahko vodi v nadaljnje slabšanje dostopnosti zdravstvenih storitev in posledično v težko popravljive posledice za delovanje zdravstvenega sistema kot enega izmed ključnih podsistemov države. Dosedanji nujni interventni ukrepi s področja zagotavljanja dostopnosti do zdravstvenega varstva so se izkazali za pomanjkljive, zato predlog tega zakona določa trajni mehanizem, s čimer jih nadomešča in zagotavlja sistemske, trajne rešitve, ki se uporabijo glede na aktualno stanje na področju dostopnosti do zdravstvenega varstva.

Sprejem predlaganega zakona je nujen, da se zagotovijo pravne podlage za takojšnje in sistematično ukrepanje na področju dostopnosti do zdravstvenega varstva, prepreči nadaljnje nastajanje oziroma poglobljanje negativnih posledic za paciente ter zagotovi stabilno in učinkovito delovanje javne zdravstvene službe na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti. Predlagane rešitve so neposredno usmerjene v izboljšanje dostopnosti do zdravstvenih storitev in s tem v varovanje javnega zdravja, zato obstajajo utemeljeni razlogi za obravnavo in sprejem predloga zakona po nujnem postopku.

VI. PRILOGE

1. Pravilnik o podrobnejši vsebini in metodologiji priprave analize dostopnosti do zdravstvenega varstva,
2. Pravilnik o ugotavljanju realizacije programov zdravstvene dejavnosti ter merilih in postopku začasnega in trajnega prenosa njihovega nerealiziranega dela,
3. Pravilnik o metodologiji in rokih za pripravo ocene učinkov programa dostopnosti do zdravstvenega varstva,
4. Pravilnik o ugotavljanju in spremljanju administrativnih obremenitev zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev ter minimalnih organizacijskih ukrepov za njihovo zmanjševanje,
5. Navodila o določitvi seznama prednostnih podatkovnih tokov za avtomatizirano izmenjavo podatkov po načelu enkratnega vnosa,
6. Pravilnik o določitvi specializacij posebnega pomena za dostopnosti in območij, za katera je izkazano pomanjkanje specialistov,
7. Pravilnik o podrobnejšem vrednotenju meril za financiranje dodatnih mest za specializacije, usposabljanja dodatnih mentorjev in dodatnega mentorstva, ter opreme in prilagoditve prostorov za dodatne specializacije.

Osnutki podzakonskih aktov bodo predloženi naknadno.