



Številka: 0070-82/2016/122
Ljubljana, 17. 5. 2017
EVA: 2016-2711-0007
GENERALNI SEKRETARIAT VLADE REPUBLIKE SLOVENIJE gp.gs@gov.si
ZADEVA: Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o pacientovih pravicah – predlog za obravnavo, novo gradivo št. 3
1. Predlog sklepov vlade:
Na podlagi drugega odstavka 2. člena Zakona o Vladi Republike Slovenije (Uradni list RS št. 24/05 – uradno prečiščeno besedilo, 109/08, 38/10 – ZUKN, 8/12, 21/13 in 47/13 – ZDU-1G in 64/14) je Vlada Republike Slovenije na redni seji dne sprejela naslednji
SKLEP
Vlada Republike Slovenije je določila besedilo predloga Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o pacientovih pravicah (EVA 2016-2711-0007) in ga pošlje Državnemu zboru Republike Slovenije v obravnavo po rednem postopku.
mag. Lilijana Kozlovič GENERALNI SEKRETAR
Sklep prejmejo:
<ul style="list-style-type: none">- Državni Zbor Republike Slovenije- Ministrstvo za zdravje- Služba Vlade Republike Slovenije za zakonodajo- Generalni sekretariat Vlade Republike Slovenije
2. Predlog za obravnavo predloga zakona po nujnem ali skrajšanem postopku v državnem zboru z obrazložitvijo razlogov:
/
3.a Osebe, odgovorne za strokovno pripravo in usklajenost gradiva:
<ul style="list-style-type: none">- Milojka Kolar Celarc, ministrica za zdravje- dr. Ana Medved, državna sekretarka na Ministrstvu za zdravje- mag. Mateja Radej Bizjak, sekretarka na Ministrstvu za zdravje- mag. Katarina Kralj, sekretarka na Ministrstvu za zdravje
3.b Zunanji strokovnjaki, ki so sodelovali pri pripravi dela ali celotnega gradiva:
Delovna skupina za pripravo predloga zakona je bila poleg zaposlenih na Ministrstvu za zdravje sestavljena iz naslednjih predstavnikov:
<ul style="list-style-type: none">- dr. Tatjana Mlakar, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije,- Rade Pribakovič Brinovec, dr. med., Nacionalni inštitut za javno zdravje,- David Breznikar, dipl. družb. inf., Nacionalni Inštitut za javno zdravje,- Janja Močan, univ. dipl. prav., Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije,- dr. Danica Rotar Pavlič, Zdravniška zbornica Slovenije,- Brane Dobnikar, univ. dipl. prav., Zdravniška zbornica Slovenije,- Urška Močnik, dr. med., Zdravstveni dom Idrija,- dr. Božidar Voljč, predsednik Komisije za medicinsko etiko,

<ul style="list-style-type: none"> – Mojca Mahkota, zastopnica pacientovih pravic, – Duša Hlade Zore, zastopnica pacientovih pravic. <p>Skupni stroški dela za delo delovne skupine, ki so bremenila javnofinančna sredstva, so znašali: 224,00 EUR (sejnine za posamezne predstavnike).</p>		
4. Predstavniki vlade, ki bodo sodelovali pri delu državnega zbora:		
<ul style="list-style-type: none"> – Milojka Kolar Celarc, ministrica za zdravje – dr. Ana Medved, državna sekretarka na Ministrstvu za zdravje – mag. Mateja Radej Bizjak, sekretarka na Ministrstvu za zdravje – mag. Katarina Kralj, sekretarka na Ministrstvu za zdravje 		
5. Kratek povzetek gradiva:		
<p>Zaradi izpostavljenih težav na področju čakalnih seznamov in dolgih čakalnih dob v zdravstvu Ministrstvo za zdravje z novelo predlaga spremembe in dopolnitve predvsem s področja spoštovanja pacientovega časa ter celovitega nadzora nad uresničevanjem določb tega zakona in kazenske določbe. Na podlagi odziva javnosti se na novo določa oziroma nekoliko spreminja tudi pravica do drugega mnenja, za katero se je izkazalo, da je trenutno neustrezno urejena, posebne varovalne ukrepe, na kar nas že vrsto let opozarja Varuh človekovih pravic, ter nekatere manjše spremembe ali dopolnitve in uskladitve.</p> <p>Cilj zakona je ureditev dostopnosti pacientov do zdravstvenih storitev v okviru razumnega časa in ureditev ustreznega nadzora na področju zagotavljanja pacientovih pravic in obveznosti. Zagotoviti se želi primerno, kakovostno in varno zdravstveno oskrbo pacientov s pravočasnim dostopom do zdravstvenih storitev in zagotavljanje transparentnosti na področju vodenja čakalnih seznamov (tudi način poostitve nekaterih dolžnosti pacientov), paciente, kot uporabnike zdravstvenih storitev, pa zavarovati pred kršenjem njihovih pravic. Nerazumno odložena pravica (tj. dostopanje do zdravstvenih storitev izven razumnega časa) za pacienta pomeni enako kot nepridobljena pravica.</p> <p>Poleg nove ureditve področja spoštovanja pacientovega časa novela zakona določa tudi vsebino pravice do drugega mnenja, posebni varovalni ukrep, manjše spremembe glede pogojev na strani zastopnika pacientovih pravic in glede veljavnosti vnaprej izražene volje ter nadzor in kazenske določbe.</p> <p>Vladnemu gradivu predlagamo tudi predlog podzakonskega akta.</p> <p>Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o pacientovih pravicah – predlog za obravnavo, novo gradivo št. 1 je bilo lektorirano dne 11. 4. 2017, zato vam ga ponovno posredujemo.</p>		
6. Presoja posledic za:		
a)	javnofinančna sredstva nad 40.000 EUR v tekočem in naslednjih treh letih	DA/NE
b)	usklajenost slovenskega pravnega reda s pravnim redom Evropske unije	DA/NE
c)	administrativne posledice	DA/NE
č)	gospodarstvo, zlasti mala in srednja podjetja ter konkurenčnost podjetij	DA/NE
d)	okolje, vključno s prostorskimi in varstvenimi vidiki	DA/NE
e)	socialno področje	DA/NE
f)	dokumente razvojnega načrtovanja: <ul style="list-style-type: none"> – nacionalne dokumente razvojnega načrtovanja – razvojne politike na ravni programov po strukturi razvojne klasifikacije programskega proračuna – razvojne dokumente Evropske unije in mednarodnih organizacij 	DA/NE
7.a Predstavitev ocene finančnih posledic nad 40.000 EUR:		
(Samo če izberete DA pod točko 6.a.)		

I. Ocena finančnih posledic, ki niso načrtovane v sprejetem proračunu				
	Tekoče leto (2017)	2018	2019	2020
Predvideno povečanje (+) ali zmanjšanje (–) prihodkov državnega proračuna	/	/	/	/
Predvideno povečanje (+) ali zmanjšanje (–) prihodkov občinskih proračunov	/	/	/	/
Predvideno povečanje (+) ali zmanjšanje (–) odhodkov državnega proračuna	/	+144.400,00	+144.400,00	+144.400,00
Predvideno povečanje (+) ali zmanjšanje (–) odhodkov občinskih proračunov	/	/	/	/
Predvideno povečanje (+) ali zmanjšanje (–) obveznosti za druga javnofinančna sredstva	/	/	/	/
II. Finančne posledice za državni proračun				
II.a Pravice porabe za izvedbo predlaganih rešitev so zagotovljene:				
Ime proračunskega uporabnika	Šifra in naziv ukrepa, projekta	Šifra in naziv proračunske postavke	Znesek za tekoče leto (t)	Znesek za t + 1
SKUPAJ				
II.b Manjkajoče pravice porabe bodo zagotovljene s prerazporeditvijo:				
Ime proračunskega uporabnika	Šifra in naziv ukrepa, projekta	Šifra in naziv proračunske postavke	Znesek za tekoče leto (t)	Znesek za t + 1
Ministrstvo za zdravje	Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o pacientovih pravicah – inšpekcijska služba	6531	/	+144.400,00
SKUPAJ				+144.400,00
II.c Načrtovana nadomestitev zmanjšanih prihodkov in povečanih odhodkov proračuna:				
Novi prihodki		Znesek za tekoče leto (t)	Znesek za t + 1	
SKUPAJ				
OBRAZLOŽITEV:				
I. Ocena finančnih posledic, ki niso načrtovane v sprejetem proračunu				
Predvideno je povečanje odhodkov državnega proračuna, ki niso načrtovani na ukrepih oziroma projektih sprejetih proračunov.				
Ministrstvo za zdravje bo za razvoj, vzpostavitev in izvajanje inšpekcijskega nadzora zaposlilo štiri zdravstvene inšpektorje (za območje Republike Slovenije). Finančna sredstva v višini 144.400,00 EUR letno za njihovo delo bo Ministrstvo za zdravje zagotavljalo neposredno iz proračuna Republike Slovenije.				
II. Finančne posledice za državni proračun				
Prikazane morajo biti finančne posledice za državni proračun, ki so na proračunskih postavkah načrtovane v dinamiki projektov oziroma ukrepov:				
II.a Pravice porabe za izvedbo predlaganih rešitev so zagotovljene:				

Navedejo se proračunski uporabnik, ki financira projekt oziroma ukrep; projekt oziroma ukrep, s katerim se bodo dosegli cilji vladnega gradiva, in proračunske postavke (kot proračunski vir financiranja), na katerih so v celoti ali delno zagotovljene pravice porabe (v tem primeru je nujna povezava s točko II.b). Pri uvrstitvi novega projekta oziroma ukrepa v načrt razvojnih programov se navedejo:

- proračunski uporabnik, ki bo financiral novi projekt oziroma ukrep,
- projekt oziroma ukrep, s katerim se bodo dosegli cilji vladnega gradiva, in
- proračunske postavke.

Za zagotovitev pravic porabe na proračunskih postavkah, s katerih se bo financiral novi projekt oziroma ukrep, je treba izpolniti tudi točko II.b, saj je za novi projekt oziroma ukrep mogoče zagotoviti pravice porabe le s prerazporeditvijo s proračunskih postavk, s katerih se financirajo že sprejeti oziroma veljavni projekti in ukrepi.

II.b Manjkajoče pravice porabe bodo zagotovljene s prerazporeditvijo:

Navedejo se proračunski uporabniki, sprejeti (veljavni) ukrepi oziroma projekti, ki jih proračunski uporabnik izvaja, in proračunske postavke tega proračunskega uporabnika, ki so v dinamiki teh projektov oziroma ukrepov ter s katerih se bodo s prerazporeditvijo zagotovile pravice porabe za dodatne aktivnosti pri obstoječih projektih oziroma ukrepih ali novih projektih oziroma ukrepih, navedenih v točki II.a.

II.c Načrtovana nadomestitev zmanjšanih prihodkov in povečanih odhodkov proračuna:

Če se povečani odhodki (pravice porabe) ne bodo zagotovili tako, kot je določeno v točkah II.a in II.b, je povečanje odhodkov in izdatkov proračuna mogoče na podlagi zakona, ki ureja izvrševanje državnega proračuna (npr. priliv namenskih sredstev EU). Ukrepanje ob zmanjšanju prihodkov in prejemkov proračuna je določeno z zakonom, ki ureja javne finance, in zakonom, ki ureja izvrševanje državnega proračuna.

7.b Predstavitev ocene finančnih posledic pod 40.000 EUR:

/

8. Predstavitev sodelovanja z združenji občin:

Vsebina predloženega gradiva (predpisa) vpliva na:

- pristojnosti občin,
- delovanje občin,
- financiranje občin.

DA/NE

Gradivo (predpis) je bilo poslano v mnenje:

- Skupnosti občin Slovenije SOS: DA/NE
- Združenju občin Slovenije ZOS: DA/NE
- Združenju mestnih občin Slovenije ZMOS: DA/NE

Izhodišča za predlog novele ZPacP in predlog novele ZPacP sta bila objavljena na spletni strani Ministrstva za zdravje, kot to izhaja iz točk 9. Nihče od predstavnikov občin, tj. SOS, ZOS in ZMOS, se ni odzval.

Predlogi in pripombe združenj so bili upoštevani:

- v celoti,
- večinoma,
- delno,
- niso bili upoštevani.

Bistveni predlogi in pripombe, ki niso bili upoštevani.

9. Predstavitev sodelovanja javnosti:

Gradivo je bilo predhodno objavljeno na spletni strani predlagatelja:

DA/NE

(Če je odgovor NE, navedite, zakaj ni bilo objavljeno.)

Izhodišča za predlog novele ZPacP so bila 30. 11. 2016 posredovana širši javnosti (objava na spletni strani Ministrstva za zdravje) ter strokovni in drugi zainteresirani javnosti (s posebnim dopisom). Čeprav gre za neobvezno fazo postopka priprave predpisa, jo je ministrstvo opravilo, ker je želelo pridobiti prve odzive na predlagane rešitve. Zaradi ozke časovnice je bil rok za posredovanje pripomb na izhodišča določen za osem dni. Odgovor na prejete pripombe smo objavili na spletni strani ministrstva in jih posredovali tudi vsem predlagateljem pripomb.

Predlog novele in pravilnika je bil nato 12. 12. 2016 posredovan v javno razpravo, ki se je zaključila 12. 1. 2017. Poleg objave na spletni strani Ministrstva za zdravje in na eDemokraciji smo celotno gradivo posredovali tudi na vse naslove vseh prepoznanih deležnikov s področja zdravstva – istim kot so bila posredovana že izhodišča (tj. vsem zbornicam in društvom s področja zdravstva, Zdravstvenemu svetu in drugim posvetovalnim telesom, zastopnikom pacientovih pravic, sindikatom s področja zdravstva, Informacijskemu pooblaščenču Republike Slovenije, Komisiji za preprečevanje korupcije, Varuhu človekovih pravic Republike Slovenije, pristojnim ministrstvom in vladnim službam, Odboru za zdravstvo Državnega zbora Republike Slovenije, poslanskim skupinam in nepovezanim poslancem, Zvezi potrošnikov Slovenije, Zvezi društev upokojencev Slovenije, Koaliciji za ohranitev javnega zdravja in Mreži NVO 25x25). Tekom javne razprave smo prejeli odzive cca. 50 deležnikov. Njihove pripombe in predloge smo poskušali upoštevati pri pripravi predloga zakona in pravilnika. Vsem deležnikom smo posredovali skupni odgovor na njihove pripombe in predloge, priložili novo pripravljeno gradivo obeh predpisov in oboje objavili tudi na spletni strani Ministrstva za zdravje.

Datum objave: 12. 12. 2016

V razpravo so bili vključeni:

- Služba Vlade RS za zakonodajo,
- Ministrstvo za finance,
- Ministrstvo za javno upravo,
- Ministrstvo za kulturo,
- Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti,
- Ministrstvo za pravosodje,
- Zdravstveni inšpektorat Republike Slovenije,
- Informacijski pooblaščenec Republike Slovenije,
- Komisija za preprečevanje korupcije,
- Varuh človekovih pravic Republike Slovenije,
- Odbor za zdravstvo Državnega zbora Republike Slovenije,
- poslanske skupine (PS SMC, PS SDS, PS DeSUS, PS SD, PS ZL, PS NSi, PS IMNS, PS NP) in nepovezana poslanca,
- Zdravstveni svet,
- Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije,
- Nacionalni inštitut za javno zdravje,
- Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije,
- zbornice in strokovna združenja: Zdravniška zbornica Slovenije, Lekarniška zbornica Slovenije, Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, Strokovno združenje zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije, Društvo fizioterapevtov, Slovensko zdravniško društvo, Strokovno združenje izvajalcev zdravstvene in babiške nege Slovenije,
- Zastopniki pacientovih pravic,
- Nacionalna mreža NVO s področja javnega zdravja 25 x 25,
- Zveza potrošnikov Slovenije,
- Zveza društev upokojencev Slovenije,
- Koalicija za ohranitev javnega zdravstvenega sistema,
- sindikati: Sindikat zobozdravnikov Slovenije DENS, Sindikat zdravnikov družinske medicine Slovenije Praktik.um, Sindikat zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije FIDES.

Mnenja, predlogi in pripombe z navedbo predlagateljev:

Javna razprava predloga zakona je potekala med 12. 12. 2016 in 12. 1. 2017. V tako postavljenem roku se je odzvalo veliko število deležnikov (cca. 50), tako s strani zdravstvenih organizacij kot tudi posameznih izvajalcev zdravstvene dejavnosti. Veliko število deležnikov, ki so sodelovali v javni razpravi, podpira cilj Ministrstva za zdravje, da se s predlogom zakona odpravi nedorečenosti in pomanjkljivosti sedanje ureditve tako glede pravice do spoštovanja pacientovega časa kot tudi nekatere druge. Primarni cilj predloga zakona je namreč predvsem ureditev dostopnosti pacientov do zdravstvenih storitev v okviru razumnega časa in ureditev ustreznega nadzora na področju zagotavljanja pacientovih pravic in obveznosti. V nadaljevanju so navedeni odgovori na mnenja, predloge in pripombe po vsebinskih sklopih, ki smo jih posredovali deležnikom po opravljeni javni razpravi.

I. POJMOVNIK

V zvezi s pojmovnikom je Ministrstvo za zdravje prejelo pripombe s strani Zdravniške zbornice Slovenije, Društva fizioterapevtov Slovenije, Zastopnikov pacientovih pravic ter nekaterih fizičnih oseb preko portala E-demokracija. Pripombe se predvsem nanašajo na pojem kontrolni pregled, nujno zdravljenje in najdaljša dopustna čakalna doba. Glede pojma kontrolni pregled Ministrstvo za zdravje pojasnjuje, da velja enako za vse vrste zdravstvenih dejavnosti, tako da posamezna vrsta zdravstvene dejavnosti (npr. fizioterapija, zobozdravstvo) ne more biti opredeljena kot izjema. Nadalje pojasnjujemo, da je bila upoštevana pripomba glede nujnega zdravljenja, saj smo navedeni pojem razširili tudi na področje zobozdravstva oziroma določili poseben pojem nujna zobozdravstvena pomoč. Pojem najdaljša dopustna čakalna doba pa je doba, v okviru katere mora biti opravljena določena zdravstvena storitev, in sicer tako da se z vidika objektivne medicinske presoje zdravstvenih potreb pacienta ne poslabša njegovo zdravstveno stanje ali kakovost življenja.

II. POSEBNI VAROVALNI UKREPI

Predlog zakona, ki je bil v javni razpravi, ni vseboval določbe, ki se nanaša na posebni varovalni ukrep, zato smo glede slednjega prejeli pripombo Varuha človekovih pravic Republike Slovenije in pobudo Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije, da se zakonsko opredelijo pogoji uporabe posebnega varovanega ukrepa. Ministrstvo za zdravje je pobudi sledilo, tako da je posebni varovalni ukrep uredilo na novo v novem 31.a členu predloga zakona. Do sedaj so bili namreč varovalni ukrepi opredeljeni in pogoji zanje določeni le za primer oddelkov pod posebnim nadzorom v psihiatričnih bolnišnicah in na varovanih oddelkih v socialno varstvenih zavodih (v skladu z Zakonom o duševnem zdravju). S predlagano dopolnitvijo se tako v novem 31.a členu ureja področje zagotavljanja varne zdravstvene oskrbe pacientov na način, da se preprečuje škoda za pacienta v zvezi s samim zdravljenjem in v zvezi z okoliščinami fizične varnosti bivanja ali zadrževanja pri izvajalcu.

Od ukrepov zdravljenja je treba razlikovati ukrepe prisile in omejitev, katerih namen je zagotoviti varnost, ko pacient neposredno ogroža sebe ali druge. Zaradi varstva pravic pacienta in drugih oseb je Ustavno sodišče RS v zadevi U-I-60/03 odločilo, da mora zakonodajalec jasno opredeliti primere in pogoje, pod katerimi je dopustno uporabiti ukrepe prisile in omejitev, kakor tudi nadzorne mehanizme nad uporabo teh ukrepov. Zakon o duševnem zdravju je že opredelil dva posebna varovalna ukrepa, ki pa se ju uporablja le v oddelkih pod posebnim nadzorom in varovanih oddelkih. Glede na to, da gre za zelo občutljivo področje, predlog zakona v tem členu definira posebni varovalni ukrep kot ukrep, ki se uporablja le izjemoma in lahko traja le toliko časa, kolikor je nujno potrebno glede na razlog njegove uvedbe. Posebej pa opredeljuje še ostale varovalne mehanizme, npr. spremljanje oziroma nadzor nad izvajanjem ukrepa.

III. SPOŠTOVANJE PACIENTOVEGA ČASA

Spoštovanje pacientovega časa je urejeno v 14. členu veljavnega Zakona o pacientovih pravicah, delno pa tudi v 18. členu. Ministrstvo za zdravje s predlogom zakona navedene določbe spreminja in v tej povezavi je prejelo in upoštevalo pripombe, ki so jih podali naslednji deležniki:

- Informacijski pooblaščenec Republike Slovenije je podal več konkretnjših predlogov, med drugim tudi pobudo, da se zagotovi spoštovanje pacientovega časa na način, da se v čakalnem seznamu in naročilni knjigi določi obveznost izvajalca zdravstvene dejavnosti, da paciente obravnava skladno z vrstnim redom. Predloge pooblaščenca smo upoštevali,
- Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije med drugim meni, da je potrebno izvajalca zdravstvene dejavnosti zavezati, da poskrbi za najkrajši možni čakalni čas ter da naj se pacienta uvrsti v čakalni seznam v petih dneh po predložitvi napotne listine. Ministrstvo za zdravje je navedene pripombe upoštevalo ter dodalo, da se pacienta v čakalni seznam uvrsti v petih dneh po predložitvi napotne listine oziroma v dveh dneh po opravljeni triazi napotne listine. Prav tako smo upoštevali predloge glede krajšega roka veljavnosti napotne listine, kar smo uredili v prehodnih določbah,
- Komisija za preprečevanje korupcije npr. meni, da je potrebno pacienta poleg uvrstitve v čakalni seznam obvestiti tudi o posledicah zaradi neopravičene odsotnosti od termina,
- Zastopniki pacientovih pravic so med drugim podali pobudo, da najkrajši možni čakalni čas ne more biti odvisen od finančnih zmožnosti.

Ministrstvo za zdravje je v tem sklopu prejelo tudi pripombe Sekcije fizioterapevtov zasebnikov glede organiziranosti dela izvajalca ter fizične osebe, ki želi, da se pacienta uvrsti v čakalni seznam naslednji delovni dan po predložitvi napotne listine. Navedenih pripomb Ministrstvo za zdravje ni upoštevalo, saj področje organiziranosti dela izvajalca sprememba 14. člena že vključuje. Zaradi predvidene zakonske določbe glede triaze napotne listine, ki se mora izvesti najkasneje v dveh dneh po predložitvi napotne listine, se pacienta ne more uvrstiti na čakalni seznam (najkasneje) naslednji delovni dan, bo pa to v praksi izvedljivo v primerih, ko se ne npr. bo izvedlo triaze. Od izvajalca zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe se zahteva, da v primeru, ko pacient potrebuje nujno medicinsko pomoč ali nujno zobozdravstveno pomoč ali nujno zdravljenje in

neodložljive zdravstvene storitve, to pacientu nudi takoj oziroma v 24 urah.

IV. ČAKALNI ČAS

Glede dolžine čakalnega časa je Ministrstvo za zdravje prejelo pripombe naslednjih deležnikov: Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Odbora zaposlenih zobozdravnikov pri Zdravniški zbornici Slovenije, predsednika Razširjenega strokovnega kolegija za splošno/družinsko medicino, Zastopnikov pacientovih pravic, Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana in fizične osebe. Pripombe se nanašajo predvsem na dolžino trajanja čakalnega časa, in sicer nekateri deležniki menijo, da je čas 30 minut prekratek. Slednje po njihovem mnenju ni izvedljivo, saj so določene zdravstvene storitve nepredvidljive in predlagajo, da bi čakalni čas moral biti 60 minut. Ministrstvo za zdravje pripombe ni upoštevalo, saj je trajanje čakalnega časa neposredno odvisno od organizacije dela vsakokratnega izvajalca zdravstvene dejavnosti, prav tako zakon predvideva vrsto izjem, ki omogočajo izvajanje določbe v praksi.

Dosedanja Uredba o poslovanju z uporabniki v javnem zdravstvu je v 5. členu določala, da mora čakalni čas na primarni ravni znašati največ 20 minut, na sekundarni in terciarni ravni pa največ 60 minut. Potrebno je poudariti, da čakalni čas predstavlja čas, ki ga pacient preživi v čakalnici pred ambulanto, ko čaka na izvedbo zdravstvene storitve (torej takrat, ko ima termin že določen – bodisi, ker je vpisan v čakalni seznam ali pa v naročilno knjigo). Izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe mora zagotoviti sistematično naročanje na določeno uro in minuto (tj. na termine) znotraj ordinacijskega časa. Zaradi uravnoteženosti predloga se tako upošteva tudi pacientovo pravico po spoštovanju njegovega časa, da pred ambulantno ne čaka po nepotrebem, temveč se izvajalce napeljuje k temu, da termine določajo premišljeno in svoje delo analizirajo. Nepotrebno čakanje v čakalnicah namreč neposredno škodi pacientom in povzroča nepotrebno odsotnost od dela, šole itd.

V. OBLIKE NAROČANJA

Sekcija fizioterapevtov zasebnikov ter Združenje fizioterapevtov Slovenije sta podali predlog, da se zagotovi zgolj dve obliki naročanja, in sicer vsaj ena oblika elektronskega naročanja s pošiljanjem originalne napotne listine in osebno naročanje. Ministrstvo za zdravje pojasnjuje, da je kot eno izmed oblik naročanja ohranilo tudi naročanje po pošti, saj gre za že uveljavljeno obliko naročanja in zgolj eno izmed možnih oblik naročanja, ki jih pacient lahko uveljavi. Poudarjanje osebnega naročanja zlasti v primeru storitev fizioterapije ni primerna, saj so pacienti ravno v teh primerih slabše mobilni.

VI. STOPNJE NUJNOSTI

Ministrstvo za zdravje je v tem sklopu prejelo posamezne pripombe strokovne in druge zainteresirane javnosti, in sicer glede dodatne stopnje nujnosti zelo hitro, ki jo je predlog zakona v času javne razprave še predvideval. Zdravniška zbornica Slovenije je v zvezi s tem poudarila, da bi dodatna stopnja nujnosti zelo hitro pomenila 90 odstotkov diagnostičnih in terapevtskih ukrepov in izpostavila vprašanje, kako naj izvajalci ravnali ob tovrstnih napotitvah. Po ponovnem premisleku predlagatelja smo predlog glede dodatne stopnje nujnosti zelo hitro umaknili, saj zgolj sprememba maksimalnih časovnih okvirjev ne odtehta administrativnih ovir, ki bi nastale in zahtevale nove obrazce za napotne listine. Namesto tega se ohranja sedaj veljavne stopnje nujnosti, dodaja pa možnost nedoločitve stopnje nujnosti, kadar zdravnik oceni, da zdravstveno stanje pacienta dopušča izvedbo zdravstvene storitve po treh mesecih. S predlogom zakona ima zdravnik torej možnost, da stopnje nujnosti v konkretnem primeru ne določi oziroma je na napotni listini ne označi, če ugotovi, da pacient glede na njegovo zdravstveno stanje (upoštevajoč konkretni razumni čas) ne potrebuje zdravstvene obravnave prej kot v treh mesecih.

Predlog zakona tako še vedno predvideva tri stopnje nujnosti (nujno, hitro in redno), določa pa se jo za vsak primer posebej, in sicer skladno s pacientovo največjo zdravstveno koristjo. Upoštevati je potrebno njegov razumen čas in morebitno zahtevo s strani imenovanega zdravnika ali zdravstvene komisije Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Imenovani zdravnik je namreč skladno s predpisi s področja zdravstvenega zavarovanja pooblaščen za odločanje o začasni nezmožnosti za delo iz bolezenskih razlogov za delo nad 30 dni oziroma o zahtevi zavarovanca ali delodajalca za presojo ocene izbranega osebnega zdravnika o začasni nezmožnosti za delo do 30 dni, zdravstvena komisija pa je pristojna za odločanje o morebitni pritožbi zoper odločbo imenovanje zdravnika.

Stopnja nujnosti se torej opredeljuje glede na konkretnega pacienta in pri tem upošteva vse okoliščine na njegovi strani; to je zdravstveno stanje, morebitna bolniška odsotnost, stopnja bolečin, nosečnost ipd. Glede na navedeno, predloga Združenja fizioterapevtov Slovenije, da se morebitna zahteva imenovanega zdravnika ali zdravstvene komisije Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za hitrejšo zdravstveno obravnavo (kar je sicer predlagal tudi Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije) črta, Ministrstvo za zdravje ni upoštevalo.

Glede stopnje nujnosti nujno predlog zakona uvaja določene spremembe, in sicer napotno listino s

stopnjo nujno izda zdravnik, kadar gre za nujno medicinsko pomoč ali nujno zobozdravstveno pomoč ter nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene in zobozdravstvene storitve, ki jih je potrebno izvesti takoj oziroma najkasneje v 24 urah. Glede maksimalnega časovnega okvira pa pri stopnji nujnosti nujno Ministrstvo za zdravje ni uvedlo sprememb, temveč ostaja časovni okvir tudi v nadaljevanju 24 ur. Stopnja nujnosti hitro se uveljavi takrat, kadar je zdravstveno stanje pacienta tako resno, da zahteva obravnavo prej kot v 14 dneh, pri stopnji nujnosti redno pa takrat, kadar zdravstveno stanje pacienta zahteva obravnavo prej kot v treh mesecih.

Predstavniki izvajalcev (npr. Splošna bolnišnica Brežice) menijo, da bi bilo potrebno določiti, da se pri napotitvi hitro – pacienta obravnava najpozneje v treh mesecih, pri napotitvi redno pa najpozneje v šestih mesecih. Ker se z novo ureditvijo predlaga bistveno krajše najdaljše dopustne čakalne dobe za stopnjo hitro in redno, gre za ukrep, kateremu se bodo izvajalci zdravstvene dejavnosti glede na trenutno situacijo težko takoj prilagodili, zato je v prehodnih in končnih določbah vsebovana diktacija, da najdaljša dopustna čakalna doba za stopnjo nujnosti redno do 31. 12. 2018 znaša šest mesecev.

VII. VELJAVNOST NAPOTNE LISTINE

S predlogom zakona se na novo ureja tudi veljavnost napotne listine, saj je v zvezi s tem obstajala pravna praznina in je bilo mogoče napotno listino predložiti kadar koli (neomejeno glede na čas njene izdaje ali celo stopnjo nujnosti). Veljavnost napotne listine bo po novem odvisna od stopnje nujnosti, ki je določena na napotni listini. Napotna listina s stopnjo nujnosti nujno mora biti predložena izvajalcu najkasneje naslednji dan, sicer preneha veljati. Napotna listina s stopnjo nujnosti hitro v petih koledarskih dneh, preostali dve obliki (stopnja nujnosti redno oziroma kadar stopnja nujnosti sploh ni določena) pa v roku 14 koledarskih dni od njene izdaje.

S tem ukrepom predlog zakona pacientu nalaga večjo skrb za pričetek postopka uvrščanja na čakalni seznam in s tem začetek pričakovanega zdravljenja, kar vpliva k zmanjševanju morebitnih škodljivih posledic odlašanja z zdravstveno obravnavo. Če izvajalec prejme neveljavno oziroma pretečeno napotno listino, jo vrne njenemu izdajatelju, pacienta pa o tem na primere način tudi obvesti

Ministrstvo za zdravje je v tej zvezi prejelo predlog Združenja fizioterapevtov Slovenije, da se za določanje veljavnosti roka za predložitev napotne listine šteje datum na napotni listini. Določba ni bila upoštevana, saj se veljavnost napotne listine šteje od predložitve napotne listine, kar seveda zahteva potrebno zavzetost pacienta za njeno pravočasno predložitev, izvajalec pa mora organizacijsko poskrbeti za ustrezno evidentiranje prejema. Pri tem velja opozoriti, da pri eNapotnici oziroma eNaročanju take obveznosti za izvajalca ni, saj se prejem beleži avtomatsko.

VIII. STIK S PACIENTOM

Izvajalec zdravstvene dejavnosti zaradi izvedbe zdravstvene dejavnosti in zaradi upravljanja s čakalnim seznamom vzpostavi stik s pacientom, ki je uvrščen na čakalni seznam. V zvezi s tem sta Informacijski pooblaščenec Republike Slovenije in Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije podala predlog, da se v zakonu jasno opredeli vzpostavitev stika le s tistim pacientom, ki je sporočil kontaktne podatke. Pripomba je bila upoštevana, saj smo tako v 15. kot tudi 15.b členu zakona nabor podatkov (e-naslov ali telefonska številka) izrecno navedli.

Nasprotno pa je npr. Združenje fizioterapevtov Slovenije predlagalo, da se zahteva za vzpostavitev stika s pacientom v celoti črta. Pripombe Ministrstvo za zdravje ni upoštevalo, saj je stik pred izvedbo zdravstvene storitve ali stik v zvezi z upravljanjem čakalnega seznama izredno pomemben ne le za pacienta (kot opomnik) temveč tudi za izvajalca (z vidika učinkovite rabe virov). S tem ukrepom se namreč skrajšuje tudi čakalne dobe in čakalni čas.

IX. NAROČANJE NA ZDRAVSTVENO STORITEV

Odbor zobozdravnikov pri Zdravniški zbornici Slovenije meni, da je nesmiselno, da izvajalec zdravstvene dejavnosti, ki je izdal napotno listino, pacienta sam naroči na zdravstveno storitev. Menijo, da t.i. posredništvo pri naročanju podaljšuje čakalne dobe. Podobnega stališča je tudi predsednik Razširjenega strokovnega kolegija za splošno/družinsko medicino, ki meni, da taka izvedba eNaročanja v praksi ni izvedljiva, saj ima pacient pravico, da sam izbere zdravnika. V zvezi s tem je pripomba podal tudi sindikat Praktik.um, saj naj eNaročanje ne bi bila storitev, ki jo je dolžan opraviti izvajalec na primarni ravni, razen v primeru, ko pacient zaradi objektivnih okoliščin na njegovi strani tega ne bi mogel narediti (ali v njegovem imenu svojec). Ministrstvo za zdravje navedenih pripomb ni upoštevalo v celoti, saj se pacientu izhajajoč iz temeljnega vodila (tj. osredotočenosti zdravstvene obravnave na pacienta) ne sme nalagati dodatnih obremenitev, kadar bi te izvajalec zdravstvene dejavnosti lahko opravil hitreje. Je pa prisluhnilo navedbam o obremenjenosti izvajalcev zdravstvene dejavnosti na primarni ravni, zato je zahtevo po obveznem naročanju omejil le na eNaročanje, zgolj na prvi prosti (okvirni) termin in ne na kontrolni pregled. Dodatno omilitev predvideva še prehodna določba zakona, in sicer naročanje ne bo obvezno za izvajalce, ki presegajo evidentirano število zavarovanih oseb, ki ga skladno s predpisi, ki urejajo zdravstveno zavarovanje, določi Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Pri tem velja opozoriti, da izjema vendarle ne

velja, če gre za pacienta, ki zaradi objektivnih okoliščin potrebuje pomoč pri naročanju. V takem primeru je izvajalec pacienta vseeno dolžan naročiti.

S predlogom zakona se ureja tudi ravnanje z nepopolno napotno listino. Če je napotna listina tako pomanjkljivo oziroma nejasno izpolnjena, da pacienta ni mogoče uvrstiti na čakalni seznam oziroma izvesti triaže napotne listine, pooblaščenca oseba v treh dneh od izdajatelja zahteva njeno dopolnitev. Izdajatelj napotne listine dodatna pojasnila poda v nadaljnjih treh dneh. Z navedeno določbo se Združenje fizioterapevtov Slovenije ne strinja, saj se jim zdi nesprejemljivo, da je lahko napotna listina nepopolna in nejasno izpolnjena. Ministrstvo za zdravje poudarja, da je to le še dodatni razlog, da se tovrstna materija ustrezno uredi.

Glede povratnih informacij, ki se pacientu pošiljajo preko elektronskih komunikacij, Informacijski pooblaščenec Republike Slovenije zahteva, da naj te ne vsebujejo konkretnih podatkov o pacientovem zdravstvenem stanju ali vrsti zdravstvene storitve. S predlogom se Ministrstvo za zdravje strinja, zato je navedeno upoštevalo v osmem odstavku 15.b člena predloga zakona.

X. ČAKALNI SEZNAM

- uvrščanje v čakalni seznam

Glede uvrščanja v čakalni seznam Informacijski pooblaščenec Republike Slovenije predlaga, da se tistega pacienta, ki izrecno želi imeti opravljeno zdravstveno storitev izven obveznega zdravstvena zavarovanja, vpiše na ločen čakalni seznam. Ministrstvo za zdravje je navedeno pripombo upoštevalo v prvem odstavku 15. člena predloga zakona.

- vodenje čakalnega seznama za ginekologe

V predlogu zakona, ki je bil v javni razpravi, je bilo določeno, da mora čakalni seznam voditi tudi izbrani osebni ginekolog in da zanj ne velja izjema od vodenja čakalnega seznama, kot sicer velja za izbranega osebnega zdravnika splošne oziroma družinske medicine, izbranega osebnega pediatra ter za preventivne preglede. Ministrstvo za zdravje je v zvezi s tem prejelo odziv Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Zdravstvenega inšpektorata Republike Slovenije, Združenja za splošno ambulantno ginekologijo, Zdravniške zbornice Slovenije ter fizične osebe, v katerih je poudarjeno, da so izbrani osebni ginekologi uvrščeni na primarno zdravstveno raven ter nimajo težav z naročanjem na preglede ali s predolgimi čakalnimi dobami. Ministrstvo za zdravje je pripombe upoštevalo na način, da izbrani osebni ginekologi namesto čakalnega seznama vodijo naročilno knjigo, ki je poenostavljena elektronska evidenca naročenih pacientov z bistveno manjšim naborom podatkov. V naročilno knjigo se glede na predlagano ureditev vpisuje:

- zaporedna številka,
- osebno ime pacienta,
- kontaktni podatki pacienta,
- razlog obravnave,
- termin,
- navedba o izvedbi zdravstvene storitve (podatek o izvedbi se nanaša zgolj na realizacijo zdravstvene storitve; ali je zdravstvena storitev bila izvedena ali ne).

Navedeni minimalen nabor podatkov zagotavlja ustrezno razločevanje med obravnavo naročenih in nenaročenih pacientov.

- vodenje čakalnega seznama za zobozdravnike in ortodonte

V okviru javne razprave je Ministrstvo za zdravje pripombe glede obveznega vodenja čakalnih seznamov za zobozdravnike prejelo s strani Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor, Sindikata zobozdravnikov DENS, Odbora za zobozdravstvo pri Zdravniški zbornici Slovenije in Slovenskega ortodontskega društva.

Pripombe Slovenskega ortodontskega društva se nanašajo predvsem na to, da so za ortodontsko dejavnost zaradi sistemskih anomalij računalniških programov čakalne dobe prikazane nerealno dolge, kar povzroča nepotrebne težave pacientom ter izvajalcem zdravstvene dejavnosti. Prav tako menijo, da je potrebno urediti pravne podlage za prehod pacientov iz opazovane skupine na čakalni seznam za zdravljenje ter za ureditev pravnih podlag za korekcijo računalniških programov, tako da bodo prikazovali realne, to je krajše čakalne dobe.

Sindikata zobozdravnikov DENS je podal pobudo, naj bodo zobozdravniki obravnavani na enak način kot splošni/družinski zdravnik in pediater. S tem se strinja tudi Zdravniška zbornica Slovenije. Meni, da Ministrstvo za zdravje pri pripravi predloga ni podalo strokovnih argumentov, zakaj naj bi zobozdravniki, ki opravljajo primerljivo zdravstveno dejavnost kot splošni/družinski zdravniki in pediatri, ne bi bili enakopravno obravnavani. Dodajajo, da je Razširjeni strokovni kolegij za stomatologijo v letu 2011 sprejel strokovne kriterije za razvrščanje zobozdravstvenih storitev v posamezne stopnje nujnosti. V teh kriterijih je po njihovem mnenju jasno navedeno, da se za področje konzervativnega zobozdravstva ne vodi čakalnih seznamov, v kolikor je prvi pregled opravljen prej kot v treh mesecih.

Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor pa je npr. mnenja, da se čakalni seznam vodi ali pa tudi ne (odvisno od individualne ambulante, če ima čakalno dobo za prvi pregled ali pacient že dobi datum za prvi pregled ob naročilu). Čakalni seznam za konzervativno zdravljenje se ne vodi, saj je pacient po prvem pregledu v oskrbi vezan na doktrino in diagnozo, zato čakalne dobe nima. Čakalni seznam za kontrolni pregled se ne vodi, ker le ta pripada pacientu glede na zaključek zdravljenja. Ministrstvo za zdravje glede na vse podane pripombe ter upoštevajoč predloge Zavoda za zdravstveno zavarovanje, Zdravstvenega inšpektorata Republike Slovenije in nekaterih drugih deležnikov meni, da dolge čakalne dobe pri zobozdravstvenih storitvah in slabša dostopnost do zobozdravnikov v primerjavi z ostalimi zdravniki na primarni ravni zahtevajo vodenje čakalnega seznama. Pri tem pa je vseeno upoštevalo, da gre za izbranega osebnega zdravnika, zato čakalni seznam ne vsebuje naslednjih podatkov, ki jih sicer drugi izvajalci zdravstvene dejavnosti morajo voditi, in sicer: številko napotne listine, datum prejema napotne listine, datum triaže napotne listine, obstoj medicinske indikacije za uvrstitev pacienta na točno določen termin, ki se upošteva poleg določene stopnje nujnosti (skupaj z navedbo in opisom razloga, osebno ime in šifra zdravstvenega delavca, ki je to medicinsko indikacijo podal), željo pacienta glede izbire alternativnega termina (vključno s podatkom o prvotno ponujenem terminu), predvideni termin in okvirni termin izvedbe zdravstvene storitve ter datum obvestila pacienta, podatke o prenaročitvi pacienta iz razlogov na strani izvajalca zdravstvene dejavnosti (datum prvotnega termina, razlog za prenaročitev, nov termin), podatek o utemeljenosti napotitve na zdravstveno storitev, in podatek o črtanju iz čakalnega seznama (razlog in datum).

- podatki, ki se vodijo v čakalnem seznamu pri posameznem izvajalcu

Informacijski pooblaščenec Republike Slovenije predlaga, da je iz čakalnega seznama razvidna sledljivost podatkov, ki se vodijo v čakalnem seznamu. Pripomba je upoštevana, saj je s sledljivostjo omogočen vpogled v prejšnji podatek.

Zdravniška zbornica Slovenije je v okviru javne razprave predloga zakona predlagala, da se obvezno vodenje čakalnega seznama in nabora podatkov v čakalnem seznamu loči glede na zahtevnost posamezne zdravstvene storitve. Ministrstvo za zdravje navedene pripombe ni upoštevalo in področje vodenja čakalnega seznama uredilo na način, da se enotno vodi za vse zdravstvene storitve oziroma skupine zdravstvenih storitev znotraj posamezne enote (npr. ambulante).

- upravljanje s čakalnim seznamom

Predlog zakona glede upravljanja s čakalnim seznamom določa, da odsotnost zdravstvenega delavca ali zdravstvenega sodelavca, ki izvaja zdravstvene storitve pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe, ni razlog za odpoved termina.

Glede slednjega je Sekcija fizioterapevtov zasebnikov podala pripombo, da navedena določba ni smiselna, saj se v praksi ne bi mogla izvajati. Univerzitetni klinični center Ljubljana glede zgornje določbe predlaga, da se v primeru objektivnih razlogov, ko se nadomeščanja odsotnega zdravstvenega delavca ali zdravstvenega sodelavca ne more zagotoviti, pacienta prenaroči na termin, ki ne sme biti daljši od 60 dni. Nadalje je pripombo podala tudi fizična oseba, in sicer želi, da se pacienta v zgoraj navedenem primeru prenaroči na prvi prosti (dodatni) termin, ki ne sme biti daljši od 14 dni.

Pripombe je Ministrstvo za zdravje uskladilo na način, da se zahteva prenaročitev na prvi prosti (dodatni) termin, ki je pri stopnji nujnosti hitro v roku sedem dni, pri stopnji redno oziroma kadar stopnja nujnosti ni določena pa v roku 30 dni od prvotno določenega termina. Pri tem pojasnjujemo, da je 60 dni absolutno predolga doba za pacienta, ki je bil že naročen na določeno zdravstveno storitev, predlagana določba 14 dni pa je po preučitvi vseh pripomb deležnikov v določenih primerih lahko prekratka, saj bodo izvajalci zdravstvene dejavnosti temu težko sledili. Kadar je določeni zdravstveni delavec ali zdravstveni sodelavec (nepričakovano) odsoten dlje časa, je namreč potrebno temu prilagoditi celoten delovni proces (razpisati dodatne termine), torej nemoteno in brez dodatnega prenaročanja obravnavati tudi ostale paciente, ki so uvrščeni v čakalni seznam. Če izvajalec zdravstvene dejavnosti iz objektivnih razlogov nadomeščanja odsotnega zdravstvenega delavca ali zdravstvenega sodelavca ne more zagotoviti, se pacienta nemudoma prenaroči na prvi prosti (dodatni) termin, ki je v roku sedem oziroma 30 dni od prvotno določenega (odvisno od stopnje nujnosti) – s tem je rok predloga zakona iz javne razprave bistveno podaljšan in prilagojen realnim zmogljivostim aktualne organizacije dela v zdravstvu.

- odpoved termina

Ministrstvo za zdravje v predlogu zakona predvideva ureditev inštituta odpovedi termina s strani pacienta, in sicer je to dopustno najpozneje deset dni pred izvedbo zdravstvene storitve, le enkrat v okviru iste napotitve in le v okviru napotitve s stopnjo nujnosti redno ali kadar stopnja nujnosti ni določena. Na ta način se želi zagotoviti večjo zavzetost pacientov v skrbi za lastno zdravje in posledično boljšo izkoriščenost virov pri izvajalcu, posredno pa tudi skrajševanje čakalnih dob.

Predlog Zveze društev upokojencev Slovenije, da velja izjema glede odpovedi za starejše ljudi, je bila upoštevana v določbi šestega odstavka 15.b člena. Pacienta, ki svoje odsotnosti ne opraviči, se črta iz čakalnega seznama in se na isto zdravstveno storitev pri istem izvajalcu lahko uvrsti šele po preteku treh mesecev od termina, na katerega se neopravičeno ni odzval. Slednje pa ne velja, če izvajalec zdravstvene dejavnosti presodi, da taka omejitev neposredno ogroža zdravstveno stanje ali zdravstveno obravnavo pacienta. S tem, ko je Ministrstvo za zdravje dodalo t.i. varovalo za paciente, ki npr. neopravičeno izostanejo od termina, moratorij naročanja pa bi lahko neposredno ogrožal njihovo zdravstveno stanje, je upoštevalo pripombe tako Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije kot tudi Zveze društev upokojencev Slovenije in Zbornice zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

- črtanje iz čakalnega seznama

Predstavniki Splošne bolnišnice Brežice so podali pripombo, da se v primeru črtanja pacienta s čakalnega seznama povratna informacija izdajatelju napotne listine zagotovi le v primeru ugotovljene neutemeljene napotitve ali zlorabe stopnje nujnosti. Ministrstvo za zdravje navedene pripombe ni upoštevalo, saj črtanje s čakalnega seznama predstavlja velik poseg v pravico do spoštovanja pacientovega časa, zato mora biti pacient s tem vedno seznanjen. V nasprotnem primer lahko pride do črtanja brez njegove vednosti. Sama seznanitev je sicer lahko zgolj ustna, npr. neposredno ob telefonskem klicu pacienta, ki sporoči, da ne rabi več storitve, ali pa avtomatska preko sistema eNaročanja. To pomeni, da v teh in podobnih primerih obvestilo za pooblaščen osebo ne predstavlja nobene dodatne administracije.

- hramba podatkov v čakalnem seznamu

Ministrstvo za zdravje je v predlogu zakona predvidelo, da se podatki s čakalnega seznama hranijo dve leti od izvedene zdravstvene storitve oziroma po črtanju s čakalnega seznama. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije je podal predlog, da se podatki zaradi transparentnosti in lažjega izvajanja nadzora hranijo pet let. Ministrstvo za zdravje je navedeno pripombo upoštevalo.

XI. PRAVICA DO DRUGEGA MNENJA

Pacientove pravice, opredeljene v Zakonu o pacientovih pravicah, ki so hkrati vezane tudi na sistem zdravstvenega zavarovanja, se uresničujejo v okviru predpisov s področja zdravstvenega zavarovanja. Zakon o pacientovih pravicah namreč celovito ureja 14 splošnih, univerzalnih pravic, tiste, ki se krijejo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, pa so podrobneje (način uveljavljanja, morebitne omejitve) razčlenjene v Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju in Pravilih obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Glede pravice do drugega mnenja je Ministrstvo za zdravje v okviru javne razprave prejelo pripombe Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, Varuha človekovih pravic Republike Slovenije in Zdravniške zbornice Slovenije, ki so se nanašale predvsem na plačilo drugega mnenja. Zdravniška zbornica Slovenije opozarja, da je potrebno urediti financiranje pravice do drugega mnenja, saj predlog zakona navedenega ni uredil. Varuh Človekovih pravic Republike Slovenije ugotavlja, da četudi pacient ima zakonsko podlago za pridobitev drugega mnenja, te pravice ni mogoče uveljaviti, če ni urejeno njeno financiranje. Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije prav tako meni, da se mora urediti financiranje te pravice.

Ministrstvo za zdravje v zvezi s tem pojasnjuje, da uveljavljanje pravice do drugega mnenja v mreži javne zdravstvene službe ni del tega zakona, temveč je urejeno skladno s predpisi, ki urejajo zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje. Tako so npr. glede drugega mnenja v prvih petih odstavkih predloga novega 40. člena zapisane splošne določbe, ki se nanašajo na drugo mnenje (pogoji in postopek uveljavljanja), v šestem odstavku pa je glede uveljavljanja pravice do drugega mnenja v okviru javne mreže napotilo na Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju in Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja. Ob tem poudarjamo, da že 1. člen veljavnega ZPacP določa, da ta zakon določa pravice, ki jih ima pacient kot uporabnik zdravstvenih storitev pri vseh izvajalcih, postopke uveljavljanja teh pravic, kadar so te kršene, in s temi pravicah povezane dolžnosti. Pravice iz zdravstvenega zavarovanja in način njihovega uveljavljanja določa pa poseben zakon (tj. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju). Podobno določa tudi tretji odstavek 4. člena ZPacP v okviru določbe o uresničevanju in omejevanju pacientovih pravic. Pacientove pravice, ki jih določa ta zakon (tj. ZPacP) in so hkrati vezane na sistem zdravstvenega zavarovanja, se torej uresničujejo v okviru predpisov s področja zdravstvenega zavarovanja (tj. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju in Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja). Na podoben način je urejeno tudi glede pravice do nastanitve starša v primeru stacionarne oskrbe otrok, proste izbire zdravnika in izvajalca, dostopanja do zdravstvene oskrbe, do preventivnih storitev. Kako bo pravica do drugega mnenja dejansko zagotovljena (tj. vprašanje plačila) v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja, bo torej predmet druge zakonodaje.

XII. PISNO STROKOVNO MNENJE

Zastopniki pacientovih pravic menijo, da se določba glede prejema pisnega strokovnega mnenja oziroma izvida spreminja v škodo pacienta, saj je po veljavni ureditvi rok za podajo mnenja tri delovne dni. Po njihovem mnenju je potrebno izhajati iz smisla in namena pregleda. Sam pregled pacientu v ničemer ne koristi vse dotlej, dokler on in njegov zdravnik ne dobita izvida in mnenja.

Pripombe Ministrstvo za zdravje ni upoštevalo, saj je določba v predlogu zakona ustrežnejša kot v veljavni zakonodaji. Ta veže izdajo pisnega strokovnega mnenja oziroma izvida na delovni (in ne koledarski) dan ter zgolj na ambulantni pregled, medtem ko predlog zakona izdajo pisnega strokovnega mnenja oziroma izvida veže na koledarski dan, izvid pa naj bo podan za ambulantni pregled in tudi diagnostiko. Pri tem je predlagatelj nekoliko upošteval tudi pripombe izvajalcev zdravstvene dejavnosti po (nekoliko) daljšem roku, poudariti pa velja, da navedeni rok predstavlja maksimalen rok, saj naj bi izvajalec pismo strokovno mnenje oziroma izvid izdal takoj oziroma najkasneje v sedmih dneh po opravljeni storitvi. V nujnih primerih, kamor spada tudi npr. sum na maligno obolenje, mora biti namreč mnenje pacientu sporočeno takoj. Predlog zakona pa predvideva tudi izjemo (za krajši ali daljši rok), kadar bi bilo to v posameznem primeru strokovno utemeljeno.

XIII. NADZORNI IN PREKRŠKOVNI ORGANI

Komisija za preprečevanje korupcije meni, da je potrebno v prekrškovne določbe dodati določbe glede opustitve izvajanja nadzora glede sledljivosti v čakalnem seznamu in glede neopravljanja nalog iz devetega odstavka 14.b člena. Nalaganje dolžnega ravnanja brez hkratne določitve sankcije za kršitev dolžnega ravnanja po njihovem mnenju predstavlja tveganje za nastanek kršitve dolžnega ravnanja. Ministrstvo za zdravje je slednje upoštevalo.

XIV. ZASTOPNIKI PACIENTOVIH PRAVIC

Državni svet Republike Slovenije je podal predlog spremembe 89. člena veljavnega zakona, in sicer o nezdružljivosti funkcij zastopnikov pacientovih pravic v prehodnem obdobju do oblikovanja pokrajin. Ministrstvo za zdravje je prisluhnilo pobudi Državnega sveta Republike Slovenije in predlagalo odpravo dosedanje neustrezne rešitve glede pogojev za imenovanje zastopnikov pacientovih pravic, ki je neutemeljeno izpuščala omejitve glede združljivosti, ki so sicer v zakonu zapisane v 50. členu (ne pa v 89. členu, kjer je predvideno imenovanje zastopnikov v prehodnem obdobju).

Predlog tako predvideva uskladitev petega odstavka 89. člena zakona z vsebino sedmega odstavka 50. člena, ki govori o združljivosti dela zastopnika z različnimi funkcijami oziroma članstvom v posameznih organih. Namen predlagane ureditve odpravlja težave pri razpisih za zastopnike pacientovih pravic, saj se na razpise prijavljajo tudi kandidati, ki bi bili ob polni veljavnosti omejitev glede nezdružljivosti funkcije iz sedmega odstavka 50. člena zakona v konfliktu interesov (npr. kandidati prihajajo iz vrst zdravstvenih delavcev, zaposlenih pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti). Ob tem velja izpostaviti, da prehodna določba zakona predvideva, da morajo zastopniki pacientovih pravic, ki so že imenovani in ob imenovanju niso izpolnjevali navedenega pogoja, v treh mesecih od uveljavitve tega zakona prenehati z delom oziroma funkcijo, ki ni združljiva, sicer jim preneha mandat zastopnika.

Predlogi so bili upoštevani:

- večinoma.

Bistvena mnenja, predlogi in pripombe, ki niso bili upoštevani, ter razlogi za neupoštevanje:

- pripomba, ki jo je podala fizična oseba in se nanaša na predlog za spremembo 34., 37. in 38. člena veljavnega Zakona o pacientovih pravicah, ki se nanaša na pravico do upoštevanja vnaprej izražene volje: v področje upoštevanja vnaprej izražene volje vsebinsko ne posegamo;
- pripomba, ki jo je podala fizična oseba preko portala E-demokracije glede otrok z aspergerjevim sindromom, ki bi morali biti upravičeni do dodatka za nego otroka: navedeno ne sodi v domen zakona, ki ureja pacientove pravice;
- pripomba Komisije RS za medicinsko etiko, ki predlaga konzultiranje svojcev pacienta v okoliščinah medicinsko nesmiselnega podaljševanja življenja: v področje upoštevanja vnaprej izražene volje vsebinsko ne posegamo;
- pripomba Državnega sveta Republike Slovenije o zamejitvi pravice do proste izbire zdravnika: pravica do proste izbire zdravnika in zavoda je ena izmed temeljnih pacientovih pravic, katere vsebino v okviru pravic obveznega zdravstvenega zavarovanja zapolnjujejo predpisi s področja zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja;
- predlog AmCham Slovenia, Komisije za zdravstvo in kakovost bivanja, da naj se uvede sprememba mreže javnih bolnišnic ter njihova avtonomnost, podpora ločevanju in hkrati sobivanju javnega in zasebnega izvajanja zdravstvenih storitev, vzpostavitev mreže HTA: navedeni predlogi vsebinsko ne sodijo v področje urejanja zakona o pacientovih pravicah,

temveč v predpise s področja zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, zdravstvene dejavnosti ter bodoče ureditve kakovosti in varnosti v zdravstvu.

Ministrstvo za zdravje skladno z zgoraj navedenimi predlogi in pripombami pojasnjuje, da navedenih pripomb ni upoštevalo, saj je primarni cilj tega zakona ureditev dostopnosti pacientov do zdravstvenih storitev v okviru razumnega časa in ureditev ustreznega nadzora na področju zagotavljanja pacientovih pravic in obveznosti. Zaradi težav pri implementaciji nekaterih pacientovih pravic (pravice do spoštovanja pacientovega časa) bo namreč z novelo predlagana zlasti podrobnejša opredelitev, nadzor in prekrškovne določbe glede čakalnih seznamov in v tej zvezi posamezne obveznosti tako na strani izvajalcev kot tudi pacientov. Poleg navedenega se predlaga še nekatere manjše spremembe in dopolnitve zakona, glede katerih se je zlasti tekom javne razprave ugotovilo, da jih je smiselno vključiti v obstoječo novelo (npr. posebni varovalni ukrep, pogoji za zastopnika pacientovih pravic, trajanje vnaprej izražene volje pacienta).

10. Pri pripravi gradiva so bile upoštevane zahteve iz Resolucije o normativni dejavnosti:	DA/NE
11. Gradivo je uvrščeno v delovni program vlade:	DA/NE

**Milojka Kolar Celarc
MINISTRICA**

ZAKON

O SPREMEMBAH IN DOPOLNITVAH ZAKONA O PACIENTOVIH PRAVICAH

I. UVOD

1. OCENA STANJA IN RAZLOGI ZA SPREJEM PREDLOGA ZAKONA

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

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

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

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

Dolge čakalne dobe za zdravstvene storitve so viden izziv zdravstvenih politik ne le v Republiki Sloveniji, ampak tudi v številnih drugih državah članicah Organizacije za ekonomsko sodelovanje in razvoj in so posledica demografskih sprememb, tehnološkega napredka, ozaveščenosti pacientov za zdravje, defenzivne medicine, pomanjkanja zdravnikov oziroma zdravstvenih delavcev, negospodarnega izkoriščanja opreme, preslabo postavljenega obsega programov in nizke cene zdravstvenih storitev, ki jih ZZZS sklene z izvajalci zdravstvene dejavnosti, ter tudi nekaj let trajajoče finančne krize. Zaradi predolghih čakalnih dob so večja tveganja pri zdravljenju, višji stroški zdravljenja, daljše odsotnosti z dela in družinskega kroga, daljše in zahtevnejše rehabilitacije ter slabše stanje pacientov po zdravljenju.

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

- krepitev programov na primarni ravni,
- plačilo nekaterih programov po realizaciji in boljše vrednotenje prospektivnih primerov (koronarografije, operacije na ožilju, na odprtem srcu ...),

- dodeljevanje namenskih sredstev za skrajševanje čakalnih dob v specialističnih ambulantah.

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

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

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

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

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

V skladu s 85. členom ZPacP nadzor nad izvajanjem tega zakona opravlja Ministrstvo za zdravje (v nadaljnjem besedilu: MZ), Zdravstveni inšpektorat Republike Slovenije (v nadaljnjem besedilu: ZIRS) pa je določen za prekrškovni organ, katerega stvarna pristojnost je omejena samo na postopek o prekršku. Osnovni namen prekrškovnega postopka oziroma pregona je kaznovanje oziroma sankcija za storjeno protipravno dejanje ali opustitev dolžnega ravnanja, ki je usmerjena za nazaj (»plačati« za storjeno). Ta namen je povsem drugačen od osnovnega namena upravnega inšpekcijskega postopka, ki je v svojem temelju usmerjen v prihodnost, katerega cilj je odprava pomanjkljivosti v javnem interesu. Pri prekrškovnem postopku plačilo globe ne pomeni nujno, da bo protipravno ravnanje ali opustitev odpravljena, čeprav naj bi imelo kaznovanje oziroma sankcija splošno in specialno preventivno funkcijo oziroma učinkovanje. ZIRS vodi postopke o prekrških na osnovi Zakona o prekrških in kazenskih določb ZPacP (86. in 87. člen, v katerih so določeni prekrški), kar pomeni, da postopke o prekršku začne in vodi po uradni dolžnosti, in sicer na podlagi sumov, o katerih ga obvestijo Ministrstvo za zdravje, pacienti, Komisija za preprečevanje korupcije, Računsko sodišče Republike Slovenije, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: ZZZS), zastopniki pacientovih pravic idr. ZIRS glede na veljavni zakon tudi ni pristojen za nadzor nad določbami Pravilnika o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov ter Uredbe o poslovanju z uporabniki v javnem zdravstvu – oba predpisa spadata v pristojnost Ministrstva za zdravje, zato takrat, kadar ZIRS v okviru prekrškovnega postopka ugotovi kršitve pravilnika ali uredbe, poda odstop v pristojno reševanje na Ministrstvo za zdravje.

Ugotovitve prekrškovnih postopkov, ki jih opravi ZIRS, kažejo, da:

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

Kršitve, ki jih je ZIRS ugotovil leta 2015, so se nanašale predvsem na:

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

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

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

- Koper: 80–85 odstotkov zobozdravnikov vodi čakalni seznam ročno (konservativno zdravljenje), pri protetiki pa približno 50 odstotkov,
- Celje: 10–15 odstotkov vseh zavezancev vodi čakalni seznam ročno,
- Maribor: vse specialistične ambulante vodijo čakalni seznam elektronsko. Ročno vodeni čakalni seznam so samo pri zobozdravnikih, in sicer je okoli 10 odstotkov ročno vodenih čakalnih seznamov na področju protetike, na področju konservativnega zdravljenja pa približno 50 odstotkov (predvsem pri zasebnih izvajalcih zdravstvene dejavnosti),
- Kranj: ročno vodijo približno 40 odstotkov zavezancev, vendar se stanje izboljšuje, saj se vedno bolj vodi v elektronski obliki,
- Novo mesto: ročno vodijo okoli 20 odstotkov zavezancev,
- Nova Gorica: ročno vodijo okoli 5 odstotkov zavezancev,
- Ljubljana: ročno vodijo približno 40 odstotkov zavezancev.

Leta 2016 je ZIRS do konca oktobra opravil nadzor pri 130 zobozdravnikih (s koncesijo, brez nje), pri 45 zobozdravnikih v javni mreži pa so preverili, ali čakalni seznam vsebuje vse predpisane elemente. Od teh 45 zobozdravnikov jih ena tretjina ni vodila čakalnega seznama skladno z določili ZPacP, preostali so jih vodili pravilno. Opravili so tudi nadzore v 366 zdravstvenih domovih, na zdravstvenih postajah in dislociranih ambulantah zdravstvenega doma, kjer so pri 134 zobozdravnikih preverjali vse elemente čakalnega seznama. Pri 53 zavezancih (39,5 odstotka) so ugotovili neskladje

z določili ZPacP, vsi drugi pa so čakalni seznam vodili skladno. Razlogi za ugotovljeno so večinoma neupoštevanje predpisov, ki so namenjeni vodenju čakalnih seznamov, ter neupoštevanje definicij, ki so ključne za pravilno uvrščanje pacientov na čakalni seznam (na primer kaj je prvi in kontrolni pregled). Po določitih veljavne zakonodaje morajo čakalni seznam voditi izvajalci (zobo)zdravstvene dejavnosti v javni mreži, čakalnega seznama pa ni treba voditi izvajalcem zunaj javne mreže (tj. zasebnikom brez koncesije), ker Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov zavezuje le izvajalce v javni mreži.

ZPacP v 40. členu določa pravico pacienta do pridobitve drugega mnenja. Drugo mnenje je proces iskanja evalvacije drugega zdravnika, ki lahko načrt diagnosticiranja in zdravljenja primarnega zdravnika potrdi oziroma ponudi drugo diagnozo ali pristop zdravljenja. Pravica v ZPacP je nadalje opredeljena kot mnenje za presojo istega zdravstvenega stanja in predvidenih postopkov oskrbe pacienta, ki ga da eden ali več zdravnikov ustrezne specialnosti istega ali drugega izvajalca zdravstvenih storitev (po novem predlogu ZPacP izvajalca zdravstvene dejavnosti). Pravica je zapisana zelo široko in pacient jo lahko zahteva kadarkoli, in sicer tako v okviru mreže izvajalcev javne zdravstvene službe kot tudi pri zasebnem izvajalcu zdravstvenih storitev. V okviru mreže izvajalcev javne zdravstvene službe je pravica do drugega mnenja omejena na zdravljenje na terciarni in sekundarni ravni. ZPacP torej izključuje pravico do drugega mnenja na primarni ravni. Izključitev pravice do drugega mnenja na primarni ravni je diskriminatorna in za tako ureditev ni objektivnih razlogov. Zakonski rok za pridobitev drugega mnenja je zopet opredeljen kot pravni standard razumnega časa. ZPacP omejuje pravico še na uveljavljanje pravice enkrat za presojo istega zdravstvenega stanja ter na temeljit pogovor z lečečim zdravnikom o razlogih, namenu in potrebnosti pridobitve drugega mnenja. Predpisana zakonska rešitev posebno glede temeljitega pogovora z lečečim zdravnikom je nerazumen konstitutiven pogoj, ki v praksi pomeni težavo za pacienta, saj pacient pravico uveljavlja, ravno kadar dvomi o pravilnosti odločitve zdravnika, ki ga zdravi. Medtem ko primerjalnopravna ureditev pravice do drugega mnenja kaže na to, da pacient pri udejanjanju te pravice potrebuje aktivno pomoč, so dosedanje določbe ZPacP pravico omejevale in oteževale. Poleg tega niti ZPacP niti Zakon o zdravstvenem varstvu in zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06, 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 in 47/15 – ZZSDT) oziroma Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 79/94, 73/95, 39/96, 70/96, 47/97, 3/98, 3/98, 51/98 – odl. US, 73/98 – odl. US, 90/98, 6/99 – popr., 109/99 – odl. US, 61/00, 64/00 – popr., 91/00 – popr., 59/02, 18/03, 30/03, 35/03 – popr., 78/03, 84/04, 44/05, 86/06, 90/06 – popr., 64/07, 33/08, 7/09, 88/09, 30/11, 49/12, 106/12, 99/13 – ZSVarPre-C, 25/14 – odl. US, 25/14, 85/14 in 10/17 – ZČmIS) ne ustanovljata obveznosti plačila za storitev podaje drugega mnenja.

ZPacP, kot rečeno, dopušča, da drugo mnenje poda eden ali več zdravnikov ustrezne specialnosti istega ali drugega izvajalca zdravstvenih storitev, kar pomeni, da izenačuje drugo mnenje, ki nastane v isti ustanovi, z mnenjem, ki nastane v ustanovi, ki je strokovno in organizacijsko neodvisna od prve. Res je, da večina potreb po drugem mnenju ne nastane zaradi pacientovega nezaupanja v zdravnika, ki ga obravnava, oziroma v vse zdravstvene delavce te ustanove, temveč zaradi potrebe, da kadar zdravnik poda diagnozo hude bolezni oziroma hude poškodbe, priporoči operativni ali drug medicinski poseg ali pacientu priporoči zdravstveno oskrbo, za katero ta meni, da ni potrebna, pacient pridobi še eno mnenje. Drugo mnenje lahko pacient zahteva tudi, ko meni, da mu zdravnik ni predpisal zdravstvene oskrbe, ki jo potrebuje, pa tudi kadar se mu zdi, da zdravnik ni pravilno diagnosticiral njegovega zdravstvenega stanja. Upoštevati pa je treba, da v nekaterih primerih pacient lahko domneva, da v isti ustanovi ne bo dobil neodvisnega drugega mnenja, zato mu je treba omogočiti, da pridobi drugo mnenje, kjer to sam želi, to je mnenje drugega zdravnika, ki ni profesionalno, poslovno ali drugače povezano z zdravnikom, ki je podal prvo mnenje.

ZPacP zahteva, da morata pred uveljavitvijo pravice do drugega mnenja zdravnik in pacient opraviti temeljit pogovor o razlogih, namenu in potrebnosti pridobitve drugega mnenja, na podlagi katerega pacient presodi, ali bo pravico do drugega mnenja uveljavil. To je sporno iz dveh razlogov:

- ker dopušča interpretacijo, da pacient šele z »grožnjo« z drugim mnenjem lahko doseže, da se mu zdravnik ustrezno posveti, in
- ker se v praksi lahko spremeni v poskus pritiska na pacienta, naj se glede svoje zahteve po drugem mnenju premisli. ZPacP mora temeljiti na domnevi, da je v primeru resne diagnoze in zahtevnih posegov zdravnik pacientu ustrezno pojasnil svoje mnenje. Pacientova odločitev, da bo zahteval drugo mnenje, ni lahka, zato mu je takrat, ko se zanjo odloči, ne bi smeli omejevati z dodatnimi pogoji.

Pravica do drugega mnenja se lahko uveljavi največ enkrat za presojo istega zdravstvenega stanja.

ZPacP do zdaj ni določal podrobnejših razlogov, zaradi katerih je lahko pacient zahteval drugo mnenje, kar pomeni, da je lahko pacient to pravico izkoristil ob zelo bagatelnem razlogu in je zato v nadaljevanju ni mogel več uveljaviti takrat, ko bi jo bolj utemeljeno potreboval: kadar zdravnik postavi diagnozo hude bolezni oziroma hude poškodbe, kadar zdravnik pacientu priporoči operativni ali drug medicinski poseg, kadar pacient meni, da zdravnik ni pravilno diagnosticiral njegovega zdravstvenega stanja, kadar zdravnik priporoči zdravstveno oskrbo, za katero pacient meni, da ni potrebna, ali kadar zdravnik ne predpiše zdravstvene oskrbe, za katero pacient meni, da jo potrebuje.

Posebni varovalni ukrepi veljavni ZPacP ne ureja.

Veljavni zakon v šestem odstavku 34. člena določa omejeno trajanje pisne izjave vnaprej izražene volje pacienta, in sicer na pet let, pacientu pa sicer prepušča možnost, da jo s pisno izjavo volje kadarkoli prekliče. V praksi so zastopniki pacientovih pravic zaznavali, da omenjeno obdobje mine prehitro in pacienti pogosto pozabijo (pravočasno) podati novo izjavo volje. Z vidika zmanjševanja administrativnih ovir za pacienta se je torej veljavna ureditev izkazala za neustrezno oziroma neživiljenjsko.

Kot pomanjkljiva se je v praksi izkazala tudi prehodna rešitev glede pogojev za imenovanje zastopnikov pacientovih pravic, ki je neutemeljeno izpuščala omejitve glede združljivosti, ki so sicer v zakonu zapisane v 50. členu (ne pa v 89. členu, kjer je predvideno imenovanje zastopnikov v prehodnem obdobju). Konflikt interesov je namreč lahko prisoten tako v prehodnem obdobju (ko ni določenih pokrajin) kot tudi sicer, zato je veljavna ureditev, ki omenjeni ureditvi brez utemeljenih razlogov obravnava drugače, neustrezna.

2. CILJI, NAČELA IN POGLATVITNE REŠITVE PREDLOGA ZAKONA

2.1 Cilji

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

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

Zagotoviti se želijo primerna, kakovostna in varna zdravstvena oskrba pacientov s pravočasnim dostopom do zdravstvenih storitev in zagotavljanje transparentnosti na področju vodenja čakalnih seznamov (tudi način poostitve nekaterih dolžnosti pacientov), paciente, kot uporabnike zdravstvenih storitev, pa zavarovati pred kršenjem njihovih pravic. Nerazumno odložena pravica (tj. dostopanje do zdravstvenih storitev zunaj razumnega časa) za pacienta pomeni enako kot nepridobljena pravica.

Namen ZPacP je predvsem izboljšanje in zaščita materialnopravnega in procesnega položaja pacienta v okviru zdravstvene oskrbe. Pacient je v okviru zdravstvenega sistema vedno šibkejša stranka in posledično potrebuje posebno pravno varstvo. Zakonodajalec sledi tudi cilju, da se odpravi dosedanja vsebinska podnormiranost in posledično v praksi neuresničljivost izvajanja pravice do drugega mnenja in s tem olajša njegovo uveljavljanje, dodaja pa tudi prijeme za zagotavljanje učinkovitega sodnega varstva v primeru smrti (in drugih hujših posledic), ki se zgodi zaradi zdravstvene obravnave.

2.2 Načela

Osnovna načela predlagane novele zakona so zagotavljanje primerne obravnave, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe, pravočasnega dostopa in zagotavljanje transparentnosti pri vodenju čakalnih seznamov ter zavarovanje pred kršitvami pacientovih pravic. Novela poudarja pridobitev pravice do zdravstvenega varstva oziroma dostopa do zdravstvenih storitev v razumnem času, ki se ugotavlja za vsakega pacienta posebej.

Omenjenim načelom sledijo tudi druge predlagane rešitve (na primer glede ureditve posebnih varovalnih ukrepov pri vseh izvajalcih zdravstvene dejavnosti in dodatnega pogoja glede nezdržljivosti funkcije zastopnika pacientovih pravic v zvezi z nasprotjem interesov).

2.3 Poglavitne rešitve

Zaradi težav pri implementaciji nekaterih pacientovih pravic (zlasti pravice do spoštovanja pacientovega časa) bodo z novelo predlagani podrobnejša opredelitev, nadzor in prekrškovne določbe glede čakalnih seznamov in v tej zvezi posamezne obveznosti pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti in izvajalcih zdravstvenih storitev ter pri pacientih.

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

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

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

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

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

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

- smrti pacienta: po pridobitvi take informacije ob ažurnem pridobivanju podatkov iz centralnega registra podatkov o pacientih,
- želje pacienta po črtanju s čakalnega seznama: v 24 urah od izražene želje,
- pacientove zavrnitve izvedbe zdravstvene storitve: v 24 urah od zavrnitve,
- da zdravstveno stanje pacienta ne omogoča izvedbe zdravstvene storitve, zaradi katere je uvrščen na ta čakalni seznam: v 24 urah, ko takšno stanje ugotovi lečeči zdravnik,
- neopravičene odsotnosti od termina: v 24 urah od termina,
- drugega ali kateregakoli naslednjega vpisa na čakalni seznam za isto zdravstveno storitev (četrti odstavek 15. člena tega zakona): v 24 urah od ugotovitve o naknadnem vpisu.

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

S predlogom tega zakona se kot omenjeno zgoraj predlaga določitev inšpekcijskega nadzora, posamezne določbe veljavnega pravilnika in uredbe pa se v primerni vsebini prenašajo na raven zakona. Z zakonom se določajo tudi jasnejše in dodatne podlage za prekrškovno ukrepanje ZIRS,

tudi za vsebine, ki bodo predmet novega podzakonskega akta s področja čakalnih seznamov in čakalnih dob. V tej zvezi se pri nadzoru nad ZPacP razširjajo kaznovalne določbe ter pregledno urejajo vsi nadzorni mehanizmi nad spoštovanjem ZPacP.

Pri zagotavljanju zdravstvenega varstva in varne zdravstvene oskrbe so se izvajalci spraševali, kako ravnati s pacienti, ki s svojim nevarnim vedenjem onemogočajo zdravljenje, ki bi bilo varno. V stroki za takšne paciente lahko uvedejo posebne varovalne ukrepe, ki pa pravno gledano pomenijo poseg v ustavno zagotovljeno človekovo pravico do svobode gibanja, katere omejitev je mogoča le, če in ko to določa zakon. Leta 2008 je posebna varovalna ukrepa, ki pa se ju uporablja le na oddelkih pod posebnim nadzorom in varovanih oddelkih, uredil Zakon o duševnem zdravju, vendar so bili izvajalci zdravstvene dejavnosti zunaj teh oddelkov še vedno v protipravnem položaju, če so zaradi zagotavljanja zdravljenja paciente vezali s pasovi. S predlagano dopolnitvijo ZPacP se omenjena pravna praznina in protipravno stanje odpravljata, hkrati pa se zakonsko določa, kdaj, kako, kdo in zakaj se lahko uvede poseben varovalni ukrep vezanja s pasovi.

Uporaba posebnega varovalnega ukrepa telesnega vezanja s pasovi bo tako mogoča tudi pri drugih izvajalcih zdravstvene dejavnosti. Ker je pri zdravstveni obravnavi včasih treba paciente telesno ovirati, da se zagotovi varnost in omogoči zdravljenje, se s predlaganim novim členom zakonsko opredeljujejo pogoji, pod katerimi je mogoče pacienta zaradi zagotavljanja zdravljenja in obvladovanja nevarnega vedenja, ki lahko ogroža življenje ali zdravje pacienta oziroma drugih, ali obvladovanja nevarnega vedenja, s katerim bi se lahko povzročila večja premoženjska škoda pacientu ali drugim, pa ogrožanja ni mogoče doseči z blažjim ukrepom, telesno ovirati s pasovi. Posebni varovalni ukrep telesnega oviranja s pasovi je seveda mogoč le, če je pacient predhodno privolil v zdravstveno oskrbo ali če gre za zdravstveno oskrbo, ki je nujna, pacient pa ni razsoden, ali če je privolitev v zdravstveno oskrbo za nerazsodnega pacienta podala druga upravičena oseba, ki po ZPacP lahko poda veljavno privolitev za pacienta.

Prav zaradi narave takšnega ukrepa predlog zakona predpisuje, da mora imeti pacient med njegovim izvajanjem zagotovljen stalen nadzor in strokovno obravnavo, spremljati pa morajo tudi njegove vitalne funkcije. Dokumentacija o izvajanju posebnega varovalnega ukrepa mora biti zelo natančna, skrbno vodena in iz nje morajo biti razvidni razlog, namen in nadzor nad izvajanjem ukrepa. O uvedbi posebnega varovalnega ukrepa lahko odloči le lečeči zdravnik (med lečečega zdravnika štejemo tudi dežurnega zdravnika). O uvedbi in izvedbi posebnega varovalnega ukrepa mora lečeči zdravnik v 12 urah obvestiti ožjega družinskega člana oziroma bližnjo osebo in zastopnika pacientovih pravic. Pomembno je poudariti, da ukrep imobilizacije lahko traja le štiri ure, ukrep pa je ob izpolnjevanju vseh zakonskih predpostavk mogoče podaljšati.

Poleg zgoraj navedenega novela ZPacP sledi tudi cilju predruženja in konkretiziranja zapisa pravice do drugega mnenja, predvsem z vidika natančnejše določitve njene vsebine. Zaradi pravice do strokovne in kakovostne zdravstvene obravnave pacienta je treba pravico vsaj okvirno zakonsko definirati in določiti:

- strokovni standard, kdo lahko poda drugo mnenje (le zdravnik, ki ima po pridobitvi licence najmanj pet let delovnih izkušenj s področja, za katerega se zahteva drugo mnenje),
- da drugo mnenje za pacienta ne sme imeti nikakršnih negativnih posledic,
- da mora lečeči zdravnik na zahtevo pacienta zdravniku, ki bo podal drugo mnenje, posredovati vso relevantno zdravstveno dokumentacijo pacienta, ki je bila podlaga za njegovo mnenje, lahko pa pacient zdravstveno dokumentacijo priskrbi tudi sam,
- da se drugo mnenje lahko poda na podlagi zdravstvene dokumentacije pacienta, lahko pa tudi po pregledu pacienta ali na primer predlogu za izvedbo dodatne zdravstvene storitve.

V skladu z navedenim predlagane spremembe tega področja predvidevajo, da se lahko drugo mnenje zahteva na vseh treh ravneh izvajanja zdravstvene dejavnosti, zdravnika, ki bo podal drugo mnenje, pa pacient izbere sam. Kako se bo pravica do drugega mnenja uveljavljala v mreži javne zdravstvene službe, bo določil zakon, ki ureja zdravstveno zavarovanje.

Dodatno se predlaga tudi vključitev pogoja glede nezdržljivosti funkcije zastopnika pacientovih pravic v zvezi z nasprotjem interesov tudi v prehodnem obdobju (v skladu z drugim odstavkom 50. člena zakona vsaka pokrajina imenuje enega, dva oziroma tri zastopnike, v prehodnem obdobju, ko pokrajine niso določene, pa se glede na 89. člen zastopnike imenuje glede na področje, ki ga pokriva območni zavod za zdravstveno varstvo) in ukrepe za zagotavljanje učinkovitega sodnega varstva v primeru smrti (in drugih hujših posledicah), ki se zgodi zaradi zdravstvene obravnave.

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

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

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

	2017	2018	2019	2020
Število inšpektorjev	/	4	4	4
Plače (MZ iz PP 5993)	/	116.000,00	116.000,00	116.000,00
Materialni stroški (MZ iz PP 4530)	/	14.400,00	14.400,00	□4.400,00
Oprema (□Z iz PP 2915)	/	12.000,00	12.000,00	12.000,00
Izobraževanje, izpopolnjevanje in usposabljanje (MZ iz PP 7683)	/	2.000,00	2.000,00	2.000,00
Skupaj	/	144.400,00	144.400,00	144.400,00

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

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

Kot uvodoma pojasnjeno veljavni ZPacP ne opredeljuje inšpekcijskega nadzora, ZIRS pa je opredeljen le kot prekrškovni organ. Skupaj je opredeljenih 14 možnih prekrškov, nobeden pa se ne nanaša na neskladnosti, ugotovljene pri vodenju čakalnih seznamov. Prekršek je opredeljen le, če izvajalec zdravstvene dejavnosti pacienta ne uvrsti na čakalni seznam. Težave so tudi s Pravilnikom, ker je izdan na podlagi 15. člena ZPacP, ki niti nima opredeljenega prekrška. Na podlagi aktualnega zakona je ZIRS lahko vodil zgolj predhodne in prekrškovne postopke izključno na podlagi prejetih prijav oziroma predlogov in drugih virov podatkov, iz katerih so izhajali utemeljeni sumi, kar pa se je izkazalo kot nezadostno.

Predlagana novela uvaja inšpekcijski nadzor (po veljavnem zakonu inšpekcijskega nadzora ni) ter hkrati spreminja prekrškovne določbe po njihovi vsebini in obsegu. Večina teh novih oziroma spremenjenih določb se nanaša na vodenje čakalnih seznamov. Sprememba vključuje tudi nadzor in prekrškovne postopke na področju podzakonskega akta – pravilnika. Po novem bo inšpektor vodil dva postopka: upravnega inšpekcijskega in prekrškovnega – ti postopki pa so dolgotrajni. Praviloma bo potrebno opraviti dva inšpekcijska pregleda (redni oziroma izredni in kontrolni), natančno ugotoviti dejansko stanje in vse neskladnosti oziroma kršitve določb zakona in njegovih izvršilnih predpisov (pravilnik), izdati ustrezne upravne akte (odločbe), uvesti prekrškovni postopek, izdati ustrezne prekrškovne akte (plačilni nalogi, odločbe) ter z njimi odrediti ustrezne upravne ukrepe oziroma prekrškovne sankcije. Navedeno pomeni povečanje obsega terenskega dela kot tudi obsega dela v pisarni (priprava in izdaja vseh navedenih dokumentov). Izkušnje dosedanjih prekrškovnih postopkov kažejo, da lahko tudi pri inšpekcijskem nadzoru na področju pacientovih pravic največ neskladnosti oziroma kršitev pričakujemo pri vodenju čakalnih seznamov.

Z uveljavitvijo novele zakona in pravilnika bo ZIRS začel na področju pacientovih pravic izvajati inšpekcijski nadzor. Obseg nadzora bo največji pri večjih izvajalcih, kot so bolnišnice in zdravstveni domovi. Ti imajo veliko različnih čakalnih seznamov, preveriti pa bo potrebno vsakega posebej. Predvidevamo, da bo potrebno planirati letno okrog 2.000 rednih inšpekcijskih pregledov. Glede na nove določbe lahko pričakujemo, da bodo pri večini teh pregledov ugotovljene neskladnosti, kar pomeni nadaljnje delo z odreditvijo upravnih in/ali prekrškovnih ukrepov/sankcij. To pomeni, da bo moral ZIRS pri večini zavezancev izdati ustrezne upravne in prekrškovne akte, nato pa opraviti tudi kontrolne preglede, da bi preveril ali in v kakšni meri je bila neskladnost odpravljena. Skupna ocena dodatnega obsega dela: okrog 3.000 pregledov ter ustrezno število upravnih oziroma prekrškovnih aktov, ki bo predvidoma zlasti na začetku zelo blizu številu pregledov. Poleg rednih pregledov in z njimi pogojenih kontrolnih pregledov je potrebno računati tudi na prijave/predloge in druge vire podatkov, na podlagi katerih bo potrebno opraviti izredne inšpekcijske preglede in v primeru ugotovljenih nepravilnosti in izdanih ukrepov/sankcij tudi kontrolne preglede.

Kot je navedeno zgoraj, znaša predviden dodatni obseg nadzora okrog 3000 pregledov (redni, izredni, kontrolni). Letno opravi ZIRS v povprečju skupaj okrog 32.000 pregledov, kar pomeni 370 pregledov na posameznega inšpektorja. 3.000 dodatnih pregledov pomeni dodatni obseg dela za

skupaj dobrih osem inšpektorjev. Predlog za štiri dodatne zaposlitve je praktično za polovico manjši kot bodo na začetku verjetne dejanske potrebe, kar pomeni, da bodo morali v vsakem primeru krčiti obseg dela na drugih področjih delokroga, dejanski obseg krčenja pa bo pogojen s končnim številom inšpektorjev, ki jih bo ZIRS imel po uveljavitvi novele.

Dejansko se na ZIRS delovna mesta inšpektorjev do sedaj niso nikoli polnila z dodatnimi zaposlitvami. Še več, ZIRS v preteklosti vse od svojega nastanka dalje (1. 1. 1995) za nobene nove pristojnosti in celotna nova dodeljena področja ni dobil nobenih dodatnih zaposlitev (predpisi s področja omejevanja porabe alkohola, omejevanja uporabe tobačnih izdelkov, preprečevanje dela in zaposlitve na črno, varstva potrošnikov, splošne varnosti proizvodov, igrač, kozmetike, dimnikarske službe, zdravniške službe, duševnega zdravja, zdravilstva, pacientovih pravic, presaditve delov telesa zaradi zdravljenja, smučišč). Trend je na ZIRS šel v drugi smeri, in sicer smo zaradi delnega prenosa pristojnosti na področju živil v letih 2009/2010 in 2014 skupaj izgubili 39 inšpektorjev. Število zdravstvenih inšpektorjev se je v obdobju 2009 do 2017 v celoti zmanjšalo za 43.

Predlagane določbe za vzpostavitev inšpekcijskega nadzora nad spoštovanjem in izvajanjem tega zakona so kot pojasnjeno pomembna novost, saj do sedaj na področju pacientovih pravic inšpekcijski nadzor ni bil predviden. Hkrati se dopolnjujejo in širijo tudi prekrškovne določbe. Navedeno pomeni pomembno povečanje obsega dela pri vodenju prekrškovnih postopkov, ki so na tem področju, kjer gre za zelo specifična in občutljiva vprašanja pacientovih pravic, izredno zahtevni in pogosto dolgotrajni.

Glavnina inšpekcijskega nadzora kot tudi upravnega in prekrškovnega ukrepanja oziroma sankcioniranja bo v pristojnosti ZIRS. Določbe, s katerimi se uvaja inšpekcijski nadzor na področju pacientovih pravic, imajo poleg ožjega, zgoraj navedenega pomena, tudi širši sistemski pomen in vpliv. Pomenijo namreč začetek v procesu razvoja sistema inšpekcijskega nadzora na področju zdravstvene dejavnosti. Pri nas trenutna zakonodaja ne predvideva inšpekcijskega nadzora na področju zdravstvene dejavnosti in skladno s tem tudi ne na področju pacientovih pravic. Sistemsko bo nadzor na področju zdravstvene dejavnosti sicer uredil novi Zakon o zdravstveni dejavnosti, del tega nadzora, in sicer glede vprašanj pacientovih pravic, pa uvaja že novela ZPacP. To je pomemben korak naprej tudi v luči čezmejnega zdravstvenega varstva. ZIRS sodi med tiste evropske inšpektorate, ki so oziroma bodo pristojni za nadzor nad vprašanji v okviru čezmejnega zdravstvenega varstva.

Za ZIRS pomenijo nove pristojnosti za inšpekcijski nadzor na področju pacientovih pravic širitev delokroga inšpektorata z novim, zelo specifičnim in zahtevnim področjem dela, ki se dodaja k ostalim področjem iz ZIRS delokroga. Ponovno poudarjamo, da ZIRS nima nobenih rezervnih kadrovskih in drugih virov, ki bi jih lahko prerazporedil za potrebe tega novega področja oziroma za vzpostavljanje novega sistema nadzora. Nasprotno, zmanjkuje nam virov za zagotovitev ustreznega izvajanja nalog nadzora, ki izhajajo iz ostalega delokroga, kjer se srečujemo z rastjo obsega in zahtevnosti dela in drugimi dodatnimi novimi področji (kot npr. presaditev delov telesa zaradi zdravljenja, smučišča) brez dodatnih kadrovskih in drugih virov.

Glede na to, da je Ministrstvo za zdravje brez organov v sestavi glede na podatke o številu zaposlenih na podlagi opravljenih ur po ministrstvih za november 2016 (vir: podatki so objavljeni na spletni strani OPSI – portal odprti podatki Slovenije: <https://podatki.gov.si/dataset/stevilo-zaposlenih-na-podlagi-opravljenih-ur/resource/291f04dd-df7e-4f73-a80b-f0cb362be5f7>), skupaj z Ministrstvom za kulturo, še vedno najmanjše ministrstvo, kvote za zaposlitev novih inšpektorjev nikakor ne moremo zagotoviti znotraj obstoječega skupnega kadrovskega načrta.

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

Finančna sredstva na proračunski postavki ZIRS 5993 za leto 2018 bodo zagotovljena.

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

Predlog zakona ni predmet usklajevanja s pravnim redom Evropske unije.

5.1 Evropska unija

V pravnem redu Evropske unije (v nadaljnjem besedilu: EU) z izjemo Direktive 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 9. marca 2011 o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu (UL L št. 88 z dne 4. 4. 2011, str. 45) ni drugih zavezujočih pravnih aktov s področja varstva pacientovih pravic, ki bi jih bila Republika Slovenija dolžna implementirati v slovenski pravni red. Vsebinsko navedene direktive s področja obravnave kršitev pacientovih pravic, pravice do varstva osebnih podatkov in pravice do seznanitve z zdravstveno dokumentacijo je zakon urejal že ob njegovi prvi izdaji, zato se s tokratno novelo samo formalizira prenos v našo zakonodajo.

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

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

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

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

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

1. pravico ustreznih preventivnih storitev in ukrepov zaradi preprečitve bolezni;
2. pravico do dostopnosti do zdravstvenih storitev, ki naj bi vsakemu posamezniku zagotavljala dostopnost do zdravstvenih storitev skladno z njegovimi potrebami. V tem okviru mora biti vsakomur zagotovljena dostopnost do zdravstvenih storitev brez razlikovanja glede na njegove finančne možnosti, kraj ali prebivališče, vrsto bolezni ali čas dostopnosti do storitve;
3. pravico do informiranosti, v okviru katere mora biti vsakemu zagotovljen dostop do informacij o zdravju, mogočih zdravstvenih storitev in njihovo uveljavljanje ter o znanstvenih in tehnoloških novostih in njihovi primernosti;
4. pravico do soodločanja, ki mora vsakomur zagotoviti zadostno informiranost, ki bi mu omogočila sprejeti odločitev o lastnem zdravju, zdravljenju in obravnavi. To se nanaša tudi na soudeležbo v znanstvenih raziskavah;

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

Finska

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

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

Belgija

Belgijski Zakon o pacientovih pravicah iz leta 2002 ureja tako pravice in dolžnosti pacientov kot pravice in dolžnosti zdravnikov. Ureja pravico do informiranega soglasja, pravico do informacije o lastnem zdravju ter pravico dostopa do zdravstvene dokumentacije. Med drugimi elementi varstva bolnikov ureja tudi pravico do pridobitve drugega mnenja, in sicer v okviru sistema zdravstvenega zavarovanja.

Litva

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

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

Med drugim ureja tudi pravico do dostopnosti zdravstvene oskrbe. Pacientu mora biti ponujena

zdravstvena oskrba v primernem času brez nepotrebne odlašanja. Če zdravstvene oskrbe ni mogoče zagotoviti takoj, je treba pacientu pojasniti razloge za uvrstitev na čakalni seznam ali pa ga, če je to potrebno in mogoče, napotiti na izvajalca zdravstvene dejavnosti zunaj območja prebivališča.

Norveška

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

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

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

Danska

Na Danskem je krovni akt na področju pacientovih pravic Zakon o zdravstveni dejavnosti, ki ga je parlament odobril leta 2005, veljati pa je začel 1. januarja 2007 (Law No. 546. Health Act. 24 June 2005). Pred sprejetjem tega zakona, ki zajema večino pacientovih pravic, je bilo na Danskem več različnih zakonov, ki so se dotikali pacientovih pravic, pomembnejši med njimi pa so bili: Zakon št. 482 z dne 1. julija 1998 o bolnikovih pravicah, Zakon o splavu, Zakon o oploditvi in Zakon o presaditvi. Zakon o zdravstveni dejavnosti združuje te posebne zakone v en sam zakon. Že Zakon št. 482 z dne 1. julija 1998 o bolnikovih pravicah je določal pravico pacienta, da se prosto odloči za drugo mnenje pri drugem zdravniku ali drugi zdravstveni organizaciji. Pravico do drugega mnenja ohranja tudi Zakon o zdravstveni dejavnosti.

Ciper

Tudi Ciper je na področju varstva pacientovih pravic sprejel Zakon o varstvu pravic pacientov in s tem povezanimi vprašanji (Law N° 1(I)/2005 The Safeguarding and Protection of the Patients' Rights of 7). Ta zakon se še posebej osredotoča na kakovost zdravstvenega varstva, izbiro zdravnikov in ustanov ter celovitost obravnave bolnika. Zakon med drugim poudarja temeljno pacientovo pravico, da poišče drugo zdravniško mnenje.

Madžarska

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

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

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

Poljska

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

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

Združeno kraljestvo

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

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

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

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

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

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

Nizozemska

Nizozemski zdravstveni sistem temelji na zasebnem zdravstvu, ki ga izvajajo zasebni ponudniki zdravstvenih storitev in zasebne zdravstvene zavarovalnice. Te imajo do svojih strank dolžnost skrbnega ravnanja, kar pomeni, da so pacientove pravice zavarovane s pogodbo med zavarovancem

in zavarovalnico, ki določa, kaj bo zavarovalnica pacientu ponudila za določeno premijo, ali pa mu vrne stroške izvedbe določene zdravstvene storitve. Čakalne dobe na Norveškem so minimalne. Če izvajalec zdravstvene storitve ne more zagotoviti v razumnem času, se lahko pacient obrne na zavarovalnico, ki mu je dolžna zagotoviti drugo možnost izvajalca. Med zdravstvenimi zavarovalnicami in izvajalci zdravstvenih storitev je dogovor o tem, kaj so sprejemljive čakalne dobe, vendar te norme (t. i. Treknorms) niso zakonsko določene.

6. DRUGE POSLEDICE, KI JIH BO IMEL SPREJEM ZAKONA

6.1 Administrativne in druge posledice

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

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

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

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

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

Zakon ne bo imel posledic na okolje.

6.3 Presoja posledic na gospodarstvo

Zakon ne bo imel posledic na gospodarstvo.

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

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

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

6.4 Presoja posledic na socialnem področju

Zakon ne bo imel posledic na socialnem področju.

6.5 Presoja posledic na dokumente razvojnega načrtovanja

Zakon ne bo imel posledic na dokumente razvojnega načrtovanja.

6.6 Izvajanje sprejetega predpisa

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

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

/

7. PRIKAZ SODELOVANJA JAVNOSTI PRI PRIPRAVI PREDLOGA ZAKONA:

Izhodišča za predlog novele ZPacP so bila 30. 11. 2016 posredovana širši javnosti (objava na spletni strani Ministrstva za zdravje) ter strokovni in drugi zainteresirani javnosti (s posebnim dopisom). Čeprav gre za neobvezno fazo postopka priprave predpisa, jo je ministrstvo opravilo, ker je želelo pridobiti prve odzive na predlagane rešitve. Zaradi ozke časovnice je bil rok za posredovanje pripomb na izhodišča določen za osem dni. Odgovor na prejete pripombe smo objavili na spletni strani ministrstva in jih posredovali tudi vsem predlagateljem pripomb.

Predlog novele in pravilnika je bil nato 12. 12. 2016 posredovan v javno razpravo, ki se je zaključila 12. 1. 2017. Poleg objave na spletni strani Ministrstva za zdravje in na eDemokraciji smo celotno gradivo posredovali tudi na vse naslove vseh prepoznanih deležnikov s področja zdravstva – istim kot so bila posredovana že izhodišča (tj. vsem zbornicam in društvom s področja zdravstva, Zdravstvenemu svetu in drugim posvetovalnim telesom, zastopnikom pacientovih pravic, sindikatom s področja zdravstva, Informacijskemu pooblaščenču Republike Slovenije, Komisiji za preprečevanje korupcije, Varuhu človekovih pravic Republike Slovenije, pristojnim ministrstvom in vladnim službam, Odboru za zdravstvo Državnega zbora Republike Slovenije, poslanskim skupinam in nepovezanim poslancem, Zvezi potrošnikov Slovenije, Zvezi društev upokojujencev Slovenije, Koaliciji za ohranitev javnega zdravja in Mreži NVO 25x25). Tekom javne razprave smo prejeli odzive cca. 50 deležnikov. Njihove pripombe in predloge smo poskušali upoštevati pri pripravi predloga zakona in pravilnika. Vsem deležnikom smo posredovali skupni odgovor na njihove pripombe in predloge, priložili novo pripravljeno gradivo obeh predpisov in oboje objavili tudi na spletni strani Ministrstva za zdravje.

Datum objave: 12. 12. 2016

V razpravo so bili vključeni:

- Služba Vlade RS za zakonodajo,
- Ministrstvo za finance,
- Ministrstvo za javno upravo,
- Ministrstvo za kulturo,
- Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti,
- Ministrstvo za pravosodje,
- Zdravstveni inšpektorat Republike Slovenije,
- Informacijski pooblaščenec Republike Slovenije,
- Komisija za preprečevanje korupcije,
- Varuh človekovih pravic Republike Slovenije,
- Odbor za zdravstvo Državnega zbora Republike Slovenije,
- poslanske skupine (PS SMC, PS SDS, PS DeSUS, PS SD, PS ZL, PS NSi, PS IMNS, PS NP) in nepovezana poslanca,
- Zdravstveni svet,
- Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije,
- Nacionalni inštitut za javno zdravje,
- Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije,
- zbornice in strokovna združenja: Zdravniška zbornica Slovenije, Lekarniška zbornica Slovenije, Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, Strokovno združenje zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije, Društvo fizioterapevtov, Slovensko zdravniško društvo, Strokovno združenje izvajalcev zdravstvene in babiške nege Slovenije,
- Zastopniki pacientovih pravic,
- Nacionalna mreža NVO s področja javnega zdravja 25 x 25,
- Zveza potrošnikov Slovenije,

- Zveza društev upokojencev Slovenije,
- Koalicija za ohranitev javnega zdravstvenega sistema,
- sindikati: Sindikat zobozdravnikov Slovenije DENS, Sindikat zdravnikov družinske medicine Slovenije Praktik.um, Sindikat zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije FIDES.

Mnenja, predlogi in pripombe z navedbo predlagateljev:

Javna razprava predloga zakona je potekala med 12. 12. 2016 in 12. 1. 2017. V tako postavljenem roku se je odzvalo veliko število deležnikov (cca. 50), tako s strani zdravstvenih organizacij kot tudi posameznih izvajalcev zdravstvene dejavnosti. Veliko število deležnikov, ki so sodelovali v javni razpravi, podpira cilj Ministrstva za zdravje, da se s predlogom zakona odpravi nedorečenosti in pomanjkljivosti sedanje ureditve tako glede pravice do spoštovanja pacientovega časa kot tudi nekatere druge. Primarni cilj predloga zakona je namreč predvsem ureditev dostopnosti pacientov do zdravstvenih storitev v okviru razumnega časa in ureditev ustreznega nadzora na področju zagotavljanja pacientovih pravic in obveznosti. V nadaljevanju so navedeni odgovori na mnenja, predloge in pripombe po vsebinskih sklopih, ki smo jih posredovali deležnikom po opravljeni javni razpravi.

I. POJMOVNIK

V zvezi s pojmovnikom je Ministrstvo za zdravje prejelo pripombe s strani Zdravniške zbornice Slovenije, Društva fizioterapevtov Slovenije, Zastopnikov pacientovih pravic ter nekaterih fizičnih oseb preko portala E-demokracija. Pripombe se predvsem nanašajo na pojem kontrolni pregled, nujno zdravljenje in najdaljša dopustna čakalna doba. Glede pojma kontrolni pregled Ministrstvo za zdravje pojasnjuje, da velja enako za vse vrste zdravstvenih dejavnosti, tako da posamezna vrsta zdravstvene dejavnosti (npr. fizioterapija, zobozdravstvo) ne more biti opredeljena kot izjema. Nadalje pojasnjujemo, da je bila upoštevana pripomba glede nujnega zdravljenja, saj smo navedeni pojem razširili tudi na področje zobozdravstva oziroma določili poseben pojem nujna zobozdravstvena pomoč. Pojem najdaljša dopustna čakalna doba pa je doba, v okviru katere mora biti opravljena določena zdravstvena storitev, in sicer tako da se z vidika objektivne medicinske presoje zdravstvenih potreb pacienta ne poslabša njegovo zdravstveno stanje ali kakovost življenja.

II. POSEBNI VAROVALNI UKREPI

Predlog zakona, ki je bil v javni razpravi, ni vseboval določbe, ki se nanaša na posebni varovalni ukrep, zato smo glede slednjega prejeli pripombo Varuha človekovih pravic Republike Slovenije in pobudo Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije, da se zakonsko opredelijo pogoji uporabe posebnega varovanega ukrepa. Ministrstvo za zdravje je pobudi sledilo, tako da je posebni varovalni ukrep uredilo na novo v novem 31.a členu predloga zakona. Do sedaj so bili namreč varovalni ukrepi opredeljeni in pogoji zanje določeni le za primer oddelkov pod posebnim nadzorom v psihiatričnih bolnišnicah in na varovanih oddelkih v socialno varstvenih zavodih (v skladu z Zakonom o duševnem zdravju). S predlagano dopolnitvijo se tako v novem 31.a členu ureja področje zagotavljanja varne zdravstvene oskrbe pacientov na način, da se preprečuje škoda za pacienta v zvezi s samim zdravljenjem in v zvezi z okoliščinami fizične varnosti bivanja ali zadrževanja pri izvajalcu.

Od ukrepov zdravljenja je treba razlikovati ukrepe prisile in omejitev, katerih namen je zagotoviti varnost, ko pacient neposredno ogroža sebe ali druge. Zaradi varstva pravic pacienta in drugih oseb je Ustavno sodišče RS v zadevi U-I-60/03 odločilo, da mora zakonodajalec jasno opredeliti primere in pogoje, pod katerimi je dopustno uporabiti ukrepe prisile in omejitev, kakor tudi nadzorne mehanizme nad uporabo teh ukrepov. Zakon o duševnem zdravju je že opredelil dva posebna varovalna ukrepa, ki pa se ju uporablja le v oddelkih pod posebnim nadzorom in varovanih oddelkih. Glede na to, da gre za zelo občutljivo področje, predlog zakona v tem členu definira posebni varovalni ukrep kot ukrep, ki se uporablja le izjemoma in lahko traja le toliko časa, kolikor je nujno potrebno glede na razlog njegove uvedbe. Posebej pa opredeljuje še ostale varovalne mehanizme, npr. spremljanje oziroma nadzor nad izvajanjem ukrepa.

III. SPOŠTOVANJE PACIENTOVEGA ČASA

Spoštovanje pacientovega časa je urejeno v 14. členu veljavnega Zakona o pacientovih pravicah, delno pa tudi v 18. členu. Ministrstvo za zdravje s predlogom zakona navedene določbe spreminja in v tej povezavi je prejelo in upoštevalo pripombe, ki so jih podali naslednji deležniki:

- Informacijski pooblaščenec Republike Slovenije je podal več konkretnjših predlogov, med drugim tudi pobudo, da se zagotovi spoštovanje pacientovega časa na način, da se v čakalnem seznamu in naročilni knjigi določi obveznost izvajalca zdravstvene dejavnosti, da paciente obravnava skladno z vrstnim redom. Predloge pooblaščenca smo upoštevali,
- Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije med drugim meni, da je potrebno izvajalca

zdravstvene dejavnosti zavezati, da poskrbi za najkrajši možni čakalni čas ter da naj se pacienta uvrsti v čakalni seznam v petih dneh po predložitvi napotne listine. Ministrstvo za zdravje je navedene pripombe upoštevalo ter dodalo, da se pacienta v čakalni seznam uvrsti v petih dneh po predložitvi napotne listine oziroma v dveh dneh po opravljeni triaži napotne listine. Prav tako smo upoštevali predloge glede krajšega roka veljavnosti napotne listine, kar smo uredili v prehodnih določbah,

- Komisija za preprečevanje korupcije npr. meni, da je potrebno pacienta poleg uvrstitve v čakalni seznam obvestiti tudi o posledicah zaradi neopravičene odsotnosti od termina,
- Zastopniki pacientovih pravic so med drugim podali pobudo, da najkrajši možni čakalni čas ne more biti odvisen od finančnih zmožnosti.

Ministrstvo za zdravje je v tem sklopu prejelo tudi pripombe Sekcije fizioterapevtov zasebnikov glede organiziranosti dela izvajalca ter fizične osebe, ki želi, da se pacienta uvrsti v čakalni seznam naslednji delovni dan po predložitvi napotne listine. Navedenih pripomb Ministrstvo za zdravje ni upoštevalo, saj področje organiziranosti dela izvajalca sprememba 14. člena že vključuje. Zaradi predvidene zakonske določbe glede triaže napotne listine, ki se mora izvesti najkasneje v dveh dneh po predložitvi napotne listine, se pacienta ne more uvrstiti na čakalni seznam (najkasneje) naslednji delovni dan, bo pa to v praksi izvedljivo v primerih, ko se ne npr. bo izvedlo triaže. Od izvajalca zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe se zahteva, da v primeru, ko pacient potrebuje nujno medicinsko pomoč ali nujno zobozdravstveno pomoč ali nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene storitve, to pacientu nudi takoj oziroma v 24 urah.

IV. ČAKALNI ČAS

Glede dolžine čakalnega časa je Ministrstvo za zdravje prejelo pripombe naslednjih deležnikov: Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Odbora zaposlenih zobozdravnikov pri Zdravniški zbornici Slovenije, predsednika Razširjenega strokovnega kolegija za splošno/družinsko medicino, Zastopnikov pacientovih pravic, Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana in fizične osebe. Pripombe se nanašajo predvsem na dolžino trajanja čakalnega časa, in sicer nekateri deležniki menijo, da je čas 30 minut prekratek. Slednje po njihovem mnenju ni izvedljivo, saj so določene zdravstvene storitve nepredvidljive in predlagajo, da bi čakalni čas moral biti 60 minut. Ministrstvo za zdravje pripombe ni upoštevalo, saj je trajanje čakalnega časa neposredno odvisno od organizacije dela vsakokratnega izvajalca zdravstvene dejavnosti, prav tako zakon predvideva vrsto izjem, ki omogočajo izvajanje določbe v praksi.

Dosedanja Uredba o poslovanju z uporabniki v javnem zdravstvu je v 5. členu določala, da mora čakalni čas na primarni ravni znašati največ 20 minut, na sekundarni in terciarni ravni pa največ 60 minut. Potrebno je poudariti, da čakalni čas predstavlja čas, ki ga pacient preživi v čakalnici pred ambulanto, ko čaka na izvedbo zdravstvene storitve (torej takrat, ko ima termin že določen – bodisi, ker je vpisan v čakalni seznam ali pa v naročilno knjigo). Izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe mora zagotoviti sistematično naročanje na določeno uro in minuto (tj. na termine) znotraj ordinacijskega časa. Zaradi uravnoteženosti predloga se tako upošteva tudi pacientovo pravico po spoštovanju njegovega časa, da pred ambulantno ne čaka po nepotrebem, temveč se izvajalce napeljuje k temu, da termine določajo premišljeno in svoje delo analizirajo. Nepotrebno čakanje v čakalnicah namreč neposredno škodi pacientom in povzroča nepotrebno odsotnost od dela, šole itd.

V. OBLIKE NAROČANJA

Sekcija fizioterapevtov zasebnikov ter Združenje fizioterapevtov Slovenije sta podali predlog, da se zagotovi zgolj dve obliki naročanja, in sicer vsaj ena oblika elektronskega naročanja s pošiljanjem originalne napotne listine in osebno naročanje. Ministrstvo za zdravje pojasnjuje, da je kot eno izmed oblik naročanja ohranilo tudi naročanje po pošti, saj gre za že uveljavljeno obliko naročanja in zgolj eno izmed možnih oblik naročanja, ki jih pacient lahko uveljavi. Poudarjanje osebnega naročanja zlasti v primeru storitev fizioterapije ni primerna, saj so pacienti ravno v teh primerih slabše mobilni.

VI. STOPNJE NUJNOSTI

Ministrstvo za zdravje je v tem sklopu prejelo posamezne pripombe strokovne in druge zainteresirane javnosti, in sicer glede dodatne stopnje nujnosti zelo hitro, ki jo je predlog zakona v času javne razprave še predvideval. Zdravniška zbornica Slovenije je v zvezi s tem poudarila, da bi dodatna stopnja nujnosti zelo hitro pomenila 90 odstotkov diagnostičnih in terapevtskih ukrepov in izpostavila vprašanje, kako naj izvajalci ravnali ob tovrstnih napotitvah. Po ponovnem premisleku predlagatelja smo predlog glede dodatne stopnje nujnosti zelo hitro umaknili, saj zgolj sprememba maksimalnih časovnih okvirjev ne odtehta administrativnih ovir, ki bi nastale in zahtevale nove obrazce za napotne listine. Namesto tega se ohranja sedaj veljavne stopnje nujnosti, dodaja pa možnost nedoločitve stopnje nujnosti, kadar zdravnik oceni, da zdravstveno stanje pacienta dopušča izvedbo zdravstvene storitve po treh mesecih. S predlogom zakona ima zdravnik torej možnost, da stopnje nujnosti v

konkretnem primeru ne določi oziroma je na napotni listini ne označi, če ugotovi, da pacient glede na njegovo zdravstveno stanje (upoštevajoč konkretni razumni čas) ne potrebuje zdravstvene obravnave prej kot v treh mesecih.

Predlog zakona tako še vedno predvideva tri stopnje nujnosti (nujno, hitro in redno), določa pa se jo za vsak primer posebej, in sicer skladno s pacientovo največjo zdravstveno koristjo. Upoštevati je potrebno njegov razumen čas in morebitno zahtevo s strani imenovanega zdravnika ali zdravstvene komisije Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Imenovani zdravnik je namreč skladno s predpisi s področja zdravstvenega zavarovanja pooblaščen za odločanje o začasni nezmožnosti za delo iz bolezenskih razlogov za delo nad 30 dni oziroma o zahtevi zavarovanca ali delodajalca za presojo ocene izbranega osebnega zdravnika o začasni nezmožnosti za delo do 30 dni, zdravstvena komisija pa je pristojna za odločanje o morebitni pritožbi zoper odločbo imenovanje zdravnika.

Stopnja nujnosti se torej opredeljuje glede na konkretnega pacienta in pri tem upošteva vse okoliščine na njegovi strani; to je zdravstveno stanje, morebitna bolniška odsotnost, stopnja bolečin, nosečnost ipd. Glede na navedeno, predloga Združenja fizioterapevtov Slovenije, da se morebitna zahteva imenovanega zdravnika ali zdravstvene komisije Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za hitrejšo zdravstveno obravnavo (kar je sicer predlagal tudi Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije) črta, Ministrstvo za zdravje ni upoštevalo.

Glede stopnje nujnosti nujno predlog zakona uvaja določene spremembe, in sicer napotno listino s stopnjo nujno izda zdravnik, kadar gre za nujno medicinsko pomoč ali nujno zobozdravstveno pomoč ter nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene in zobozdravstvene storitve, ki jih je potrebno izvesti takoj oziroma najkasneje v 24 urah. Glede maksimalnega časovnega okvira pa pri stopnji nujnosti nujno Ministrstvo za zdravje ni uvedlo sprememb, temveč ostaja časovni okvir tudi v nadaljevanju 24 ur. Stopnja nujnosti hitro se uveljavi takrat, kadar je zdravstveno stanje pacienta tako resno, da zahteva obravnavo prej kot v 14 dneh, pri stopnji nujnosti redno pa takrat, kadar zdravstveno stanje pacienta zahteva obravnavo prej kot v treh mesecih.

Predstavniki izvajalcev (npr. Splošna bolnišnica Brežice) menijo, da bi bilo potrebno določiti, da se pri napotitvi hitro – pacienta obravnava najpozneje v treh mesecih, pri napotitvi redno pa najpozneje v šestih mesecih. Ker se z novo ureditvijo predlaga bistveno krajše najdaljše dopustne čakalne dobe za stopnjo hitro in redno, gre za ukrep, kateremu se bodo izvajalci zdravstvene dejavnosti glede na trenutno situacijo težko takoj prilagodili, zato je v prehodnih in končnih določbah vsebovana dikcija, da najdaljša dopustna čakalna doba za stopnjo nujnosti redno do 31. 12. 2018 znaša šest mesecev.

VII. VELJAVNOST NAPOTNE LISTINE

S predlogom zakona se na novo ureja tudi veljavnost napotne listine, saj je v zvezi s tem obstajala pravna praznina in je bilo mogoče napotno listino predložiti kadar koli (neomejeno glede na čas njene izdaje ali celo stopnjo nujnosti). Veljavnost napotne listine bo po novem odvisna od stopnje nujnosti, ki je določena na napotni listini. Napotna lista s stopnjo nujnosti nujno mora biti predložena izvajalcu najkasneje naslednji dan, sicer preneha veljati. Napotna lista s stopnjo nujnosti hitro v petih koledarskih dneh, preostali dve obliki (stopnja nujnosti redno oziroma kadar stopnja nujnosti sploh ni določena) pa v roku 14 koledarskih dni od njene izdaje.

S tem ukrepom predlog zakona pacientu nalaga večjo skrb za pričetek postopka uvrščanja na čakalni seznam in s tem začetek pričakovanega zdravljenja, kar vpliva k zmanjševanju morebitnih škodljivih posledic odlašanja z zdravstveno obravnavo. Če izvajalec prejme neveljavno oziroma pretečeno napotno listino, jo vrne njenemu izdajatelju, pacienta pa o tem na primere način tudi obvesti

Ministrstvo za zdravje je v tej zvezi prejelo predlog Združenja fizioterapevtov Slovenije, da se za določanje veljavnosti roka za predložitev napotne listine šteje datum na napotni listini. Določba ni bila upoštevana, saj se veljavnost napotne listine šteje od predložitve napotne listine, kar seveda zahteva potrebno zavzetost pacienta za njeno pravočasno predložitev, izvajalec pa mora organizacijsko poskrbeti za ustrezno evidentiranje prejema. Pri tem velja opozoriti, da pri eNapotnici oziroma eNaročanju take obveznosti za izvajalca ni, saj se prejem beleži avtomatsko.

VIII. STIK S PACIENTOM

Izvajalec zdravstvene dejavnosti zaradi izvedbe zdravstvene dejavnosti in zaradi upravljanja s čakalnim seznamom vzpostavi stik s pacientom, ki je uvrščen na čakalni seznam. V zvezi s tem sta Informacijski pooblaščenec Republike Slovenije in Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije podala predlog, da se v zakonu jasno opredeli vzpostavitev stika le s tistim pacientom, ki je sporočil kontaktne podatke. Pripomba je bila upoštevana, saj smo tako v 15. kot tudi 15.b členu zakona nabor podatkov (e-naslov ali telefonska številka) izrecno navedli.

Nasprotno pa je npr. Združenje fizioterapevtov Slovenije predlagalo, da se zahteva za vzpostavitev stika s pacientom v celoti črta. Pripombe Ministrstvo za zdravje ni upoštevalo, saj je stik pred izvedbo zdravstvene storitve ali stik v zvezi z upravljanjem čakalnega seznama izredno pomemben ne le za pacienta (kot opomnik) temveč tudi za izvajalca (z vidika učinkovite rabe virov). S tem ukrepom se

namreč skrajšuje tudi čakalne dobe in čakalni čas.

IX. NAROČANJE NA ZDRAVSTVENO STORITEV

Odbor zobozdravnikov pri Zdravniški zbornici Slovenije meni, da je nesmiselno, da izvajalec zdravstvene dejavnosti, ki je izdal napotno listino, pacienta sam naroči na zdravstveno storitev. Menijo, da t.i. posredništvo pri naročanju podaljšuje čakalne dobe. Podobnega stališča je tudi predsednik Razširjenega strokovnega kolegija za splošno/družinsko medicino, ki meni, da taka izvedba eNaročanja v praksi ni izvedljiva, saj ima pacient pravico, da sam izbere zdravnika. V zvezi s tem je pripombo podal tudi sindikat Praktik.um, saj naj eNaročanje ne bi bila storitev, ki jo je dolžan opraviti izvajalec na primarni ravni, razen v primeru, ko pacient zaradi objektivnih okoliščin na njegovi strani tega ne bi mogel narediti (ali v njegovem imenu svojec). Ministrstvo za zdravje navedenih pripomb ni upoštevalo v celoti, saj se pacientu izhajajoč iz temeljnega vodila (tj. osredotočenosti zdravstvene obravnave na pacienta) ne sme nalagati dodatnih obremenitev, kadar bi te izvajalec zdravstvene dejavnosti lahko opravil hitreje. Je pa prisluhnilo navedbam o obremenjenosti izvajalcev zdravstvene dejavnosti na primarni ravni, zato je zahtevo po obveznem naročanju omejil le na eNaročanje, zgolj na prvi prosti (okvirni) termin in ne na kontrolni pregled. Dodatno omilitev predvideva še prehodna določba zakona, in sicer naročanje ne bo obvezno za izvajalce, ki presegajo evidentirano število zavarovanih oseb, ki ga skladno s predpisi, ki urejajo zdravstveno zavarovanje, določi Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Pri tem velja opozoriti, da izjema vendarle ne velja, če gre za pacienta, ki zaradi objektivnih okoliščin potrebuje pomoč pri naročanju. V takem primeru je izvajalec pacienta vseeno dolžan naročiti.

S predlogom zakona se ureja tudi ravnanje z nepopolno napotno listino. Če je napotna lista tako pomanjkljivo oziroma nejasno izpolnjena, da pacienta ni mogoče uvrstiti na čakalni seznam oziroma izvesti triaže napotne listine, pooblaščenec oseba v treh dneh od izdajatelja zahteva njeno dopolnitev. Izdajatelj napotne listine dodatna pojasnila poda v nadaljnjih treh dneh. Z navedeno določbo se Združenje fizioterapevtov Slovenije ne strinja, saj se jim zdi nesprejemljivo, da je lahko napotna lista nepopolna in nejasno izpolnjena. Ministrstvo za zdravje poudarja, da je to le še dodatni razlog, da se tovrstna materija ustrezno uredi.

Glede povratnih informacij, ki se pacientu pošiljajo preko elektronskih komunikacij, Informacijski pooblaščenec Republike Slovenije zahteva, da naj te ne vsebujejo konkretnih podatkov o pacientovem zdravstvenem stanju ali vrsti zdravstvene storitve. S predlogom se Ministrstvo za zdravje strinja, zato je navedeno upoštevalo v osmem odstavku 15.b člena predloga zakona.

X. ČAKALNI SEZNAM

- uvrščanje v čakalni seznam

Glede uvrščanja v čakalni seznam Informacijski pooblaščenec Republike Slovenije predlaga, da se tistega pacienta, ki izrecno želi imeti opravljeno zdravstveno storitev izven obveznega zdravstvena zavarovanja, vpiše na ločen čakalni seznam. Ministrstvo za zdravje je navedeno pripombo upoštevalo v prvem odstavku 15. člena predloga zakona.

- vodenje čakalnega seznama za ginekologe

V predlogu zakona, ki je bil v javni razpravi, je bilo določeno, da mora čakalni seznam voditi tudi izbrani osebni ginekolog in da zanj ne velja izjema od vodenja čakalnega seznama, kot sicer velja za izbranega osebnega zdravnika splošne oziroma družinske medicine, izbranega osebnega pediatra ter za preventivne preglede. Ministrstvo za zdravje je v zvezi s tem prejelo odziv Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Zdravstvenega inšpektorata Republike Slovenije, Združenja za splošno ambulantno ginekologijo, Zdravniške zbornice Slovenije ter fizične osebe, v katerih je poudarjeno, da so izbrani osebni ginekologi uvrščeni na primarno zdravstveno raven ter nimajo težav z naročanjem na preglede ali s predolgimi čakalnimi dobami. Ministrstvo za zdravje je pripombe upoštevalo na način, da izbrani osebni ginekologi namesto čakalnega seznama vodijo naročilno knjigo, ki je poenostavljena elektronska evidenca naročenih pacientov z bistveno manjšim naborom podatkov. V naročilno knjigo se glede na predlagano ureditev vpisuje:

- zaporedna številka,
- osebno ime pacienta,
- kontaktni podatki pacienta,
- razlog obravnave,
- termin,
- navedba o izvedbi zdravstvene storitve (podatek o izvedbi se nanaša zgolj na realizacijo zdravstvene storitve; ali je zdravstvena storitev bila izvedena ali ne).

Navedeni minimalen nabor podatkov zagotavlja ustrezno razločevanje med obravnavo naročenih in nenaročenih pacientov.

- vodenje čakalnega seznama za zobozdravnike in ortodonte

V okviru javne razprave je Ministrstvo za zdravje pripombe glede obveznega vodenja čakalnih seznamov za zobozdravnike prejelo s strani Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor, Sindikata zobozdravnikov DENS, Odbora za zobozdravstvo pri Zdravniški zbornici Slovenije in Slovenskega ortodontskega društva.

Pripombe Slovenskega ortodontskega društva se nanašajo predvsem na to, da so za ortodontsko dejavnost zaradi sistemskih anomalij računalniških programov čakalne dobe prikazane nerealno dolge, kar povzroča nepotrebne težave pacientom ter izvajalcem zdravstvene dejavnosti. Prav tako menijo, da je potrebno urediti pravne podlage za prehod pacientov iz opazovane skupine na čakalni seznam za zdravljenje ter za ureditev pravnih podlag za korekcijo računalniških programov, tako da bodo prikazovali realne, to je krajše čakalne dobe.

Sindikat zobozdravnikov DENS je podal pobudo, naj bodo zobozdravniki obravnavani na enak način kot splošni/družinski zdravnik in pediater. S tem se strinja tudi Zdravniška zbornica Slovenije. Meni, da Ministrstvo za zdravje pri pripravi predloga ni podalo strokovnih argumentov, zakaj naj bi zobozdravniki, ki opravljajo primerljivo zdravstveno dejavnost kot splošni/družinski zdravniki in pediatri, ne bi bili enakopravno obravnavani. Dodajajo, da je Razširjeni strokovni kolegij za stomatologijo v letu 2011 sprejel strokovne kriterije za razvrščanje zobozdravstvenih storitev v posamezne stopnje nujnosti. V teh kriterijih je po njihovem mnenju jasno navedeno, da se za področje konzervativnega zobozdravstva ne vodi čakalnih seznamov, v kolikor je prvi pregled opravljen prej kot v treh mesecih.

Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor pa je npr. mnenja, da se čakalni seznam vodi ali pa tudi ne (odvisno od individualne ambulante, če ima čakalno dobo za prvi pregled ali pacient že dobi datum za prvi pregled ob naročilu). Čakalni seznam za konzervativno zdravljenje se ne vodi, saj je pacient po prvem pregledu v oskrbi vezan na doktrino in diagnozo, zato čakalne dobe nima. Čakalni seznam za kontrolni pregled se ne vodi, ker le ta pripada pacientu glede na zaključek zdravljenja.

Ministrstvo za zdravje glede na vse podane pripombe ter upoštevajoč predloge Zavoda za zdravstveno zavarovanje, Zdravstvenega inšpektorata Republike Slovenije in nekaterih drugih deležnikov meni, da dolge čakalne dobe pri zobozdravstvenih storitvah in slabša dostopnost do zobozdravnikov v primerjavi z ostalimi zdravniki na primarni ravni zahtevajo vodenje čakalnega seznama. Pri tem pa je vseeno upoštevalo, da gre za izbranega osebnega zdravnika, zato čakalni seznam ne vsebuje naslednjih podatkov, ki jih sicer drugi izvajalci zdravstvene dejavnosti morajo voditi, in sicer: številko napotne listine, datum prejema napotne listine, datum triaže napotne listine, obstoj medicinske indikacije za uvrstitev pacienta na točno določen termin, ki se upošteva poleg določene stopnje nujnosti (skupaj z navedbo in opisom razloga, osebno ime in šifra zdravstvenega delavca, ki je to medicinsko indikacijo podal), željo pacienta glede izbire alternativnega termina (vključno s podatkom o prvotno ponujenem terminu), predvideni termin in okvirni termin izvedbe zdravstvene storitve ter datum obvestila pacienta, podatke o prenaročitvi pacienta iz razlogov na strani izvajalca zdravstvene dejavnosti (datum prvotnega termina, razlog za prenaročitev, nov termin), podatek o utemeljenosti napotitve na zdravstveno storitev, in podatek o črtanju iz čakalnega seznama (razlog in datum).

- podatki, ki se vodijo v čakalnem seznamu pri posameznem izvajalcu

Informacijski pooblaščenec Republike Slovenije predlaga, da je iz čakalnega seznama razvidna sledljivost podatkov, ki se vodijo v čakalnem seznamu. Pripomba je upoštevana, saj je s sledljivostjo omogočen vpogled v prejšnji podatek.

Zdravniška zbornica Slovenije je v okviru javne razprave predloga zakona predlagala, da se obvezno vodenje čakalnega seznama in nabora podatkov v čakalnem seznamu loči glede na zahtevnost posamezne zdravstvene storitve. Ministrstvo za zdravje navedene pripombe ni upoštevalo in področje vodenja čakalnega seznama uredilo na način, da se enotno vodi za vse zdravstvene storitve oziroma skupine zdravstvenih storitev znotraj posamezne enote (npr. ambulante).

- upravljanje s čakalnim seznamom

Predlog zakona glede upravljanja s čakalnim seznamom določa, da odsotnost zdravstvenega delavca ali zdravstvenega sodelavca, ki izvaja zdravstvene storitve pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe, ni razlog za odpoved termina.

Glede slednjega je Sekcija fizioterapevtov zasebnikov podala pripombo, da navedena določba ni smiselna, saj se v praksi ne bi mogla izvajati. Univerzitetni klinični center Ljubljana glede zgornje določbe predlaga, da se v primeru objektivnih razlogov, ko se nadomeščanja odsotnega zdravstvenega delavca ali zdravstvenega sodelavca ne more zagotoviti, pacienta prenaroči na termin, ki ne sme biti daljši od 60 dni. Nadalje je pripomba podala tudi fizična oseba, in sicer želi, da se pacienta v zgoraj navedenem primeru prenaroči na prvi prosti (dodatni) termin, ki ne sme biti daljši od 14 dni.

Pripombe je Ministrstvo za zdravje uskladilo na način, da se zahteva prenaročitev na prvi prosti (dodatni) termin, ki je pri stopnji nujnosti hitro v roku sedem dni, pri stopnji redno oziroma kadar stopnja nujnosti ni določena pa v roku 30 dni od prvotno določenega termina. Pri tem pojasnjemo,

da je 60 dni absolutno predolga doba za pacienta, ki je bil že naročen na določeno zdravstveno storitev, predlagana določba 14 dni pa je po preučitvi vseh pripomb deležnikov v določenih primerih lahko prekratka, saj bodo izvajalci zdravstvene dejavnosti temu težko sledili. Kadar je določeni zdravstveni delavec ali zdravstveni sodelavec (nepričakovano) odsoten dlje časa, je namreč potrebno temu prilagoditi celoten delovni proces (razpisati dodatne termine), torej nemoteno in brez dodatnega prenaročanja obravnavati tudi ostale paciente, ki so uvrščeni v čakalni seznam. Če izvajalec zdravstvene dejavnosti iz objektivnih razlogov nadomeščanja odsotnega zdravstvenega delavca ali zdravstvenega sodelavca ne more zagotoviti, se pacienta nemudoma prenaroči na prvi prosti (dodatni) termin, ki je v roku sedem oziroma 30 dni od prvotno določenega (odvisno od stopnje nujnosti) – s tem je rok predloga zakona iz javne razprave bistveno podaljšan in prilagojen realnim zmogljivostim aktualne organizacije dela v zdravstvu.

- odpoved termina

Ministrstvo za zdravje v predlogu zakona predvideva ureditev inštituta odpovedi termina s strani pacienta, in sicer je to dopustno najpozneje deset dni pred izvedbo zdravstvene storitve, le enkrat v okviru iste napotitve in le v okviru napotitve s stopnjo nujnosti redno ali kadar stopnja nujnosti ni določena. Na ta način se želi zagotoviti večjo zavzetost pacientov v skrbi za lastno zdravje in posledično boljšo izkoriščenost virov pri izvajalcu, posredno pa tudi skrajševanje čakalnih dob.

Predlog Zveze društev upokojencev Slovenije, da velja izjema glede odpovedi za starejše ljudi, je bila upoštevana v določbi šestega odstavka 15.b člena. Pacienta, ki svoje odsotnosti ne opraviči, se črta iz čakalnega seznama in se na isto zdravstveno storitev pri istem izvajalcu lahko uvrsti šele po preteku treh mesecev od termina, na katerega se neopravičeno ni odzval. Slednje pa ne velja, če izvajalec zdravstvene dejavnosti presodi, da taka omejitev neposredno ogroža zdravstveno stanje ali zdravstveno obravnavo pacienta. S tem, ko je Ministrstvo za zdravje dodalo t.i. varovalo za paciente, ki npr. neopravičeno izostanejo od termina, moratorij naročanja pa bi lahko neposredno ogrožal njihovo zdravstveno stanje, je upoštevalo pripombe tako Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije kot tudi Zveze društev upokojencev Slovenije in Zbornice zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

- črtanje iz čakalnega seznama

Predstavniki Splošne bolnišnice Brežice so podali pripombo, da se v primeru črtanja pacienta s čakalnega seznama povratna informacija izdajatelju napotne listine zagotovi le v primeru ugotovljene neutemeljene napotitve ali zlorabe stopnje nujnosti. Ministrstvo za zdravje navedene pripombe ni upoštevalo, saj črtanje s čakalnega seznama predstavlja velik poseg v pravico do spoštovanja pacientovega časa, zato mora biti pacient s tem vedno seznanjen. V nasprotnem primer lahko pride do črtanja brez njegove vednosti. Sama seznanitev je sicer lahko zgolj ustna, npr. neposredno ob telefonskem klicu pacienta, ki sporoči, da ne rabi več storitve, ali pa avtomatska preko sistema eNaročanja. To pomeni, da v teh in podobnih primerih obvestilo za pooblaščen osebno ne predstavlja nobene dodatne administracije.

- hramba podatkov v čakalnem seznamu

Ministrstvo za zdravje je v predlogu zakona predvidelo, da se podatki s čakalnega seznama hranijo dve leti od izvedene zdravstvene storitve oziroma po črtanju s čakalnega seznama. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije je podal predlog, da se podatki zaradi transparentnosti in lažjega izvajanja nadzora hranijo pet let. Ministrstvo za zdravje je navedeno pripombo upoštevalo.

XI. PRAVICA DO DRUGEGA MNENJA

Pacientove pravice, opredeljene v Zakonu o pacientovih pravicah, ki so hkrati vezane tudi na sistem zdravstvenega zavarovanja, se uresničujejo v okviru predpisov s področja zdravstvenega zavarovanja. Zakon o pacientovih pravicah namreč celovito ureja 14 splošnih, univerzalnih pravic, tiste, ki se krijejo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, pa so podrobneje (način uveljavljanja, morebitne omejitve) razčlenjene v Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju in Pravilih obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Glede pravice do drugega mnenja je Ministrstvo za zdravje v okviru javne razprave prejelo pripombe Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, Varuha človekovih pravic Republike Slovenije in Zdravniške zbornice Slovenije, ki so se nanašale predvsem na plačilo drugega mnenja. Zdravniška zbornica Slovenije opozarja, da je potrebno urediti financiranje pravice do drugega mnenja, saj predlog zakona navedenega ni uredil. Varuh Človekovih pravic Republike Slovenije ugotavlja, da četudi pacient ima zakonsko podlago za pridobitev drugega mnenja, te pravice ni mogoče uveljaviti, če ni urejeno njeno financiranje. Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije prav tako meni, da se mora urediti financiranje te pravice.

Ministrstvo za zdravje v zvezi s tem pojasnjuje, da uveljavljanje pravice do drugega mnenja v mreži javne zdravstvene službe ni del tega zakona, temveč je urejeno skladno s predpisi, ki urejajo

zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje. Tako so npr. glede drugega mnenja v prvih petih odstavkih predloga novega 40. člena zapisane splošne določbe, ki se nanašajo na drugo mnenje (pogoji in postopek uveljavljanja), v šestem odstavku pa je glede uveljavljanja pravice do drugega mnenja v okviru javne mreže napotilo na Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju in Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja. Ob tem poudarjamo, da že 1. člen veljavnega ZPacP določa, da ta zakon določa pravice, ki jih ima pacient kot uporabnik zdravstvenih storitev pri vseh izvajalcih, postopke uveljavljanja teh pravic, kadar so te kršene, in s temi pravicah povezane dolžnosti. Pravice iz zdravstvenega zavarovanja in način njihovega uveljavljanja določa pa poseben zakon (tj. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju). Podobno določa tudi tretji odstavek 4. člena ZPacP v okviru določbe o uresničevanju in omejevanju pacientovih pravic.

Pacientove pravice, ki jih določa ta zakon (tj. ZPacP) in so hkrati vezane na sistem zdravstvenega zavarovanja, se torej uresničujejo v okviru predpisov s področja zdravstvenega zavarovanja (tj. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju in Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja). Na podoben način je urejeno tudi glede pravice do nastanitve starša v primeru stacionarne oskrbe otrok, proste izbire zdravnika in izvajalca, dostopanja do zdravstvene oskrbe, do preventivnih storitev. Kako bo pravica do drugega mnenja dejansko zagotovljena (tj. vprašanje plačila) v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja, bo torej predmet druge zakonodaje.

XII. PISNO STROKOVNO MNENJE

Zastopniki pacientovih pravic menijo, da se določba glede prejema pisnega strokovnega mnenja oziroma izvida spreminja v škodo pacienta, saj je po veljavni ureditvi rok za podajo mnenja tri delovne dni. Po njihovem mnenju je potrebno izhajati iz smisla in namena pregleda. Sam pregled pacientu v ničemer ne koristi vse dotlej, dokler on in njegov zdravnik ne dobita izvida in mnenja.

Pripombe Ministrstvo za zdravje ni upoštevalo, saj je določba v predlogu zakona ustrežnejša kot v veljavni zakonodaji. Ta veže izdajo pisnega strokovnega mnenja oziroma izvida na delovni (in ne koledarski) dan ter zgolj na ambulantni pregled, medtem ko predlog zakona izdajo pisnega strokovnega mnenja oziroma izvida veže na koledarski dan, izvid pa naj bo podan za ambulantni pregled in tudi diagnostiko. Pri tem je predlagatelj nekoliko upošteval tudi pripombe izvajalcev zdravstvene dejavnosti po (nekoliko) daljšem roku, poudariti pa velja, da navedeni rok predstavlja maksimalen rok, saj naj bi izvajalec pismo strokovno mnenje oziroma izvid izdal takoj oziroma najkasneje v sedmih dneh po opravljeni storitvi. V nujnih primerih, kamor spada tudi npr. sum na maligno obolenje, mora biti namreč mnenje pacientu sporočeno takoj. Predlog zakona pa predvideva tudi izjemo (za krajši ali daljši rok), kadar bi bilo to v posameznem primeru strokovno utemeljeno.

XIII. NADZORNI IN PREKRŠKOVNI ORGANI

Komisija za preprečevanje korupcije meni, da je potrebno v prekrškovne določbe dodati določbe glede opustitve izvajanja nadzora glede sledljivosti v čakalnem seznamu in glede neopravljanja nalog iz devetega odstavka 14.b člena. Nalaganje dolžnega ravnanja brez hkratne določitve sankcije za kršitev dolžnega ravnanja po njihovem mnenju predstavlja tveganje za nastanek kršitve dolžnega ravnanja. Ministrstvo za zdravje je slednje upoštevalo.

XIV. ZASTOPNIKI PACIENTOVIH PRAVIC

Državni svet Republike Slovenije je podal predlog spremembe 89. člena veljavnega zakona, in sicer o nezdržljivosti funkcij zastopnikov pacientovih pravic v prehodnem obdobju do oblikovanja pokrajin. Ministrstvo za zdravje je prisluhnilo pobudi Državnega sveta Republike Slovenije in predlagalo odpravo dosedanje neustrezne rešitve glede pogojev za imenovanje zastopnikov pacientovih pravic, ki je neutemeljeno izpuščala omejitve glede združljivosti, ki so sicer v zakonu zapisane v 50. členu (ne pa v 89. členu, kjer je predvideno imenovanje zastopnikov v prehodnem obdobju).

Predlog tako predvideva uskladitev petega odstavka 89. člena zakona z vsebino sedmega odstavka 50. člena, ki govori o združljivosti dela zastopnika z različnimi funkcijami oziroma članstvom v posameznih organih. Namen predlagane ureditve odpravlja težave pri razpisih za zastopnike pacientovih pravic, saj se na razpise prijavljajo tudi kandidati, ki bi bili ob polni veljavnosti omejitev glede nezdržljivosti funkcije iz sedmega odstavka 50. člena zakona v konfliktu interesov (npr. kandidati prihajajo iz vrst zdravstvenih delavcev, zaposlenih pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti). Ob tem velja izpostaviti, da prehodna določba zakona predvideva, da morajo zastopniki pacientovih pravic, ki so že imenovani in ob imenovanju niso izpolnjevali navedenega pogoja, v treh mesecih od uveljavitve tega zakona prenehati z delom oziroma funkcijo, ki ni združljiva, sicer jim preneha mandat zastopnika.

Predlogi so bili upoštevani:

– večinoma.

Bistvena mnenja, predlogi in pripombe, ki niso bili upoštevani, ter razlogi za neupoštevanje:

- pripomba, ki jo je podala fizična oseba in se nanaša na predlog za spremembo 34., 37. in 38. člena veljavnega Zakona o pacientovih pravicah, ki se nanaša na pravico do upoštevanja vnaprej izražene volje: v področje upoštevanja vnaprej izražene volje vsebinsko ne posegamo;
- pripomba, ki jo je podala fizična oseba preko portala E-demokracije glede otrok z aspergerjevim sindromom, ki bi morali biti upravičeni do dodatka za nego otroka: navedeno ne sodi v domen zakona, ki ureja pacientove pravice;
- pripomba Komisije RS za medicinsko etiko, ki predlaga konzultiranje svojcev pacienta v okoliščinah medicinsko nesmiselnega podaljševanja življenja: v področje upoštevanja vnaprej izražene volje vsebinsko ne posegamo;
- pripomba Državnega sveta Republike Slovenije o zamejitvi pravice do proste izbire zdravnika: pravica do proste izbire zdravnika in zavoda je ena izmed temeljnih pacientovih pravic, katere vsebino v okviru pravic obveznega zdravstvenega zavarovanja zapolnjujejo predpisi s področja zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja;
- predlog AmCham Slovenia, Komisije za zdravstvo in kakovost bivanja, da naj se uvede sprememba mreže javnih bolnišnic ter njihova avtonomnost, podpora ločevanju in hkrati sobivanju javnega in zasebnega izvajanja zdravstvenih storitev, vzpostavitev mreže HTA: navedeni predlogi vsebinsko ne sodijo v področje urejanja zakona o pacientovih pravicah, temveč v predpise s področja zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, zdravstvene dejavnosti ter bodoče ureditve kakovosti in varnosti v zdravstvu.

Ministrstvo za zdravje skladno z zgoraj navedenimi predlogi in pripombami pojasnjuje, da navedenih pripomb ni upoštevalo, saj je primarni cilj tega zakona ureditev dostopnosti pacientov do zdravstvenih storitev v okviru razumnega časa in ureditev ustreznega nadzora na področju zagotavljanja pacientovih pravic in obveznosti. Zaradi težav pri implementaciji nekaterih pacientovih pravic (pravice do spoštovanja pacientovega časa) bo namreč z novelo predlagana zlasti podrobnejša opredelitev, nadzor in prekrškovne določbe glede čakalnih seznamov in v tej zvezi posamezne obveznosti tako na strani izvajalcev kot tudi pacientov. Poleg navedenega se predlaga še nekatere manjše spremembe in dopolnitve zakona, glede katerih se je zlasti tekom javne razprave ugotovilo, da jih je smiselno vključiti v obstoječo novelo (npr. posebni varovalni ukrep, pogoji za zastopnika pacientovih pravic, trajanje vnaprej izražene volje pacienta).

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

Pri delu državnega zbora in delovnih teles bodo sodelovali:

- Milojka Kolar Celarc, ministrica za zdravje
- dr. Ana Medved, državna sekretarka na Ministrstvu za zdravje
- mag. Mateja Radej Bizjak, sekretarka na Ministrstvu za zdravje
- mag. Katarina Kralj, sekretarka na Ministrstvu za zdravje

II. BESEDILO ČLENOV

1. člen

V Zakonu o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 15/08) se:

1. v prvem odstavku 1. člena besedilo »izvajalci oziroma izvajalkah (v nadaljnjem besedilu: izvajalci) zdravstvenih storitev« nadomesti z besedilom »izvajalci oziroma izvajalkah (v nadaljnjem besedilu: izvajalci) zdravstvene dejavnosti«;

2. v drugem odstavku 1. člena, 8., 13., 19. in 22. točki 2. člena, šesti alineji 3. člena, prvi, drugi in četrti alineji 5. člena, naslovu 1. oddelka II. poglavja, naslovu in prvem odstavku 6. člena, naslovu 2. oddelka II. poglavja, 7. členu, prvem, tretjem, četrtem in petem odstavku 8. člena, naslovu 4. oddelka II. poglavja, 11., 12. in 13. členu, drugem odstavku 23. člena, drugem odstavku 24. člena, naslovu pododdelka 7.1 7. oddelka II. poglavja, drugem in tretjem odstavku 26. člena, drugi in tretji alineji prvega odstavka 27. člena, naslovu pododdelka 7.2 7. oddelka II. poglavja, v 29. členu, naslovu pododdelka 7.3 7. oddelka II. poglavja, prvem in tretjem odstavku 30. člena, 31. členu, prvem, drugem in tretjem odstavku 32. člena, naslovu in prvem odstavku 33. člena, prvem odstavku 34. člena, prvem, sedmem in osmem odstavku 35. člena, četrtem in petem odstavku 37. člena, drugem in tretjem odstavku 39. člena, šestem odstavku 41. člena, prvem, drugem, tretjem, četrtem in petem odstavku 43. člena, tretjem, četrtem, petem in šestem odstavku 44. člena, četrti alineji drugega odstavka, četrtem in petem odstavku 45. člena, 54. členu, prvem odstavku 56. člena, drugem odstavku 59. člena in naslovu 86. člena besedilo »zdravstvena oskrba« v vseh sklonih in številih nadomesti z besedilom »zdravstvena obravnava« v ustreznem sklonu in številu;

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

4. v petem odstavku 32. člena, drugem odstavku 33. člena in sedmem odstavku 34. člena besedilo »informativni sistem kartice zdravstvenega zavarovanja ali centralna evidenca zdravstvene dokumentacije« v vseh sklonih in številih nadomesti z besedilom »centralni register podatkov o pacientih, ki ga določa zakon, ki ureja zbirke podatkov s področja zdravstvenega varstva« v ustreznem sklonu in številu;

5. v šestem odstavku 42. člena besedilo »centralni evidenci zdravstvene dokumentacije« nadomesti z besedilom »centralnem registru podatkov o pacientih, ki ga določa zakon, ki ureja zbirke podatkov s področja zdravstvenega varstva«.

2. člen

V 1. členu se za tretjim odstavkom doda nov četrti odstavek, ki se glasi:

»(4) S tem zakonom se v pravni red Republike Slovenije prenaša Direktiva 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 9. marca 2011 o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu (UL L št. 88 z dne 4. 4. 2011, str. 45) v delu, ki se nanaša na obravnavo kršitev pacientovih pravic, pravice do varstva osebnih podatkov in pravice do seznanitve z zdravstveno

dokumentacijo.«.

3. člen

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

»2. Čakalna doba je v dneh izraženo obdobje od uvrstitve na čakalni seznam do dejanske izvedbe zdravstvene storitve. Šteje se, da čakalna doba obstaja, če navedeno obdobje znaša več kot en dan.

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

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

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

Za 5. točko se doda nova 5.a točka, ki se glasi:

»5.a eNaročanje je oblika elektronskega naročanja in zbirka podatkov, ki je opredeljena z zakonom, ki ureja zbirke podatkov v zdravstvu.«.

6. točka se spremeni tako, da se glasi:

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

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

»7.a Kontrolni pregled je pregled, ki je namenjen preverjanju učinkov začetega zdravljenja, morebitnemu načrtovanju dodatnih preiskav in končanju zdravstvene obravnave, ki se je začela na podlagi prvega pregleda in ni vezan na posamezno koledarsko leto.«.

Za 8. točko se doda nova 8.a točka, ki se glasi:

»8.a Lečeči zdravnik je zdravnik, ki pacienta obravnava.«.

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

»11.a Najdaljša dopustna čakalna doba je doba, v kateri mora biti opravljena neka zdravstvena storitev, da se z vidika objektivne medicinske presoje zdravstvenih potreb pacienta ne poslabša njegovo zdravstveno stanje ali kakovost življenja.

11.b Napotna listina je dokument, s katerim izbrani osebni ali napotni zdravnik prenaša svoja pooblastila na druge zdravstvene delavce na isti ali višji ravni zdravstvene dejavnosti v skladu s predpisi, ki urejajo zdravstveno zavarovanje.

11.c Naročilna knjiga je elektronska evidenca zaporedno naročenih pacientov.«.

Za 12. točko se dodajo nove 12.a, 12.b, 12.c in 12.č točka, ki se glasijo:

»12.a Nujna zobozdravstvena pomoč vključuje zdravstvene storitve, ki jih zobozdravnik, drug zdravstveni delavec ali zdravstveni sodelavec izvaja zaradi poškodb, močnejših krvavitev, infekcij in hudih stalnih bolečin v področju ustne votline in zob za preprečitev nepopravljivega in hudega poslabšanja zdravstvenega stanja.

12.b Nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene in zobozdravstvene storitve vključujejo zdravstvene storitve, kot jih opredeljujejo predpisi s področja zdravstvenega zavarovanja.

12.c Okvirni termin je termin, določen na mesec natančno, razen za operativne postopke, za katere je določen na tri mesece natančno.

12.č Ordinacijski čas je čas, ki je namenjen zdravstveni obravnavi pacienta.«.

15. točka se spremeni tako, da se glasi:

»Ožji družinski člani so zakonec, zunajzakonski partner, starši, otroci, stari starši, vnuki ter bratje in

sestre.«.

Za 16. točko se dodata novi 16.a in 16.b točka, ki se glasita:

»16.a Prenaročitev je določitev novega termina ali okvirnega termina pacientu, ki je že uvrščen na čakalni seznam.

16.b Prvi pregled je pregled, ki je namenjen opredelitvi novonastalega zdravstvenega stanja oziroma akutnega poslabšanja kroničnega zdravstvenega stanja in načrtovanju potrebnih preiskav in zdravljenja, vključno z morebitnim zdravljenjem, opravljenim neposredno po tem pregledu. Kot prvi pregled se šteje tudi samostojno opravljena diagnostika.«.

Za 20. točko se doda novi 20.a in 20.b točka, ki se glasita:

»20.a Termin je čas, izražen z datumom, uro in minuto, predviden za izvedbo zdravstvene storitve. V primeru operativnih postopkov se termin določi na dan natančno.

20.b Triaža napotne listine je pregled napotne listine na podlagi strokovnih smernic z vidika primerne in razumljive vsebine napotne listine, obstoja medicinske indikacije in ustrezne določitve stopnje nujnosti, ki jo opravi izvajalec zdravstvene dejavnosti.«.

4. člen

14. člen se spremeni tako, da se glasi:

»14. člen (spoštovanje pacientovega časa)

(1) Pacient ima pravico, da se njegov čas spoštuje.

(2) Izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe poskrbi za najkrajši možni čakalni čas in čakalno dobo v okviru razumnega časa. Delo organizira tako, da se pacientu zagotovi čim hitrejša zdravstvena obravnava. Izvajalec zdravstvene dejavnosti pacienta obravnava v skladu z vrstnim redom na čakalnem seznamu oziroma v naročilni knjigi in vrstnega reda ne sme spreminjati, razen če ta zakon ne določa drugače.

(3) Izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe pacientu nujno medicinsko pomoč, nujno zobozdravstveno pomoč ali nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene in zobozdravstvene storitve omogoči takoj.

(4) Če izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe zdravstvene storitve ne more opraviti takoj in ne gre za nujno medicinsko pomoč, nujno zobozdravstveno pomoč, nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene in zobozdravstvene storitve ali za zdravstvene storitve, za katere se ne vodi čakalni seznam, se pacienta uvrsti na čakalni seznam.

(5) Najdaljša dopustna čakalna doba v Republiki Sloveniji je spoštovana, če je čakalna doba za neko zdravstveno storitev pri najmanj enem izvajalcu zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe v okviru najdaljših dopustnih čakalnih dob.«.

5. člen

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

»14.a člen (čakalni čas)

(1) Izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe zagotovi, da je delo organizirano tako, da je čakalni čas čim krajši oziroma ne presega 30 minut.

(2) Omejitev iz prejšnjega odstavka ne velja, kadar posamezen zdravstveni delavec ali zdravstveni sodelavec, ki izvaja zdravstvene storitve pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe, o čemer sproti obvešča paciente v čakalnici:

- v tem času izvaja nujno medicinsko pomoč ali

- zaključuje zdravstveno storitev predhodno obravnavanega pacienta, ki jo je treba izvesti brez nepotrebnega odlašanja ali prekinitve.

(3) Omejitev glede čakalnega časa ne velja za paciente, ki niso naročeni, v primeru naročanja v naročilno knjigo in za paciente, ki zamudijo na termin. Pacienta, ki ni naročen, in pacienta, ki zamudi na termin, se obravnava le v prostem terminu, razen če gre za nujno medicinsko pomoč.

14.b člen (stopnja nujnosti in uvrščanje na čakalni seznam)

(1) Izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe pacienta uvrsti na čakalni seznam za zdravstveno storitev, pri čemer upošteva stopnjo nujnosti, kadar:

- ne gre za nujno medicinsko pomoč, nujno zobozdravstveno pomoč ali nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene in zobozdravstvene storitve in
- zdravstvene storitve ni mogoče opraviti takoj.

(2) Stopnja nujnosti se določi v skladu z največjo zdravstveno koristjo pacienta, pri čemer se upošteva razumen čas.

(3) Stopnjo nujnosti določi zdravnik, ki pacienta napoti na zdravstveno storitev, na podlagi uveljavljenih sodobnih medicinskih smernic, svoje strokovne presoje in ob upoštevanju prejšnjega odstavka. Stopnja nujnosti se označi na napotni listini.

(4) Stopnje nujnosti so:

- nujno, kadar gre za nujno medicinsko pomoč, nujno zobozdravstveno pomoč ali nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene in zobozdravstvene storitve, ki jih je treba izvesti takoj oziroma najpozneje v 24 urah,
- zelo hitro, kadar je zdravstveno stanje pacienta tako resno, da zahteva obravnavo prej kot v 14 dneh,
- hitro, kadar je zdravstveno stanje pacienta tako resno, da zahteva obravnavo prej kot v treh mesecih,
- redno, kadar zdravstveno stanje pacienta zahteva obravnavo prej kot v šestih mesecih.

(5) Minister, pristojen za zdravje, lahko določi, da se zdravstvene storitve z določenega področja opravijo v roku, ki presega obdobje iz četrte alineje prejšnjega odstavka.

(6) Izvajalec zdravstvene dejavnosti lahko opravi triažo napotne listine, in sicer v treh dneh po njenem prejemu. Če se stopnja nujnosti, navedena na napotni listini, in stopnja nujnosti, ki se ugotovi ob triaži, razlikujeta, velja stopnja nujnosti, ki se ugotovi ob triaži, o čemer pooblaščen oseba za čakalni seznam obvesti izdajatelja napotne listine in pacienta. Če se ob triaži ugotovi, da ni medicinske indikacije, se napotna listina v treh dneh vrne njenemu izdajatelju in se o tem obvesti pacienta.

(7) Pri kontrolnem pregledu se ob uvrščanju na čakalni seznam upošteva le medicinska indikacija, stopnja nujnosti pa se ne določa.

(8) Pacienta se uvrsti na čakalni seznam v petih dneh po predložitvi napotne listine oziroma v dveh dneh po opravljeni triaži, o uvrstitvi in posledicah zaradi neopravičene odsotnosti od termina pa se ga obvesti v treh dneh od uvrstitve na čakalni seznam.«.

6. člen

15. člen se spremeni tako, da se glasi:

»15. člen (čakalni seznam)

(1) Izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe vodi elektronski čakalni seznam za vse zdravstvene storitve, pri katerih obstaja čakalna doba, in sicer po skupinah zdravstvenih storitev v posamezni enoti. Izvajalec iz prejšnjega stavka vodi čakalni seznam pacientov, ki želijo, da se storitev opravi zunaj mreže javne zdravstvene dejavnosti, ločeno.

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

- zaporedno številko vpisa pacienta,
- pacientovo osebno ime,
- pacientove kontaktne podatke (e-naslov ali telefonsko številko),
- razlog obravnave,
- termin,
- navedbo o izvedbi zdravstvene storitve.

(3) Na čakalnem seznamu se vodijo naslednji podatki:

1. zaporedna številka uvrstitve pacienta,
2. datum in ura uvrstitve pacienta ter datum obvestila,
3. način uvrstitve na čakalni seznam,
4. pacientovo osebno ime,
5. pacientovi naslov in kontaktni podatki (e-naslov ali telefonska številka),
6. številka zavarovane osebe pri nosilcu obveznega zdravstvenega zavarovanja,
7. številka napotne listine,
8. datum prejema napotne listine,
9. stopnja nujnosti (z napotne listine in morebitna spremenjena),
10. šifra zdravstvene storitve,
11. zdravstveni delavec, ki je opravil triažo napotne listine (osebno ime in šifra),
12. datum triaže napotne listine,
13. obstoj medicinske indikacije za uvrstitev pacienta na točno določen termin, ki se upošteva poleg določene stopnje nujnosti (skupaj z navedbo in opisom razloga, osebnim imenom in šifro zdravstvenega delavca, ki je to medicinsko indikacijo podal),
14. želja pacienta glede izbire točno določenega izvajalca zdravstvene dejavnosti, zdravstvenega delavca ali zdravstvenega sodelavca (osebno ime in šifra zdravstvenega delavca ali zdravstvenega sodelavca),
15. želja pacienta glede izbire nadomestnega termina (vključno s podatkom o prvotno ponujenem terminu),
16. predvideni termin in okvirni termin izvedbe zdravstvene storitve,
17. podatek o odpovedi in odsotnosti od termina (datum odpovedi pred terminom, število dni do termina, razlog za odpoved, datum odsotnosti, datum opravičila po terminu, razlog za odsotnost, opravičenost odpovedi oziroma odsotnosti, morebitna začasna prepoved uvrstitve na čakalni seznam),
18. podatki o prenaročitvi pacienta iz razlogov izvajalca zdravstvene dejavnosti (datum prvotnega termina, razlog za prenaročitev, nov termin),
19. datum in ura izvedene zdravstvene storitve,
20. osebno ime in šifra zdravstvenega delavca ali zdravstvenega sodelavca, ki je zdravstveno storitev izvedel,
21. podatek o utemeljenosti napotitve oziroma naročanja na zdravstveno storitev,
22. podatek o črtanju s čakalnega seznama (razlog in datum),
23. osebno ime in šifra pooblaščenih oseb za čakalni seznam, ki je pacienta uvrstila na čakalni seznam, spremenila vrstni red uvrstitve na čakalni seznam oziroma ga črtala s čakalnega seznama.

(4) Čakalni seznam, ki se vodi pri izbranem osebnem zobozdravniku, ne vsebuje podatkov iz 7., 8., 9., 11., 12., 13., 20. in 22. točke prejšnjega odstavka.

(5) Pacient je za isto zdravstveno storitev lahko uvrščen na čakalni seznam največ pri enem izvajalcu zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe, in sicer največ na en termin oziroma okvirni termin. Omejitev glede števila terminov oziroma okvirnih terminov ne velja za kontrolni pregled.

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

- obveščenost o čakalni dobi in vrstnem redu,
- spoštovanje vrstnega reda in enakopravno obravnavo pacientov,
- preglednost dostopa do zdravstvenih storitev.

(7) Podatki s čakalnega seznama, vključno s podatki o sledljivosti obdelave podatkov, se hranijo pet

let od izvedbe zdravstvene storitve oziroma črtanja s čakalnega seznama. Sledljivost sprememb vsakega podatka, vključno s spremembami vrstnega reda in drugih prejšnjih podatkov, se izvaja tako, da je omogočen vpogled v podatek, kdo in kdaj je spremenil posamezen podatek, in obrazložitev okoliščin, ki narekujejo spreminjanje podatkov.

(8) Pacient, ki je uvrščen na čakalni seznam, ima pravico izvedeti razloge za čakalno dobo in njeno dolžino ter pravico do vpogleda, kopije ali izpisa podatkov s čakalnega seznama za vse uvrščene paciente, pri čemer se lahko seznaniti z vsemi podatki iz tretjega odstavka tega člena, razen s podatki iz 4., 5., 6., 7., 11., 14., 15., 17., 19., 20., 21., 22. in 23. točke. Za seznanitev po tem odstavku se smiselno uporabljajo prvi, drugi, četrti, šesti, sedmi in deseti odstavek 41. člena tega zakona. Izvajalec zdravstvene dejavnosti seznanitev pacientu omogoči takoj, vendar najpozneje pet dni po prejemu zahteve. Pacient lahko za posamezno zdravstveno storitev pri istem izvajalcu zdravstvene dejavnosti vloži zahtevo iz tega odstavka največ enkrat mesečno. Določba tega odstavka ne posega v pacientovo pravico do seznanitve z lastnimi osebnimi podatki.

(9) Pacient, ki je vpisan v naročilno knjigo, ima pravico do seznanitve z naročilno knjigo na smiselno enak način, kot to določa prejšnji odstavek za čakalni seznam.

(10) Kadar se za posamezno zdravstveno storitev vodi čakalni seznam, se pacientu, ki ni uvrščen na čakalni seznam, ne sme opraviti zdravstvena oziroma zobozdravstvena storitev, razen če gre za nujno medicinsko pomoč, nujno zobozdravstveno pomoč ali nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene in zobozdravstvene storitve.«.

7. člen

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

»15.a člen (naročanje na zdravstveno storitev)

(1) Izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe zagotavlja celostno skrb za pacienta tako, da se pacientu ne nalagajo dodatne obremenitve, kadar bi te izvajalec zdravstvene dejavnosti opravil hitreje in preprosteje od pacienta. Izvajalec zdravstvene dejavnosti pacienta, ki ga v okviru posamezne zdravstvene obravnave napotuje na več zdravstvenih storitev, naroči na vse zdravstvene storitve, vključno z morebitno diagnostiko.

(2) Izvajalec zdravstvene dejavnosti zagotovi naslednje oblike naročanja:

- elektronsko,
- po pošti,
- po telefonu in
- osebno v ordinaciji.

(3) Podrobnejši način naročanja na zdravstveno storitev določi minister, pristojen za zdravje.

15.b člen (upravljanje čakalnega seznama)

(1) Izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe določi enega ali več zdravstvenih delavcev ali zdravstvenih sodelavcev za upravljanje čakalnega seznama (v nadaljnjem besedilu: pooblaščen oseba za čakalni seznam).

(2) Pacient ali v njegovem imenu njegov ožji družinski član lahko odpove termin najpozneje deset dni pred izvedbo zdravstvene storitve, in sicer le enkrat v okviru iste napotitve in le v okviru napotitve s stopnjo nujnosti hitro ali redno. Poznejša odpoved termina je dopustna le iz pacientovih objektivnih razlogov, ki jih določi minister, pristojen za zdravje, pri čemer pacient razlog za odpoved sporoči pisno. V primeru opravičila iz objektivnih razlogov ne veljajo omejitve glede odpovedi termina le enkrat v okviru iste napotitve in napotitve v okviru stopnje nujnosti hitro ali redno. Po preteku 30 dni od termina opravičilo ni mogoče niti v primeru pacientovih objektivnih razlogov.

(3) Če pacient odsotnosti ne opraviči, se ga črta s čakalnega seznama in napotna listina preneha veljati. Če pacient neopravičeno izostane od enega izmed terminov v okviru iste napotitve, se

zdravstvena obravnava v okviru te napotitve konča. Pacient se lahko na čakalni seznam za to zdravstveno storitev pri tem izvajalcu zdravstvene dejavnosti znova uvrsti šele po poteku treh mesecev od termina, na katerega se neopravičeno ni odzval. Rok iz prejšnjega stavka ne velja, če izvajalec zdravstvene dejavnosti presodi, da taka omejitev neposredno ogroža pacientovo zdravstveno stanje ali zdravstveno obravnavo. Določbe prejšnjega, tega in šestega odstavka tega člena glede termina se smiselno uporabljajo tudi za okvirni termin.

(4) Izvajalec zdravstvene dejavnosti zaradi izvedbe zdravstvene storitve in upravljanja čakalnega seznama vzpostavi stik s pacientom, ki je uvrščen na čakalni seznam, če je pacient sporočil kontaktne podatke (e-naslov ali telefonsko številko) ali če jih izvajalec že ima.

(5) Povratne informacije in obvestila pred izvedbo zdravstvene storitve, ki se pacientu pošiljajo prek elektronskih komunikacij v nešifrirani obliki, ne vsebujejo konkretnih podatkov o pacientovem zdravstvenem stanju ali vrsti zdravstvene storitve.

(6) Izvajalec zdravstvene dejavnosti redno spremlja in analizira podatke o čakalnih dobah, išče vzroke zanje in preverja spremembe čakalnega seznama z uporabo sledljivosti, o vsem tem poroča organu upravljanja, ministrstvu, pristojnemu za zdravje, in nosilcu obveznega zdravstvenega zavarovanja ter izvaja ukrepe za njihovo zmanjšanje oziroma odpravo. Izvajalec zdravstvene dejavnosti termine načrtuje v skladu z analizami čakalnih dob v okviru posamezne stopnje nujnosti ter deležem prvih in kontrolnih pregledov. Vsebino in način poročanja podrobneje določi minister, pristojen za zdravje.

15.c člen (črtanje s čakalnega seznama)

(1) Izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe pacienta črta s čakalnega seznama v naslednjih primerih in rokih:

- smrt pacienta: po pridobitvi take informacije ob ažurnem pridobivanju podatkov iz centralnega registra podatkov o pacientih,
- želja pacienta po črtanju s čakalnega seznama: v 24 urah od izražene želje,
- pacientova zavrnitev izvedbe zdravstvene storitve: v 24 urah od zavrnitve,
- zdravstveno stanje pacienta ne omogoča izvedbe zdravstvene storitve, zaradi katere je uvrščen na čakalni seznam: v 24 urah od ugotovitve lečečega zdravnika o takem stanju,
- neopravičena odsotnost od termina: v 24 urah od termina,
- druga ali katera koli naslednja uvrstitev na čakalni seznam za isto zdravstveno storitev (peti odstavek 15. člena tega zakona): v 24 urah od ugotovitve o naknadni uvrstitvi.

(2) V primeru črtanja iz razlogov, navedenih v prejšnjem odstavku, se napotna listina vrne izdajatelju napotne listine (stornira) z navedbo razlogov. Razlog za črtanje se navede tudi na čakalnem seznamu.

(3) O črtanju s čakalnega seznama iz razloga iz druge, tretje, četrte, pete ali šeste alineje prvega odstavka tega člena se obvesti tudi pacienta, in sicer v treh dneh od črtanja.

(4) Pooblaščen oseba za čakalni seznam v treh dneh po opravljeni zdravstveni storitvi na čakalnem seznamu označi, kdaj je bila zdravstvena storitev opravljena.

(5) Kadar se po opravljeni zdravstveni storitvi ugotovi, da je bila napotitev neutemeljena ali na napotni listini nepravilno določena stopnja nujnosti, se izdajatelju napotne listine zagotovi povratna informacija s presojo utemeljenosti napotne listine oziroma utemeljenosti prvotno določene stopnje nujnosti.

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

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

- oblike naročanja, morebitne časovne omejitve v sklopu posamezne oblike naročanja in

- kontaktne podatke izvajalca zdravstvene dejavnosti,
- najkrajše čakalne dobe po posamezni stopnji nujnosti za vse zdravstvene storitve, ki jih izvaja,
- podatke o pooblaščenih osebi za čakalni seznam (osebno ime in kontaktne podatke),
- podatek o evidentiranem številu zavarovanih oseb, če gre za izbranega osebnega zdravnika.

(2) Minister, pristojen za zdravje, podrobneje določi zahteve glede določitve organizacije ordinacijskega časa, dostopa do informacij o zdravstvenih delavcih in zdravstvenih sodelavcih, prenaročanja v primeru odpovedi termina iz razloga na strani izvajalca zdravstvene dejavnosti ter upravljanja čakalnega seznama in uvrščanja na čakalni seznam pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe.«.

8. člen

16. člen se spremeni tako, da se glasi:

»16. člen (izmenjava podatkov)

(1) Izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe podatke iz tretjega odstavka 15. člena tega zakona in podatek o pooblaščenih osebi za čakalni seznam stalno zagotavlja Nacionalnemu inštitutu za javno zdravje (v nadaljnjem besedilu: NIJZ) za potrebe upravljanja zbirke eNapotnica in eNaročilo, ki jo določa zakon, ki ureja zbirke podatkov s področja zdravstvenega varstva.

(2) Ne glede na zakon, ki ureja varstvo osebnih podatkov, lahko izvajalci zdravstvene dejavnosti in NIJZ brez predhodnega dovoljenja državnega nadzornega organa za varstvo osebnih podatkov povezujejo podatke iz tretjega odstavka 15. člena tega zakona z zbirko eNapotnica in eNaročilo, pri čemer lahko pri povezovanju podatkov s čakalnimi seznamov izvajalcev zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe iz tretjega odstavka 15. člena tega zakona in zbirke eNapotnica in eNaročilo uporabijo isti povezovalni znak na način, da se za pridobitev osebnega podatka uporabi samo ta znak.

(3) Izmenjava podatkov iz prvega in drugega odstavka tega člena se izvaja za namen iz šestega odstavka 15. člena tega zakona in za namen upravljanja zbirke eNapotnica in eNaročilo.

(4) Izvajalec zdravstvene dejavnosti v svojem informacijskem sistemu zagotavlja ažurne in resnične podatke o prostih terminih oziroma okvirnih terminih in številu uvrščenih na čakalni seznam ter druge podatke, ki jih posreduje v zbirko eNapotnica in eNaročilo.

(5) Izvajalec zdravstvene dejavnosti podatke iz prvega in četrtega odstavka tega člena zagotavlja v skladu s tehničnimi navodili NIJZ, pri čemer zagotavlja samodejno povezovanje in izmenjavo podatkov prek svojega informacijskega sistema.«.

9. člen

17. člen se spremeni tako, da se glasi:

»17. člen (dostop do podatkov)

NIJZ za namen zagotavljanja obveščenosti pacientov na spletnih straneh zagotovi neprekinjen in prost dostop do:

- seznama vseh izvajalcev zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe za območje Republike Slovenije po posameznih zdravstvenih storitvah,
- podatkov izvajalcev iz prejšnje alineje o terminih oziroma okvirnih terminih po posameznih zdravstvenih storitvah,
- seznama zdravstvenih storitev.«.

10. člen

18. člen se spremeni tako, da se glasi:

**»18. člen
(strokovno mnenje oziroma izvid po specialistični obravnavi)**

(1) Kadar je bil pacient napoten na specialistično zdravstveno storitev zaradi morebitne nadaljnje zdravstvene obravnave, pisno strokovno mnenje oziroma izvid (v nadaljnjem besedilu: izvid) po tej storitvi poleg diagnostičnih podatkov vsebuje tudi predlog o nadaljnji zdravstveni obravnavi.

(2) Pacient prejme izvid takoj oziroma najpozneje v sedmih dneh po opravljeni zdravstveni storitvi, razen če je strokovno utemeljeno, da je rok za izdajo izvida daljši oziroma krajši. V nujnih primerih, tudi v primerih suma na maligno obolenje oziroma tekom zdravljenja malignega obolenja, se izvid pacientu izda takoj.«.

11. člen

Za 31. členom se doda nov pododdelek 7. oddelka II. poglavja **»7.4 Posebni varovalni ukrep«** in nov 31.a člen, ki se glasi:

**»31.a člen
(posebni varovalni ukrep)**

(1) Za zagotavljanje kakovostne in varne zdravstvene obravnave se lahko izvaja ukrep telesnega oviranja s pasovi (v nadaljnjem besedilu: posebni varovalni ukrep).

(2) Posebni varovalni ukrep je nujen ukrep, ki se uporabi zaradi omogočanja zdravljenja pacienta, zaradi odprave ali obvladovanja nevarnega vedenja pacienta:

- kadar je ogroženo njegovo življenje ali življenje drugih, huje ogroženo njegovo zdravje ali zdravje drugih ali s svojim ravnanjem povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim in
- ogrožanja ni mogoče preprečiti z drugim, blažjim ukrepom.

(3) Posebni varovalni ukrep uvede lečeči zdravnik, ki v zdravstveno dokumentacijo pacienta vpiše podatke o razlogu, namenu, trajanju in spremljanju izvajanja ukrepa. Pacienta, zoper katerega je uveden posebni varovalni ukrep, se nadzoruje, spremlja njegove vitalne funkcije in obravnava ves čas trajanja ukrepa v skladu s sodobno medicinsko doktrino.

(4) Posebni varovalni ukrep lahko traja le toliko časa, kolikor je nujno potrebno glede na razlog njegove uvedbe, vendar ne več kot štiri ure.

(5) Trajanje posebnega varovalnega ukrepa lahko v časovnem intervalu iz prejšnjega odstavka lečeči zdravnik podaljša po seznanitvi z zdravstvenim stanjem pacienta, vendar le, če za to še vedno obstajajo razlogi iz drugega odstavka tega člena, kar se vpiše v zdravstveno dokumentacijo pacienta. Ne glede na prejšnji stavek zdravnik pacienta osebno pregleda po 12 urah od uvedbe ukrepa.

(6) Izjemoma lahko posebni varovalni ukrep uvede drug zdravstveni delavec, vendar o tem nemudoma obvesti lečečega zdravnika. Če lečeči zdravnik ukrepa ne uvede, se izvajanje ukrepa takoj opusti in se o tem napravi pisni zaznamek v pacientovo zdravstveno dokumentacijo.

(7) Lečeči zdravnik o uvedbi in izvedbi posebnega varovalnega ukrepa v 12 urah pisno obvesti pacientovega ožjega družinskega člana oziroma bližnjo osebo, če pacient nima ožjih družinskih članov, in zastopnika pacientovih pravic, razen če pacient, ki ima po uvedenem ukrepu sposobnost odločanja o sebi, temu obvestilu izrecno nasprotuje. Zastopnika pacientovih pravic se obvesti le, kadar si ga je pacient izbral, kadar pacient nima ožjega družinskega člana oziroma ne določi bližnje osebe ali kadar se ožji družinski član ali bližnja oseba obvestilom iz tega odstavka pisno odpove.

(8) Izvajalci zdravstvene dejavnosti za namen spremljanja uporabe posebnega varovalnega ukrepa vodijo evidenco, ki vsebuje naslednje podatke:

- naziv izvajalca zdravstvene dejavnosti,
- osebno ime in EMŠO pacienta, pri katerem je bil uporabljen posebni varovalni ukrep,
- razlog uvedbe posebnega varovalnega ukrepa,
- čas trajanja posebnega varovalnega ukrepa (datum in ura uvedbe in prenehanja izvajanja)

- ukrepa),
- osebno ime in šifra zdravstvenega delavca, ki je uvedel posebni varovalni ukrep,
 - osebno ime ožjega družinskega člana oziroma bližnje osebe in njeno razmerje do pacienta ter osebno ime zastopnika pacientovih pravic, ki je bil obveščen o uvedbi posebnega varovalnega ukrepa.

(9) Izvajalec zdravstvene dejavnosti predloži ministru, pristojnemu za zdravje, in ministru, pristojnemu za socialo, v anonimizirani obliki letno poročilo o uporabi posebnega varovalnega ukrepa do 15. marca tekočega leta za preteklo koledarsko leto.«.

12. člen

Šesti odstavek 34. člena se spremeni tako, da se glasi:

»(6) Pisno izjavo iz prvega odstavka tega člena lahko pacient kadar koli s pisno izjavo spremeni ali prekliče.«.

13. člen

40. člen se spremeni tako, da se glasi:

»40. člen (pravica do drugega mnenja)

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

(2) Drugo mnenje poda zdravnik, ki ima po pridobitvi licence najmanj pet let delovnih izkušenj s področja, za katero se zahteva drugo mnenje.

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

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

(5) Zdravstveno dokumentacijo, ki je podlaga za drugo mnenje, lahko zdravniku, ki bo podal drugo mnenje, posreduje na zahtevo pacienta lečeči zdravnik ali pacient sam.

(6) Uveljavljanje pravice do drugega mnenja v mreži javne zdravstvene službe določa zakon, ki ureja zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje.«.

14. člen

V 48. členu se za petim odstavkom doda nov šesti odstavek, ki se glasi:

"(6) Kadar pacient med zdravstveno obravnavo utрпи hujše telesne poškodbe, invalidnost ali smrt in je zaradi tega začel sodni postopek, sodišče zadevo obravnava prednostno. V primeru predkazenskega postopka organi postopajo posebej hitro.«.

15. člen

85. člen se spremeni tako, da se glasi:

»85. člen (nadzorni in prekrškovni organi)

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

inšpektorat, pristojen za kulturo in medije.

(2) Ministrstvo, pristojno za zdravje, nad določbami tega zakona opravlja upravni nadzor.

(3) Nadzor nad določbami tretjega, četrtega, petega, šestega in sedmega odstavka 11.a člena, četrtega odstavka 14. člena, prvega in osmega odstavka 14.b člena, prvega, drugega, tretjega, šestega, sedmega, osmega in devetega odstavka 15. člena, drugega in tretjega odstavka 15.a člena, prvega, tretjega in četrtega odstavka 15.b člena, 15.c, 15.č in 18. člena, prvega odstavka 20. člena, 23. člena, drugega in tretjega odstavka 24. člena, 25. člena, drugega, petega, šestega in sedmega odstavka 26. člena, 27. člena, četrtega odstavka 30. člena, četrtega odstavka 34. člena, petega in sedmega odstavka 35. člena, četrtega, petega in šestega odstavka 49. člena, drugega odstavka 56. člena, 57. in 58. člena, četrtega odstavka 60. člena, prvega in petega odstavka 61. člena, drugega, petega in šestega odstavka 62. člena, prvega odstavka 63. člena in šestega odstavka 69. člena tega zakona opravlja inšpektorat, pristojen za zdravje.

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

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

(6) Nadzor nad izvajanjem petega odstavka 8. člena, 10., 14., 14.a, 14.b, 15., 15.a, 15.b, 15.c, 15.č in 25. člena tega zakona v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe izvaja nosilec obveznega zdravstvenega zavarovanja. Nadzor nosilca obveznega zdravstvenega zavarovanja je omejen na nadzor za vse zdravstvene storitve, ki so predmet pogodbe med izvajalcem zdravstvene dejavnosti in nosilcem obveznega zdravstvenega zavarovanja.

(7) Organi iz tretjega, četrtega in petega odstavka tega člena so tudi prekrškovni organi po tem zakonu.«.

16. člen

87. člen se spremeni tako, da se glasi:

»87. člen (druge kršitve)

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

- ne zagotovi ustrezne uvrstitve pacienta na čakalni seznam in obravnave v skladu s četrtrim odstavkom 14. člena tega zakona,
- pacienta ne uvrsti na čakalni seznam v skladu s prvim odstavkom 14.b člena tega zakona,
- ne ravna v skladu z osmim odstavkom 14.b člena tega zakona,
- ne vodi naročilne knjige v skladu z drugim odstavkom 15. člena tega zakona,
- ne vodi čakalnega seznama v skladu s prvim in tretjim odstavkom 15. člena tega zakona,
- ne hrani podatkov najmanj pet let od izvedbe zdravstvene storitve oziroma črtanja s čakalnega seznama ali spremeni podatke na čakalnem seznamu v nasprotju s sedmim odstavkom 15. člena tega zakona,
- pacientu ne omogoči seznanitve s čakalnim seznamom v skladu z osmim odstavkom 15. člena tega zakona,
- pacientu ne omogoči seznanitve z naročilno knjigo v skladu z devetim odstavkom 15. člena tega zakona,
- v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe v nasprotju z desetim odstavkom 15. člena tega zakona opravi zdravstveno ali zobozdravstveno storitev pacientu, ki ni uvrščen na čakalni seznam in pri njem ne gre za nujno medicinsko pomoč, nujno zobozdravstveno pomoč ali nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene in zobozdravstvene storitve,
- ne zagotovi naročanja v skladu z drugim odstavkom 15.a člena tega zakona,
- ne določi pooblaščenih oseb v skladu s prvim odstavkom 15.b člena tega zakona,
- pacienta črta s čakalnega seznama v nasprotju s 15.c členom tega zakona,
- ne zagotavlja obveznih objav v skladu s 15.č členom tega zakona,
- izvajalec ne sporoča podatkov v skladu s četrtrim odstavkom 16. člena tega zakona,
- pacient ne prejme izvida v skladu z drugim odstavkom 18. člena tega zakona,

- ne zagotovi sporazumevanja v skladu z 19. členom tega zakona,
- na vidnem mestu ne objavi podatkov iz drugega odstavka 23. člena tega zakona,
- zdravstveni delavec, ki ima neposreden stik s pacientom, na vidnem mestu ne objavi navedb iz tretjega odstavka 23. člena tega zakona,
- nima na voljo pisnih informacij iz drugega odstavka 24. člena tega zakona,
- ob odpustu pacient ne dobi pisnega poročila v skladu s tretjim odstavkom 24. člena tega zakona,
- ne ravna v skladu s 25. členom tega zakona,
- se privolitvev ne dokumentira na privolitvenem obrazcu v skladu s 27. členom tega zakona,
- se zavrnitev ne dokumentira na obrazcu v skladu s četrtrim odstavkom 30. člena tega zakona,
- če ne izvaja posebnega varovalnega ukrepa v skladu s tretjim in šestim odstavkom 31.a člena tega zakona, če posebni varovalni ukrep izvaja dlje časa, kot je to določeno v četrtem in petem odstavku 31.a člena tega zakona oziroma ne ravna v skladu s sedmim odstavkom 31.a člena tega zakona,
- se privolitvev v medicinski poseg oziroma zdravstveno obravnavo ne opravi v skladu s petim ali sedmim odstavkom 35. člena tega zakona,
- ob ugotovljenem ali sporočenem primeru nedovoljene obdelave osebnih podatkov ne ukrepa v skladu s 46. členom tega zakona,
- ne odgovori zastopniku v skladu s četrtrim odstavkom 49. člena tega zakona,
- zastopniku ne pošlje zahtevanih pojasnil in informacij iz petega odstavka 49. člena tega zakona,
- ne omogoči zastopniku dostopa do podatkov v skladu s šestim odstavkom 49. člena tega zakona,
- pacienta ne seznanja s pravico in postopkom vložitve zahteve za prvo obravnavo kršitve pacientovih pravic, kot to določa drugi odstavek 56. člena tega zakona,
- ne določi pristojne osebe v skladu s 57. členom tega zakona,
- ne objavi podatkov v skladu z 58. členom tega zakona,
- pisne zahteve ne obravnava v skladu s četrtrim odstavkom 60. člena tega zakona,
- po prejemu prve zahteve ne ravna v skladu s prvim odstavkom 61. člena tega zakona,
- pacienta v vabilu na ustno obravnavo ne opozori na pravne posledice neopravičenega izostanka z obravnave, kot to določa peti odstavek 61. člena tega zakona,
- o poteku ustne obravnave ne sestavi zapisnika v skladu z drugim, petim in šestim odstavkom 62. člena tega zakona,
- pristojna oseba najbližjemu zastopniku ne posreduje anonimiziranih zapisnikov v skladu s prvim odstavkom 63. člena tega zakona oziroma če gradiva, ki je nastalo v zvezi z zahtevo, ne hrani v skladu z drugim odstavkom 63. člena tega zakona,
- ne omogoči dostopa do dokumentarnega gradiva v skladu z 68. členom tega zakona,
- se ne udeleži pripravljalnega naroka v skladu s šestim odstavkom 69. člena tega zakona,
- če ne izvede internega strokovnega nadzora v skladu s 77. členom tega zakona ali ukrepov, ki mu jih je naložil senat v skladu z 78. členom tega zakona.

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

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

17. člen

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

»87.a člen (višina globe v hitrem postopku)

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

18. člen

V prvem odstavku 89. člena se za besedo »šestega« postavi vejica in doda beseda »sedmega«.

V petem odstavku se za četrto alinejo pika nadomesti z vejico in se doda nova peta alineja, ki se glasi:

»– nastopi funkcijo ali delo iz sedmega odstavka 50. člena tega zakona.«.

PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE

19. člen (izdaja predpisa)

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

20. člen (določitev pooblaščenih oseb)

Izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe v 30 dneh od uveljavitve tega zakona:

- določi pooblaščenega osebo za čakalni seznam iz prvega odstavka novega 15.b člena zakona,
- NIJZ pošlje podatke o pooblaščenih osebah za čakalni seznam v skladu s prvim odstavkom spremenjenega 16. člena zakona.

21. člen (objava podatkov izvajalcev)

NIJZ do 31. decembra 2017 spremlja in objavlja podatke o čakalnih dobah v skladu s spremenjenim 17. členom zakona in 17. členom Zakona o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 15/08).

22. člen (določitev stopnje nujnosti in uvrščanje na čakalni seznam)

Za paciente, ki jim je bila na dan uveljavitve tega zakona stopnja nujnosti določena oziroma so bili že uvrščeni na čakalni seznam, se stopnja nujnosti ne določa ponovno oziroma se ohrani prvotno določeni termin, glede dolžine najdaljše dopustne čakalne dobe pa se uporablja Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov (Uradni list RS, št. 63/10). Ne glede na prejšnji stavek se za upravljanje čakalnega seznama glede pacientov iz tega člena uporabi zakon.

23. člen (uskladitev predpisa, ki določa napotne listine)

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije uskladi predpis, s katerim določa napotne listine v treh mesecih od uveljavitve tega zakona. Do uskladitve navedenega predpisa se stopnja nujnosti na napotni listini izpiše z besedo ter označi s podpisom in žigom zdravnika, ki na zdravstveno storitev napotuje.

24. člen (predložitev napotne listine)

(1) Pacient do ureditve v zakonu, ki ureja zdravstveno zavarovanje, izvajalcu zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne službe predloži napotno listino:

- s stopnjo nujnosti nujno: najpozneje naslednji dan,
- s stopnjo nujnosti zelo hitro: v petih dneh,

– s stopnjo nujnosti hitro ali redno: v 14 dneh po njeni izdaji.

(2) Kadar pacient, ki je uvrščen na čakalni seznam, izbere drugega izvajalca zdravstvene dejavnosti oziroma zdravstvenega delavca, je rok za predložitev napotne listine iz druge in tretje alineje prejšnjega odstavka tri dni od dneva, ko pooblaščen oseba za čakalni seznam, na katerega je bil pacient uvrščen, prejme napotno listino.

(3) Pacienta z napotno listino, predloženo po izteku rokov iz prvega in drugega odstavka tega člena, se ne uvrsti na čakalni seznam oziroma se mu ne opravi zdravstvena storitev, o čemer ga pooblaščen oseba za čakalni seznam obvesti v treh dneh od prejema napotne listine.

25. člen

(mandat zastopnikov pacientovih pravic)

Zastopniki pacientovih pravic, imenovani do uveljavitve tega zakona, ki ob imenovanju niso izpolnjevali pogoja iz sedmega odstavka 50. člena zakona, v treh mesecih od uveljavitve tega zakona prenehajo opravljati funkcijo ali delo, ki je z nalogami zastopnika pacientovih pravic nezdržljivo, sicer jim po izteku tega obdobja mandat zastopnika pacientovih pravic preneha na podlagi nove pete alineje petega odstavka 89. člena zakona.

26. člen

(prenehanje veljavnosti)

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

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

27. člen

(začetek veljavnosti in uporabe)

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

III. OBRAZLOŽITEV

K 1. členu (sprememba terminologije):

Zakon razlikuje med izvajalcem zdravstvene dejavnosti, ki je pravna ali fizična oseba, ki v Republiki Sloveniji opravlja zdravstveno dejavnost v skladu z zakonom, ki ureja zdravstveno dejavnost (in je pridobila dovoljenje za opravljanje zdravstvene dejavnosti), in zdravstvenim delavcem oziroma zdravstvenim sodelavcem kot neposrednim izvajalcem zdravstvenih storitev (tj. zdravnikom in drugim zdravstvenim delavcem). Dosedanji pomen izraza izvajalec zdravstvenih storitev ni bil ustrezen, saj je poleg fizičnih oseb (na primer zdravstvenih delavcev) vključeval tudi pravne osebe.

V celotnem zakonu se izraz zdravstvena oskrba nadomešča s primernejšim izrazom zdravstvena obravnava, ki je širši in je nadpomenka zdravstveni oskrbi.

Spreminja se tudi terminologija, ki se nanaša na informacijski sistem kartice zdravstvenega zavarovanja, in sicer tako da se usklajuje z Zakonom o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva.

K 2. členu (prenos direktive):

Z Zakonom o pacientovih pravicah se v slovenski pravni red prenaša tudi Direktiva 2011/24/EU o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu, ki med drugim določa tudi pravila glede:

- pritožbenih postopkov in mehanizmov za paciente, da uveljavljajo pravna sredstva, kadar utrpijo škodo, nastalo pri zdravstvenem varstvu,
- zasebnosti pri obdelavi osebnih podatkov in
- seznanitve z zdravstveno dokumentacijo za namen zagotavljanja neprekinjenosti oskrbe.

K 3. členu (pomen izrazov):

S tem členom se spreminjajo pomeni nekaterih izrazov in pojmov v zakonu ter se dodajajo nekateri novi.

Spreminjajo oziroma dodajajo se predvsem izrazi oziroma pojmi, ki so povezani s spremembo pravice do spoštovanja pacientovega časa in spremembo pravice do drugega mnenja, to so čakalna doba, čakalni čas, čakalni seznam, drugo mnenje, naročanje, kontrolni pregled, najdaljša dopustna čakalna doba, napotna listina, naročilna knjiga, okvirni termin, ordinacijski čas, prvi pregled, termin in triaža napotne listine.

Poleg navedenih se zaradi uskladitve z zakonodajo (predvsem zakonodajo s področja zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, zdravstvene dejavnosti in zbirke podatkov s področja zdravstvenega varstva) in lažjega razumevanja spreminjajo tudi nekateri drugi pojmi, in sicer izvajalec zdravstvene dejavnosti, lečeči zdravnik, nujna medicinska pomoč, nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene storitve ter nujna zobozdravstvena pomoč.

Nujna medicinska pomoč glede na določilo 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 in 10/17 – ZČmIS; v nadaljnjem besedilu: Pravila OZZ) iz prvega odstavka 103. člena vključuje storitve oživljanja, storitve, potrebne za ohranjanje življenjskih funkcij, za preprečitev hudega poslabšanja zdravstvenega stanja nenadno obolelih, poškodovanih in kronično bolnih. Storitve se zagotavljajo do stabilizacije življenjskih funkcij oziroma do začetka zdravljenja na ustreznem mestu. Nujni reševalni prevozi so vključeni v storitve nujne medicinske pomoči. Nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene storitve pa skladno z drugim odstavkom 103. člena Pravil OZZ vključujejo:

- takojšnje zdravljenje po nujni medicinski pomoči, če je to potrebno,
- oskrbo ran, preprečitev nenadnih in usodnih poslabšanj kroničnih bolezni oziroma zdravstvenega stanja, ki bi lahko povzročilo trajne okvare posameznih organov ali njihovih funkcij,
- zdravljenje zvinov in zlomov ter poškodb, ki zahtevajo specialistično obravnavo,
- zdravljenje zastрупitev,

- storitve za preprečevanje širjenja infekcij, ki bi pri zavarovani osebi utegnile povzročiti septično stanje,
- zdravljenje bolezni, za katere je z zakonom predpisano obvezno zdravljenje, ali storitve, ki so z zakonom opredeljene kot obvezne in za katere ni plačnik država, delodajalec ali zavarovana oseba,
- zdravila, predpisana na recept s pozitivne liste, potrebna za zdravljenje stanj iz predhodnih alinej,
- pripomočke, potrebne za obravnavo stanj iz predhodnih alinej, in sicer v obsegu, standardih in normativih, kot jih določajo pravila.

V zvezi s pojmom čakalne dobe in pojmom termin je prevladalo mnenje, da je treba upoštevati vidik pacienta, ki ga ob poizvedovanju, kdaj bo storitev pri nekem izvajalcu lahko prejel, zanima predvsem prvi prosti termin pri posameznem izvajalcu zdravstvene dejavnosti oziroma zdravstvenem delavcu in ne na primer pričakovana čakalna doba ali realizirana, ki je sicer edina oprijemljiva. Realizirano čakalno dobo potrebujemo za namen spremljanja stanja oziroma statistike in pomeni pogled nazaj. Pri ugotavljanju, kaj je čakalna doba, je treba izhajati iz zornega kota pacienta; čeprav neka ambulanta npr. deluje le enkrat na teden in je pacient na vrsti že prvič, ko ta ambulanta deluje, je pacient na to zdravstveno storitev čakal en teden (čakalna doba je bila en teden).

Pri čakalnem seznamu se izrecno zahteva elektronsko vodenje, pri čemer Excelova tabela ne zadošča, saj ne omogoča sledljivosti podatkov in njena uporaba ne zadošča zahtevam zakona, ki ureja varstvo osebnih podatkov.

Pojma prvi in kontrolni pregled se prevzemata iz Pravilnika o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov (Uradni list RS, št. 63/10), pri čemer način označevanja (K oziroma P) ne spada v pojmovnik. Zakon na novo posebej določa, da se kot prvi pregled šteje tudi samostojno opravljena diagnostika.

V zvezi z novo definicijo napotne listine pojasnjujemo, da ta vključuje tudi delovne naloge (na primer za fizioterapevtske storitve), tako da se čakalni sezname in naročilne knjige vodijo tudi za zdravstvene storitve, ki se izvajajo na podlagi delovnih nalogov. Navedeno je nujno, saj so na področju na primer fizioterapije čakalne dobe zelo dolge. Napotnica je skladno s predpisi s področja zdravstvenega zavarovanja listina Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, s katero osebni zdravnik prenaša pooblastila na napotnega zdravnika oziroma s katero napotni zdravnik po pooblastilu osebnega zdravnika prenaša pooblastila na drugega napotnega zdravnika, delovni nalog pa listina, s katero pooblaščen zdravnik naroča laboratorijske, rentgenske, ultrazvočne, zobotehnične, citološke in druge preiskave, nego na domu, fizioterapevtske storitve in storitve s področja psihologije, logopedije, defektologije in druge storitve, ki niso vezane na zdravniške preglede.

Naročilna knjiga je evidenca zaporedno naročenih pacientov, ki mora biti v elektronski obliki. Navedeno je pomembno, saj se predvideva, da bo nekoč mogoče tudi elektronsko naročanje na primarni ravni zdravstvene dejavnosti (ne le prek e-pošte), pri čemer bo integracija mogoča le, če bo naročilna knjiga elektronska.

Zakon posebej opredeljuje tudi ordinacijski čas kot čas, ki je namenjen izključno zdravstveni oskrbi pacienta. To torej ni čas, ko zdravnik na primer opravlja vizito na oddelkih, piše odpustnice ali izvide ali se pripravlja na delo. Zaradi morebitnih dvomov pri opredeljevanju lečečega zdravnika pa predlagana ureditev na novo definira tudi lečečega zdravnika, med katerega štejemo tudi na primer vsakokratnega dežurnega zdravnika.

Zaradi uskladitve z Zakonom o partnerski zvezi (Uradni list RS, št. 33/16) se spreminja tudi pojem ožjega družinskega člana. Sklenjena partnerska zveza, enako tudi nesklenjena partnerska zveza, ima namreč med osebama istega spola na vseh pravnih področjih enake posledice, kot jih ima zakonska zveza ali zunajzakonska zveza med žensko in moškim. Glede na navedeno v zakonskem besedilu ni potrebno posebno poimenovanje partnerjev istospolnih zvez, ker Zakon o partnerski zvezi pravne posledice tovrstne zveze širi na vsa pravna področja, ki urejajo pravice, obveznosti in pravne koristi zakoncev ali zunajzakonskih partnerjev iz naslova njune zveze. Prav tako se črtata besedi posvojene in posvojitelj, kajti s posvojitvijo postanejo razmerja med otrokom in posvojiteljem enaka kot med starši in otroki, zato se tudi sicer v zakonskem besedilu v ta namen uporablja enak pojem kot za rodne otroke.

K 4. členu (spoštovanje pacientovega časa):

Spremenjeni 14. člen na splošno ureja pravico do spoštovanja pacientovega časa ter določa obveznosti izvajalcev po zagotavljanju ustreznih oblik in načinov naročanja na zdravstvene storitve.

Predlagana ureditev od izvajalcev zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe zahteva, da zagotovijo:

- najkrajši možni čakalni čas (tj. čas čakanja pacienta pred ordinacijo; tj. pacienta, ki je že naročen na termin in je vpisan na čakalni seznam ali v naročilno knjigo),
- čakalno dobo v okviru razumnega časa (pri čemer se upoštevata najdaljša dopustna čakalna doba in definicija razumnega časa),
- takšno organizacijo dela, da se pacientu zagotovi čim hitrejša zdravstvena obravnava (kar izhaja iz poudarjenosti zakona, da se pacient obravnava celostno in se ga postavi v središče obravnave).

Od izvajalca zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe se zahteva, da kadar pacient potrebuje nujno medicinsko pomoč ali nujno zobozdravstveno pomoč ali nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene storitve, to opravi takoj (oziroma v 24 urah).

Najdaljša dopustna čakalna doba v Republiki Sloveniji je glede na veljavno in tudi predlagano ureditev spoštovana, kadar je čakalna doba za določeno zdravstveno storitev pri najmanj enem izvajalcu zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe v okviru najdaljših dopustnih čakalnih dob.

Na najdaljšo dopustno čakalno dobo se sklicuje 44.b člen Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (v nadaljnjem besedilu ZZVZZ). Pacient ima po ZZVZZ sicer pravico do zdravljenja v tujini v naslednjih primerih:

- zaradi izčrpanim možnosti zdravljenja v Republiki Sloveniji (44.a člen);
- če ji je bila v Republiki Sloveniji pri vpisu v čakalni seznam določena čakalna doba, ki presega najdaljšo dopustno čakalno dobo, pa v Republiki Sloveniji ni drugega izvajalca, ki ne presega najdaljše dopustne čakalne dobe, oziroma če ta ni presežena, če ji je bila določena čakalna doba, ki presega razumen čas (44.b člen - povzeto po Uredbi (ES) št. 883/2004) in
- v skladu z določbami Direktive 2011/26/EU, ko lahko zdravstvene storitev uveljavlja v drugi državi članici EU na podlagi predhodno izdane napotnice, recepta ali naročilnice zdravnika, predhodno izdane odločbe ZZVS o zdraviliškem zdravljenju ali upravičenosti do medicinskega pripomočka (zahtevnejšega ali pred iztekom trajnostne dobe) ali predhodno izdane odločbe ZZVS o predhodni odobritvi (44.c člen).

Povezava z najdaljšo dopustno čakalno dobo in pravico do zdravljenja v tujini tako izhaja iz določil Uredbe (ES) št. 883/2004 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 29. aprila 2004 o koordinaciji sistemov socialne varnosti (UL L št. 166 z dne 30. 4. 2004, str. 1), zadnjič spremenjene z Uredbo Sveta (EU) št. 517/2013 z dne 13. maja 2013 o prilagoditvi nekaterih uredb ter odločb in sklepov na področjih prostega pretoka blaga, prostega gibanja oseb, prava družb, politike konkurence, kmetijstva, varnosti hrane, veterinarske in fitosanitarne politike, prometne politike, energetike, obdavčitve, statistike, vseevropskih omrežij, pravosodja in temeljnih pravic, pravice, svobode in varnosti, okolja, carinske unije, zunanjih odnosov, zunanje, varnostne in obrambne politike ter institucij zaradi pristopa Republike Hrvaške (UL L št. 158 z dne 10. 6. 2013, str. 1), in Uredbe (ES) št. 987/2009 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 16. septembra 2009 o določitvi podrobnih pravil za izvajanje Uredbe (ES) št. 883/2004 o koordinaciji sistemov socialne varnosti (UL L št. 284 z dne 30. 10. 2009, str. 1), zadnjič spremenjene z Uredbo Komisije (EU) št. 1224/2012 z dne 18. decembra 2012 o spremembi Uredbe (ES) št. 883/2004 Evropskega parlamenta in Sveta o koordinaciji sistemov socialne varnosti in Uredbe (ES) št. 987/2009 Evropskega parlamenta in Sveta o določitvi podrobnih pravil za izvajanje Uredbe (ES) št. 883/2004 (UL L št. 349 z dne 19. 12. 2012, str. 45), ki so prenesena tudi v ZZVZZ in Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja. Uredba sicer v drugem odstavku 20. člena določa, da se odobri zdravljenje, ki spada med storitve, določene v zakonodaji države članice, v kateri oseba stalno prebiva, in ji ga ob upoštevanju njenega trenutnega zdravstvenega stanja in verjetnega razvoja bolezni ni možno nuditi v časovnem obdobju, ki je medicinsko utemeljeno. Glede na že veljavni ZPacP in pravilnik o čakalnih dobah je torej ZZVZZ Uredbo vezal tudi na najdaljšo dopustno čakalno dobo, vendar je nujno poudariti, da se pri odločanju o pravici do zdravljenja v tujini na podlagi 44.b člena vedno odloča tudi individualno, ali torej čakalna doba, določena posameznemu pacientu, ustreza njegovemu zdravstvenemu stanju.

K 5. členu (čakalni čas, stopnja nujnosti in uvrščanje na čakalni seznam):

S predlaganimi členi 5, 6 in 7 se dodajata nova 14.a in 14.b člen, spreminja 15. člen in dodajajo novi 15.a, 15.b, 15.c in 15.č člen zakona, ki pomenijo novo in celovito urejanje pravice do spoštovanja pacientovega časa. Posebej se urejajo čakalni čas, čakalni seznam, upravljanje s čakalnim seznamom, čakalne dobe ter sporočanje in objava podatkov o čakalnih dobah.

S 5. členom zakona se dodata nov 14.a člen, ki ureja čakalni čas, in nov 14.b člen, ki določa čakalno dobo in uvrščanje na čakalni seznam.

Čakalni čas, kot ga predvideva novi 14.a člen, se po novem ne bo več razlikoval glede na raven zdravstvene dejavnosti, na kateri pacient čaka na zdravstveno storitev. Dosedanja Uredba o poslovanju z uporabniki v javnem zdravstvu je v 5. členu določala, da mora biti čakalni čas na primarni ravni največ 20 minut, na sekundarni in terciarni ravni pa največ 60 minut. Treba je poudariti, da je čakalni čas tisti čas, ki ga pacient preživi v čakalnici pred ambulanto, ko čaka na izvedbo zdravstvene storitve (torej takrat, ko ima termin že določen – bodisi ker je vpisan na čakalni seznam ali pa v naročilno knjigo). Izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe mora zagotoviti sistematično naročanje na določeno uro in minuto (tj. na termine) znotraj ordinacijskega časa. Delo mora biti organizirano tako, da je čakalni čas čim krajši oziroma ne presega 30 minut na vseh treh ravneh zdravstvene dejavnosti. Za primarno raven, kjer je število ambulantnih pregledov bolj negotovo, se je čakalni čas podaljšal, medtem ko se je na preostalih dveh ravneh skrajšal, saj so tam skoraj vsi obravnavani pacienti določeni na termin (uvrščeni na čakalni seznam).

Predlagana časovna omejitev se začne od določenega termina in ne od prihoda pacienta v ordinacijo, saj je cilj določbe tudi v tem, da pacienti upoštevajo določene oziroma dogovorjene termine in v čakalnico ne prihajajo predčasno ter s tem po nepotrebnem vplivajo na prezasedenost čakalnic, pri čemer ni zanemarljiv niti javnozdravstveni vidik prepolnih čakalnic. Po drugi strani se zahteva po čim krajšem čakalnem času nanaša tudi na izvajalca, ki mora poskrbeti za to, da so termini ustrezno določeni in da na isti termin ne naroči več pacientov.

Časovna omejitev glede čakalnega časa ne velja, če zdravstveni delavec ali zdravstveni sodelavec v tem času ravno izvaja nujno medicinsko pomoč ali če končuje zdravstveno storitev predhodno obravnavanega pacienta, ki jo je treba izvesti brez odlašanja ali prekinitve, vendar se o tem sproti obvešča naročene paciente, ki v čakalnici čakajo na zdravstveno storitev. V prav vsaki ambulanti (tako na primarni kot na sekundarni ravni) lahko pride nenapovedano do nujnega stanja pri katerem koli pacientu in v takem primeru mora zdravstveno osebje najprej poskrbeti za tega pacienta. Nujna medicinska pomoč se namreč ne izvaja samo v urgentnih centrih, temveč v vseh enotah zunaj bolnišnične zdravstvene dejavnosti iz Priloge 1 Pravilnika o službi nujne medicinske pomoči.

Določena časovna omejitev prav tako ne velja za paciente, ki na zdravstveno storitev niso bili naročeni in niso bili vpisani na čakalni seznam ali naročilno knjigo (razen seveda če gre za generalno izjemo nujne medicinske pomoči) ali za paciente, ki na termin zamudijo (zakonodajalec ima v teh primerih v mislih paciente, ki se na termin sicer odzovejo in pridejo v ambulanto v okviru ordinacijskega časa tistega dne, vendar svoj termin zamudijo). Določba izrecno predvideva, da se nenaročenega pacienta in tistega, ki termin zamudi, obravnava le v (morebitnem) prostem terminu, razen seveda, če potrebuje nujno medicinsko pomoč.

Novi 14.b člen ureja čakalno dobo in uvrščanje na čakalni seznam. Izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe pacienta uvrsti na čakalni seznam, kadar zdravstvene storitve ne more zagotoviti takoj (kar pomeni, da je čakalna doba za to zdravstveno storitev) in hkrati ne gre za nujno medicinsko pomoč ali nujno zobozdravstveno pomoč ali za nujno zdravljenje in neodložljive zobozdravstvene storitve. Pri uvrščanju pacienta na čakalni seznam izvajalec upošteva stopnjo nujnosti, ki je določena na napotni listini oziroma jo ugotovi ali naknadno spremeni izvajalec v okviru opsijske triaže napotne listine. Stopnja nujnosti mora biti na čakalnem seznamu izrecno navedena.

Predlog zakona predvideva štiri stopnje nujnosti, določa pa se jo za vsak primer posebej, in sicer skladno s pacientovo največjo zdravstveno koristjo, pri čemer se upošteva razumen čas. Določanje stopnje nujnosti še naprej ostaja v popolni pristojnosti in odgovornosti zdravnika. Navedeno jasno izhaja iz določbe tretjega odstavka 14.b člena. Stopnja nujnosti se torej opredeljuje glede na konkretnega pacienta in pri tem upošteva vse okoliščine na njegovi strani; zdravstveno stanje, morebitna bolniška odsotnost (tudi mnenje imenovanega zdravnika ali zdravstvene komisije ZZZS glede hitrejše zdravstvene obravnave), stopnja bolečin, nosečnost ipd.

Predlagana ureditev predvideva vsebino posamezne stopnje nujnosti in pri tem določa tudi maksimalne časovne okvire, ki jih posamezna stopnja nujnosti zahteva. Zdravstvena storitev, ki je označena s stopnjo nujnosti nujno, se izvede takoj, zato se takega pacienta praviloma ne uvršča na čakalni seznam. Predlog zakona v okviru stopnje nujnosti nujno poleg nujne medicinske pomoči dodaja še nujno zobozdravstveno pomoč ter nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene storitve. Dodaja se stopnja nujnosti zelo hitro, za katero je določena najdaljša stopnja nujnosti 14 dni, kar izhaja predvsem iz strokovnih zahtev po lažji opredelitvi stopnje nujnosti s strani zdravnika in ne toliko kot orodje za neposredno skrajševanje čakalnih dob. Najdaljša dopustna čakalna doba za primer stopnje nujnosti hitro in redno ostaja na dosedanjih treh oziroma šestih mesecih.

Morebitne izjeme glede najdaljše čakalne dobe za stopnjo nujnosti redno bodo konkretnije določene v pravilniku, ki ga bo izdal minister za zdravje, kar sicer predvideva peti odstavek 14.b člena. S pravilnikom bo torej minister lahko določil najdaljše dopustne čakalne dobe (v okviru stopnje nujnosti redno), ki bodo daljše od zakonskega okvira, kar pomeni, da bodo izvajalci zdravstvene dejavnosti in drugi deležniki morali upoštevati najdaljšo dopustno čakalno dobo iz pravilnika.

Veljavni predpisi s področja zdravstvenega zavarovanja že zdaj določajo, da lahko osebni zdravnik zaradi konzultacije, zahtevne diagnostike ali zdravljenja prenaša pooblastila na napotnega zdravnika z napotnico in da napotnico izda, ko je opravil vse utemeljene laboratorijske, rentgenske in druge diagnostične preiskave, ki so opredeljene za primarno raven. Osebni zdravnik napotnega zdravnika seznanjen z zdravstvenim stanjem pacienta, z izvidi že opravljenih pregledov in z vsemi zdravili, ki jih pacient prejema. Zato s tem zakonom ni treba spet določati obveznosti izdajatelja napotne listine tako glede morebiti prej opravljenih zdravstvenih storitev (kar velja kot predpostavka pred izdajo napotne listine) kot tudi glede popolnosti navedene listine (z vidika vsebine napotne listine).

Stopnjo nujnosti na podlagi lastne strokovne presoje določi zdravnik, ki pacienta napoti na določeno zdravstveno storitev, tako da upošteva veljavne medicinske smernice in konkretno zdravstveno stanje pacienta (ki je vsebovano v okviru presoje razumnega časa in preprečitve resne zdravstvene škode zanj).

Po prejemu napotne listine mora izvajalec zdravstvene dejavnosti zagotoviti triažo napotne listine (samo na podlagi listinske dokumentacije oziroma podatkov, ki izhajajo iz napotne listine), s katero zdravnik (na podlagi lastne strokovne presoje in upoštevajoč veljavne strokovne smernice) preveri, ali obstaja medicinska indikacija za to zdravstveno storitev in ali je bila stopnja nujnosti, ki je navedena na napotni listini, pravilno določena. Triaža napotne listine ni obvezna in se izvede po presoji zdravnika. Triaža napotne listine ni enaka triažnemu postopku, ki je povzet po članku »Emergency Triage« Manchester Triage group in pomeni postopek za zmanjševanje kliničnega tveganja za paciente, kadar zaradi veliko pacientov zdravstveno osebje ne zmore sproti obravnavati vseh pacientov. Triaža napotne listine je triaža samo na podlagi napotne listine (triažer pacienta v tem primeru ne vidi in ga ne pregleda), njen namen pa je ocena stopnje nujnosti z vidika izvajalca zdravstvene dejavnosti, kamor pacient napotujejo. To pomeni, da bo triažer na primer stopnjo nujnosti redno spremenil v hitro (ali obratno), seveda le, če na podlagi listinske dokumentacije to zmore presoditi.

Kadar se v okviru triaže napotne listine ugotovi, da stopnja nujnosti ni bila pravilno določena, obvelja stopnja nujnosti, ki je bila določena ob triaži. O tem mora pooblaščen oseba za čakalni seznam obvestiti izdajatelja napotne listine in pacienta. Če pa se ob triaži ugotovi, da zdravstvena storitev sploh ni potrebna (torej ni medicinske indikacije), se taka napotna listina v treh dneh vrne njenemu izdajatelju in o tem obvesti pacienta. Vrnitev napotne listine v praksi pomeni njeno stornacijo.

Predlagana določba izrecno še določa, da se za primer kontrolnih pregledov stopnja nujnosti ne določa (saj je ta upoštevana že ob mnenju in izvidu prejšnjega pregleda in napotitvi napotnega zdravnika na kontrolni pregled, ki je določen v nekem razumnem času), pri uvrščanju na čakalni seznam pa se upošteva samo medicinska indikacija, ki izhaja že iz izvida in mnenja predhodnega pregleda.

Zakonsko se ureja tudi dolžnost, da se pacienta na čakalni seznam vpiše v petih dneh po predložitvi napotne listine (v fizični obliki, kadar se kot taka izstavi, oziroma v elektronski obliki, kadar se jo posreduje prek sistema eNaročanja), saj se dosedanja možnost rezervacije termina ukinja. Ta je bila spoznana kot nepotrebna dodatna administrativna obremenitev za izvajalce zdravstvene dejavnosti, ki pacientu ni dajala nobene dodane vrednosti. Način uvrščanja na čakalni seznam se spremeni tako, da se morebitni predhodni telefonski klici in elektronska sporočila brez hkratne predložitve napotne listine (v primeru eNapotnice navedba njene številke) obravnavajo le kot informativna poizvedba, ki je pooblaščen oseba ne zapiše. Črtanje rezervacije je predvsem posledica tega, da bo ob popolni

uvedbi eNapotnice ta možnost skoraj v celoti ukinjena, saj bo izvajalec lahko že ob prvem stiku s pacientom prevzel eNapotnico in pacienta uvrstil na čakalni seznam. Pacient je torej uradno uvrščen na čakalni seznam in s tem pridobi termin oziroma okvirni termin šele po predložitvi napotnice. Predlagana ureditev vsebuje tudi izrecno določbo, da se pacienta o uvrstitvi na čakalni seznam obvesti v treh dneh od uvrstitve. Kako se pacienta obvesti, zakonodajalec ne določa, kar pomeni, da se ga lahko obvesti na katerikoli primeren način (osebno, po telefonu, elektronsko, po navadni pošti ali kako drugače). Izbiro načina oziroma oblike obvestila prepušča izvajalcu zdravstvene dejavnosti oziroma njegovi pooblaščenim osebam, z vidika zakonodajalca je primarnega pomena pravočasnost tega obvestila.

Vmesni čas, od predložitve napotne listine do uvrstitve na čakalni seznam, je namenjen morebitni triaži napotne listine. Izvajalec zdravstvene dejavnosti ima tako tri dni časa, da izvede triažo.

Obravnavana določba osmega odstavka tega člena zahteva, da izvajalec pacienta ob predložitvi napotne listine uvrsti na čakalni seznam, pri čemer ne predvideva prav nobene izjeme (na primer morebitno izpolnjen program storitev ali neodprti termini oziroma okvirni termini). V praksi bo to pomenilo, da bo izvajalec zdravstvene dejavnosti glede na potrebe pacientov odprl dodatne termine oziroma okvirne termine (na primer v naslednjem koledarskem letu). Pacient se bo nato sam odločil, ali bo na zdravstveno storitev čakal tako dolgo ali pa se bo (upoštevajoč zavezo izvajalca iz pravilnika, da pacienta obvesti glede morebitnega preseganja najdaljše dopustne čakalne dobe) naročil pri drugem izvajalcu s krajšo čakalno dobo. Izvajalec torej pacientov ne more odklanjati iz razloga, da so trenutno kapacitete zasedene oziroma zavračati njihovo uvrstitve na seznam iz razloga, da izvajalec trenutno ne naroča in naj se naročijo po določenem časovnem obdobju, kar je bilo pogosto pri izvajalcih, kjer so bile čakalne dobe daljše (na primer dermatologija, fizioterapija).

Upoštevanje splošna določila novega 14. člena in določbe tega člena je torej izvajalec pacienta na podlagi predložitve napotne listine dolžan uvrstiti na čakalni seznam takoj, kar pomeni, da t. i. zbiranje napotnih listin (kadar gre za napotne listine v fizični obliki) izven čakalnega seznama, kar se pogosto dogaja zdaj, ni dopustno.

K 6. členu (čakalni seznam):

Spremenjeni 15. člen določa obveznost vodenja čakalnega seznama in njegovo vsebino. Voditi ga je treba za vse zdravstvene storitve, kjer so čakalne dobe, in sicer se izrecno zahteva elektronsko vodenje.

Novela zakona ne uvaja novih zbirk, ampak le razširja obseg podatkov, ki se v obstoječih čakalnih seznamih že vodijo, pri čemer pa se ti podatki v veliki meri že avtomatsko vpišejo v sezname na podlagi tega, da je v Republiki Sloveniji že uvedena eNapotnica (na podlagi veljavnega Zakona o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva).

Predvideva se vodenje čakalnega seznama po skupinah zdravstvenih storitev v posameznih enotah, pri čemer enota pomeni posamezno ambulanto, medicinsko napravo (na primer UZ) ali na primer operacijsko dvorano. To pomeni, da je pri enem izvajalcu zdravstvene dejavnosti za eno skupino storitev v enoti en čakalni seznam. Navedeno izvajalcu ne preprečuje, da znotraj čakalnega seznama po storitvah določa termine po posameznih zdravstvenih delavcih (ki na primer delujejo v okviru iste enote), prav tako lahko pripravlja posamezne izpise čakalnega seznama gledano na posameznega zdravstvenega delavca.

Predlog zakona zaradi večje transparentnosti in odprave tveganj morebitnega preskakovanja iz javnega v zasebno (kadar izvajalec v javni službi izvaja tudi storitve zasebno) izrecno predvideva, da se čakalni seznam pacientov, ki želijo, da se storitev opravi zunaj mreže javne zdravstvene dejavnosti (tj. samoplačniško pri izvajalcu v javni mreži), vodi ločeno.

Čakalnega seznama ni treba voditi za zdravstvene storitve:

- izbranega osebnega zdravnika družinske medicine,
- izbranega osebnega pediatra,
- izbranega osebnega ginekologa in
- izvajalca zdravstvene dejavnosti, ki ni v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe (zasebnikom brez koncesije).

Prav tako se čakalni seznam ne vodi za preventivne zdravstvene storitve in takrat, kadar čakalnih dob pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti (oziroma zdravstvenemu delavcu ali zdravstvenemu sodelavcu) za posamezno zdravstveno storitev ni, ter za storitve nujne medicinske pomoči, nujne

zobozdravstvene pomoči, nujnega zdravljenja in neodložljivih zdravstvenih storitev, ki se opravijo takoj.

Predlog zakona torej ohranja izjemo glede vodenja čakalnih seznamov za izbranega osebnega zdravnika družinske medicine in izbranega osebnega pediatra, dodaja pa še izbranega osebnega ginekologa, saj tudi ta deluje na primarni ravni zdravstvene dejavnosti (na podoben princip kot prej omenjena zdravnika) in je opredeljen kot izbrani osebni zdravnik. Splošni osebni zdravnik je izbrani osebni zdravnik zavarovane osebe od 19. leta, osebni ginekolog je izbrani osebni zdravnik ženske za zagotavljanje dispanzerske dejavnosti s področja ginekologije, osebni otroški zdravnik je izbrani osebni zdravnik zavarovane osebe do dopolnjenega 19. leta v otroškem ali šolskem dispanzerju, osebni zobozdravnik pa je izbrani osebni zobozdravnik, ki si ga zavarovana oseba izbere v skladu z omenjenimi pravili. Osebni zdravnik zavarovane osebe je glede na veljavna pravila s področja zdravstvenega zavarovanja zdravnik, ki je zavarovani osebi najlažje dosegljiv, praviloma v kraju njenega stalnega ali začasnega prebivališča. Ker se za dostop do izbranega osebnega zdravnika ne zahteva napotna listina, kar pomeni, da je dostop za paciente prost, prav tako je zagotovljen hiter dostop zavarovancem, vodenje čakalnega seznama za omenjene izvajalce ne bi bilo smiselno in ni potrebno. Iz razloga, da se zagotavljata transparentnost in enaka obravnava pri naročanju pacientov, pa se pri omenjenih zdravnikih zahteva vodenje poenostavljenega seznama pacientov v obliki naročilne knjige. Vsi navedeni zdravniki (z izjemo zobozdravnika, kar je posebej obrazloženo v nadaljevanju) so osebni zdravniki, ki si jih zavarovane osebe lahko izberejo v skladu s pravili, ki urejajo zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje. Pri tem je predlagatelj upošteval, da je zdravnik, ki izpolnjuje pogoje za osebnega zdravnika, dolžan sprejeti vse zavarovane osebe, ki si ga izberejo. Odkloni jih lahko, če pri njem evidentirano število zavarovanih oseb že presega število, ki ga določijo ZZS, če si ga želi zavarovana oseba izbrati v nasprotju s pravili ali če zavarovani osebi zaradi oddaljenosti ne bi mogel ponuditi oziroma zagotoviti vseh storitev, za katere je pooblaščen.

Konkretne naloge osebnih zdravnikov so podrobneje določene v pravilih s področja zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, iz katerih izhaja posebno trajno in zaupno razmerje, ki se vzpostavlja med zavarovancem in osebnim zdravnikom, pri čemer to še posebej velja za osebnega zdravnika družinske medicine in osebnega pediatra, kjer je ta kontakt praviloma pogostejši. Med razlogi, ki jih veljavna zakonodaja določa za zamenjavo osebnega zdravnika, je namreč na prvem mestu izguba zaupanja v osebnega zdravnika s strani zavarovane osebe, naslednji razlog za zamenjavo pa je predlog zdravnika, ki zaradi neprimernega odnosa zavarovane osebe ali zaradi nespoštovanja navodil in postopkov za zdravljenje ne more uspešno in odgovorno opravljati nalog osebnega zdravnika.

Izjema od vodenja čakalnih seznamov je tudi izvajanje preventivnih zdravstvenih pregledov, saj čakalna doba v teh primerih ni relevantna – pacient je obravnavan obdobjno, skladno z že določenimi pravili (na primer s področja varstva pri delu, zdravstvenega varstva na primarni ravni, voznikov). Cilj preventivnih pregledov je varovanje zdravja pacientov in je prilagojen njihovemu starostnemu obdobju, spolu, položaju oziroma drugi relevantni okoliščini, izvaja pa se v skladu s splošnimi in posebnimi programi (na primer za novorojenčke, predšolske in šolske otroke, med nosečnostjo in porodom, v reproduktivni dobi, DORA, ZORA, SVIT, za delavce, športnike ...). Preventivni pregledi po tem zakonu so torej pregledi, ki so predvideni v okviru državnih presejalnih programov in drugih posebnih programov ali določeni v predpisih (na primer Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni), ne pa na primer preventivni dermatološki pregledi kože za zgodnje odkrivanje kožnega raka, kjer gre za običajne prve in kontrolne preglede.

V vseh navedenih primerih izvajalci zdravstvene dejavnosti namesto čakalnega seznama vodijo naročilno knjigo, ki je poenostavljena elektronska evidenca naročenih, vsebuje pa precej manj podatkov. V naročilno knjigo se glede na predlagano ureditev vpisujejo:

- zaporedna številka,
- pacientovo osebno ime,
- pacienti kontaktne podatki,
- razlog obravnave,
- termin,
- navedba o izvedbi zdravstvene storitve (podatek o izvedbi se nanaša samo na realizacijo zdravstvene storitve; ali je zdravstvena storitev bila izvedena ali ne).

Navedeni minimalen nabor podatkov zagotavlja ustrezno razločevanje med obravnavo naročenih in nenaročenih pacientov. Kot že omenjeno se čakalni seznam ne vodi za preventivne preglede in za storitve nujne medicinske pomoči, nujnega zdravljenja in storitev, ki se opravijo takoj. V naročilni knjigi se vodi le minimalen nabor podatkov, iz katerih je mogoče zagotoviti ustrezno razločevanje med obravnavo naročenih in nenaročenih pacientov.

Specifika posameznih dejavnosti (npr. ortodontija) se bodo kljub enotnim načelom vodenja čakalnih seznamov reševali z možnostjo uvedbe posameznih šifer zdravstvenih storitev (šifrant objavlja NIJZ na svojih spletnih straneh, v šifrantu je tudi določeno, za katere storitve se poroča), ki bodo omogočali, da se čakalne dobe spremljajo oziroma objavljajo le za storitve, za katere pacienti čakajo (npr. v ortodontiji bosta to prvi pregled in začetek zdravljenja). S tem bomo kljub specifikam z enakimi določili v zakonu glede vodenja čakalnih seznamov dosegli realno prikazovanje čakalnih dob v posameznih dejavnostih.

Izbrani osebni zobozdravnik ostaja še naprej zavezan k vodenju čakalnih seznamov, in sicer predvsem zaradi čakalnih dob, ki so v zobozdravstvu daljše kot pri izbranih osebnih ginekologih, pri izbranem osebnem zdravniku družinske medicine ali izbranem osebnem pediatru, kjer čakalnih dob ni. Prav tako je v zobozdravstvu močna zasebna dejavnost (iz poslovnega poročila za leto 2016, ki ga je ZZS objavil februarja 2017, izhaja, da je za področje zobozdravstva v javnih zavodih zaposlenih 546 zobozdravnikov, zobozdravnikov zasebnikov s koncesijo pa je 590), kar pomeni, da je zaradi preglednosti stanja na področju čakalnih seznamov in čakalnih dob v zobozdravstvu vodenje čakalnega seznama in spremljanje čakalnih dob potrebno. Zakon pa za izbranega osebnega zobozdravnika zahteva manjši (prilagojen) nabor podatkov, o katerih se vodi čakalni seznam.

Za vodenje čakalnega seznama tudi za konservativno zdravljenje je bilo treba že zdaj upoštevati definicije za prvi in kontrolni pregled (in tudi druga pravila uvrščanja), ki izhajajo iz veljavnega zakona in pravilnika. To pomeni, da se pacientu, ki že ima opredeljenega osebnega zobozdravnika, zaradi novonastale težave (na primer bolečina, izpad zalivke) določi termin za prvi pregled. Če se na prvem pregledu zadeva dokončno sanira, je zdravstvena storitev končana, v nasprotnem primeru pa so potrebni še dodatni obiski (t. i. kontrolni pregledi), ki so strokovno indicirani, termin pa določi zobozdravnik (na primer naslednji dan, čez en teden, mesec dni; odvisno od zdravstvenega stanja pacienta). Storitve je končana po dokončni sanaciji zoba. Ko ima tak pacient novo težavo, se spet naroči in se mu določi termin za prvi (in ne kontrolni) pregled. Prvi in kontrolni pregledi se tako vodijo na enem čakalnem seznamu in ne na dveh ločeno. Če pacient odpove termin oziroma ga ne odpove, a ne pride, lahko na izpraznjeno mesto pokličejo drugega pacienta, ki je na voljo, vendar je treba okoliščine zapisati na čakalni seznam (pod opombe). Ker pri zobozdravnikih (pa tudi na primer pri psihiatrih in okulistih) ni potrebna napotnica za uvrstitev na čakalni seznam, se do zdaj nikoli ni zahtevalo, da ti izvajalci vodijo na čakalnem seznamu popolnoma vse elemente, ampak je Zdravstveni inšpektorat Republike Slovenije to vedno presojal smiselno (na primer ni zahteval številke napotnice). Na podlagi ugotovitev inšpektorata čakalnega seznama za konservativno zdravljenje ni vodila tretjina zavezancev, dve tretjini pa sta ga vodili ustrezno, in sicer večina elektronsko.

Podatki, ki se morajo voditi na čakalnem seznamu, so zakonsko določeni. Glede na veljavno ureditev so dodani nekateri novi podatki, ki se morajo voditi na čakalnem seznamu na podlagi tega predloga zakona, in sicer:

- datum obvestila pacientu o vpisu na seznam (zapisani morajo biti datumi vseh obvestil, tudi na primer o prenaročitvi na nov termin),
- način uvrstitve na čakalni seznam (eNaročanje, telefonsko, osebno, po pošti, po elektronski pošti; kar je med drugim pomembno z vidika izpolnjene pojasnilne dolžnosti izvajalca glede krajših čakalnih dob pri drugem izvajalcu),
- izrecno določeni kontaktni podatki (pri čemer je te podatke treba imeti ločene, vsakega v svojem polju),
- številka napotne listine,
- datum prejema napotne listine (ker je treba spremljati, ali je bil pacient na čakalni seznam vpisan pravočasno),
- izrecno določeno, da se navede prvotno določena stopnja nujnosti (navede jo izdajatelj napotne listine) in stopnja nujnosti, ki se naknadno določi v okviru triaže,
- podatek o zdravstvenem delavcu, ki je opravil triažo napotne listine,
- datum triaže napotne listine,
- obstoj medicinske indikacije za uvrstitev pacienta na točno določen termin, ki se upošteva poleg določene stopnje nujnosti (skupaj z navedbo in opisom razloga, osebnim imenom in šifro zdravstvenega delavca, ki je to medicinsko indikacijo podal; na primer uvrščanje na diagnostiko na točno določen dan zaradi medicinske indikacije (na primer UZ peti dan po končani kemoterapiji)),
- želja pacienta glede izbire točno določenega izvajalca zdravstvene dejavnosti, zdravstvenega delavca ali zdravstvenega sodelavca (osebno ime in šifra zdravstvenega delavca ali zdravstvenega sodelavca),

- želja pacienta glede izbire nadomestnega termina (vključno s podatkom o prvotno ponujenem terminu),
- predvideni termin in okvirni termin izvedbe zdravstvene storitve ter datum obvestila pacientu,
- podatek o odpovedi in odsotnosti od termina (datum odpovedi pred terminom, število dni do termina, razlog za odpoved, datum odsotnosti, datum opravičila po terminu, razlog za odsotnost, opravičenost odpovedi oziroma odsotnosti, morebitna začasna prepoved uvrstitve na čakalni seznam),
- podatki o prenaročitvi pacienta iz razlogov izvajalca zdravstvene dejavnosti (datum prvotnega termina, razlog za prenaročitev, nov termin),
- datum in ura izvedene zdravstvene storitve (v veljavnem zakonu je zahteva po vodenju datuma),
- podatek o črtanju s čakalnega seznama (razlog in datum),
- podatek o utemeljenosti napotitve na zdravstveno storitev (ocena z vidika obstoja medicinske indikacije).

Predlagana ureditev na čakalnem seznamu ne zahteva več EMŠA pacienta in podatka o vrsti pregleda (prvi oziroma kontrolni pregled), saj je ta vsebovan v šifri zdravstvene storitve. Dodatno je treba poudariti, da je zaporedna številka vpisa enolični identifikator pacienta oziroma identifikator prvega vpisa v določenem času, kar omogoča lažje spremljanje pacientovega gibanja po čakalnem seznamu. Beleženje aktualnih zaporednih števil na seznamu je dopustno brez posebne pravne podlage. Vsi podatki iz točk 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 (z napotne listine), 10, 14, 15, 16, 17 (v primeru uporabe portala) in 23 so pri eNaročanju avtomatični in za pooblaščen osebo izvajalca zdravstvene dejavnosti niso administrativna ovira.

Predlagana ureditev ohranja prepoved uvrstitve na čakalni seznam določenega izvajalca zdravstvene dejavnosti za isto zdravstveno storitev večkrat in dodaja prepoved vpisa za več kot en termin za prvi pregled hkrati. Pri tem je sicer treba prek sistema eNaročanja zagotoviti mehanizem, da tovrstnih nedopustnih vpisov ni – pooblaščen oseba mora biti o tem avtomatsko obveščena. Tehnična izvedba preprečevanja, da bi se isti pacient pojavil na dveh čakalnih seznamih za isto zdravstveno storitev, bo narejena prek centralnega sistema eNaročanja, kjer se bo pacientu z veljavnim naročilom na določeno zdravstveno storitev preprečilo še eno naročilo na isto storitev. Sistem eNaročanja že zdaj pred izdajo eNapotnice opozori, da je napotnica za to storitev za tega pacienta že izdana, vendar pa ima zdravnik kljub temu možnost tako napotno listino ob vpisanem pojasnilu izdati (na primer zaradi izdaje napotne listine za kontrolne preglede, ki se lahko izda že precej pred datumom pregleda, ko stara napotna listina še ni nehala veljati, je pa pacient morda zaradi drugih razlogov že pri zdravniku). V praksi se je možnost uvrščanja pacienta za isto zdravstveno storitev na več čakalnih seznamov že zdaj precej omejila (izjema: v petih dneh, ko je pacient s papirnato napotnico lahko naredil rezervacijo v več čakalnih vrstah, kar se s tem predlogom ukinja) in je veljala le, če je imel pacient za isto storitev izdanih več veljavnih napotnic.

Predlog zakona izrecno določa namen vodenja zbirke podatkov na čakalnem seznamu in okoliščine, pod katerimi lahko pacient zahteva vpogled v te podatke. Pacient ima pravico do vpogleda ali na primer izpisa vseh podatkov s čakalnega seznama, razen podatkov iz 4., 5., 6., 7., 17., 19., 20., 21. in 22. točke tretjega odstavka 15. člena. Prvih pet točk se nanaša na osebne podatke drugih pacientov, preostale pa so za pacienta, ki zahteva vpogled, nepomembne, ker se vpišejo na čakalni seznam šele po izvedbi zdravstvene storitve. To pomeni, da ti pacienti takrat niso več aktivni čakajoči in se črtajo s čakalnega seznama, zato čakajoči pacient teh podatkov niti ne vidi. Prav tako se kot izjemo do seznanitve določi še podatke iz 11., 14., 15. in 23. točke, ker so ti podatki nepomembni za paciente, ki zaprosijo za vpogled na seznam. Izločitev teh podatkov namreč pacientu ne omogoča večjega oziroma učinkovitejšega nadzora gibanja na čakalnem seznamu. Vlogo identifikatorja prevzema zaporedna številka pacienta (točka 1), do katere ima pacient prost dostop in kar mu omogoča, da spremlja posamezne (sicer nedoločene oziroma delno anonimizirane) paciente pri njihovem gibanju na čakalnem seznamu. Zaporedna številka pacienta se namreč trajno drži pacienta in se pri morebitnem naknadnem spreminjanju terminov ne spreminja.

Hramba podatkov s čakalnega seznama se podaljšuje s šestih mesecev na pet let, kar nadzornim organom zagotavlja oziroma omogoča izvajanje nadzora glede morebitnih sprememb, popravkov oziroma črtanj na čakalnem seznamu. Po petih letih mora izvajalec vse podatke iz šestega odstavka 15. člena izbrisati.

V sedmem odstavku je izrecno določena zahteva po sledljivosti vseh podatkov, vključno s spremembami vrstnega reda in vseh drugih prejšnjih podatkov (tj. kakšna je bila vsebina oziroma vrednost podatka pred njegovo spremembo). Potreba po taki zahtevi izhaja iz zagotavljanja nadzora

nadzornih organov nad spreminjanjem vrstnega reda in drugimi spremembami na čakalnih seznamih, ki bi bil v nasprotnem primeru precej otežen.

Izvajalec zdravstvene dejavnosti seznanitev s podatki s čakalnega seznama pacientu omogoči takoj, vendar najpozneje pet dni po prejemu zahteve. Z navedeno določbo se rok treh delovnih dni spreminja na pet koledarskih dni, s čimer naj bi se izvajalcu omogočil primeren čas za seznanitev (zlasti ob poteku teh rokov v času, ko pri izvajalcu ni določenega delovnika), hkrati pa se odpravlja morebitna dvoumnost veljavnega določila pri štetju roka. Predlog zdaj nedvoumno določa, da mora izvajalec seznanitev omogočiti takoj, vendar (če iz upravičenih razlogov to ni mogoče) pa to lahko izvede najpozneje v petih dneh od prejema zahtevka pacienta.

Podobno, kot je to določeno za čakalni seznam, pa ima pacient pravico do seznanitve tudi s podatki iz naročilne knjige.

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

K 7. členu (naročanje na zdravstveno storitev, upravljanje čakalnega seznama, črtanje s čakalnega seznama, obvezne objave in podrobnejše določbe glede spoštovanja pacientovega časa):

7. člen predlagane novele vsebuje novi 15.a, 15.b, 15.c in 15.č člen, ki podrobneje določajo upravljanje čakalnega seznama v širšem smislu; tj. naročanje pacienta na zdravstveno storitev, upravljanje čakalnega seznama, črtanje s čakalnega seznama, obvezne objave v zvezi s spoštovanjem pravice do pacientovega časa in konkretnjšo pravno podlago za izdajo pravilnika ministra za zdravje.

Poudariti je treba, da se celotno področje upravljanja čakalnega seznama (od 14. člena (razen njegovega prvega odstavka) pa vse do 15.č člena) nanaša na izvajalce zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne službe.

Predlagana ureditev 15.a člena uvodoma poudarja celostno skrb za pacienta, tako da se mu ne nalaga obveznosti, ki bi jih hitreje in preprosteje od pacienta opravil izvajalec (na primer pošiljanje pacientov po izvide, naročanje). Posebej se v okviru prvega odstavka določa tudi obveznost izvajalca zdravstvene dejavnosti, da pacienta, ki mora v okviru posamezne zdravstvene storitve opraviti še diagnostiko oziroma druge zdravstvene storitve, nanje naroči izvajalec (kar velja za kateregakoli zdravnika, ki je izdal napotno listino oziroma napotne listine, torej osebnega zdravnika ali zdravnika na sekundarni oziroma terciarni ravni) in se pacienta ne pošilja od vrat do vrat po termine oziroma okvirne termine. S tem se skrajšuje celoten čas neposrednega čakanja pacienta, kar vpliva na (psihofizično) zdravstveno stanje pacienta in lahko prispeva tudi k zmanjšanju morebitnih škodljivih posledic odloženega začetka zdravljenja. Navedena rešitev v ospredje postavlja pacienta kot uporabnika zdravstvenih storitev, ki sta mu sistem in organizacija zdravstvenega varstva praviloma tuja oziroma odmaknjena. Vedenje o tem, kaj se dogaja s pacienti oziroma kako »potuje« skozi zdravstveni sistem ter čim krajši čas čakanja na zdravstveno obravnavo v celoti pa sta zagotovo koristna tudi za izvajalca zdravstvene dejavnosti, ki pacienta zdravi (beri: napotuje). Tako ima pacient zagotovljeno smiselno zaporedje diagnostičnih preiskav pri izvajalcih, ki so po mnenju zdravnika napotovalca (seveda v soglasju s pacientom) zanj najprimernejši.

V okviru naročanja na zdravstvene storitve mora izvajalec zagotoviti najmanj naslednje oblike naročanja:

- elektronsko (e-pošta, eNaročanje, spletni obrazec ...).
- po pošti,
- po telefonu,
- osebno v ordinaciji,

pri čemer se glede na razvitost tehnologije (vzpostavitev eNaročanja v okviru projekta eZdravje) in računalniško pismenost prebivalstva pričakuje, da bo v praksi za naročanje na sekundarno in terciarno raven najširše uveljavljena prav oblika elektronskega naročanja. Za zdravstvene storitve, ki se izvajajo na podlagi napotne listine in kjer je na nacionalni ravni predvideno elektronsko naročanje, je povezovanje z zbirko eNapotnica in eNaročanje obvezno skladno z Zakonom o zbirkah podatkov s področja zdravstva. Telefonsko naročanje bo v praksi mogoče le pri eNaročanju, ko bo pacient izbranemu izvajalcu lahko sporočil številko e-napotne listine. Telefonskega naročanja, kot je bilo

urejeno v 10. členu Pravilnika o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov, pri katerem je pacient prek telefonskega naročanja pridobil rezervacijo termina, po predložitvi izvirnika napotnice pa šele uradno potrditev termina, nova ureditev ne pozna več. Z ukinitvijo možnosti rezervacije termina se hkrati razbremenjuje izvajalce zdravstvene dejavnosti oziroma njihove odgovorne osebe za vodenje čakalnega seznama. Podrobnosti glede načina naročanja na navedene oblike bo določil minister s pravilnikom.

V 15.b členu je izrecno določeno, da mora izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe določiti eno ali več pooblaščenih oseb, ki bodo skrbele za upravljanje čakalnih seznamov (prej: odgovorna oseba za vodenje čakalnega seznama). Zakon ne predvideva, da mora izvajalec zdravstvene dejavnosti o določitvi pooblaščenih oziroma pooblaščenih oseb izdati poseben sklep, se pa na obličnost (tj. pisno obliko) določitve nakazuje prek določb o obvezni objavi in poročanju o teh osebah Nacionalnemu inštitutu za javno zdravje. Posebej in na novo se zahteva, da je pooblaščen oseb lahko le zdravstveni delavec ali zdravstveni sodelavec, saj je za ravnanje s temi podatki nujno potrebno določeno znanje z zdravstvenega področja.

Kadar pacient želi, da ga obravnava točno določen zdravstveni delavec ali zdravstveni sodelavec, se to posebej označi na čakalnem seznamu, za takega pacienta pa tudi ne veljajo omejitve glede najdaljše dopustne čakalne dobe. Na to se pacienta posebej opozori. Predlagana rešitev v ospredje postavlja pravico do zdravstvenega varstva oziroma dostopanja do potrebne zdravstvene storitve, sekundarno pa se lahko upošteva tudi morebitna posebna želja pacienta, ki izhaja iz pravice do proste izbire izvajalca zdravstvene dejavnosti in izvajalca zdravstvenih storitev.

V nadaljevanju predlagana ureditev ureja razloge za odpoved termina, kadar to želi pacient. Pacient se lahko opraviči od naročene zdravstvene storitve le do deset dni pred njeno izvedbo, naknadno pa samo v izjemnih primerih, ki jih bo taksativno določil pravilnik. Opravičila do deset dni pred storitvijo ni treba utemeljiti z razlogom, poleg tega lahko pacient navedeno pravico izkoristi le enkrat v okviru iste napotitve, in sicer le v okviru stopnje nujnosti hitro in redno. V primeru objektivnih razlogov mora pacient opravičilo podati pisno in mora razlog obrazložiti, ni pa mu treba prilagati posebnih dokazil o razlogu. Če namreč pacient ne pride na izvedbo zdravstvene storitve in tega ne opraviči skladno s pogoji zakona, je treba takega pacienta črtati s čakalnega seznama. Spet pa se lahko na ta seznam (pri tem istem izvajalcu za to storitev) uvrsti šele po treh mesecih od termina, na katerega se neopravičeno ni odzval. Izjema je določena le za paciente, kjer bi bilo po presoji izvajalca lahko neposredno ogroženo zdravstveno stanje takega pacienta ali izvedba njegove zdravstvene obravnave. Zakonodajalec je dodatno določil tudi, da po preteku 30 dni od termina opravičilo (niti iz objektivnih razlogov) ni več dopustno, saj je treba upoštevati, da morajo pooblaščen oseb skrbeti za ažurnost čakalnih seznamov.

Predlog prav tako določa, da mora izvajalec s pacientom, ki je uvrščen na čakalni seznam, vzpostaviti stik. Pri tem velja poudariti, da zadošča avtomatsko obvestilo prek sistema eNaročanja ali na primer SMS-sporočilo pred izvedbo zdravstvene storitve, pri čemer bo časovni okvir za vzpostavitev stika določil minister za zdravje s pravilnikom. Vzpostavitev stika je neke vrste opomnik za pacienta in hkrati zagotavlja, da bo pacient na zdravstveno storitev prišel oziroma bo, kadar storitve ne potrebuje (več), to izvajalcu sporočil še pred izvedbo načrtovane zdravstvene storitve. Z omenjeno obveznostjo izvajalcev zagotovimo, da je pri naročenih zdravstvenih storitvah čim manjši izpad zdravstvenih storitev, kar posledično pomeni, da se čakalne dobe ne daljšajo oziroma so zdravstvene zmogljivosti kar najbolje izkoriščene. Izvajalec je s pacientom dolžan vzpostaviti stik le, če ima pacientove kontaktne podatke, pri čemer predlog zakona izrecno določa e-pošto ali telefonsko številko. Informacijska rešitev eNaročanje že zdaj omogoča avtomatsko vzpostavljanje stika s pacientom, pri čemer lahko izvajalec tako vzpostavljanje tudi onemogoči oziroma lahko pacient označi, da takega obveščanja ne želi. Ob tem izpostavljamo, da:

- je povratno e-obveščanje pacientov (smiselno enako velja za SMS-sporočilo) v praksi izvedljivo le z nesorazmernimi stroški in naporom, kar praktično izniči učinkovitost komuniciranja po e-pošti in hitrega naročanja,
- konkretni podatki o zdravstvenem stanju pomenijo na primer opis bolezni, ime bolezni, MKB šifro bolezni ipd., konkretni podatki o vrsti zdravstvene storitve pa na primer naziv zdravstvene storitve, šifro ali opis zdravstvene storitve. Teh podatkov na povratnih e-sporočilih o potrditvah terminov ne sme biti,
- se bo v povratna e-sporočila lahko navedlo le na primer: »Obveščamo vas, da imate v zvezi z naročilom z dne ... potrjen termin pregleda dne ...« in podobno. Torej bodo povratni podatki vsebovali minimalen oziroma nujen nabor podatkov, razkriti bodo lahko le podatki o nedoločeni zdravstveni storitvi glede nedoločenega zdravstvenega stanja na določen dan pri

določenem izvajalcu zdravstvene dejavnosti, kar zelo pogosto sploh ne bodo podatki o zdravstvenem stanju, zaradi česar šifriranje tudi ni smiselno in je tudi zato upravičeno delno odstopati od splošnega režima po 14. členu Zakona o varstvu osebnih podatkov,

- bodo morala biti povratna e-sporočila, če bodo vsebovala bolj konkretne zdravstvene podatke, šifrirana v skladu s 14. členom Zakona o varstvu osebnih podatkov.

Izvajalci se bodo torej lahko odločili za ožji (posledično nešifriran) ali širši (posledično šifriran) obseg povratnih e-sporočil pacientom. Sistem eNaročanja ne omogoča izbire izmenjave širših šifriranih ali ožjih nešifriranih sporočil (zadostuje pa prejšnjim alinejam), v primeru širših sporočil za posredovanje sporočil in šifriranje bodo morali poskrbeti izvajalci.

Predlagani zadnji odstavek 15.b člena na novo ureja tudi izvajalčevo obveznost, da spremlja in analizira vzroke za čakalne dobe ter jih ažurno odpravlja (izvaja ukrepe iz lastne pristojnosti oziroma o tem obvesti ustrezne institucije). O vsem tem mora poročati tudi organu upravljanja (za primer javnih zdravstvenih zavodov je to svet zavoda), Ministrstvu za zdravje in Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije, skladno z ugotovitvami analiz pa načrtovati tudi (proste) termine znotraj posamezne stopnje nujnosti ter upoštevati ustrezne deleže za prve in kontrolne preglede. Kadar gre za na primer koncesionarja, enoosebnega izvajalca zdravstvene dejavnosti (na primer zdravnik zasebnik posameznik, vpisan v register zasebnih zdravnikov, s podeljeno koncesijo) poročanje organu upravljanja seveda ni potrebno. Konkretizacija navedenega poročanja bo predmet pravilnika.

15.c člen izrecno navaja, v katerem primeru se pacienta lahko oziroma mora črtati s čakalnega seznama. Pacienta se o črtanju na primeren način tudi obvesti – kadar je razlog črtanja pacientova zavrnitev izvedbe zdravstvene storitve, neopravičena odsotnost od termina, večkratni vpisi na isti čakalni seznam, želja pacienta ali kadar zdravstveno stanje pacienta ne omogoča izvedbe zdravstvene storitve, zaradi katere je uvrščen na ta čakalni seznam. Kadar je zdravstvena storitev opravljena, se primer pacienta po opravljeni zdravstveni storitvi na čakalnem seznamu zgolj zaključí, ne črta. Kadar se črta s čakalnega seznama, se napotna listina vrne njenemu izdajatelju z navedbo razloga za črtanje pacienta s čakalnega seznama, pri čemer je taka napotna listina stornirana (ne velja več). Zakon določa tudi roke, v katerih pooblaščen oseba omenjeno črtanje izvede. Črtanje s čakalnega seznama zaradi pacientove želje se dogaja zlasti, kadar pacient zdravstveno storitev prejme drugje, ugotovi, da je ne potrebuje (več), ali je iz kateregakoli razloga (po lastnem mnenju) ne potrebuje (več).

Pooblaščen oseba za čakalni seznam v treh dneh po opravljeni zdravstveni storitvi na čakalnem seznamu označi, kdaj je bila zdravstvena storitev opravljena, in sicer na podlagi ustnega ali pisnega obvestila zdravstvenega delavca oziroma zdravstvenega sodelavca, ki je zdravstveno storitev opravil, oziroma na podlagi evidence o izvedenih zdravstvenih storitvah.

Posebej je določena še zahteva, da pooblaščen oseba na čakalnem seznamu označi, ali je bila napotna listina utemeljena oziroma stopnja nujnosti pravilno določena, s čimer se izdajatelju napotne listine zagotovi povratna informacija o obstoju medicinske indikacije za zdravstveno storitev (tj. utemeljenost izdaje napotne listine) oziroma o utemeljenosti prvotno določene stopnje nujnosti. Sistem eNaročanja bo izrecno predvideval možnost na primer: utemeljena – neutemeljena – nevtrarno (kadar ocene ni mogoče podati).

V prvem odstavku 15.č člena zakon izvajalcu nalaga posamezne obvezne objave v zvezi z uresničevanjem pravice do spoštovanja pacientovega časa, v drugem odstavku 15.č člena pa je podana pravna podlaga za pravilnik ministra za zdravje, s katerim bo natančneje uredil področje čakalnih dob in čakalnih seznamov, naročanja in objav ter zahteve glede primerne določitve ordinacijskega časa.

K 8. členu (izmenjava podatkov):

Zakon določa način izmenjave podatkov med izvajalci zdravstvene dejavnosti in NIJZ, pri čemer se upoštevata veljavna zakonodaja s področja varstva osebnih podatkov in zakon, ki ureja zbirke podatkov v zdravstvu (zbirka eNapotnica in eNaročilo). Sprememba 16. člena je posledica tudi statusne spremembe Inštituta za varovanje zdravja v Nacionalni inštitut za javno zdravje, ki je posledica Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 14/13).

K 9. členu (dostop do podatkov):

V novem 17. členu se določa obveza za NIJZ po stalnem objavljanju podatkov o:

- seznamu zdravstvenih storitev (glede na veljavni šifrant),
- izvajalcih zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe za območje Republike Slovenije, in sicer po posameznih zdravstvenih storitvah,
- terminih in okvirnih terminih za uvrstitev na čakalni seznam,

in sicer na svojih spletnih straneh, s čimer se pacientom omogoča lažji in preglednejši ter stalen in prost dostop do informacij, s katerimi se uresničuje pravica do spoštovanja pacientovega časa.

Pri tem pojasnjujemo, da gre pri seznamu zdravstvenih storitev za seznam vseh storitev, ki se uporabljajo za napotovanje, naročanje, poročanje o čakalnih dobah, pozneje pa tudi za poročanje za statistične zbirke, ki jih upravlja NIJZ.

K 10. členu (strokovno mnenje oziroma izvid po specialistični obravnavi):

K veljavni ureditvi o spoštovanju pacientovega časa pri opravljanju specialističnih ambulantnih pregledov in pridobivanju izvidov se s predlogom novega 18. člena izrecno ureja tudi področje diagnostike, ki je bilo do zdaj neustrezno izpuščeno. Tako se izvajalce zdravstvene dejavnosti zavezuje k upoštevanju razumnega časa tudi pri izdaji pisnih izvidov za področje diagnostike. Hkrati se rok iz sedanjih treh delovnih dni podaljšuje na sedem koledarskih dni, kar je lažje z vidika računanja in sledenja rokov tako za izvajalce kot tudi paciente in morebitne nadzornike. Posebej je dodana določba o takojšnji izdaji strokovnega mnenja oziroma izvida v primerih suma na maligno obolenje oziroma tekom zdravljenja malignega obolenja.

Navedene določbe veljajo za sekundarno in terciarno raven oziroma primarno raven, kadar je pacient na primarno raven napoten (na primer fizioterapija) – torej kadar gre za primere napotitev na specialistično zdravstveno storitev.

K 11. členu (posebni varovalni ukrep):

Zakon na izrecno pobudo Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije in Varuha človekovih pravic povsem na novo ureja področje posebnih varovalnih ukrepov pri vseh izvajalcih zdravstvene dejavnosti. Do zdaj so bili namreč varovalni ukrepi opredeljeni in pogoji zanje določeni le za primer oddelkov pod posebnim nadzorom v psihiatričnih bolnišnicah in na varovanih oddelkih v socialnovarstvenih zavodih (skladno z Zakonom o duševnem zdravju). Varovani ukrepi sicer niso medicinski oziroma zdravstveni ukrepi, temveč načini zagotavljanja varnosti pacienta z uporabo fizičnega omejevanja. Vsak poseg, ki posega v pravico ali svoboščino posameznika (na primer svobodo gibanja), pa mora biti predviden z zakonom (način njegovega izvajanja, trajanje posega in seveda ustrezni nadzorni mehanizmi glede njegovega izvajanja).

S predlagano dopolnitvijo se tako v novem 31.a členu ureja področje zagotavljanja varne zdravstvene oskrbe pacientov na način, da se preprečuje škoda za pacienta v zvezi z zdravljenjem in v zvezi z okoliščinami fizične varnosti bivanja ali zadrževanja pri izvajalcu. Poudariti je treba, da gre pri tem za ločevanje med posebnimi varovalnimi ukrepi, ki so v Zakonu o duševnem zdravju definirani kot varnostni ukrep za omogočanje zdravljenja, od varovalnega ukrepa, ki se ureja s tem zakonom in se jih uvaja pri različnih somatskih stanjih zaradi varstva zdravja pacienta (na primer zaradi nevarnosti padca).

Od ukrepov zdravljenja je treba razlikovati ukrepe prisile in omejitev, katerih namen je zagotoviti varnost, ko pacient neposredno ogroža sebe ali druge. Zaradi varstva pravic pacienta in drugih oseb je Ustavno sodišče Republike Slovenije v zadevi U-I-60/03 odločilo, da mora zakonodajalec jasno opredeliti primere in pogoje, pod katerimi je dopustno uporabiti ukrepe prisile in omejitev ter nadzorne mehanizme nad uporabo teh ukrepov. Zakon o duševnem zdravju je že opredelil posebna varovalna ukrepa, ki pa se ju uporablja le na oddelkih pod posebnim nadzorom in varovanih oddelkih. Ker gre za zelo občutljivo področje, predlog zakona v tem členu definira posebni varovalni ukrep kot ukrep, ki se uporablja le izjemoma in lahko traja le toliko časa, kolikor je nujno potrebno glede na razlog njegove uvedbe.

Uporaba posebnega varovalnega ukrepa telesnega oviranja s pasovi (pod ta ukrep spadajo manšete za roke in noge ter magnetni pasovi za trebuh) se s predlaganim členom ureja tudi pri drugih izvajalcih zdravstvene dejavnosti in ne le na oddelkih pod posebnim nadzorom in varovanih oddelkih. Uporaba tega ukrepa bo tako mogoča v splošnih bolnišnicah in v socialnozdravstvenih zavodih zunaj varovanih oddelkov, kjer se izvaja nega. Posebni varovalni ukrep telesnega oviranja s pasovi pomeni omejevanje

človekove pravice do svobodnega gibanja, ki se lahko omeji le z zakonom. Ker je pri zdravstveni obravnavi včasih treba paciente telesno ovirati, da se zagotovi varnost in omogoči zdravljenje, se s predlaganim novim členom zakonsko opredeljujejo pogoji, pod katerimi je mogoče pacienta zaradi zagotavljanja zdravljenja in obvladovanja nevarnega vedenja, ki lahko ogroža življenje ali zdravje pacienta ali drugih, ali obvladovanja nevarnega vedenja, s katerim bi se lahko povzročila večja premoženjska škoda pacientu ali drugim, pa ogrožanja ni mogoče doseči z drugim, blažjim ukrepom (na primer pogovor s pacientom, pogovor skupaj s svojci, zdravila, ograjica na postelji), telesno ovirati s pasovi. Posebni varovalni ukrep telesnega oviranja s pasovi je seveda mogoč le, če je pacient predhodno dal privolitev v zdravstveno obravnavo ali če gre za zdravstveno obravnavo, ki je nujna, pacient pa ni razsoden, ali če privolitev v zdravstveno obravnavo za nerazsodnega pacienta poda druga upravičena oseba, ki po Zakonu o pacientovih pravicah lahko poda veljavno privolitev za pacienta.

Prav zaradi narave takšnega ukrepa predlog zakona predpisuje, da mora imeti pacient med njegovim izvajanjem zagotovljen stalen nadzor in strokovno obravnavo, spremljati pa morajo tudi njegove vitalne funkcije. Spremljanje izvajanje ukrepa mora biti opredeljeno v smernicah, ki morajo biti posodobljene. Dokumentacija o izvajanju posebnega varovalnega ukrepa mora biti zelo natančna, skrbno vodena in iz nje morajo biti razvidni razlog, namen in nadzor nad izvajanjem ukrepa. O uvedbi posebnega varovalnega ukrepa lahko odloči le lečeči zdravnik. Izjemoma lahko posebni varovalni ukrep uvede drug zdravstveni delavec. O uvedbi posebnega varovalnega ukrepa, se mora obvestilo (lahko v obliki e-sporočila) podati nemudoma, torej takoj, ko se ukrep uvede, torej ko se odpravi neposredno ogrožanje oziroma odvrne nevarno vedenje. O uvedbi in izvedbi posebnega varovalnega ukrepa mora lečeči zdravnik v 12 urah obvestiti ožjega družinskega člana oziroma bližnjo osebo in zastopnika pacientovih pravic. Tega mu ni treba storiti le, če pacient po prenehanju ukrepa temu nasprotuje. Prav tako se zastopnika pacientovih pravic obvesti, le v primeru, da si ga je pacient izbral in kadar nima ožjega družinskega člana oziroma pacient ne določi bližnje osebe ali kadar se ožji družinski član ali bližnja oseba obvestilom pisno odpove. Pomembno je poudariti, da ukrep imobilizacije lahko traja le štiri ure, pri tem pa je ustrezen redni pregled telesno oviranega (fiksiranega) pacienta nujen. Časovni interval štiri ure pa lahko lečeči zdravnik glede na zdravstveno stanje pacienta tudi podaljša, vendar le, če še vedno obstajajo enaki razlogi kot so obstajali ob uvedbi posebnega varovalnega ukrepa. Ob tem velja dodati, da zdravnik vedno pacienta pregleda po 12 urah od uvedbe posebnega varovalnega ukrepa.

Uporaba na primer ograjice na postelji ali pasu za preprečevanje padca oziroma zdrsa na invalidskem vozičku sta namreč varovalna ukrepa, namenjena predvsem preprečevanju padcev in s tem poškodb pacienta ter se kot takšna največkrat ne skladata z opredelitvijo posebnega varovalnega ukrepa. Enako velja za druge možnosti za obvladovanje nevarnega vedenja pacienta; na primer razgovor z zdravnikom ali drugim zdravstvenim delavcem, stalen nadzor zdravstvenega osebja, predpis ustrezne pomirjevalne terapije.

Izvajalci zdravstvene dejavnosti za namen spremljanja uporabe posebnega varovalnega ukrepa vodijo posebno evidenco, ki vsebuje taksativno določen nabor podatkov, ter tako ministru, pristojnemu za zdravje, kot tudi ministru, pristojnemu za socialo, posredujejo letno poročilo v anonimizirani obliki o uporabi posebnega varovalnega ukrepa do 15. marca tekočega leta za preteklo leto.

K 12. členu (upoštevanje vnaprej izražene volje):

Na pobudo zastopnikov pacientovih pravic je predlagatelj pristopil tudi k spremembi 34. člena, ki ureja upoštevanje vnaprej izražene volje, in sicer se s predlagano spremembo ukinja veljavnost za določen čas (petih let). Po mnenju pobudnikov namreč navedeni čas izjemno hitro mine in pacientom pogosto ne uspe obnoviti njene veljavnosti, zato je veljavnost za nedoločen čas z možnostjo preklica ustreznjša rešitev. Po tem predlogu bo namreč pacient lahko s pisno izjavo svojo vnaprej izraženo voljo kadarkoli preklical.

K 13. členu (pravica do drugega mnenja):

Sprememba 40. člena je posledica dosedanje neustrezne ureditve zagotavljanja in plačila pravice do drugega mnenja in nejasnosti glede plačnika drugega mnenja, kadar gre za uveljavljanje pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Predlog spremembe 40. člena pravico do drugega mnenja ureja precej drugače, saj pacientu daje možnost, da se na vseh treh ravneh zdravstvene dejavnosti samostojno odloči, ali bo uveljavljal drugo mnenje ali ne. Možnost uveljavljanja pravice do drugega mnenja na vseh treh ravneh zdravstvene dejavnosti ne pomeni preskoka na višjo raven zdravstvene dejavnosti, temveč lahko drugo mnenje poda zdravnik, ki ima enako specialnost kot lečeči zdravnik.

Zdravnik, ki izdela drugo mnenje, mora imeti po pridobitvi licence najmanj pet let delovnih izkušenj s področja, na katerem se zahteva podaja drugega mnenja, hkrati pa se jasno določa, da zahteva za pridobitev drugega mnenja za pacienta ne sme imeti negativnih posledic pri nadaljnji zdravstveni obravnavi pri lečečem zdravniku, hkrati pa drugo mnenje ne posega v samostojnost in neodvisnost lečečega zdravnika. Predlagatelj pri tem poudarja, da zdravnik zahteve za drugo mnenje ne sme razumeti kot nezaupnico (v takem primeru bi namreč pacient lahko uporabil inštitut zamenjave zdravnika oziroma proste izbire zdravnika), temveč mora izhajati iz pravice pacienta, da ukrene vse, kar je v njegovi moči, da opolnomočeno izvršuje svojo pravico obveščeniosti in sodelovanja ter posledično pravico do samostojnega odločanja o zdravljenju. Morebitne negativne posledice bi se lahko kazale v šikaniranju, rušenju medsebojnega zaupanja, zahtevi za zamenjavo zdravnika s strani samega zdravnika ipd. Ker vseh tovrstnih pojavnih oblik ni mogoče vnaprej predvideti, prav tako jih je težko nedvoumno opredeliti, jih predlagatelj v določbi ne določa. Smisel navedene določbe je predvsem poudarjanje korektnega odnosa lečečega zdravnika do morebitne zahteve za drugo mnenje – ta je namreč lahko koristna za pacienta in lečečega zdravnika.

Lečeči zdravnik ohranja svojo pravico in dolžnost, da je pri sprejemanju strokovnih odločitev neodvisen, da svobodno izbere način zdravljenja, ki je v danih okoliščinah najprimernejši, pri tem pa ravna po spoznanjih znanosti in strokovno preverjenih metodah.

Nadalje je določeno, da postopek izdelave drugega mnenja poteka na podlagi posredovane zdravstvene dokumentacije, ki jo zdravniku, ki podaja drugo mnenje, posreduje lečeči zdravnik (na zahtevo pacienta) ali pa pacient sam. Zdravnik, ki bo podal drugo mnenje, lahko opravi tudi pregled pacienta oziroma opravi (oziroma predlaga) dodatne zdravstvene storitve.

Pravico do drugega mnenja in njegovo uveljavljanje v mreži javne zdravstvene službe ureja zakon s področja zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja. Predpisi s področja zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja bodo (podobno kot je to urejeno glede nekaterih drugih pacientovih pravic; na primer pravica do proste izbire ali pravica do posebnega varstva otrok) uredili, ali oziroma kako se pravica do drugega mnenja zagotavlja iz obveznega zdravstvenega varstva. V tem zakonu se pravica do drugega mnenja določa le na načelni ravni, torej z vidika univerzalne pravice, ki pripada vsakemu pacientu in ki jo uveljavlja pri vseh izvajalcih zdravstvene dejavnosti, ne glede na morebitno vključenost v sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja.

K 14. členu (splošna postopkovna načela)

Predlagatelj sledi sodni praksi Evropskega sodišča za človekove pravice (na primer zadeva Šilih proti Sloveniji, sodba z dne 9. 4. 2009), iz katere izhaja dolžnost države, da zagotovi učinkovito sodno varstvo v primeru smrti zaradi domnevne zdravniške napake oziroma napake pri zdravstveni obravnavi ali malomarnosti. Sodišče je namreč izpostavilo, da mora država organizirati svoj sodni sistem tako, da omogoča sodiščem, da ravnajo v skladu z zahtevami Konvencije o varstvu človekovih pravic in temeljnih svoboščin, vključno s tistimi, ki so vsebovane v procesni obveznosti iz 2. člena. V skladu z navedenim spremenjena določba zahteva, da morajo sodišča, kadar med zdravstveno obravnavo pacient utrpí hujše telesne poškodbe, invalidnost ali smrt in se zaradi tega začne sodni postopek, zadevo obravnavati prednostno. Prav tako je določeno, da organi v primeru predkazenskega postopka ukrepajo posebej hitro. Predlagana določba upošteva določilo prvega odstavka 13.a člena Zakona o sodiščih, ki predvideva, da sodnik zadeve, ki so kot prednostne določene z zakonom, obravnava prednostno.

Prednostna obravnava je upravičena, če je rezultat zdravstvene obravnave smrt, pa tudi ob hujši telesni poškodbi ali invalidnosti pacienta, saj je lahko hitrost postopka pomembna tako z vidika posledic za pacienta (okrnjenosti telesnih in življenjskih funkcij, finančne posledice ...) kot tudi z vidika posledic za izvajalca zdravstvenih storitev (zdravstvenega delavca) oziroma za izvajalca zdravstvene dejavnosti.

K 15. členu (nadzorni in prekrškovni organi):

S spremembo 85. člena se celostno ureja nadzor nad ZPacP; jasno je opredeljeno, kateri so nadzorni in kateri prekrškovni organi ter kakšen nadzor posamezni organ opravlja. Nadzor nad posameznimi določbami zakona opravljajo Ministrstvo za zdravje, ZIRS, informacijski pooblaščenec, Inšpektorat Republike Slovenije za kulturo in medije ter ZZZS nad posameznimi določbami zakona. Omenjeni organi izvajajo inšpekcijski nadzor, v skladu z drugim odstavkom 45. člena Zakona o prekrških (Uradni

list RS, št. 29/11 – uradno prečiščeno besedilo) pa so navedeni organi pristojni tudi za izvedbo prekrškovnega postopka.

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

K 16. členu (druge kršitve):

Z navedenim členom se spreminja 87. člen zakona, ki na novo in bolj določno predvideva več prekrškov. Iz dosedanje prakse nadzornih organov se je izkazalo, da izvajalci zdravstvene dejavnosti pogosto kršijo določila o spoštovanju pacientovega časa, pri tem pa zaradi pomanjkljivo določenih kazenskih določb ukrepanje pristojnih organov ni bilo mogoče. Nabor prekrškov je usklajen z Zdravstvenim inšpektoratom Republike Slovenije, ki je izhajal iz dosedanjih izkušenj vodenja prekrškovnih postopkov glede zdaj sicer precej omejenega nabora prekrškov. Poudariti je treba, da je velik del vsebine veljavnega Pravilnika o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov dvignjen na zakonsko raven, zaradi česar je več prekrškov. Z navedeno določbo se torej odpravlja ena od večjih pomanjkljivosti trenutne ureditve, tj. pomanjkljiv nadzor nad izvajanjem pravice do spoštovanja pacientovega časa.

Višina globe za vse naslovnike (pravna oseba, koncesionar, zdravstveni delavec, ki samostojno opravlja zdravstveno dejavnost, odgovorna oseba pravne osebe) ostaja nespremenjena.

K 17. členu (višina globe v hitrem postopku):

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

K 18. členu (nezdružljivost z delom zastopnika pacientovih pravic):

Na pobudo Državnega sveta Republike Slovenije predlagatelj odpravlja dosedanjo neustrezno rešitev glede pogojev za imenovanje zastopnikov pacientovih pravic, ki je neutemeljeno izpuščala omejitve glede združljivosti, ki so sicer v zakonu zapisane v 50. členu (ne pa v 89. členu, kjer je predvideno imenovanje zastopnikov v prehodnem obdobju). Predlog predvideva uskladitev petega odstavka 89. člena zakona z vsebino sedmega odstavka 50. člena, ki govori o združljivosti dela zastopnika z različnimi funkcijami oziroma članstvom v posameznih organih. Namen predlagane ureditve odpravlja težave pri razpisih za zastopnike pacientovih pravic, saj se na razpise prijavljajo tudi kandidati, ki bi bili ob polni veljavnosti omejitve glede nezdružljivosti funkcije iz sedmega odstavka 50. člena zakona v konfliktu interesov (na primer kandidati prihajajo iz vrst zdravstvenih delavcev, zaposlenih pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti).

K 19. členu (izdaja predpisa):

Minister za zdravje bo na podlagi tega zakona izdal podzakonski akt, in sicer v treh mesecih od uveljavitve tega zakona.

K 20. členu (določitev pooblaščenih oseb):

Predlagano določilo ureja rok za izpolnitev obveznosti izvajalcev glede določitve in posredovanja podatkov o pooblaščenih osebi za čakalni seznam, ki znaša 30 dni od uveljavitve tega zakona.

K 21. členu (objava podatkov izvajalcev):

NIJZ do 31. decembra 2017 spremlja in objavlja podatke o čakalnih dobah v skladu s spremenjenim 17. členom zakona in 17. členom Zakona o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 15/08).

K 22. členu (določitev stopnje nujnosti in uvrščanje na čakalni seznam):

Za paciente, ki jim je bila na dan uveljavitve tega zakona stopnja nujnosti določena in so bili že uvrščeni na čakalni seznam, se stopnja nujnosti ne določa ponovno, prav tako se ohrani prvotno

določeni termin. Ne glede na navedeno pa se za upravljanje čakalnega seznama glede teh pacientov (prenaročanje, odpoved terminov, obveščanje, črtanje ...) uporabi ta zakon.

K 23. členu (uskladitev predpisa, ki določa napotne listine):

Nosilec obveznega zdravstvenega zavarovanja, tj. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, je glede na prehodno določbo zavezan uskladiti Pravidnik o obrazcih in listinah za uresničevanje obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 104/13, 8/15 in 1/16) v treh mesecih od uveljavitve tega zakona, s katerim je določena vsebina napotne listine (tj. napotnice in drugih listin ZZZS). Do spremembe tega pravilnika pa bodo izdajatelji napotne listine (kadar ne gre za eNaročanje oziroma eNapotnico) stopnjo nujnosti navajali ročno na obrazcu (zapis stopnje nujnosti in podpis izdajatelja).

K 24. členu (predložitev napotne listine):

Na novo se ureja tudi veljavnost napotne listine, glede česar trenutno obstaja pravna praznina, pri čemer je veljavnost odvisna od stopnje nujnosti, ki je določena na napotni listini. Napotna listina s stopnjo nujnosti nujno mora biti predložena izvajalcu najpozneje naslednji dan, sicer preneha veljati, stopnja nujnosti zelo hitro v petih dneh, hitro in redno pa v 14 koledarskih dneh od njene izdaje.

S tem ukrepom zakon pacientu nalaga večjo skrb za začetek postopka uvrščanja na čakalni seznam in s tem začetka pričakovanega zdravljenja, kar vpliva k zmanjševanju morebitnih škodljivih posledic odlašanja z zdravstveno obravnavo. Če izvajalec prejme neveljavno oziroma pretečeno napotno listino, jo vrne njenemu izdajatelju, pacienta pa o tem na primeren način tudi obvesti.

Ker predmetna materija spada v sklop predpisov, ki urejajo zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje, se omenjena vsebina v tem zakonu določa le začasno, do sprejema Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju.

Kadar pacient, ki je že uvrščen na čakalni seznam pri določenem izvajalcu zdravstvene dejavnosti (oziroma zdravstvenem delavcu, zaposlenem pri njem), uveljavlja pravico do proste izbire izvajalca in zahteva uvrstitev na čakalni seznam nekega drugega izvajalca zdravstvene dejavnosti (oziroma zdravstvenega delavca, zaposlenega pri tem ali prejšnjem izvajalcu), prevzame že predloženo napotno listino in s tem spet aktivira upoštevanje roka njene veljavnosti. V teh primerih mora napotno listino predložiti v treh dneh od prejema napotne listine, in sicer ne glede na stopnjo nujnosti. V nasprotnem primeru ga doletijo posledice, ki jih na splošno predvideva tretji odstavek tega člena.

Predlagana ureditev določa tudi posledice nepravočasno predložene napotne listine, in sicer se pacienta po izteku rokov za predložitev napotne listine ne uvrsti na čakalni seznam oziroma se mu ne opravi zdravstvene storitve. Taka napotna listina postane neveljavna, zato se z navedbo razloga vrne izdajatelju, prav tako se o tem pacienta obvesti v roku, kot velja tudi za primer črtanja s čakalnega seznama (v treh dneh). Pri štetju rokov se računa čas od izdaje napotne listine, ki je zapisan na napotni listini, do njene predložitve izvajalcu zdravstvene dejavnosti.

K 25. členu (mandat zastopnikov pacientovih pravic):

V zvezi z novo določitvijo pogojev za zastopnike pacientovih pravic (tj. dodatna zahteva glede odsotnosti nasprotja interesov v prehodnem obdobju) je določen prehodni režim, in sicer morajo zastopniki, ki so bili imenovani pred uveljavitvijo tega zakona in ob imenovanju niso izpolnjevali pogoja iz sedmega odstavka 50. člena zakona, v treh mesecih od uveljavitve tega zakona prenehati opravljati funkcijo ali delo, ki z nalogami zastopnika pacientovih pravic ni združljivo. Če tega ne uskladijo, jim po izteku tega obdobja mandat zastopnika pacientovih pravic avtomatsko preneha (po zakonu).

K 26. členu (prenehanje veljavnosti):

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

Prav tako preneha veljati tudi Pravidnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov, saj se je s spremembo 15. člena ZPacP poseglo v pravno podlago pravilnika. Pravna podlaga za izdajo novega pravilnika je zdaj v petem odstavku 14.b člena, devetem odstavku 15.b člena in drugem odstavku 15.č člena ZPacP, vsebina

urejanja pa le delno ostaja enaka, saj so bile posamezne določbe povzdignjene za raven zakonskega urejanja, delno pa se podlaga za izdajo pravilnika oziroma vsebina urejanja tudi širi.

K 27. členu (začetek veljavnosti in uporabe):

Končna določba predvideva 15-dnevni rok za uveljavitev zakona ter trimesečni rok za uporabo zakona.

IV. BESEDILO ČLENOV, KI SE SPREMINJAJO:

1. člen (predmet in namen zakona)

(1) Ta zakon določa pravice, ki jih ima pacient oziroma pacientka (v nadaljnjem besedilu: pacient) kot uporabnik oziroma uporabnica (v nadaljnjem besedilu: uporabnik) zdravstvenih storitev pri vseh izvajalcih oziroma izvajalkah (v nadaljnjem besedilu: izvajalci) zdravstvenih storitev, postopke uveljavljanja teh pravic, kadar so te kršene, in s temi pravicami povezane dolžnosti.

(2) Namen tega zakona je omogočiti enakopravno, primerno, kakovostno in varno zdravstveno oskrbo, ki temelji na zaupanju in spoštovanju med pacientom in zdravnikom oziroma zdravnico (v nadaljnjem besedilu: zdravnik) ali drugim zdravstvenim delavcem oziroma delavko (v nadaljnjem besedilu: zdravstveni delavec) ter zdravstvenim sodelavcem oziroma sodelavko (v nadaljnjem besedilu: zdravstveni sodelavec).

(3) Pravice iz zdravstvenega zavarovanja in način njihovega uveljavljanja določa poseben zakon.

2. člen (pomen izrazov)

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

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

15. Ožji družinski člani pacienta so zakonec, zunajzakonski partner, partner iz istospolne skupnosti, starši, posvojitelji, stari starši, otroci oziroma posvojenci, vnuki ter bratje in sestre.
16. Pacient je bolnik ali drug uporabnik zdravstvenih storitev v odnosu do zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev oziroma izvajalcev zdravstvenih storitev ne glede na svoje zdravstveno stanje.
17. Razumen čas je čas, ki ne presega obdobja, sprejemljivega z vidika objektivne medicinske presoje kliničnih potreb pacienta glede na njegovo zdravstveno stanje, anamnezo, verjeten razvoj bolezni, stopnje bolečin ali naravo prizadetosti v trenutku uveljavljanja pravice.
18. Resna zdravstvena škoda je hudo poslabšanje fizičnega ali duševnega zdravja pacienta, ki ogroža pričakovane ugodne izide zdravljenja.
19. Sposobnost odločanja o sebi je sposobnost pacienta, da samostojno uveljavlja pravice iz tega zakona, še zlasti odloča o izvedbi medicinskega posega oziroma zdravstvene oskrbe. Pacient je sposoben odločanja o sebi, če je glede na starost, zrelost, zdravstveno stanje ali druge osebne okoliščine sposoben razumeti pomen in posledice uveljavljanja pravic iz tega zakona, še zlasti privolitve, zavrnitve ali preklica zavrnitve medicinskega posega oziroma zdravstvene oskrbe.
20. Strokovni standard je priporočilo, ki ga sprejme pristojni strokovni organ posamezne zdravstvene stroke za doseganje optimalne stopnje urejenosti na določenem področju.
21. Zdravstvena dejavnost je dejavnost, ki jo določa poseben zakon.
22. Zdravstvena oskrba so medicinski in drugi posegi za preprečevanje bolezni in krepitev zdravja, diagnostiko, terapijo, rehabilitacijo in zdravstveno nego ter druge storitve oziroma postopki, ki jih izvajalci zdravstvenih storitev opravijo pri obravnavi pacienta.
23. Zdravstvene storitve so storitve, ki jih v okviru dejavnosti izvajalcev zdravstvenih storitev za paciente opravljajo zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci.
24. Zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci so vsi, ki opravljajo zdravstvene ali lekarniške storitve, kot to določata zakona, ki urejata zdravstveno in lekarniško dejavnost.

3. člen (načela)

- Pri uresničevanju pravic pacientov po tem zakonu se upoštevajo zlasti naslednja načela:
- spoštovanje vsakogar kot človeka in spoštovanje njegovih moralnih, kulturnih, verskih, filozofskih in drugih osebnih prepričanj,
 - spoštovanje telesne in duševne celovitosti ter varnosti,
 - varstvo največje zdravstvene koristi za pacienta, zlasti otroka,
 - spoštovanje zasebnosti,
 - spoštovanje samostojnosti pri odločanju o zdravljenju,
 - spoštovanje osebnosti in dostojanstva tako, da nihče ni socialno zaznamovan zaradi svojega zdravstvenega stanja in vzrokov, posledic ter okoliščin tega stanja ali zdravstvene oskrbe, ki jo je bil zaradi tega deležen.
 -

4. člen (uresničevanje in omejevanje pacientovih pravic)

(1) Določbe tega zakona ne posegajo v pacientove pravice, določene z drugimi zakoni in mednarodnimi pogodbami, ki zavezujejo Republiko Slovenijo.

(2) Pacientove pravice, ki jih določa ta zakon, se pri vseh izvajalcih zdravstvenih storitev uveljavljajo v okviru sodobne medicinske doktrine, strokovnih standardov in normativov ter razvitosti zdravstvenega sistema v Republiki Sloveniji.

(3) Pacientove pravice, ki jih določa ta zakon in so hkrati vezane na sistem zdravstvenega zavarovanja, se uresničujejo v okviru predpisov s področja zdravstvenega zavarovanja.

(4) Pacientove pravice so lahko omejene z zakoni s področja zagotavljanja javne varnosti in javnega zdravja ter kadar bi bile ogrožene pravice drugih oseb.

5. člen (seznam pacientovih pravic)

- Pacientove pravice, ki jih ureja ta zakon, so:
- pravica do dostopa do zdravstvene oskrbe in zagotavljanja preventivnih storitev,
 - pravica do enakopravnega dostopa in obravnave pri zdravstveni oskrbi,
 - pravica do proste izbire zdravnika in izvajalca zdravstvenih storitev,
 - pravica do primerne, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe,
 - pravica do spoštovanja pacientovega časa,

- pravica do obveščeniosti in sodelovanja,
- pravica do samostojnega odločanja o zdravljenju,
- pravica do upoštevanja vnaprej izražene volje,
- pravica do preprečevanja in lajšanja trpljenja,
- pravica do drugega mnenja,
- pravica do seznanitve z zdravstveno dokumentacijo,
- pravica do varstva zasebnosti in varstva osebnih podatkov,
- pravica do obravnave kršitev pacientovih pravic,
- pravica do brezplačne pomoči pri uresničevanju pacientovih pravic.

1. Pravica do dostopa do zdravstvene oskrbe in zagotavljanja preventivnih storitev

6. člen (zdravstvena oskrba in preventivne storitve)

(1) Pacient ima v skladu s predpisi s področja zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja pravico do dostopa do zdravstvene oskrbe.

(2) Pacient ima pravico do nujne medicinske pomoči, ki je ni mogoče kakor koli pogojevati, še zlasti ne s plačilom ali napotnico.

(3) Pacient ima v skladu s posebnimi predpisi s področja zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja pravico do ustreznih preventivnih zdravstvenih storitev za ohranitev njegovega zdravja in preprečitev bolezni.

2. Pravica do enakopravnega dostopa in obravnave pri zdravstveni oskrbi

7. člen (prepoved diskriminacije)

Pacient ima pravico do enake obravnave pri zdravstveni oskrbi ne glede na spol, narodnost, raso ali etnično poreklo, vero ali prepričanje, invalidnost, starost, spolno usmerjenost ali drugo osebno okoliščino.

8. člen (varstvo otrok in drugih ogroženih skupin)

(1) Otrokom in drugim ogroženim skupinam so pri zdravstveni oskrbi poleg pravic, ki jih določa ta zakon, zagotovljene še posebne pravice, ki so opredeljene kot aktivna skrb države in jih določajo drugi predpisi.

(2) Pravice pacientov s težavami v duševnem zdravju in način njihovega uveljavljanja ureja tudi poseben zakon.

(3) Zdravstvena oskrba otrok poteka ustrezno njihovi starosti in zdravstvenemu stanju: v otroških oddelkih, razen če to iz objektivnih razlogov ni mogoče, brez nepotrebnih medicinskih posegov in dejanj, ki bi lahko povzročili telesno ali čustveno stisko otrok, tako, da se zagotavlja zadovoljevanje čustvenih in telesnih potreb otrok in tako, da se zagotavlja možnosti za sprostitev, igro in izobraževanje otrok.

(4) Otroci imajo v času stacionarne in druge zdravstvene oskrbe pravico do stalnega spremljanja enega od staršev ali druge osebe, ki skrbi za otroka, razen če so podani razlogi, zaradi katerih to ne bi bilo v otrokovo korist.

(5) V primeru stacionarne zdravstvene oskrbe otrok se pravica iz prejšnjega odstavka zagotavlja tudi v obliki nastanitve enega od staršev ali druge osebe, ki skrbi za otroka, v skladu s predpisi s področja zdravstvenega zavarovanja.

(6) Če pravica do nastanitve enega od staršev ali druge osebe, ki skrbi za otroka, ni pravica iz zdravstvenega zavarovanja, izvajalci zdravstvenih storitev zagotovijo odplačno nastanitev na zahtevo enega od staršev ali druge osebe, ki skrbi za otroka. Pri tem lahko izvajalec zdravstvenih storitev v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe zaračuna le materialne stroške nastanitve, katerih višino predpiše minister oziroma ministrica (v nadaljnjem besedilu: minister), pristojen za zdravje.

(7) Če izvajalec zdravstvenih storitev zaradi omejenih prostorskih zmogljivosti ne more zagotoviti pravice iz prejšnjega odstavka, se prednost pri nastanitvi enega od staršev ali druge osebe, ki skrbi za otroka, presoja glede na starost otroka, krajevno oddaljenost od bivališča otroka oziroma staršev ali druge osebe, ki skrbi za otroka, obstoj posebnih potreb otroka in njegovo zdravstveno stanje.

9. člen

(prosta izbira)

(1) Pacient ima pravico, da prosto izbere zdravnika in izvajalca zdravstvenih storitev, ki mu bo zaupal svoje zdravljenje.

(2) Ne glede na določbo prejšnjega odstavka ima pacient v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe pravico, da prosto izbere zdravnika in izvajalca zdravstvenih storitev v skladu s predpisi s področja zdravstvenega zavarovanja.

10. člen (izjema od proste izbire)

Zdravnik in izvajalec zdravstvenih storitev, ki ga je pacient izbral, lahko 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 predlagati izbiro drugega zdravnika in izvajalca zdravstvenih storitev ter razloge za zavrnitev pojasniti v pisni obliki v osmih dneh od izražene pacientove izbire.

4. Pravica do primerne, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe

11. člen (primerna, kakovostna in varna zdravstvena oskrba)

(1) Pacient ima pravico do primerne, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe v skladu z medicinsko doktrino.

(2) Primerna zdravstvena oskrba je tista, ki je skladna s pacientovimi potrebami ter zmožnostmi zdravstvenega sistema v Republiki Sloveniji in temelji na enostavnih, preglednih in prijaznih administrativnih postopkih ter vzpostavlja s pacientom odnos sodelovanja in zaupanja.

(3) Kakovostna zdravstvena oskrba je tista, ki dosledno dosega izide zdravljenja, ki so primerljivi s standardi ali najboljšimi praksami, ob upoštevanju temeljnih načel kakovosti, kot so uspešnost, varnost, pravočasnost, kontinuiteta, učinkovitost, enakopravnost in osredotočenost na pacienta.

(4) Varna zdravstvena oskrba je tista, ki preprečuje škodo za pacienta v zvezi s samim zdravljenjem in v zvezi z okoliščinami fizične varnosti bivanja ali zadrževanja pri izvajalcu zdravstvenih storitev.

12. člen (upravičenost do medicinskega posega oziroma zdravstvene oskrbe)

Pacient je do medicinskega posega oziroma zdravstvene oskrbe, ki se opravlja na račun javnih sredstev, upravičen, če je ta po pravilih medicinske stroke potrebna in se glede na sodobno medicinsko doktrino upravičeno pričakuje, da bo pacientu koristna in so pričakovane koristi za pacienta večje od tveganj ter obremenitev.

13. člen (zagotavljanje verske duhovne oskrbe)

Pri stacionarni oskrbi mora izvajalec zdravstvenih storitev zagotoviti pogoje za uresničevanje pravice pacienta do ustrezne verske duhovne oskrbe v skladu z zakonom, ki ureja versko svobodo.

14. člen (čakalni časi in čakalne dobe)

(1) Pacient ima pravico, da se njegov čas spoštuje.

(2) Izvajalec zdravstvenih storitev nujno medicinsko pomoč pacientu opravi takoj.

(3) Pri zdravstveni storitvi, kjer ne gre za nujno medicinsko pomoč iz prejšnjega odstavka in je ni mogoče opraviti takoj, izvajalec zdravstvenih storitev pacienta uvrsti na čakalni seznam, pri čemer upošteva strokovne standarde glede stopnje nujnosti, ki jo je treba v čakalnem seznamu posebej dokumentirati. Izvajalci zdravstvenih storitev poskrbijo za najkrajši možni čakalni čas, skladno s pogoji financiranja pa tudi za čakalno dobo v okviru razumnega časa.

(4) Stopnja nujnosti iz drugega in tretjega odstavka tega člena se presoja v skladu s pacientovo največjo zdravstveno koristjo in tako, da se prepreči resna zdravstvena škoda za pacienta.

(5) Če pacient iz opravičenih razlogov ni mogel priti na izvedbo zdravstvene storitve, mu je izvajalec zdravstvenih storitev dolžan določiti čim bližji novi datum načrtovane zdravstvene storitve.

(6) Če pacient ni prišel na izvedbo zdravstvene storitve in svojega izostanka ni opravičil v 14 dneh po dnevnu načrtovane zdravstvene storitve, ga izvajalec zdravstvenih storitev črta s čakalnega seznama.

(7) Izvajalec zdravstvenih storitev je dolžan pacienta po opravljeni zdravstveni storitvi črtati s čakalnega seznama.

(8) Če pacient na zdravstveno storitev čaka več kot tri mesece, ima pravico zahtevati kontrolni pregled pri zdravniku, ki ga je na zdravstveno storitev napotil.

(9) Pacient je lahko za isto zdravstveno storitev vpisan samo v čakalnem seznamu enega izvajalca zdravstvenih storitev v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe. Če se ugotovi, da je pacient vpisan v več čakalnih seznamov, izvajalci zdravstvenih storitev pozovejo pacienta, da se v 10 dneh opredeli, na katerem čakalnem seznamu želi biti vpisan. Če se pacient ne opredeli, se upošteva prvi vpis.

(10) Izvajalec zdravstvenih storitev zagotovi telefonsko naročanje in elektronske oblike naročanja ter delo organizira tako, da pacient ne čaka dlje, kot je to potrebno. Način naročanja izvajalec zdravstvenih storitev objavi na vidnem mestu v čakalnici na primarni ravni in v specialistični ambulantni dejavnosti oziroma na običajnem oglasnem mestu v bolnišnicah ter na njegovih spletnih straneh.

15. člen (čakalni seznam)

(1) V čakalnem seznamu izvajalcev zdravstvenih storitev na primarni, sekundarni in terciarni ravni, razen za preglede pri izbranem osebnem zdravniku splošne medicine in pediatru oziroma pediatriji (v nadaljnjem besedilu: pediater), se za vsako zdravstveno storitev posebej vodijo naslednji podatki:

1. zaporedna številka vpisa,
2. datum in ura vpisa,
3. osebno ime pacienta,
4. naslov in kontaktni podatki pacienta,
5. EMŠO pacienta,
6. ZZZS številka zavarovane osebe,
7. predvideni datum izvedbe zdravstvene storitve,
8. datum izvedene zdravstvene storitve,
9. šifra programa oziroma zdravstvene storitve,
10. stopnja nujnosti,
11. izvajalec, ki je pacienta uvrstil na čakalni seznam (šifra zdravstvenega delavca, šifra in drugi podatki o izvajalcu),
12. izvajalec, ki je zdravstveno storitev opravil (šifra zdravstvenega delavca, šifra in drugi podatki o izvajalcu).

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

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

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

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

16. člen (sporočanje podatkov)

(1) Izvajalec zdravstvenih storitev v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe v skladu z zakonom, ki ureja evidence v zdravstvu, in zakonom, ki ureja varstvo osebnih podatkov, podatke iz

prvega odstavka prejšnjega člena, razen podatkov iz 4. točke prvega odstavka prejšnjega člena, stalno izmenjuje z Inštitutom za varovanje zdravja Republike Slovenije (v nadaljnjem besedilu: Inštitut).

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

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

17. člen **(nacionalni čakalni seznam)**

(1) Inštitut vodi nacionalni čakalni seznam na podlagi podatkov iz prejšnjega člena za namene obveščenosti pacientov, izmenjave podatkov z izvajalci zdravstvenih storitev, upravljanja sistema zdravstvenega varstva in druge namene v skladu z zakonom, ki ureja evidence v zdravstvu.

(2) Inštitut javno objavlja statistične podatke o čakalnih dobah.

18. člen **(specialistični ambulantni pregled)**

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

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

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

23. člen **(seznanitev pacienta o tem, kdo sodeluje pri njegovem zdravljenju)**

(1) Pacient ima pravico vedeti, kdo ga zdravi in kdo sodeluje pri njegovem zdravljenju.

(2) V ordinaciji, ambulanti ali na drugem mestu, kjer se opravlja zdravstvena oskrba, je v čakalnici ali na drugem vidnem mestu objavljeno osebno ime in strokovni ter morebitni znanstveni naziv zdravstvenega delavca oziroma zdravstvenega sodelavca ter njegova časovna dostopnost.

(3) Zdravstveni delavec oziroma zdravstveni sodelavec, ki ima neposreden stik s pacientom, ima na vidnem mestu oznako z navedbo osebnega imena in strokovnega ter morebitnega znanstvenega naziva ter se pacientu osebno predstavi.

(4) V prostorih iz drugega odstavka tega člena mora biti na vidnem mestu objavljen naziv pravne ali fizične osebe, s katero ima izvajalec zdravstvenih storitev sklenjeno pogodbo za izvajanje laboratorijskih in drugih storitev.

24. člen **(splošne informacije in informacije ob odpustu)**

(1) Izvajalci zdravstvenih storitev morajo pacientu na njemu razumljiv način pojasniti organizacijske vidike zdravljenja. Pacienta morajo seznaniti tudi s posebnostmi dostopa do storitev, kot so čakalne dobe, čakalni časi in čakalni seznammi ter plačljivostjo storitev iz programa obveznega zdravstvenega zavarovanja.

(2) Pri vsakem izvajalcu zdravstvenih storitev morajo biti pacientu na voljo pisne informacije o vsebini tega zakona in splošne informacije o izvajalcu in zdravstvenih storitvah, ki jih nudi. Ob sprejemu v stacionarno oskrbo mora biti pacient seznanjen s hišnim redom, ureditvijo nastanitve in bivanja.

(3) Ob odpustu iz bolnišnice ali drugega zavoda ima pacient pravico do pisnega poročila o diagnozi, zdravljenju in zdravstveni negi ter do navodil za nadaljnje zdravljenje in ravnanje do prvega obiska pri osebni zdravniku, vključno s potrebnimi zdravili ali medicinskimi pripomočki.

25. člen **(seznanitev s stroški)**

(1) Če zdravstveno storitev pacient delno ali v celoti plača sam, mu izvajalec zdravstvenih storitev predhodno predloži pisno informacijo o predvidenih stroških zdravstvenih storitev. Po opravljeni zdravstveni storitvi pacient prejme račun za opravljene zdravstvene storitve ter uporabljena zdravila in medicinske pripomočke.

(2) Če pacient zdravstvene storitve ne plača sam, ga izvajalec zdravstvenih storitev po opravljeni zdravstveni storitvi seznanj z obračunom, specificiranim po posameznih zdravstvenih storitvah, uporabljenih zdravilih in medicinskih pripomočkih.

(3) Na zahtevo pacienta je izvajalec zdravstvenih storitev dolžan pacientu račun obrazložiti.

7.1 Pravica do privolitve v zdravstveno oskrbo

26. člen (privolitev)

(1) Pacient ima pravico do samostojnega odločanja o zdravljenju, pod pogoji, ki jih določa zakon.

(2) Pacientu, ki je sposoben odločanja o sebi, brez njegove poprejšnje svobodne in zavestne privolitve na podlagi prejetih pojasnil iz 20. člena tega zakona ni dovoljeno opraviti medicinskega posega oziroma zdravstvene oskrbe, razen v primerih, ki jih določa zakon.

(3) Pod pogoji iz prejšnjega odstavka in na način ter pod drugimi pogoji, ki jih določa zakon, je privolitev pacienta potrebna tudi v primeru:

sodelovanja v učnem procesu, zlasti ob prisotnosti drugih oseb med izvajanjem zdravstvene oskrbe zaradi zdravstvenega izobraževanja, ki ga ureja 43. člen tega zakona, uporabe zdravstvenih podatkov za namene, ki ne predstavljajo zdravljenja, ki jo ureja 44. člen tega zakona,

seznanjanja tretjih oseb z zdravstveno dokumentacijo, ki ga ureja 44. člen tega zakona, sporočanja informacij o zdravstvenem stanju tretjim osebam, ki ga ureja 45. člen tega zakona, sodelovanja v medicinskih raziskavah,

preiskav na njemu odvzetem biološkem materialu, pri čemer se te lahko opravijo samo za potrebe njegovega zdravljenja, razen če morebitno drugo rabo biološkega materiala ureja poseben zakon, razpolaganja s telesom ali deli telesa po njegovi smrti za potrebe medicinskega izobraževanja in znanstvenih raziskav, za katerega se smiselno uporabljajo določbe zakona, ki ureja odvzem in presaditev delov človeškega telesa zaradi zdravljenja, darovanja organov, tkiv ali celic v času življenja in po smrti, ki ga ureja poseben zakon.

(4) Pacient lahko da privolitev ustno, z dejanjem oziroma ravnanjem, iz katerega je mogoče zanesljivo sklepati, da pomeni privolitev, ali pisno, kadar tako določa zakon. Privolitev se lahko da tudi za več medicinskih posegov skupaj, če predstavljajo funkcionalno celoto v okviru postopka zdravljenja.

(5) Za operativni ali drug medicinski poseg, povezan z večjim tveganjem ali večjo obremenitvijo, mora biti pacientova privolitev dokumentirana na obrazcu iz 27. člena tega zakona.

(6) Kadar pacient ne more dati pisne privolitve, lahko da privolitev tudi ustno v prisotnosti dveh polnoletnih prič, kar je treba dokumentirati na obrazcu iz 27. člena tega zakona, skupaj z navedbo razloga nezmožnosti.

(7) Če pacient v medicinski poseg privoli, pisne privolitve pa noče dati, je treba to dejstvo in morebitne razloge dokumentirati na obrazcu iz 27. člena tega zakona in potrditi s podpisom dveh polnoletnih prič.

27. člen (privolitveni obrazec)

(1) Privolitev iz petega odstavka prejšnjega člena se dokumentira na privolitvenem obrazcu, ki vsebuje:

osnovne podatke o izvajalcu zdravstvenih storitev, opis medicinskega posega oziroma zdravstvene oskrbe z navedbo pglavitnih možnih zapletov in pričakovanih koristi ter povzetek drugih pojasnil iz 20. člena tega zakona,

osebno ime in podpis zdravnika, ki opravi pojasnilno dolžnost, oziroma zdravnika, ki medicinski poseg oziroma zdravstveno oskrbo izvede,

privolitveno in zavrnitveno izjavo ter izjavo o prejemu in razumevanju pojasnil iz 20. člena tega zakona ter izjavo o preklicu iz 31. člena tega zakona,

osebno ime in ZZZS številko zavarovane osebe ali drug osebni podatek, ki identificira pacienta,

osebno ime in drug podatek, ki omogoča identifikacijo prič, oseb, ki dajejo soglasje, in oseb, ki dajejo privolitev namesto pacienta, ki ni sposoben odločanja o sebi, osebna imena, kontaktne podatke in razmerje do pacienta tistih oseb, ki jih pacient določi v okviru privolitve iz tretje in četrte alineje tretjega odstavka prejšnjega člena in način ter obseg uresničevanja pravice, čas in datum danih izjav, navedbo razlogov in okoliščin iz šestega in sedmega odstavka prejšnjega člena, podpis pacienta, razen v primerih, ki jih določa ta zakon, in podpise drugih oseb, kadar je to potrebno, druge sestavine, ki so potrebne glede na naravo in okoliščine privolitve oziroma zavrnitve, ali jih določa drug zakon.

(2) Natančnejšo vsebino in obliko privolitvenega obrazca predpiše minister, pristojen za zdravje.

(3) Fotokopijo izpolnjenega in podpisanega privolitvenega obrazca se izroči tudi pacientu.

7.2 Zdravstvena oskrba brez privolitve

29. člen

(medicinski poseg oziroma zdravstvena oskrba brez privolitve pacienta)

Medicinski poseg oziroma zdravstvena oskrba, ki ni poseg oziroma oskrba iz prejšnjega člena in hkrati ni operativni ali drug medicinski poseg, povezan z večjim tveganjem ali večjo obremenitvijo, se pacientu lahko opravi brez njegove privolitve pod naslednjimi pogoji:

pacient ni sposoben odločanja o sebi,

zdravnik ni vedel in ni mogel vedeti, da je pacient, pacientov zdravstveni pooblaščenec oziroma pooblaščenka (v nadaljnjem besedilu: pacientov zdravstveni pooblaščenec), pacientov zakoniti zastopnik oziroma zastopnica (v nadaljnjem besedilu: zakoniti zastopnik) ali druga oseba, ki po zakonu lahko da privolitev, posegu nasprotoval,

privolitve oseb iz prejšnje alineje v razumnem času ni bilo mogoče pridobiti in

bo medicinski poseg oziroma zdravstvena oskrba pacientu v največjo zdravstveno korist.

7.3 Pravica do zavrnitve zdravstvene oskrbe

30. člen

(zavrnitev)

(1) Pacient, ki je sposoben odločanja o sebi, ima pravico zavrniti predlagani medicinski poseg oziroma zdravstveno oskrbo, razen kadar bi to ogrozilo življenje ali huje ogrozilo zdravje drugih.

(2) Če zdravnik, ki pacienta zdravi, oceni, da je pacientova odločitev v nasprotju z njegovo najboljšo zdravstveno koristjo in bi zavrnitev lahko ogrozila njegovo življenje ali povzročila nepopravljivo in hudo poslabšanje njegovega zdravstvenega stanja, mora poskusiti pacienta o tem prepričati, po potrebi pa za pomoč zaprositi pacientove ožje družinske člane oziroma predlagati pacientu pridobitev drugega mnenja.

(3) Zavrnitev medicinskega posega oziroma zdravstvene oskrbe ne sme imeti posledic v odnosu zdravstvenih delavcev oziroma zdravstvenih sodelavcev do pacienta.

(4) Za operativne ali druge medicinske posege, povezane z večjim tveganjem ali večjo obremenitvijo, se zavrnitev dokumentira na obrazcu iz 27. člena tega zakona.

31. člen

(preklic privolitve ali zavrnitve)

(1) Pacient ima pravico kadar koli preklicati privolitev v medicinski poseg oziroma zdravstveno oskrbo pod pogoji iz prvega odstavka prejšnjega člena.

(2) Pacient ima pravico kadar koli preklicati zavrnitev medicinskega posega oziroma zdravstvene oskrbe pod pogoji iz 26. člena tega zakona.

32. člen

(pacientov zdravstveni pooblaščenec)

(1) Pacient, ki je sposoben odločanja o sebi in je dopolnil 18 let starosti, lahko določi osebo, ki bo v primeru in za čas njegove nesposobnosti odločanja o sebi odločala o njegovi zdravstveni oskrbi in drugih pravicah iz tega zakona (v nadaljnjem besedilu: pacientov zdravstveni pooblaščenec).

(2) Pacientov zdravstveni pooblaščenec je lahko oseba, ki je sposobna odločanja o sebi in je dopolnila 18 let starosti. Pacientov zdravstveni pooblaščenec ima pravico do seznanitve s pacientovo zdravstveno dokumentacijo in njegovim zdravstvenim stanjem ter pojasniti, ki so pomembna za odločanje o zdravstveni oskrbi.

(3) Pacient zdravstvenega pooblaščenca določi s pisnim pooblastilom, na katerem mora biti pacientov podpis overjen. V pooblastilu lahko pacient določi navodila in usmeritve glede njegove zdravstvene oskrbe ter morebitne omejitve pravice do seznanitve z zdravstveno dokumentacijo in njegovim zdravstvenim stanjem.

(4) Pooblastilo iz prejšnjega odstavka lahko pacient kadar koli prekliče s pisno izjavo, pacientov zdravstveni pooblaščenec pa se mu lahko ob vsakem času odpove s pisno izjavo, razen kadar bi odpoved lahko povzročila resno zdravstveno škodo za pacienta.

(5) Osebno ime, rojstni in kontaktni podatki pacientovega zdravstvenega pooblaščenca so izvajalcu zdravstvenih storitev dostopni prek informacijskega sistema kartice zdravstvenega zavarovanja ali centralne evidence zdravstvene dokumentacije. Postopek zapisa in izbrisa podatkov, hrambo in postopek seznanitve s pooblastilom predpiše minister, pristojen za zdravje.

33. člen

(izključitev oseb, ki so po zakonu upravičene do odločanja o zdravstveni oskrbi)

(1) Pacient, ki je sposoben odločanja o sebi in je dopolnil 18 let starosti, lahko s pisno izjavo izključi ali omeji osebe, ki so upravičene do odločanja o njegovi zdravstveni oskrbi po tem zakonu, za primere ko ni sposoben odločanja o sebi.

(2) Izjava iz prejšnjega odstavka je izvajalcu zdravstvenih storitev dostopna prek informacijskega sistema kartice zdravstvenega zavarovanja ali centralne evidence zdravstvene dokumentacije.

34. člen

(upoštevanje vnaprej izražene volje)

(1) Pacient, ki je sposoben odločanja o sebi in je dopolnil 18 let starosti, ima pravico, da se upošteva njegova volja o tem, kakšne zdravstvene oskrbe ne dovoljuje, če bi se znašel v položaju, ko ne bi bil sposoben dati veljavne privolitve, če:

bi trpel za hudo boleznijo, ki bi glede na dosežke medicinske znanosti v kratkem času vodila v smrt tudi ob ustreznem medicinskem posegu oziroma zdravstveni oskrbi in tako zdravljenje ne daje upanja na ozdravitev oziroma izboljšanja zdravja ali lajšanje trpljenja, ampak samo podaljšuje preživetje,

bi mu medicinski poseg oziroma zdravstvena oskrba podaljšala življenje v položaju, ko bo bolezen ali poškodba povzročila tako hudo invalidnost, da bo dokončno izgubil telesno ali duševno sposobnost, da bi skrbel zase.

(2) Volja iz prve alineje prejšnjega odstavka je za zdravnika zavezujoča, volja iz druge alineje prejšnjega odstavka pa mora biti upoštevana kot smernica pri odločanju o zdravljenju.

(3) Vnaprej izraženo voljo je treba upoštevati, ko nastopi položaj, ki ga predvideva opredelitev in če hkrati ne obstoji utemeljen dvom, da bi pacient voljo v teh okoliščinah preklical.

(4) Vnaprej izražena volja mora biti dokumentirana na obrazcu iz 27. člena tega zakona.

(5) Izbrani osebni zdravnik in zastopnik pacientovih pravic pacienta pred izjavljanjem vnaprej izražene volje natančno poučita o pomenu in posledicah njegove odločitve. Ugotovitev identitete pacienta, ugotovitve glede izpolnjevanja pogojev iz prvega odstavka tega člena, osnovna pojasnila ter podpisi pacienta, izbranega osebnega zdravnika in zastopnika pacientovih pravic so sestavni del obrazca iz 27. člena tega zakona.

(6) Pisna izjava iz prvega odstavka tega člena velja pet let in jo pacient lahko ne glede na sposobnost odločanja o sebi kadar koli s pisno izjavo prekliče.

(7) Podatek o tem, da je pacient dal izjavo po tem členu, je zdravniku dostopen prek informacijskega sistema kartice zdravstvenega zavarovanja ali centralne evidence zdravstvene dokumentacije. Postopek zapisa in izbrisa podatkov, hrambo in postopek seznanitve z izjavo predpiše minister, pristojen za zdravje.

35. člen

(otroci)

(1) Kadar otrok ni sposoben privolitve v medicinski poseg oziroma zdravstveno oskrbo, se ta sme opraviti le, če ga dovolijo njegovi starši ali skrbnik oziroma skrbnica (v nadaljnjem besedilu: skrbnik). Enako velja za posebne vrste privolitve iz tretjega odstavka 26. člena tega zakona, če zakon ne določa drugače.

(2) Šteje se, da otrok do 15. leta starosti ni sposoben privolitve, razen če zdravnik glede na otrokovo zrelost oceni, da je za to sposoben, pri čemer se glede okoliščin, ki govorijo o sposobnosti odločanja o sebi, praviloma posvetuje s starši oziroma skrbnikom. Šteje se, da je otrok, ki je dopolnil 15. let starosti, sposoben privolitve, razen če zdravnik glede na otrokovo zrelost oceni, da za to ni sposoben, pri čemer se glede okoliščin, ki govorijo o sposobnosti odločanja o sebi, praviloma posvetuje s starši oziroma skrbnikom.

(3) O privolitvi iz tega člena odločata starša praviloma sporazumno.

(4) Za operativni ali drug medicinski poseg, povezan z večjim tveganjem ali večjo obremenitvijo, oziroma medicinski poseg, ki utegne imeti pomembne posledice za otroka, se zahteva privolitev obeh staršev, razen kadar:

eden od staršev ni znan ali je neznanega bivališča,

je enemu od staršev odvzeta roditeljska pravica,

eden od staršev zaradi začasne zadržanosti mnenja ne more dati pravočasno brez nevarnosti za nastanek resne zdravstvene škode za otroka,

eden od staršev ne izpolnjuje pogojev, ki se zahtevajo za pacientovo sposobnost odločanja o sebi.

(5) Za privolitev po prejšnjem odstavku se uporabljajo določbe 27. člena tega zakona, ki veljajo za privolitev.

(6) Kadar se starša o operativnem ali drugem medicinskem posegu, povezanem z večjim tveganjem ali večjo obremenitvijo, oziroma medicinskem posegu, ki utegne imeti pomembne posledice za otroka, ne moreta odločiti sporazumno, lahko predlagata, da jima pri tem pomaga ali odloči organ, ki je za to pristojen po predpisih, ki urejajo družinska razmerja.

(7) Za druge medicinske posege oziroma zdravstveno oskrbo, ki ne predstavlja posegov oziroma oskrbe iz prejšnjega odstavka, lahko da privolitev tisti od staršev, ki je takrat, ko se privolitev daje, prisoten. Če sta prisotna oba in ne soglašata, zdravnik pridobi soglasje konzilija v največjo možno korist otroka, če to ni mogoče, pa od drugega zdravnika, ki dotlej ni bil in pozneje ne bo vključen v pacientovo zdravljenje. Odločitev na obrazcu iz 27. člena tega zakona podpišejo eden od staršev, ki soglašata z medicinskim posegom oziroma zdravstveno oskrbo, in člani konzilija oziroma zdravnik, ki je dal soglasje.

(8) Otrok ima pravico, da se kadar o njegovi zdravstveni oskrbi odločajo druge osebe, kolikor je najbolj mogoče upošteva njegovo mnenje, če ga je sposoben izraziti in če razume njegov pomen ter posledice.

(9) Na način, kot je določen v prejšnjih odstavkih, uveljavlja otrok tudi druge pravice iz 5. člena tega zakona, če ta zakon ne določa drugače.

37. člen

(pacienti s težavami v duševnem zdravju)

(1) Kadar pacient zaradi težav v duševnem zdravju ali drugega vzroka, ki vpliva na zmožnost razsojanja, ni sposoben privolitve v medicinski poseg, se ta sme opraviti le, če ga dovoli zakoniti zastopnik.

(2) Če pacient iz prejšnjega odstavka nima zakonitega zastopnika, izvajalec zdravstvenih storitev obvesti pristojni organ za začetek postopka za postavitve zakonitega zastopnika.

(3) Če zdravnik ugotovi, da zakoniti zastopnik ne odloča v najboljšo zdravstveno korist pacienta, o tem obvesti organ, ki je postavil zakonitega zastopnika, za zagotovitev ustreznega zastopanja.

(4) Dokler pacientu iz prvega odstavka tega člena ni postavljen zakoniti zastopnik, lahko privolitev v medicinski poseg oziroma zdravstveno oskrbo dajo osebe, ki so sposobne odločanja o sebi in so dopolnile 18 let starosti, in sicer v naslednjem izključujočem vrstnem redu:

pacientov zakonec, zunajzakonski partner ali partner iz istospolne skupnosti,

pacientovi otroci ali posvojenci,

pacientovi starši oziroma posvojitelji,

pacientovi bratje ali sestre,

pacientovi stari starši,

pacientovi vnuki.

(5) Če osebe iz posamezne alineje prejšnjega odstavka ne dosežejo soglasja o izvedbi medicinskega posega oziroma zdravstvene oskrbe, odloči o tem zdravnik, ki ga zdravi, pri čemer upošteva podana mnenja in pacientovo največjo zdravstveno korist.

(6) Določbe prejšnjih odstavkov se smiselno uporabljajo tudi za privolitve iz tretjega odstavka 26. člena tega zakona.

(7) Na način, kot je določeno v tem členu, uveljavlja pacient iz prvega odstavka tega člena tudi druge pravice iz 5. člena tega zakona, če zakon ne določa drugače.

(8) Zakoniti zastopnik in druge osebe iz četrtega odstavka tega člena ne morejo zavrniti nujne medicinske pomoči pacientu s težavami v duševnem zdravju.

39. člen **(preprečevanje in lajšanje trpljenja)**

(1) Pacient ima pravico, da se brez odlašanja ukrene vse potrebno za odpravo ali največjo možno ublažitev bolečin in drugega trpljenja, povezanega z njegovo boleznijo.

(2) Pacient ima pravico, da se pri njegovi zdravstveni oskrbi po strokovnih standardih preprečijo nepotrebne bolečine in drugo trpljenje, povezano z medicinskim posegom.

(3) Pacient v končni fazi bolezni in pacient z neozdravljivo boleznijo, ki povzroča hudo trpljenje, ima pravico do paliativne oskrbe.

40. člen **(pridobitev drugega mnenja)**

(1) Pacient ima pravico kadarkoli pridobiti drugo mnenje.

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

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

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

41. člen **(način seznanitve z zdravstveno dokumentacijo)**

(1) Pacient ima ob prisotnosti zdravnika ali drugega zdravstvenega delavca oziroma zdravstvenega sodelavca pravico do neoviranega vpogleda in prepisa zdravstvene dokumentacije, ki se nanaša nanj. Fotokopiranje ali drugo reprodukcijo zdravstvene dokumentacije mora zagotoviti izvajalec zdravstvenih storitev. Verodostojno reprodukcijo slikovne dokumentacije, ki se ne hrani v elektronski obliki, je izvajalec zdravstvenih storitev dolžan zagotoviti, če razpolaga s tehničnimi sredstvi, ki to omogočajo.

(2) Pacientu oziroma njegovemu pooblaščenцу ali drugi osebi, ki ima pravico do seznanitve, se omogoči seznanitev pod pogojem, da je zagotovljena njihova identifikacija in izkazana pravna podlaga.

(3) Izvajalec zdravstvenih storitev mora pravico iz prvega odstavka tega člena pacientu omogočiti takoj ali najpozneje pet delovnih dni po prejemu zahteve. Pacient lahko pri istem izvajalcu zdravstvenih storitev vloži zahtevo največ dvakrat mesečno.

(4) Izvajalec zdravstvenih storitev lahko za izvajanje pravic iz prvega odstavka tega člena zaračuna materialne stroške preslikave oziroma druge reprodukcije in posredovanja v skladu s predpisi s področja varstva osebnih podatkov.

(5) Poleg pravic iz prejšnjih odstavkov tega člena ima pacient pravico zahtevati: da se dodajo njegove pripombe k zapisom v zdravstveni dokumentaciji, osnovna ustna pojasnila o vsebini zdravstvene dokumentacije, razen kadar pacient prejme izčrpna pojasnila na podlagi 20. člena tega zakona, izčrpna ustna pojasnila o vsebini zdravstvene dokumentacije, če glede posameznih delov dokumentacije ni prejel pojasnil na podlagi 20. člena tega zakona.

Izvajalec zdravstvenih storitev mu mora omogočiti uresničitev pravice iz prve in druge alineje tega odstavka v roku iz tretjega odstavka tega člena, uresničitev pravice iz tretje alineje tega odstavka pa v 15 dneh od prejema zahteve.

(6) Osebe, ki so po zakonu ali po pooblastilu pacienta upravičene do odločanja o pacientovi zdravstveni oskrbi, imajo pravico do seznanitve s pacientovo zdravstveno dokumentacijo pod pogoji in na način, določen v prejšnjih odstavkih tega člena, le kadar imajo pravico odločanja o konkretni zdravstveni oskrbi pacienta in v obsegu, ki je potreben za odločanje.

(7) Za uresničevanje pravice po tem členu lahko pacient, ki je sposoben odločanja o sebi, pisno pooblasti katero koli osebo, ki izpolnjuje pogoje iz drugega odstavka 32. člena tega zakona.

(8) Pri uresničevanju pravice po tem členu je treba upoštevati tudi določbe prvega odstavka 22. člena tega zakona.

(9) Pacient ima na podlagi smiselne uporabne določb prejšnjih odstavkov tega člena pravico do samostojnega dostopa do svojega elektronskega zdravstvenega zapisa in podatkov v informacijskem sistemu kartice zdravstvenega zavarovanja, če zdravstveni sistem to omogoča.

(10) Pacient in druge upravičene osebe imajo ob kršitvi določbe tega člena pravico vložiti pritožbo pri Informacijskem pooblaščenca. Za postopek pred Informacijskim pooblaščenca se poleg določb zakona, ki ureja splošni upravni postopek, smiselno uporabljajo tudi določbe 10., 11. in 12. člena Zakona o Informacijskem pooblaščenca (Uradni list RS, št. 113/05 in 51/07 – ZUstS-A). Izvajalec zdravstvenih storitev se v tem postopku šteje kot prvostopenjski organ. Določbe tega odstavka se uporabljajo tudi za postopek po petem odstavku 42. člena in sedmem odstavku 45. člena tega zakona.

42. člen **(seznanitev z zdravstveno dokumentacijo po pacientovi smrti)**

(1) Po pacientovi smrti imajo pravico do seznanitve z njegovo zdravstveno dokumentacijo osebe, ki so za obdelavo podatkov pooblaščenca z zakonom, in osebe, za katere je pacient predhodno dal izrecno privolitve v pisni obliki.

(2) Po pacientovi smrti imajo pravico do seznanitve z njegovo zdravstveno dokumentacijo pacientov zakonec, zunajzakonski partner, partner iz istospolne skupnosti, otroci in posvojenci, kadar teh oseb ni, pa pacientovi starši. Osebam iz prejšnjega stavka se omogoči le dostop do tistih podatkov, ki so potrebni za doseg zakonitega namena seznanitve. Osebe iz prvega stavka, ki se želijo seznaniti z zdravstveno dokumentacijo, ki je nastala v času, ko umrl pacient ni bil sposoben odločanja o sebi in se je to stanje brez prekinitve nadaljevalo do njegove smrti, morajo za seznanitev izkazati pravni interes. Z zdravstveno dokumentacijo umrlega pacienta se lahko seznanijo tudi druge osebe, ki za to izkažejo pravni interes z ustrežno listino, pri čemer se jim omogoči le dostop do tistih podatkov, ki so potrebni za uveljavljanje njihovega pravnega interesa.

(3) Zahteva za seznanitev oseb iz prejšnjega odstavka se delno ali v celoti zavrne, če tako določa zakon ali če je pacient seznanitev pred smrtjo pisno ali ustno v navzočnosti dveh prič izrecno prepovedal.

(4) Ne glede na izrecno prepoved umrlega pacienta imajo pravico do seznanitve z zdravstveno dokumentacijo v delu, ki se nanaša na razloge, ki utegnejo bistveno vplivati na njihovo zdravje, pacientovi starši, pacientovi potomci do katerega koli kolena, pacientov zakonec, zunajzakonski partner ali partner iz istospolne skupnosti, bratje in sestre ali druge osebe, ki so bile z umrlim pacientom v posebnem razmerju in to z gotovostjo izkažejo. Seznanitev se izvede prek pacientovega izbranega osebnega zdravnika ali zdravnika, ki je bil kako drugače udeležen v postopku zdravljenja, če tega ni, pa zdravnika določi izvajalec zdravstvenih storitev, ki razpolaga s pacientovo zdravstveno dokumentacijo.

(5) O zahtevi za seznanitev odloči izvajalec zdravstvenih storitev v 15 dneh od prejema obrazložene zahteve. Če je zahteva delno ali v celoti zavrnjena, imajo osebe iz prvega, drugega in četrtega odstavka tega člena pravico vložiti pritožbo pri Informacijskem pooblaščenca.

(6) Pacient ima pravico določiti osebe, ki se po njegovi smrti lahko seznanijo z njegovo zdravstveno dokumentacijo, in osebe, katerim seznanitev z njegovo zdravstveno dokumentacijo prepoveduje. Pravica iz tega odstavka se uresničuje na način in pod pogoji, ki jih določa 45. člen tega zakona. Prepoved oziroma določitev oseb se lahko evidentira tudi v centralni evidenci zdravstvene dokumentacije.

43. člen **(zasebnost pri opravljanju zdravstvene storitve)**

(1) Izvajalci zdravstvenih storitev morajo pri vsakokratni zdravstveni oskrbi spoštovati pacientovo zasebnost, zlasti njegova moralna, kulturna, verska, filozofska in druga osebna prepričanja, ob upoštevanju medicinske doktrine.

(2) Pacientu se omogoči, da so pri medicinskem posegu oziroma zdravstveni oskrbi navzoči le:

zdravstveni delavci oziroma zdravstveni sodelavci, ki opravljajo medicinski poseg oziroma zdravstveno oskrbo,

osebe, za katere želi, da so navzoče, če je to glede na naravo medicinskega posega oziroma zdravstvene oskrbe izvedljivo,

osebe, ki imajo v konkretnem primeru pravico do privolitve v medicinski poseg oziroma zdravstveno oskrbo, če pacient ni sposoben odločanja o sebi in če je to glede na naravo medicinskega posega oziroma zdravstvene oskrbe izvedljivo,

druge osebe, če tako določa zakon.

(3) Osebe, katerih navzočnost je potrebna za potrebe zdravstvenega izobraževanja, so lahko navzoče le s predhodno privolitvijo pacienta. Privolitev lahko dajo tudi osebe, ki imajo v konkretnem primeru pravico do privolitve v medicinski poseg oziroma zdravstveno oskrbo, če pacient ni sposoben odločanja o sebi.

(4) Določitev oseb iz druge alineje drugega odstavka tega člena in privolitev iz prejšnjega odstavka mora biti dana v obliki, ki se zahteva za privolitev v konkreten medicinski poseg oziroma zdravstveno oskrbo.

(5) Pacient ima pravico zahtevati izvedbo drugih primernih in razumnih ukrepov za varstvo njegove zasebnosti pri zdravstveni oskrbi.

44. člen (varstvo osebnih podatkov)

(1) Pacient ima pravico do zaupnosti osebnih podatkov, vključno s podatki o obisku pri zdravniku in drugih podrobnostih o svojem zdravljenju.

(2) S pacientovimi zdravstvenimi in drugimi osebnimi podatki morajo zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci ravnati v skladu z načelom zaupnosti in predpisi, ki urejajo varstvo osebnih podatkov.

(3) Uporaba in druga obdelava pacientovih zdravstvenih in drugih osebnih podatkov je za potrebe zdravljenja dopustna tudi na podlagi pacientove privolitve ali privolitve oseb, ki imajo pravico do privolitve v medicinski poseg ali zdravstveno oskrbo, če pacient ni sposoben odločanja o sebi.

(4) Uporaba in druga obdelava pacientovih zdravstvenih in drugih osebnih podatkov izven postopkov zdravstvene oskrbe je dovoljena le z njegovo privolitvijo ali privolitvijo oseb, ki imajo pravico do privolitve v medicinski poseg ali zdravstveno oskrbo, če pacient ni sposoben odločanja o sebi. Po pacientovi smrti lahko dajo privolitev njegovi ožji družinski člani, razen če je pacient to pisno prepovedal.

(5) Ne glede na določbo prejšnjega odstavka lahko uporabo pacientovih zdravstvenih in drugih osebnih podatkov izven postopkov zdravstvene oskrbe določa zakon.

(6) Privolitev za uporabo in drugo obdelavo osebnih podatkov po tretjem in četrtem odstavku tega člena ni potrebna:

če za namene epidemioloških in drugih raziskav, izobraževanja, medicinskih objav ali druge namene pacientova istovetnost ni ugotovljiva,

če za namene spremljanja kakovosti in varnosti zdravstvene oskrbe pacientova istovetnost ni ugotovljiva,

kadar prijavo zdravstvenega stanja zahteva zakon,

kadar se zaradi potreb zdravljenja podatki posredujejo drugemu izvajalcu zdravstvenih storitev, kadar to določa drug zakon.

(7) Osebnih podatki, ki se obdelujejo v skladu s tretjim, četrtem in petim odstavkom tega člena, morajo biti ustrezni in po obsegu primerni glede na namene, za katere se zbirajo in nadalje obdelujejo.

(8) Pacient ima pravico določiti osebe, ki se lahko seznanijo z njegovo zdravstveno dokumentacijo, in osebe, katerim seznanitev z njegovo zdravstveno dokumentacijo prepoveduje, če to ni v nasprotju z zakonom. Pravica iz tega odstavka se uresničuje na način in pod pogoji, ki jih določa 45. člen tega zakona.

45. člen (varovanje poklicne skrivnosti)

(1) Zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci ter osebe, ki so jim zaradi narave njihovega dela podatki dosegljivi, so dolžni kot poklicno skrivnost varovati vse, kar pri opravljanju svojega poklica ali dela zvedo o pacientu, zlasti informacije o njegovem zdravstvenem stanju, njegovih osebnih, družinskih in socialnih razmerah ter informacije v zvezi z ugotavljanjem, zdravljenjem in spremljanjem bolezni ali poškodb (v nadaljnjem besedilu: informacije o zdravstvenem stanju).

(2) Dolžnosti varovanja informacij o zdravstvenem stanju pacienta lahko zdravstvenega delavca oziroma zdravstvenega sodelavca ali drugo osebo, ki so ji ti podatki dosegljivi zaradi narave njihovega dela, razreši:

pacient,

starši oziroma skrbnik za otroka pred dopolnjenim 15. letom starosti,

starši oziroma skrbnik za otroka po dopolnjenem 15. letu starosti, če so informacije potrebne za izvrševanje roditeljske pravice oziroma skrbništva, otrok pa sporočanja ni prepovedal,

oseba, ki je imela pravico do privolitve v medicinski poseg oziroma zdravstveno oskrbo, če pacient ni bil sposoben odločanja o sebi, vendar samo glede informacij o zdravstvenem stanju, ki so vezane na medicinski poseg oziroma zdravstveno oskrbo, v katero je privolila, sodišče, druge osebe, kadar tako določa zakon.

(3) Zdravnik lahko sporoči informacije o zdravstvenem stanju pacienta, če je to nujno potrebno za varovanje življenja ali preprečitev hudega poslabšanja zdravja drugih oseb. Zdravnik mora naznaniti sum storitve kaznivega dejanja zoper življenje in telo, kaznivega dejanja zoper spolno nedotakljivost ter kaznivega dejanja zoper zakonsko zvezo, družino in mladino, pri katerih je bil kot oškodovanec udeležen otrok.

(4) Pacient ima z dopolnjenim 15. letom starosti pravico pisno na obrazcu iz 27. člena tega zakona ali ustno ob navzočnosti dveh polnoletnih prič določiti, komu, kdaj in katere informacije o njegovem zdravstvenem stanju sme, mora ali ne sme zdravnik ali druga oseba, ki jo zdravnik pooblasti, sporočiti, razen če zakon določa drugače. Enako velja za sporočanje informacij o zdravstvenem stanju, ki se nanašajo na medicinski poseg oziroma zdravstveno oskrbo, v katero je pacient do 15. leta starosti lahko samostojno privolil. Izjava se lahko da za posamezen medicinski poseg oziroma zdravstveno oskrbo ali za vse bodoče medicinske posege oziroma bodočo zdravstveno oskrbo pri posameznem izvajalcu zdravstvenih storitev.

(5) Če pacient ne izkoristi pravice po prejšnjem odstavku ali tega zaradi svojega zdravstvenega stanja ne more storiti, se informacije o njegovem zdravstvenem stanju lahko sporočijo osebam iz drugega odstavka tega člena, njegovim ožjim družinskim članom, bližnjim osebam ter osebam, ki so bile v zvezi s konkretnim medicinskim posegom oziroma zdravstveno oskrbo upravičene dati privolitev, če pacient ni bil sposoben odločanja o sebi.

(6) V primeru iz 22. člena tega zakona osebe iz prejšnjih odstavkov tega člena nimajo pravice pridobiti več informacij, kot bi jih pridobil pacient, razen če je pacient določil drugače.

(7) O zahtevi za seznanitev na podlagi drugega in petega odstavka tega člena odloči izvajalec zdravstvenih storitev v petih dneh od prejema zahteve. Če se zahteva delno ali v celoti zavrne, imajo upravičene osebe pravico vložiti pritožbo pri Informacijskem pooblaščenca, če gre za informacije, ki izvirajo iz zdravstvene dokumentacije.

(8) Drugi, tretji, četrti, peti in sedmi odstavek tega člena se uporabljajo tudi za posredovanje zdravstvene dokumentacije.

(9) Izvajalec zdravstvenih storitev ob smrti pacienta ne glede na njegovo prepoved sporočanja informacij o zdravstvenem stanju na primeren način obvesti ožje družinske člane o njegovi smrti in njenem vzroku. Če izvajalec zdravstvenih storitev za te osebe ne ve, o smrti pacienta obvesti pristojni organ.

46. člen **(nedovoljena obdelava osebnih podatkov)**

Izvajalci zdravstvenih storitev morajo vsak ugotovljen ali sporočen primer nedovoljenega sporočanja ali druge nedovoljene obdelave osebnih podatkov o pacientu, ne glede na voljo pacienta, posebej raziskati in ugotoviti morebitno odgovornost zdravstvenih delavcev, zdravstvenih sodelavcev ali drugih oseb ter primer pisno dokumentirati. O tem morajo obvestiti pacienta, pristojnega zastopnika pacientovih pravic in Informacijskega pooblaščenca.

47. člen **(vrste postopkov za varstvo pacientovih pravic)**

(1) Pacient, ki meni, da so mu bile kršene pravice, določene s tem zakonom, ima pravico do obravnave kršitev v naslednjih postopkih, ki jih ureja ta zakon:

prva obravnava kršitve pacientovih pravic pred pristojno osebo izvajalca zdravstvenih storitev na podlagi pacientove pisne ali ustne zahteve (v nadaljnjem besedilu: postopek z zahtevo za prvo obravnavo kršitve),

druga obravnava kršitve pacientovih pravic v postopku pred Komisijo Republike Slovenije za varstvo pacientovih pravic na podlagi pacientove pisne ali ustne zahteve (v nadaljnjem besedilu: postopek z zahtevo za drugo obravnavo kršitve).

(2) Določbe tega zakona, ki urejajo postopke za varstvo pacientovih pravic, ne posegajo v predpise, ki urejajo nadzor za zagotovitev strokovnosti dela zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev ter izvajalcev zdravstvenih storitev.

(3) Za kršitve pravic iz zdravstvenega zavarovanja se uporabljajo določbe predpisov s področja zdravstvenega zavarovanja.

48. člen **(splošna postopkovna načela)**

- (1) Postopki za varstvo pacientovih pravic morajo zagotavljati:
- obveščenost in podporo pacientu,
 - preprosto, pregledno, hitro in učinkovito reševanje,
 - brezplačno svetovanje in pomoč zastopnika pacientovih pravic,
 - nepristranskost in poštenost obravnave,
 - ustrezno sprotno dokumentiranje postopkovnih dejanj udeležencev,
 - reševanje in končanje postopka tam, kjer je nastal povod zanj,
 - praviloma ustno obravnavanje,
 - izključitev javnosti,
 - možnosti za mirno reševanje sporov.

(2) Glede vprašanja procesne sposobnosti v postopkih za varstvo pacientovih pravic se za paciente, ki niso sposobni odločanja o sebi, smiselno uporabljajo določbe tega zakona, ki urejajo poseben način uveljavljanja pravic pacientov, ki so nesposobni odločanja o sebi. Kadar o uvedbi postopkov odločajo otrokovi starši, sporazumna odločitev ni potrebna.

(3) Uvedbo postopkov lahko zahtevajo tudi ožji družinski člani ali bližnje osebe, če pacient s tem soglaša. Po pacientovi smrti lahko uvedbo postopkov zahtevajo pacienti ožji družinski člani.

(4) Pacienti iz drugega odstavka tega člena imajo pravico, da se v postopkih obravnave kršitve njihovih pravic v največji možni meri zagotovi njihovo sodelovanje in upošteva njihovo mnenje, če so ga sposobni izraziti in če razumejo njegov pomen ter posledice.

(5) Uveljavljanje kršitev pacientovih pravic po tem zakonu ni pogoj za uresničevanje pravice do morebitnega sodnega varstva.

49. člen **(pristojnosti zastopnika pacientovih pravic)**

(1) Pri uresničevanju pravic po tem zakonu pacientu svetuje, pomaga ali ga zastopa zastopnik pacientovih pravic (v nadaljnjem besedilu: zastopnik) zlasti tako, da:

pacientu na primeren način svetuje o vsebini pravic, načinih in možnostih njihovega uveljavljanja v času pred ali med zdravljenjem in kadar so te kršene, daje konkretne usmeritve za uveljavljanje pravic in predlaga možne rešitve, pacientu nudi pomoč pri vlaganju pravnih sredstev po tem zakonu, za pacienta opravlja potrebne poizvedbe v zvezi z domnevnimi kršitvami pri izvajalcih zdravstvenih storitev, pri izvajalcih zdravstvenih storitev neformalno posreduje z namenom hitrega odpravljanja kršitev, kadar ne gre za kršitev pravic po tem zakonu, pacienta napoti na pristojno pravno ali fizično osebo ali pristojen državni organ, v okviru pacientovega pooblastila vpliva pravna sredstva po tem zakonu in daje predloge, pojasnila in druge izjave v imenu in v korist pacienta za hitro in uspešno razrešitev spora.

(2) Zastopnik daje pacientu osnovne informacije, nudi strokovno pomoč in daje konkretne usmeritve tudi pri uveljavljanju pravic s področja zdravstvenega varstva, zdravstvenega zavarovanja in izvajanja zdravstvene dejavnosti.

(3) Poleg nalog iz prejšnjih odstavkov zastopnik skrbi za promocijo pacientovih pravic in njihovo uresničevanje v sistemu zdravstvenega varstva. Pri tem lahko izvajalcem zdravstvenih storitev svetuje in predlaga ukrepe za učinkovito uveljavitev določb tega zakona.

(4) Zastopnik lahko kadar koli naslovi izvajalcem zdravstvenih storitev predloge, mnenja, kritike ali priporočila, ki so jih ti dolžni obravnavati in nanje odgovoriti v roku, ki ga določi zastopnik.

(5) Zastopnik določi rok, v katerem mu izvajalec zdravstvenih storitev pošlje zahtevana pojasnila in informacije o domnevnih kršitvah. Ta rok ne sme biti krajši od 8 dni. Če izvajalec zdravstvenih storitev ne pošlje zastopniku pojasnil oziroma informacij v zahtevanem roku, mu brez odlašanja sporoči razloge, zaradi katerih ni ugodil njegovi zahtevi.

(6) Izvajalec zdravstvenih storitev mora zastopniku omogočiti dostop do vseh podatkov, ki so potrebni za njegovo delo v zvezi z zadevo, ki jo obravnava, najpozneje v petih dneh od prejema zahteve. Zastopnik se lahko seznanj z zdravstveno dokumentacijo pacienta na podlagi njegove pisne privolitve.

(7) Zastopnik lahko prekine nadaljnje aktivnosti, če ugotovi, da je bila zadeva rešena na drug način, če pacient neupravičeno ne sodeluje v postopku ali je iz njegovih dejanj razvidno, da ne kaže zanimanja za nadaljevanje postopka.

(8) Zastopnik lahko na podlagi pooblastila pacienta izvajalcu zdravstvenih storitev predlaga način, s katerim naj se ugotovljena nepravilnost odpravi. Pri tem lahko predlaga povrnitev škode ali predlaga drug način odprave nepravilnosti, ki je bila povzročena pacientu.

(9) Zastopniki medsebojno sodelujejo in si nudijo potrebno pomoč pri izvrševanju svojih nalog.

(10) Delo zastopnika je za pacienta brezplačno in zaupno.

50. člen (imenovanje zastopnika)

(1) Zastopnik opravlja svoje delo nepoklicno. Pri svojem delu je neodvisen in samostojen, pri svojem delu ravna častno, pošteno in dobronamerno.

(2) Vsaka pokrajina imenuje enega zastopnika. Ne glede na prejšnjo določbo imenuje pokrajina, ki ima od vključno 300.000 do vključno 450.000 prebivalcev, dva zastopnika in pokrajina, ki ima nad 450.000 prebivalcev, tri zastopnike.

(3) Zastopnika imenuje predstavniški organ pokrajine na podlagi javnega poziva. Javni poziv za predlaganje kandidatov oziroma kandidatk (v nadaljnjem besedilu: kandidat) se objavi v dnevnem časopisju in na spletni strani ministrstva, pristojnega za zdravje. Podrobnejši način in postopek izbire na podlagi javnega poziva določijo predstavniški organ pokrajine v javnem pozivu.

(4) Kandidate predlagajo nevladne organizacije ali društva, ki delujejo na področju zdravstva ali varstva potrošnikov, območni sveti Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije in občinski sveti občin.

(5) Mandat zastopnika traja pet let in je lahko ponovno imenovan.

(6) Za zastopnika je lahko imenovan kandidat:

ki je državljan Republike Slovenije,

ki obvlada uradni jezik,

ki ni pravnomočno obsojen na nepogojno kazen zapora,

ki ima najmanj visokošolsko izobrazbo in

ki ima najmanj deset let delovnih izkušenj na področju prava, zdravstva, varstva potrošnikov ali pacientovih pravic.

(7) Delo zastopnika ni združljivo:

s članstvom v organih upravljanja in nadzora izvajalcev zdravstvenih storitev,

s članstvom v organih upravljanja in nadzora Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije in drugih zavarovalnic s področja zdravstvenega zavarovanja,

s članstvom v organih upravljanja ali nadzora gospodarske družbe, ki se ukvarja s proizvodnjo ali prodajo zdravil ali medicinskih pripomočkov,

s članstvom v organih pristojnih zbornic na področju zdravstvene dejavnosti,

z delom po pogodbi o zaposlitvi ali drugi pogodbi pri izvajalcu zdravstvenih storitev in

s funkcijami v državnih organih, organih lokalnih skupnosti, organih političnih strank in organih sindikatov.

(8) Za zastopnika se lahko imenuje oseba, vredna zaupanja, ki ima socialne in komunikacijske sposobnosti ter uživa strokovni in moralni ugled.

(9) Predstavniški organ pokrajine iz tretjega odstavka tega člena lahko predčasno razreši zastopnika, če:

to sam zahteva,

trajno izgubi delovno zmožnost za opravljanje svojega dela,

zaradi ugotovljenih napak pri delu ni vreden zaupanja,

ne izpolnjuje več pogojev za opravljanje nalog,

nastopi funkcijo ali delo iz sedmega odstavka tega člena.

(10) Z dnem imenovanja zastopnika temu preneha funkcija iz šeste alineje sedmega odstavka tega člena. Zastopnik mora najpozneje v treh mesecih po dnevu imenovanja prenehati opravljati delo iz pete alineje sedmega odstavka tega člena oziroma mu mora prenehati članstvo v organih iz prve, druge, tretje in četrte alineje sedmega odstavka tega člena. Če tega ne stori, ga predstavniški organ razreši.

54. člen (pacientove dolžnosti)

Za doseganje kakovostne in varne zdravstvene oskrbe je pacient dolžan:

- dejavno sodelovati pri varovanju, krepitvi in povrnitvi lastnega zdravja,
- v času bolezni ravnati v skladu s prejetimi strokovnimi navodili in načrti zdravljenja, v katere je ustno oziroma pisno privolil,
- dati pristojnemu zdravniku in drugim pristojnim zdravstvenim delavcem oziroma zdravstvenim sodelavcem vse potrebne in resnične informacije v zvezi s svojim zdravstvenim stanjem, ki so mu znane in so pomembne za nadaljnjo zdravstveno oskrbo, zlasti podatke o svojih sedanjih in

- preteklih poškodbah ter boleznih in njihovem zdravljenju, boleznih v rodbini, morebitnih alergijah in zdravilih, ki jih uživa,
- obvestiti zdravstvene delavce in zdravstvene sodelavce o nenadnih spremembah zdravstvenega stanja, ki se pojavijo med zdravljenjem,
 - biti obziren in spoštljiv do zasebnosti in drugih pravic drugih pacientov ter zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev,
 - spoštovati objavljene urnike, hišni red in predpisane organizacijske postopke izvajalcev zdravstvenih storitev,
 - pravočasno obvestiti izvajalca zdravstvenih storitev o morebitnem izostanku na pregled ali zdravljenje.

56. člen (sprotno razreševanje nesporazumov in sporov)

(1) Če pacient neposredno med zdravstveno oskrbo izrazi nezadovoljstvo pri izvajanju zdravstvene oskrbe ali nezadovoljstvo z odnosom zdravstvenega delavca oziroma zdravstvenega sodelavca, se poskusi nesporazum z dodatnimi pojasnili ali ukrepi odpraviti takoj.

(2) Če pacient z dodatnimi pojasnili ali ukrepi ni zadovoljen, ga zdravstveni delavec oziroma zdravstveni sodelavec seznaní s pravico in postopkom vložítve zahteve za prvo obravnavo kršítve pacientovih pravic.

57. člen (pristojna oseba)

(1) Vsak izvajalec zdravstvenih storitev mora določiti osebo, ki je pristojna za sprejemanje in obravnavo zahteve za prvo obravnavo kršítve pacientovih pravic (v nadaljnjem besedilu: prva zahteva), pri čemer lahko določi tudi več oseb glede na vsebino zahteve in potrebo po nemotenem zagotavljanju obravnave zahtev (v nadaljnjem besedilu: pristojna oseba).

(2) Če je prva zahteva vložena zoper pristojno osebo, izvajalec zdravstvenih storitev za konkretni primer določi namestnika.

(3) Če izvajalec zdravstvenih storitev ne določi drugače, je pristojna oseba direktor.

(4) Če je izvajalec zdravstvenih storitev zasebnik posameznik, se pristojna oseba določi izmed oseb z znanji s področja, ki ga zasebnik opravlja in ki pri njem ni zaposlena. Prva obravnavna kršítve pacientovih pravic se lahko opravi tudi pred zasebnikom posameznikom ali drugo pristojno osebo, ki je pri njem zaposlena, če pacient s tem soglašá.

58. člen (obvezne objave)

Vsak izvajalec zdravstvenih storitev ima na vidnem mestu v čakalnici na primarni ravni in v specialistični ambulantni dejavnosti oziroma ob vhodu na oddelek ali običajnem oglasnem mestu bolnišnice objavljeno:

osebno ime pristojne osebe, njeno telefonsko številko in delovno mesto, kjer se prva zahteva lahko vloží ustno,

podatke o načinu vložítve prve zahteve in času sprejema prve zahteve pri izvajalcu zdravstvenih storitev,

osebno ime, naslov, elektronski naslov, telefonsko številko in podatke o uradnih urah najbližjega zastopnika ter obvestilo o možnosti zastopanja ali druge pomoči s strani zastopnika.

59. člen (rok za vložitev prve zahteve)

(1) Prvo zahtevo zaradi domnevno neustreznega odnosa zdravstvenih delavcev oziroma zdravstvenih sodelavcev lahko pacient vloží najpozneje v 15 dneh od domnevne kršítve.

(2) Prvo zahtevo zaradi domnevno neustreznega ravnanja zdravstvenih delavcev oziroma zdravstvenih sodelavcev pri nudenju zdravstvene oskrbe lahko pacient vloží najpozneje v 30 dneh po končani zdravstveni oskrbi.

(3) Pacient lahko vloží prvo zahtevo v treh mesecih po preteku rokov iz prejšnjih odstavkov, če je za kršítev zvedel kasneje oziroma če so se posledice kršítve pokazale kasneje.

60. člen (ustna zahteva na zapisnik in pisna zahteva)

(1) Ustna zahteva se vloži pri pristojni osebi izvajalca zdravstvenih storitev. Kadar je izvajalec zdravstvenih storitev zasebnik posameznik, se lahko ustna zahteva vloži tudi neposredno pri njem.

(2) Ustno zahtevo se sprejme na zapisnik, ki poleg podpisa pacienta in pristojne osebe vsebuje zlasti:

osebno ime, naslov prebivališča in kontaktne podatke pacienta,
opis domnevne kršitve pacientovih pravic,
podatke o udeleženih zdravstvenih delavcih oziroma zdravstvenih sodelavcih,
podatke o morebitnih drugih udeleženih osebah,
čas in kraj domnevne kršitve pacientovih pravic,
morebitne posledice domnevne kršitve pacientovih pravic in
morebitni predlog za rešitev spora.

Pacient prejme izvod zapisnika vložene ustne zahteve.

(3) Pisna zahteva, ki vsebuje sestavine iz prejšnjega odstavka, se vloži pri izvajalcu zdravstvenih storitev, kjer je domnevna kršitev nastala.

(4) Če se iz pisne zahteve ne da razbrati, kdo jo je vložil ali če je zahteva žaljiva ali prepozna, se zahteve ne obravnava. O tem se napravi pisni zaznamek, ki se ga pošlje pacientu, če je znan. Če pisna zahteva ne vsebuje vseh sestavin, potrebnih za obravnavo, pristojna oseba pacienta pozove, da zahtevo v določenem roku dopolni. Če pacient zahteve v roku ne dopolni, se šteje, da je zahtevo umaknil. V pozivu za dopolnitev zahteve se pacienta opozori na pravne posledice, če zahteve ne bo dopolnil.

(5) Na podlagi predhodne pisne privolitve pacienta lahko pristojna oseba vpogleda v zdravstveno dokumentacijo, ki se nanaša na obravnavano kršitev.

63. člen

(obveščanje zastopnika in hramba dokumentacije)

(1) Pristojna oseba mora z anonimiziranim zapisnikom o zahtevi in obravnavi kršitve ali s pisnimi zaznamki, s katerimi se postopek zaključi, zaradi spremljanja stanja na področju pacientovih pravic seznaniti najbližjega zastopnika v 15 dneh po koncu postopka, razen kadar je zastopnik v postopku z zahtevo sodeloval kot pacientov pooblaščenec.

(2) Zapisniki in morebitno drugo gradivo, ki je nastalo v postopku z zahtevo, se hrani pri izvajalcu zdravstvenih storitev v zbirki, ki je ločena od zdravstvene dokumentacije posameznih pacientov, skladno z določbami zakona, ki ureja varstvo osebnih podatkov. Za dokumentarno gradivo se uporabljajo določbe 41. člena tega zakona. Dokumentarno gradivo se hrani pet let.

66. člen

(rok za vložitev, vsebina in odločanje o drugi zadevi)

(1) Komisija je pristojna za odločanje o drugi zahtevi: zaradi nedoseženega dogovora v postopku obravnave prve zahteve, zaradi nespoštovanja dogovora, ki je bil sklenjen v postopku obravnave prve zahteve, če izvajalec zdravstvenih storitev kljub pravočasno in pravilno vloženi prvi zahtevi obravnave ni izvedel.

(2) Drugo zahtevo lahko pacient vloži najpozneje v 15 dneh po vročitvi zapisnika iz postopka za obravnavo prve zahteve ali v 15 dneh po poteku roka za izvršitev dogovora. Če izvajalec zdravstvenih storitev obravnave prve zahteve ni izvedel, lahko pacient vloži drugo zahtevo v 30 dneh od vložitve popolne prve zahteve.

(3) Druga zahteva se v pisni obliki ali ustno na zapisnik vloži na Komisijo in vsebuje naslednje podatke:

osebno ime, naslov in druge kontaktne podatke pacienta,
navedbo izvajalca zdravstvenih storitev, zoper katerega se druga zahteva vlaga,
razlog za vložitev druge zahteve iz prvega odstavka tega člena,
dokazilo o vložitvi prve zahteve, izvod prve zahteve in fotokopijo morebitnega dogovora iz četrtega odstavka 62. člena tega zakona,
izjavo pacienta, da o zadevi ne teče sodni ali upravni postopek,
morebitne posledice domnevne kršitve pacientovih pravic in
morebiten predlog za rešitev spora.

67. člen

(stroški postopka pred Komisijo)

(1) Predhodno nosi vsak udeleženec stroške, ki mu nastanejo zaradi postopka.

(2) Če pacient s svojo zahtevo v celoti oziroma deloma uspe, izvajalec zdravstvenih storitev nosi celoten oziroma sorazmeren del njegovih stroškov, razen morebitnih stroškov zastopanja po pooblaščenju, ki ni zastopnik pacientovih pravic.

(3) Če pacient s svojo zahtevo ne uspe, krije zgolj svoje stroške.

(4) Stroške, ki jih je udeleženec po svoji krivdi povzročil sebi ali nasprotnemu udeležencu, krije na zahtevo nasprotnega udeleženca udeleženec, ki je te stroške povzročil.

(5) Pri odločanju o tem, kateri stroški naj se povrnejo, upošteva Komisija samo tiste stroške, ki so bili potrebni za postopek. O tem, kateri stroški so bili potrebni in koliko znašajo, odloči Komisija po skrbni presoji vseh okoliščin.

(6) Če se postopek zaključi s poravnavo ali drugim sporazumom, vsak udeleženec krije svoje stroške, razen če v poravnavi oziroma sporazumu ni dogovorjeno drugače.

(7) Komisija lahko pacienta oprosti plačila vseh ali dela stroškov, če ugotovi, da jih ta ne more plačati brez škode za nujno preživetje samega sebe ali svoje družine.

(8) Za vloge, dejanja in odločbe v postopkih po tem zakonu se ne plačujejo takse.

68. člen

(dostop do dokumentarnega gradiva)

Komisija lahko za potrebe odločanja v konkretni zadevi po tem zakonu med postopkom druge obravnave dostopa do dokumentarnega gradiva, s katerim razpolaga izvajalec zdravstvenih storitev, vključno z zdravstveno dokumentacijo pacienta.

69. člen

(predhodni preiskus druge zahteve in pripravljalni narok)

(1) Če predsednik Komisije ugotovi, da je druga zahteva nerazumljiva ali nepopolna, pozove pacienta, da drugo zahtevo v osmih dneh dopolni ali popravi. Če pacient druge zahteve v roku ne dopolni ali nepravilnosti ne odpravi, ali če je zahteva anonimna ali prepozna, predsednik Komisije s sklepom drugo zahtevo zavrže.

(2) Predsednik Komisije v 15 dneh od prejema popolne druge zahteve: s sklepom drugo zahtevo zavrže, če pacient predhodno ni vložil prve zahteve ali če o zadevi teče sodni ali upravni postopek, zadevo odstopi pristojnemu organu, če reševanje druge zahteve ni v pristojnosti Komisije, in o tem obvesti pacienta ali zadevo vzame v obravnavo in skliče pripravljalni narok.

(3) Predsednik Komisije na pripravljalni narok povabi pacienta, njegovega zakonitega zastopnika in izvajalca zdravstvenih storitev, zoper katerega je bila vložena druga zahteva, določi člana Komisije, ki vodi pripravljalni narok in je strokovnjak s področja prava ter izpolnjuje pogoje za vodenje upravnega postopka v skladu z zakonom, ki ureja splošni upravni postopek, lahko pa tudi odloči, da na pripravljalnem naroku sodeluje član Komisije z ustreznimi strokovnimi znanji s področja zdravstva.

(4) Predsednik Komisije poleg vabila na pripravljalni narok pošlje izvajalcu zdravstvenih storitev tudi drugo zahtevo pacienta in mu določi rok za odgovor. Odgovor izvajalca zdravstvenih storitev se vroči pacientu najmanj osem dni pred pripravljalnim narokom.

(5) Če na pripravljalni narok pacient ne pride in svojega izostanka do naroka ne opraviči, predsednik Komisije izda sklep, s katerim se postopek obravnave druge zahteve konča.

(6) Če na pripravljalni narok ne pride predstavnik izvajalca zdravstvenih storitev in svojega izostanka do naroka ne opraviči, predsednik Komisije predlaga uvedbo postopka zaradi prekrška.

71. člen

(dogovor o mediaciji)

(1) Pacient in izvajalec zdravstvenih storitev se v pisnem dogovoru o mediaciji dogovorita o izbranem mediatorju iz seznama mediatorjev ter o vseh vprašanih, povezanih z izvedbo postopka mediacije.

(2) Če kljub soglasju o začetku postopka mediacije pacient in izvajalec zdravstvenih storitev ne dosežeta soglasja o določitvi mediatorja, tega iz seznama mediatorjev določi predsednik Komisije.

72. člen

(postopek mediacije)

(1) Mediacija je postopek, v katerem skušajo udeleženci ob podpori mediatorja in ob upoštevanju interesov vseh udeležencev rešiti spor in doseči sporazum.

(2) Sporazum mora biti jasen in določen ter ne sme biti v škodo javne koristi, javne morale ali pravne koristi drugih. Sporazum je sklenjen, ko ga podpišejo udeleženci spora.

(3) V postopek mediacije se lahko poleg pacienta in izvajalca zdravstvenih storitev z njunim soglasjem vključi tudi zavarovalnica, pri kateri ima izvajalec zdravstvenih storitev zavarovano odgovornost, ali druga pravna ali fizična oseba.

(4) Če udeleženci v 45 dneh po sklenitvi dogovora o mediaciji ne dosežejo sporazuma, se lahko mediacija v soglasju z udeleženci podaljša še za največ 30 dni. Če udeleženci v tem času ne dosežejo sporazuma, mediator postopek mediacije konča, postopek obravnave druge zahteve pa se nadaljuje pred senatom Komisije. Če pacient zahteva odškodnino zaradi domnevne kršitve, mediator o tem obvesti predsednika Komisije, ki ravna v skladu s tretjim odstavkom 70. člena tega zakona.

(5) Sporazum, dosežen v mediaciji, ki ga po predhodnem soglasju obeh udeležencev potrди predsednik Komisije, je izvršilni naslov. Predsednik sporazuma ne potrди, če je sklenjen v nasprotju z drugim odstavkom tega člena ali če je v nasprotju s prisilnimi predpisi s področja varstva pravic pacienta.

(6) Minister, pristojen za zdravje, vodi seznam mediatorjev, ki izvajajo mediacijo v skladu s tem zakonom. Mediatorji iz tega seznama ne morejo biti hkrati tudi člani Komisije.

(7) Minister, pristojen za zdravje, s pravilnikom določi: pogoje za uvrstitev mediatorjev na seznam mediatorjev iz prejšnjega odstavka tega člena, merila usposobljenosti mediatorjev, podrobnejša pravila postopka mediacije, način nadzora nad delom mediatorjev, način vodenja statističnih podatkov o opravljenih postopkih mediacij.

73. člen (oblikovanje senatov)

(1) Postopek obravnave druge zahteve se izvaja v senatih, katerih sestavo za vsak primer posebej, upoštevajoč vsebino druge zahteve, določi predsednik Komisije.

(2) Predsednik Komisije najpozneje v 10 dneh od poteka rokov iz četrtega odstavka 72. člena tega zakona ali od prejema zapisnika s pripravljalnega naroka s sklepom določi člane senata ter njihove namestnike.

(3) Senat šteje tri člane, od katerih je en član predstavnik nevladnih organizacij. Predsednik senata je član Komisije, ki je vodil pripravljalni narok. Senat odloča z večino glasov vseh članov.

(4) Postopek obravnave druge zahteve se praviloma opravi na sedežu Komisije. Če to narekujejo razlogi smotrnosti in ekonomičnosti postopka, se kraj obravnave lahko določi glede na bivališče pacienta in sedež zastopnika.

(5) Sklep iz drugega odstavka tega člena se pošlje pacientu in izvajalcu zdravstvenih storitev.

74. člen (sklic obravnave)

(1) Predsednik senata najpozneje v osmih dneh od izdaje sklepa o določitvi senata skliče obravnavo.

(2) Na obravnavo se povabi pacienta oziroma njegovega zakonitega zastopnika, predstavnika izvajalca zdravstvenih storitev, zoper katerega je vložena druga zahteva, morebitne priče in zastopnika, če ga je pacient pooblastil, ali morebitnega pacientovega pooblaščenca.

(3) Če senat na podlagi dokumentacije ugotovi, da je zahteva v celoti utemeljena, lahko brez obravnave zahtevi ugodi in o tem obvesti pacienta in izvajalca zdravstvenih storitev, zoper katerega je vložena zahteva.

75. člen (postopek)

(1) Senat si ves čas postopka obravnave druge zahteve prizadeva za hiter potek postopka, sklenitev poravnave ali drugega sporazuma, če sta glede na naravo kršitve mogoča, in za druge neformalne načine razrešitve spora.

(2) Senat lahko v postopku odločanja zasliši pacienta, predstavnika izvajalca zdravstvenih storitev, zoper katerega je vložena druga zahteva, domnevnega kršitelja in morebitne priče, pregleda razpoložljivo zdravstveno in drugo dokumentacijo ter na tej podlagi odloči praviloma že na prvi obravnavi.

76. člen

(sklep o začetku internega strokovnega nadzora)

Če je to potrebno za odločitev v konkretni zadevi, lahko senat kadar koli med postopkom na pobudo pacienta, izvajalca zdravstvenih storitev ali po lastni presoji s sklepom odredi interni strokovni nadzor pri izvajalcu zdravstvenih storitev, zoper katerega je vložena druga zahteva.

78. člen (odločitve senata)

- (1) Senat odloči o drugi zahtevi takoj po obravnavi.
- (2) Senat lahko drugi zahtevi delno ali v celoti ugodi ali jo zavrne. Če zahtevi ugodi, lahko sprejme zlasti naslednje odločitve:
 - izvajalcu zdravstvenih storitev naloži odpravo ugotovljenih nepravilnosti in poročanje o izvedenih ukrepih,
 - izvajalcu zdravstvenih storitev naloži, da pacientu obrazloži razloge za nastanek nepravilnosti in se mu zanje opraviči,
 - izvajalcu zdravstvenih storitev naloži izvedbo dodatnih preiskav, ponovitev, dopolnitev ali popravo zdravstvene storitve, če je bila izvedena neustrezno, in poročanje o izvedenih ukrepih,
 - izvajalcu zdravstvenih storitev naloži izvedbo ustreznih ukrepov za preprečitev kršenja pravic v prihodnje in poročanje o izvedenih ukrepih,
 - izvajalcu zdravstvenih storitev, izjemoma pa tudi neposrednemu kršitelju, izreče opomin, pri tem pa lahko odloči, da se opomin, izrečen izvajalcu zdravstvenih storitev, tudi javno objavi na spletni strani Komisije,
 - izvajalcu zdravstvenih storitev izda priporočilo za ukrepanje, ki lahko prispeva k učinkovitemu uveljavljanju pravic iz tega zakona.
- (3) Senat s sklepom lahko predlaga, da se opravi:
 - upravni nadzor v pristojnosti ministrstva, pristojnega za zdravje,
 - zunajni strokovni nadzor po predpisih, ki urejajo nadzor za zagotovitev strokovnosti dela zdravstvenih delavcev oziroma zdravstvenih sodelavcev (strokovni nadzor s svetovanjem, ki ga izvede pristojna zbornica oziroma strokovno združenje z javnim pooblastilom za opravljanje strokovnega nadzora),
 - finančni nadzor, ki ga izvede Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije,
 - disciplinski ali drug postopek zoper odgovorne delavce izvajalca zdravstvenih storitev.
- (4) Izvajalec zdravstvenih storitev v 30 dneh po prejemu sklepa senata v zvezi z uvedbo disciplinskega ali drugega postopka zoper odgovorne delavce odloči, ali bo predlogu sledil, morebitno zavrnitev predloga pa obrazloži in s tem seznanil senat in pacienta.
- (5) Če je drugi zahtevi ugodeno, izrek odločitve, upoštevajoč naravo kršitve, nedvoumno določa način in rok odprave kršitve ter odločitev o stroških postopka.
- (6) Odločitve iz tega člena se vročijo udeležencem spora in zastopniku najpozneje osem dni po opravljeni obravnavi.

85. člen (nadzorni in prekrškovni organ)

- (1) Nadzor nad izvajanjem tega zakona opravlja ministrstvo, pristojno za zdravje.
- (2) Prekrškovni organ po tem zakonu je Zdravstveni inšpektorat Republike Slovenije.

86. člen (izvedba zdravstvene oskrbe brez privolitve pacienta)

- (1) Z globo od 4.100 do 100.000 eurov se kaznuje za prekršek pravna oseba, ki opravlja zdravstveno dejavnost, zdravstveni delavec, ki opravlja zdravstveno dejavnost na podlagi koncesije, ali zdravstveni delavec, ki brez koncesije samostojno opravlja zdravstveno dejavnost, če izvede medicinski poseg ali druga dejanja v postopkih zdravljenja in rehabilitacije brez privolitve pacienta (drugi odstavek 26. člena tega zakona).
- (2) Z globo od 100 do 2.000 eurov se za prekršek iz prejšnjega odstavka kaznuje odgovorna oseba pravne osebe.

87. člen (druge kršitve)

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

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

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

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

88. člen **(rok za uskladitev z zakonom)**

Izvajalci zdravstvenih storitev morajo uskladiti svoje delovanje z določbami tega zakona v šestih mesecih po njegovi uveljavitvi.

89. člen **(opravljanje nalog zastopnika)**

(1) Do imenovanja zastopnikov v skladu s 50. členom tega zakona zastopnike imenuje in razrešuje Vlada Republike Slovenije. Za zastopnika je lahko imenovana oseba, ki izpolnjuje pogoje iz šestega in osmega odstavka 50. člena tega zakona.

(2) Javni poziv za predlaganje kandidatov se objavi v dnevnem časopisju in na spletni strani ministrstva, pristojnega za zdravje. Kandidate predlagajo nevladne organizacije ali društva, ki delujejo na področju zdravstva ali varstva potrošnikov, območni sveti Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije in občinski sveti občin. Podrobnejši način in postopek izbire na podlagi javnega poziva določi Vlada Republike Slovenije v javnem pozivu.

(3) Zastopnik se imenuje za vsako območje, ki ga pokriva območni Zavod za zdravstveno varstvo. Ne glede na prejšnjo določbo, se imenuje za območje, ki ima od vključno 300.000 do vključno 450.000 prebivalcev, dva zastopnika in za območje, ki ima nad 450.000 prebivalcev, tri zastopnike.

(4) Mandat zastopnikov traja do imenovanja zastopnikov v skladu z 50. členom tega zakona, vendar ne več kot pet let. Zastopnik je lahko ponovno imenovan.

(5) Vlada Republike Slovenije lahko predčasno razreši zastopnika, če:
to sam zahteva,
trajno izgubi sposobnost za opravljanje svojega dela,
če zaradi ugotovljenih napak pri delu ni vreden zaupanja,
če ne izpolnjuje več pogojev za opravljanje nalog.

(6) Zastopnik je upravičen do nagrade za svoje delo in povračila dejanskih stroškov dela. Merila za določitev nagrade in višino nagrade določi minister, pristojen za zdravje. Potrebna sredstva za delovanje zastopnikov zagotavlja proračun Republike Slovenije.

(7) Zastopnik opravlja svoje delo nepoklicno. Pri svojem delu je neodvisen in samostojen, pri svojem delu ravna častno, pošteno in dobronamerno. Sedež zastopnika je na območnem Zavodu za zdravstveno varstvo.

(8) Za izvajanje nadzora nad delom zastopnika se smiselno uporabljajo določbe četrtega odstavka 80. člena in 83. člena tega zakona in ga opravlja ministrstvo, pristojno za zdravje.

(9) Strokovno in administrativno tehnično pomoč zastopniku zagotavlja območni Zavod za zdravstveno varstvo, sredstva zanjo pa se zagotavljajo iz proračuna Republike Slovenije.

**V. PREDLOG, DA SE PREDLOG ZAKONA OBRAVNAVA PO NUJNEM OZIROMA SKRAJŠANEM
POSTOPKU**

/

VI. PRILOGA

- osnutek podzakonskega predpisa, katerega izdajo določa predlog zakona (z obrazložitvijo)

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

PRAVILNIK o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah v mreži javne zdravstvene službe

1. člen (vsebina in področje urejanja pravilnika)

(1) Ta pravilnik določa postopek zahteve glede določitve ordinacijskega časa, naročanja in opravičevanja od termina, najdaljše dopustne čakalne dobe, postopek uvrščanja na čakalni seznam in način njegovega upravljanja, dostop do informacij o zdravstvenih delavcih in zdravstvenih sodelavcih ter način analize in vsebino poročanja izvajalcev.

(2) Ta pravilnik velja za izvajalce zdravstvene dejavnosti (v nadaljnjem besedilu: izvajalci) na primarni, sekundarni in terciarni ravni v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe.

2. člen (ordinacijski čas izvajalca)

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

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

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

(2) Informacije iz prejšnjega odstavka vsebujejo:

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

4. člen (naročanje na zdravstvene storitve)

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

(2) Elektronsko naročanje poteka prek sistema eNaročanja, elektronske pošte ali spletne strani izvajalca, in sicer neprekinjeno, s takojšnjo informacijo o sprejemu sporočila.

(3) Telefonsko naročanje se zagotovi v okviru ordinacijskega časa, in sicer najmanj dve uri na dan, v preostalem ordinacijskem času in izven ordinacijskega časa pa z obveščanjem o terminu za naročanje in o drugih načinih naročanja prek avtomatskega telefonskega odzivnika. V primeru nedosegljivosti v tako določenem obdobju izvajalec pacientu zagotovi povratni klic v najkrajšem možnem času.

(4) Osebno naročanje poteka neposredno pri izvajalcu med ordinacijskim časom, tako da se čakalni čas že naročenih pacientov ne podaljšuje na račun osebnega naročanja drugih pacientov.

(5) Izvajalec zdravstvene dejavnosti, ki je izdal napotno listino, elektronsko naroči pacienta na zdravstveno storitev na prvi prosti termin oziroma okvirni termin pri izbranem izvajalcu zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe, ki ga izbere pacient, pod naslednjimi pogoji:

- ne gre za kontrolni pregled,
- pacient se ne želi naročiti sam in
- na voljo je možnost eNaročanja za to zdravstveno storitev.

(6) Kadar je napotna lista tako pomanjkljivo oziroma nejasno izpolnjena, da pacienta ni mogoče uvrstiti na čakalni seznam oziroma izvesti triaže napotne listine, pooblaščen oseba iz 15.b člena tega zakona v treh dneh od izdajatelja napotne listine zahteva njeno dopolnitev. Izdajatelj napotne listine to dopolni v nadaljnjih petih dneh. Če izdajatelj napotne listine te ne dopolni v navedenem roku, se napotna lista vrne izdajatelju in se o tem obvesti pacienta.

(7) Pacient lahko ob določitvi termina zahteva poznejši prosti termin, ki je v 30 dneh od prvotno predlaganega. Pacient lahko to možnost uveljavi v okviru iste napotitve samo za stopnjo nujnosti hitro ali redno. Če se pacient ne strinja ne s prvotno predlaganim ne pozneje ponujenim terminom, izvajalec zdravstvene dejavnosti takega pacienta ne uvrsti na čakalni seznam.

5. člen **(naročanje na zdravstveno storitev** **na sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti)**

(1) Izdajatelj napotne listine ob napotitvi posreduje izpolnjeno napotno listino z napotno diagnozo, strokovno obrazložitvijo in vso zdravstveno dokumentacijo, ki se nanaša na pacientovo zdravstveno stanje, ki je razlog za napotitev in je potrebna za izvedbo zdravstvene storitve.

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

6. člen **(pooblaščen oseba za čakalni seznam)**

(1) Pooblaščen oseba za čakalni seznam skrbi za:

- enakopravno obravnavo vseh pacientov,
- varstvo osebnih podatkov,
- ažurno upravljanje čakalnega seznama,
- datiranje prispelih napotnih listin,
- spoštovanje vrstnega reda pacientov, ki so vpisani na čakalni seznam, in
- seznanitev pacientov s čakalnim seznamom.

(2) Pooblaščen oseba za čakalni seznam redno spremlja termine in okvirne termine ter najmanj enkrat na mesec preveri možnost njihovega spoštovanja s strani izvajalca in ukrepa v skladu s 15.b členom Zakona o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 15/08 in X/17; v nadaljnjem besedilu: zakon).

7. člen **(postopek uvrstitve na čakalni seznam izvajalca)**

(1) Pooblaščen oseba za čakalni seznam na čakalni seznam uvrsti vsakega pacienta, ki uveljavlja pravico do zdravstvene storitve v skladu s predpisi, ki urejajo obvezno zdravstveno zavarovanje, in

kadar gre za storitev, za katero se vodi čakalni seznam. Pri uvrščanju pacientov na čakalni seznam se upoštevajo stopnja nujnosti ter datum in čas prejema napotne listine.

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

(3) Pooblaščen osebja za čakalni seznam pacienta v dveh dneh po izvedeni triaži napotne listine uvrsti na čakalni seznam, kadar se triaža ne izvede, pa v petih dneh po prejemu napotne listine.

(4) Pacienta se uvrsti na čakalni seznam v roku iz prejšnjega odstavka tudi v primeru morebitno izpolnjenega programa zdravstvenih storitev ali kadar novi termini niso določeni oziroma ne glede na katerekoli druge izvajalčeve omejitve.

(5) Pacienta se o terminu oziroma okvirnem terminu obvesti v petih dneh po uvrstitvi na čakalni seznam. Pacienta, ki ima določen okvirni termin, se o terminu obvesti najpozneje 14 dni pred izvedbo zdravstvene storitve, pri okvirnem terminu za operativne postopke pa najpozneje 30 dni pred izvedbo zdravstvene storitve.

(6) Izvajalec vzpostavi oziroma zagotovi stik s pacientom, ki je uvrščen na čakalni seznam, najmanj deset dni pred načrtovano izvedbo zdravstvene storitve, pri čemer pacienta opozori na posledice neopravičene odsotnosti iz zakona.

(7) Ne glede na prvi odstavek tega člena lahko izvajalec z namenom zagotavljanja boljše kakovosti zdravstvene obravnave oziroma preprečevanja poslabšanja zdravstvenega stanja pacientov s splošnim internim aktom določi dodatno merilo za uvrstitev na čakalni seznam glede na stopnjo nujnosti, diagnozo, spol oziroma starost.

(8) Če se izvajalcu v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe iz kateregakoli razloga sprostijo že zasedeni termin ali določi nov termin, se na ta termin takoj oziroma najpozneje naslednji delovni dan uvrsti prvega naslednjega pacienta, ki ima na čakalnem seznamu določen okvirni termin. Če takega pacienta ni ali če je v trenutku sprostitve termina do termina manj kot 24 ur, se na ta termin lahko uvrsti prvega naslednjega pacienta, ki se naroča.

8. člen

(strokovna merila za razvrščanje v stopnjo nujnosti)

Strokovna merila za razvrščanje v posamezno stopnjo nujnosti, ki so del sodobnih medicinskih smernic iz prvega odstavka prejšnjega člena, pripravijo posamezni razširjeni strokovni kolegiji.

9. člen

(najdaljše dopustne čakalne dobe za zdravstvene storitve)

Ne glede na časovne omejitve iz četrtega odstavka 14.b člena zakona so najdaljše dopustne čakalne dobe:

- za začetek ortodontskega zdravljenja: šest mesecev,
- za izdelavo protetičnih nadomestkov: šest mesecev po končni sanaciji zobovja, pri čemer se pacienta, pri katerem je izkazana indikacija za protetično zdravljenje, lahko uvrsti na čakalni seznam še pred končano sanacijo,
- za ortopedske operacije: 12 mesecev,
- za oralno in maksilofacialno kirurgijo: 12 mesecev.

10. člen

(preseganje najdaljše dopustne čakalne dobe)

(1) Če pooblaščen osebja za čakalni seznam ob uvrščanju pacienta na čakalni seznam ugotovi, da čakalna doba za določeno zdravstveno storitev pri tem izvajalcu presega najdaljšo dopustno čakalno dobo, pacientu predlaga izvedbo zdravstvene storitve pri drugem izvajalcu z dopustno čakalno dobo.

(2) Če pacient izvedbo zdravstvene storitve pri predlaganem izvajalcu v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe odkloni, ga pooblaščen oseba za čakalni seznam uvrsti na čakalni seznam in na njem označi, da se pacient strinja s čakalno dobo pri tem izvajalcu.

(3) Omejitve glede najdaljše dopustne čakalne dobe ne veljajo za pacienta, ki želi, da se zdravstvena storitev opravi pri točno določenem zdravstvenem delavcu ali zdravstvenem sodelavcu, na kar se pacienta posebej opozori in označi na čakalnem seznamu.

11. člen **(odpoved termina iz razloga na strani izvajalca)**

(1) Odsotnost zdravstvenega delavca ali zdravstvenega sodelavca, ki izvaja zdravstvene storitve pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe, ni razlog za odpoved termina.

(2) Če izvajalec zdravstvene dejavnosti iz objektivnih razlogov nadomeščanja odsotnega zdravstvenega delavca ali zdravstvenega sodelavca ne more zagotoviti, se pacienta nemudoma prenaroči na prvi prosti (dodatni) termin, ki je pri stopnji nujnosti zelo hitro v sedmih dneh, pri stopnji hitro ali redno, pa v 30 dneh od prvotno določenega. O tem se pacienta obvesti v skladu z desetim odstavkom 14.b člena tega zakona.

(3) Na način iz prejšnjega odstavka ravna tudi izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe, kadar ugotovi, da zaradi izjemnih okoliščin (epidemija, naravna nesreča in podobne krizne razmere, ki jih ni mogoče obvladovati z običajnimi sredstvi in ukrepi) ali že opravljenega programa zdravstvenih storitev ne bo mogel izvesti zdravstvenih storitev v terminih.

(4) Za pacienta, ki želi, da se zdravstvena storitev opravi pri točno določenem zdravstvenem delavcu ali zdravstvenem sodelavcu, rok iz drugega odstavka tega člena ne velja, na kar se pacienta posebej opozori in označi na čakalnem seznamu.

12. člen **(odpoved termina iz razloga na strani pacienta)**

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

- nepričakovana hospitalizacija pacienta ali ožjega družinskega člana,
- nenadna bolezen ali poškodba pacienta ali ožjega družinskega člana,
- smrt ožjega družinskega člana pacienta ali
- druge okoliščine, ki vplivajo na zmanjšanje njegove opravilne sposobnosti zaradi zdravstvenega stanja pacienta.

(2) Če pacient odsotnost opraviči, mu pooblaščen oseba za čakalni seznam določi prvi prosti termin, upoštevajoč že pretečeno čakalno dobo v okviru iste stopnje nujnosti. Kadar gre za razlog iz prve ali druge alineje prejšnjega odstavka, se nov termin določi upoštevajoč zdravstveno stanje pacienta, ki je bilo razlog za odpoved termina.

13. člen **(poročanje izvajalcev)**

(1) Izvajalec pripravlja poročila iz devetega odstavka 15.b člena zakona o stanju glede čakalnih dob po posameznih stopnjah nujnosti, ki vsebujejo:

- podatke o najkrajši in najdaljši čakalni dobi za skupine zdravstvenih storitev v posamezni enoti oziroma za posamezno zdravstveno storitev,
- podatke o številu pacientov, ki so uvrščeni na čakalni seznam, na zadnji dan v mesecu,
- analizo podatkov iz prve in druge alineje tega odstavka,
- analizo ustreznosti uvrščanja na čakalni seznam,
- določitev vzrokov za čakalne dobe, ki so na izvajalčevi strani,
- ukrepe za skrajševanje oziroma odpravo čakalnih dob na izvajalčevi strani,
- usmeritve glede načrtovanja terminov oziroma okvirnih terminov (vključno glede deleža prvih in kontrolnih pregledov).

(2) Poročila iz prejšnjega odstavka se pripravi do:

- 15. julija za obdobje od 1. januarja do 30. junija,
- 15. januarja za obdobje od 1. julija do 31. decembra.

(3) Izvajalec v skladu z navodili NIJZ zagotavlja tudi podatke, ki jih NIJZ zbira za potrebe iz 17. člena zakona:

- kontaktne podatke izvajalca zdravstvene dejavnosti (e-pošta in telefon),
- naslov in lokacija izvajanja zdravstvene storitve,
- navodila izvajalca za paciente pred izvedbo zdravstvene storitve,
- podatke o delovnem in ordinacijskem času.

(4) Ministrstvo, pristojno za zdravje, na podlagi poročil iz prvega odstavka tega člena pripravi skupno poročilo o stanju glede čakalnih dob v preteklem koledarskem letu in ga do konca februarja objavi na spletnih straneh ministrstva.

Prehodne in končne določbe

14. člen (eNaročanje izdajatelja napotne listine)

Izdajatelj napotne listine lahko v primeru preseganja evidentiranega števila zavarovanih oseb, ki ga v skladu s predpisi, ki urejajo zdravstveno zavarovanje, določi nosilec obveznega zavarovanja, zavrne eNaročanje iz petega odstavka 4. člena tega pravilnika, razen če gre za pacienta, ki zaradi objektivnih okoliščin potrebuje pomoč pri naročanju.

15. člen (strokovna merila)

Razširjeni strokovni kolegiji pripravijo strokovna merila za razvrščanje v posamezno stopnjo nujnosti v šestih mesecih od uveljavitve tega pravilnika. Do priprave strokovnih meril se stopnja nujnosti določa neposredno na podlagi 14.b člena zakona.

16. člen (najdaljša dopustna čakalna doba na področju revmatologije)

Ne glede na 9. člen tega pravilnika je do 31. 12. 2020 najdaljša dopustna čakalna doba za prvi pregled na področju revmatologije 12 mesecev za stopnjo nujnosti redno.

17. člen (pričetek poročanja)

(1) Izvajalci prvič pripravijo poročila iz 12. člena tega pravilnika do 15. julija 2018 za obdobje od 1. januarja do 30. junija 2018.

(2) Ministrstvo, pristojno za zdravje, pripravi prvo skupno poročilo za leto 2018 in ga objavi do 28. februarja 2019.

18. člen (prenehanje uporabe)

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

19. člen

(začetek veljavnosti)

Ta pravilnik začne veljati 15. dan po objavi v Uradnem listu Republike Slovenije.

OBRAZLOŽITEV PRAVILNIKA

Ta pravilnik velja le za izvajalce zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe (tj. javne zavode in koncesionarje).

Nujno medicinsko pomoč, nujno zobozdravstveno pomoč ter nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene storitve pacientu izvajalec zagotovi takoj in se zanje ne uporablja sistema naročanja iz tega pravilnika.

Pravilnik izrecno opredeljuje zahteve glede določitve ordinacijskega časa, in sicer določa, da mora izvajalec v tem času zagotoviti prisotnost zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev z namenom, da se zdravstvene storitve izvedejo. Poudarja se, da se ordinacijski čas resnično nameni zdravstveni obravnavi pacientov, in ne na primer pripravi na delo ali pisanju izvidov. S tem se uresničuje cilj – čim boljša dostopnost pacientom.

Zaradi uresničevanja pacientove pravice do proste izbire zdravnika oziroma izvajalca pravilnik od izvajalcev zahteva objave nekaterih podatkov zdravstvenih delavcev oziroma sodelavcev, pri čemer se objava zahteva glede vseh zdravstvenih delavcev oziroma zdravstvenih sodelavcev, ne glede na vrsto pogodbenega razmerja med izvajalcem ter zdravstvenim delavcem in zdravstvenim sodelavcem (na primer pogodba o zaposlitvi, podjemna pogodba).

Predlagani pravilnik sledi izhodiščem zakona glede naročanja in poudarja, da so za učinkovito naročanje odgovorni izvajalci zdravstvene dejavnosti, zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci pa tudi pacienti. Način izkazovanja te odgovornosti se kaže v primerni organizaciji dela, ustreznem določanju terminov oziroma okvirnih terminov, učinkovitem upravljanju čakalnih seznamov in seveda odgovornem vedenju pacientov (pravočasno sporočanje morebitne odpovedi terminov ipd.). Pravilnik podrobneje opredeljuje zakonsko predvidene oblike naročanja, pri čemer preferira elektronsko naročanje (zlasti eNaročanje), pri telefonskem naročanju pa dosegljivost izvajalca zmanjšuje s štirih na samo dve uri na dan, s čimer se uravnoteži obremenjenost izvajalca na eni strani z udobnostjo pacienta na drugi. Navedeno bo omogočilo predvsem manjše motnje dela izvajalca in s tem več oziroma hitreje opravljeno delo, pa tudi zmanjševanje tveganj zaradi večje osredotočenosti na delo s pacienti, ki jih obravnava. Zaradi zagotavljanja ustrezne odzivnosti in zmanjševanja nepotrebnih telefonskih klicev pa se posebej določa tudi zaveza izvajalca, da ob nedosegljivosti takrat, ko mora zagotavljati telefonsko naročanje (tj. dve uri), pacientu zagotovi povratni klic v najkrajšem možnem času.

Pravilnik glede izpolnitve napotne listine za izvajalca ne določa nekih dodatnih obveznosti, saj že iz veljavnih Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja izhaja, da osebni zdravnik napotnega zdravnika seznanj z zdravstvenim stanjem pacienta, z izvidi že opravljenih pregledov in z vsemi zdravili, ki jih pacient prejema. Navedeno ravnanje napotnemu zdravniku omogoča lažje, hitrejše in učinkovitejše delo s pacienti.

Pravilnik natančneje določa pristojnosti pooblaščenih oseb za čakalni seznam, med drugim tudi rok za vzpostavitev stika s pacientom (najmanj deset dni pred storitvijo, kar pacientu omogoča še pravočasno opravičilo).

Pomembnejša pridobitev za izvajalce je tudi izrecno predviden postopek prenameročanja ob naknadni sprostitev terminov (ker se pacient na primer še pravočasno opraviči) oziroma odprtje novih terminov, ki odpravlja trenutno neživiljenjsko situacijo doslednega spoštovanja vrstnega reda naročanja, kadar imajo pacienti že določene termine. V praksi je možnost prenameročanja vseh že uvrščenih pacientov zaradi sprostitve termina zaradi odpovedi ali prestavitve pacienta, predvsem v primeru daljših čakalnih dob, neizvedljiva. Pravilnik tako ohranja načelno spoštovanje vrstnega reda pacientov na način, da predpiše, da naj izvajalec zdravstvene dejavnosti prvega pacienta, ki še nima dodeljenega točnega termina, uvrsti na sproščen termin (seveda se bodo razlogi za tako uvrščanje na čakalni seznam zapisali, hkrati pa se na čakalnem seznamu označita tudi črtanje s seznama in razlog za črtanje). Če takih pacientov ni (vsi imajo določen že točen termin izvedbe) ali kadar je odpovedan termin v 24 urah (kar zmanjšuje možnost, da v takem kratkem času pravočasno vzpostavijo stik oziroma najdejo pacienta, ki bi lahko prišel na izvedbo storitve v tako kratkem roku), pa daje pravilnik možnost, da se na tak termin naroči naslednjega pacienta, ki se naroči. Ta sicer preskoči nekatere paciente, vendar pa s tem zagotavljamo boljše izrabo resursov zdravstvenega sistema – predvsem zdravstvenih delavcev, ki bi sicer veliko časa porabili za obveščanje pacientov o prenameročitvi ali pa bi zaradi določil

pravilnika, čeprav pacientov na naročeni termin ni, zavračalo paciente, ki bi lahko kljub kratkemu roku pravočasno prišli na izvedbo storitve.

Pri uvrščanju na čakalni seznam se upošteva stopnja nujnosti; tj. prvotno določena stopnja nujnosti (zapisana na napotni listini) oziroma stopnja nujnosti, določena v okviru triaže (kadar se le-ta opravi in se v okviru triaže izkaže, da izdajatelj napotne listine ni določil pravilne stopnje nujnosti). Pri uvrščanju se seveda upoštevajo tudi določila prvega odstavka 15. člena zakona, in sicer da se storitve, ki jih izvajalec javne službe opravi izven obveznega zdravstvenega zavarovanja (kot samoplačniške), vodijo na ločenem čakalnem seznamu.

Posebej se poudarja zaveza izvajalca (pooblaščenih oseb), da se pacienta uvrsti na čakalni seznam ne glede na morebitno preseganje programa (iz splošnega in področnega dogovora ter pogodbe z ZZS), in sicer takoj ob naročanju, pri čemer se za oddaljene termine predvideva določitev okvirnega termina. Predlagatelj namreč želi ukiniti nedopustno prakso, da so paciente ob poskusu naročanja na zdravstveno storitev odlagali na vnovično naročanje čez določen čas nekaj mesecev (na primer v novem koledarskem letu).

V pravilniku se uvaja možnost, da izvajalec zdravstvene dejavnosti pri posameznih čakalnih seznamih, vezanih na enoto, uvede dodatna merila za uvrščanje na čakalni seznam. Primer, ki se s tem rešuje, je obstoj visokospecializiranih ambulant, ki se ukvarjajo s točno določenim zdravstvenim stanjem oziroma so specializirane za določeno diagnozo znotraj iste zdravstvene storitve (na primer ambulanta za osteoporozo znotraj endokrinološkega pregleda, specializacija za posamezne diagnoze v okviru ortopedskega pregleda). Z namenom preprečitev poslabšanja zdravstvenega stanja pacienta ima izvajalec možnost, da za posamezne diagnoze znotraj skupine zdravstvenih storitev, ki jih enota izvaja in jih ima izvajalec za verjetnejše, da se bo pri njih poslabšalo stanje, prepreči poslabšanje zdravstvenega stanja (na primer Onkološki inštitut Ljubljana, kjer se izvaja radiološka dejavnost, je pa iz poslanstva zavoda jasno, da je smiselno, da se za paciente z maligno diagnozo zagotovi poseben urnik, ki jim bo zagotavljal, da so diagnostike deležni prej kot pacienti, ki bi se morda zaradi siceršnje kratke čakalne dobe pri tem izvajalcu želeli naročiti na diagnostiko z diagnozami, kjer čakanje na radiološko slikanje ne bi pomenilo primerljive nevarnosti za poslabšanje zdravstvenega stanja). Bistveno pri tem je, da se zagotavlja kakovostnejša obravnava posameznega pacienta (ker ga bo pregledal zdravnik, ki je visoko specializiran za njegovo stanje) ali da se zagotovi preprečitev poslabšanja zdravstvenega stanja pacienta (da se torej za paciente, ki imajo visoko rizično stanje za poslabšanje, zagotovi čim krajša čakalna doba). Obstoj takih meril mora biti dokumentiran ter interno predpisan in objavljen.

Pravilnik podrobneje ureja tudi način naročanja, pri čemer odpravlja možnost rezervacije termina, pacienta pa se uvrsti na čakalni seznam po predložitvi napotne listine (tj. eNapotnice prek sistema eNaročanja, izvirnika napotne listine v fizični obliki, kadar je bila listina izdana na tak način itd.).

V tej zvezi se določa tudi obveznost, da na zdravstveno storitev pacienta naroči že izvajalec zdravstvene dejavnosti – razen kadar se pacient želi naročiti sam. Glede na izdajanje eNapotnic v okviru sistema eNaročanje zahteva po naročanju s strani izvajalca zdravstvene dejavnosti ni pretirana, saj jo izvajalec (zdravnik, medicinska sestra, administrator ali druga oseba pri izvajalcu) izvede neposredno po izdaji eNapotnice oziroma izročanju kartice zdravstvenega zavarovanja pacientu s preprostim klikom. Omenjeno prispeva k večjemu zadovoljstvu pacienta in zmanjšuje možnost neuspelega oziroma poznega napotovanja. Posebej je treba poudariti, da se k naročanju ne zavezuje zdravnika osebno, temveč navedeno lahko opravi zdravstveni delavec ali zdravstveni sodelavec (na primer administrator), omenjeno pa je še posebej pomembno tudi s stališča uvajanja preteka veljavnosti napotne listine, kadar jo pacient ne predloži dovolj hitro.

Navedeno ureja že Pravilnik o pogojih, rokih, načinu vključitve in uporabe eZdravja za obvezne uporabnike (Uradni list RS, št. 69/15), in sicer v Prilogi: Roki, način vključitve in uporabe storitev eZdravja (osma (in deveta) vrstica, tretji stolpec), iz katere jasno izhaja, da izvajalci zdravstvene dejavnosti, ki izvajajo storitve na primarni (ter sekundarni in terciarni) ravni, v mreži javne zdravstvene službe tudi naročajo paciente. Rok za to nalogo je bil predviden že 15. 3. 2016, izjema glede tega pravila pa je določena le za primer drugačne želje pacienta.

Plačilo administrativnega kadra, ki na primer opravlja delo naročanja, je že zajeto kot kalkulativni element cene zdravstvene storitve posamezne zdravstvene dejavnosti (na primarni, sekundarni in terciarni ravni).

Predlog te prehodne določbe zmanjšuje obveznost izdajateljev napotne listine glede naročanja za obdobje, dokler presegajo s strani ZZSZ določen normativ glede evidentiranega števila zavarovanih oseb (t. i. glavarinskih količnikov). Izdajatelj napotne listine bo namreč v tem prehodnem obdobju lahko zavrnil eNaročanje iz tretjega odstavka 15.a člena zakona (ne glede na zavezo o naročanju, ki jo sicer predvideva priloga Pravilnika o pogojih, rokih, načinu vključitve in uporabe eZdravja za obvezne uporabnike), ne bo pa te pravice mogel izkoristiti pri pacientih, ki zaradi objektivnih okoliščin (starost, zdravstveno stanje, nevednost ipd.) potrebujejo pomoč pri naročanju. Kot omenjeno že zgoraj navedeno naročanje izvaja izvajalec zdravstvene dejavnosti (zdravstveni delavec ali zdravstveni sodelavec in ne nujno zdravnik). Trenutno je določeno, da posamezni izvajalec za poln program ekipe v splošnih ambulantah, otroških in šolskih dispanzerjih pri izračunu obveznosti lahko preseže povprečno število opredeljenih zavarovanih oseb na nosilca. Pripadajoči količniki iz glavarine se priznajo v celoti do 2.250 opredeljenih zavarovanih oseb (3.037 količnikov), nato pa po regresijski formuli: 90 odstotkov količnikov za od 2.250 do 2.500 opredeljenih zavarovanih oseb (od 3.038 do 3.374 količnikov), 80 odstotkov količnikov za od 2.500 do 2.750 opredeljenih zavarovanih oseb (od 3.375 do 3.712 količnikov) in 70 odstotkov količnikov za od 2.750 do 3.000 opredeljenih zavarovanih oseb (od 3.713 do 4.049 količnikov).

Natančneje se določajo roki za obveščanje pacienta o terminu oziroma okvirnem terminu, in sicer ga je treba obvestiti v petih dneh od uvrstitve na čakalni seznam. Pacienta, ki ima določen (samo) okvirni termin, se o terminu obvesti najpozneje 14 dni pred izvedbo zdravstvene storitve, pri okvirnem terminu za operativne postopke pa najpozneje 30 dni pred izvedbo zdravstvene storitve. Glede načina obveščanja velja poudariti, da pravilnik ne zahteva točno določene oblike obvestila, temveč ustreza katerikoli primeren način; praviloma enak način, kot je bilo izvedeno naročanje s strani pacienta.

Za pripravo strokovnih meril za razvrščanje v posamezno stopnjo nujnosti, ki so del sodobnih medicinskih smernic, so še naprej pristojni posamezni razširjeni strokovni kolegiji. S prehodnimi določbami se predvideva izdaja teh meril v šestih mesecih od uveljavitve tega pravilnika.

Skladno z napotilom iz zakona se v pravilniku določajo najdaljše dopustne čakalne dobe za zdravstvene storitve, za katere je predvidena stopnja nujnosti redno, ki jih morajo izvajalci upoštevati oziroma ki se jih šteje kot najdaljše dopustne čakalne dobe v povezavi s predlaganim drugim odstavkom 14.b člena zakona. Ob tem je treba upoštevati tudi določilo glede revmatologije v prehodnem obdobju. Izjema od zakonsko določene najdaljše dopustne čakalne dobe je na primer za ortodontijo (čeljustno in zobno ortopedijo), ortopedске operacije, oralno in maksilofacialno kirurgijo.

Če izvajalec (oziroma v njegovem imenu pooblaščen oseba) ob uvrščanju pacienta na čakalni seznam ugotovi, da čakalna doba za določeno zdravstveno storitev presega najdaljšo dopustno čakalno dobo, pacientu predlaga izvedbo zdravstvene storitve pri drugem izvajalcu v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe z dopustno čakalno dobo. Pravilnik izrecno poudarja, da se predlaga drugega izvajalca v mreži javne zdravstvene službe in s tem prepoveduje napotovanje zunaj mreže (torej k čistim zasebnikom). Kadar pacient izvedbo zdravstvene storitve pri tako predlaganem izvajalcu odkloni, ga pooblaščen oseba za čakalni seznam uvrsti na ta čakalni seznam in na njem označi, da pacient želi izvedbo zdravstvene storitve pri tem izvajalcu (torej kljub čakalni dobi, ki presega najdaljšo dopustno) in se torej strinja s čakalno dobo.

S pravilnikom se ureja postopek prenaročanja v primeru, ko pride do odpovedi termina iz razloga na strani izvajalcev, pri čemer naj bi do tega prišlo le izjemoma.

Pravilnik skladno z zakonskim napotilom navaja posamezne objektivne okoliščine, iz katerih je mogoča odpoved termina (oziroma opravičilo od termina) tudi po desetih dneh pred terminom. Obenem navaja tudi neposredne posledice takšnega opravičila – tj. upravičenost do novega termina. Pomembna novost pravilnika je, da se pri določanju takega termina upošteva že pretečena čakalna doba v okviru iste stopnje nujnosti, kar pomeni, da pacient, ki je svojo odsotnost opravičil, zaradi tega ne čaka (bistveno) dlje oziroma nerazumno dolgo. Njegova čakalna doba se torej ne začne znova, temveč se samo nadaljuje. Kadar gre za razlog nenadne bolezni oziroma poškodbe ali hospitalizacije, se nov termin pacientu določi upoštevajoč njegovo trenutno zdravstveno stanje (ki morda v danem trenutku še ne omogoča izvedbe zdravstvene storitve, od katere se je opravičil).

Z novim pravilnikom se določata tudi način in vsebina poročanja izvajalca nekaterim nadzornim organom z namenom odpravljanja in zmanjševanja čakalnih dob, pri čemer so izrecno določene periode poročanja in nabor podatkov. Skupno poročilo glede stanja na tem področju bo pripravilo Ministrstvo za zdravje in ga objavilo na svojih spletnih straneh.

V prehodnih določbah je predvideno, kdaj se prične poročanje izvajalcev in Ministrstva za zdravje glede čakalnih dob in izjema glede obveznosti naročanja s strani izvajalcev, kadar število opredeljenih pacientov presega normativ Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Ta pravilnik bo začel veljati 15. dan po objavi v Uradnem listu Republike Slovenije, z dnem njegove uveljavitve pa se bo prenehal uporabljati zdaj veljavni Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov (Uradni list RS, št. 63/10).