



REPUBLIKA SLOVENIJA
RAČUNSKO SODIŠČE

REVIZIJSKO POROČILO

Skrb za učinkovit vstop zdravnikov na trg dela

2021



POSLANSTVO

Računsko sodišče pravočasno in objektivno obvešča javnosti o pomembnih razkritjih poslovanja državnih organov in drugih uporabnikov javnih sredstev ter svetuje, kako naj državni organi in drugi uporabniki javnih sredstev izboljšajo svoje poslovanje.



REPUBLIKA SLOVENIJA
RAČUNSKO SODIŠČE

REVIZIJSKO POROČILO

Skrb za učinkovit vstop zdravnikov na trg dela

Številka: 320-5/2019/40

Ljubljana, 1. oktobra 2021

Povzetek

Računsko sodišče je izvedlo revizijo učinkovitosti vstopa zdravnikov na trg dela v obdobju od 1. 1. 2008 do 30. 9. 2019. Z revizijo se je Računsko sodišče odzvalo na številna opozorila zdravniške stroke v zadnjih letih, da v Sloveniji primanjkuje zdravnikov, še posebej pa zdravnikov družinske medicine.

Računsko sodišče je revidiralo poslovanje Ministrstva za zdravje in Zdravniške zbornice Slovenije v zvezi z zagotavljanjem učinkovitega vstopa zdravnikov na trg dela ter izboljševanja razmerja med potrebnim in razpoložljivim številom zdravnikov. Pri tem je prvenstveno iskalo odgovor na vprašanje, ali sta Ministrstvo za zdravje in Zdravniška zbornica Slovenije poskrbela za to, da so dejanske potrebe po zdravnikih znane, ter na vprašanje, ali sta poskrbela za to, da so znani tudi razlogi za pomanjkanje zdravnikov, in ali se ti uspešno odpravljajo.

V obdobju, na katero se nanaša revizija, Ministrstvo za zdravje in Zdravniška zbornica Slovenije po mnenju računskega sodišča **nista bila učinkovita** pri skrbi za učinkovit vstop zdravnikov na trg dela, poleg tega pa **ni bilo mogoče potrditi, da sta bila učinkovita** pri izboljševanju razmerja med potrebnim in razpoložljivim številom zdravnikov. Računsko sodišče je namreč ugotovilo, da Ministrstvo za zdravje in Zdravniška zbornica Slovenije nista poskrbela za ugotavljanje dejanskih potreb po zdravnikih niti za ugotavljanje razlogov za morebitno pomanjkanje zdravnikov v okviru posameznih specialnosti. Zaradi tega tudi nista mogla poskrbeti za to, da bi se razlogi za domnevno pomanjkanje zdravnikov uspešno odpravljali.

Glavna razloga za neučinkovito skrb pri vstopu zdravnikov na trg dela sta predvsem v tem, da ni mogoče ugotoviti dejanskih obstoječih zdravniških kapacitet niti ni mogoče oceniti potreb po dodatnih zdravnikih. Noben deležnik namreč ne ugotavlja, koliko efektivnih ur zdravniškega dela na mesec opravi posamezni zdravnik v okviru različnih oblik izvajanja zdravniške službe in pri različnih izvajalcih v mreži javne zdravstvene službe (kot na primer na podlagi pogodbe o zaposlitvi, podjemnih oziroma drugih pogodb civilnega prava ali na podlagi izstavljenih računov za opravljeno zdravstveno storitev). Podatki o tem, koliko je vsak posamezni zdravnik dejansko aktiviran v zdravniški službi, ne obstajajo, poleg tega pa ni vzpostavljen ustrezen sistem ocenjevanja potreb po zdravnikih.

Sistem ugotavljanja potreb po zdravnikih ni bil učinkovit predvsem zaradi odsotnosti vrste ključnih elementov, ki bi jih morale zagotoviti Ministrstvo za zdravje, in sicer predvsem zaradi odsotnosti celovito določene mreže javne zdravstvene službe, določitve zdravniških delovnih mest, natančne

metodologije za ugotavljanje potreb po zdravnikih in odsotnosti analiz obremenitev zdravnikov. Ker Ministrstvo za zdravje in Zdravniška zbornica Slovenije tudi nista poskrbela za sistemsko ureditev ocenjevanja trenutnih, kratkoročnih in srednjeročnih potreb po zdravnikih, sta potrebe po zdravnikih ugotavljala vsako leto sproti, in sicer izključno v okviru javnih razpisov za specializacije. Ob odsotnosti predpisane natančne metodologije za ugotavljanje potreb sta tako pri vsakem razpisu pripravila lastni metodologiji, na podlagi katerih pa je bilo določanje števila in vrst specializacij večinoma nepregledno in arbitrarno. Pri določanju potreb po specializacijah so imeli največjo težo predlogi nacionalnih koordinatorjev, pri čemer pa njihova vloga ni bila vnaprej natančno določena in zato njihovo delovanje za potrebe določitve specializacij tudi ni bilo enotno. Določanje števila in vrst specializacij tako ni bilo pregledno, enotno niti natančno. Obstoječa ureditev je omogočala, da so se potrebe po zdravnikih in s tem po specializacijah v praksi ugotavljale "od spodaj navzgor" namesto od "zgoraj navzdol", kar je lahko pomenilo, da potrebe niso bile nujno realne. Zaradi tega je računsko sodišče ocenilo, da so bili postopki določanja specializacij neučinkoviti, saj ni bilo mogoče potrditi, da so bile določene tiste vrste in tako število posameznih vrst specializacij, po katerih so bile dejanske potrebe.

Ministrstvo za zdravje v 12-letnem obdobju ni poskrbelo za pripravo realnih zdravniških standardov in normativov, ki bi temeljili na izvedenih analizah dejanskih in možnih obremenitev zdravnikov in bi predstavljali eno od temeljnih podlag za oblikovanje mreže javne zdravstvene službe. Namesto tega je prepustilo pripravo zdravniških standardov in normativov Zdravniški zbornici Slovenije in sindikatom. Ti so zdravniške standarde, ki temeljijo na glavarinskem sistemu, sprejeli leta 2011 v Modri knjigi standardov in normativov zdravnikov in zobozdravnikov, Ministrstvo za zdravje pa jih je zaradi sočasnih stavk zdravnikov potrdilo, čeprav so bili pomanjkljivo pripravljene in čeprav ni proučilo pričakovanih učinkov njihovega sprejetja na vzdržnost zdravstvenega sistema. Poleg tega tudi ni potrdilo, da so zdravniški standardi in normativi iz modre knjige, ki temeljijo na glavarinskem sistemu, realni in objektivni ter da predstavljajo ustrezno osnovo za ugotavljanje potreb po dodatnih zdravnikih in s tem ustrezno izhodišče za odpravljanje domnevnih preobremenitev nekaterih zdravnikov. Računsko sodišče je v reviziji na podlagi analize obremenitev družinskih zdravnikov ocenilo, da glavarinski količniki ne odražajo nujno realnega stanja glede obremenitve posameznega zdravnika. To je pomembno predvsem zato, ker je Ministrstvo za zdravje dopustilo, da je na glavarinski sistem vezana večina postopkov (kot na primer pravica zdravnikov do odklanjanja zavarovanih oseb, nagrajevanje zdravnikov, sporočanje potreb izvajalcev zdravstvene dejavnosti po zdravnikih v okviru postopkov določanja števila in specializacij).

Ob odsotnosti potrebnih podatkov za natančno ugotovitev obstoječih zmogljivostih zdravnikov ter ob odsotnosti natančno določene metodologije za ugotavljanje potreb po zdravnikih, Ministrstvo za zdravje in Zdravniška zbornica Slovenije nista imela temeljnih pogojev za ugotavljanje primanjkljaja zdravnikov specialistov na določenih specialističnih področjih in po regijah. Vendar pa je Ministrstvo za zdravje v letu 2017 razvilo model, ki bi po mnenju računskega sodišča lahko bil podlaga za učinkovito načrtovanje zdravniškega kadra.

Ne glede na to, da Ministrstvo za zdravje ni zagotovilo ključnih podlag za ugotavljanje potreb po zdravnikih, je v zvezi z domnevnimi preobremenitvami zdravnikov izvajalo več aktivnosti in ukrepov, vendar pred tem ni analiziralo predvidenih učinkov teh ukrepov na zagotavljanje zdravniških kapacitet. Tako je med drugim uvedlo referenčne ambulate družinske medicine, omogočilo sklepanje podjemnih pogodb, zagotovilo nagrajevanje zdravnikov in uvedlo sistem podeljevanja soglasij in koncesij, vendar noben od navedenih ukrepov ni bil učinkovit s stališča zagotavljanja dodatnih zdravniških kapacitet in hkrati razbremenjevanja zdravnikov. Tako projekt referenčnih ambulant družinske medicine ni prispeval k reševanju problematike preobremenjenosti

zdravnikov, temveč je celo povzročil neenako obravnavo družinskih zdravnikov in hkrati neenakost pri obravnavi zavarovanih oseb pri dostopu do preventivnih programov, saj v projekt niso bile vključene vse ambulate družinske medicine. Podobno tudi nagrajevanje zdravnikov za delo v okviru obstoječega ordinacijskega časa (brez zagotovitve reorganizacije dela), ki je bilo vezano na presežanje glavarinskih količnikov (in ne nujno na bistveno povečani obseg dela), ni učinkovalo na razbremenitev zdravnikov, temveč ravno obratno, obremenitve zdravnikov je le še povečevalo. Poleg tega je projektno nagrajevanje lahko pomenilo dvojno nagrajevanje za isto delo, saj so zavodi lahko zdravnike nagrajevali v okviru projekta in hkrati v okviru predpisov.

Stroški zaradi sklepanja podjemnih pogodb, ki so sicer predvidene za začasno, izredno delo, ne pa za stalnico v zdravstvenem prostoru, so se na sekundarni in terciarni dejavnosti v obdobju, na katero se nanaša revizija, izrazito povečevali (v letu 2013 so znašali 14.915.346 EUR, v letu 2018 pa že 22.690.321 EUR), Ministrstvo za zdravje pa ni proučilo gospodarnosti tega ukrepa v primerjavi z drugimi ukrepi (kot na primer v primerjavi z dodatnim zaposlovanjem).

Z opustitvijo izvajanja aktivnosti za optimizacijo in učinkovito upravljanje mreže javne zdravstvene službe na vseh ravneh zdravstvenega varstva ter z opustitvijo natančne določitve pogojev, meril in kriterijev za potrditev potreb po koncesijah je Ministrstvo za zdravje omogočilo oblikovanje mreže javne zdravstvene službe predvsem glede na interese posameznih izvajalcev zdravstvene dejavnosti, zdravnikov in občin, torej po principu "od spodaj navzgor". Zaradi opustitve izvajanja analiz obremenitev zdravnikov in analiz ustreznosti obstoječe organizacije dela zdravnikov pa v 12 letih ni ugotovilo, ali in koliko ter kateri zdravniki so preobremenjeni, in ni ugotovilo realnih razlogov za domnevne preobremenitve zdravnikov. Zato ni znano, zakaj naj bi bili zdravniki ob skoraj 32-odstotnem porastu števila vseh zdravnikov, zaposlenih v mreži javne zdravstvene službe v 12-letnem obdobju, ter ob naraščanju letnega števila specializantov v tem obdobju (v letu 2008 jih je bilo 1.174, v letu 2019 pa že 1.714) in nenazadnje ob praktično nespremenjenem številu prebivalcev v Republiki Sloveniji v tem obdobju preobremenjeni. Kljub javnim opozorilom o alarmantni preobremenjenosti predvsem družinskih zdravnikov Ministrstvo za zdravje v 12 letih ni načrtovalo in posledično izvedlo nobene prepotrebne aktivnosti v zvezi z ugotovitvijo dejanskega stanja glede obremenitev zdravnikov in ukrepanja za odpravo takega stanja (kot na primer zagotovitev pogojev za povečanje vpisnih mest na medicinskih fakultetah, olajšanje postopkov za zaposlovanje tujih zdravnikov, spodbude zdravnikom za delo na ruralnih območjih, določanje ustreznega števila specializacij glede na potrebe prebivalcev po zdravnikih določene specialistične stroke in podobno).

Računsko sodišče je od Ministrstva za zdravje **zahtevalo izvedbo 9 popravljalnih ukrepov** in mu **podalo 11 priporočil** za izboljšanje vstopa zdravnikov na trg dela.

Kazalo

1. Uvod	9
1.1 Področje in predmet revizije	9
1.1.1 Karierna pot zdravnika do vstopa na trg dela	9
1.1.2 Statistični podatki	14
1.1.3 Pristojnosti za zagotavljanje zadostnega števila zdravnikov	17
1.2 Predstavitev revidirancev	18
1.2.1 Ministrstvo za zdravje	18
1.2.2 Zdravniška zbornica	20
1.3 Cilj revizije in revizijski pristop	22
2. Zagotavljanje zadostnega števila zdravnikov	24
2.1 Zagotovitev pogojev za ugotavljanje potreb po zdravnikih	24
2.1.1 Podatki o zdravnikih	25
2.1.1.1 Podatki o razpoložljivih zdravniških kapacitetah	25
2.1.1.2 Podatki o potrebah po zdravnikih	35
2.1.2 Mreža javne zdravstvene službe in razpored zdravniških delovnih mest	37
2.1.3 Standardi in normativi dela zdravnikov	45
2.1.4 Metodologija za ugotavljanje potreb po zdravnikih	54
2.2 Zadovoljevanje potreb po zdravnikih	57
2.2.1 Zaposlovanje zdravnikov	58
2.2.1.1 Zaposlovanje domačih zdravnikov	58
2.2.1.2 Zaposlovanje zdravnikov iz tretjih držav	61
2.2.2 Razpisovanje specializacij	67
2.2.2.1 Določanje specializacij pred uveljavitvijo ZZdrS-F	68
2.2.2.2 Določanje specializacij po uveljavitvi ZZdrS-F	73
2.2.2.3 Sprememba načina razpisovanja specializacij	81
2.2.2.4 Vloga nacionalnih koordinatorjev pri določanju specializacij	83
2.2.2.5 Razpisovanje večjega števila specializantskih mest, kot je kandidatov za specializacije	86
2.2.2.6 Financiranje druge specializacije	87
2.2.2.7 Način izdajanja odločb o odobritvi/zavrnitvi specializacij	88
2.3 Ugotavljanje in odpravljanje vzrokov za pomanjkanje zdravnikov	89
2.3.1 Analize delovnih obremenitev zdravnikov	89
2.3.2 Analize učinkov organizacije dela zdravnikov na primarni ravni	92

2.3.3	Analize števila obiskov kot elementa obremenitev družinskih zdravnikov	93
2.3.4	Učinek sistema opredeljevanja in odklanjanja novih zavarovanih oseb	99
2.3.5	Učinki nagrajevanja zdravnikov	101
2.3.5.1	Fleksibilno nagrajevanje zdravnikov na podlagi aneksa KP 2017	101
2.3.5.2	Nagrajevanje zdravnikov na podlagi PVP	102
2.3.5.3	Nagrajevanje zdravniških timov na podlagi aneksa 2 SD 2019 in Aneksa št. 3 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2019	104
2.3.5.4	Učinek nagrajevanja zdravnikov glede na njihovo obremenitev	106
2.3.6	Učinki sklepanja podjetniških pogodb	108
2.3.7	Učinki podeljevanja koncesij	110
2.3.8	Učinki referenčnih ambulant družinske medicine	113
3.	Izboljševanje razpoložljivosti zdravnikov glede na potrebe	116
3.1	Ustreznost načrtovanja ciljev in ukrepov	116
3.2	Izvajanje ukrepov in uresničevanje ciljev	119
3.2.1	Izvajanje načrtovanih ukrepov	120
3.2.2	Izvajanje drugih ukrepov	122
4.	Mnenje	125
5.	Zahteva za predložitev odzivnega poročila	129
6.	Priporočila	132

1. Uvod

Revidirali smo učinkovitost in uspešnost Ministrstva za zdravje (v nadaljevanju: MZ) in Zdravniške zbornice Slovenije (v nadaljevanju: ZZ) pri zagotavljanju učinkovitega vstopa zdravnikov na trg dela ter hkrati izboljševanju razpoložljivosti zdravnikov. Revizijo smo izvedli na podlagi Zakona o računskem sodišču¹ (v nadaljevanju: ZRaS-1) in Poslovnika Računskega sodišča Republike Slovenije² ter v skladu z mednarodnimi revizijskimi standardi, ki jih določa Napotilo za izvajanje revizij³. Sklep o izvedbi revizije⁴ je bil izdan 1. 3. 2019, sklep o spremembi sklepa o izvedbi revizije⁵ pa 9. 9. 2019.

Naša pristojnost je na podlagi izvedene revizije podati mnenje o učinkovitosti in uspešnosti poslovanja MZ in ZZ pri zagotavljanju učinkovitega vstopa zdravnikov na trg dela ter hkrati izboljševanju razpoložljivosti zdravnikov. Revizijo smo načrtovali in izvedli tako, da smo pridobili zadostna in ustrezna zagotovila za izrek mnenja.

1.1 Področje in predmet revizije

Področje revizije je vstop zdravnikov⁶ na trg dela ter zagotavljanje zadostnega števila zdravnikov v mreži javne zdravstvene službe⁷. V tem poročilu z izrazom zdravniki razumemo zdravnike in doktorje dentalne medicine. Predmet revizije so bile aktivnosti MZ in ZZ za zagotavljanje učinkovitega vstopa zdravnikov na trg dela ter zagotavljanje zadostnega števila zdravnikov glede na potrebe prebivalcev po regijah in po posamezni specialistični stroki v obdobju od 1. 1. 2008 do 30. 9. 2019.

1.1.1 Karierna pot zdravnika do vstopa na trg dela

Zdravnik sme samostojno opravljati zdravniško službo, če ima ustrezno izobrazbo, je vpisan v register zdravnikov in je pridobil dovoljenje za samostojno opravljanje zdravniške službe na

¹ Uradni list RS, št. 11/01 in 109/12.

² Uradni list RS, št. 91/01.

³ Uradni list RS, št. 43/13.

⁴ Št. 320-5/2019/3.

⁵ Št. 320-5/2019/6.

⁶ V revizijskem poročilu nam izraz zdravnik pomeni vse zdravnike in doktorje dentalne medicine, ki izpolnjujejo pogoje za samostojno opravljanje zdravstvene dejavnosti kot zdravniške službe v skladu s prvim odstavkom 14. člena Zakona o zdravniški službi (v nadaljevanju: ZZdrS; Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 58/08, 107/10 – ZPPKZ, 40/12 – ZUJF, 88/16 – ZdZPZD, 40/17, 64/17 – ZZDej-K, 49/18 in 66/19).

⁷ Mreža javne zdravstvene službe je prostorska in časovna porazdelitev zmogljivosti javnih zdravstvenih zavodov in koncesionarjev, vključujoč človeške, materialne, prostorske in druge vire, s katerimi država in občine zagotavljajo prebivalcem optimalno dostopnost zdravstvenih storitev in oskrbo z njimi na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti (Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013 "Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev", v nadaljevanju: ReNPZV08-13, Uradni list RS, št. 72/08 in 47/08 – popr.), točka 7.2.

določenem strokovnem področju⁸ (v nadaljevanju: licenca). Kvalifikacijo⁹ za samostojno opravljanje dela zdravnik pridobi, če je po končanem najmanj 6-letnem ali 5.500 ur trajajočem univerzitetnem študiju s teoretičnim in praktičnim izobraževanjem na medicinski fakulteti pridobil diplomu¹⁰ in je opravil specializacijo¹¹. Po zaključku študija na medicinski fakulteti se zdravnik najprej vpiše v register zdravnikov, ki ga vodi ZZ¹² (v nadaljevanju: register zdravnikov), nato pa pri ZZ vloži vlogo¹³ za opravljanje sekundariata. Do 25. 6. 2008 je sekundariat trajal 2 leti in se končal s preizkusom usposobljenosti. Zdravnik je po 6 mesecih pripravništvo zaključil s strokovnim izpitom¹⁴. V obdobju od leta 2008 do leta 2017 je Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravniški službi¹⁵ (v nadaljevanju: ZZdrS-E) ukinil sekundariat in določil, da pripravništvo zdravnika traja 6 mesecev in se konča s strokovnim izpitom. V letu 2017 je Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravniški službi¹⁶ (v nadaljevanju: ZZdrS-F) zopet uvedel sekundariat, ki traja le 1 leto (od tega traja izbirni del sekundariata od najmanj 2 do največ 6 mesecev¹⁷). Sekundariat tako po uveljavitvi ZZdrS-F vključuje obvezno šestmesečno pripravništvo, ki se zaključi s strokovnim izpitom, ter preostali (izbirni) program sekundariata, ki se izvaja v obliki kroženja zdravnikov pri pooblaščenih izvajalcih. V skladu z določbami zakona po uveljavitvi ZZdrS-F se lahko posamezni zdravnik samostojno odloči, ali in koliko časa bo opravljal neobvezni del sekundariata, pri tem pa k specializaciji lahko pristopi že takoj po opravljenem strokovnem izpitu (torej po zaključku pripravništva)¹⁸. Pravna ureditev je v celotnem obdobju revizije tudi dopuščala, da se je program opravljenega sekundariata delno ali v celoti všteval v program specializacije, o čemer je odločila ZZ na predlog pooblaščenega izvajalca in mentorja zdravnika¹⁹.

V skladu z novim pravilnikom o vsebini in poteku sekundariata zdravnik v vlogi za opravljanje sekundariata po svoji izbiri navede pooblaščen ustanove za obvezni ter izbirni del sekundariata, pri čemer si pooblaščenega izvajalca izbere na podlagi prostih delovnih mest za usposabljanje, ki jih

⁸ 10. člen ZZdrS.

⁹ Kvalifikacija pomeni ustrezno izobrazbo (diploma) in poklicno usposobljenost (dodatna specializacija).

¹⁰ Pri tem je kot diploma upoštevano tudi potrdilo o nostrifikaciji diplome tuje univerze oziroma izdana odločba o enakovrednosti tujega naslova s slovenskim strokovnim naslovom doktor medicine, pridobljena v postopku priznavanja po zakonu, ki ureja priznavanje in vrednotenje izobraževanja.

¹¹ Specializacija je oblika podiplomskega strokovnega usposabljanja, ki je potrebno za dodatno poglobljeno pridobivanje znanja in veščin na enem od strokovnih področij. Pri tem se za opravljeno specializacijo upošteva tudi v Republiki Sloveniji priznan specialistični naslov, pridobljen v tujini.

¹² [URL: <https://www.zdravniskazbornica.si/informacije-publikacije-in-analize/javni-iskalniki-zdravnikov-in-zobozdravnikov>], 1. 9. 2021.

¹³ [URL: <https://www.zdravniskazbornica.si/karierni-razvoj/pripravnistvo/zdravniki>], 1. 9. 2021.

¹⁴ 14. člen Zakona o zdravniški službi, Uradni list RS, št. 72/06.

¹⁵ Uradni list RS, št. 58/08.

¹⁶ Uradni list RS, št. 40/17.

¹⁷ Pravilnik o vsebini in poteku sekundariata, Uradni list RS, št. 4/18.

¹⁸ Drugi odstavek 3. člena Pravilnika o vsebini in poteku sekundariata (v nadaljevanju: stari pravilnik o vsebini in poteku sekundariata; Uradni list RS, št. 83/97, 98/99 – ZZdrS, 39/00, 50/01, 61/02, 43/04, 57/06 in 40/17 – ZZdrS-F) ter tretji odstavek 5. člena in tretji odstavek 21. člena Pravilnika o vsebini in poteku sekundariata (v nadaljevanju: novi pravilnik o vsebini in poteku sekundariata; Uradni list RS, št. 4/18).

¹⁹ 9. člen starega pravilnika o vsebini in poteku sekundariata in 8. člen novega pravilnika o vsebini in poteku sekundariata.

objavlja ZZ²⁰. Pogoji za prijavo oziroma za pričetek opravljanja neobveznega izbirnega dela sekundariata je opravljen strokovni izpit. Pričetek in zaključek kroženja v izbirnem delu sekundariata potrdi nadzorni mentor v Listu zdravnika²¹, iz katerega je razviden celoten potek kroženja, ki ga potrdijo neposredni mentorji. Po opravljenem strokovnem izpitu ali po zaključenem neobveznem izbirnem delu sekundariatu (zaključku kroženja) se zdravnik prijavi na javni razpis za zasedbo specializantskih delovnih mest, ki ga objavi ZZ na svoji spletni strani²² (v nadaljevanju: JR za specializacije). Razpisovanje specializacij se je v obdobju, na katero se nanaša revizija, spremenilo, in sicer je ZZ do uveljavitve ZZdrS-F razpisovala specializacije po regijah²³, po uveljavitvi ZZdrS-F pa se JR za specializacije lahko nanaša na območje celotne države (v nadaljevanju: nacionalni JR) ali na posamezne izvajalce zdravstvene dejavnosti (v nadaljevanju: JR za izvajalce) ali oboje²⁴. V skladu z JR za specializacije, ki jih ZZ razpisuje po uveljavitvi ZZdrS-F, se tako zdravnik lahko prijavi na JR za specializacije pri posameznem (znanem) izvajalcu zdravniške dejavnosti ali pa za območje celotne države. V prvem primeru mora ob vlogi podati pisno izjavo, da se bo po končani specializaciji za najmanj enkratno časovno obdobje trajanja specializacije za polni delovni čas zaposlil pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti, za katerega je bil izbran na razpisu. V drugem primeru pa zdravnik poda pisno izjavo, da se bo po končani specializaciji za najmanj enkratno časovno obdobje trajanja specializacije za polni delovni čas zaposlil pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe v Republiki Sloveniji. V obeh primerih (za znanega delodajalca in za celotno državo) kandidat v prijavi sam predlaga glavnega mentorja, ki z mentorstvom soglaša. Specializant, ki je bil izbran na nacionalnem JR, se zaposli pri pooblaščenem izvajalcu, ki ga določi ZZ, specializant, ki je bil izbran na JR za izvajalce, pa se zaposli pri izvajalcu, na katerega se je razpis nanašal²⁵. Potek specializacije po programu se evidentira v E-listu zdravnika. Po opravljenem predpisanem programu specializacije specializant predloži ZZ Prijavo na specialistični izpit iz določene specializacije²⁶, ki ji priloži E-list zdravnika²⁷. ZZ v 60 dneh od prejema prijave izda odločbo o datumu specialističnega izpita in določitvi izpitne komisije. Specializant nato pristopi k opravljanju specialističnega izpita praviloma v 30 dneh od vročitve odločbe ZZ o izvajanju izpita²⁸.

²⁰ [URL: <https://www.zdravniskazbornica.si/karierni-razvoj/pripravnistvo/zdravniki/prosta-pripravniska-delovna-mesta>], 1. 9. 2021.

²¹ [URL: [https://www.zdravniskazbornica.si/docs/default-source/pripravnistvo/list-zdravnika-sekundarija-\(izbirni-del\).pdf](https://www.zdravniskazbornica.si/docs/default-source/pripravnistvo/list-zdravnika-sekundarija-(izbirni-del).pdf)], 1. 9. 2021.

²² Na primer objava drugega javnega razpisa specializacij zdravnikov 2019 za posamezne izvajalce in za območje celotne države [URL: <https://www.zdravniskazbornica.si/karierni-razvoj/specializacije/razpisi-specializacij>], 1. 9. 2021.

²³ V prvem odstavku 18. člena ZZdrS je bilo določeno, da se razpis izvede za posamezna območja, določena s predpisi o zdravstvenem zavarovanju.

²⁴ Prvi odstavek a18.a člena ZZdrS.

²⁵ Prvi in drugi odstavek 23. člena ZZdrS.

²⁶ Vloga za opravljanje specialističnega izpita [URL: <https://www.zdravniskazbornica.si/karierni-razvoj/specializacije/potek-in-navodila-za-opravljanje-specializacij>], 1. 9. 2021.

²⁷ E-list zdravnika se od 1. 7. 2012 izpolnjuje le v elektronski obliki. E-list se po potrditvi s strani specializantovega glavnega mentorja in koordinatorja specializacije generira v elektronsko sporočilo, ki ga prejme referentka za specialistične izpite.

²⁸ Prvi odstavek 16. člena ZZdrS.

Študij medicine traja 6 let, specializacije pa v skladu s Pravilnikom o vrstah, vsebini, trajanju in poteku trajanja specializacij zdravnikov²⁹ (v nadaljevanju: pravilnik o specializacijah 2018) trajajo³⁰ od najmanj 4 leta³¹ do največ 7 let in pol³². Postopki v zvezi z odobritvijo specializacije (če se nihče od kandidatov ne pritoži) trajajo v povprečju 3 mesece od prijave na razpis (2 meseca za pripravo skupne odločbe in 1 mesec za pripravo sklepa ZZ o pričetku opravljanja specializacije od dokončnosti skupne odločbe). V skladu s sklepom ZZ o pričetku opravljanja specializacije mora specializant pristopiti k opravljanju specializacije v 3 mesecih od datuma izdaje tega sklepa. Specialistični izpit mora opraviti najpozneje v 3 mesecih po tem, ko je opravil predpisani program specializacije³³. V praksi se zdravniki specialisti v mreži javne zdravstvene službe najpogosteje zaposlijo v 1 mesecu do 3 mesecev. V skladu z navedenimi postopki lahko zdravnik, ki je na primer opravljal najkrajšo, to je 4-letno specializacijo, ob upoštevanju dolžine postopkov, ki jih vodita MZ in ZZ, vstopi na trg dela najhitreje v približno 10 letih in 9 mesecih, medtem ko se lahko zdravnik, ki je opravljal specializacijo 7 let in pol, najhitreje zaposli v 15 letih in 1 mesecu od začetka študija.

Pojasnilo ZZ

Večina mladih zdravnikov ima že pred zaključkom specialističnega izpita zagotovljenega delodajalca.

Slika 1 prikazuje karierno pot zdravnika od začetka študija na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani do vstopa na trg dela, kot je urejena po uveljavitvi ZZdrS-F leta 2017.

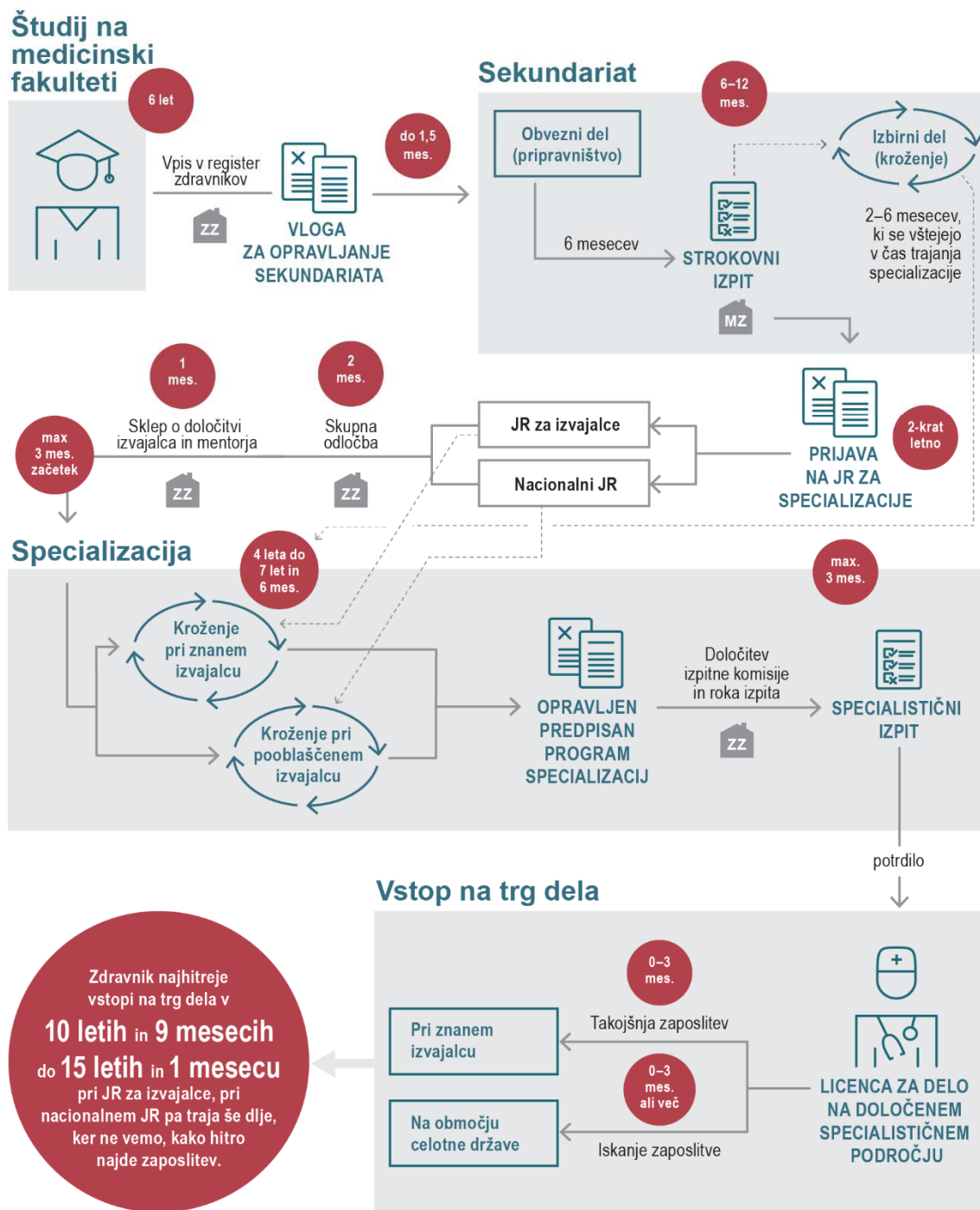
²⁹ Uradni list RS, št. 22/18.

³⁰ Seznam specializacij zdravnikov – Priloga 1 k pravilniku o specializacijah 2018 (v nadaljevanju: seznam specializacij 2018).

³¹ Od skupno 47 specializacij, ki so določene v seznamu specializacij 2018, 6 specializacij traja 4 leta, ostale trajajo najmanj 5 let.

³² Najdlje traja specializacija iz otroške nevrologije 7,5 leta. Pri tem mora zdravnik najprej končati specializacijo iz pediatrije, ki traja 5 let (ter 2,5 leta dodatnega izobraževanja iz otroške nevrologije), ali opraviti specializacijo iz nevrologije, ki traja 4 leta (ter 3,5 leta dodatnega izobraževanja iz otroške nevrologije).

³³ 38. člen pravilnika o specializacijah 2018.

Slika 1 Karierna pot zdravnika od začetka študija do vstopa na trg dela po uveljavitvi ZZdrS-F

1.1.2 Statistični podatki

V reviziji smo za celotno obdobje, na katero se nanaša revizija, od MZ skušali pridobiti podatke o številu vseh zdravnikov (brez podatkov o doktorjih dentalne medicine³⁴) v mreži javne zdravstvene službe, ločeno po izvajalcih v okviru primarne³⁵, sekundarne³⁶ in terciarne³⁷ ravni javne zdravstvene službe (v okviru posamezne ravni pa ločeno za javne zavode in koncesionarje). Podatke smo pridobili od Nacionalnega inštituta za javno zdravje³⁸ (v nadaljevanju: NIJZ), ki podatke vodi v Registru izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev v zdravstvu (v nadaljevanju: RIZDDZ). NIJZ je posredoval podatke o številu zdravnikov (brez podatkov o doktorjih dentalne medicine³⁹), ki opravljajo delo v okviru rednega delovnega razmerja, in sicer podatke za primarno raven in posebej združene podatke za sekundarno in terciarno raven od leta 2012 dalje⁴⁰. V okviru te razvrstitve pa NIJZ vodi podatke o številu zdravnikov, zaposlenih v javnih zdravstvenih zavodih, in posebej podatke o številu zdravnikov, zaposlenih pri izvajalcih z zasebnim pravnim statusom⁴¹, med katerimi so tudi koncesionarji. Slika 2 prikazuje število zdravnikov⁴² v mreži javne in zasebne zdravstvene službe.

³⁴ V reviziji smo se zaradi večje preglednosti osredotočili na podatke o številu zdravnikov, pri čemer podatkov o številu doktorjev dentalne medicine nismo zahtevali in jih nismo obravnavali.

³⁵ Zdravstvena dejavnost na primarni ravni obsega osnovno zdravstveno dejavnost in lekarniško dejavnost (drugi odstavek 2. člena Zakona o zdravstveni dejavnosti (v nadaljevanju: ZZDej; Uradni list RS, št. 23/05 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 23/08, 58/08 – ZZdrS-E, 77/08 – ZDZdr, 40/12 – ZUJF, 14/13, 88/16 – ZdZPZD, 64/17, 1/19 – odl. US, 73/19 in 82/20). V skladu z 8. členom ZZDej opravljajo osnovno zdravstveno dejavnost zdravstveni domovi, zdravstvene postaje in drugi izvajalci zdravstvene dejavnosti, ki imajo dovoljenje MZ.

³⁶ Zdravstvena dejavnost na sekundarni ravni obsega specialistično ambulantno in bolnišnično dejavnost (tretji odstavek 2. člena ZZDej). V skladu s 13. členom ZZDej opravljajo specialistično ambulantno dejavnost bolnišnice, zdravilišča ali zasebni zdravniki specialisti posameznih strok.

³⁷ Zdravstvena dejavnost na terciarni ravni obsega opravljanje dejavnosti klinik, kliničnih inštitutov ali kliničnih oddelkov ter drugih pooblaščenih zdravstvenih zavodov (četrti odstavek 2. člena ZZDej).

³⁸ NIJZ je v skladu s 3. členom Zakona o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (v nadaljevanju: ZZPPZ; Uradni list RS, št. 65/00, 47/15 in 31/18) upravljevec zbirk podatkov s področja zdravstvenega varstva.

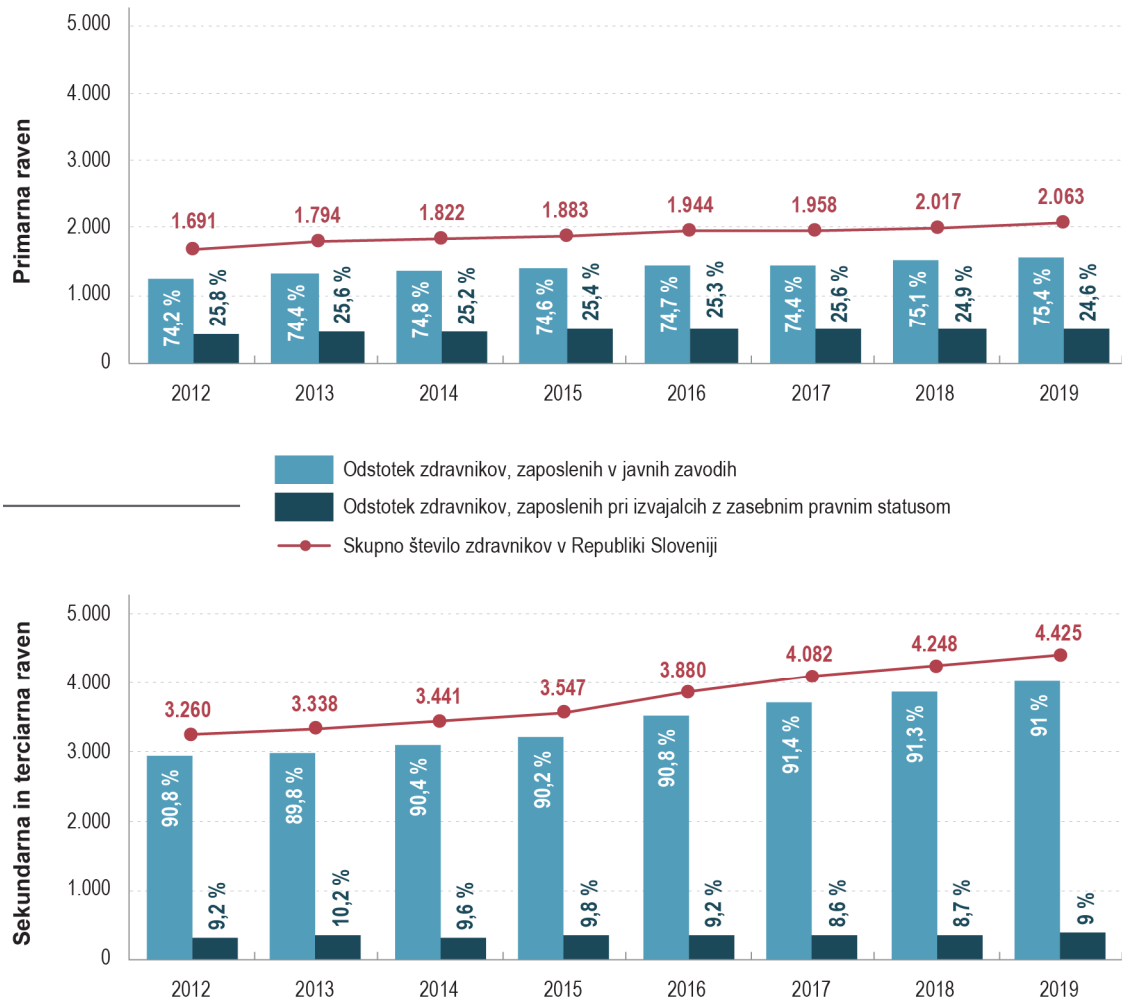
³⁹ V skladu z našim zaprosilom je NIJZ posredoval podatke o številu zdravnikov, ne pa tudi podatkov o številu doktorjev dentalne medicine.

⁴⁰ NIJZ je združeval podatke o zdravnikih v okviru sekundarne in terciarne ravni zaradi načina vodenja evidenc v skladu z Odredbo o določitvi enotnega šifranta vrst zdravstvene dejavnosti (Uradni list RS, št. 58/11 in 43/12) in v skladu s Pravilnikom o vrstah zdravstvene dejavnosti (Uradni list, št. 63/18, 25/19 in 47/19).

⁴¹ Pravne (zasebni zdravstveni zavodi, gospodarske družbe) in fizične osebe (zasebniki).

⁴² Na sliki 2 zaradi večje preglednosti prikazujemo le podatke o zdravnikih, ne pa tudi podatkov o doktorjih dentalne medicine.

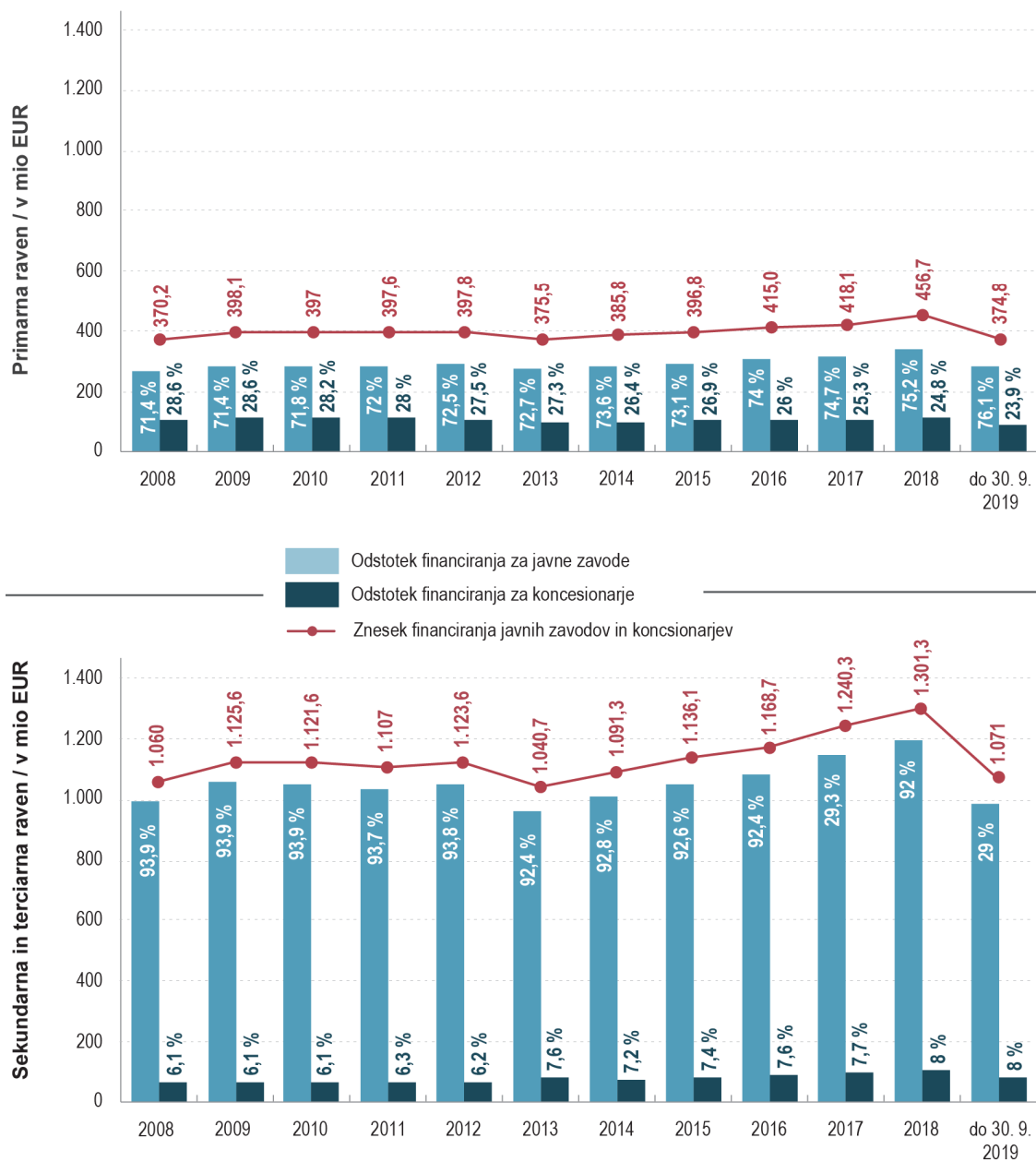
Slika 2 Število zdravnikov (brez doktorjev dentalne medicine) v javnih zdravstvenih zavodih in pri izvajalcih z zasebnim pravnim statusom od leta 2012 do leta 2019



Vir: podatki NIJZ.

V reviziji smo za celotno obdobje, na katero se nanaša revizija, skušali pridobiti tudi podatke o porabljenih sredstvih za izvajanje zdravstvene dejavnosti, in sicer posebej za dejavnost v okviru primarne, sekundarne in terciarne ravni javne zdravstvene službe. MZ je podatke pridobilo od Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZZS), ki v skladu s predpisi⁴³ izkazuje podatke o realizaciji odhodkov osnovnega zdravstvenega varstva (primarna raven) ter podatke o realizaciji odhodkov za specialistično ambulantno in bolnišnično zdravljenje (sekundarna in terciarna raven). Slika 3 prikazuje porabo sredstev za izvajanje zdravstvene dejavnosti.

⁴³ V skladu z 2. členom ZZDej, Odredbo o določitvi enotnega šifranta vrst zdravstvene dejavnosti in Pravilnika o vrstah zdravstvene dejavnosti.

Slika 3 Poraba sredstev za izvajanje zdravstvene dejavnosti⁴⁴ v obdobju, na katero se nanaša revizija


Vir: podatki ZZZS.

⁴⁴ Podatki zajemajo tekoče transfere v javne zavode za osnovno zdravstveno varstvo in specialistično ambulantno in bolnišnično zdravljenje (plače in druge izdatke zaposlenim, sredstva za prispevke delodajalcev, za izdatke za blago in storitve, premije za kolektivno dodatno pokojninsko zavarovanje) ter tekoča plačila za osnovno zdravstveno varstvo ter specialistično ambulantno in bolnišnično zdravljenje drugim izvajalcem javnih služb, ki niso posredni proračunski uporabniki.

V 12 letih (od študijskega leta 2007/2008 do študijskega leta 2018/2019) je bilo na Medicinski fakulteti v Ljubljani in Medicinski fakulteti v Mariboru skupaj vpisanih 3.572 študentov, kar pomeni, da se je v povprečju na leto vpisalo 298 študentov. V tem obdobju je bilo v postopku opravljanja specializacije v povprečju 1.528⁴⁵ zdravnikov na leto. Pri tem se je letno število specializantov vseskozi povečevalo (v letu 2008 je bilo 1.174, v letu 2019 pa 1.714 specializantov). Med razlogi za povečanje števila specializantov v posameznem letu za skoraj polovico⁴⁶ so predvsem začasne prekinitev specializacij zaradi bolniške ali porodniške odsotnosti ter opravljanje drugih specializacij, in sicer na podlagi trajno prekinjenih prvih specializacij (v obdobju, na katero se nanaša revizija, je bilo trajno prekinjenih 468 specializacij, kar je 13,4 % vseh odobrenih specializacij⁴⁷) ali opravljanje druge specializacije po zaključku prve specializacije.

Do leta 2018 so se lahko zdravniki pri kandidiranju za določeno vrsto specializacije odločali med 45 različnimi vrstami specializacij, doktorji dentalne medicine pa med 6 vrstami⁴⁸. Število vrst specializacij za zdravnike se je v letu 2018 povečalo tako, da lahko zdravniki kandidirajo za eno od 47 vrst specializacij⁴⁹.

Usposabljanje zdravnikov je od leta 2008 do leta 2016 v celoti financiral ZZS, in sicer je v povprečju namenil 3.778.396,64 EUR na leto za zdravnike pripravnike in v povprečju 43.976.936,60 EUR na leto za specializante. Z uveljavitvijo Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravniški službi⁵⁰ (v nadaljevanju: ZZdrS-F) pa so se v letu 2017 in letu 2018 začela sredstva za financiranje pripravništva, sekundariata in specializacij postopoma zagotavljati iz proračuna Republike Slovenije⁵¹.

1.1.3 Pristojnosti za zagotavljanje zadostnega števila zdravnikov

Naloge, povezane s prepoznavanjem potreb po zdravnikih in zagotavljanjem zadostnega števila zdravniških delovnih mest in zdravnikov v mreži javne zdravstvene službe, določa ZZdrS, kot sledi:

- minister določa razpored zdravniških delovnih mest (po strokovnih področjih) v mreži javne zdravstvene službe⁵²,

⁴⁵ Kumulativno število specializantov v 12 letih (od leta 2008 do leta 2019) je bilo 18.338 (v okviru tega obdobja se en zdravnik šteje tolikokrat, kolikor let je v tem obdobju opravljal specializacijo).

⁴⁶ 1.714 specializantov v letu 2019 je za 46 % več, kot jih je bilo v letu 2008 (1.174 specializantov).

⁴⁷ 468 trajno prekinjenih vseh vrst specializacij od vseh 3.490 odobrenih vlog za vse vrste specializacij v obdobju od leta 2008 do leta 2018 ($468 \cdot 100 / 3.490 = 13,4 \%$).

⁴⁸ V skladu s Pravilnikom o vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov (v nadaljevanju: pravilnik o specializacijah 2009; Uradni list RS, št. 22/09, 42/09 – popr., 22/10, 76/11, 48/15, 1/17, 40/17 in 47/17), Priloga 1A: Opredelitev specializacij zdravnikov, Priloga 1B: Opredelitev specializacij doktorjev dentalne medicine.

⁴⁹ Pravilnik o specializacijah 2018, Priloga 1: Seznam specializacij zdravnikov in Priloga 2: Seznam specializacij doktorjev dentalne medicine.

⁵⁰ Uradni list RS, št. 40/17.

⁵¹ V letu 2017 je ZZS za usposabljanje pripravnikov (vseh zdravstvenih delavcev in sodelavcev) in specializantov prejel iz proračuna Republike Slovenije 23.000.000 EUR, v letu 2018 pa 40.000.000 EUR.

⁵² 8. člen ZZdrS.

- ZZ spremlja zasedenost zdravniških delovnih mest in zbira potrebe po posameznih vrstah specializacij od izvajalcev zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe⁵³,
- minister določa število posameznih vrst specializacij, ki jih je treba razpisati⁵⁴,
- ZZ objavlja in izvaja JR za specializacije, vključno z izbirnimi postopki⁵⁵.

MZ in ZZ imata pristojnosti tudi na podlagi Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju⁵⁶ (v nadaljevanju: ZZVZZ), saj ju ta navaja⁵⁷ med deležniki, ki so pristojni za pripravo resolucije o nacionalnem planu zdravstvenega varstva. V skladu z ZZVZZ sta imela MZ kot pripravljavec resolucije in ZZ kot eden izmed deležnikov, ki pri pripravi resolucije sodeluje, v obdobju, na katero se nanaša revizija, torej vse možnosti za predlaganje takih ciljev ter s tem možnosti za načrtovanje in izvajanje takih ukrepov, s katerimi bi, glede na ugotovljene potrebe po zdravnikih, lahko prispevala k zagotavljanju zadostnega števila zdravnikov.

1.2 Predstavitev revidirancev

1.2.1 Ministrstvo za zdravje

MZ smo določili za revidiranca zato, ker v skladu z Zakonom o državni upravi⁵⁸ (v nadaljevanju: ZDU-1) med drugim opravlja naloge na področjih javnega zdravja, zdravstvenega varstva, zdravstvenega zavarovanja in zdravstvene dejavnosti⁵⁹. MZ v okviru sodelovanja pri oblikovanju politik za Vlado Republike Slovenije (v nadaljevanju: vlada) pripravlja predloge aktov, druga gradiva ter zagotavlja drugo strokovno pomoč. Tako MZ pripravlja temeljne pravne podlage s področja zdravstvenega varstva, vključno s predlogi nacionalnih programov s področja zdravstva. MZ torej odgovarja za sistem zdravstvenega varstva in njegovo delovanje.

Na MZ sta bila v obdobju, na katero se nanaša revizija, za področje revizije pristojna Direktorat za zdravstveno varstvo in Direktorat za zdravstveno ekonomiko, ki skrbita za izboljšanje in razvoj zdravstvenega sistema.

Naloge s področja revizije je v obdobju, na katero se nanaša revizija, oziroma med izvajanjem revizije na MZ izvajalo 1,5 osebe (1 oseba na delovnem mestu vodje sektorja je delo opravljala v približnem obsegu 40 % delovnega časa, 3 osebe so naloge v zvezi s tujimi zdravniki opravljale v deležu redne

⁵³ Prva in četrta alineja prvega odstavka 9. člena ZZdrS.

⁵⁴ 18. člen ZZdrS.

⁵⁵ 18. člen ZZdrS.

⁵⁶ Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C, 47/15 – ZZSDT, 61/17 – ZUPŠ, 64/17 – ZZDej-K in 36/19.

⁵⁷ Drugi stavek četrtega odstavka 6. člena ZZVZZ.

⁵⁸ Uradni list RS, št. 113/05 – uradno prečiščeno besedilo, 89/07 – odl. US, 126/07 – ZUP-E, 48/09, 8/10 – ZUP-G, 8/12 – ZVRS-F, 21/12, 47/13, 12/14, 90/14 in 51/16.

⁵⁹ 40. člen ZDU-1.

zaposlitve 1 osebe, 1 oseba pa je vodila register zasebnih zdravnikov v približnem obsegu 10 % rednega delovnega časa).

Odgovorne osebe MZ v obdobju, na katero se nanaša revizija, in med izvajanjem revizije prikazuje Tabela 1.

Tabela 1 Odgovorne osebe MZ v obdobju, na katero se nanaša revizija, in med izvajanjem revizije

Odgovorna oseba	Obdobje odgovornosti
Zofija Mazej Kukovič, ministrica	od 11. 9. 2007 do 21. 11. 2008
Borut Miklavčič, minister	od 21. 11. 2008 do 7. 4. 2010
Dorijan Marušič, minister	od 7. 4. 2010 do 10. 2. 2012
Tomaž Gantar, minister ⁶⁰	od 10. 2. 2012 do 29. 11. 2013 od 29. 11. do 11. 12. 2013 je opravljal tekoče posle
Karl Viktor Erjavec, začasno opravljal funkcijo ministra ⁶¹	od 11. 12. 2013 do 24. 2. 2014
dr. Alenka Trop Skaza, ministrica ⁶²	od 24. 2. do 15. 4. 2014
mag. Alenka Bratušek, predsednica vlade v funkciji ministrice	od 15. 4. do 18. 9. 2014
Marija Milojka Kolar Celarc, ministrica	od 18. 9. 2014 do 13. 9. 2018
Samo Fakin, minister	od 13. 9. 2018 do 20. 3. 2019
Marjan Šarec, predsednik vlade v funkciji ministra ⁶³	od 20. 3. 2019 do 27. 3. 2019
Aleš Šabeder, minister	od 27. 3. 2019 do 13. 3. 2020
Tomaž Gantar, minister	od 13. 3. 2020 do 18. 12. 2020
Janez Ivan Janša, predsednik vlade v funkciji ministra ⁶⁴	od 18. 12. 2020 do 23. 2. 2021
Janez Poklukar, minister	od 23. 2. 2021 dalje

⁶⁰ Državni zbor Republike Slovenije (v nadaljevanju: DZ) je sprejel Sklep o ugotovitvi prenehanja funkcije ministra (Uradni list RS, št. 99/13), s katerim je ugotovil, da je Tomažu Gantarju prenehala funkcija ministra za zdravje. Do imenovanja novega ministra je opravljal tekoče posle.

⁶¹ DZ se je na seji dne 11. 12. 2013 seznanil z obvestilom predsednice vlade mag. Alenke Bratušek, da bo funkcijo ministra za zdravje namesto Tomaža Gantarja, ki mu je funkcija ministra prenehala zaradi odstopa, začasno opravljal Karl Viktor Erjavec, minister za zunanje zadeve.

⁶² DZ je sprejel Sklep o ugotovitvi prenehanja funkcije ministrice (Uradni list RS, št. 25/14), s katerim je ugotovil, da je dr. Alenki Trop Skaza prenehala funkcija ministrice za zdravje. Do imenovanja novega ministra je opravljala tekoče posle.

⁶³ DZ je sprejel Sklep o ugotovitvi prenehanja funkcije ministra (Uradni list RS, št. 17/19), s katerim je ugotovil, da je Samu Fakinu prenehala funkcija ministra za zdravje. DZ se je seznanil z obvestilom Marjana Šarca, da bo do imenovanja novega ministra sam začasno opravljal funkcijo ministra za zdravje.

⁶⁴ DZ je sprejel Sklep o ugotovitvi prenehanja funkcije ministra (Uradni list RS, št. 193/20), s katerim je ugotovil, da je Tomažu Gantarju prenehala funkcija ministra za zdravje. Do imenovanja novega ministra je začasno opravljal funkcijo ministra.

1.2.2 Zdravniška zbornica

Statut Zdravniške zbornice Slovenije⁶⁵ (v nadaljevanju: statut ZZ) določa, da je ZZ samostojna poklicna organizacija zdravnikov in zdravnic, zobozdravnikov in zobozdravnic, ki opravljajo svoj poklic na območju Republike Slovenije⁶⁶. ZZ v skladu z ZZdrS zastopa poklicne, ekonomske in socialne interese zdravnikov⁶⁷, hkrati pa izvaja tudi določene naloge kot javna pooblastila⁶⁸, ki so financirane⁶⁹ iz proračuna Republike Slovenije, in sicer⁷⁰:

- podeljuje, podaljšuje in odvzema licence;
- odloča o odobritvi in prenehanju pripravništva, sekundariata in specializacij, spremlja, nadzoruje ter skrbi za kakovost in koordiniranje izvajanja teh in drugih oblik podiplomskega strokovnega izpopolnjevanja svojih članov s preverjanjem usposobljenosti ter določa pogoje za imenovanje mentorjev in jih imenuje;
- izvaja strokovni nadzor s svetovanjem;
- vodi register zdravnikov.

V ZZdrS so naloge v okviru javnih pooblastil in druge naloge še podrobneje določene, in sicer ZZ:

- izvaja naloge v zvezi z razporedom zdravniških delovnih mest v mreži javne zdravstvene službe⁷¹,
- v soglasju z ministrom določi vrste in trajanje specializacij, postopek opravljanja specialističnega izpita ter postopek imenovanja izpitne komisije⁷²,
- objavlja javne razpise za izbor specializantov ter v soglasju z ministrom določa razpisne pogoje, merila in kriterije za izbiro ter natančnejši postopek odobritve in poteka specializacije⁷³,
- odloča o odobritvi in prenehanju specializacij⁷⁴,
- določi pooblaščenega izvajalca, pri katerem se za čas opravljanja specializacije zaposli specializant⁷⁵,

⁶⁵ Uradni list RS, št. 65/94, 54/95, 64/96, 22/98, 113/00, 30/01, 43/02, 124/03, 34/04 in 23/08.

⁶⁶ 1. člen statuta ZZ.

⁶⁷ 69. člen ZZdrS.

⁶⁸ Prvi in drugi odstavek 71. člena ZZdrS.

⁶⁹ Zadnji odstavek 71. člena in druga alineja prvega odstavka 74. člena ZZdrS.

⁷⁰ 71. člen ZZdrS.

⁷¹ 9. člen ZZdrS.

⁷² Drugi odstavek 17. člena ZZdrS.

⁷³ 18.a člen in tretji odstavek a18.a člena ZZdrS.

⁷⁴ Tretji odstavek b18.a člena in c18.a člen ZZdrS.

⁷⁵ Prvi odstavek 23. člena ZZdrS.

- koordinira možnosti zaposlitve zdravnikov specialistov glede na sporočene potrebe za zaposlitev s strani izvajalcev zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe in glede na stalno prebivališče zdravnika specialista⁷⁶,
- v soglasju z ministrom določi pogoje za opravljanje mentorstva in na predlog pooblaščenih izvajalcev imenuje mentorje⁷⁷.

Naloge iz javnega pooblastila izvaja na ZZ 17,3 osebe, od tega je 10,5 osebe zadolžene za področje specializacij.

Po podatkih MZ in ZZ je bilo v obdobju od leta 2008 do leta 2019 iz državnega proračuna za izvajanje javnih pooblastil namenjeno ZZ skupaj 6.175.439,85 EUR oziroma povprečno 514.619,99 EUR na leto.

V skladu z ZZdrS⁷⁸ je ZZ pristojna za izvajanje še ene pomembne naloge, za katero sicer nima javnega pooblastila, in sicer se ta nanaša na sodelovanje pri pripravi zakonov, planskih dokumentov, kadrovskih načrtov in drugih predpisov s področja zdravstva.

ZZ predstavlja predsednik ZZ⁷⁹, ki ga volijo člani ZZ za mandat 4 let z enkratno možnostjo ponovne izvolitve⁸⁰. Predsednik ZZ za svoje delo odgovarja skupščini ZZ⁸¹, ki je najvišji organ ZZ⁸². Odgovorne osebe ZZ v obdobju, na katero se nanaša revizija, in med izvajanjem revizije prikazuje Tabela 2.

Tabela 2 Odgovorne osebe ZZ v obdobju, na katero se nanaša revizija, in med izvajanjem revizije

Odgovorna oseba	Obdobje odgovornosti
prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med., predsednik	od 21. 6. 2004 do 15. 5. 2008
prim. dr. Gordana Kalan Živčec, dr. med., predsednica	od 15. 5. 2008 do 23. 10. 2012
prim. Andrej Možina, dr. med., predsednik	od 23. 10. 2012 do 13. 2. 2017
dr. Zdenka Čebašek Travnik, dr. med., predsednica	od 13. 2. 2017 do 18. 2. 2021
prof. dr. Bojana Beović, dr. med., predsednica	od 18. 2. 2021 dalje

⁷⁶ Peti odstavek 23. člena ZZdrS.

⁷⁷ 26. in 28. člen ZZdrS.

⁷⁸ Peta točka prvega odstavka 71. člena ZZdrS.

⁷⁹ Tretja alineja prvega odstavka 14. člena statuta ZZ.

⁸⁰ 13. člen statuta ZZ.

⁸¹ Drugi odstavek 14. člena statuta ZZ.

⁸² Prvi odstavek 9. člena statuta ZZ.

1.3 Cilj revizije in revizijski pristop

Cilj revizije smotrnosti poslovanja je bil izrek mnenja o učinkovitosti in uspešnosti MZ in ZZ pri zagotavljanju učinkovitega⁸³ vstopa zdravnikov na trg dela ter hkrati pri izboljševanju razpoložljivosti zdravnikov.

V zvezi s ciljem revizije smo si zastavili glavno revizijsko vprašanje, ali Republika Slovenija skrbi za učinkovit vstop zdravnikov na trg dela in izboljšuje razmerje med potrebnim in razpoložljivim številom zdravnikov.

Na glavno revizijsko vprašanje smo odgovorili na podlagi odgovorov na 2 revizijski podvprašanji, in sicer:

- ali sta MZ in ZZ poskrbela za to, da so znane dejanske potrebe ter razlogi za pomanjkanje zdravnikov;
- ali sta MZ in ZZ poskrbela za to, da se razlogi za pomanjkanje zdravnikov uspešno odpravljajo.

Na podlagi sodil smo ocenili, da sta bila MZ in ZZ pri izvajanju aktivnosti v obdobju, na katero se nanaša revizija, učinkovita, če sta (vsak v okviru svojih pristojnosti):

- s pravnimi podlagami zagotovila pogoje za ugotavljanje dejanskega stanja glede potreb in razpoložljivosti zdravnikov,
- poznala dejanske potrebe po zdravnikih po regijah in izvajalcih,
- natančno poznala razloge za pomanjkanje zdravnikov.

Na podlagi sodil smo ocenili, da sta bila MZ in ZZ pri izvajanju aktivnosti v obdobju, na katero se nanaša revizija, uspešna, če sta (vsak v okviru svojih pristojnosti):

- ustrezno načrtovala cilje in ukrepe, povezane s problematiko pomanjkanja zdravnikov, in sicer tako, da bi bilo mogoče pričakovati uspešno odpravo določenih razlogov za pomanjkanje zdravnikov,
- izvajala ukrepe za odpravo razlogov za pomanjkanje družinskih zdravnikov, načrtovane v strateških dokumentih, oziroma tudi druge potrebne ukrepe in aktivnosti, ki sicer niso bili določeni v strateških dokumentih.

Zagotovila za izrek mnenja o učinkovitosti in uspešnosti poslovanja MZ in ZZ smo pridobili:

- s proučevanjem pravnih in strokovnih podlag ter strateških in izvedbenih dokumentov načrtovanja ciljev, ukrepov in aktivnosti s področja revizije,
- s proučevanjem dokumentacije, ki smo jo pridobili iz javno dostopnih virov,

⁸³ V reviziji "učinkovit" vstop zdravnikov na trg dela pomeni zaposlitev zdravnika specialista v najkrajšem možnem času glede na veljavno pravno ureditev, in sicer v regiji in na specialističnem področju, kjer so ugotovljene potrebe po zdravniku določene specialnosti.

- s proučevanjem dokumentacije, podatkov in pojasnil, ki smo jih na podlagi pisnih in ustnih zaprosil ter intervjujev pridobili od MZ in ZZ ter ZZZS in NIJZ,
- s podrobnim proučevanjem postopkov v zvezi z določanjem in razpisovanjem specializacij ter postopkov zaposlovanja domačih in tujih zdravnikov,
- s podrobnim proučevanjem posledic domnevnega pomanjkanja zdravnikov,
- z analizo in primerjavo obremenitev družinskih zdravnikov na podlagi glavarinskih količnikov in posebej na podlagi dejanskih obravnav (števila obiskov) pacientov.

2. Zagotavljanje zadostnega števila zdravnikov

Za učinkovito zagotavljanje zadostnega števila zdravnikov v mreži javne zdravstvene službe bi morala MZ in ZZ (vsak v okviru svojih pristojnosti) po naši oceni natančno poznati razmerje med potrebnim in razpoložljivim številom zdravnikov ter iskati razloge in možnosti za odpravo morebitno ugotovljenega pomanjkanja zdravnikov.

Da bi pridobili odgovore na revizijski podvprašnji, navedeni v točki 1.3, smo v reviziji preverili, ali:

- so v pravnih podlagah natančno določeni deležniki in njihove pristojnosti pri zagotavljanju vseh potrebnih podatkov za ugotavljanje potreb po zdravnikih in dejanske razpoložljivosti zdravnikov (točka 2.1.1),
- sta celovito določena mreža javne zdravstvene službe in razpored zdravniških delovnih mest (točka 2.1.2),
- so natančno določeni standardi in normativi dela zdravnikov (točka 2.1.3),
- so natančno določeni metodologija za ugotavljanje potreb ter postopki glede ugotavljanja in sporočanja potreb posameznih izvajalcev po zaposlitvi dodatnega števila zdravnikov (točka 2.1.4),
- sta MZ in ZZ ugotavljala dejanske potrebe po zdravnikih ter ali so ugotovljene potrebe temeljile na analizah, ki so bile pripravljene na podlagi točnih podatkov (točka 2.2),
- sta MZ in ZZ načrtovala in izvajala analize razlogov za pomanjkanje zdravnikov ter se do ugotovljenih razlogov za pomanjkanje zdravnikov opredeljevala in ustrezno ukrepala (točka 2.3).

2.1 Zagotovitev pogojev za ugotavljanje potreb po zdravnikih

Za ugotovitev zadostnega števila zdravnikov v mreži javne zdravstvene službe je po naši oceni treba poznati potrebe prebivalcev glede na njihovo zdravstveno stanje, podatke o vseh razpoložljivih zdravniških kapacitetah po posameznih specialističnih področjih v okviru posameznih ravni zdravstvene dejavnosti in po posameznih regijah. Razpoložljiva zdravniška kapaciteta v tem poročilu pomeni obstoječo razpoložljivost zdravnika glede na razpoložljivo letno število ur, ne glede na to, ali je zdravnik zaposlen in/ali pogodbeno dela za različne delodajalce, ter ne glede na to, ali izvaja zdravniško službo v okviru različnih ravni zdravstvene dejavnosti. Razpoložljiva zdravniška kapaciteta bi zato morala biti merjena v delovnih urah, ko je zdravnik na voljo (v nadaljevanju: FTE⁸⁴), in ne v številu zdravnikov. Le na podlagi takih podatkov je mogoče učinkovito načrtovati morebitne dodatno potrebne zdravniške kapacitete v okviru mreže javne zdravstvene službe.

⁸⁴ Angl.: *Full time equivalent*.

V reviziji nas je zanimalo, ali je MZ s pravnimi podlagami zagotovilo pogoje za ugotavljanje dejanskega stanja glede potreb in razpoložljivosti zdravnikov in ima torej podlago za ugotavljanje morebitnega razkoraka med potrebnim in razpoložljivim številom zdravnikov.

2.1.1 Podatki o zdravnikih

V revizijskem poročilu Organizacijski in kadrovski izzivi zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji⁸⁵ (v nadaljevanju: revizijsko poročilo Izzivi) smo opozorili, da MZ od leta 1992 do 1. 6. 2016 ni imelo pogleda nad izkoriščenostjo zdravstvenega kadra in ni izvajalo analiz stanja glede obstoječih in prihodnjih kadrovskih potreb. Pri tem je že takrat ocenilo, da mora MZ razpolagati z zanesljivimi, točnimi, ažurnimi podatki, saj podatki predstavljajo podlago za sprejemanje odločitev, ki vplivajo na organiziranost mreže javne zdravstvene službe. V zvezi s tem nas je v reviziji zanimalo, ali je MZ spremenilo pristop in izboljšalo evidence tako, da zagotavlja zanesljive, točne in ažurne podatke o razpoložljivih zdravniških kapacitetah ter podatke o potrebah po zdravnikih.

2.1.1.1 Podatki o razpoložljivih zdravniških kapacitetah

Želeli smo ugotoviti, ali imata MZ in ZZ (vsak v okviru svojih pristojnosti) na razpolago vse potrebne podatke za ugotavljanje realnih zdravniških kapacitet oziroma njihove dejanske razpoložljivosti in dejanskih obremenitev in lahko zato natančno določita morebitne potrebe po dodatnih zdravnikih v okviru posameznega specialističnega področja in posledično ustrezno ukrepata. Podatke o številu zdravnikov v Republiki Sloveniji smo tako pridobili od ZZ in od MZ, pri tem je MZ podatke pridobivalo iz več različnih virov, saj evidence o zdravnikih v skladu s pravno ureditvijo vodijo različni deležniki.

V reviziji smo preverili pravno ureditev sistema zbiranja in evidentiranja podatkov o vseh zdravnikih (ne glede na specialistična področja), pri tem pa smo se glede preverjanja obstoja ter točnosti in zanesljivosti podatkov o zdravnikih omejili na pridobivanje podatkov o družinskih zdravnikih, saj naj bi teh zdravnikov v Republiki Sloveniji najbolj primanjkovalo. Ker naj bi bili družinski zdravniki tudi med najbolj obremenjenimi zdravniki, smo v reviziji podrobno proučili pravno ureditev glede ugotavljanja obremenitev družinskih zdravnikov, zato smo se posebej osredotočili na pridobivanje vseh dosegljivih podatkov, ki se kakorkoli nanašajo na obremenitve in pomanjkanje družinskih zdravnikov.

V nadaljevanju predstavljamo pravno in organizacijsko ureditev evidenc podatkov o zdravnikih oziroma zdravniških timih, za katere so pristojni ZZ, MZ, NIJZ in ZZZS, ter primerjamo pridobljene podatke o številu družinskih zdravnikov oziroma zdravniških timih (Slika 4), za katere so pristojni ZZ, MZ, NIJZ in ZZZS.

⁸⁵ Št. 320-9/2015/55 z dne 3. 10. 2017, [URL: <https://www.rs-rs.si/revizije-in-revidiranje/arhiv-revizij/revizija/ucinkovitost-urejanja-podrocja-sistema-zdravstvenega-varstva-v-republiki-sloveniji-164/#tabs-222>], 1. 9. 2021.

Podatki, ki jih zbira ZZ

ZZ vodi register zdravnikov kot javno pooblastilo⁸⁶. V registru zdravnikov bi morala⁸⁷ ZZ voditi vrsto osebnih podatkov zdravnikov, med drugim tudi podatke o nazivu in naslovu zdravniškega delovnega mesta ter načinu opravljanja zdravniške službe. V ZZdrS niti v Pravilniku o zdravniškem registru⁸⁸ ni določeno, kaj pomeni način opravljanja zdravniške službe.

Pojasnilo ZZ

Z načinom opravljanja zdravniške službe je mišljen podatek, ali zdravnik izvaja službo v okviru javne zdravstvene mreže (tudi kot zasebnik s koncesijo) ali kot zasebnik.

Ugotovili smo, da ZZ podatkov o načinu opravljanja zdravniške službe ter nazivu in naslovu delovnih mest zdravnikov ne zbira sistematično⁸⁹, kar pomeni, da podatkov ne vodi ažurno za vse zdravnike, temveč jih posodablja v okviru 4-letnega obdobja. V skladu s Pravilnikom o zdravniškem registru⁹⁰ bi morali namreč zdravniki o vsaki spremembi podatkov obvestiti ZZ najkasneje v 30 dneh po nastopu spremembe, česar pa vsi ne storijo vedno. MZ v zvezi z nepopolnostjo in neažurnostjo teh podatkov, ki jih ZZ zbira za potrebe vodenja registra zdravnikov, ni ukrepalo, čeprav smo MZ na nepravilnost opozorili že v letu 2017 v revizijskem poročilu Izzivi. Ne glede na določbe ZZdrS pa ZZ vodi register⁹¹ zdravnikov tako, da:

- evidentira aktivne zdravnike, med katere vključuje zaposlene v mreži javne zdravstvene službe, vključno s specializanti, zaposlene v zasebnem sektorju brez koncesije, upokojence in zdravnike, zaposlene "drugje" (mednje vključuje pripravnike in sekundarije, zdravnike, zaposlene izven mreže javne zdravstvene službe⁹², ter nezaposlene zdravnike),
- med aktivne v zasebnem sektorju brez koncesije šteje zdravnike, ki so po njeni evidenci večji del delovnega časa zaposleni pri podjetju oziroma zasebniku s koncesijo (pri tem v primeru več znanih zaposlitev za krajši delovni čas mednje uvršča tiste zdravnike, ki so več kot polovico delovnega časa zaposleni pri podjetju oziroma zasebniku s koncesijo, zato so med njimi tudi zdravniki, ki del svojega delovnega časa opravljajo dejavnost v javni mreži); v primeru dveh zaposlitev za polovični delovni čas, od katerih je ena od zaposlitev pri podjetju/zasebniku brez koncesije, druga pa v javnem zavodu, zdravnika šteje med zaposlene v mreži javne zdravstvene službe,

⁸⁶ 71. člen ZZdrS.

⁸⁷ 31. člen ZZdrS.

⁸⁸ Uradni list RS, št. 35/00, 57/00 – popr, 43/04 in 31/10.

⁸⁹ Podatke o zaposlitvi zdravnika ima le, če ji posamezni zdravnik sporoči delovno mesto zaposlitve oziroma spremembe zaposlitve.

⁹⁰ 24. člen Pravilnika o zdravniškem registru.

⁹¹ Število zdravnikov, včlanjenih v ZZ, [URL: https://www.zdravniskazbornica.si/docs/default-source/statistika-in-analize/microsoft-powerpoint---članstvo_2019.pdf], 1. 9. 2021.

⁹² Med zdravnike, zaposlene izven javne zdravstvene službe, ZZ vključuje zdravnike, zaposlene na fakultetah, inštitutih, v državni upravi, v podjetjih, v tujini, v kategoriji "ostalo" in nezaposlene. Pod "ostalo" uvršča zdravnike, za katere nima podatkov o njihovi zaposlitvi, brezposelnosti oziroma upokojitvi.

- zdravnikov v mreži javne in zasebne zdravstvene službe ne evidentira v skladu z dejanskim časom njihove zaposlitve oziroma glede na prisotnost⁹³ v okviru enega in drugega sektorja, zato podatkov o dejanski razpoložljivosti zdravnikov, posebej v okviru javne mreže in posebej v okviru tržne dejavnosti, nima,
- je število začasno⁹⁴ vpisanih v register zdravnikov pričela spremljati leta 2012,
- števila tujcev med aktivnimi zdravniki ne spremlja posebej, vodi pa evidenco tujih zdravnikov, ki so v postopku pridobivanja licence,
- podatkov o upokojenih zdravnikih, ki še opravljajo zdravstveno službo, ne spremlja.

Po podatkih iz registra zdravnikov število vseh aktivnih zdravnikov (ne glede na specialnost) v Republiki Sloveniji narašča. Število vseh zdravnikov, zaposlenih v mreži javne zdravstvene službe⁹⁵, je v letu 2019 v primerjavi z letom 2008 poraslo za skoraj 32 %⁹⁶, medtem ko je število vseh zdravnikov, zaposlenih v mreži zasebne zdravstvene službe, poraslo za skoraj 132 %⁹⁷. Število vseh zdravnikov (ne glede na specialnost), ki so zaposleni izven javne ali zasebne zdravstvene mreže, je v tem obdobju naraslo za 75 %⁹⁸.

Poleg podatkov o številu zdravnikov, ki jih vodi v okviru registra zdravnikov, pa ZZ v postopkih zbiranja potreb za določitev vrste in števila specializacij od uveljavitve ZZdrS-F dalje pridobiva tudi podatke o številu zdravnikov pri posameznih izvajalcih zdravstvene dejavnosti glede na FTE. Vendar pri tem ni jasno, ali vsi izvajalci zdravstvene dejavnosti te podatke ugotavljajo na podlagi enotne metodologije za določitev učinkovitih ur in za vse oblike opravljene zdravniške službe, saj jim MZ ni posredovalo natančnih navodil o zajemanju sporočenih podatkov (več v točki 2.2.2.2).

Ocenjujemo, da podatki iz registra zdravnikov ne predstavljajo ustrezne osnove za učinkovito spremljanje razpoložljivih zdravniških kapacitet, saj niso ažurni niti popolni (ni mogoče ugotoviti učinkovitih ur zdravniškega dela za vsakega zdravnika).

⁹³ Aktivni zdravniki so tisti, ki izvajajo zdravniško službo na podlagi rednega delovnega razmerja, pogodbenega razmerja, ali podjetniki, ki svojo storitev izvajajo na trgu.

⁹⁴ ZZ mora v skladu s četrtem odstavkom 12.b člena ZZdrS začasno vpisati v register zdravnikov zdravnike specialiste, državljane države članice EU, Evropskega gospodarskega prostora ali Švicarske konfederacije, ki želijo v Republiki Sloveniji občasno ali začasno opravljati zdravniško službo in za to izpolnjujejo pogoje. Direktiva Evropskega parlamenta in Sveta 2005/36/ES z dne 7. septembra 2005 o priznavanju poklicnih kvalifikacij, UL L št. 255 z dne 30. 9. 2005, str. 22.

⁹⁵ Upoštevali smo vse zdravnike (zdravnike in zobozdravnike) iz Evidenc ZZ iz registra zdravnikov za leti 2008 in 2019 po stanju na dan 15. 7. [URL: <https://www.zdravniskazbornica.si/docs/default-source/statistika-in-analize/članstvo-tabela-15-7-2019.pdf>], 1. 9. 2021.

⁹⁶ $8.093 \text{ zaposlenih v letu 2019} / 6.136 \text{ zaposlenih v letu 2008} * 100 = 131,9$.

⁹⁷ $445 \text{ zaposlenih v letu 2019} / 192 \text{ zaposlenih v letu 2008} * 100 = 231,8$.

⁹⁸ $1.162 \text{ zaposlenih v letu 2019} / 663 \text{ zaposlenih v letu 2008} * 100 = 175,3$.

Pojasnilo ZZ

ZZ je v obdobju, na katero se nanaša revizija, na MZ večkrat naslovila predloge sprememb Pravilnika o zdravniškem registru, vendar soglasja k pravilniku od MZ ni prejela.

Ugotovili smo, da ZZ sicer ob odsotnosti aktivne vloge MZ pri sprejetju Pravilnika o zdravniškem registru ni predlagala spremembe pravilnika v smislu zagotavljanja ustreznih in popolnih podatkov za ugotavljanje obstoječe razpoložljivosti zdravnikov. Ocenjujemo, da bi bili podatki iz registra o številu zdravnikov, aktiviranih pri posameznih izvajalcih zdravstvene dejavnosti glede na FTE, uporabni za spremljanje obstoječih zdravniških zmogljivosti le, če bi bili ustrezni in popolni.

Ker smo se v reviziji posebej osredotočili na podatke o družinskih zdravnikih, prikazujemo trend naraščanja števila družinskih zdravnikov na podlagi podatkov ZZ iz registra zdravnikov, in sicer aktivne družinske⁹⁹ zdravnike v mreži javne zdravstvene službe (Slika 4).

Podatki, ki jih zbira ZZZS

ZZZS spremlja in objavlja¹⁰⁰ podatke o številu glavarinskih količnikov¹⁰¹ (v nadaljevanju: GK) na zdravnika primarne ravni zdravstvene dejavnosti oziroma na zdravniški tim. Prav tako spremlja tudi podatke o številu obiskov po vrsti obravnave. Pravna podlaga za pridobivanje podatkov je določena v ZZVZZ¹⁰². Spremljanje teh podatkov je pomembno zato, ker ZZZS v skladu s pravili, določenimi v Sklepih o načrtovanju, beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev (v nadaljevanju: sklepi UO ZZZS)¹⁰³, obračunava (financira) zdravstvene storitve na podlagi kombiniranega sistema glavarine in storitev¹⁰⁴ (torej na podlagi podatkov o GK in podatkov o številu obiskov). Poleg tega se GK uporabljajo tudi kot merilo za odklanjanje opredeljevanja novih zavarovanih oseb, saj je

⁹⁹ Podatki vključujejo zdravnike splošne medicine in specialiste družinske medicine.

¹⁰⁰ Število opredeljenih pri aktivnih zdravnikih, [URL: https://zavarovanec.zzzs.si/wps/portal/portali/azos/ioz/lut/p/z1/04_Sj9CPykssy0xPLMnMz0vMAfljo8ziTQxdPd2N_Q08_d0sXAwcPdxczXx9flwM_M30C71dFQHhJIGO/], 1. 9. 2021.

¹⁰¹ Glavarinski količnik je količnik, ki se uporablja za obračun storitev po pogodbi z ZZZS. Na podlagi števila opredeljenih zavarovanih oseb se izračunajo količniki za glavarino, in sicer tako, da se število opredeljenih zavarovanih oseb posameznega izvajalca pomnoži s količnikom, ki je različen glede na starost zavarovane osebe.

¹⁰² 76. in 79.b člen ZZVZZ.

¹⁰³ Za potrebe revizije smo proučili 2 sklepa UO ZZZS, ki ju je sprejel upravni odbor ZZZS na podlagi Statuta Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (Uradni list RS, št. 87/01 in 1/02 – popr.), in sicer sklep št. 9001-19/2007-DI/1 z dne 27. 9. 2007 ter sklep št. 9001-14/2018-DI/6 z dne 11. 10. 2018. Način obračunavanja storitev izhaja iz 1. člena Sklepa o načrtovanju, beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev št. 9001-14/2018-DI/6 z dne 11. 10. 2018 [URL: <https://www.zzzs.si/?id=126&detail=3401CB5C8BB6EB4EC1256B61003E275D>], 1. 9. 2021.

¹⁰⁴ V splošnih ambulantah, dispanzerjih za otroke in šolarje ter v dispanzerjih za ženske se za načrtovanje, beleženje in obračunavanje storitev uporablja kombinirani sistem glavarine in storitev, kar pomeni, da se prihodki zdravniške ekipe zagotavljajo prek glavarine (na podlagi števila opredeljenih zavarovanih oseb se izračunajo količniki za glavarino tako, da se število opredeljenih zavarovanih oseb posameznega izvajalca množi s številom količnikov) in prek opravljenih storitev (vsaka storitev prinese določeno število količnikov – v primeru zahtevnejše obravnave je treba količniku za posamezen pregled prišteti količnik za zahtevnost obravnave, ki je odvisen od starosti in invalidnosti zavarovane osebe).

v Splošnih dogovorih¹⁰⁵ (v prilogah ZD ZAS)¹⁰⁶ določena zgornja meja GK, ko lahko zdravniki odklonijo nove zavarovane osebe (več v točki 2.3.4). Zaradi pomembnosti ureditve in upoštevanja podatkov o GK in storitvah Tabela 3 prikazuje glavarinski sistem in sistem količnikov za storitve v splošnih ambulantah, kot sta določena v sklepih UO ZZZS. Iz podatkov (Tabela 3) tako izhaja, da so GK izračunani na način, da je za vsako posamezno starostno skupino opredeljenih zavarovanih oseb določena utež (količnik) glede na pričakovane potrebe starostne oziroma populacijske skupine.

Tabela 3 Število GK in količnikov storitve v splošnih ambulantah

Glavarina		Količniki storitve ¹⁰⁷		
Populacijske skupine glede na starost v letih	Število količnikov (utež glede na starostno skupino)	Populacijske skupine glede na starost v letih	Povečanje vrednosti storitev s povečanjem števila količnikov (utež glede na vrsto obravnave po starosti)	Količniki za posamezne vrste obravnave glede na zahtevnost obravnave (primera iz Priloge 2.1 ¹⁰⁸)
0	3,00 K	0	za 1,00 K	Kratek obisk, ki lahko predstavlja kratek obisk, informacijo, brez pregleda ali posega (šifra storitve K0001): količnik 1,5
1 do 6	1,90 K	1–3	za 0,75 K	
7 do 18	0,88 K	4–18	za 0,50 K	
19 do 49	0,84 K	65–74	za 1,00 K	
50 do 64	1,40 K	75 in več	za 2,00 K	
65 do 74	2,20 K	Invalidi z več kot 70-odstotno prizadetostjo	za 2,00 K	Obsežen pregled (šifra storitve K0007): količnik 28
75 in več let	3,00 K	Oskrbovanci v zavodih za usposabljanje Cirius	za 3,00 K	

Vir: sklepi UO ZZZS¹⁰⁹.

Ocenjujemo, da je na podlagi podatkov o številu GK in številu obiskov mogoče ugotavljati obremenitve družinskih zdravnikov (več v točki 2.3.3). Navedeni podatki so predstavljali osnovo za določitev zdravniških standardov, posredno pa bi jih lahko uporabili tudi za določitev vseh potrebnih zdravniških delovnih mest v mreži javne zdravstvene službe. Poleg navedenih podatkov ZZZS vodi tudi podatke o dejanskem obsegu aktiviranja družinskih zdravnikov v zdravniške time oziroma programe glede na dogovorjen ordinacijski čas, ki bi lahko bili po naši oceni koristni pri načrtovanju optimizacije mreže javne zdravstvene službe. ZZZS se v pogodbi z izvajalcem dogovori za skupen

¹⁰⁵ Splošni dogovor je vsakoletni dogovor, s katerim se partnerji (ZZZS, pristojne zbornice, združenja zdravstvenih zavodov in drugih zavodov ter organizacij, ki opravljajo zdravstveno dejavnost, ter MZ) za vsako leto posebej dogovorijo o programu storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, opredelijo zmogljivosti, potrebne za njegovo izvajanje in določijo obseg sredstev. Na tej osnovi določijo izhodišča za izvajanje programov in za oblikovanje cen programov oziroma storitev ter druge podlage za sklepanje pogodb z izvajalci zdravstvene dejavnosti.

¹⁰⁶ [URL: https://partner.zzzs.si/wps/portal/portali/aizv/zdravstvene_storitve/splosni_dogovori_in_aneksi/splosni_dogovori_in_aneksi], 1. 9. 2021.

¹⁰⁷ Količniki storitve so količniki, določeni glede na vrsto storitve. Na primer: kratek obisk 1,5 količnika, prvi kurativni pregled 5,4 količnika, preventivni pregled otroka in šolarja 10,0 količnika. Količniki so določeni v Prilogi 2.1. Seznam storitev splošnih ambulant, dispanzerjev za otroke in šolarje ter nujne medicinske pomoči.

¹⁰⁸ [URL: <https://www.zzzs.si/?id=126&detail=3401CB5C8BB6EB4EC1256B61003E275D>], 1. 9. 2021.

¹⁰⁹ 3. in 4. člen sklepa UO ZZZS.

obseg programa za posamezno dejavnost, določitev, koliko programa izvaja posamezen zdravnik, pa ni regulirana s strani ZZZS, pač pa obseg programa posameznega zdravnika opredeli odgovorna oseba vodstva zavoda oziroma izvajalec.

Slika 4 prikazuje podatke ZZZS o skupnem številu zdravniških timov v splošnih ambulantah ter podatke o številu družinskih zdravnikov iz zbirke podatkov ZZZS "Izbira osebnega zdravnika"¹¹⁰.

Podatki, ki jih zbira NIJZ

NIJZ je bil v celotnem obdobju, na katero se nanaša revizija, v skladu z ZZPPZ pristojen za upravljanje Evidence gibanja zdravstvenih delavcev in mreže zdravstvenih zavodov¹¹¹ (v nadaljevanju: evidenca zdravstvenih delavcev), ki je med drugim namenjena načrtovanju, spremljanju in upravljanju mreže javne zdravstvene službe. V skladu z ZZPPZ¹¹² je z januarjem 2019 poleg NIJZ postalo upravljavec evidence zdravstvenih delavcev tudi MZ, vendar ZZPPZ ne razmejuje pristojnosti upravljanja med NIJZ in MZ. V evidenci zdravstvenih delavcev naj bi bili v skladu z ZZPPZ vsi podatki o zdravstvenem delavcu¹¹³, in sicer med drugimi tudi podatki o izobraževanju (datumu zaključka izobraževanja, datumu strokovnega izpita, datumu priznanja izobrazbe), usposabljanju (datumu začetka in prekinitev specializacije), licenci, vrsti zaposlitve (kot na primer pogodba o zaposlitvi, podjemna pogodba ali druga pogodba civilnega prava, drugi podatki o zaposlitvi: o pričetku in prenehanju zaposlitve, poklicu, številu ur na mesec, vrsti zdravstvene dejavnosti in lokaciji izvajalca, kjer je oseba zaposlena, razlogu zaposlitve za določen čas), podatki o koncesiji (o koncedentu, koncesionarju, odgovornem nosilcu programa, območju in obdobju opravljanja dejavnosti, vrsti in obsegu programov po pogodbi z ZZZS, številu timov, odločbi, pogodbi, soglasju h koncesijskemu aktu), o dovoljenju za opravljanje zdravstvene dejavnosti, podatki iz registra zasebnih zdravstvenih delavcev, podatki o izvajalcu zdravstvene dejavnosti, podatki o pogodbah o izvajanju zdravstvene dejavnosti med izvajalci zdravstvene dejavnosti.

Za namen spremljanja navedenih podatkov je NIJZ že leta 2009 vzpostavil RIZDDZ, ki predstavlja informacijsko rešitev za podporo evidenci zdravstvenih delavcev. V njej so na voljo podatki o:

- datumu začetka in prenehanja zaposlitve,
- vrsti zaposlitve (1 – zaposlitev za nedoločen čas, 2 – zaposlitev za določen čas, 3 – volonter, 4 – druge oblike pogodbenega dela – kot na primer podjemna pogodba),
- razlogu zaposlitve za določen čas (1 – pripravnik, 2 – nadomeščanje, 3 – javna dela, 4 – projekt, 5 – specializant na usposabljanju, 7 – pogodbeno delo upokojenca, 9 – ostalo),
- številu opravljenih ur.

¹¹⁰ Podatke v aplikacijo "Izbira osebnega zdravnika" vnese izvajalec zdravstvene storitve za vsakega družinskega zdravnika na podlagi podpisane listine o izbiri zdravnika s strani zavarovane opredeljene osebe. ZZZS v okviru navedene aplikacije mesečno posodablja podatke o številu opredeljenih zavarovanih oseb pri posameznih aktivnih zdravnikih, in sicer tako, da se za vsako opredeljeno zavarovano osebo na opazovani datum določi starost zavarovane osebe in utež glede na starostno skupino te osebe.

¹¹¹ Prvi odstavek 5. člena ZZPPZ (zap. št. NIJZ 16 v Prilogi zbirk podatkov s področja zdravstvenega varstva k ZZPPZ).

¹¹² Priloga 1 Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (Uradni list RS, št. 31/18).

¹¹³ Priloga zbirk podatkov s področja zdravstvenega varstva (NIJZ 16).

V reviziji smo želeli pridobiti podatke o realnih zdravniških kapacitetah družinskih zdravnikov, torej o dejanskem skupnem obsegu aktiviranja zdravnikov v okviru mreže javne zdravstvene službe na podlagi različnih vrst zaposlitev (in ne zgolj o številu aktivnih družinskih zdravnikov). Od MZ smo pridobili podatke iz RIZDDZ o številu zaposlenih družinskih zdravnikov, ki po pogodbah opravljajo delo za polni delovni čas (174 ur in več) in krajši od polnega delovnega časa (manj kot 174 ur), in sicer posebej za zdravnike v javnih zdravstvenih zavodih in posebej za zdravnike pri izvajalcih z zasebnim pravnim statusom. Vendar pa na podlagi podatkov iz RIZDDZ ni mogoče ugotoviti, koliko zdravnikov, zaposlenih pri zasebnih izvajalcih zdravstvene službe, opravlja zdravniško službo na podlagi pridobljene koncesije tudi ali zgolj v okviru mreže javne zdravstvene službe, ter v kakšnem obsegu. Iz RIZDDZ namreč ni mogoče pridobiti izključno podatkov o zdravnikih koncesionarjih oziroma zdravnikih, ki izvajajo zdravstveno službo pri koncesionarjih, ter številu opravljenih ur, ki jih torej ti zdravniki opravijo v okviru mreže javne zdravstvene službe in posebej v okviru mreže zasebne zdravstvene službe. Z evidenco zdravstvenih delavcev oziroma RIZDDZ kot informacijsko podporo za vodenje te evidence MZ, ki je upravljavec te evidence, po naši oceni ni doseglo njenega osnovnega namena. ZPPZZ¹¹⁴ namreč določa, da je evidenca zdravstvenih delavcev namenjena načrtovanju, spremljanju in upravljanju mreže javne zdravstvene službe. Zato bi morala ta evidenca prvenstveno zagotavljati točne in ažurne podatke o vseh zdravnikih, ki izvajajo zdravniško službo v okviru mreže javne zdravstvene službe, ter njihovem obsegu dela. Po naši oceni bi zato moralo MZ kot upravljavec evidence zdravstvenih delavcev poskrbeti za točne podatke o številu vseh zdravnikov ter obsegu opravljenega dela v okviru mreže javne zdravstvene službe.

Od MZ smo pridobili še podatke iz RIZDDZ o številu družinskih zdravnikov, ki v javnih zdravstvenih zavodih opravljajo zdravniške storitve na podlagi drugih oblik pogodbenega dela (podatki o številu redno zaposlenih zdravnikov in upokojenih zdravnikov, ki so opravljali zdravniško službo na podlagi podjemnih pogodb).

Ocenjujemo, da podatki iz RIZDDZ ne izkazujejo dejanskega obsega aktiviranja zdravnikov, saj:

- iz RIZDDZ ni mogoče pridobiti podatkov o skupnem obsegu aktiviranja posameznega zdravnika in vseh zdravnikov izključno v mreži javne zdravstvene službe skupaj, saj so podatki v RIZDDZ zajeti oziroma izkazani le v okviru javnih zdravstvenih zavodov in posebej v okviru zasebnih izvajalcev zdravstvene dejavnosti, pri tem pa so zdravniki, ki so na podlagi koncesij dejansko aktivirani v okviru javne zdravstvene mreže, evidentirani med zasebniki, torej v okviru zasebne mreže zdravstvene službe,
- se podatki iz RIZDDZ nanašajo na pogodbeni obseg opravljenega dela, ne pa na dejansko opravljene ure dela, kar lahko v primeru krajšega delovnega časa od polnega delovnega časa pomeni razpon od 120 do 173 ur,
- podatki o zdravnikih se ne nanašajo nujno neposredno na aktiviranje zdravnikov izključno v zdravniški službi, saj nekateri zdravniki del pogodbenega časa izvajajo delo tudi v okviru nezdravniškega poklica.

Zaradi navedenih slabosti so podatki iz RIZDDZ po naši oceni nepopolni in jih ni mogoče učinkovito uporabiti pri načrtovanju zdravniškega kadra v okviru mreže javne zdravstvene službe, kar je namen

¹¹⁴ Priloga 1 ZZPPZ: Priloga zbirk podatkov s področja zdravstvenega varstva.

evidence zdravstvenih delavcev. MZ torej ni poskrbelo za učinkovit sistem ugotavljanja števila zaposlenih zdravnikov v mreži javne zdravstvene službe ter za ugotavljanje dejanske izkoriščenosti in obremenjenosti zdravnikov, s tem pa ne pozna stanja glede dejansko razpoložljivih zdravniških kapacitet.

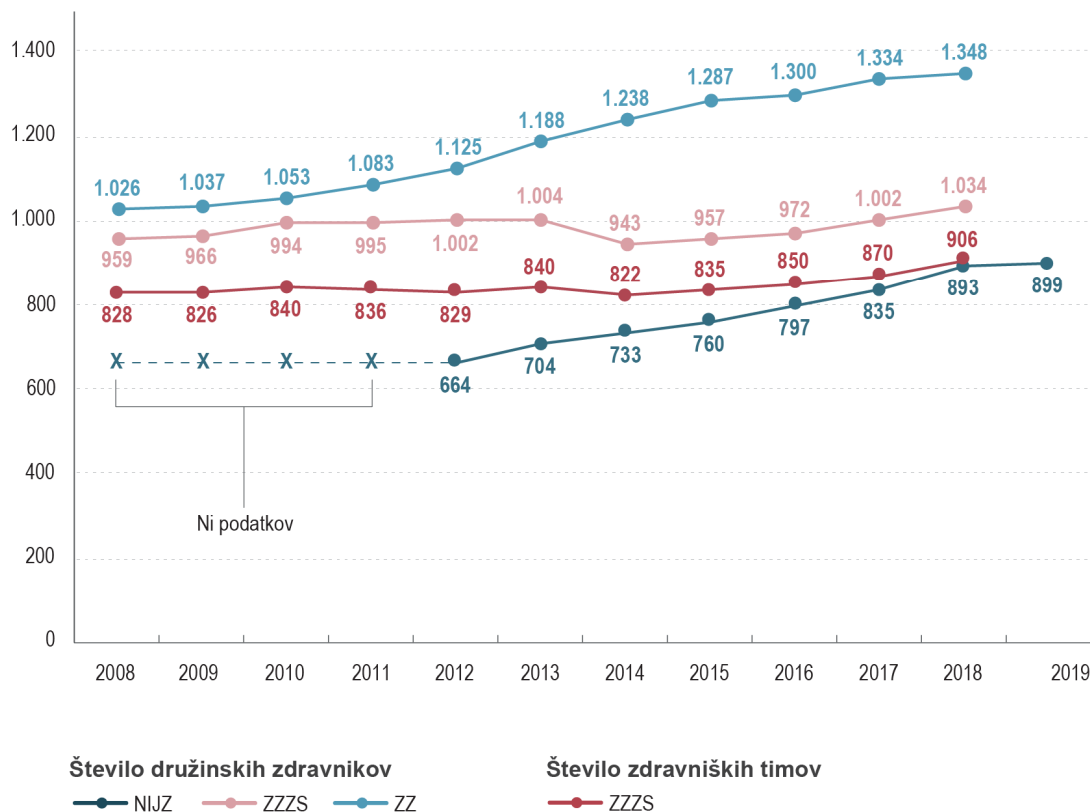
Slika 4 prikazuje podatke iz RIZDDZ o številu vseh družinskih zdravnikov, zaposlenih pri javnih zdravstvenih zavodih¹¹⁵ v okviru rednega delovnega razmerja.

Primerjava podatkov o družinskih zdravnikih

V reviziji smo želeli preveriti, ali se izvorni podatki o družinskih zdravnikih, za katere so pristojni različni deležniki, ujemajo, so točni in jih je mogoče učinkovito uporabiti pri načrtovanju optimizacije mreže javne zdravstvene službe oziroma pri zagotavljanju morebiti dodatno potrebnih družinskih zdravnikov. Zato smo primerjali podatke o številu zdravnikov iz registra zdravnikov, ki ga vodi ZZ, iz evidenc o opredeljenih zavarovanih osebah pri posameznih družinskih zdravnikih, ki jih vodi ZZZS, ter iz RIZDDZ, ki ga za potrebe evidence zdravstvenih delavcev vodi NIJZ. Podatki ZZ in ZZZS se nanašajo na družinske zdravnike v mreži javne zdravstvene službe, podatki NIJZ, ki jih prikazujemo na sliki 4, pa na vse zdravnike, zaposlene v javnih zdravstvenih zavodih.

¹¹⁵ Iz RIZDDZ ni mogoče pridobiti podatkov o številu družinskih zdravnikov, zaposlenih pri koncesionarjih.

Slika 4 Primerjava podatkov ZZ, ZZS in NIJZ o številu družinskih zdravnikov in zdravniških timov v obdobju od leta 2008–2019



Vir: podatki NIJZ, ZZS, ZZ.

Slika 4 prikazuje, da se podatki o številu družinskih zdravnikov iz različnih virov med seboj bistveno razlikujejo. Razlogi za odstopanja so v tem, da so v predpisih določeni različni nameni in načini zajemanja in spremljanja podatkov. Ocenjujemo, da podatki o zdravnikih, ki jih prikazuje Slika 4, ne dajejo informacij, ki bi bile uporabne za natančno načrtovanje morebitno dodatno potrebnih družinskih zdravnikov, saj na njihovi podlagi še vedno ni mogoče enoznačno (oziroma na enem mestu) ugotoviti, koliko učinkovitih ur zdravniškega dela na mesec opravi posamezni družinski zdravnik v okviru različnih oblik izvajanja zdravniške službe oziroma pri različnih delodajalcih. V RIZDDZ je evidentirano pogodbeno dogovorjeno število ur na mesec, sklenjeno med zdravnikom in delodajalcem za vse oblike zaposlitve pri vseh izvajalcih (redno delovno razmerje, druge pogodbe civilnega prava), vendar ne po delovnih mestih. V skladu s predpisi lahko namreč zdravniki opravljajo zdravniško službo pri več različnih izvajalcih oziroma programih in projektih, saj na primer ZZDej¹¹⁶ določa, da se lahko javni zdravstveni zavodi in drugi javni zavodi iz šestega odstavka 8. člena tega

¹¹⁶ Sedmi odstavek 53.c člena ZZDej.

zakona (izvajalci v mreži javne zdravstvene službe) z drugim izvajalcem zdravstvene dejavnosti pogodbeno dogovorijo o opravljanju zdravstvenih storitev.

Ugotovili smo, da podatkov o dejanski razpoložljivosti in (pre)obremenitvah družinskih zdravnikov, in sicer na podlagi FTE po vrstah dela (redna zaposlitev, pogodbeno delo, podjetništvo¹¹⁷) in/ali pri različnih delodajalcih, programih oziroma projektih, noben deležnik ne spremlja sistematično in celovito (popolno in na enem mestu). Vendar pa bi bilo po naši oceni podatke o zmogljivosti zdravnikov v smislu spremljanja zdravnikov glede na FTE mogoče sistematično spremljati, saj ti obstajajo. ZZ jih zbira za potrebe določitve vrste in števila specializacij, vendar niso zbrani po enotni metodologiji, zato obstaja tveganje, da niso enotno ugotovljeni in popolni. Podobno tudi ni znano, ali in kateri deležnik ima podatke o zdravnikih, ki so zaposleni hkrati na več delovnih mestih (kot zdravniki in hkrati kot na primer direktorji zdravstvenih zavodov) in zato izvajajo zdravniško službo le v omejenem obsegu (ali pa je sploh ne opravljajo in so kljub temu upoštevani kot aktivni zdravniki). Ocenjujemo, da so ti podatki pomembni za ugotavljanje dejanskih obstoječih zdravniških zmogljivosti in s tem za ugotavljanje razpoložljivosti zdravniških kapacitet.

Ocenjujemo, da so podatki o dejanskem angažiranju zdravnikov (o dejanski zmogljivosti) na voljo, vendar niso zbrani na enem mestu oziroma dostopni na enovit način. Posledično jih noben deležnik ne spremlja sistematično, po metodologiji za ta namen, niti ne izvaja analiz o dejanski razpoložljivosti zdravnikov po specialističnih področjih, izvajalcih zdravstvene dejavnosti, po programih, projektih in po regijah. Po drugi strani pa se lahko vodenje določenih istih podatkov podvaja, in sicer smo možnosti za podvajanje evidenc ugotovili na področju evidentiranja:

- zasebnih zdravnikov, saj je od decembra 2017 v skladu z Zakonom o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstveni dejavnosti¹¹⁸ (v nadaljevanju: ZZDej-K) MZ zadolženo za vodenje registra zasebnih zdravstvenih delavcev¹¹⁹, čeprav morajo biti ti podatki od leta 2019 razvidni tudi iz evidence zdravstvenih delavcev, hkrati pa te podatke spremlja tudi ZZ¹²⁰ v registru zdravnikov, ki ga vodi v okviru javnega pooblastila¹²¹,
- specializacij, podeljenih licenc in koncesij, kar mora biti dostopno iz evidence zdravstvenih delavcev in hkrati iz evidenc, ki jih ZZ vodi v okviru javnih pooblastil.

Ocenjujemo, da MZ ni poskrbelo za ustrezne podatke, na podlagi katerih bi bilo mogoče natančno ugotoviti obstoječe zdravniške kapacitete. Podatke o zdravnikih so zbirali različni deležniki na različne načine, brez enotne metodologije, noben deležnik pa ni ugotavljal, koliko učinkovitih ur zdravniškega dela na mesec opravi posamezen zdravnik v okviru različnih oblik izvajanja zdravniške službe in pri različnih izvajalcih v mreži javne zdravstvene službe (na podlagi pogodbe o zaposlitvi, podjetniški oziroma drugih pogodb civilnega prava ali na podlagi izstavljenih računov za opravljeno

¹¹⁷ Zdravnik zasebnik, katerega dejavnost je prepuščena tržnim zakonitostim (tak zdravnik nima koncesije in sklenjene pogodbe z ZZS), lahko opravlja delo v javni zdravstveni mreži in za svojo storitev izstavi račun.

¹¹⁸ Uradni list RS, št. 64/17.

¹¹⁹ Zasebni zdravstveni delavci so zasebni zdravstveni delavec, zasebni zdravstveni sodelavec, zasebni zdravnik oziroma zasebni doktor dentalne medicine, ki so fizične osebe in so pridobile dovoljenje MZ za opravljanje zdravstvene dejavnosti.

¹²⁰ Drugi odstavek 31. člena ZZdrS.

¹²¹ 71. člen ZZdrS.

zdravstveno storitev, če jo izstavi fizična¹²² ali pravna oseba¹²³). Zaradi tega in zato, ker se nekatere evidence podvajajo, po naši oceni MZ ni bilo učinkovito pri zagotavljanju podatkov o zdravniških kapacitetah.

2.1.1.2 Podatki o potrebah po zdravnikih

V reviziji smo želeli ugotoviti, ali obstajajo podatki o realnih potrebah po zdravnikih na državni ravni ter ali je natančno določena odgovornost zbiranja podatkov za določanje potreb po zdravnikih, in sicer podatkov o:

- obstoječih nujnih (trenutnih) potrebah po zdravnikih, ki so posledica nenadnih dogodkov (smrt, odpoved delovnega razmerja), na katere bi se izvajalci zdravstvene službe odzvali z zaposlovanjem zdravnikov;
- predvidenih (kratkoročnih in srednjeročnih) potrebah, ki temeljijo na pričakovanih upokojitvah zaposlenih zdravnikov glede na uveljavljene modele upokojevanja in naj bi se zadovoljevale z usposabljanjem zadostnega števila novih zdravnikov v okviru posameznih specialističnih področij;
- pričakovanih (dolgoročnih) potrebah, ki temeljijo na analizah demografskih gibanj in zdravstvenega stanja prebivalcev ter spreminjanja njihovih potreb po posameznih vrstah zdravstvene obravnave in terjajo morebitno reorganizacijo zdravstvenih služb in zdravniških delovnih mest v mreži javne zdravstvene službe.

Ugotovili smo, da podatkov o obstoječih nujnih (trenutnih) potrebah po zdravnikih ne spremlja noben deležnik sistematično. ZZ objavlja potrebe po zaposlovanju zdravnikov, ki ji jih sporočijo posamezni izvajalci zdravstvene dejavnosti, MZ pa podatke o nujnih potrebah zbira le občasno, in sicer tako, da poziva posamezne izvajalce zdravstvene dejavnosti k predložitvi potreb po zaposlovanju zdravnikov iz tretjih držav. Ob odsotnosti sistemskega spremljanja nujnih (trenutnih) potreb tako MZ in ZZ ne moreta učinkovito načrtovati in izvajati ukrepov za čim hitrejšo zaposlovanje zdravnikov.

Podobno MZ in ZZ tudi nista poskrbela za sistematično in pregledno spremljanje podatkov o pričakovanih (dolgoročnih) potrebah po zdravnikih različnih specialističnih strok. Te naj bi ugotavljala na podlagi proučevanja demografskih gibanj in spreminjanja življenjskega sloga prebivalcev ter s tem pričakovanega zdravstvenega stanja in spremenjenih potreb prebivalcev po zdravstveni oskrbi v prihodnosti. Ugotovili smo, da naj bi v skladu z ReNPZV08-13 demografske in zdravstvene potrebe prebivalstva ter zemljepisne in prometne posebnosti območij tekoče spremljal NIJZ.

¹²² Samostojni podjetnik (s. p.).

¹²³ Družba z omejeno odgovornostjo (d. o. o.), delniška družba (d. d.), zasebni zavod.

Pojasnilo MZ

Iz letnih poročil NIJZ¹²⁴ od leta 2009 do leta 2018 je razvidno, da so se analize zdravstvenih potreb prebivalstva oziroma neenakosti v zdravju nanašale na področje celotne Slovenije, osredotočene so bile predvsem na proučevanje vpliva socialno-ekonomskih dejavnikov na neenakosti v zdravju. Od leta 2016 dalje pa NIJZ izvaja projekt Zdravje v občini¹²⁵, v okviru katerega je pripravil kazalnike zdravja in zdravstvenega varstva po posameznih občinah. Od leta 2018 dalje so enaki podatki na voljo tudi po regijah.

S spremljanjem kazalnikov zdravja so po naši oceni na voljo zadostni in uporabni podatki o starosti in zdravstvenem stanju prebivalcev, na podlagi katerih bi bilo mogoče pripravljati projekcije pričakovanih potreb prebivalcev po zdravniških določenih specialističnih strok, in sicer po regijah in v daljšem (dolgoročnem) obdobju. Na takih projekcijah naj bi temeljile dolgoročne strategije zagotavljanja zdravnikov posameznih specialističnih strok, ki pa jih MZ in ZZ v obdobju, na katero se nanaša revizija, nista pripravljala. Za ugotavljanje dolgoročnih potreb po novih specialistih za posamezna področja je bila do leta 2018 zadolžena ZZ, ki naj bi v skladu s pravilnikom o specializacijah 2009 ugotavljala kratkoročne in dolgoročne potrebe po novih specialistih na podlagi predvidene strategije o specialistični dejavnosti, dejanskih podatkov iz zdravniškega registra in obvestil izvajalcev javne zdravstvene službe. Pri tem je bilo v pravilniku o specializacijah 2009 določeno, da "Strategija o specialistični dejavnosti obsega kratkoročne in srednjeročne napovedi potreb po zdravniških specialistih in mreže zdravnikov specialistov po posameznih regijah ter za državo v celoti". K ugotavljanju dolgoročnih potreb po novih specialistih je ZZ zavezovala tudi ReNPZV08-13¹²⁶, v kateri je bilo določeno, da mora ZZ pripraviti dolgoročni (najmanj 10-letni) načrt dodeljevanja novih specializacij, ki bo zagotovil enakomerno razporeditev specializantov po vsej Sloveniji ter pravočasno nadomeščanje zdravnikov ob upokojevanju.

Pojasnilo ZZ

Podlaga za pripravo strategije o specialistični dejavnosti bi bila mreža zdravnikov, ki bi jo MZ morale pripraviti že vse od leta 2000, a je ni, zato tudi ZZ ne more pripraviti strategije, saj ne obstajajo podatki o zatečenem stanju.

Ne glede na odsotnost natančnih podatkov o razpoložljivih zdravniških kapacitetah ter odsotnost natančne razmejitve pristojnosti glede priprave strategij in spremljanja podatkov o kratkoročnih in dolgoročnih potrebah po zdravniških, ZZ ni nikoli pripravljala strategij o specialistični dejavnosti niti ni pripravila dolgoročnega načrta glede podeljevanja specializacij. V pravilniku o specializacijah 2018 tudi ni več določbe o tem, da naj bi bila za pripravo strategij zadolžena ZZ.

Po naši oceni bi bilo zato treba natančno določiti odgovornosti za pridobivanje in analiziranje podatkov o kratkoročnih in dolgoročnih potrebah po zdravniških, prav tako pa tudi pristojnosti za

¹²⁴ [URL: <https://www.nijz.si/sl/nijz/informacije-javnega-znacaja/letna-porocila-nacionalnega-instituta-za-javno-zdravje>], 1. 9. 2021.

¹²⁵ [URL: <https://www.nijz.si/sl/oznake/zdravje-v-obcini>], 1. 9. 2021.

¹²⁶ Tretji odstavek točke 7.3.2 Projekcije kadrovanja.

pripravo kratkoročnih in dolgoročnih strategij, ki naj bi bile osnova za načrtovanje optimizacije mreže javne zdravstvene službe.

MZ in ZZ tudi nista vzpostavila sistematičnega spremljanja podatkov o predvidenih (kratkoročnih in srednjeročnih) potrebah po zdravnikih. Te naj bi se zadovoljevale med drugim tudi z usposabljanjem zadostnega števila novih zdravnikov oziroma razpisovanjem ustreznega števila posameznih vrst specializacij. Tako v skladu z ZZdrS potrebe po zdravnikih ugotavljata vsako leto sproti ob pripravi JR za specializacije. Ker niti ZZdrS niti noben drug predpis ne določa, katere potrebe (trenutne, kratkoročne, srednjeročne) ter kako naj se pri izvajanju JR za specializacije upoštevajo, sta MZ in ZZ pri vsakem razpisu glede ugotavljanja in upoštevanja potreb oblikovala drugačen pristop. Tako sta v okviru izvedbe JR za specializacije od izvajalcev zdravstvene dejavnosti pridobivala in upoštevala podatke o potrebah ne glede na obdobje, na katero naj bi se nanašale, torej o vseh potrebah po zdravnikih skupaj (podatke o nujnih trenutnih potrebah in pričakovanih potrebah v daljšem obdobju). Posledično sta vse potrebe ugotavljala v okviru postopkov določanja števila in vrst specializacij, kar pomeni, da so lahko bile nujne potrebe izvajalcev zadovoljene šele z dokončanjem specializacije (vendar le v primeru, če je bila specializacija potrjena), torej čez nekaj let.

Ocenjujemo, da MZ in ZZ nista vzpostavila preglednega sistema zbiranja in ugotavljanja potreb po zdravnikih glede na obstoječe nujne (trenutne) potrebe in glede na predvidene oziroma pričakovane potrebe v daljšem obdobju. Zato podatki o potrebah po zdravnikih niso primerljivi, pregledni niti natančni. Posledično jih ni mogoče učinkovito uporabiti pri načrtovanju in izvajanju ukrepov za zadovoljevanje potreb (kot na primer pri zaposlovanju zdravnikov v smislu zadovoljevanja trenutnih potreb in posebej pri načrtovanju specializacij in morebitni reorganizaciji mreže javne zdravstvene službe v smislu zadovoljevanja srednjeročnih in dolgoročnih potreb po zdravnikih).

2.1.2 Mreža javne zdravstvene službe in razpored zdravniških delovnih mest

Mreža javne zdravstvene službe, ki je temeljno ogrodje za razvoj in nadgradnjo celotnega sistema zdravstvene dejavnosti, bi morala izhajati iz zdravstvenih potreb prebivalstva in zagotavljati enakomerno dostopnost in kakovost zdravstvenih storitev. V revizijskem poročilu Izzivi smo podali mnenje, da MZ vse od leta 1992 pa do leta 2016 ni imelo pregleda nad mrežo javne zdravstvene službe in je bilo ob njegovi pasivni vlogi izvajalcem zdravstvene dejavnosti dopuščeno določanje obsega in vrste dejavnosti in s tem posredno oblikovanje mreže. MZ je takrat predstavilo namero, da bo v letih 2017 in 2018 izdelalo orodja in vzpostavilo mehanizme za upravljanje mreže javne zdravstvene službe z vidika pravične dostopnosti, spreminjajočih se potreb prebivalstva, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe ter racionalne rabe virov, in sicer tako, da bodo model, merila in kriteriji za optimizacijo javne mreže pripravljeni posebej za primarno, sekundarno oziroma terciarno raven zdravstvenega varstva.

V reviziji smo preverili, ali in katere aktivnosti je MZ načrtovalo in izvedlo, da bi prispevalo k celostni določitvi oziroma k optimizaciji obstoječe mreže javne zdravstvene službe za vsako posamezno področje specialnosti in za vsako posamezno raven zdravstvene dejavnosti. Poleg tega nas je tudi zanimalo, katere aktivnosti je MZ izvedlo, da bi določilo razpored zdravniških delovnih mest.

ZZVZZ¹²⁷ določa, da Republika Slovenija načrtuje razvojne možnosti in potrebe z zdravstvenimi programi in zdravstvenimi zmogljivostmi. Pri tem mora plan zdravstvenega varstva temeljiti na analizi zdravstvenega stanja prebivalstva, izhajati iz zdravstvenih potreb po celovitem zdravstvenem varstvu, upoštevati kadrovske in druge zmogljivosti ter zagotoviti smotrno delitev dela. ZZVZZ¹²⁸ še določa, da resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva med drugim vsebuje merila za mrežo javne zdravstvene službe, upošteva dostopnost zdravstvenih storitev po območjih. Podobno tudi ZZDej¹²⁹ določa, da se merila za postavitev mreže javne zdravstvene službe določijo s planom zdravstvenega varstva Republike Slovenije (v nadaljevanju: plan zdravstvenega varstva) ob upoštevanju zdravstvenega stanja, števila, starostne in socialne strukture prebivalcev, enakih pogojev oziroma možnosti za uporabo zdravstvenih storitev, potrebnega obsega posamezne dejavnosti na primarni, sekundarni in terciarni ravni, stopnje urbanizacije območij, specifičnosti poselitve in dostopnosti na demografsko ogroženih območjih ter stanja onesnaženosti okolja in gospodarskih možnosti.

MZ je poskrbelo, da so bila v ReNPZV08-13¹³⁰ in Resoluciji o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 "Skupaj za družbo zdravja"¹³¹ (v nadaljevanju: ReNPZV16-25)¹³² v skladu z zakonsko zahtevo določena merila za vzpostavitev mreže javne zdravstvene službe, vendar pa merila niso bila natančna in niso vključevala kriterijev za njihovo uporabo¹³³. Zato po naši oceni niso predstavljala učinkovite podlage za uspešno celovito določitev in optimizacijo javne mreže. MZ tako do konca leta 2019 ni zagotovilo temeljne osnove za celostno določitev mreže javne zdravstvene dejavnosti po posameznih specialističnih področjih za vse ravni zdravstvene dejavnosti in za vse regije.

¹²⁷ Prvi odstavek 6. člena ZZVZZ.

¹²⁸ Zadnja alineja drugega odstavka 6. člena ZZVZZ.

¹²⁹ Drugi odstavek 4. člena ZZDej.

¹³⁰ V točki 7.2.2.1 so bila določena merila za javno mrežo na primarni ravni, v točki 7.2.2.2 so bila določena merila za javno mrežo na sekundarni bolnišnični ravni in merilo za mrežo ambulantne specialistične dejavnosti, v točki 7.2.2.3 so bila določena merila za določanje mreže na terciarni ravni.

¹³¹ V točki 6.3.1. so bila določena naslednja merila za postavitev javne mreže: število prebivalcev, njihova starostna in spolna struktura in projekcije gibanja prebivalstva posameznega območja, zdravstveno stanje in potrebe prebivalstva, geografska in prometna dostopnost, posebne potrebe ranljivih skupin in demografsko ogroženih območij.

¹³² Uradni list RS, št. 25/16.

¹³³ Kot primer navajamo nenatančna merila za določitev javne mreže na primarni ravni, ki so bila določena v ReNPZV08-13, in sicer so bila navedena merila: Razpoložljivost javne mreže za prebivalstvo, Relativne in absolutne potrebe po novih zdravnikih in Potrebe po zdravnikih v prihodnosti glede na upokojitve in kaj pomenijo upokojitve za mrežo. Merila niso imela jasnih in natančnih kriterijev njihove uporabe, kar lahko ugotovimo na merilu Razpoložljivost javne mreže za prebivalstvo, kjer so bili kot kriteriji navedeni: 1) demografska merila so starostna struktura (število in čas obiskov po starostni strukturi) in spol; 2) geografska merila so delež in število občanov, ki so oddaljeni od najbližjega izvajalca nad dopustno mejo; delež in število občanov, ki so oddaljeni od najbližjega izvajalca s polnim obratovalnim časom nad dopustno mejo; delež in število občanov, ki so oddaljeni od najbližjega izvajalca dežurne službe nad dopustno mejo, ter gravitacijsko območje; 3) razpoložljivost zdravnikov za občane so standardizirana glavarina za opredeljene občane: povprečna razpoložljivost ordinacijskega časa za obiske občanov pri zdravniku oziroma drugem zdravstvenem sodelavcu, število opredeljenih na zdravnike (glavarina na zdravnika), ki jih obiskujejo občani, in delež opredeljenih prebivalcev v občinah in število neopredeljenih. Prav tako ni bilo jasnih kriterijev uporabe pri drugem merilu Relativne in absolutne potrebe po novih zdravnikih, kjer je bilo navedeno samo: 1) dejansko število zdravnikov za opredeljene občine in 2) količniki. Pri tretjem merilu Potrebe po zdravnikih v prihodnosti glede na upokojitve in kaj pomenijo upokojitve za mrežo, kjer je bilo navedeno: 1) količniki opredeljenih občanov in 2) absolutno in relativno zmanjšanje števila zdravnikov zaradi upokožitev.

Zaradi tega in tudi zato, ker ni izvedlo ustreznih ukrepov, MZ ni bilo uspešno pri doseganju cilja Ureditve javne mreže, ki je bil določen v ReNPZV08-13 (več v točki 3.2). Ne glede na to, da je MZ opustilo pomembne aktivnosti, ki naj bi bile pogoj za celostno določitev oziroma optimizacijo mreže javne zdravstvene službe, je v ReNPZV16-25 samo opozorilo javnost, da do dogovorjene mreže javne zdravstvene službe ni prišlo ter da se mreža javne zdravstvene službe zagotavlja samodejno, na podlagi interesov posameznih izvajalcev zdravstvene dejavnosti in plačnika, nikakor pa ne sistematično in na podlagi ugotavljanja dejanskih potreb. V ReNPZV16-25 je namreč navedlo, da "utemeljenost fizične oziroma geografske razporeditve izvajalcev zdravstvene dejavnosti ni bila nikdar resno preverjena, temveč je bila prepuščena posameznim predlagateljem, pri sprejemanju vsakoletnega splošnega dogovora pa so pogajalci v odsotnosti celovitega načrtovanja nase vzeli pravico upravljanja z mrežo, ki jo zakonodaja nalaga le nosilcu zdravstvene politike – MZ. Sprejem ali opuščanje zdravstvenih programov kot tudi modifikacije zdravstvenih nosilcev so se izvajali na neargumentiran način, prepuščeni presoji posameznih izvajalcev in plačnika, brez sistemskega nadzora, predvsem pa brez predhodne analize dejanskih potreb po posameznih zdravstvenih programih in storitvah".

Iz navedenih ugotovitev je mogoče sklepati, da se je MZ ob pripravi ReNPZV16-25 zavedalo kritičnosti situacije in je z ustreznjšim načrtovanjem ukrepov v primerjavi z načrtovanjem v ReNPZV08-13 (več v točki 3.1) bolj proaktivno pristopilo k reševanju problematike v zvezi z odsotnostjo mreže javne zdravstvene službe. Tako je v ReNPZV16-25 v okviru cilja postavitve mreže javne zdravstvene dejavnosti¹³⁴ določilo ukrep "Vzpostavitev modela izračuna, izvajanja in spremljanja meril za mrežo izvajalcev zdravstvene dejavnosti, zdravstvene programe in storitve, ki se financirajo iz javnih sredstev" z rokom izvedbe v letu 2021. Oktobra 2017 je ob podpori Službe Evropske komisije za podporo strukturnim reformam (v nadaljevanju: SRSS) začelo 2-letni projekt Načrtovanje in upravljanje mreže javne zdravstvene službe (v nadaljevanju: projekt EK – Mreža) in septembra 2019 izdalo Poročilo EK – Mreža¹³⁵. Iz Poročila EK – Mreža izhaja, da so bile pripravljene podlage za prostorsko in časovno razporeditev virov v zdravstvu glede na ocenjene potrebe prebivalstva po zdravju in razpoložljivost ter zmogljivost izvajalcev v zdravstvu. Poleg projekta EK – Mreža je MZ v obdobju, na katero se nanaša revizija, izvedlo še nekatere aktivnosti, s katerimi bi lahko prispevalo k oblikovanju mreže na določenih specialističnih področjih, in sicer je:

- oktobra 2010 pripravilo dokument Strategije razvoja in celostne ureditve ginekološko-porodniške službe v Republiki Sloveniji¹³⁶,
- decembra 2010 pripravilo dokument Združevanje dežurne ginekološko-porodniške službe na Dolenjskem¹³⁷, vendar ni izkazalo, ali in kako ga je uporabilo pri načrtovanju javne mreže,

¹³⁴ Cilj Mreža izvajalcev zdravstvene dejavnosti, ki se hitro odzivajo na spremenjene potrebe prebivalcev in omogočajo celovito/integrirano obravnavo pacientov in Specializacija ustanov za zagotavljanje visoke kakovosti zdravstvenih storitev.

¹³⁵ Distribution of healthcare providers and health workforce in Slovenia, Funded by the Structural Reform Programme of the European Union EC Contract No SRSS/C2017/032, Final report, September 2019.

¹³⁶ [URL: <https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2019/09/Strategije-razvoja-in-celostne-ureditve-ginekološko-porodniške-službe-v-republiki-sloveniji.pdf>], 1. 9. 2021.

¹³⁷ Dokument, ki smo ga pridobili v tiskani obliki od MZ in ga je pripravila delovna skupina, imenovana s sklepom ministra št. 170-20/2010 z dne 13. 10. 2010, nima številke, datuma niti podpisa.

- januarja 2011 pripravilo dokument Združevanje dežurne ginekološko-porodniške službe na Gorenjskem¹³⁸, vendar ni izkazalo, ali in kako ga je uporabilo pri načrtovanju javne mreže,
- septembra 2011 minister imenoval več delovnih skupin za pripravo predlogov Strategij razvoja in celostne ureditve posameznih specialističnih področij do leta 2020¹³⁹, ki naj bi do 15. 12. 2011 pripravile predloge strategij, vendar MZ ni izkazalo, da so delovne skupine predloge strategij pripravile,
- septembra 2011 minister imenoval več delovnih skupin, ki naj bi do 15. 12. 2011 pripravile osnutke Strategije razvoja kadrov v zdravstvu v Republiki Sloveniji za posamezne segmente, povezane s kadrom¹⁴⁰,
- septembra 2013 pripravilo dokument Javna mreža primarne zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji vključno z Excel preglednico¹⁴¹ (v nadaljevanju: analiza mreže zdravnikov na primarni ravni 2013), v kateri je podrobno predstavilo posnetek stanja o številu pediatrov in družinskih zdravnikov, izračunalo potrebe po dodatnih zdravnikih, opozorilo na slabosti sistema in predlagalo nekatere izboljšave;
- marca 2015 pripravilo osnutek mreže javne zobozdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji¹⁴², vendar je dokument zaradi menjav v vodstvu Direktorata za zdravstveno varstvo in MZ oziroma zaradi spremembe prioritet MZ ostal nedokončan,
- oktobra 2015 delovna skupina na MZ pripravila dokument Mreža javne ginekološke dejavnosti na primarni ravni v Republiki Sloveniji¹⁴³ (v nadaljevanju: analiza mreže ginekologov na primarni 2015), v kateri je podrobno predstavilo posnetek stanja glede trenutnega in potrebnega števila ginekologov, projekcijo potrebnih programov in predlagalo razvoj mreže, vendar dokument zaradi menjav v vodstvu Direktorata za zdravstveno varstvo in MZ oziroma spremembe prioritet MZ ni bil sprejet.

¹³⁸ Dokument, ki smo ga pridobili v tiskani obliki od MZ in ga je pripravila projektna skupina, imenovana s sklepom ministra št. 012-51/2010 z dne 20. 10. 2010, nima številke, datuma niti podpisa.

¹³⁹ Sklep o imenovanju delovne skupine št. 170-30/2010 z dne 26. 9. 2011, in sicer za dermatovenerologijo, intenzivno medicino, anesteziologijo, reanimatologijo, perioperativno intenzivno terapijo, fizikalno medicino in rehabilitacijo, nevrološko dejavnost, oftalmologijo, otorinolaringologijo.

¹⁴⁰ Sklep o imenovanju delovne skupine št. 900-332/2011 z dne 26. 9. 2011, in sicer za pregled zdravstvenega stanja in stanja na področju kadrov v zdravstvu, za upravljanje – menedžment, izobraževanje in za financiranje.

¹⁴¹ Javna mreža primarne zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji – Področji ambulate splošne oziroma družinske medicine in pediatrije na primarni ravni, Direktorat za zdravstveno varstvo, D. Petrič, M. Žerdin, September 2013.

¹⁴² Mreža javne zobozdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji, verzija z dne 4. 3. 2015 – grobi osnutek.

¹⁴³ Mreža javne ginekološke dejavnosti na primarni ravni v Republiki Sloveniji, Direktorat za zdravstveno varstvo, 1. 10. 2015.

Pojasnilo MZ

Iz obstoječe dokumentacije ni razvidno, da bi MZ izvajalo ukrepe za ureditev javne mreže, javni uslužbenci, ki so bili pristojni za navedeno področje, pa niso več zaposleni na MZ. Oblikovanje mreže izvajalcev se je urejalo v okviru projekta racionalizacije bolnišnic v času, ko je bil minister Dorijan Marušič, v okviru katerega je MZ želelo doseči večjo učinkovitost in kakovost bolnišnic s specializacijo nekaterih bolnišnic oziroma z združevanjem nekaterih programov za racionalnejšo izrabo resursov, predvsem kadra. Takrat je MZ naletelo na veliko nasprotovanje lokalnih skupnosti. Po nastopu nove vlade to ni bila več prioriteta MZ. Sicer pa se mreža izvajalcev in njihove naloge in pristojnosti oblikujejo v okviru splošnega dogovora.

Kljub posameznim naporom pri pripravi podlag za ureditev oziroma optimizacijo mreže, MZ ni izkazalo, da bi pripravljene dokumente celovito uporabilo pri morebitnem sistematičnem posodabljanju in nadgrajevanju obstoječe mreže javne zdravstvene službe. Po naši oceni je takšno stanje tudi posledica (pre)pogostih menjav ministrov (kar 11 ministrov v 11 letih) in različnosti njihovih prioritet. Ocenjujemo, da bi moralo MZ kot strokovni nosilec celotnega področja zdravstva poskrbeti za vzpostavitev celovite mreže javne zdravstvene službe, ki bi predstavljala učinkovit mehanizem za zagotavljanje enake dostopnosti do zdravstvenih storitev in zdravnikov, temelječ na potrebah prebivalcev po regijah. Pri tem pa bi moralo MZ poskrbeti za to, da bi bile aktivnosti za optimizacijo mreže (morebitno reorganizacijo in racionalizacijo) vedno njegova prva prioriteta, pri tem pa menjave vlad ali ministrov ne bi smele pomembno vplivati na to prioriteto, ki je pogojena z zakonodajo in strategijo. Odsotnost pregledne in celovite mreže javne zdravstvene službe, hkrati pa interesi posameznih drugih deležnikov (lokalnih skupnosti, posameznih izvajalcev in sindikatov) pomenijo le nadaljevanje vsakoletnega nepreglednega in nesistematičnega dodeljevanja programov (arbitrarno dogovarjanje glede števila in vrst zdravstvenih programov v okviru splošnih dogovorov), dodeljevanja koncesij, določanja specializacij in nenazadnje zaposlovanja zdravnikov.

Ocenjujemo, da bi nekatere dokumente (kot na primer analizo mreže zdravnikov na primarni ravni 2013 in analizo mreže ginekologov na primarni ravni 2015) MZ lahko učinkovito uporabilo pri pripravi mreže javne zdravstvene službe. Ta naj bi po naši oceni izkazovala pregled vseh potrebnih delovnih mestih zdravnikov po posameznih izvajalcih (zasedenih in prostih) po specialističnih področjih v okviru posameznih regij (glede na potrebe prebivalcev in ekonomske zmožnosti države in občin).

Po naši oceni MZ ni bilo uspešno pri celostni ureditvi oziroma optimizaciji mreže javne zdravstvene službe tudi zato, ker kot predlagatelj predpisov s področja zdravstva ni zagotovilo še drugih temeljnih pogojev za oblikovanje mreže javne zdravstvene službe, in sicer ni prispevalo k temu, da bi bili v predpisih in drugih dokumentih natančno:

- določeni mehanizmi za pregledno in nedvoumno spremljanje obstoječih razpoložljivih zdravniških kapacitet v okviru posameznih specialističnih področij in posameznih ravni zdravstvene dejavnosti;
- določeni normativi in standardi za delo zdravnikov v okviru vsakega posameznega specialističnega področja javne zdravstvene dejavnosti, ki naj bi opredelili konkretno delovno obveznost zdravnika specialista s posameznega specialističnega področja;
- opredeljene zdravstvene storitve in izvajalci v okviru vsake posamezne ravni javne zdravstvene dejavnosti, predvsem pa natančno določena razmejitev med primarno in sekundarno ravno

zdravstvene dejavnosti v delu, ki se nanaša na specialistično ambulantno dejavnost¹⁴⁴, zaradi tega ni mogoče natančno razmejiti odgovornosti¹⁴⁵ za upravljanje mreže javne zdravstvene službe med občinami in državo, posledično pa so specialistične ambulate v okviru posameznega specialističnega področja¹⁴⁶ uvrščene v obe ravni;

- opredeljeni javna služba zdravstvene dejavnosti in tržna dejavnost ter dovoljena uporaba presežkov prihodkov nad odhodki iz vsake od navedenih dejavnosti, zato MZ izdaja navodila za razmejevanje obeh dejavnosti, ki pa niso zavezujoča, s tem pa ni zagotovljenih orodij za preprečevanje nenamenske in negospodarne porabe javnih sredstev v okviru mreže javne zdravstvene dejavnosti, ki se nanaša na javno službo;
- določeni način in pristojnosti za dolgoročno načrtovanje novih zdravstvenih programov, in sicer izključno na podlagi pričakovanih potreb prebivalcev, hkrati pa tudi postopki, merila in kriteriji za ugotavljanje in potrjevanje potreb po novih programih v okviru posameznih regij in/ali izvajalcev zdravstvene dejavnosti, zaradi tega se o potrebah po novih programih dogovarjajo partnerji vsako leto sproti v okviru sklepanja splošnih dogovorov oziroma, če ti pri dogovarjanju niso uspešni, odloči arbitražna oziroma vlada¹⁴⁷;
- določen obseg programa posameznega zdravnika oziroma organizacija in sestava tima, tako vključenost števila zdravnikov v tim opredeli vodstvo zdravstvenega zavoda, kar pomeni, da so lahko zdravniki v različnih zdravstvenih zavodih različno obremenjeni.

Novembra 2017 je bilo z ZZDej-K sprejeto določilo, ki po mnenju MZ jasno definira javno zdravstveno službo in zdravstvene storitve kot negospodarske storitve splošnega pomena (3. člen ZZDej) in zasebno zdravstveno dejavnost (13. člen ZZDej-K). ZZDej¹⁴⁸ kot javno zdravstveno službo opredeljuje "zdravstvene storitve, katerih trajno in nemoteno opravljanje zagotavljajo v javnem interesu država in lokalne skupnosti in ki se, temelječe na načelu solidarnosti, v skladu s predpisi, ki urejajo zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje, zagotavljajo kot pravice obveznega zdravstvenega zavarovanja ter se v celoti ali deloma financirajo iz javnih sredstev, predvsem iz obveznega zdravstvenega zavarovanja". Poleg tega ZZDej¹⁴⁹ določa, da "zasebna zdravstvena dejavnost obsega zdravstveno dejavnost, ki se financira po tržnih načelih iz sredstev uporabnikov zdravstvenih storitev ali prek njihovih zavarovalnic. Te storitve izvajalci zdravstvene dejavnosti lahko izvajajo na pridobiten način." Določba ZZDej¹⁵⁰, da "se morajo vse storitve v okviru javne zdravstvene službe izvajati na nepridobiten način (in sicer tako, da se presežek prihodkov nad odhodki porabi za opravljanje in razvoj zdravstvene dejavnosti)" je bila razveljavljena na podlagi odločbe

¹⁴⁴ V prvem odstavku 7. člena ZZDej je določeno, da v osnovno zdravstveno dejavnost (ta se izvaja v okviru primarne ravni javne zdravstvene službe) med drugim sodijo tudi diagnostične storitve, po drugi strani pa 13. člen ZZDej določa, da se v okviru sekundarne ravni zdravstvene dejavnosti kot nadaljevanje osnovne zdravstvene dejavnosti izvaja specialistična ambulantna dejavnost, ki obsega med drugim tudi poglobljeno diagnostiko.

¹⁴⁵ V prvem in četrtem odstavku 5. člena ZZDej je določeno, da mrežo javne zdravstvene službe na primarni ravni določa in zagotavlja občina, na sekundarni in terciarni ravni pa Republika Slovenija.

¹⁴⁶ Kot na primer vsaj zdravstvena dejavnost ginekologije in porodništva ter čeljustne in zobne ortopedije.

¹⁴⁷ 63. člen ZZVZZ.

¹⁴⁸ Drugi odstavek 3. člena ZZDej.

¹⁴⁹ Prvi odstavek 38. člena ZZDej.

¹⁵⁰ Druga poved drugega odstavka 3. člena ZZDej.

Ustavnega sodišča¹⁵¹. Na podlagi ZZDej se tako lahko storitve javne zdravstvene službe izvajajo tudi na pridobiten način.

Julija 2019 je minister imenoval¹⁵² delovno skupino za izvedbo projekta Racionalnejša organiziranost javne zdravstvene mreže, katerega cilj je dimenzioniranje sistema glede na prihodnje potrebe, uvajanje strateškega planiranja na ravni države za vsaj ključne vsebine ter vzpostavitev minimalnih standardov in normativov, vključno s kadri in programi zdravstvene dejavnosti. Delovna skupina je morala do septembra 2019 izvesti analizo izvajanih programov ob upoštevanju razpoložljivih virov ter potreb pacientov, do oktobra 2019 pa je morala pripraviti predlog racionalizacije programov in izvajalcev zdravstvene dejavnosti.

Po navedbah MZ se delovna skupina uradno ni nikoli sestala in zaradi zaposlenosti vodstva delovne skupine z drugimi nujnimi nalogami, zaradi kadrovskih menjav v okviru MZ in s tem potrebe po menjavi članov delovne skupine, pa tudi zaradi imenovanja izključno zaposlenih na MZ, brez vključevanja zunanjih strokovnjakov, ni delovala. Nova delovna skupina za racionalnejšo organiziranost javne zdravstvene mreže¹⁵³ se je po navedbi MZ sicer 2-krat sestala, vendar je bilo po odstopu vlade njeno delovanje prekinjeno.

Ob opustitvi učinkovitih aktivnosti za celovito ureditev mreže javne zdravstvene mreže smo preverili, ali in katere morebitne aktivnosti je MZ izvedlo, da bi v skladu z ZZdrS¹⁵⁴ razporedilo zdravniška delovna mesta v obstoječi mreži javne zdravstvene službe po območjih in po specialističnih področjih tako, da bi prebivalcem zagotovilo čim bolj enako dostopnost do kakovostnih zdravstvenih storitev.

Ugotovili smo, da MZ nima strategije glede razvoja javne mreže niti ne izpolnjuje določb ZZdrS, ki mu narekujejo izvajanje konkretnih nalog v zvezi z upravljanjem mreže javne zdravstvene službe. Ne glede na to pa minister ob odsotnosti celovite mreže javne zdravstvene službe po naši oceni tudi ni imel zagotovljenih potrebnih pogojev za določitev razporeda zdravniških delovnih mest v mreži javne zdravstvene službe.

MZ je med izvajanjem revizije (septembra 2019) pojasnilo, da bo v skladu z ReNPZV16-25 do leta 2021 pripravilo nacionalni načrt kadrovskih virov v zdravstvu, pri čemer bo upoštevalo demografske podatke oziroma trende po regijah, ki bodo upoštevani tudi pri pripravi mreže javne zdravstvene službe, ki jo bo MZ pričelo pripravljati predvidoma v letu 2020. Ne glede na pojasnilo MZ smo ugotovili, da MZ do maja 2021 napovedanega nacionalnega načrta kadrovskih virov v zdravstvu ni pripravilo.

Po naši oceni bi bilo mogoče javno mrežo zdravstvene službe učinkovito upravljati in načrtovati njeno optimizacijo le tako, da bi MZ v sodelovanju z deležniki (predvsem z občinami, ki so pristojne za javno mrežo na primarni ravni zdravstvene dejavnosti) sočasno pripravilo realne standarde za delo zdravnikov, metodologijo ugotavljanja potreb po zdravnikih, predvsem pa natančna merila in

¹⁵¹ Št. U-I-194/17-21 z dne 15. 11. 2018 (Uradni list RS, št. 1/19).

¹⁵² Sklep ministra št. 170-45/20/2019/1 z dne 18. 7. 2019.

¹⁵³ Minister jo je imenoval s sklepom št. 024-33/2019/2 z dne 20. 11. 2019.

¹⁵⁴ 7. in 8. člen ZZdrS.

kriterije za določitev mreže javne zdravstvene službe. Pogoj za učinkovito upravljanje in optimiziranje mreže javne zdravstvene službe pa je po naši oceni tudi obvezna natančna analiza razpoložljivosti zdravniških kapacitet (po principu FTE) po posameznih specialističnih področjih in regijah in hkrati analiza potrebnosti in učinkovitosti obstoječih zdravstvenih programov. Rezultati navedenih analiz naj bi podali podlago za načrtovanje ustreznega (dejansko potrebnega) števila in vrst programov ter zmogljivosti, hkrati pa podlago za preprečevanje oziroma odpravo prevelikih kapacitet (nepotrebnih programov) glede na potrebe.

Glede na to, da mrežo javne zdravstvene službe na primarni ravni določajo in zagotavljajo lokalne skupnosti¹⁵⁵, bi morale MZ pri pripravi podlag za določitev mreže na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti pozvati vse občine k aktivnemu sodelovanju. V reviziji nismo mogli ugotoviti, ali in kako so občine, ki so odgovorne za vzpostavitev mreže na primarni ravni, prispevale k njeni vzpostavitvi. MZ namreč ni izkazalo, da je kadarkoli v obdobju, na katero se nanaša revizija, posredovalo občinam kakršnekoli usmeritve glede oblikovanja javne mreže na primarni ravni. Tako ni prispevalo k temu, da bi občine enako ukrepale in znotraj regij zagotavljale primerljive mreže glede na primerljive potrebe prebivalcev.

MZ je v ReNPZV16-25 med aktivnostmi za krepitev primarnega zdravstva¹⁵⁶ navedlo ukrep sprejetja Strategije razvoja zdravstvene dejavnosti na primarni ravni z rokom sprejetja do leta 2016, poleg tega se je zavezalo, da bo poročila v zvezi z izvajanjem strategije pripravljala na 2 leti do leta 2025. MZ v obdobju, na katero se nanaša revizija, Strategije razvoja zdravstvene dejavnosti na primarni ravni ni sprejelo.

Poslovanje MZ je bilo po naši oceni zaradi priprave parcialnih ukrepov (priprava predlogov mreže zgolj na določenih ozkih segmentih zdravstvene dejavnosti), in sicer brez natančne določitve ostalih potrebnih podlag (kot so merila in kriteriji za optimizacijo mreže, definiranje javne službe in posameznih ravni zdravstvene dejavnosti), neučinkovito. Poleg tega MZ ni zagotovilo niti osnovnih podatkov glede natančnega števila zdravnikov oziroma zdravniških kapacitet v FTE, ki so potrebni za učinkovito načrtovanje javne mreže. Zato ocenjujemo, da MZ k oblikovanju celovite in optimalne mreže javne zdravstvene službe ni pristopilo strokovno in sistematično. Mreža javne zdravstvene službe se tako lahko oblikuje na napačnih osnovah (interesi posameznih deležnikov) in je zato nepregledna ter nedorečena in se celo lahko odmika od dejanskih potreb prebivalcev. To se nazorno kaže v praksi: namesto, da bi MZ in ZZ vsak v okviru lastnih zakonskih nalog po principu "od zgoraj navzdol" prispevala k zagotavljanju zadostnega števila zdravnikov posameznih specialističnih strok (kot na primer s preišljenim podeljevanjem¹⁵⁷ in podaljševanjem¹⁵⁸ koncesij ter predlaganjem oziroma določanjem ustreznega števila in vrst specializacij), pa v praksi ti postopki dejansko največkrat temeljijo na postopkih ugotavljanja potreb po principu "od spodaj navzgor".

¹⁵⁵ Prvi odstavek 5. člena ZZDej.

¹⁵⁶ ReNPZV16-25 točka 6.2.2.

¹⁵⁷ V skladu s 44. členom ZZDej je MZ od decembra 2017 zadolženo za podajanje soglasij občinam k podelitvi koncesije za opravljanje zdravstvene službe na primarni ravni, medtem ko koncesije za opravljanje javne službe na sekundarni ravni podeljuje samo.

¹⁵⁸ V skladu s 43. členom ZZDej mora ZZ od decembra 2017 koncedentu predložiti mnenje, povezano s potrebo po podaljšanju obdobja podelitve koncesije.

V preteklosti smo že večkrat natančno opozorili na vzroke in posledice odsotnosti celovite, izključno na potrebah prebivalcev temelječe mreže javne zdravstvene službe. Kljub temu MZ še ni pristopilo k učinkovitemu ukrepanju za čimprejšnjo zagotovitev take mreže javne zdravstvene službe. MZ nasprotno od pričakovanj že več let opušča vrsto nujnih in že dolgo načrtovanih ukrepov. Tako v ReNPZV08-13 in ReNPZV16-25 ni določilo natančnih meril in kriterijev za določitev mreže, ni določilo vseh zdravniških delovnih mest v javni mreži, ni zagotovilo dovolj natančnih podatkov o obstoječih zdravniških kapacitetah, ni poskrbelo za natančno ugotavljanje potreb po zdravnikih glede na potrebe prebivalcev, ni sprejelo Strategije razvoja zdravstvene dejavnosti na primarni ravni, ni pripravilo poročila o obremenitvah ambulant na primarni ravni od leta 2013 do leta 2018 in ni pripravilo predloga sprememb obstoječega sistema GK. S tem nadaljuje svojo pasivno vlogo in še naprej dopušča, da imajo pri oblikovanju mreže javne zdravstvene službe glavno vlogo posamezni izvajalci zdravstvenih storitev in njihovi interesi.

2.1.3 Standardi in normativi dela zdravnikov

V reviziji smo preverili, ali je MZ izvedlo vse potrebne aktivnosti za zagotovitev (določitev) standardov in normativov za delo zdravnikov v okviru vseh specialističnih področij in v okviru vseh ravni zdravstvene dejavnosti. Pri tem nas je zanimalo, ali so standardi in normativi dela zdravnikov, ki so uveljavljeni za zdravnike primarne ravni, realni, in sicer v smislu, ali:

- temeljijo na rezultatih opravljenih analiz glede delovnih pogojev ter obremenitev zdravnikov, povezanih z dejanskim obsegom dela in hkrati ob upoštevanju razpoložljivih finančnih in kadrovskih virov,
- zagotavljajo primerljivo obremenitev zdravnikov iste ali primerljive specialnosti (ne glede na izvajalce in regije, v katerih opravljajo zdravniško službo).

Zanimalo nas je tudi, kakšen je učinek uveljavitve zdravniških standardov in normativov za zdravnike na primarni ravni.

V predpisih ni določeno, kateri deležnik bi moral sprejeti zdravniške standarde in normative. ZZDej¹⁵⁹ določa le, da Zdravstveni svet sodeluje pri pripravi (in torej ne pripravlja) kadrovskih in delovnih normativov, medtem ko Pravilnik o Zdravstvenem svetu¹⁶⁰ določa, da Zdravstveni svet zgolj obravnava (ne pa tudi potrdi) kadrovske in delovne normative in poklicne strokovne standarde v zdravstveni dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe. Pri tem lahko Zdravstveni svet obravnava predloge razširjenih strokovnih kolegijev (v nadaljevanju: RSK), ki se oblikujejo pri klinikah, inštitutih in drugih zdravstvenih zavodih, ki jih določi minister¹⁶¹. V letu 2017 so vlada (ministrica za zdravje), ZZ in sindikati podpisali Aneks h Kolektivni pogodbi za zdravnike in zobozdravnike v Republiki Sloveniji¹⁶² (v nadaljevanju: aneks KP 2017), ki določa¹⁶³, da nove standarde in normative ter posodobitve obstoječih standardov in normativov dela zdravnikov predlagajo pristojni RSK,

¹⁵⁹ Tretja alineja drugega odstavka 75. člena ZZDej.

¹⁶⁰ Sedma alineja 3. člena Pravilnika o Zdravstvenem svetu (Uradni list RS, št. 88/01, 40/06, 8/09, 11/11 in 48/12).

¹⁶¹ 74. člen ZZDej.

¹⁶² Uradni list RS, št. 16/17.

¹⁶³ Tretji odstavek 2. člena aneksa KP 2017.

strokovni svet s področja, na katerega se nanaša predlagani normativi, ali katerakoli terciarna ustanova ali zdravniško društvo. Aneks KP 2017 še določa, da se pristojni RSK, če ni predlagatelj, opredeli do predloga normativa v 30 dneh, obravnava in potrdi pa jih Zdravstveni svet na predlog RSK s področja normativa.

Ne glede na odsotnost določitve pristojnosti glede sprejetja standardov in normativov je prve aktivnosti v zvezi s pripravo predlogov zdravniških standardov in normativov pričelo MZ izvajati aprila 2008 z imenovanjem:

- 9-članske komisije¹⁶⁴ za definiranje normativov in obsega dela na primarni ravni zdravstvene dejavnosti (v nadaljevanju: komisija za primarno raven) in
- 11-članske komisije za definiranje normativov in obsega dela na sekundarni ravni zdravstvene dejavnosti (v nadaljevanju: komisija za sekundarno raven).

Iz dokumentacije izhaja, da je bil povod za to, da je ministrica aprila 2008 imenovala obe komisiji, priprava predloga sprememb ZZdrS v smislu določitve podlage za ugotavljanje upravičenosti do izplačevanja opravljenih zdravstvenih storitev na podlagi podjemnih pogodb. Z junijem 2008 je moral namreč javni zdravstveni zavod v skladu z ZZdrS-E za potrebe sklenitve podjemne pogodbe zagotoviti, da je zdravnik v okviru pogodbe o zaposlitvi opravil določen obseg dela oziroma zdravstvenih storitev¹⁶⁵. Navedeni komisiji naj bi tako predlagali normative, v okviru katerih naj bi zdravnik opravil svojo redno delovno obveznost v rednem delovnem času, da bi lahko sklenil s svojim delodajalcem ali drugim zavodom podjemno pogodbo. Pobuda za določitev normativa je torej prvenstveno izhajala iz želje oziroma prepoznane potrebe po dodatnem (izven rednega delovnega časa) opravljanju in izplačevanju opravljenih zdravstvenih storitev zdravnikom.

Komisija za primarno raven je zaradi neenotnih stališč članov podala 2 različna predloga normativov dela zdravnikov. V prvem predlogu¹⁶⁶ so podani predlogi za predšolske¹⁶⁷ in šolske zdravnike¹⁶⁸ ter

¹⁶⁴ V komisiji so bili med drugimi 3 člani MZ in 3 člani ZZ.

¹⁶⁵ 26. člen ZZdrS-E (65. člen ZZdrS).

¹⁶⁶ Predlog I, Celovit predlog strokovnih normativov za primarni nivo (vsebuje Predlog izračuna normativa za družinsko/splošno medicino, Predlog izračuna normativa za predšolsko obdobje, Predlog izračuna normativa za šolsko obdobje, Predlog temeljnega strokovnega normativa, ki je merilo za sklepanje podjemnih pogodb za področje primarne ginekologije (26. člen ZZdrS) in Zobozdravstvene standarde). Dokument obsega 8 strani.

¹⁶⁷ Normativ je izračunan tako, da je povprečno letno število obiskov (v obdobju od leta 1998 do leta 2002) pomnoženo s priporočenim časom za posamezno vrsto obravnave v minutah, iz izračunanega letnega števila ur, to je 251.288 ur, pa je ob upoštevanju letne obveznosti zdravnika v obsegu 1.460 ur izračunano potrebno število zdravnikov (172). Izračunano potrebno število zdravnikov (ob priporočenem časovnem standardu obravnave) je porazdeljeno na število predšolskih otrok (127.650), kar predstavlja normativ 740 otrok na pediatra.

¹⁶⁸ Normativ je izračunan tako, da je povprečno letno število obravnav (v obdobju od leta 1998 do leta 2002) pomnoženo s priporočenim časom za posamezno vrsto obravnave v minutah, iz izračunanega letnega števila ur, to je 262.298 ur, pa je ob upoštevanju letne obveznosti zdravnika v obsegu 1.460 ur izračunano potrebno število zdravnikov (180). Izračunano potrebno število zdravnikov (ob priporočenem časovnem standardu obravnave) je porazdeljeno na število šolskih otrok (306.000), kar predstavlja normativ 1.700 otrok na šolskega zdravnika.

ginekologe¹⁶⁹ (predlog za šolske¹⁷⁰ in predšolske¹⁷¹ zdravnike sta pripravili osebi, ki nista bili člana strokovne komisije, predlog normativa za ginekologe¹⁷² pa članica strokovne komisije, ki je bila predstavnica ZZ). Iz navedenih 3 predlogov so razvidni izračuni števila potrebnih ur in s tem potrebnega števila zdravnikov, če bi zdravniki obravnave pacientov izvedli v priporočenih časovnih standardih (kot na primer 12 minut za prvi kurativni pregled). Pri tem iz izračunov izhaja le izračunano število potrebnih zdravnikov, ne pa tudi normativ, izražen v GK. V okviru prvega predloga je MZ predložilo tudi predlog normativa za družinske zdravnike¹⁷³ v obsegu 1.500 GK, vendar iz predloga ni razvidno, kako je navedeni normativ izračunan. Iz dokumenta sicer izhaja, da je "predlog narejen na dejanskih podatkih, ki so bili zbrani v presečni študiji o obremenitvah slovenskih zdravnikov družinske medicine v letu 2003/2004", vendar navedena študija ni priloga k predlogu normativa niti nam je ZZ ni predložila v reviziji. Poleg tega iz samega predloga niso razvidni ključni podatki o številu obiskov, vrsti obravnav, številu opredeljenih zavarovanih oseb ter njihova starost in o številu družinskih zdravnikov. Iz nobenega od navedenih predlogov niso razvidne povezave med priporočenimi časovnimi standardi za določeno vrsto obravnave in predlaganim normativom v obsegu 1.500 GK. Ob odsotnosti natančnih izračunov in ob odsotnosti navedb natančnih virov podatkov, ki so v navedenih 4 predlogih uporabljeni, je komisija v prvem predlogu sklenila, da "so vse obremenitve nad 1.500 GK zaradi povečane obremenitve zdravnikov z delom predmet sklepanja podjemnih pogodb". Po drugi strani pa sta 2 člana komisije za primarno raven (predstavnik Združenja zdravstvenih zavodov in ZZS) v drugem predlogu¹⁷⁴ opozorila, da "naj bi se pripravljene predlogi normativov uporabili izključno kot podlaga za ugotavljanje upravičenosti sklepanja podjemnih pogodb ter da imenovana komisija ne more določati kadrovskih normativov, saj naj bi bili ti določeni v nacionalnem programu zdravstvenega varstva, ki ga potrdi DZ. Določitev meril, ki bi bila glede GK in količnikov storitev nižja od dogovorjenih s splošnim dogovorom, bi imela resne in neugodne posledice na izvajanje programa zdravstvenega varstva (znižanje meril bi utegnilo zmanjšati storilnost zdravnikov ter povzročilo odklanjanje pacientov, podaljšanje čakalnih dob na primarni ravni, zmanjšanje dostopnosti do zdravstvenih storitev, pritiske na vodstva javnih zavodov za sklepanje podjemnih pogodb, zaradi česar bi ZZS ustvarjalo primanjkljaje)". Na podlagi dokumentacije je mogoče sklepati, da je komisija za primarno raven za predloge normativov pridobila stališča RSK¹⁷⁵.

¹⁶⁹ Normativ je izračunan tako, da je povprečno letno število obravnav (v 3-letnem obdobju) pomnoženo s priporočenim časom za posamezno vrsto obravnave v minutah, iz izračunanega letnega števila ur, to je 403.517 ur, pa je ob upoštevanju letne obveznosti zdravnika v obsegu 1.460 ur izračunano potrebno število zdravnikov (276). Izračunano potrebno število zdravnikov (ob priporočenem časovnem standardu obravnave) je porazdeljeno na število žensk (887.977), kar predstavlja normativ 3.217 žensk na ginekologa.

¹⁷⁰ Predlog izračuna normativa za predšolsko obdobje (dokument obsega 1 stran in nima datuma in številke).

¹⁷¹ Predlog izračuna normativa za šolsko obdobje (dokument obsega 1 stran in nima datuma in številke).

¹⁷² Predlog temeljnega strokovnega normativa, ki je merilo za sklepanje podjemnih pogodb za področje primarne ginekologije – 26. člen ZZdrS (dokument obsega 2 strani in nima datuma in številke).

¹⁷³ Predlog izračuna normativa za družinsko/splošno medicino (dokument obsega 3 strani in nima datuma in številke).

¹⁷⁴ Predlog II: Predlog meril za ugotavljanje izpolnitve delovne obveze zdravnikov in zobozdravnikov na primarni ravni kot pogoja za sklenitev podjemne pogodbe 6. 10. 2008.

¹⁷⁵ Iz poročila o delu komisije za primarno raven izhaja, da sta članici komisije, sicer predstavnici ZZ, ki sta pripravili predloga za družinsko medicino in ginekologijo, sami zastopali RSK za ti 2 področji, poleg tega pa še izhaja, da je komisija prejela pisna gradiva od RSK za stomatologijo, pediatrijo in medicino dela, prometa in športa.

Komisija za sekundarno raven je oblikovala predloge¹⁷⁶ za normative za zdravnike na sekundarni ravni za nekatera specialistična področja¹⁷⁷, ne pa za vsa. Pri tem je navedla, da "predlagani okvirni časi za nekatere oblike dela niso objektivno preverjeni in usklajeni s posameznim specialnostmi, zato zaenkrat ne morejo predstavljati normativov" ter da "predlagani normativi predstavljajo le oporo za razporejanje dela na bolnišničnih oddelkih in so le orodje za oceno, ali zdravnik opravlja delo, dogovorjeno s Kolektivno pogodbo za zdravnike in zobozdravnike v Republiki Sloveniji¹⁷⁸ (v nadaljevanju: KP), v zadostnem obsegu". Komisija za sekundarno raven je predlagala MZ, naj "skupaj z RSK, ZZ in reprezentativnimi sindikati nadaljuje z delom na področju normativov in postopno oblikuje tudi časovne normative za določene oblike dela".

Po naši oceni predlogi zdravniških standardov in normativov niso mogli biti zadostna podlaga za njihovo dokončno potrditev, saj so bili pomanjkljivi. Predlogi namreč niso vsebovali natančnih virov podatkov, ki so bili uporabljeni pri določitvi normativov, način določitve normativov ni bil razviden, metodologija pa ni bila pojasnjena. Iz dokumentacije izhaja, da so jih večinoma samostojno (brez poglobljenega sodelovanja RSK) pripravili posamezni člani komisij brez navedb virov uporabljenih podatkov in ne da bi natančno obrazložili metodologije za njihovo določitev. Zato in ker so bili pripravljeni kot podlage za ugotavljanje upravičenosti sklepanja podjemnih pogodb, ocenjujemo, da jih ni mogoče šteti kot ustrezno izhodišče, iz katerega naj bi izhajale vse nadaljnje aktivnosti MZ v zvezi z zagotavljanjem zadostnega števila zdravnikov in z optimizacijo mreže javne zdravstvene službe.

MZ ni izvedlo analize ustreznosti predlogov zdravniških standardov in normativov, ki sta jih pripravili komisija za primarno raven in komisija za sekundarno raven. Prav tako MZ pripravljenih predlogov standardov in normativov nikoli ni posredovalo Zdravstvenemu svetu v obravnavo. Ne glede na to so se v letu 2011 (3 leta po tem, ko sta komisiji predlagali svoje standarde in normative) pod iste standarde in normative podpisali oziroma jih sprejeli ZZ, FIDES – Sindikat zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije (v nadaljevanju: FIDES) in Slovensko zdravniško društvo. Tako so v Modri knjigi standardov in normativov zdravnikov in zobozdravnikov¹⁷⁹ (v nadaljevanju: modra knjiga), ki po naši oceni pravzaprav predstavlja stanovski dogovor, določili:

- normativ za izbranega zdravnika na primarni ravni v obliki maksimalnega GK, in sicer: 1.500 GK/izbranega zdravnika primarne ravni,
- povprečne čase za posamezne vrste obiskov, namenjene le kot priporočilo za organiziranje ambulantnega dneva v ambulantah primarne ravni, in sicer posebej za storitve v ambulantni družinske /splošne medicine, pediatrije, šolske medicine in ginekologije na primarni ravni (kot na primer 12 minut za prvi kurativni pregled v ambulantni pediatrije),
- priporočen čas v obliki števila delovnih enot in števila delovnih ur v okviru kirurške stroke in nekirurške stroke na sekundarni in terciarni ravni,

¹⁷⁶ Predlog normativov za zdravnike na sekundarni ravni, Komisija za definiranje normativov in obsega dela na sekundarnem nivoju za zdravnike, november 2008 (obsega 3 strani in nima datuma in številke).

¹⁷⁷ Psihatrijo ter operativne in neoperativne stroke, vključno za interno medicino, infektologijo, nevrologijo, dermatologijo in pediatrijo.

¹⁷⁸ Uradni list RS, št. 14/94, 15/94, 18/94-ZRPJZ, 22/96, 23/96 – popr., 39/98, 46/98 – popr., 39/99-ZMPUPR, 97/00, 43/06-ZKolP, 60/08, 5/12, 40/12, 46/13, 16/17 in 80/18.

¹⁷⁹ [URL: <https://sindikاتفides.si/sites/default/files/4521-Modra%20knjiga.pdf>], 1. 9. 2021.

- priporočen čas v obliki števila delovnih enot in števila delovnih ur v okviru stomatologije (ni določena raven zdravstvene dejavnosti).

Ugotovili smo, da so normativ 1.500 GK/zdravnika na primarni ravni ter priporočeni standardi dela zdravnikov na sekundarni ravni popolnoma identični predlogom, ki sta jih pripravili komisiji na MZ, čeprav sta obe komisiji že leta 2008 opozorili, da predlogi normativov niso bili preverjeni in so zato predstavljali le podlago za izvajanje ZZdrS glede pogojev za sklepanje podjemnih pogodb. V modri knjigi ni bilo pojasnjeno, katere kategorije so upoštevane pri določitvi standardov in normativov, prav tako ZZ ni predložila nobene analize ali posnetka stanja delovnih obremenitev zdravnikov, na katerih naj bi standardi in normativi, ki jih je podpisala oziroma sprejela skupaj z ostalima dvema deležnikoma, temeljili. Prav tako v modri knjigi niso navedeni viri uporabljenih podatkov¹⁸⁰.

Glede na opustitev izvedbe analiz obremenitev zdravnikov torej ni mogoče potrditi, da je normativ 1.500 GK/zdravnika na primarni ravni realen, in da temelji na realnih delovnih pogojih in ostalih okoliščinah, ki naj bi bile preverjene v praksi. Poleg tega pa iz dokumentov tudi ni razvidno, da so bile pri določitvi priporočenih časovnih standardov upoštevane dejanske razpoložljive zdravniške kadrovske kapacitete ali finančni viri. Prav tako tudi ni jasno, kako (če sploh) so v normativu 1.500 GK/zdravnika na primarni ravni upoštevani posamezni priporočeni časovni standardi za določene vrste obravnav. Čeprav je v modri knjigi navedeno, da so v normativu upoštevane vse razlike v številu in vsebini obravnave glede na starost bolnika in z njo povezane potrebe v obravnavi, smo ugotovili, da se pri ugotavljanju preseganja normativa 1.500 GK upoštevajo le GK in ne tudi količniki storitev. Normativ 1.500 GK ni vezan na kombinirani sistem glavarine in storitev, kot ga uporablja ZZZS pri financiranju storitev, temveč zgolj na glavarino (Tabela 3). Vendar pa v reviziji ni bilo mogoče ugotoviti, kako (če sploh) so v normativu 1.500 GK upoštevani GK za posamezne starostne skupine, kot so določeni v sklepu UO ZZZS. MZ, ki je od komisij prejelo predloge zdravniških standardov in normativov, ter ZZ, ki je soprodpisnica modre knjige, nista znala pojasniti niti nista predložila dokumentacije, iz katere bi bilo mogoče ugotoviti, katere kategorije oseb in kako so v normativu 1.500 GK/zdravnika upoštevane.

Pojasnilo MZ

Obe komisiji sta delovali neposredno pod okriljem kabineta takratne ministrice, ki je mandat zaključila konec leta 2008. Funkcionarji oziroma javni uslužbenci iz takratnega kabineta, ki so bili pristojni za navedeno področje, niso več zaposleni na MZ, iz obstoječe dokumentacije pa MZ ni uspelo pridobiti podatka o morebitni uporabi izdelanih normativov.

Zaradi navedenih okoliščin v reviziji nismo mogli potrditi, da je normativ iz modre knjige ustrezna osnova za ocenjevanje (ugotavljanje) potreb po zdravnikih posameznih specialističnih strok in oblikovanje mreže javne zdravstvene službe. Prav tako ni mogoče potrditi, da predstavlja ustrezno podlago za ugotavljanje (pre)obremenitev zdravnikov ter posledično za ugotavljanje ravni kakovosti obravnave zavarovanih oseb. Kljub odsotnosti razjasnitve metodologije za določitev normativa 1.500 GK po naši oceni na dejansko obremenitev zdravnika in s tem na kakovost obravnave pacientov

¹⁸⁰ Med viri je navedeno, da so "podatki za področje družinske/splošne medicine iz presečne študije o obremenitvah zdravnikov splošne medicine, ki je potekala v letih 2003/2004, ter da podatki za otroke in mladostnike temeljijo na številu otrok od 0 do 6 let in od 7 do 19 let, na letni delovni obveznosti zdravnika ter na povprečju obiskov v ambulantah za obdobje 5 let (1998–2002) v pediatriji in šolski medicini.

v največji meri vpliva število obiskov glede na vrsto in zahtevnost obravnave. Od tega je odvisen tudi čas dejanske obravnave zavarovane osebe. Namen določitve normativa naj bi bilo zagotavljanje primerljivih pogojev dela zdravnikov glede razpoložljivega časa za obravnave (ta pa je odvisen od števila in potreb opredeljenih zavarovanih oseb) in hkrati zagotavljanje primerljive kakovosti obravnave pacientov.

Ocenjujemo, da standardi in normativi iz modre knjige niso objektivni, saj:

- jih je ZZ z interesnima združenjema opredelila zgolj z namenom določitve izhodišča za sklepanje podjemnih pogodb, pri tem pa ni poskrbela, da bi bili standardi in normativi dejansko utemeljeni in podprti z natančnimi analizami in viri podatkov,
- sta predloga normativov dela za družinske zdravnike in ginekologe samostojno pripravili predstavniki ZZ kot članici strokovne komisije za primarno raven leta 2008 (v dokumentaciji ni gradiva od RSK za ti 2 področji, iz poročila o delu strokovne komisije za primarno raven pa izhaja, da sta navedeni članici komisije sami zastopali RSK za ti 2 področji, kar bi lahko bilo v navzkrižju interesov),
- je ZZ v modri knjigi kot avtorje standardov in normativov za primarno raven navedla vse člane komisije za primarno raven, čeprav sta vsaj 2 člana (predstavnik Združenja zdravstvenih zavodov in ZZS) že leta 2008 opozorila na nestrinjanje s predlogi,
- je ZZ v modri knjigi kot avtorje standardov in normativov za sekundarno raven navedla vse člane komisije za sekundarno raven, čeprav je ta komisija že leta 2008 opozorila, da nekateri priporočeni časi za nekatere oblike dela niso objektivno preverjeni in zato ne morejo predstavljati normativov.

Ne glede na navedeno sta MZ in ZZ aprila 2017 poskrbela, da so bili zdravniški standardi iz modre knjige uveljavljeni (v 6 letih od podpisa modre knjige). MZ in ZZ (kot predstavnik delodajalcev) sta namreč z reprezentativnimi sindikati javnega sektorja za zdravnike in zobozdravnike (kot predstavniki delojemalcev) podpisala aneks KP 2017, v katerem je bilo določeno, da "delodajalec sprejme normative dela zdravnikov, pri čemer upošteva normative dela zdravnikov in zobozdravnikov iz modre knjige". Pri tem velja opozoriti, da je MZ podpisalo aneks KP 2017 v imenu javnih zdravstvenih zavodov, ZZ¹⁸¹ pa v imenu zasebnih izvajalcev zdravstvene dejavnosti. Aneks KP 2017 je bil sklenjen zaradi realizacije Sporazuma o začasni prekinitvi stavkovnih aktivnosti¹⁸² (v nadaljevanju: sporazum 2016). V sporazumu 2016 sta se namreč MZ in FIDES že novembra 2016 dogovorila, da se standardi in normativi iz modre knjige potrdijo. MZ je tako sporazum 2016 podpisalo zaradi grožnje zdravniške stavke, pri tem pa ni natančno proučilo pričakovanih učinkov sprejetja zdravniških standardov in normativov iz modre knjige na vzdržnost zdravstvenega sistema.

¹⁸¹ V skladu z 8. točko prvega odstavka 71. člena ZZdrS lahko ZZ pri sklepanju kolektivnih pogodb sodeluje le v imenu zasebnih zdravnikov kot delodajalcev.

¹⁸² Sporazum, ki smo ga prejeli od MZ, nima številke, je pa podpisan 22. 11. 2016 s strani predsednika FIDES in ministrice za zdravje. V aneksu h KP je naveden Sporazum o začasni prekinitvi stavkovnih aktivnosti št. 101-12/2016/149 z dne 5. 12. 2016, vendar njegovi podpisniki niso poskrbeli za njegovo objavo na spletu.

Pojasnilo MZ

ZZS¹⁸³ je že maja 2015 izpostavil, da so zahteve zdravniških organizacij po nižjih delovnih normativih (modra knjiga) in višjih plačah zdravnikov legitimne, vendar pa ob odsotnosti reformnih rešitev v slovenskem zdravstvu nesprejemljive, saj enostransko prednostno zadovoljujejo le del enega od deležnikov zdravstvenega sistema, to je zdravnike, pri tem pa puščajo ob strani druge zdravstvene delavce, ki z zdravniki sodelujejo v timu. V času pogajanj naj bi zahteve FIDES po povišanju povprečne zdravniške bruto plače na 3-kratnik povprečne slovenske bruto plače pomenile povišanje odhodkov za 88–90 milijonov EUR. MZ je kljub navedenemu ob podpori vlade izvedlo vse aktivnosti in ukrepe, da bi preprečilo nepopravljive posledice, v prvi vrsti za paciente, ki bi nastale ob nadaljevanju stavkovnih aktivnosti zdravnikov.

MZ je sporazum 2016 podpisalo in s tem odločilno prispevalo k uveljavitvi standardov in normativov iz modre knjige, čeprav pred tem (v kar 8 letih od predlogov komisije za primarno dejavnost oziroma v 6 letih od sprejetja modre knjige) ni izvedlo nobene analize njihove ustreznosti, prav tako pa jih tudi ni predložilo v obravnavo Zdravstvenemu svetu in/ali RSK.

Pojasnilo MZ

MZ je v letu 2016 pristopilo k aktivnostim za izvedbo pilotnega projekta, v katerem bi se preverila izvedljivost normativov modre knjige in posledice v praksi. Ugotovljeno je bilo, da določene dejavnosti v modro knjigo niso bile vključene, vendar bi se z uveljavitvijo standardov in normativov in kasneje z novimi normativi zmanjšala preobremenjenost zdravnikov, saj bi bilo zdravniku omogočeno dovolj časa za varno in kakovostno obravnavo pacientov in poenotenje dela ter pričakovanega obsega dela zdravnikov na nacionalni ravni.

MZ je v reviziji predložilo poročila predlogov standardov in normativov za delo zdravnikov na področju družinske medicine, ginekologije, pediatrije, zobozdravstva in sekundarne ter terciarne ravni, ki jih je pripravila delovna skupina za pripravo standardov in normativov, imenovana v letu 2015, vendar pripravljenega gradiva MZ ni uporabilo.

MZ je posredovalo tudi mnenje RSK za splošno/družinsko medicino iz novembra 2016¹⁸⁴, v katerem RSK med drugim ugotavlja, da "je v modri knjigi ustrezno postavljen GK kot podlaga za celovit pristop k bolniku ter da so časovne opredelitve dela glede na vrsto obiska vprašljive, saj se narava dela v družinski medicini spreminja". Po naši oceni je ugotovitev RSK nekoliko protislovna, saj naj bi se GK v odvisnosti od sprememb narave dela in s tem sprememb časovne opredelitve dela prav tako spreminjal. Zato bi bilo po naši oceni najprej treba proučiti spremembe narave in organiziranosti dela družinskih zdravnikov ter na tej podlagi določiti nove časovne opredelitve dela in nove delovne standarde in normative.

¹⁸³ Dopis ZZS št. 9000-3/2015-DI/18 z dne 7. 5. 2015.

¹⁸⁴ Mnenje RSK za splošno/družinsko medicino o standardih in normativih v družinski medicini z dne 2. 11. 2016.

Iz zapisnikov Zdravstvenega sveta iz obdobja, na katero se nanaša revizija¹⁸⁵, ter predlogov nekaterih RSK¹⁸⁶ je razvidno, da se je Zdravstveni svet s problematiko normativov dela zdravnikov začel ukvarjati šele po njihovi uveljavitvi. Iz zapisnikov izhaja, da je Zdravstveni svet 15. 11. 2017 na vse RSK naslovil dopis, v katerem je predlagatelj pozval k dopolnitvi in pripravi podatkov o tem, kako so določili predlagane normative, kolikšen del dejavnosti ti predstavljajo, kakšno je število obravnav za zagotovitev potreb zavarovancev na sedanji ravni in za morebitne dodatne potrebe, ali bi potrebovali več prostora, opreme in kadra, kakšni dodatni ukrepi bodo potrebni za zagotovitev ustreznega obsega in kakovosti storitev, kdo bo ukrepe izvedel, kako dolgo bo trajalo, da bodo predlagani normativi lahko realizirani. Tako je Zdravstveni svet novembra 2017 (leto po podpisu sporazuma 2016) prejel 4 predloge normativov dela¹⁸⁷ in sprejel odločitev, da je treba pred sprejetjem normativov pridobiti podatke o njihovih posledicah in številne druge informacije. Pri tem ni dosegel soglasja o tem, kdo naj bi bil najprimernejši za pripravo teh analiz ter kaj bi uvedba predlaganih standardov pomenila za celoten zdravstveni sistem, saj so člani sveta izrazili mnenje, da RSK nimajo ustreznega znanja in podatkov za pripravo obsežnih ekonomskih analiz in predvidevanj. Zdravstveni svet je novembra 2017 predlagal MZ ustanovitev samostojnega in neodvisnega telesa, ki bi določilo normative, cene in kakovost. Iz prejete dokumentacije ni razvidno, da bi MZ predlog Zdravstvenega sveta obravnavalo ter kako se je do njega opredelilo. Tako tudi ni bilo mogoče potrditi, da je MZ ravnalo v skladu s Pravilnikom o Zdravstvenem svetu, ki določa¹⁸⁸, da minister na podlagi stališč, sklepov ali priporočil Zdravstvenega sveta sprejme odločitev.

Ocenjujemo, da uveljavitev standardov in normativov sama po sebi ne zmanjša preobremenjenosti zdravnikov. Da bi bil dosežen tak rezultat, bi morale MZ poskrbeti še za številne druge ukrepe za zagotovitev dodatnih zdravnikov (kot na primer povečanje vpisnih mest na medicinskih fakultetah, olajšanje postopkov za zaposlovanje zdravnikov tretjih držav, spodbude zdravnikom za delo na ruralnih območjih, določanje ustreznega števila specializacij glede na potrebe prebivalcev po zdravnikih določene specialistične stroke in podobno). Ocenjujemo, da je MZ kot nosilec zdravstvene dejavnosti opustilo obveznost natančne proučitve učinkov uveljavitve standardov in normativov še pred podpisom aneksa KP 2017, hkrati pa s podpisom sporazuma 2016 zgolj sprejelo ponujeno rešitev FIDES kot edino možnost za prekinitev zdravniške stavke. Po naši oceni bi morale MZ kot odgovorni nosilec področja zdravstva aktivno sodelovati pri določitvi standardov in normativov dela zdravnikov, in sicer bi morale še pred podpisom sporazuma 2016 izvesti vsaj analizo obremenitev zdravnikov, ali pa tako analizo oziroma utemeljitev stanja zdravnikov, zaradi katerega so bile napovedane stavke, zahtevati od sindikatov ali pa od ZZ. Namesto tega je svojo vlogo prepustilo FIDES in ZZ, ki sta pretežno stanovski organizaciji in ki v skladu svojim poslanstvom ščitita in zastopata interese svojih članov.

Aneks KP 2017¹⁸⁹, ki ga je MZ s sopodpisniki sklenilo zaradi realizacije sporazuma 2016, določa, da "delodajalec z namenom določitve obremenitev družinskih zdravnikov¹⁹⁰, kadrovskega načrtovanja

¹⁸⁵ Zdravstveni svet se je po podatkih MZ v 10 letih sestel le osemkrat.

¹⁸⁶ RSK za stomatologijo, patologijo in sodno medicino, psihiatrijo, družinsko medicino, za javno zdravje, ginekologijo in porodništvo, radiologijo, medicino dela, prometa in športa.

¹⁸⁷ Predloge so poslali RSK za medicino dela, prometa in športa, RSK za splošno/družinsko medicino, RSK za javno zdravje in RSK za radiologijo.

¹⁸⁸ Drugi odstavek 11. člena Pravilnika o Zdravstvenem svetu.

¹⁸⁹ Prvi odstavek 10.a člena aneksa KP 2017.

¹⁹⁰ V reviziji so družinski zdravniki opredeljeni kot zdravniki splošne in družinske medicine.

in nagrajevanja sprejme normative dela zdravnikov, pri čemer skladno z nacionalnimi usmeritvami delovanja in razvoja zdravstvenega sistema upošteva Zdravniške standarde iz modre knjige ter novo nastale normative in temu prilagodi lastno organizacijo dela". S sklenitvijo aneksa KP 2017 so tako podpisniki potrdili uveljavitev standardov in normativov iz modre knjige, ki so jih izvajalci javne zdravstvene službe dolžni upoštevati. Ker nam navedena dikcija aneksa KP 2017 ni bila povsem razumljiva, nas je zanimalo, v čem se lahko normativi delodajalcev razlikujejo od normativa 1.500 GK/zdravnika na primarni ravni, določenega v modri knjigi, oziroma kaj pomeni, da morajo delodajalci upoštevati normativ 1.500 GK (ali in za koliko je dovoljeno odstopanje) ter kaj je mišljeno z novonastalimi normativi (kdo naj bi jih določil, v katerem predpisu in ali je bilo to realizirano). ZZ nam na to vprašanje ni podala odgovora, MZ pa je podalo pojasnilo, da je pri tolmačenju prvega odstavka 10.a člena KP treba poudariti, da gre za dolžnost delodajalcev, da sprejmejo svoje notranje oziroma "in house" standarde in normative z namenom določitve obremenitev zdravnikov, kadrovskega načrtovanja in nagrajevanja, pri pripravi katerih pa so morali upoštevati ne le normative dela zdravnikov in zobozdravnikov iz modre knjige, temveč tudi novonastale normative, nacionalne usmeritve delovanja in razvoja zdravstvenega sistema in skladno s tem prilagoditi lastno organizacijo dela. Notranji normativi zavoda se po navedbah MZ lahko razlikujejo od normativa 1.500 GK, ki je strokovni cilj, h kateremu mora zavod stremeti. Po navedbi MZ so s terminom novonastali normativi mišljeni tisti, ki v modri knjigi niso zavzeti, se pa s spremembo področja in z razvojem lahko pojavijo in jih delodajalec upošteva pri pripravi notranjih normativov.

Ocenjujemo, da je MZ kot nosilec področja zdravstva večinoma¹⁹¹ opustilo potrebne aktivnosti za vzpostavitev zdravniških standardov in normativov, saj niti pred niti po uveljavitvi modre knjige ni izvedlo poglobljenih analiz dela zdravnikov v smislu natančne proučitve (na vzorcu zdravnikov) delovnih pogojev, časa obravnave za posamezno vrsto obravnave in dejanskih obremenitev zdravnikov, kar naj bi bila temeljna podlaga za določitev realnih standardov in normativov. Čeprav normativ 1.500 GK ni nujno realen pokazatelj obremenitev vseh zdravnikov na primarni ravni, pa MZ na podlagi dogovora v sporazumu 2016 vsako leto na drugih (različnih) pravnih podlagah izvajalcem zdravstvenih storitev namenja dodatna sredstva za nagrade zdravnikom, ki normativ presegajo (več v točki 2.3.5). V sporazumu 2016 se je namreč MZ zavezalo, da bo "v zvezi z implementacijo normativov dela zdravnikov uvedlo model fleksibilnega nagrajevanja zdravnikov v okviru vladnega posebnega projekta skrajševanja čakalnih dob, večje kakovosti in zagotavljanja zdravnikom več časa za obravnavo".

MZ je pripravo standardov in normativov v pomembnem delu prepustilo zbornicam, sindikatom in združenjem. Z neaktivno vlogo pri tako pomembnem elementu zdravstva, kot so zdravniški standardi in normativi, MZ po naši oceni ni zagotovilo, da ti izhajajo iz realnih osnov (kot na primer iz posnetka stanja glede dejanskih obremenitev zdravnikov ob upoštevanju obstoječih zdravniških kapacitet in omejenih finančnih virov). Pod pritiskom javnosti glede zagroženih stavkovnih aktivnosti pa se je MZ v skladu s sporazumom 2016 ob opustitvi drugih učinkovitih ukrepov za zagotovitev zadostnega števila zdravnikov aktivno in ne dovolj pripravljeno vključilo v realizacijo nagrajevanja zdravnikov (ukrepe, aktivnosti, pravne podlage ter učinke nagrajevanja prikazujemo v točki 2.3.5).

¹⁹¹ Delovna skupina na MZ je v letu 2015 v predlogu mreže javne ginekološke dejavnosti izhajala iz glavarine 4.000 opredeljenih žensk na tim (približno 1.500 GK), ki jo je strokovno priporočil RSK za ginekologijo.

ZZ sicer nima neposredne zakonske podlage in ne pristojnosti za pripravo in sprejem zdravniških standardov in normativov, vendar bi po naši oceni zaradi njene strokovne avtoritete ob sodelovanju pri pripravi zdravniških standardov in normativov oziroma ob podpisu modre knjige morala upoštevati analize, ki bi temeljile na preverjenih podatkih (na podatkih, ki odražajo dejansko stanje obremenjenosti zdravnikov).

2.1.4 Metodologija za ugotavljanje potreb po zdravnikih

V reviziji smo preverili, ali sta MZ in ZZ, vsak v okviru svojih pristojnosti, natančno določila:

- metodologijo za ugotavljanje potreb po zdravnikih in
- postopke glede ugotavljanja in sporočanja potreb posameznih izvajalcev po zaposlitvi dodatnega števila zdravnikov.

Niti v ZZdrS niti v pravilnikih o specializacijah ni bilo določeno, kako naj bi bile pri določanju potreb po zdravnikih na državni oziroma regijski ravni upoštevane potrebe prebivalcev glede na njihovo zdravstveno stanje. Prav tako v predpisih ni bila določena metodologija za določanje števila posameznih vrst specializacij.

Pred uveljavitvijo ZZdrS-F je bilo v zvezi z ugotavljanjem potreb po zdravnikih v ZZdrS določeno le, da specializacije načrtuje in odobrava ZZ, pri tem pa niti v ZZdrS niti v podzakonskih predpisih ni bila določena metodologija za določanje števila in vrst specializacij. V pravilniku o specializacijah 2009¹⁹² je bilo zgolj določeno, da ZZ ugotavlja kratkoročne in dolgoročne potrebe na podlagi predvidene strategije o specialistični dejavnosti, in sicer ob upoštevanju podatkov iz zdravniškega registra in obvestil izvajalcev javne zdravstvene službe. Ob odsotnosti strategij in predpisane metodologije za ugotavljanje potreb po zdravnikih in s tem tudi potreb po specializacijah je ZZ do uveljavitve ZZdrS-F s soglasjem ministra za zdravje določala število in vrste specializacij za celotno državo in za regije na podlagi lastne metodologije in predvsem ob upoštevanju predlogov nacionalnih koordinatorjev, ki jih je sama imenovala (več v točki 2.2.2.1).

Z uveljavitvijo ZZdrS-F ZZ ni več pristojna za načrtovanje oziroma določanje števila in vrst specializacij, saj je bilo v ZZdrS-F določeno, da število in vrste specializacij ministru predlaga Odbor za specializacije¹⁹³. Tako je ZZ od julija 2017 zgolj zadolžena, da 2-krat letno objavi JR za specializacije, in sicer nacionalni JR ali JR za izvajalce ali oba¹⁹⁴. Pri tem ZZdrS¹⁹⁵ določa, da se pri določitvi števila posameznih vrst specializacij upošteva, da je najmanj 10 % vseh specializacij določenih za območje celotne države. Vendar pa niti ZZdrS niti noben drug predpis ne določa, kako Odbor za specializacije razmeji vrste in število specializacij med nacionalni JR in JR za izvajalce. Tako ni vnaprej znano, v katerih primerih in koliko specializacij naj se določi za nacionalni JR ter v katerih primerih in koliko specializacij naj se določi za znane izvajalce zdravstvene dejavnosti. Namen

¹⁹² Drugi odstavek 10. člena pravilnika o specializacijah 2009.

¹⁹³ Odbor za specializacije je sestavljen iz 2 predstavnikov MZ, predstavnika ZZ, predstavnika NIJZ in predstavnika Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije.

¹⁹⁴ Prvi odstavek a.18.a člena ZZdrS (9. člen ZZdrS-F).

¹⁹⁵ Tretji odstavek 18. člena ZZdrS (8. člen ZZdrS-F).

razmejevanja števila specializacij med nacionalni JR in JR za izvajalce ni znan, prav tako pa tudi merila in kriteriji za določitev razmerja niso nikjer določeni.

MZ je pojasnilo, da je s spremenjenim načinom določanja specializacij omogočeno, da tudi manjši zavodi lahko pridejo do svojega specialista. S tem, ko se omogoča določitev specializacije za izvajalca zdravstvene dejavnosti, se omogoča tudi določanje specializacij za različne ravni zdravstvene dejavnosti, kar pred tem ni bilo možno. Navedeno naj bi bilo po mnenju MZ posebej pomembno pri specializacijah, ki sodijo na primarno in sekundarno raven zdravstvene dejavnosti (na primer pediatrija).

Z uveljavitvijo ZZdrS-F so bile v ZZdrS natančneje določene le pristojnosti deležnikov v zvezi z določanjem števila specializacij (ni pa bila določena metodologija), in sicer je bilo izrecno določeno, da:

- je ZZ pristojna za zbiranje potreb po posameznih vrstah specializacij od izvajalcev zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe¹⁹⁶,
- izvajalci za naslednje koledarsko leto, najpozneje do 28. 2. tekočega leta, sporočijo ZZ potrebe za posamezno vrsto specializacij, pri čemer upoštevajo program dela, starostno strukturo zdravnikov posameznih strok zdravnikov pri izvajalcu in razvoj izvajalca¹⁹⁷,
- je petčlanski Odbor za specializacije pristojen za pripravo predloga števila in vrst specializacij za območje celotne države oziroma za posamezne izvajalce, ki mora na podlagi sporočenih potreb izvajalcev zdravstvene dejavnosti za MZ 2-krat letno pripraviti predlog števila in vrst specializacij,¹⁹⁸
- število posameznih vrst specializacij določi minister na podlagi predloga Odbora za specializacije ter ZZ naloži objavo JR¹⁹⁹.

Po navedbi MZ je bila pred uveljavitvijo ZZdrS-F za določitev števila specializacij po vrstah odgovorna ZZ, po uveljavitvi ZZdrS-F pa je dejansko odgovoren Odbor za specializacije. Po navedbi ZZ je bila ZZ pred uveljavitvijo ZZdrS-F sicer v veliki meri odgovorna za določitev števila in vrst specializacij, pri čemer je MZ v primerih urgenc posameznih zdravstvenih zavodov, naslovljenih neposredno na MZ, ob podaji soglasja dodalo določene specializacije, ne da bi za mnenje zaprosilo ZZ.

Ne glede na to, da navedbe MZ in ZZ kažejo na njuno neenotno razumevanje pristojnosti pri določanju specializacij, je bilo v celotnem obdobju, na katero se nanaša revizija, za dokončno določitev specializacij odgovorno MZ, saj je pred uveljavitvijo ZZdrS-F dajalo ZZ soglasja na predlagano število specializacij, po uveljavitvi ZZdrS-F pa še vedno MZ (in ne kateri drug deležnik) sprejema oziroma potrjuje število in vrste specializacij, ki jih predlaga Odbor za specializacije.

¹⁹⁶ Četrta alineja prvega odstavka 9. člena ZZdrS (1. člen in prvi odstavek 8. člena ZZdrS-F).

¹⁹⁷ Prvi odstavek 18. člena ZZdrS (prvi odstavek 8. člena ZZdrS-F).

¹⁹⁸ Drugi odstavek 18. člena ZZdrS (drugi odstavek 8. člena ZZdrS-F).

¹⁹⁹ Tretji odstavek 18. člena ZZdrS (tretji odstavek 8. člena ZZdrS-F).

Pojasnilo MZ

MZ je pri podaji soglasja izhajalo iz pripravljenih izračunov ZZ, saj samo ni imelo ustreznih podatkov. MZ je bila torej dejansko odzeta naloga načrtovanja zdravnikov (do sprejetja ZZdrS-F). Res pa so se v zadnjih letih (pred sprejetjem ZZdrS-F) pri podaji soglasja upoštevale tudi sprejete strategije in dolge čakalne dobe ter povprečje števila specialistov v državah EU-28.

Ne glede na to, da je od julija 2017 za pripravo predloga števila in vrst specializacij zadolžen Odbor za specializacije, je ministrica novembra 2017 sprejela²⁰⁰ Pravilnik o delu Odbora za načrtovanje specializacij²⁰¹ (v nadaljevanju: pravilnik o delu Odbora za specializacije), s katerim je pristojnost določanja števila in vrst specializacij razširila, saj je določila, da Stalna delovna skupina:

- zagotavlja Odboru za specializacije strokovno podporo,
- pripravi model načrtovanja, ki obsega metodologijo ocenjevanja potreb prebivalstva in povpraševanja po zdravnikih, scenarij potreb prebivalstva in povpraševanja po zdravnikih, matematični model za izračunavanje potrebnega in pričakovanega števila zdravnikov, upošteva finančne zmožnosti in zmogljivosti izvajalcev zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe (v nadaljevanju: model načrtovanja potreb),
- 2-krat letno pripravi izračune števila in vrst specializacij za območje celotne države oziroma za posamezne izvajalce zdravstvene dejavnosti s pomočjo modela načrtovanja.

Odbor za specializacije potrdi model načrtovanja potreb, ki ga pripravi stalna delovna skupina²⁰².

V skladu s pravilnikom o delu Odbora za specializacije sta torej od novembra 2017 za določanje števila in vrst specializacij odgovorna Odbor za specializacije in 9-članska²⁰³ Stalna delovna skupina, ki jo je ministrica imenovala novembra 2017 z nalogo, da pripravi model načrtovanja potreb, pri tem pa ji ni določila roka izvedbe naloge. Stalna delovna skupina se je sestala 2-krat v novembru 2017 in 2-krat v marcu 2018, vendar k izdelavi modela načrtovanja potreb v tem času ni pristopila. Kot razlog za opustitev naloge je MZ navedlo dejstvo, da je že oktobra 2017 v sodelovanju še z drugimi deležniki²⁰⁴ pristopilo k Projektu EK – Mreža, katerega namen je, po navedbi MZ, med drugim razviti merila za racionalno uporabo človeških in drugih virov v zdravstvu, ki temeljijo na zdravstvenih potrebah prebivalstva in razpoložljivosti virov, ter razviti merila za geografsko porazdelitev virov. V zaključnem poročilu projekta (poročilo EK – Mreža) je bila predstavljena analiza storitev in kadra ter njihove projekcije ter prostorska in časovna analiza dostopnosti do izvajalcev zdravstvene dejavnosti za pediatrijo na vseh 3 ravneh zdravstvenega varstva. Po navedbi MZ je bil v skladu z načrtom aktivnosti iz poročila EK – Mreža pripravljen model načrtovanja in napovedovanja potreb po zdravnikih za naslednje specialnosti: pediatrija, ginekologija, ortopedija, urologija in kirurgija. V izogib podvajanja nalog tako Stalna delovna skupina ni izdelala modela načrtovanja potreb (tega je pripravljala skupina v okviru Projekta EK – Mreža), zato tudi Odbor za specializacije, ki ga je

²⁰⁰ Četrty odstavky 18. člana ZZdrS.

²⁰¹ Uradni list RS, št. 67/17.

²⁰² 6. člen pravilnika o delu Odbora za specializacije.

²⁰³ Člani so predstavniki MZ (2 člana), ZZ (3 člani), NIJZ (2 član), Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije (2 člana).

²⁰⁴ ZZ, ZZS, NIJZ, BASYS – Beratungsgesellschaft für Angewandte Systemforschung mbH, Augsburg, GÖG – Gesundheit Österreich GmbH, Wein.

ministrica imenovala decembra 2017, do leta 2020 še ni imel natančne metodologije za ugotavljanje potreb po zdravnikih in s tem potreb po določenih specializacijah. Tako je predloge glede števila in vrst specializacij pripravljala na podlagi meril in kriterijev Stalne delovne skupine ter na podlagi lastnih meril in kriterijev, predvsem pa ob upoštevanju predlogov nacionalnih koordinatorjev (več v točki 2.2.2.2).

Ob odsotnosti predpisane natančne metodologije za ugotavljanje potreb oziroma priprave in uporabe modela načrtovanja potreb sta MZ in ZZ pripravila lastni metodologiji, na podlagi katerih pa je bilo določanje števila in vrst specializacij po naši oceni večinoma nepregledno in arbitrarno. Določanje potreb po specializacijah je potekalo po principu "od spodaj navzgor", saj so končne odločitve MZ o številu in vrsti specializacij temeljile predvsem na predlogih nacionalnih koordinatorjev, pri tem pa v predpisih niti v drugih dokumentih ni bilo natančno določeno:

- po katerih merilih in kriterijih ter na podlagi katerih podatkov o zdravniških kapacitetah naj nacionalni koordinatorji korigirajo sporočene potrebe izvajalcev,
- kako (na podlagi katerih meril in kriterijev) naj MZ in ZZ upoštevata predloge nacionalnih koordinatorjev.

Ugotovili smo, da MZ in ZZ v obdobju, na katero se nanaša revizija, vsak v okviru svojih pristojnosti nista poskrbela za to, da bi bila metodologija za ugotavljanje potreb po zdravnikih in s tem potreb po specializacijah določena v predpisih. Ker način ugotavljanja potreb po specializacijah ni bil določen v nobenem predpisu, sta MZ in ZZ za izvajalce zdravstvene dejavnosti pripravljala splošna navodila glede zajemanja in izkazovanja potreb, zato obstaja tveganje, da so izvajalci v celotnem obdobju, na katero se nanaša revizija, različno ugotavljali potrebe in so bili zato sporočeni podatki o potrebah po zdravnikih neenotno določeni in vsaj deloma nerealni. Ne glede na to pa smo ugotovili, da določanje števila posameznih vrst specializacij ni bilo neposredno vezano na sporočene potrebe izvajalcev, temveč predvsem na druge kriterije, ki niso bili nujno povezani z dejansko ugotovljenimi potrebami prebivalcev v posameznih regijah Republike Slovenije po zdravnikih določene vrste specialistične stroke (več v točki 2.2.2.2).

Z opustitvijo določitve natančne metodologije sta MZ in ZZ v obdobju, na katero se nanaša revizija, zdravniški kader načrtovala in zagotavljala na pomanjkljivih osnovah, ki so dopuščale različne interpretacije. Ocenjujemo, da bi MZ v prihodnje z izvajanjem aktivnosti, določenih oziroma načrtovanih v poročilu EK – Mreža, lahko prispevalo k vzpostavitvi učinkovitega modela načrtovanja in zagotavljanja zdravniškega kadra. Tak model naj bi omogočal realne ocene razkoraka med celotnimi ugotovljenimi potrebami po zdravnikih posameznih specialističnih strok in obstoječimi zdravniškimi kapacitetami na državni ravni, pa tudi v prostoru (po regijah in izvajalcih) in v času (nujne/trenutne potrebe in pričakovane potrebe v prihodnosti). Pri tem naj bi bil sistem ugotavljanja potreb po dodatnih zdravnikih vezan na razpored zdravniških mest, ki pa ga MZ ni pripravilo.

2.2 Zadovoljevanje potreb po zdravnikih

Potrebe po zdravnikih je mogoče zadovoljevati na več načinov, pri tem je pomembno, ali gre za obstoječe nujne (trenutne) potrebe ali za pričakovane potrebe v daljšem časovnem obdobju. Pogoji za učinkovito zadovoljevanje potreb je torej natančno poznavanje obstoječih zdravniških kapacitet, ki je izhodišče za načrtovanje aktivnosti za zagotavljanje zdravnikov tako v krajšem kot v daljšem

časovnem obdobju. V reviziji smo preverili, kako MZ in ZZ v praksi ugotavljata in zadovoljujeta potrebe po zdravnikih glede na ugotovitve, da pogoji za učinkovito ugotavljanje potreb po zdravnikih niso bili zagotovljeni, saj MZ in ZZ vsak v okviru svojih pristojnosti nista poskrbela za:

- točne podatke o razpoložljivih zdravniških kapacitetah (več v točkah 2.1.1 in 2.1.3);
- celovito mrežo javne zdravstvene službe in razporeditev zdravniških delovnih mest (več v točki 2.1.2);
- natančno in vzdržno metodologijo za ugotavljanje potreb po zdravnikih (več v točki 2.1.4).

Ne glede na to, da MZ in ZZ nista poskrbela za ureditev, v okviru katere bi bilo mogoče ločeno spremljati trenutne in predvidene potrebe po zdravnikih in tako tudi izvajati potrebam primerne ukrepe, v nadaljevanju revizijskega poročila posebej predstavljamo ukrepanje za zadovoljevanje nujnih (trenutnih) potreb po zdravnikih (zaposlovanje zdravnikov) in posebej za zadovoljevanje predvidenih potreb po zdravnikih v daljšem obdobju (razpisovanje specializantskih delovnih mest).

2.2.1 Zaposlovanje zdravnikov

2.2.1.1 Zaposlovanje domačih zdravnikov

Iz registra zdravnikov, ki ga vodi ZZ, izhaja, da je bilo leta 2014 kar 141 nezaposlenih zdravnikov, 27 v letu 2015, 71 v letu 2017, 67 v letu 2018 in 59 zdravnikov v letu 2019. Vendar pa podatki niso zanesljivi, saj ZZ v registru zdravnikov evidentira zgolj tiste nezaposlene zdravnike, ki ji sporočijo, da so nezaposleni in hkrati dokažejo brezposelnost s potrdilom Zavoda Republike Slovenije za zaposlovanje.

Do uveljavitve ZZdrS-F so se lahko specialisti po opravljeni specializaciji zaposlili pri kateremkoli izvajalcu zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe v okviru regije, za katero so opravljali specializacijo. V mreži javne zdravstvene službe v okviru regije, za katero so opravljali specializacijo, so se morali zaposliti za najmanj enkratno časovno obdobje opravljanja specializacije, sicer so morali stroške specializacije povrniti. Z uveljavitvijo ZZdrS-F pa se morajo zdravniki specialisti, ki so bili izbrani:

- na nacionalnem JR, najkasneje v 3 mesecih po končani specializaciji za najmanj enkratno časovno obdobje trajanja specializacije za polni delovni čas zaposliti pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe, pri čemer ZZ koordinira možnosti zaposlitve zdravnikov glede na sporočene potrebe za zaposlitev s strani izvajalcev zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe in glede na stalno prebivališče zdravnika specialista. Vendar je zdravnik prost obveznosti glede zaposlitve, če v 3 mesecih po končani specializaciji ne dobi nobene ponudbe za zaposlitev za najmanj enkratno časovno obdobje trajanja specializacije s strani izvajalca zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe, ali se sam ne zaposli v okviru mreže javne zdravstvene službe, ali če na podlagi prejete ponudbe v 3 mesecih po končani specializaciji ne pride do sklenitve pogodbe o zaposlitvi za najmanj enkratno časovno

obdobje trajanja specializacije iz razlogov, ki so na strani izvajalca zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe²⁰⁵;

- na JR za izvajalce, v 1 mesecu po končani specializaciji za najmanj enkratno časovno obdobje trajanja specializacije za polni delovni čas zaposliti pri tem izvajalcu, pri tem ga mora ta izvajalec v 1 mesecu po opravljeni specializaciji zaposliti, če ga ne zaposli, mora v proračun Republike Slovenije povrniti vse stroške oziroma njihov sorazmerni del glede na obdobje trajanja zaposlitve, ki so nastali v zvezi s specializacijo, razen plač in drugih prejemkov iz delovnega razmerja zdravnika specializanta. V tem primeru je zdravnik specialist, ki mu je bila specializacija odobrena za določenega izvajalca zdravstvene dejavnosti, prost obveznosti, če v obdobju nadaljnjih 2 mesecev ne dobi nobene ponudbe za zaposlitev za najmanj enkratno časovno obdobje trajanja specializacije s strani izvajalca zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe ali se sam ne zaposli v okviru mreže javne zdravstvene službe²⁰⁶.

V reviziji smo preverili, v čem so bistvene razlike med nacionalnim JR in JR za izvajalce ter kakšen je namen razmejevanja specializacij.

MZ je pojasnilo, da nacionalni JR omogoča kroženje specializantov pri katerem koli pooblaščenem zavodu za določeno vrsto specializacije v Republiki Sloveniji (pred uveljavitvijo ZZdrS-F je moral specializant krožiti pri pooblaščenih izvajalcih v regiji, za katero se je prijavil na javnem razpisu), kar specializantom omogoča, da se spoznajo z različnimi izvajalci zdravstvene dejavnosti. Po navedbi MZ specializant med specializacijo še ne ve zagotovo, kdo bo njegov delodajalec, vendar izvajalce med specializacijo bolje spozna in se lahko dogovarja za zaposlitev po opravljenem specialističnem izpitu. Po mnenju MZ tako nacionalni JR mlademu zdravniku specialistu omogoča izbiro poznejšega mesta zaposlitve, a brez zagotovila, da bo dobil tako mesto. Odbor za specializacije meni, da nacionalni JR omogoča mladim specialistom kakor tudi izvajalcem veliko večjo izbiro in zagotavlja večjo prožnost pri zaposlovanju, po drugi strani pa se z JR za izvajalce omogoča, da izvajalec zdravstvene dejavnosti sodeluje v postopku izbire kandidata, poleg tega pa je omogočeno določanje specializacij za različne ravni zdravstvene dejavnosti (primarna, sekundarna), kar pred uveljavitvijo ZZdrS-F ni bilo mogoče. Hkrati JR za izvajalce po mnenju MZ omogoča tudi manjšim zavodom, da dobijo svojega specializanta in kasneje specialista.

Ocenjujemo, da je MZ kot predlagatelj predpisov z zakonsko določitvijo obveze specialista glede zaposlitve v mreži javne zdravstvene službe po opravljeni specializaciji (v smislu, da specialist v primeru zaposlitve ni dolžan vračati stroškov specializacije) prispevalo k preprečevanju odhajanja mladih zdravnikov v tujino oziroma v zasebno prakso. Vendar pa ZZdrS ne zagotavlja enake obravnave mladih zdravnikov, saj so zdravniki, ki so opravljali specializacijo na podlagi nacionalnega JR, v boljšem položaju glede možne izbire delodajalcev, hkrati pa v slabšem položaju glede hitrosti zaposlitve. Hkrati je nacionalni JR za specializante bolj privlačen od JR za izvajalce, saj se ne obvežejo za dolgoročno zaposlitev pri delodajalcu, pri katerem so opravljali specializacijo. Po drugi strani pa

²⁰⁵ Peti in sedmi odstavek 23. člena ZZdrS (peti in sedmi odstavek 13. člena ZZdrS-F).

²⁰⁶ Osmi odstavek 23. člena ZZdrS (osmi odstavek 13. člena ZZdrS-F).

je s stališča učinkovitosti vstopa zdravnikov na trg dela JR za izvajalce po naši oceni bolj učinkovit v primerjavi z nacionalnim JR, ker:

- specialist, ki je opravil specializacijo na podlagi nacionalnega JR, lahko kasneje vstopi na trg dela v primerjavi s specialistom, ki je opravil specializacijo pri znanem izvajalcu,
- morajo izvajalci v primeru nacionalnega JR vlagati dodatne napore in čas v iskanje specialistov, specialisti pa dodatne napore in čas v iskanje delodajalcev, kar za oboje v obdobju iskanja predstavlja negotovost glede dejanske zaposlitve,
- je načrtovanje specializacij in zadovoljevanje potreb po specializacijah v okviru JR za izvajalce bolj pregledno in natančno, saj je predvidljivo (specializant se zaposli pri izvajalcu, pri katerem je opravljal specializacijo),
- v primeru JR za izvajalce odpade naloga koordiniranja zaposlitev, za katero je pristojna ZZ.

ZZ je v skladu ZZdrS pristojna²⁰⁷ za koordiniranje možnosti zaposlitve specialistov, ki jim je bila specializacija odobrena na nacionalnem JR. Glede na to, da v nobenem predpisu ni določeno, kaj naj bi koordiniranje predstavljalo, nas je zanimalo, ali in kako ZZ nezaposlenim zdravnikom posreduje informacije o prostih zdravniških delovnih mestih ter ali in kako posreduje informacije o nezaposlenih zdravnikih delodajalcem. Ugotovili smo, da ZZ ne izvaja posebnih aktivnosti glede koordiniranja zaposlitev, temveč zgolj objavlja prosta delovna mesta na svoji spletni strani²⁰⁸. Glede na dejstvo, da prosta delovna mesta objavljajo tudi drugi deležniki (posamezni izvajalci zdravstvene dejavnosti in Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje), po naši oceni navedena zakonska naloga ZZ ne predstavlja dodane vrednosti pri oglaševanju mest, hkrati pa lahko predstavlja celo podvajanje nalog.

V zvezi z zaposlovanjem specialistov, ki so opravljali specializacijo na podlagi JR za izvajalca smo preverili, ali in kako lahko izvajalec že v postopku izbire kandidata za specializacijo (ta bo pri delodajalcu tudi zaposlen za isto obdobje kot bo trajala specializacija) soodloča pri izbiri. Ugotovili smo, da predstavniki posameznih izvajalcev sodelujejo v izbirnih komisijah kot tretji člani (poleg nacionalnega koordinatorja za določeno specialistično področje in poleg člana Sveta za izobraževanje zdravnikov oziroma Komisije za podiplomsko usposabljanje), vendar je po naši oceni njegova vloga pri izbiri kandidatov za specializantska mesta skromna. V skladu z izbirnimi merili mnenje izbirne komisije na podlagi osebnega razgovora namreč prinese 40 točk od vseh 100 točk, od česar pa izključno mnenje predstavnika izvajalca šteje do največ 5 od 40 točk²⁰⁹. Po naši oceni naj bi bil ravno predstavnik izvajalca tisti, ki bi naj bi imel odločilni vpliv na izbor kandidata v okviru JR za izvajalca, saj bo specializant postal njegov sodelavec za najmanj 6 do 12 let, kolikor trajata skupaj specializacija in pričakovana zaposlitev po specializaciji (zaposlitev, ki je s stališča posameznega zdravnika zavezujoča v finančnem smislu).

²⁰⁷ 9. člen ZZdrS.

²⁰⁸ Objava prostih delovnih mest, [URL: <https://www.zdravniskazbornica.si/zbornica-za-vas/borza-zdravniskega-dela/zaposlitveni-oglasil>], 1. 9. 2021.

²⁰⁹ Prvi odstavek 16. člena pravilnika o specializacijah 2018.

Pojasnilo ZZ

Odločanje predstavnika izvajalca bi bilo zagotovo manj objektivno kot, če kandidata ocenijo 3 zdravniki, in bi dopuščalo večjo možnost zlorabe funkcije predstavnika izvajalca. 5 točk je v izbirnih postopkih veliko in v večini primerov omogoči izvajalcu izbiro kandidata, ki si ga želi. Če bi odločal le predstavnik izvajalca, javni razpis in izbirni postopki sploh ne bi bili smiselni, saj mladi zdravniki za specializantsko mesto ne bi imeli enakih možnosti. Direktorji izvajalcev, ki jih ZZ prosi, da sporočijo svoje predstavnike, so v veliko primerih neodzivni, ko jih končno imenujejo, pa ti nimajo opravljenega izobraževanja iz strukturiranih intervjujev. V ta namen je ZZ organizirala že veliko delavnic za strukturirane intervjuje, obveščala člane prek tedenskega biltena (v elektronski obliki), obveščala vodstva zdravstvenih ustanov neposredno, a zaman.

Ocenjujemo, da sta se MZ in ZZ v pravilniku o specializacijah 2018 sicer osredotočila na obliko (način izvajanja intervjujev) manj pa na vsebino in namen izbirnih postopkov (izbor najbolj primerne kandidata).

ZZdrS²¹⁰ določa, da mora zdravnik specialist, ki po končani specializaciji odkloni sklenitev delovnega razmerja pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe oziroma pri določenem izvajalcu zdravstvene dejavnosti, v proračun Republike Slovenije povrniti vse stroške, nastale v zvezi s specializacijo, razen plače in drugih prejemkov iz delovnega razmerja. Zdravnik specialist, ki po končani specializaciji iz razlogov, ki so na njegovi strani, ostane zaposlen pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe manj kot za enkratno časovno obdobje opravljanja specializacije, je dolžan povrniti sorazmerni del stroškov specializacije. Ocenjujemo, da navedena določba prispeva k temu, da se zdravniki zaposlijo v mreži javne zdravstvene službe.

Ocenjujemo, da je MZ z zakonsko določitvijo obveze vračanja stroškov za specializacijo v primeru, ko se specialist ne zaposli v mreži javne zdravstvene službe, v določeni meri prispevalo k preprečevanju odhajanja mladih zdravnikov v tujino oziroma v zasebno prakso. Po drugi strani pa ureditev razpisovanja specializacij ne zagotavlja enake obravnave mladih zdravnikov, saj so zdravniki, ki opravljajo specializacijo na podlagi nacionalnega JR, v boljšem položaju glede možne izbire delodajalcev in s tem glede obveze k dolgoročni zaposlitvi v javni mreži. ZZ je pristojna za koordiniranje možnosti zaposlitev specialistov, ki jim je bila odobrena specializacija na nacionalnem JR, vendar posebnih aktivnosti glede koordiniranja zaposlitev specialistov ne izvaja, ampak se večina njenih aktivnosti nanaša le na objavo prostih delovnih mest na svoji spletni strani.

2.2.1.2 Zaposlovanje zdravnikov iz tretjih držav

Na začetku leta 2011 se je začel uporabljati Zakon o priznavanju poklicnih kvalifikacij zdravnik, zdravnik specialist, doktor dentalne medicine in doktor dentalne medicine specialist²¹¹ (v nadaljevanju: ZPPKZ), s katerim naj bi bili olajšani postopki zaposlovanja tujih zdravnikov. V zvezi s tem nas je zanimalo, ali imata MZ, ki je odgovorna za izvajanje postopkov priznavanja poklicnih kvalifikacij, ter ZZ, ki je odgovorna za koordiniranje zaposlovanja zdravnikov specialistov, izdelane strategije za načrtovanje zaposlovanja zdravnikov iz tretjih držav, in sicer ali in kako so postopki

²¹⁰ Šesti odstavek 25. člena ZZdrS (šesti odstavek 16. člena ZZdrS-F).

²¹¹ Uradni list RS, št. 107/10 in 40/17 – ZZdrS-F.

priznavanja poklicnih kvalifikacij in posledično postopki zaposlovanja tujih zdravnikov vezani na postopke določanja vrste in števila specializacij. Preverili smo tudi učinke aktivnosti MZ in ZZ pri zaposlovanju zdravnikov iz tretjih držav po tem, ko so pridobili odločbo o poklicni kvalifikaciji.

V skladu z ZPPKZ lahko za priznanje poklicne kvalifikacije zdravnik oziroma doktor dentalne medicine zaprosi oseba, ki je študij medicine oziroma dentalne medicine zaključila v tretji državi²¹² (v nadaljevanju: kandidat), in oseba, ki je specialistični naslov zdravnik specialist/doktor dentalne medicine specialist pridobila v tretji državi (v nadaljevanju: vlagatelj). Oba (kandidat in vlagatelj) morata imeti ponudbo²¹³ slovenskega izvajalca zdravstvene dejavnosti za delo v Republiki Sloveniji²¹⁴ (v nadaljevanju: ponudba za delo). Postopek priznavanja poklicne kvalifikacije začne kandidat/vlagatelj s tem, ko pri MZ vloži vlogo za priznanje poklicne kvalifikacije²¹⁵ (v nadaljevanju: zahteva), ki mora med drugim vsebovati tudi ponudbo za delo²¹⁶. Zahtevo MZ posreduje strokovno-posvetovalni komisiji (Komisija za poklic zdravnik/doktor dentalne medicine oziroma Komisija za poklic zdravnik specialist/doktor dentalne medicine specialist²¹⁷) v mnenje²¹⁸. Strokovno- posvetovalna komisija na podlagi zakonskih kriterijev lahko predlaga, da kandidat opravi določene dopolnilne pogoje (na primer za kandidata dodatni zaključni izpit, opravljanje pripravništva in/ali strokovnega izpita, za vlagatelja pa na primer do 12-mesečno usposabljanje z mnenjem mentorja, opravljanje preizkusa strokovne usposobljenosti), MZ pa na podlagi mnenja komisije izda sklep²¹⁹ o določitvi dopolnilnih pogojev. Postopek priznavanja poklicne kvalifikacije v primeru vlagatelja traja največ 1,5 leta (od tega traja prilagoditveno obdobje 12 mesecev), v primeru kandidata pa dlje (kadar kandidat opravlja celotno pripravništvo). MZ izda odločbo²²⁰, če kandidat uspešno izpolni dopolnilne pogoje. Zdravnik/zdravnik specialist oziroma doktor dentalne medicine/doktor dentalne medicine specialist, ki mu je bila izdana odločba o priznanju poklicne kvalifikacije, mora pred zaposlitvijo pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti, od katerega je prejel ponudbo za delo, predložiti dokazilo o znanju slovenskega jezika, na območju občin, na katerih živita italijanska ali madžarska narodna skupnost, pa tudi dokazilo o znanju italijanskega oziroma madžarskega jezika v skladu s stopnjo, kot jo zahteva izvajalec²²¹.

Glede na določbe ZPPKZ mora MZ poznati potrebe po tujih zdravnikih, saj mu morajo izvajalci zdravstvene dejavnosti vsako leto²²² predložiti podatke o potrebah²²³. Na podlagi sporočenih potreb

²¹² Tretja država je država, ki ni članica EU, država članica Evropskega gospodarskega prostora ali Švicarska konfederacija (9. točka 3. člena ZPPKZ).

²¹³ Ponudba za delo v Republiki Sloveniji je pisna ponudba izvajalca zdravstvene dejavnosti za sklenitev pogodbe o zaposlitvi z namenom zaposlitve osebe iz tretje države za določeno strokovno področje dela.

²¹⁴ 5. člen ZPPKZ.

²¹⁵ Obrazec Vloga za pridobitev poklicne kvalifikacije, [URL: <https://www.gov.si/zbirke/storitve/vlogo-za-priznanje-poklicne-kvalifikacije-zaposlovanje-tujih-zdravnikov/>], 1. 9. 2021.

²¹⁶ 3. točka prvega odstavka 7. člena ZPPKZ.

²¹⁷ 10. in 18. člen ZPPKZ.

²¹⁸ 12. in 9. člen ZPPKZ.

²¹⁹ 15. in 20. člen ZPPKZ.

²²⁰ 8. in 16. člen ZPPKZ.

²²¹ 29. člen ZPPKZ.

²²² Najkasneje do 15. oktobra tekočega leta za naslednjo leto.

²²³ Četrty odstavka 7. člena ZPPKZ.

izvajalcev minister vsako leto izda²²⁴ Odredbo o zgornji meji števila ponudb za delo v Republiki Sloveniji (v nadaljevanju: odredba), v kateri objavi število ponudb za delo, ki jih bo upošteval pri obravnavi zahtev. ZPPKZ²²⁵ namreč določa, da MZ zavrže zahtevo, ki jo kandidat/vlagatelj vloži po zahtevi, v kateri je bila dosežena zgornja meja števila ponudb za delo, ki izhaja iz odredbe.

Ugotovili smo, da ZPPKZ niti noben drug predpis ne določa, kdaj se šteje potreba izvajalca po zdravniku za potrebo po tujem zdravniku ter ali in kateri deležnik to potrebo potrdi. MZ in ZZ, ki sta bila v obdobju, na katero se nanaša revizija, odgovorna za ugotavljanje potreb po zdravnikih (po specializacijah), nista poskrbela (vsak v okviru svojih pristojnosti) za natančno in enotno metodologijo ugotavljanja in potrjevanja potreb po tujih zdravnikih ter hkrati za učinkovito zaposlovanje zdravnikov iz tretjih držav, saj nista določila:

- postopka glede ugotovitve potrebe po tujem zdravniku, saj nista določila, kaj morajo izvajalci sporočiti MZ v smislu prijave potrebe (ni jasno, ali izvajalci sporočijo potrebo po tujem zdravniku pred tem, ko posredujejo ponudbo za delo, ali po posredovani ponudbi),
- ali in kako je potreba po tujem zdravniku vezana na ugotavljanje in zadovoljevanje potreb po specializacijah (ali MZ določi zgornjo mejo ponudb za delo in s tem potrdi sporočeno potrebo po tujem zdravniku le v primeru, ko izvajalcu ni bila odobrena potreba po specializaciji oziroma obratno, ali MZ določi število specializacij za posamezno specialistično področje ob upoštevanju števila ponudb za delo iz obdobja, ko naj bi kandidat/vlagatelj izpolnila pogoje za zaposlitev pri izvajalcu, ki je dal ponudbo za delo),
- ali vložitev zahteve vlagateljev za začetek postopka poklicne kvalifikacije pomeni zmanjšanje potrebe po razpisu specializacije (izvajalci naj bi namreč po uspešno izvedenih postopkih poklicnih kvalifikacij lahko zaposlili zdravnika specialista iz tretje države),
- ali je ponudba izvajalca zavezujoča, zato ni mogoče potrditi, da odločba MZ o poklicni kvalifikaciji pomeni, da bo v mreži javne zdravstvene službe zaposlen dodatni zdravnik (izvajalec lahko hkrati prijavi tudi potrebo po specializaciji zaradi izrednih okoliščin, kar pomeni, da mora v primeru zavezujoče ponudbe in odobritve specializacije za znanega izvajalca zaposliti 2 zdravnika, čeprav nima prostih 2 delovnih mest),
- ali in kako MZ spremlja in primerja podatke o ponudbah za delo (sporočenih potrebah izvajalcev po zdravnikih iz tretjih držav), podatke o številu zahtev oziroma o začelih in končanih postopkih priznavanja poklicnih kvalifikacij ter podatke o tem, koliko tujih zdravnikov se je dejansko zaposlilo,
- meril in kriterijev, na podlagi katerih naj minister določi zgornjo mejo števila ponudb za delo.

Pojasnilo MZ

Iz dopisov izvajalcev zdravstvene dejavnosti glede javljenih potreb po zaposlitvi zdravnikov iz tretjih držav izhaja, da potrebe sporočajo predvsem glede na dejstvo, da se na zaposlitvene oglase slovenski zdravniki ne odzivajo, ob tem pa izvajalci upoštevajo tudi nepredvidene nujne potrebe (morebitni odhodi zdravnikov, nepredvidena predčasna upokožitev in druge tovrstne okoliščine).

²²⁴ Četrty odstavek 7. člena ZPPKZ.

²²⁵ Peti odstavek 7. člena ZPPKZ.

Iz pojasnila MZ izhaja, da lahko izvajalci zdravstvene dejavnosti isto potrebo po zdravniku javijo MZ v okviru postopka razpisovanja specializacij in hkrati v okviru postopka priznavanja poklicnih kvalifikacij. S tem MZ in ZZ ne preprečujeta tveganja, da ima izvajalec z zaposlitvijo slovenskega in tujega zdravnika preseženo potrebo.

Pri preveritvi odredb²²⁶, ki jih je MZ izdalo v obdobju, na katero se nanaša revizija, ter primerjavi števila javljenih potreb, števila ponudb za delo ter števila prejetih zahtev v tem obdobju smo ugotovili, da:

- je minister v odredbah za leti 2011 in 2012 navedel le zgornjo mejo števila vseh ponudb za delo, kar pomeni, da ni bilo jasno, ali gre za ponudbe za delo za kandidate ali za vlagatelje, niti koliko ponudb se nanaša na posamezno specialistično področje,
- je minister v odredbah za leti 2014 in 2015 navedel le zgornjo mejo števila vseh ponudb za delo zdravnikov specialistov, pri čemer ni navedel specialnosti, v okviru katerih obstaja potreba po specialistih,
- je minister v odredbah za leta 2016, 2017 in 2019 navedel zgornjo mejo števila ponudb za delo za zdravnike specialiste za posamezna specialistična področja,
- MZ ne spremlja, kateri izvajalci in za katere specialnosti so dali ponudbe za delo, kar pomeni, da ni mogoče preprečevati tveganja podvojenih sporočenih potreb,
- je v obdobju od leta 2011 do leta 2019²²⁷ MZ določilo zgornje meje ponudb za delo za vse vrste specialnosti v skupnem številu 1.077 ponudb (najvišja zgornja meja števila ponudb je bila 566 v letu 2011, najnižja pa 2 v letu 2015),
- je MZ od izvajalcev zdravstvene dejavnosti prejelo podatke, da so ti od leta 2011 do leta 2019 posredovali zdravnikom tretjih držav 398 ponudb, vendar iz podatkov ni mogoče ugotoviti, na katere specialnosti se posamezne ponudbe (potrebe) nanašajo,
- izvajalci zdravstvenih dejavnosti do leta 2018 MZ niso sporočili niti ene potrebe po družinskih zdravnikih, zato MZ v odredbah do leta 2018 sploh ni objavljalo zgornje meje glede števila potreb po družinskih zdravnikih,
- je MZ v obdobju od leta 2011 do 30. 9. 2019 prejelo 394 zahtev (od 398 ponudb za delo) za začetek postopka za priznanje poklicne kvalifikacije, vendar iz dokumentacije MZ ni mogoče ugotoviti, ali so zahteve vložili kandidati ali vlagatelji – to je pomembno za natančnost načrtovanja potreb v določenem obdobju (kandidat lahko v mrežo javne zdravstvene službe vstopi šele najprej po 4–5 letih, medtem ko lahko vlagatelj vstopi v mrežo takoj ali pa v obdobju 1,5 leta),
- je MZ prejelo 394 zahtev za priznanje poklicne kvalifikacije, od tega se je le 24 zahtev ali 6 % zahtev nanašalo na področje družinske medicine,
- je MZ izdalo odločbo o priznanju poklicne kvalifikacije v 157 primerih ali 39,8 % od vseh 394 zahtev za postopek priznavanja poklicne kvalifikacije, pri tem pa MZ nima podatka o tem, ali in koliko od 157 zdravnikov so izvajalci zdravstvene dejavnosti tudi zaposlili,

²²⁶ Minister je v obdobju, na katero se nanaša revizija, izdal Odredbe o zgornji meji ponudb za delo Republiki Sloveniji za leto 2011 (Uradni list RS, št. 3/11), za leto 2012 (Uradni list RS, št. 98/11), za leto 2014 (Uradni list RS, št. 17/14), za leto 2015 (Uradni list RS, št. 41/15) za leto 2016 (Uradni list RS, št. 19/16), za leto 2017 (Uradni list RS, št. 14/17), za leto 2018 (Uradni list RS, št. 9/18, 33/18 in 41/18) in za leto 2019 (Uradni list RS, št. 77/18, 26/19 in 68/19).

²²⁷ V letu 2013 MZ ni objavilo ponudb za delo.

- je MZ izdalo odločbe o priznanju poklicne kvalifikacije na področju družinske medicine le v 13 od vseh 24 zahtev s tega področja, vendar MZ nima podatkov o tem, koliko od 13 družinskih zdravnikov se je zaposlilo.

Po naši oceni bi bilo smiselno, da bi MZ spremljalo podatke o zaposlitvi vseh zdravnikov iz tretjih držav, ki jim je MZ izdalo odločbo o priznanju poklicne kvalifikacije, saj lahko le tako oceni, ali je ukrep oziroma politika zaposlovanja zdravnikov iz tretjih držav uspešna ali ne.

Pojasnilo MZ

MZ ne razpolaga s podatki o realiziranih zaposlitvah po priznanju poklicne kvalifikacije tujih zdravnikov, saj je oblikovanje kadrovske politike v pristojnosti posameznega zdravstvenega zavoda.

Ocenjujemo, da MZ in ZZ nista prispevala k učinkovitemu zagotavljanju zdravnikov specialistov iz tretjih držav, saj:

- izdane odredbe, s katerimi naj bi MZ zgolj preprečevalo morebitni prevelik pritok zdravnikov iz tretjih držav glede na potrebe, niso imele dodane vrednosti, saj niso odražale dejanskih potreb po zdravnikih specialistih (do leta 2016 sploh niso bile evidentirane specialnosti, v okviru katerih je primanjkovalo zdravnikov, poleg tega pa z izdajo odredb MZ ni preprečevalo podvojevanja potreb),
- MZ ni pozivalo (spodbujalo) izvajalcev zdravstvene dejavnosti k posredovanju ponudb za delo za zdravnike specialiste s področij specialnosti, kjer zdravnikov kritično primanjkuje, tako je potrebno ukrepanje v celoti prepustilo izvajalcem (princip "od spodaj navzgor"),
- zdravniki iz tretjih držav nimajo vpogleda v podatke, kateri izvajalci zdravstvene dejavnosti imajo potrebe po zdravnikih določenih specialnostih, MZ in ZZ pa jim teh informacij nista zagotavljala na enem mestu (MZ na svoji spletni strani²²⁸ celo napotuje zdravnike, naj se obrnejo neposredno na bolnice, zdravstvene domove in na Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, oziroma navaja, da informacije o prostih zdravniških delovnih mestih posreduje ZZ),
- ob odsotnosti prijav potreb po zdravnikih specialistih družinske medicine iz tretjih držav MZ ni ugotavljalo razlogov, zakaj izvajalci ne sporočijo potreb po tujih zdravnikih,
- MZ ne razpolaga s podatkom, koliko je zdravnikov, ki so prejeli odločbo o priznavanju poklicne kvalifikacije, se ni moglo zaposliti, ker niso opravili izpita iz slovenskega jezika, pri tem ZZ ocenjuje, da je odstotek zdravnikov, ki niso opravili izpita na ravni C1, zelo visok, več kot 50-odstoten.

Pojasnilo MZ

MZ ima na spletnih straneh objavljene informacije glede postopkov priznavanja poklicnih kvalifikacij in postopkov priznavanja izobrazbe. Informacije se posredujejo zainteresiranim tudi po telefonu ter pisno po elektronski pošti ali dopisu.

Pravi razlogi izvajalcev za nesporočanje potreb po zaposlitvi tujih zdravnikov MZ niso poznani, ocenjujemo pa, da gre za nepoznavanje postopkov oziroma nepoznavanje možnosti pridobitve

²²⁸ Navodila MZ glede vloge za priznanje poklicne kvalifikacije, [URL: <https://www.gov.si/zbirke/storitve/vlogo-za-priznanje-poklicne-kvalifikacije-zaposlovanje-tujih-zdravnikov/>], 1. 9. 2021.

zdravnikov iz tujine (tretje države) po ZPPKZ. Za izdajo odredbe za leto 2020 je MZ septembra 2019 na izvajalce zdravstvene dejavnosti naslovilo poziv za sporočanje potreb po zaposlitvi zdravnikov iz tretjih držav in hkrati podalo informacije glede vložitve vloge in poteka postopka priznanja poklicne kvalifikacije po ZPPKZ ter navedlo povezavo na spletno stran MZ glede najpogostejših vprašanj v zvezi z opisanim postopkom.

MZ je zaznalo oviro pri zaposlovanju zdravnikov iz tujine glede zahtevanega znanja slovenskega jezika na ravni C1 Skupnega evropskega jezikovnega okvira za zdravnike, ki opravljajo zdravniško službo v neposrednem stiku s pacientom, zato se je MZ s pooblaščenim izobraževalno ustanovo za preverjanje znanja slovenskega jezika na ravni C1 in z ZZ dogovorilo za izvedbo pilotnega projekta z namenom priprave novih vsebin izpitov iz znanja slovenščine za zdravnike na ravni C1. Trenutno poteka priprava ustrezne pravne podlage za izvedbo in financiranje pilotnega projekta.

MZ je februarja 2019 prvič pozvalo zdravstvene domove in Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, naj sporočijo potrebe po zdravnikih specialistih družinske medicine. Aktivnost MZ je sprožila odziv 13 izvajalcev, ki so sporočili 55 potreb²²⁹, tako je aprila 2019 v skladu s sporočenimi potrebami objavilo dopolnitev odredbe za leto 2019. Julija 2019 je MZ izvajalce podrobno seznanilo z možnostmi, ki jih imajo za zaposlitev zdravnikov specialistov iz tretjih držav, ter predstavilo nekatere dobre prakse javnih zdravstvenih zavodov pri aktivnostih iskanja zdravnikov iz tretjih držav.

Po naši oceni ZPPKZ v delu, kjer je določeno, da lahko izvajalci zdravstvene dejavnosti posredujejo ponudbe za delo kandidatom (torej diplomantom medicinskih fakultet iz tretjih držav), ne prispeva k učinkovitemu zagotavljanju dodatnih zdravnikov, saj:

- ni določeno, da so zdravniki (kandidati), ki so prejeli ponudbo za delo, v skladu s to ponudbo zavezani opravljati določeno vrsto specializacije, kar pomeni tveganje, da se odločijo za specializacije, ki so privlačnejše, in tako deficitarna specializantska mesta (ob dejstvu, da ZZ razpisuje večje število specializacij, kot je kandidatov) kljub kandidatom za specializacije iz tretjih držav ostanejo še vedno neizpolnjena, uvoz zdravnikov v takih primerih torej ne daje pričakovanih rezultatov,
- je MZ novembra 2019 na podlagi poziva izvajalcem, naj sporočijo potrebe po zdravnikih specialistih družinske medicine, dopolnilo odredbo za leto 2019 z določitvijo zgornje meje števila ponudb na 35 zdravnikov (brez določitve specializacij).

Po naši oceni MZ do leta 2018 ni učinkovito prispevalo k spodbujanju izvajalcev k zaposlovanju zdravnikov iz tretjih držav. Po drugi strani pa ni prispevalo k učinkovitemu prepoznavanju potreb in ni poskrbelo, da bi izvajalci iskali tuje zdravnike izključno v primerih, ko njihovih natančno ugotovljenih in potrjenih potreb ni mogoče zadovoljiti z razpisovanjem specializacij. MZ je namreč vodilo le evidenco sporočenih potreb (kvoto dovoljenih ponudb za delo) in izdajalo odredbe, s katerimi je preprečevalo, da bi ponudbe presegale kvoto, za katero pa ni jasno, kako jo je določilo. Po drugi strani je MZ poskrbelo, da so predpisani postopki priznavanja poklicnih kvalifikacij za zdravnike tretjih držav, vendar pa predpisi ne določajo, ali se morajo kandidati/vlagatelji zaposliti

²²⁹ MZ je po pozivu prejelo potrebe po zdravnikih družinske medicine od zdravstvenih zavodov: Zdravstvenega doma (v nadaljevanju: ZD) Kranj 5, ZD Sevnica 4, ZD Postojna 2, ZD Tolmin 7, ZD Ajdovščina 1, ZD Črnomelj 2, ZD Novo mesto 4, ZD Domžale 1, ZD Cerkljica 1, ZD Trbovlje 4, ZD Ljubljana 15, ZD Logatec 2, Osnovno zdravstvo Gorenjske 7.

pri slovenskih izvajalcih zdravstvene dejavnosti oziroma ali jih morajo izvajalci zaposliti. MZ ne spremlja podatkov o tem, koliko tujih zdravnikov se je zaposlilo v mreži javne zdravstvene službe, zato niti ni mogoče ugotoviti, kakšno je razmerje med številom izvedenih postopkov priznavanja poklicnih kvalifikacij in številom zaposlitev.

2.2.2 Razpisovanje specializacij

Do uveljavitve ZZdrS-F je bila pristojnost za določanje števila posameznih vrst specializacij porazdeljena med MZ in ZZ tako, da je ZZ posredovala MZ predloge glede števila posameznih vrst specializacij, MZ pa je na predloge dajalo soglasja²³⁰. Izvajalci zdravstvene dejavnosti so svoje potrebe sporočali ZZ na podlagi njenih navodil. ZZ je ob odsotnosti predpisane metodologije pripravljala predloge specializacij na podlagi lastne metodologije in ob upoštevanju predlogov nacionalnih koordinatorjev. Po pridobljenem soglasju MZ je specializacije razpisovala po regijah.

Z uveljavitvijo ZZdrS-F je bila pristojnost za pripravo predloga števila posameznih vrst specializacij razdeljena med Odbor za specializacije ter njegovo Stalno delovno skupino pri MZ. Izvajalci zdravstvene dejavnosti tako svoje potrebe po zdravnikih še vedno sporočajo ZZ, vendar na podlagi navodil MZ. Ob odsotnosti predpisane metodologije Stalna delovna skupina in Odbor za specializacije pripravljata predloge števila in vrst specializacij na podlagi lastnih meril in kriterijev in ob upoštevanju predlogov nacionalnih koordinatorjev. Po potrditvi predlogov Odbora za specializacije s strani MZ, ZZ objavi JR. Odbor za specializacije predlaga določeno število specializacij, ki se nanašajo na nujne potrebe (na podlagi javljenih potreb zaradi izrednih okoliščin, kot so smrt, odhodi iz ustanove in stalno pomanjkanje zdravnikov), za znane izvajalce, preostanek specializacij pa za nacionalno raven. O razmejitvi števila specializacij med JR za izvajalce in nacionalni JR dokončno odloči MZ.

V nadaljevanju podrobneje prikazujemo, kako so deležniki določali število specializacij v obdobju, na katero se nanaša revizija. Pri tem smo ugotovili, da bistvenih metodoloških razlik (razen razmejitve števila specializacij med znane izvajalce in nacionalno raven) pred in po uveljavitvi ZZdrS-F ni, bistvena razlika je le v še večji razpršenosti pristojnosti, medtem ko je način določanja števila specializacij v celotnem obdobju, na katero se nanaša revizija, po naši oceni nepregleden in ne moremo potrditi, da sledi dejanskim potrebam prebivalcev po zdravnikih določenih specialnosti v posameznih regijah.

²³⁰ Drugi odstavek 10. člena pravilnika o specializacijah 2009.

2.2.2.1 Določanje specializacij pred uveljavitvijo ZZdrS-F

Za določanje števila in vrst specializacij je ZZ pripravila lastno metodologijo²³¹ (v nadaljevanju: metodologija JR 2017²³²). Iz metodologije JR 2017 izhaja naslednji pristop določanja števila specializacij:

- upošteva se število specialistov iz registra ZZ,
- upoštevajo se načrtovane upokojitve specialistov do leta 2021/2022/2023/2024/2025,
- upošteva se model upokojevanja, pri katerem se moški predvidoma upokojijo v starosti 65 let, ženske pa v starosti 64 let, pri čemer se v primeru sporočenih predčasnih upokojitev upoštevajo podatki ustanov,
- upokojitve zdravnikov se načrtujejo glede na ocenjeno trajanje specializacij (kot na primer za 4-letne specializacije, ki v praksi trajajo 4,5 leta, se načrtujejo upokojitve do leta 2021, za 7-letne specializacije, ki trajajo približno 8,17 leta, pa upokojitve do leta 2025),
- pri številu specializantov se upoštevajo načrtovane zaključene specializacije do leta 2021/2022/2023/2024/2025,
- pri potrebah po novih specialistih se upoštevajo potrebe zaradi upokojitev, zaradi odhodov ter zaradi drugih razlogov (nenadomeščene upokojitve, širitev programov),
- korigirane potrebe se izračunajo tako, da se od vseh prispelih potreb odštejejo specializanti in lanski razpis,
- izračun potreb se izvede tako, da se od vseh predvidenih upokojitev, izračunanih na podlagi upokojitvenega modela, odštejejo aktivni specializanti (v primeru pozitivne razlike aktivni specializanti nadomeščajo upokojitve, v primeru negativne razlike pa je aktivnih specializantov več, kot je predvidenih upokojitev),
- pri preseku med izračunanimi in korigiranimi potrebami se potrebe upoštevajo do števila izračuna potreb,
- upoštevajo se trajne prekinitve specializacij.

Ocenjujemo, da metodologija JR 2017 ob odsotnosti celovite mreže javne zdravstvene službe, razporeda zdravniških delovnih mest in odsotnosti potrebnih podatkov o dejanskih razpoložljivih zdravniških kapacitetah (kot na primer o aktiviranju zdravnikov po principu FTE) ni mogla biti ustrezno določena. Posledično je bilo upoštevano število specialistov iz registra zdravnikov, kar

²³¹ Dokument ZZ z dne 1. 2. 2017 "Metodologija – javni razpis specializacij v letu 2017" sta pripravili in podpisali predstavnica ZZ iz oddelka za podiplomsko usposabljanje ter predstavnica ZZ iz oddelka za zdravstveno ekonomiko.

²³² Na podlagi dokumentacije in pojasnil ZZ izhaja, da se metodologija ZZ v obdobju, na katero se nanaša revizija, ni bistveno spreminjala, zato smo v reviziji ocenili zadnjo metodologijo, za katero je bila v tem obdobju odgovorna ZZ.

pomeni, da podatki o razpoložljivih zdravnikih niso bili točni, zato tudi izračun potreb po specializacijah ni bil točen. Poleg tega tudi ni bilo jasno določeno:

- ali se odhod zdravnika iz ene v drugo ustanovo šteje za novo potrebo ali ne²³³, zato ni bilo mogoče potrditi, da je sistem za določanje specializacij prvenstveno sledil potrebam po obsegu zdravstvene dejavnosti glede na potrebe pacientov,
- v katerih primerih in pod katerimi pogoji se pri potrjevanju potrebe po dodatnem zdravniku upoštevajo novi (dodatni) programi oziroma širitve programov, ki jih načrtujejo izvajalci avtonomno – v odsotnosti deležnikov, ki bi imeli pregled nad vsemi potrebami in kapacitetami v regiji (v okviru javne mreže in vnaprej določene razporeditve zdravniških delovnih mest)²³⁴.

Postopek ugotavljanja potreb je ZZ pričela tako, da je izvajalcem zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe posredovala poziv za predložitev podatkov o potrebah po zaposlitvi novih specialistov za posamezna področja. V skladu s pozivom so morali izvajalci pri vsaki vrsti specializacije navesti število potreb (število specializantov) po vrsti razloga (pod razlog A so izvajalci navedli upokojitve do določenega leta, ko naj bi se zaključila specializacija, pod razlog B odhode iz ustanove, pod razlog C pa druge razloge, kot na primer povečanje števila zaposlenih). Poleg tega so morali izvajalci predložiti še seznam zdravnikov, ki se bodo predvidoma upokojili, seznam zdravnikov, ki so odšli iz ustanove, ter utemeljitve potreb po novih specialistih zaradi drugih razlogov (povečanje zaposlenih, nenadomeščene upokojitve, širitev). Izvajalci zdravstvene dejavnosti so tako na podlagi navodil ZZ sporočali zgolj podatke o svojih potrebah, ne pa tudi podatkov o dejanskih zdravniških kapacitetah, in sicer podatkov glede na dejanski obseg časa, porabljenega za opravljanje zdravniške službe. Tako ZZ pri izračunu potreb po specializacijah ni imela realnih podatkov o zdravnikih specialistih v posameznih regijah, saj je upoštevala podatke iz lastnega registra zdravnikov, namesto da bi upoštevala dejanski obseg dela, ki ga zdravniki opravijo v regiji. Poleg tega pa tudi potrebe, ki so jih izvajalci navajali pod razlog C, kot je povečanje zaposlenih, po naši oceni niso bile utemeljene, saj tudi ZZ v pozivu ni definirala, kateri razlogi naj bi se navajali pod razlog C. Posledično so izvajalci navajali predvsem podhranjenost kadra, povečanje obremenitev, povečan obseg dela, česar pa niso utemeljili.

Na podlagi sporočenih potreb izvajalcev in v skladu z metodologijo JR 2017 je ZZ pripravila tabele z izračuni potreb po specializacijah, ki jih je februarja 2017 posredovala nacionalnim koordinatorjem. Nacionalne koordinatorje je pri tem prosila, naj svoj predlog razpisa vnesejo v tabelo v rubriko "Predlog koordinatorja" z navedbo, "v kolikor se vaši predlogi razlikujejo od korigiranih potreb, vas prosimo, da različne številke utemeljite" ter navedbo, "v kolikor odgovorov

²³³ Na primer: koordinatorica za področje onkologije v pojasnilu z dne 3. 2. 2017 predlaga dodatno specializacijo iz razloga odhoda radioterapevke v drugo institucijo, pri tem pa ne pojasni, ali se navedena zdravnica zaposli v ali izven mreže javne zdravstvene službe, koordinator za radiologijo je predlagal specializacijo zaradi odhodov radiologin iz ene v drugo regijo.

²³⁴ Na primer: koordinator za patologijo je 8. 2. 2017 izrazil mnenje, da so zavodi javili razmeroma veliko število potreb, tudi takih, ki niso povezane z upokojevanjem, kar se kaže v veliki razliki med korigiranimi potrebami in izračunom, koordinator za plastično kirurgijo je 7. 2. 2017 podal mnenje, da gre v koprski regiji za širjenje dejavnosti, za katero ni potrebe.

ne bomo prejeli, bo ZZ o razpisu specializacij z vašega področja odločila sama". V zvezi s predlogi nacionalnih koordinatorjev smo ugotovili, da:

- je ZZ zaprošala nacionalne koordinatorje za korekcije potreb, ki jih je izračunala na podlagi sporočenih potreb izvajalcev, čeprav vloga nacionalnih koordinatorjev ni bila določena v nobenem predpisu ali drugem dokumentu, prav tako pa ZZ tudi v lastni metodologiji za določanje specializacij, s katero je seznanila MZ, ni določila, da bodo pri določanju števila specializacij sodelovali nacionalni koordinatorji ter kako,
- je koordinatorjem določila zgolj 5-dnevni rok²³⁵ za posredovanje predlogov, s tem je tvegala, da nekateri koordinatorji zaradi časovne stiske ne bodo podali realnih predlogov ali jih sploh ne bodo podali,
- so nekateri koordinatorji posredovali ZZ predloge oziroma mnenja, nekateri pa ne, zato sistem upoštevanja predlogov koordinatorjev ni bil enotno zasnovan,
- so imeli nekateri koordinatorji drugačne podatke o potrebah, kot so jih navajali izvajalci zdravstvene dejavnosti, kar ob odsotnosti predpisane metodologije za določanje specializacij in ob odsotnosti upoštevanja točnih podatkov o obsegu dela zdravnikov pomeni, da je bil sistem določanja števila specializacij, za katerega je bila odgovorna ZZ, pomanjkljiv in nedorečen.

Ugotovili smo tudi, da ZZ v svoji metodologiji ni določila, ali in kako naj se pri določitvi števila specializacij upošteva povprečje specialistov na 1.000 prebivalcev v EU-28²³⁶ (v nadaljevanju: povprečje EU-28). Kljub temu je koordinatorjem v tabelah posredovala podatke o povprečju EU-28, v svojih predlogih pa so koordinatorji navajali, da so navedeno povprečje upoštevali, vendar ZZ ni znala pojasniti, kako.

Pojasnilo ZZ

Podatek o številu zdravnikov na 1.000 prebivalcev v EU je bil podan le kot dodatna informacija za koordinatorje specializacij. Vsak koordinator za specialnost, ki jo pokriva, pozna vsebino dela specialistov doma in v tujini. Namen primerjave je približevanje Republike Slovenije po številu zdravnikov na 1.000 prebivalcev povprečju EU-28.

²³⁵ Poziv koordinatorjem za posredovanje predlogov specializacije je ZZ posredovala po elektronski pošti v petek 3. 2. 2017 in določila rok za odgovore sredo 8. 2. 2017 (vmes je bil vikend, 8. 2. pa je slovenski kulturni praznik).

²³⁶ Na primer: koordinator za plastično kirurgijo je 7. 2. 2017 podal mnenje, da je povprečje plastičnih kirurgov v Sloveniji višje od povprečja v EU, prav tako objektivno stanje ne izkazuje potrebe po širjenju mreže. MZ je v soglasju k javnemu razpisu 2017 št. 603-20/2017/18 z dne 21. 3. 2017 zaprosilo ZZ za ponovno proučitev predlaganega števila specializacij iz več specialističnih področij (dermatovenerologije, otorinolaringologije, patologije, ortopedske kirurgije in drugih), upoštevajoč povprečje EU-28. Koordinator s področja internistične onkologije je glede na povprečje 12 EU držav predlagal 72 internistov onkologov.

Upoštevanje povprečje EU-28²³⁷, ki se črpa iz podatkov Eurostata²³⁸, pri določanju števila specializacij v smislu približevanja slovenskega povprečja povprečju EU-28 po naši oceni ni ustrezno merilo za določanje števila specializacij, saj:

- približevanje povprečju EU-28 ni bilo določeno kot strateški cilj, saj ga DZ, ki sprejema strateške cilje države, ni določilo v ReNPZV08-13 niti v ReNPZV16-25,
- izhaja iz sporazuma 2016, ki ga je MZ podpisalo s FIDES zgolj z namenom prekinitve stavkovnih aktivnosti, pri čemer iz sporazuma 2016 izhaja dogovor, da "se normativi in standardi iz modre knjige potrdijo s ciljem kadrovskega načrtovanja in doseganja povprečja števila zdravnikov v državah evropske unije", kar pomeni, da je bilo povprečje EU-28 že upoštevano pri uveljavitvi standardov in normativov, in sicer kot cilj FIDES, katerega ustreznosti niso potrdili niti MZ niti Zdravniški svet niti RSK,
- so v povprečju EU-28 upoštevani tako javni kot zasebni zdravniki, pri tem pa imajo nekatere države EU bistveno bolj razvito zasebno mrežo specialistov, medtem ko je v Sloveniji večina zdravnikov v javni zdravstveni mreži,
- podatki o številu oziroma razpoložljivosti zdravnikov na določenih specialističnih področjih (kot na primer družinski medicini, pediatriji, ginekologiji) med nekaterimi državami niso primerljivi,
- MZ ni raziskalo, ali in kako so v povprečju EU-28 upoštevane potrebe prebivalcev EU po zdravnikih posameznih specialističnih strok, pri tem pa je treba opozoriti, da se potrebe med državljanii različnih EU držav lahko razlikujejo.

Ocenjujemo, da ZZ z metodologijo JR 2017 in navodili (v pozivu) izvajalcem ni zagotovila preglednega in natančnega sistema določanja števila in vrst specializacij, poleg tega pa ni bilo mogoče potrditi, da so vsi predlogi specializacij sledili potrebam, saj:

- je ZZ upoštevala podatke o številu specialistov iz registra zdravnikov, kar pomeni, da je upoštevala število zdravnikov, ne pa dejanske zdravniške zmogljivosti pri posameznem izvajalcu, zato so predlogi nacionalnih koordinatorjev odstopali od izračunov potreb, ki jih je pripravila ZZ, tudi zaradi upoštevanja netočnih podatkov o zdravniških kapacitetah²³⁹,
- ni jasno, na podlagi katerih meril in kriterijev ter katerih podatkov so nacionalni koordinatorji korigirali sporočene potrebe izvajalcev, kljub temu pa so imeli njihovi predlogi največjo težo pri določitvi števila in vrst specializacij, saj jih je ZZ večinoma upoštevala pri pripravi predloga specializacij, prav tako jih je upoštevalo tudi MZ v postopkih dajanja soglasij na predlog JR za specializacije.

²³⁷ V povprečju EU-28 so upoštevani podatki o skupnem številu specialistov in specializantov, ki so aktivni v zdravniški službi, torej zaposleni zdravniki, ki delajo s pacienti, ne glede na to, ali dejavnost opravljajo zasebno ali v okviru javne zdravstvene službe.

²³⁸ Eurostat – Healthcare staff Health, [URL: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/health/data/database>], 1. 9. 2021.

²³⁹ Na primer: pojasnilo koordinatorja na področju gastroenterologije z dne 3. 2. 2017, da zdravniki potrebe izpolnjujejo v popoldanskem času, pojasnilo koordinatorja za hematologijo z dne 6. 2. 2017, da je hematolog postal strokovni direktor bolnice in zato ne bo več opravljal zdravniške službe kot hematolog, pojasnilo koordinatorja za patologijo z dne 8. 2. 2017, da so po njegovih informacijah v regijah: Novo mesto in Celje zaposleni 3 specialisti (eden polovično) in ne 2, kot je izračunala ZZ, koordinator za radiologijo je navedel, da na Onkološkem inštitutu celoten program pokrivajo obstoječi radiologi z nadurami, v Novem mestu pa radiologi iz drugih regij po podjemni pogodbi. Koordinator za urologijo je podal mnenje, da podatki ZZ o obstoječih specialistih po posameznih regijah pogosto niso točni in ne sovpadajo s sistemiziranimi delovnimi mesti in na ta način izračuni potreb vzdržujejo obstoječe kadrovske primanjkljaje.

Po prejemu predlogov nacionalnih koordinatorjev je ZZ pripravila tabelo s predlogi specializacij (v nadaljevanju: predlog specializacij). V predlogu specializacij je ZZ po posameznih specialističnih področjih, in sicer po posameznih regijah, navedla število predlaganih specializacij. Pri tem je posebej navedla predloge koordinatorjev (pri določenih specializacijah je bila navedena številka 0, kar je lahko pomenilo, da koordinator ni podal svojega predloga). Predlog specializacij je ZZ februarja 2017 posredovala v soglasje MZ. Po pregledu predloga specializacij je MZ marca 2017 seznanilo ZZ, da se z določenimi predlogi ne strinja in predlagalo drugačno število specializacij. Po usklajevanju predlogov med MZ in ZZ je MZ v začetku aprila 2017 izdalo sklep o soglasju k JR za specializacije.

Ugotovili smo, da noben predpis ni določal meril in kriterijev za potrditev predloga števila specializacij, ki jih je ZZ posredovala MZ v soglasje. Pri pregledu dokumentacije v zvezi z dajanjem soglasij smo ugotovili, da MZ v celotnem obdobju do uveljavitve ZZdrS-F večinoma ni utemeljevalo popravkov števila specializacij, ki jih je predlagala ZZ. Zato v reviziji večinoma ni bilo mogoče ugotoviti razlogov za odstopanja oziroma za določitev končnega števila specializacij, ki ga je določilo MZ.

Pojasnilo MZ

MZ je v okviru postopka dajanja soglasij na predloge javnih razpisov dajalo pripombe na število (in vrsto) razpisanih specializacij, in sicer predvsem v postopku usklajevanja, še pred pripravo besedila javnega razpisa – na sestankih s predstavniki ZZ (kar pa večinoma ni evidentirano) in z uradnimi dopisi ZZ. Podajanje pripomb je razvidno predvsem iz obrazložitve v sklepih o soglasju, ki jih je izdalo MZ. Ob tem je treba opozoriti, da je bilo MZ pri pripravi pripomb na predloge razpisanih specializacij omejeno z dokumentacijo, ki jo je (po zaprosilu) prejelo od ZZ.

Zaradi navedenih slabosti določanje števila posameznih vrst specializacij po naši oceni ni bilo pregledno in nismo mogli potrditi, da je sledilo dejanskim potrebam po zdravnikih posameznih specialističnih strok v posameznih regijah. Poleg tega je odločanje o vrsti in številu razpisanih specializantskih mest po naši oceni potekalo arbitrarno. Ob odsotnosti natančne metodologije in ob odsotnosti natančnih meril in kriterijev za določitev števila specializacij ni bilo mogoče ugotoviti, katere okoliščine (dejanske potrebe izvajalcev, izračun ZZ, predlog koordinatorja, število specializantov v preteklih razpisih) in v kakšnem razmerju so bile upoštevane pri določitvi števila posameznih vrst specializacij. Iz dokumentacije je mogoče potrditi, da so k določitvi končnega (razpisanega) števila specializacij najbolj prispevali predlogi koordinatorjev, saj sta jih upoštevala tako ZZ kot tudi MZ.

2.2.2.2 Določanje specializacij po uveljavitvi ZZdrS-F

Po uveljavitvi ZZdrS-F je za pripravo predloga števila in vrst specializacij pristojen Odbor za specializacije.

V reviziji smo preverili, ali sta MZ in ZZ poskrbela, da je metodologija izračuna potreb po določenih vrstah specializacij, ki sta jo po uveljavitvi ZZdrS-F pripravila in uporabljala Stalna delovna skupina in Odbor za specializacije, bolj natančna in bolj učinkovita (učinkovito določanje specializacij v tem poročilu pomeni določanje specializacij ob upoštevanju potreb prebivalcev v posameznih regijah po zdravnikih določenih specialističnih strok) od metodologije, ki jo je pred tem uporabljala ZZ. Tako smo preverili metodologije, ki so bile pripravljene v letih 2017, 2018 in 2019. Ugotovili smo, da:

- je Stalna delovna skupina novembra 2017 izoblikovala metodologijo oziroma kriterije za določitev števila specializacij, Odbor za specializacije pa jih je decembra 2017 v nespremenjeni obliki potrdil, kot sledi:
 - če je izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe javil potrebo tekom leta (med letom se javlja nujne potrebe), se ta potreba smatra kot potreba izvajalca javne zdravstvene službe in se jo določi kot predlog specializacije za posameznega izvajalca, ki je to potrebo javil,
 - v primeru trajne prekinitve specializacije v posamezni regiji se ta določi kot potreba posameznega izvajalca zdravstvene dejavnosti, razen če ni mogoče ugotoviti, za katerega izvajalca je bila specializacija odobrena, v tem primeru se trajno prenehanje specializacije določi kot specializacija za območje celotne države,
 - nezasedena mesta iz zadnjega razpisa se določijo kot specializacije za nacionalno raven, in sicer pod naslednjimi pogoji: če je ostalo samo eno prosto mesto v regiji, se to vključi v nacionalno raven, kjer je več kot eno prosto mesto, se eno prosto mesto določi za posameznega izvajalca zdravstvene dejavnosti, ki je podal potrebo po novem specialistu, ostala prosta mesta pa za nacionalno raven,
 - če ostajajo specializacije nerazpisane v 1. razpisu 2017, je odločitev skupine, da se jih tokrat ne vključi, saj se ne ve, katere izmed potreb so bile upoštevane v 1. razpisu specializacij, ko se je razpisovalo za posamezne regije in ne za posameznega izvajalca in nacionalno raven.
- je Stalna delovna skupina marca 2018 oblikovala naslednjo metodologijo oziroma kriterije:
 - če je izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe javil potrebo tekom leta (med letom se javlja nujne potrebe), se ta potreba smatra kot potreba izvajalca javne zdravstvene službe in se jo določi kot predlog specializacije za posameznega izvajalca, ki je to potrebo javil,
 - če je izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe javil potrebo v okviru zbiranja izrednih potreb, se ta potreba določi kot predlog specializacije za posameznega izvajalca, ki je to potrebo javil. V kolikor se nacionalni koordinator specialnosti z izredno potrebo izvajalca ne strinja, se ta potreba ne vključi v predlog specializacije,
 - če je v okviru zbiranja mnenj nacionalnih koordinatorjev le ta podal mnenje o določenem številu specializacij posamezne specializacije, se mnenje nacionalnega koordinatorja upošteva pri določitvi števila specializacij za posamezno specialnost,

- od določenih mest za nacionalni razpis se v spomladanskem razpisu specializacij razpiše 80 % mest, 20 % mest se razpiše v jesenskem razpisu,
- potreba izvajalca zdravstvene dejavnosti je upravičena zgolj v primeru, da lahko dokaže, da že več kot 6 mesecev aktivno išče zdravnika specialista (na primer ima objavljen javni razpis za zasedbo delovnega mesta), pa se nanj nihče ne prijavi.
- je Odbor za specializacije marca 2018 potrdil in dopolnil kriterije stalne delovne skupine, in sicer:
 - sledi se postopnemu zviševanju števila specializantskih mest za približevanje povprečju EU-28 s preskrbljenostjo z zdravniki posameznih specialnosti,
 - za izvajalca zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe se razpiše specializacija, če gre za javljeno izredno potrebo, če se nacionalni koordinator specialnosti z izredno potrebo izvajalca ne strinja, se ta potreba ne vključi v predlog specializacije, Odbor za specializacije je novembra 2018 ta kriterij dopolnil, in sicer " za izredne potrebe izvajalcev (kot utemeljene) je odbor štel tiste potrebe, kjer so izvajalci izkazali, da najmanj 6 mesecev neuspešno aktivno iščejo zdravnike in jih ne uspejo pridobiti",
 - upošteva se povprečno število dodeljenih specializantskih mest posameznih specialnosti v preteklih 5 letih glede na vsa mesta,
 - prirast števila specializantov ob upoštevanju predvidenih upokojitev specialistov posameznih specialnosti,
 - mnenja nacionalnih koordinatorjev se v celoti upoštevajo, če to v večji meri ne odstopa od preostalih meril.
- sta MZ in ZZ določila metodologijo priprave podatkov za 1. javni razpis specializacij v letu 2019, in sicer:
 - upošteva se število specialistov iz registra ZZ,
 - upoštevajo se načrtovane upokojitve specialistov do leta 2023/2024/2025/2026/2027 (v odvisnosti od trajanja specializacije),
 - upošteva se model upokojevanja, pri katerem se moški in ženske predvidoma upokojijo v starosti 65 let,
 - izvajalci javne zdravstvene dejavnosti sporočijo potrebe po novih specialistih, in sicer potrebe zaradi izrednih okoliščin, širitev programov in zaradi upokojitev,
 - upošteva se povprečje EU-28.

Na podlagi primerjave metodologij, ki sta jih pripravila Stalna delovna skupina in Odbor za specializacije za leta 2017, 2018 in 2019, z metodologijo, ki jo je ZZ uporabljala do uveljavitve ZZdrS- F, ocenjujemo, da ni mogoče potrditi bistvenih izboljšav. MZ in ZZ, ki sta soodgovorna za določanje števila specializacij, saj imata svoje predstavnike v Stalni delovni skupini in Odboru za specializacije, po naši oceni nista poskrbela za razvoj metodologije in s tem za napredek v smislu učinkovitejšega določanja specializacij. Ugotovili smo namreč, da so metodologije, za katere sta odgovorna Stalna delovna skupina in Odbor za specializacije, pomanjkljive in nedorečene, saj ne vsebujejo natančnih meril in kriterijev za določitev števila specializacij. Ob odsotnosti določitve načina ugotavljanja dejanskih potreb prebivalcev ter ob odsotnosti ugotavljanja dejanskih zdravniških kapacitet v določeni regiji so pri določanju števila posameznih vrst specializacij še vedno poglavitna mnenja in predlogi nacionalnih koordinatorjev, čeprav njihova vloga ni določena v nobenem predpisu. Po naši oceni nove metodologije v prvih letih izvajanja še niso odpravile slabosti, ki smo jih ugotovili v zvezi z metodologijo, ki jo je uporabljala ZZ.

Zato MZ in ZZ nista zagotovila, da bi z uporabo novih metodologij prispevala k temu, da bi pri določanju specializacij natančno in pregledno sledila potrebam prebivalcev. V reviziji smo podrobneje preverili postopek določanja števila specializacij v letu 2019, saj smo želeli oceniti stanje ob zaključku obdobja, na katero se nanaša revizija.

Uporabljeno gradivo, s katerim sta razpolagala Stalna delovna skupina in Odbor za specializacije v letu 2019, je bilo naslednje:

- javljene potrebe po specialistih s strani izvajalcev po regijah,
- prekinitve specializacij po regijah,
- prosta mesta, na katera ni bilo prijav po regijah,
- število specialistov, specializantov, predvidene upokojitve, zasebniki, specializanti samoplačniki, specialisti, za katere zaposlitev ni znana, povprečje EU-28,
- mnenja nacionalnih koordinatorjev specializacij,
- podatki o preteklih razpisih,
- podatki o razpoložljivosti glavnih mentorjev,
- javljanje kapacitet s strani izvajalcev zdravstvene dejavnosti.

Ugotovili smo, da je postopek določanja specializacij v letu 2019 potekal tako, da so izvajalci zdravstvene dejavnosti na podlagi poziva MZ posredovali ZZ podatke o potrebah prek spletnega obrazca²⁴⁰. V skladu z navodili MZ so izvajalci sporočili potrebe po vrsti razloga, in sicer so s pomočjo spletnega obrazca podatke vnašali v:

- tabelo A: Potrebe zaradi izrednih okoliščin (v nadaljevanju: tabela A), in sicer tako, da so v skladu z navodilom v spletnem obrazcu v tabelo A vnesli primere zaradi smrti oziroma enostranske odpovedi delovnega razmerja ter potrebe zaradi stalnega pomanjkanja zdravnikov tako, da so pri vsakem zdravniku navedli novo ustanovo, kjer so se zdravniki zaposlili, ter datum prekinitve delovnega razmerja pri izvajalcu. Za vsako potrebo so morali navesti vse izvedene ukrepe za pridobitev nadomestnega specialista, saj naj bi Odbor za specializacije v skladu z navodilom MZ štel potrebo zaradi izrednih okoliščin kot potrebo za izvajalca le v primeru, če je izvajalec dokazal, da ima že več kot 6 mesecev objavljen razpis za delovno mesto, pa se nanj ni nihče javil,
- tabelo B: Potrebe po novih specialistih zaradi širitve programa ali novega programa (v nadaljevanju: tabela B), in sicer tako, da so v skladu z navodilom v spletni obrazec vnesli število potreb ter opisno utemeljitev že izvedenih ukrepov,

²⁴⁰ [URL: <https://www.zdravniskazbornica.si/karierni-razvoj/pooblascene-ustanove/obrazec-za-potrebe-ustanov>], 1. 9. 2021.

- pod razlog C (v nadaljevanju: tabela C) navedli podatke o kapacitetah ustanove²⁴¹, med katerimi je bila tudi navedba števila potreb zaradi upokojitve, pri tem je MZ v navodilu izvajalcem pojasnilo, naj upoštevajo le zdravnike, za katere v preteklih letih niso javili potreb po specialistu zaradi upokojitve dotičnega zdravnika, ter naj vpišejo le potrebe, za katere nimajo predvidenega nadomestila s specializanti.

Ugotovili smo, da v okviru spletnega obrazca ni bilo natančnih navodil za njegovo izpolnjevanje, MZ pa v pisnem navodilu izvajalcem ni:

- pojasnilo, ali naj sporočijo podatke o zdravniških kapacitetah (o zaposlitvah zdravnikov v FTE) za vsa specialistična področja ali le za tista, kjer primanjkuje kadra,
- vnaprej pojasnilo, v katerih primerih bo štelo, da je potreba zaradi širitve programa ali novega programa (potreba iz tabele B) upravičena, prav tako ni zahtevalo nobenih dokazil za utemeljevanje upravičenosti širitve programa (kot na primer navedba strategije ali razporeda delovnih mest, na katerih načrtovana širitev programa temelji), zato po naši oceni zbiranje podatkov o širitvah programov predstavlja le zbiranje podatkov o željah/projekcijah posameznih izvajalcev, ki niso nujno objektivne glede na obstoječe zdravniške kapacitete in potrebe po zdravnikih v celotni regiji; ob tem je treba poudariti, da so širitve programov oziroma uvedba novega programa določene z vsakoletnimi splošnimi dogovori in jih izvajalci ob prijavi potreb po specializacijah še ne poznajo,
- navedlo, ali in kako bo upoštevalo potrebe, za katere izvajalec ne bo izkazal, da ima že več kot 6 mesecev objavljen razpis, pa se ni nihče javil (kot na primer, ali jih Odbor za specializacije sploh ne bo upošteval ali pa jih bo upošteval pri določitvi specializacij za nacionalno raven),
- zahtevalo podatkov o konkretnih zdravnikih (po RIZDDZ številki²⁴²), ki naj bi se upokojili, niti predvidenega datuma upokojitve, zato iz pridobljenih podatkov ni mogoče ugotoviti, katere predvidene upokojitve so se pokrile s katerimi razpisi.

ZZ je sporočene podatke o potrebah izvajalcev zbrala v 3 Excelovih tabelah. Ugotovili smo, da podatki v skupnih tabelah A, B in C vsebinsko niso enotni, pregledni, niti točni, predvsem pa potrebe niso utemeljene, saj iz:

- skupne tabele A izhaja, da so izvajalci v okviru potreb zaradi izrednih okoliščin navajali:
 - tudi potrebe zaradi širitve programov in predvidenih upokojitve, ki naj bi jih v skladu z navodili MZ vključili v tabelo B oziroma tabelo C, zato so lahko bile potrebe v teh primerih 2-krat upoštevane,
 - že izvedene upokojitve, čeprav potrebe zaradi upokojenih zdravnikov niso potrebe zaradi izrednih okoliščin, saj naj bi bile nadomestitve za upokojene zdravnike načrtovane v preteklosti,

²⁴¹ Specializacijo, trajanje specializacije, potrebe do določenega leta, število zaposlenih zdravnikov glede na FTE, število specializantov, ki jim je izvajalec določen kot delodajalec, število zdravnikov, zaposlenih po podjemnih pogodbah glede na FTE, število potreb zaradi upokojitve. Za družinsko medicino pa posebej še število specializantov, ki načrtujejo zaposlitev pri izvajalcu, in število timov ter za dentalno medicino število timov ali priznani program s strani ZZS.

²⁴² Enolična številka, pod katero se oseba vodi v RIZDDZ. Številka se vsem osebam določi ob prvi registraciji v RIZDDZ.

- da so izvedli razpise, pri tem pa večinoma niso navajali datumov objav razpisov, v nekaterih primerih sploh niso navedli, da so objavljali razpise, zato se potreba v skladu z navodili MZ ni mogla šteti za potrebo za izvajalca,
- skupne tabele B izhaja, da so izvajalci v okviru potreb zaradi širitve programov navajali:
 - tudi razloge, povezane z uveljavitvijo standardov in normativov iz modre knjige, čeprav noben predpis ne določa, da naj bi se novi programi potrjevali na podlagi preseganja teh standardov,
 - tudi potrebe zaradi predvidenih upokojitev, ki naj bi bile vključene v tabelo C, zato obstaja tveganje, da so bili podatki o potrebah podvojeni (izkazani v tabeli B in C),
 - razloge zaradi specializantov, ki so ali bodo prekinili specializacije, kar bi morale biti izkazano v tabeli A, zato obstaja tveganje, da so bile potrebe 2-krat upoštevane (v tabeli A in B),
 - odpovedi delovnega razmerja, kar bi morale biti izkazano v tabeli A, zato obstaja tveganje, da so bile potrebe 2-krat upoštevane (v tabeli A in B),
- skupne tabele C izhaja, da so izvajalci v okviru potreb zaradi predvidenih upokojitev navajali:
 - zgolj število potreb zaradi upokojitev, pri tem pa niso navedli datumov predvidenih upokojitev niti konkretnih zdravnikov (po RIZDDZ številki), ki naj bi se upokojili, zato ni bilo mogoče ugotoviti, ali so sporočili upokojitve, ki se nanašajo na celotno obdobje do leta 2023/2024/2025/2026/2027, ali zgolj na zadnje leto trajanja v letu 2019 razpisane specializacije (zdravnike, ki se upokojijo pred tem letom, naj bi izvajalci že upoštevali pri sporočanju podatkov za potrebe predhodnih razpisov),
 - tudi podatke o številu zaposlenih zdravnikov ter podatke o številu specializantov, ki so jim bili izvajalci delodajalci, ter podatke o številu specializantov, ki načrtujejo zaposlitev pri izvajalcu, vendar ni jasno, kdo in kako naj bi sporočene podatke uporabil pri načrtovanju pokrivanja potreb zaradi predvidenih upokojitev.

Sporočene potrebe izvajalcev (iz skupnih tabel A, B in C) je ZZ zbrala v zbirni tabeli²⁴³ tako, da je po posameznih vrstah specializacij v okviru posameznih regij in na državni ravni izkazala potrebe zaradi izrednih okoliščin, potrebe zaradi širitev programov in potrebe zaradi upokojitev. Ugotovili smo, da je število potreb v zbirni tabeli za kar 310 ali 31,3 % manjše od potreb, ki so jih sporočili izvajalci in jih je ZZ izkazala v skupnih tabelah A, B in C (Tabela 4).

²⁴³ Tabela z navedbo posameznih podatkov v okviru posamezne specializacije in posamezne regije, in sicer z navedbo števila specialistov, specializantov, upokojitev, potreb zaradi izrednih okoliščin, potreb zaradi širitev programov, potreb zaradi upokojitev ter izračuna pokritosti prebivalcev z zdravniki v Republiki Sloveniji in povprečja EU-28.

Tabela 4 Razlike o številu potreb (potrebe, izkazane v skupnih tabelah – potrebe, izkazane v zbirni tabeli)

Potrebe	Tabela A – izredne okoliščine	Tabela B – širitev programa	Tabela C – upokojitve	Skupaj potrebe
Podatki iz skupnih tabel	234	517244	240,25	991,25
Podatki iz zbirne tabele	221	224	236,25	681,25
Razlika	13	293	4	310

Vir: skupna tabela A, B, C ter zbirna tabela.

Iz zbirne tabele ni mogoče ugotoviti, ali je Odbor za specializacije korigiral potrebe iz skupnih tabel A, B in C v smislu izločitve podvojenih potreb.

Ugotovili smo, da je ZZ v zbirni tabeli za vsako specialistično področje izkazala 2 različna podatka o predvidenih upokojitvah, in sicer lasten podatek (1.179 upokojitev) ter podatek izvajalcev iz skupne tabele C (240,25 upokojitve). Lasten podatek ZZ glede števila predvidenih upokojitev je bil torej za skoraj 5-krat višji od predvidenih upokojitev, ki so jih sporočili izvajalci.

Pojasnilo ZZ

Vir podatkov o predvidenih upokojitvah zdravnikov je register ZZ, podatki so izračunani na podlagi starosti posameznega zdravnika in predpostavki, da se moški in ženske upokojijo pri starosti 65 let, pri tem so bili zajeti vsi člani ZZ. V zvezi z zbiranjem potreb izvajalcev je MZ posredovalo navodilo, da se vpiše le podatek, za katerega izvajalec nima nadomestila s specializanti. To je razlog, da podatka nista primerljiva.

Izvajalci so v skladu z navodilom MZ sporočili le upokojitve, ki jih še niso sporočili v okviru predhodnih razpisov, torej tiste upokojitve, ki naj bi se zgodile proti koncu trajanja specializacij in za katere izvajalec nima nadomestila s specializanti. Po naši oceni je zbiranje podatkov izvajalcev o predvidenih upokojitvah pomanjkljivo, saj ne vsebuje podatkov o konkretnih zdravnikih in datumih predvidenih upokojitev. Ob dejstvu, da ima ZZ še drug vir podatkov (register zdravnikov), na podlagi katerega lahko načrtuje upokojitve, zbiranje istovrstnih podatkov pri izvajalcih po naši oceni nima dodane vrednosti. Izvajalci tako vsako leto na nepregleden način sporočajo nepopolne podatke o predvidenih upokojitvah, ki pa na koncu v postopku določanja števila posameznih vrst specializacij sploh niso upoštevani. Vložki zaposlenih na MZ, ZZ in pri izvajalcih v zvezi z zbiranjem potreb po specialistih zaradi predvidenih upokojitev tako niso ekonomsko upravičeni, saj ne prinašajo učinkov.

Iz zbirne tabele izhaja, da je število aktivnih specializantov (1.805) v letu 2019 presegalo število vseh predvidenih upokojitev v predvidenem času trajanja posameznih vrst specializacij – za leta 2023/2024/2025/2026/2027 (1.179) za 626. Ob predpostavki, da bi zdravniške kapacitete v tem obdobju ostale nespremenjene (ne bi bilo prihodov in odhodov zdravnikov – število zaposlenih specialistov v mreži javne zdravstvene službe bi bilo nespremenjeno), bi se v obdobju do leta 2027 vseh 627 specialistov po zaključku specializacij lahko zaposlilo v okviru novih (razširjenih)

²⁴⁴ V okviru ene vrstice je bilo lahko navedenih tudi več potreb – po več kot enemu zdravniku.

programov in bi se zato z njihovo zaposlitvijo zmanjšalo pomanjkanje zdravnikov. Iz zbirne tabele namreč izhaja, da je bilo le v okviru 5 specialističnih področij izračunano, da predvidene upokojitve presegajo število aktivnih specializantov, in sicer zgolj za skupaj 24 specializantov²⁴⁵. Na podlagi podatkov iz zbirne tabele naj bi se torej v okviru vseh specialističnih področij (razen 5) specializanti iz JR 2019 namenili za pokrivanje nujnih (trenutnih) potreb zaradi stalnega manjka zdravnikov oziroma za širitev programov.

Posebej poudarjamo, da iz podatkov ZZ (zbirna tabela) izhaja, da so bile v letu 2019 tudi na področju družinske medicine predvidene upokojitve zdravnikov pokrite s številom aktivnih specializantov, in sicer je bilo po izračunih ZZ 25 specializantov več, kot je bilo predvidenih upokojitev v času trajanja specializacij. Po drugi strani pa iz zbirne tabele izhajajo drugačni podatki o potrebah po družinskih zdravnikih, ki so jih sporočili izvajalci. Ti so namreč sporočili, da iz naslova nenadomeščenih upokojitev potrebujejo kar 67 družinskih zdravnikov. Ocenjujemo, da je sistem zbiranja podatkov, iz katerega jasno (podatki iz iste tabele) izhajajo odstopanja potreb po specializacijah zaradi predvidenih upokojitev, nepregleden in ne zagotavlja nujno potrebnih in/ali uporabnih podatkov. MZ in ZZ bi morala po naši oceni pristopiti k ugotavljanju vzrokov za odstopanja in ustrezno ukrepati.

ZZ je skupne tabele A, B in C ter zbirno tabelo posredovala Stalni delovni skupini januarja 2019, MZ pa je zbirno tabelo za posamezne specializacije februarja 2019 posredovalo nacionalnim koordinatorjem in jih zaprosilo za pregled podatkov, za opredelitev do sporočenih potreb izvajalcev in mnenje glede skupnega števila specializacij (ločeno za število mest za nacionalno raven in za raven izvajalcev).

Iz dokumentacije MZ ni bilo mogoče potrditi, kako (če sploh) na določanje števila specializacij vplivajo sporočene potrebe izvajalcev (iz naslova nujnih potreb, širitev programov ali predvidenih upokojitev). Pri primerjavi sporočenih potreb izvajalcev in števila specializacij v okviru posameznih specialnosti, ki ga je predlagal Odbor za specializacije, ni bilo mogoče najti povezav oziroma medsebojne odvisnosti. Tako smo na primer ugotovili, da je Odbor za specializacije predlagal 3 specializacije za področje torakalne kirurgije, čeprav so izvajalci sporočili potrebo zgolj po 1 tovrstni specializaciji.

Ugotovili smo, da sta Stalna delovna skupina in Odbor za specializacije v letu 2019 določila število specializacij ob upoštevanju določitve števila specializacij za posamezna specialistična področja v preteklih letih tako, da sta jih korigirala s količnikom preskrbljenosti z zdravniki specialisti na nacionalni ravni v primerjavi s preskrbljenostjo na ravni povprečja EU-28. To pomeni, da potrebe po specializacijah, kot so jih sporočili izvajalci, niso bile nujno upoštevane, kar utemeljujemo s prikazi 3 primerov specializacij (Tabela 5).

²⁴⁵ 1 na področju ginekologije, 2 na področju javnega zdravja, 19 na področju medicine dela, prometa in športa, 1 na področju otroške nevrologije, 1 na področju pnevmologije.

Tabela 5 Postopek določitve predloga števila specializacij za področje družinske medicine, urologije in dermatovenerologije

Postopek in metodologija določitve števila specializantskih mest		Družinska medicina	Urologija	Dermatovenerologija
Podatki o potrebah	Potrebe zaradi izrednih okoliščin (skupna tabela A)	21	2	3
	Potrebe zaradi širitve programov (skupna tabela B)	26	7	3
	Potrebe zaradi predvidenih upokojitev (skupna tabela C)	67	0	3
	Skupaj sporočene potrebe izvajalcev	114	9	9
	Razlika med aktivnimi specializanti in predvidenimi upokojitvami (izračun ZZ)	25	13	21
Merila za določitev števila specializacij	Odstotek zasedenosti razpisanih mest v letih (2014–2017) glede na vsa zasedena mesta	0,1941	0,0196	0,0112
	Zgornja meja razpisanih mest za vse specialnosti: (odstotek zasedenosti razpisanih mest * 300)	58,230	5,880	3,360
	Količnik med preskrbljenostjo z zdravniki med Slovenijo in povprečjem EU-28	0,612	0,616	0,715
	Korekcija zaradi ne/doseganja povprečja EU-28: (zgornja meja razpisanih mest/količnik preskrbljenosti)	95,1	9,5	4,7
Predlog Stalne delovne skupine		95	10	5
Mnenje nacionalnega koordinatorja na predlog Stalne delovne skupine		95	10	2
Odločitev Odbora za specializacije		95	10	2

Vir: podatki MZ.

Ocenjujemo, da je sistem zbiranja podatkov o potrebah po specializacijah neučinkovit. Izvajalci namreč sporočajo nepreverljive podatke o potrebah po zdravnikih specialistih, ki jih ne utemljijo z dokazi, posledično potrebe, ki izhajajo iz njihovih podatkov, niso nujno realne. Ne glede na to, da izvajalci sporočajo potrebe po zdravnikih specialistih zaradi predvidenih upokojitev obstoječih zdravnikov, pa ZZ potrebno število posameznih vrst specializacij iz naslova predvidenih upokojitev izračunava na podlagi pričakovanega upokojevanja zdravnikov ob upoštevanju podatkov o zdravnikih iz registra zdravnikov, in sicer pri tem predvideva upokojevanje pri 65 letih. Zbiranje potreb po zdravnikih od izvajalcev po naši oceni zato ni ekonomsko upravičeno, saj izvajalcem predstavlja administrativno breme, pri tem pa zaradi arbitrarnega načina omejevanja števila odobrenih specializacij ni mogoče potrditi, da končno potrjeno število specializacij sledi vsaj javljenim, če že ne dejanskim potrebam. Nacionalni koordinatorji, Stalna delovna skupina in Odbor za specializacije so namreč v letu 2019 predlagali število specializacij izključno na podlagi upoštevanja odobrenih specializacij v preteklih letih ter na podlagi upoštevanja približevanja povprečju EU-28 (pri tem smo lahko potrdili sledenje javljenim potrebam zaradi izrednih okoliščin v smislu, da so take specializacije razpisali za znane izvajalce in ne za nacionalno raven).

Iz dokumentacije izhaja, da je Odbor za specializacije v celoti upošteval mnenja nacionalnih koordinatorjev, čeprav ni znano, katere podatke in katere kriterije so nacionalni koordinatorji pri sporočanju svojih predlogov glede števila specializacij upoštevali. Pri tem posebej izpostavljamo, da sporočanje mnenj koordinatorjev ni bilo pregledno niti enotno (nekateri so sporočili nerazumljiva mnenja oziroma predloge, nekateri so sporočili, da nimajo točnih podatkov, nekateri so opozarjali,

da podatki ZZ niso točni ter da je treba potrebe ugotavljati na podlagi izoblikovanih mrež nacionalnih programov in strategij na področju posameznih specialističnih strok).

Glede na izračun ZZ, da so predvidene upokojitve večinoma (v okviru vseh, razen 5 specialističnih področij) v celoti pokrite s številom aktivnih specializantov, lahko zaključimo, da bodo specializanti po zaključku specializacij lahko pokrivali potrebe iz naslova izrednih okoliščin (nujne trenutne potrebe) in širitev programov. Vendar pa ocenjujemo, da razpisovanje specializacij za znanega izvajalca iz naslova javljenih nujnih trenutnih potreb ni ustrezen ukrep za takojšnjo (nujno) zagotovitev zdravnika specialista, ker:

- morajo izvajalci zdravstvene dejavnosti nujne potrebe nemudoma pokriti (in ne šele čez nekaj let, ko specializant zaključi specializacijo), kar pa je mogoče le z zaposlitvijo razpoložljivih zdravnikov specialistov, zaposlitvijo zdravnikov specialistov iz tretjih držav ali pa s skorajšnjo zaposlitvijo tistih aktivnih specializantov, ki že zaključujejo specializacijo,
- mora izvajalec nekaj let čakati na zaposlitev specialista, pri tem pa ga je v skladu z ZZdrS zavezan zaposliti tudi v primeru, če v tem času uspe zapolniti delovno mesto z drugim specialistom, to pomeni tveganje, da bo imel v tem primeru presežek specialistov glede na potrebe.

Sporočanje potreb po zdravnikih specialistih s strani izvajalcev ob odsotnosti natančne metodologije za določitev potreb ter ob odsotnosti točnih podatkov o potrebah in razpoložljivosti zdravnikov po naši oceni nima dodane vrednosti, temveč, ravno nasprotno, otežuje postopke ugotavljanja dejanskih potreb po specializacijah. Po naši oceni bi morala MZ in ZZ ob zagotovitvi natančne metodologije izračunavanja potreb v času in prostoru, poskrbeti tudi za točne podatke o dejansko razpoložljivem zdravniškem kadru pri posameznih izvajalcih in po regijah, o predvidenih upokojitvah in specializacijah v natančno določenem času in prostoru ter podatke o načrtovanih novih programih, ki temeljijo na dejanskih potrebah prebivalcev in so potrjeni na podlagi enotnih meril in kriterijev (in ne na podlagi arbitraž).

2.2.2.3 Sprememba načina razpisovanja specializacij

Z uveljavitvijo ZZdrS-F se je spremenil način razpisovanja specializacij, in sicer se specializacije ne določajo več za posamezne regije, temveč za nacionalno raven in/ali za posamezne znane izvajalce. ZZdrS²⁴⁶ namreč določa, da minister za potrebe mreže javne zdravstvene službe določi število posameznih vrst specializacij za območje celotne države (nacionalni JR) oziroma za posamezne izvajalce zdravstvene dejavnosti (JR za izvajalce) na podlagi predloga Odbora za specializacije. Pri tem mora biti v skladu z ZZdrS najmanj 10 % vseh specializacij določenih za območje celotne države. Ker se je za nacionalni JR zavzemala²⁴⁷ ZZ (pri tem je izpostavila bojazen, da se nacionalni razpis, čeprav bo v zakonu predviden, v praksi ne bo izvajal), smo jo prosili, naj pojasni, kateri deležnik in na kakšen način določi delež specializacij za znane izvajalce in delež specializacij za nacionalno raven ter kako in kdo prepozna potrebe za celotno območje države. Isto vprašanje smo zastavili tudi MZ.

²⁴⁶ Tretji odstavek 18. člena ZZdrS.

²⁴⁷ Mnenje o osnutku Zakona o spremembah in dopolnitvah ZZdrS, marec 2017, [URL: <https://www.zdravniskazbornica.si/zdravniska-zbornica/2017/03/28/mnenje-o-osnutku-zakona-o-spremembah-in-dopolnitvah-zakona-o-zdravniški-službi>], 1. 9. 2021.

Odgovora v reviziji nismo pridobil. Tako ni znano, kako ter po katerih merilih in kriterijih Odbor za specializacije predlaga MZ razmejitev števila specializacij na nacionalni JR in JR za izvajalce.

Pojasnilo MZ

Za določenega izvajalca so se dodeljevale javljene potrebe izvajalcev zaradi izrednih okoliščin, pri čemer sta se pri odločitvi upoštevala mnenje nacionalnega koordinatorskega posameznika in presoja Odbora za specializacije.

Odbor za specializacije je določil, da se "specializacija razpiše za izvajalca zdravstvene dejavnosti, če gre za javljeno izredno potrebo", pri tem je bilo določeno, da bo Odbor dodelil specializacijo izvajalcu le, če se ni nihče javil na objavljeno potrebo po zaposlitvi zdravnika. Ne glede na odsotnost izvajanja preveritev nujnosti potreb (po kriteriju neuspešnega razpisovanja potreb), je Odbor za specializacije v letu 2019 določil kar 270 specializacij za znane izvajalce, čeprav so izvajalci v okviru potreb po zdravnikih zaradi izrednih okoliščin sporočili potrebe po zgolj 234 zdravnikih (Tabela 6).

Tabela 6 Primerjava števila javljenih potreb po zdravnikih zaradi izrednih okoliščin s številom specializacij za znane izvajalce

Javljene potrebe s strani izvajalcev			Razpisano število specializacij		
Razlog za potrebe	Potrebe	Delež (v %)	Raven	Število	Delež (v %)
Izredne okoliščine	234	23,6	JR Izvajalci	270	52,3
Širitev programa	517	52,2	JR Nacionalni	246	47,7
Predvidene upokojitve	240,3	24,2			
Skupaj	991,3	100	Skupaj	516	100

Vir: podatki JR 2019.

Iz dokumentacije ni mogoče ugotoviti povezav med izkazanimi izrednimi potrebami (234) in številom specializacij za znane izvajalce (270), MZ in ZZ pa jih tudi nista znala pojasniti. Po naši oceni MZ ne obvladuje tveganj za arbitrarno določanje števila posameznih vrst specializacij za znane izvajalce, pri čemer so s pripravo predlogov števila specializacij sodelovali Odbor za specializacije, Stalna delovna skupina in nacionalni koordinatorji.

2.2.2.4 Vloga nacionalnih koordinatorjev pri določanju specializacij

Vloga nacionalnih koordinatorjev v postopkih določanja števila posameznih vrst specializacij v ZZdrS ni predpisana, medtem ko so v pravilniku o specializacijah 2018²⁴⁸ določene naloge nacionalnih koordinatorjev, med katerimi pa ni navedena naloga v zvezi z dajanjem predlogov in mnenj glede potrebnega števila specializacij s področja specialnosti, ki naj ga koordinator pokriva. Kljub temu sta ZZ in MZ v obdobju, na katero se nanaša revizija, naprošala nacionalne koordinatorje za njihove predloge in mnenja glede potrebnega števila specializacij z njihovega specialističnega področja, pri tem pa jim nista posredovala nobenih usmeritev o tem:

- katere vsebine naj mnenja koordinatorjev vsebujejo,
- na podlagi katerih meril in kriterijev naj koordinatorji podajajo svoje predloge glede potrebnega števila specializacij,
- na podlagi katerih podatkov in informacij naj si koordinatorji ustvarijo mnenja o potrebah po specializacijah v okviru določenih specialističnih področij,
- v kakšni obliki naj koordinatorji posredujejo mnenja.

Nacionalni koordinatorji so ZZ in MZ posredovali svoja mnenja in predloge, iz katerih izhaja, da:

- so ti večinoma predlagali drugačno število specializacij kot izvajalci, kar kaže na tveganje, da so izhajali iz drugih podatkov o potrebah in razpoložljivih zdravniških kapacitetah kot izvajalci,
- so opozarjali, da izvajalci pri sporočanju potreb niso upoštevali relevantnih podatkov²⁴⁹,
- so navajali podatke, za katere niso bili prepričani, da so točni, in so zato pozivali ZZ, naj jih preveri²⁵⁰,
- so se stališča koordinatorjev glede potreb razlikovala od stališč posameznih izvajalcev²⁵¹,
- nekateri koordinatorji niso posredovali svojih predlogov oziroma mnenj²⁵².

²⁴⁸ V 26. členu pravilnika o specializacijah 2018, je določeno, da nacionalni koordinatorji opravljajo naslednje naloge: so člani izbirnih komisij, pregledujejo vloge za vštevanje predhodnega usposabljanja ali dela posameznega specializanta v program specializacije, najmanj 1-krat letno sodelujejo pri organiziranju skupinskih oblik izobraževanja specializantov, spremljajo napredovanja usposabljanja posameznih specializantov in sprotno preverjanje znanja ter kolokvije, kot to opredeljuje program specializacije, pregledujejo in potrjujejo izpolnjene E-liste, določajo glavne mentorje za posamezne specializante, v primeru nacionalnega razpisa predlagajo pooblaščenega izvajalca oziroma delodajalca, pri katerem se specializant zaposli, 1-krat letno podajo poročilo glede potreb po specializantih na posameznih specialističnih področjih, sodelujejo pri reševanju pritožb v zvezi z izvajanjem programov specializacij, podajo mnenje o predlogu za podaljšanje trajanja specializacije iz 30. člena tega pravilnika, pripravijo letno poročilo nadzorniku kakovosti o poteku specializacije na svojem strokovnem področju, Slovenskemu zdravniškemu društvu lahko predlagajo spremembo vsebine specializacije.

²⁴⁹ Na primer: koordinator za patologijo je 8. 2. 2017 izrazil mnenje, da so zavodi javili razmeroma veliko število potreb, tudi takih, ki niso povezane z upokojevanjem, kar se kaže v veliki razliki med korigiranimi potrebami in izračunom.

²⁵⁰ Koordinator za patologijo navaja, da so po njegovih informacijah v regiji Celje trenutno 3 in ne le 2 specialista, kot navaja izvajalec oziroma ZZ.

²⁵¹ Koordinator iz plastične kirurgije je 7. 2. 2017 podal mnenje, da gre v koprski regiji za širjenje dejavnosti, za katero ni potrebe.

²⁵² Na primer: v dopisu z dne 13. 3. 2017 (elektronska pošta) je navedeno, da nekateri koordinatorji niso posredovali obrazložitve svojih predlogov.

Glede na to, da v predpisih ni določeno, ali, kdo in kako naj bi upošteval mnenja koordinatorjev, tudi ni vnaprej jasno, kakšno težo naj bi imela mnenja koordinatorjev pri določanju specializacij.

Pojasnilo ZZ

Dokler je število razpisanih mest določala ZZ, je z vsemi prejetimi potrebami seznanila koordinatorje in jih zaprosila za njihovo mnenje. V tem času je bilo mnenje koordinatorja zelo pomembno, saj predstavlja vrh stroke. Koliko mnenja upošteva in ali zanje sploh zaprosi MZ, pa ZZ ne ve. Iz pritožb koordinatorjev sklepa, da se MZ z njimi pred razpisom specializacij ne posvetuje in jih ne sprašuje za mnenje.

Ne glede na nedorečenost vloge koordinatorjev smo ugotovili, da so mnenja koordinatorjev upoštevali prav vsi deležniki: ZZ pri pripravi predlogov specializacij, MZ v postopkih dajanja soglasij na predloge ZZ, kot tudi Odbor za specializacije pri pripravi predlogov specializacij. Ugotovili smo celo, da je odločanje o številu specializacij za posamezna specialistična področja v celotnem obdobju, na katero se nanaša revizija, v največji meri temeljilo ravno na mnenjih in predlogih nacionalnih koordinatorjev. Glede na pomembno vlogo, ki jo imajo nacionalni koordinatorji v praksi, bi morala MZ in ZZ po naši oceni v predpisih natančno določiti njihovo vlogo in zagotoviti, da bi bilo njihovo delovanje skladno s predpisi, hkrati pa tudi transparentno in enotno. Ugotovili smo, da sta MZ in ZZ poleg opustitve natančne določitve njihovih pristojnosti v postopkih predlaganja in določanja števila in vrst specializacij opustila tudi natančno določitev drugih pomembnih segmentov, povezanih z delovanjem nacionalnih koordinatorjev. Tako smo ugotovili, da:

- MZ in ZZ nista natančno določila meril²⁵³ za imenovanje nacionalnih koordinatorjev, zato po naši oceni ne obvladujeta tveganj, da je odločitev ZZ, ki je pristojna za imenovanje nacionalnih koordinatorjev²⁵⁴, v primeru, ko je kandidatov za koordinatorje več, arbitrarna,
- izbor kandidatov za specializacije opravi izbirna komisija, ki jo imenuje ZZ in jo sestavljajo člani odborov ZZ²⁵⁵, in sicer član Sveta za izobraževanje zdravnikov ali Komisije za podiplomsko usposabljanje, nacionalni koordinator in v primeru razpisa za izvajalca predstavnik izvajalca²⁵⁶, pri čemer je lahko nacionalni koordinator v konfliktu interesov, saj predlaga tako število potrebnih specializacij s svojega specialističnega področja kot tudi kandidate za zasedbo predlaganega števila specializantskih mest,
- kriteriji za določitev mnenja o kandidatu za posamezno specializacijo na podlagi osebnega razgovora, ki prinese kandidatu največ točk v okviru izbirnega postopka (40 od 100 točk), niso določeni, zato to ob dejstvu, da imata v izbirnem postopku prevladujočo vlogo predstavnik ZZ in nacionalni koordinator, lahko pomeni tveganje za arbitrarno odločanje pri izboru kandidatov (po proučitvi dokumentacije v zvezi z izvedenimi osebnimi razgovori namreč nismo mogli

²⁵³ Iz sklepa izvršilnega odbora ZZ št. 335/23/2917 z dne 22. 1. 2018 izhaja, da izvršilni odbor sprejme postopek imenovanja nacionalnih koordinatorjev kot izhaja iz priloženega dokumenta št. 01113-1/2017 z dne 18. 1. 2018, iz katerega med drugim izhaja, da morajo kandidati za nacionalne koordinatorje vlogi predložiti svoj življenjepis in obrazložen predlog/vizijo razvoja specializacije ter da izbor med prijavljenimi kandidati opravi predsednik Sveta za izobraževanje zdravnikov, predsednik Komisije za podiplomsko usposabljanje ter predsednica ZZ. V nobenem dokumentu pa ni določeno, kako naj komisija izbere najustreznejšega kandidata (kot na primer, kako naj izbere najustreznejšo predloženo vizijo razvoja specializacije).

²⁵⁴ Prvi odstavek 26. člena pravilnika o specializacijah 2018.

²⁵⁵ [URL: <https://www.zdravniskazbornica.si/o-zbornici/upravljanje/izvršilni-odbor>], 1. 9. 2021.

²⁵⁶ 17. člen pravilnika o specializacijah 2018.

ugotoviti, v katerem primeru so kandidati zbrali višje in v katerih primerih nižje število točk od vseh možnih 40 točk),

- so lahko bili nacionalni koordinatorji v obdobju, na katero se nanaša revizija, pri izvajanju svojih nalog v konfliktu interesov, saj so pogosto nastopali v več funkcijah hkrati, in sicer v vlogi nacionalnega koordinatorja, ki je ZZ, MZ ali Odboru za specializacije posredoval svoja mnenja in predloge glede potrebnega števila specializacij s svojega specialističnega področja, in hkrati kot:
 - nadzornik kakovosti,
 - obvezni član izbirne komisije, ki odloča o izboru kandidatov za specializantska mesta²⁵⁷,
 - predsednik ali član Sveta za izobraževanje in usposabljanje zdravnikov,
 - predsednik ali član Komisije za podiplomsko usposabljanje zdravnikov,
 - obvezni član Komisije za postopek priznavanja poklicne kvalifikacije zdravnik specialist in doktor dentalne medicine specialist²⁵⁸.

Po naši oceni bi morala MZ in ZZ natančno proučiti področje in poskrbeti za bolj natančno določitev vloge²⁵⁹ nacionalnih koordinatorjev (predvsem v zvezi s sodelovanjem pri določanju števila specializacij) ter glede na morebitne spremembe nalog proučiti tudi ustreznost nagrajevanja koordinatorjev (zdravnik specialist za funkcijo koordinatorja prejme nagrado v znesku od 66,71 EUR do 333,53 EUR na mesec – v odvisnosti od števila specializantov v okviru svojega specialističnega področja²⁶⁰). V celotnem obdobju revizije so bila za nagrade koordinatorjem specializacij izplačana sredstva iz proračuna v skupnem znesku 981.421,83 EUR.

Prav tako bi morala MZ in ZZ proučiti namen imenovanja 7 nadzornikov kakovosti, ki so v celotnem obdobju, na katero se nanaša revizija, prejeli nagrade (v znesku 166,76 EUR na mesec), čeprav niso izvedli nobene naloge, ki so bile določene v pravilniku o specializacijah 2009²⁶¹ in pravilniku o specializacijah 2018²⁶². Tako nadzorniki kakovosti niso usmerjali in usklajevali koordinatorjev specializacij, niso opravljali nadzorov nad kakovostjo izvajanja specializacij na 1 do 3 leta in niso poročali ZZ o nadzorih. Za opustitev izvajanja nalog nadzornikov kakovosti in s tem za nepotreben strošek proračuna Republike Slovenije v znesku 135.414,83 EUR je odgovorna ZZ, ki ni odredila nadzorov ali kakorkoli drugače poskrbela za izvajanje nadzorov.

²⁵⁷ 17. člen pravilnika o specializacijah 2018.

²⁵⁸ Drugi odstavek 18. člena ZPPKZ.

²⁵⁹ [URL: <https://www.zdravniskazbornica.si/karierni-razvoj/specializacije>], 1. 9. 2021.

²⁶⁰ 4. člen Pravilnika o višini sredstev za specializacije za potrebe javne zdravstvene službe, ki se zagotavljajo iz proračuna Republike Slovenije (Uradni list RS, št. 54/17 in 9/20). Višine nagrade so navedene v bruto zneskih. Pred tem so za leta 2008, 2010 in 2011 (veljal je do 30. 9. 2017) ZZ, MZ in ZZS sprejeli letne načrte za opredelitev višine sredstev za plače in nadomestila specializantov in druge stroške v zvezi s programom specializacij.

²⁶¹ Druga alineja 35. člena pravilnika o specializacijah 2009.

²⁶² Prvi odstavek 25. člena pravilnika o specializacijah 2018.

2.2.2.5 Razpisovanje večjega števila specializantskih mest, kot je kandidatov za specializacije

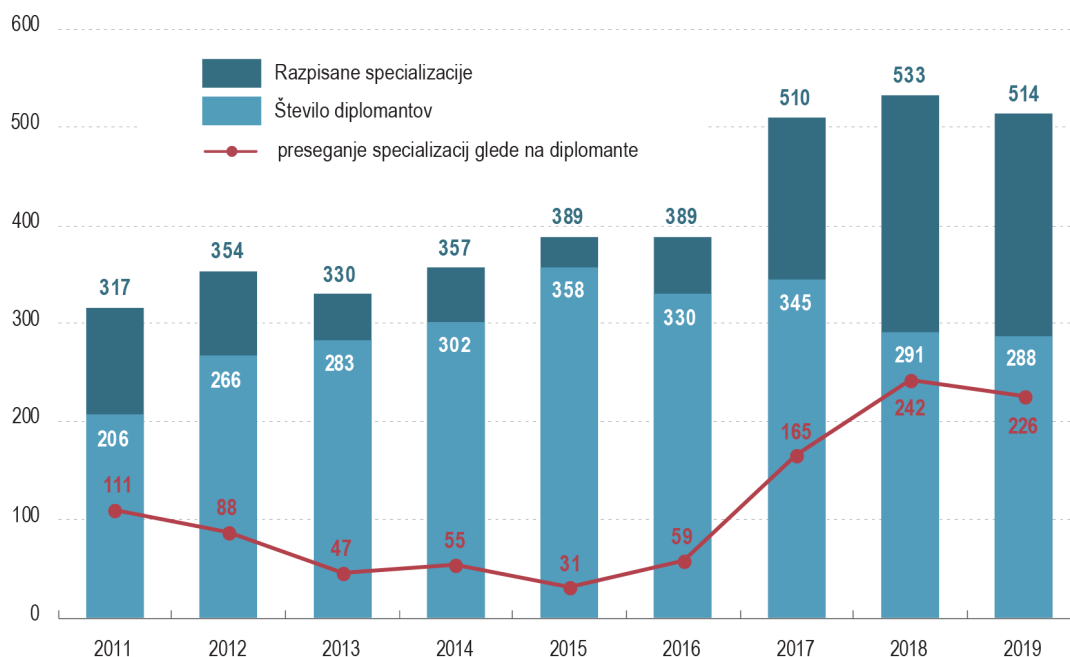
ZZ je vsako leto razpisala večje število specializacij s področja medicine, kot je bilo diplomantov medicinskih fakultet (Slika 5). Ob predpostavki, da je število razpisanih specializacij s področja medicine določeno na podlagi dejanskih potreb po zdravnikih specialistih določenih specialističnih strok (česar pa v reviziji nismo mogli potrditi), se učinek takega ponavljajočega pristopa lahko na dolgi rok kaže v pomanjkanju zdravnikov specialistov na manj privlačnih specialističnih področjih.

Pojasnilo ZZ

ZZ je s prekoračitvijo razpisanega števila specializacij glede na število diplomantov zagotovila mesta za morebitne tuje diplomante, pri čemer pa v času razpisa ni mogla poznati števila teh diplomantov.

V vseh letih (od leta 2011 dalje)²⁶³ so bile razlike med razpisanimi specializacijami in diplomanti tako velike, še posebno od leta 2017 dalje, da sta MZ in ZZ s takim pristopom omogočala, da so se za privlačne specializacije ponovno potegovali (in imeli možnost biti izbrani) tudi tisti specializanti, ki so na podlagi preteklih razpisov opravljali zanje neprivlačno specializacijo. Naveden pristop je namreč omogočal, da je bila rezerva pri nekaterih bolj privlačnih specialističnih področjih še dovolj velika, da so prvo specializacijo prekinili in se prijavi in bili izbrani na drugo.

Slika 5 Prikaz števila razpisanih specializacij in števila diplomantov s področja medicine



Vir: podatki MZ in ZZ.

²⁶³ ZZ je pojasnila, da redno spremlja podatke po posameznih specializacijah šele od leta 2011.

Preverili smo, koliko razpisanih mest s področja medicine je ostalo nezasedenih na tako imenovanih kritičnih specialističnih področjih (Tabela 7).

Tabela 7 Število nezasedenih mest na področju družinske medicine, urgentne medicine ter otroške in mladostniške psihiatrije

Leto	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Družinska medicina									
Število razpisanih specializacij	80	77	137	105	71	74	60	119	137
Število odobrenih specializacij	45	72	134	99	55	68	55	25	32
Nezasedena mesta	35	5	3	6	16	6	5	94	105
Urgentna medicina									
Število razpisanih specializacij	11	13	6	18	26	23	36	20	22
Število odobrenih specializacij	9	13	6	17	15	19	29	14	10
Nezasedena mesta	2	0	0	1	11	4	7	6	12
Otroška in mladostniška psihiatrija									
Število razpisanih specializacij	3	4	5	7	4	5	5	14	18
Število odobrenih specializacij	3	3	5	6	1	5	5	14	9
Nezasedena mesta	0	1	0	1	3	0	0	0	9

Vir: podatki ZZ.

Pojasnilo ZZ

V Tabeli 7 so izpostavljene specializacije, za katere med diplomanti zaradi njihove specifičnosti ni zanimanja. Zaradi tega razpisovanje manjšega števila specializacij na bolj privlačnih specialističnih področjih ne bi prispevalo k večji zasedenosti specializacij na kritičnih področjih.

MZ, ki je odgovorno za določitev končnega števila razpisanih mest, in ZZ, ki je bila pred uveljavitvijo ZZdrS-F odgovorna za pripravo predlogov števila in vrst specializacij za potrebe javnih razpisov, v obdobju, na katero se nanaša revizija, nista uspela dogovoriti skupne politike glede določanja in razpisovanja števila specializacij, s katero bi zagotavljala zasedbo specializantskih mest tudi na področjih, ki (vsaj v določenih obdobjih) veljajo za manj zanimiva. Z navedenim načinom razpisovanja specializantskih mest ob dejstvu, da tudi ugotavljanje potreb po zdravnikih specialistih posameznih specialističnih strok ni bilo učinkovito, MZ in ZZ po naši oceni ne usklajujeta (regulirata) ustrezno povpraševanja (želja diplomantov) in potreb po zdravnikih specialistih v okviru posameznih specialističnih področij.

2.2.2.6 Financiranje druge specializacije

V skladu z ZZdrS-F²⁶⁴ ima specializant možnost opravljanja še ene (druge) specializacije, ki je financirana iz proračuna Republike Slovenije. To pomeni, da lahko prvo (prejšnjo) specializacijo, ki

²⁶⁴ Tretji odstavek 25. člena ZZdrS (tretji odstavek 16. člena ZZdrS-F).

mu je bila odobrena, dokonča ali predčasno prekine. Od 1. 1. 2008 do 30. 9. 2019 je bilo 476 specializantov, ki so po dokončanju ali po prekinitvi prve specializacije vsaj začeli opravljati še drugo specializacijo, medtem ko je bilo od 1. 1. 2008 do 31. 12. 2018 trajno prekinjenih 468 vseh vrst specializacij (kar je 13,4 % vseh odobrenih specializacij²⁶⁵), od tega je bilo trajno prekinjenih 98 specializacij iz družinske medicine²⁶⁶ (kar je 17,7 % vseh odobrenih specializacij iz družinske medicine).

Pojasnilo ZZ

V večini primerov gre za prekinitve specializacije zaradi odobritve nove specializacije ali iste specializacije za drugo regijo oziroma nacionalno raven.

Odobritev nove (druge) specializacije, ki sicer ne predstavlja obvezno dopolnitev prve specializacije, pomeni, da se zaposlitev zdravnika na področju, ki ga drugič specializira, zamakne. Ob pomanjkanju zdravnikov bi bilo zato smiselno proučiti, ali bi opustitev financiranja druge specializacije prispevala k temu, da bi zdravniki specialisti hitreje vstopali na trg dela oziroma da bi vsako leto vstopilo na trg dela večje število zdravnikov.

2.2.2.7 Način izdajanja odločb o odobritvi/zavrnitvi specializacij

ZZ odloči o izbiri kandidatov tako, da vsem kandidatom (izbranim in neizbranim), ki so se prijavili za isto vrsto specializacije in/ali istega izvajalca, izda eno (isto) odločbo. ZZdrS²⁶⁷ namreč izrecno določa, da ZZ izda skupno odločbo o odobritvi specializacije za vse kandidate, ki so se prijavili na določeno specializacijo na nacionalnem razpisu oziroma ki so se prijavili na določeno specializacijo na razpisu za izvajalca. Po pravnomočnosti odločbe (v roku 1 meseca od izdaje odločbe) izda ZZ vsakemu specializantu še sklep o pričetku opravljanja specializacije, v katerem je določen glavni mentor, delodajalec specializanta med specializacijo ter datum, do katerega mora specializant pričiti z opravljanjem specializacije. Specializant se mora zaposliti najkasneje v roku 3 mesecev od izdaje sklepa o pričetku opravljanja specializacije.

Pojasnilo ZZ

Z uveljavitvijo ZZdrS-F v ZZdrS ni več določila, da v postopku izdaje odločbe o specializaciji "pritožba ne zadrži izvršitve odločb". V praksi sedaj v primeru pritožbe enega od kandidatov s pričetkom specializacije čakajo vsi, pritožbeni postopki pa so dolgotrajni in zamudni, saj MZ o pritožbah ne odloča v 2-mesečnem pritožbenem roku. V primerih, ko MZ pritožbi ugotovi, zadevo praviloma vrne ZZ v ponovno odločanje, kar celoten postopek zavleče za več kot pol leta. Prej so na primer prvi 4 kandidati (seveda na svojo željo) lahko pričeli opravljati specializacijo in je na pričetek počakal le zadnji, ki bi lahko specializacijo izgubil, če bi bilo po pritožbi protikandidatu ugodeno. Zdravstveni sistem tako usposobljene zdravnike zopet dobiva kasneje, kot bi jih lahko, če bi v veljavi ostala določba iz starega ZZdrS, ki je dobro funkcionirala kar 14 let.

²⁶⁵ 468 trajno prekinjenih vseh vrst specializacij od vseh 3.490 odobrenih vlog za vse vrste specializacij v obdobju od leta 2008 do leta 2018 ($468 * 100 / 3.490 = 13,4 \%$).

²⁶⁶ 98 trajno prekinjenih specializacij iz družinske medicine od vseh 553 odobrenih specializacij iz družinske medicine v obdobju od leta 2008 do leta 2019 ($98 * 100 / 553 = 17,7 \%$).

²⁶⁷ Tretji odstavek b18.a člen ZZdrS.

Pojasnilo MZ

Določilo se je izločilo zaradi delovnopravne zakonodaje in zagotovitve položaja specializanta oziroma delavca, ker bi potem, če bi se ugotovilo, da je pritožba kandidata v postopku utemeljena, morali izpeljati celoten postopek "odpustitve" delavca, ki pa posebej v ZDR-1 ni opredeljen.

Ocenjujemo, da je ZZdrS-F poslabšal pogoje za časovno učinkovit vstop zdravnikov na trg dela. Vendar pa način izdajanja odločb (vsem kandidatom ena odločba), ki je v skladu z zakonom, ki ureja upravni postopek, prispeva k temu, da ob pritožbi enega izmed kandidatov noben kandidat, ki je naveden v skupni odločbi, ne more pričeti opravljati specializacijo, dokler o pritožbi ne odloči MZ na drugi stopnji. Tak način sicer ščiti pravice vseh kandidatov, ne prispeva pa k časovno učinkovitemu začetku specializacij in posledično k hitrejši zaposlitvi in opravljanju dela zdravnikov.

2.3 Ugotavljanje in odpravljanje vzrokov za pomanjkanje zdravnikov

2.3.1 Analize delovnih obremenitev zdravnikov

V revizijskem poročilu Izzivi smo ugotovili, da je kar 17,5 % zdravnikov v letu 2015 opravljalo delo pri več izvajalcih hkrati, vendar skupne obremenjenosti ni bilo mogoče preveriti. Ugotovili smo, da MZ nima pregleda nad izkoriščenostjo zdravstvenega kadra, ter opozorili, da bi morale imeti MZ dober pregled nad delovno obveznostjo in delovnim časom zdravnikov, posebej takrat, ko ti delo opravljajo pri več delodajalcih. Na ta način bi bilo bolje seznanjeno z dejansko obremenjenostjo in izkoriščenostjo kadra.

V obdobju, na katero se nanaša revizija, MZ večinoma ni izvajalo analiz v zvezi z obremenitvijo zdravnikov. Za take analize MZ tudi ni zagotovilo zadostnih in popolnih podatkov. MZ je k analizi obremenitev zdravnikov prvič pristopilo v letu 2017, ko je v okviru Projekta EK – Mreža na podlagi podatkov o številu opravljenih ur in številu opredeljenih oseb ter številu obiskov ugotavljalo obremenitev pediatrov. Avgusta 2019 je MZ 82 javnim zdravstvenim zavodom²⁶⁸ posredovalo vprašalnik v zvezi s preobremenjenostjo zdravnikov. Vprašalnik je izpolnilo le 36 zavodov, iz odgovorov pa je mogoče ugotoviti, da:

- zavodi večinoma niso zaznali izgorevanja zdravnikov v okviru njihove redne zaposlitve²⁶⁹,

²⁶⁸ 26 bolnišnicam in 56 ZD.

²⁶⁹ 4 zavodi (od 36 zavodov, ki so podali odgovore) so pojasnili, da so nove zdravnike zaposlili zaradi preobremenjenosti oziroma izgorelosti obstoječih. ZD dr. Franca Ambrožiča Postojna je v letu 2014 zaposlil 1 dodatnega zdravnika specialista družinske medicine; ZD Dravograd je v letu 2018 z 2 upokojenima zdravnikoma sklenil podjemne pogodbe za obdobje 2 let, Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča je pojasnil, da se je v letu 2019 prvič zgodilo, da je dala odpoved zdravnica zaradi preobremenjenosti in izgorelosti. Onkološki inštitut Ljubljana je navedel, da je v obdobju 2008–2010 zaposlil 40 dodatnih zdravnikov specialistov zaradi povečanega obsega dela.

- so zdravnikom, ki so to želeli, izdajali soglasja za dodatno delo prek podjemnih pogodb²⁷⁰,
- so razlogi za obremenjenost zdravnikov predvsem v pomanjkanju zdravnikov splošne in družinske medicine na trgu dela, saj na objavljena prosta delovna mesta ne dobijo nobenih prijav²⁷¹,
- se problematika obremenjenosti zdravnikov izraža pri nadomeščanju za čas načrtovane oziroma nenačrtovane odsotnosti zdravnikov²⁷², saj se le te pokrivajo znotraj obstoječih resursov, kar lahko dolgoročno vpliva na izgorelost²⁷³,
- morajo zaradi pomanjkanja družinskih zdravnikov zaposleni poleg rednega dela v svojih ambulantah opravljati še delo izven rednega dela²⁷⁴ na različnih deloviščih (izvajanje nujne medicinske pomoči, dežurne službe²⁷⁵, mrliškopregledne službe, delo v preventivnih centrih), kar močno vpliva na obremenjenost zdravnikov.

Tudi ZZ je v okviru svojih prizadevanj za izboljšanje interesov zdravnikov izvajala ankete in analize, kadar je presodila, da so te potrebne in strokovno utemeljene. Tako je maja 2017 na novinarski konferenci poročala o izsledkih izvedene analize²⁷⁶ o zmogljivosti zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov, ki naj bi med drugim pokazala, da bi zasebni zdravniki lahko opravili 71 dodatnih programov družinske medicine, v kolikor bi ZZZS zagotovil dodatno plačilo. ZZ je pri tem pojasnila, da bi se s tem povprečna obremenitev na tim zmanjšala, vendar ocene o možnosti zagotovitve dodatnih zdravniških kapacitet v programih družinske medicine v reviziji ni podkrepila s konkretnimi podatki.

V marcu 2019 je ZZ izvedla še Anketo zdravnikov na primarni ravni²⁷⁷ (v nadaljevanju: anketa ZZ 2019). Iz analize rezultatov ankete ZZ 2019 med drugim izhaja, da zdravnike najbolj moti administracija, pri čemer polovica družinskih zdravnikov poroča, da vnašanju podatkov v računalnik povprečno nameni od 26 do 50 % dnevnega časa. Poleg tega iz ankete izhaja še, da 60 % družinskih zdravnikov dnevno obravnava povprečno od 41 do 60 bolnikov, 19 % pa od 61 do 80 % ter da naj bi 70 % družinskih zdravnikov že občutilo izgorelost.

Ob dejstvu, da odgovori zdravnikov v okviru vprašalnikov in anket, ki sta jih pripravila MZ in ZZ, niso bili nujno objektivni, bi bilo po naši oceni smiselno, da bi podatke o dejanskih obremenitvah družinskih zdravnikov (v okviru ordinacijskega časa oziroma v okviru rednega delovnega razmerja) za potrebe analiz pridobivala od ZZZS, ki spremlja podatke o številu obiskov ter vrsti obravnav, hkrati

²⁷⁰ Pred izdajo soglasja so upoštevali največje še dopustne tedenske obremenjenosti zdravnikov, upoštevajoč določbe o minimalnem trajanju dnevnega in tedenskega počitka in letnega dopusta (53.a, 53.b, 53.c člen ZZDej).

²⁷¹ ZD Domžale na primer pojasnjuje, da so v letu 2018 kar 8-krat objavili razpis, vendar se na objavljene razpise ni prijavil noben kandidat. Kljub objavljenim razpisom za prosta delovna mesta, iskanju kadra v tujini ter ponujanju pogodbenega dela zunanjim izvajalcem ZD Tolmin v 10 letih ni uspel zaposliti nobenega dodatnega zdravnika.

²⁷² Splošna bolnišnica Slovenj Gradec pojasnjuje, da so za realizacijo programa, opredeljenega z ZZZS, zaradi preobremenjenosti zdravnikov imeli na dan 30. 6. 2019 sklenjenih 24 podjemnih pogodb z zunanjimi izvajalci.

²⁷³ ZD dr. Adolfa Drolca Maribor.

²⁷⁴ ZD Slovenska Bistrica navaja, da zdravniki, ki so podali soglasje za opravljanje nadur, le te dosežejo v prvih 5 mesecih leta.

²⁷⁵ V letu 2019 sta 2 zdravnici v ZD Slovenska Bistrica podali odpoved dela v dežurni službi zaradi izgorelosti.

²⁷⁶ Analize ZZ v reviziji ni predložila.

²⁷⁷ Objava rezultatov ankete na Javni tribuni: Zmoremo zgraditi sistem po meri bolnika in stroke v primarnem zdravstvu?, 25. 3. 2019, [URL: https://www.zdravniskazbornica.si/docs/default-source/novice-dokumenti/javna_tribuna-_ppt_zdc.pdf], 1. 9. 2021.

pa bi lahko podatke pridobivala tudi od Ministrstva za javno upravo, ki spremlja podatke o opravljenem in izplačanem delu preko polnega delovnega časa oziroma za povečan obseg dela. Ugotovili smo, da je bilo v obdobju, na katero se nanaša revizija, zdravnikom izplačanih 339.600.962 EUR za opravljene nadure (za delo preko polnega delovnega časa) ter 21.428.658 EUR za povečan obseg dela pri izvajanju redne dejavnosti. Pri tem je vsak zdravnik na primarni ravni v letu 2018 opravil v povprečju 188,6 nadure letno, vsak zdravnik na sekundarni ravni 325 nadur²⁷⁸ letno in zdravnik na terciarni ravni 302,9 nadure²⁷⁹ letno.

ZZ je s ciljem odprave kriznih razmer na področju osnovnega zdravstva in odprave čakalnih dob pripravila predlog Zakona o interventnih ukrepih za stabilizacijo zdravstvenega sistema (v nadaljevanju: predlog interventnega zakona), v katerem je predlagala, da naj bi se zdravniki iz zasebne prakse na podlagi vladnega sklepa o vrstah zdravstvenih storitev in vabila ZZS k dajanju ponudb izbrali in aktivirali v javni mreži kot neodvisni ponudniki, ki naj bi na podlagi pogodb z izvajalci v javni mreži zdravstvene dejavnosti začasno opravljali storitve zdravniške službe.

V zvezi z obremenjenostjo zdravnikov je ZZ v letu 2019 predlagala tudi nov model financiranja, s katerim naj bi se med drugim GK zniževali 5 % na leto do ciljne ravni 1.500 GK in bi bilo z njim omogočeno približevanje k strokovnemu normativu 1.200 opredeljenih oseb. Predlagani model financiranja je bil zavržen tako v okviru pogajanj za sprejem splošnega dogovora za leto 2020 kot tudi s strani vlade.

Iz dokumentacije, ki smo jo prejeli od ZZ, ni bilo mogoče potrditi, da sta bila predlog interventnega zakona in model financiranja pripravljena na podlagi analiz o obremenitvah zdravnikov v javni zdravstveni mreži. Ob dejstvu, da naloga ZZ v zvezi z izvajanjem analiz v predpisih ni izrecno določena, tako navedena dokumenta nista bila utemeljena v smislu potrebnosti razbremenjevanja zdravnikov.

Po naši oceni bi morali vsi predlogi predpisov temeljiti in izhajati iz ustreznih analiz obremenitev zdravnikov. Pri tem je treba za ugotovitev dejanskih obremenitev zdravnikov natančno analizirati podatke o številu obiskov po vrsti obravnave ter opravljenih nadurah in šele na podlagi rezultatov analiz iskati vzroke za različne obremenitve (na primer preveliko število opredeljenih oseb, ki so kronični bolniki, neustrezna organizacija dela, velik obseg nadomeščanja in poleg rednega dela še opravljanje dela na različnih deloviščih in podobno). Na podlagi analize vzrokov preobremenitev bi lahko MZ (v prvi fazi) pristopilo k ustreznemu ukrepanju v smeri razbremenitve predvsem tistih zdravnikov, za katere podatki nesporno kažejo preobremenjenost. V drugi fazi pa bi morale MZ napore vložiti v zagotovitev pravne ureditve, ki bi na sistemski ravni zagotavljala pogoje za vzdržno in primerljivo obremenitev zdravnikov in s tem enako ali vsaj bolj primerljivo obravnavo vseh zdravnikov. To je po naši oceni mogoče izvesti le z opazovanjem načina obravnav in štetjem obravnav pacientov v času ordinacije na primerno velikem vzorcu zdravnikov. Posnetek stanja dela zdravnikov je temeljna osnova za določitev realnih zdravniških standardov in normativov, na katerih naj temeljijo vsi ostali zdravstveni mehanizmi (kot na primer: načrtovanje potrebnega števila zdravnikov, določitev zgornje meje, pri kateri naj zdravniki odklanjajo zavarovane osebe, financiranje in plačni sistem zdravnikov).

²⁷⁸ V povprečju 1.343 zdravnikov.

²⁷⁹ V povprečju 1.787 zdravnikov.

Po drugi strani pa MZ ni spremljalo obremenitev zdravnikov zaradi aktiviranja pri več izvajalcih zdravstvene dejavnosti v okviru in izven mreže javne zdravstvene službe, in sicer na podlagi različnih vrst zaposlitve (redna zaposlitev, podjemne pogodbe, zaposlitev pri zdravnikih zasebnikih²⁸⁰), saj za tako spremljanje tudi ni zagotovilo ustreznih evidenc. Zato ni zagotovilo mehanizmov za ugotavljanje prekoračitev zakonskih omejitev glede dovoljenega delovnega časa in obveznega počitka in s tem ni zagotovilo pogojev za učinkovito ugotavljanje in preprečevanje preobremenjenosti zdravnikov zaradi opravljanja zdravniške službe pri več kot enem izvajalcu zdravstvene dejavnosti.

MZ je sicer prepoznalo nujnost izvedbe analize obremenjenosti ambulant na primarni ravni, saj je v ReNPZV16-25 med aktivnostmi in ukrepi za krepitev primarnega zdravstva navedlo, da bo do leta 2018 pripravilo poročilo o obremenitvah ambulant na primarni ravni od leta 2013 do leta 2018, vendar analize in s tem poročila o obremenjenosti ambulant na celotni primarni ravni MZ ni izvedlo.

2.3.2 Analize učinkov organizacije dela zdravnikov na primarni ravni

V anketi ZZ 2019 je 40 % anketiranih zdravnikov na vprašanje Kaj vas pri vašem delu najbolj ovira?, kjer je bil možen samo en odgovor, navedlo administracijo in birokracijo, 37 % zdravnikov pa je navedlo pomanjkanje časa za obravnavo pacienta. Pri tem izpostavljamo tudi odgovor na vprašanje Koliko časa v povprečju porabite za obvezno vnašanje podatkov v računalnik glede na razpoložljivi ambulantni čas enega dneva?, na katero je kar 44 % anketiranih zdravnikov odgovorilo, da za obvezno vnašanje podatkov porabijo od 26 do 50 % razpoložljivega dnevnega ambulantnega časa, 15 % zdravnikov pa je navedlo, da za administracijo porabijo več kot 51 % dnevnega ambulantnega časa. Pri tem je 14,5 % anketiranih zdravnikov odgovorilo, da se je v zadnjih 10 letih količina administracije povečala za 200 %v, 30,4 % zdravnikov pa meni, da se je količina administracije povečala za 100 %.

Ugotovili smo, da MZ v obdobju, na katero se nanaša revizija, ni proučilo ustreznosti organizacije dela zdravnikov na primarni ravni, da bi ugotovilo, ali so zdravniki morda preobremenjeni tudi zaradi prevelikega obsega administrativnega dela (in katerega), neustrezne razporeditve administracije v okviru zdravniškega tima, neustreznih programskih orodij, skromne računalniške pismenosti starejših zdravnikov. Prav tako ni proučilo, ali in koliko zdravnikov z uporabo informacijskih rešitev skrajšuje čas obdelave podatkov o pacientu in zdravniškem pregledu. Zato zdravnikom tudi ni podajalo nobenih usmeritev oziroma navodil glede najbolj učinkovite organizacije dela, prav tako ni izpostavilo nobenega primera dobre prakse.

Pojasnilo MZ

MZ s stališča porabe časa zdravnikov ni izvajalo analiz. Je pa pripravljalo evalvacije učinkov projekta eZdravje (eRecept in eNaročanje), ki je doprinesel k administrativni razbremenitvi zdravnikov.

Opustitev aktivnosti, s katerimi bi MZ lahko prispevalo k vsaj delni razbremenitvi zdravnikov, po naši oceni pomeni oddaljevanje od iskanja rešitev za razbremenjevanje zdravnikov.

²⁸⁰ Pri zdravnikih zasebnikih, ki so fizične osebe oziroma pri pravnih osebah.

2.3.3 Analize števila obiskov kot elementa obremenitev družinskih zdravnikov

Da je število obiskov pomemben element pri ugotavljanju obremenitev družinskih zdravnikov, kaže tudi ugotovitev ZZZS²⁸¹, da je v Sloveniji na primarni ravni število obiskov na prebivalca v zunaj bolnišnični dejavnosti za 18,9 % večje od povprečja EU-15. To lahko pomeni, da so slovenske zavarovane osebe bodisi bolj bolne in/ali bolj zahtevne od povprečne zavarovane osebe v državah EU. Število obiskov zavarovanih oseb se od leta 2013 še povečuje. Na povečevanje števila obiskov pa lahko vplivata tudi staranje prebivalcev (v letu 2018 se je število zavarovanih oseb, starejših od 65 let, glede na leto 2008 povečalo za 20 %²⁸²) in naraščanje števila opredeljenih zavarovanih oseb (v letu 2019 se je število opredeljenih zavarovanih oseb povečalo za 5,6 % v primerjavi z letom 2008).

Po podatkih ZZZS je vsaka zavarovana oseba v letu 2013 v povprečju obiskala družinskega zdravnika 3,9-krat na leto, v letu 2018 pa v povprečju 4,3-krat na leto. (Tabela 8). Pri tem je obisk lahko pomenil krajšo ali daljšo obravnavo pacienta. Ker MZ v celotnem obdobju, na katero se nanaša revizija, ni izvedlo nobene analize obremenitev družinskih zdravnikov glede na število obiskov, ni bilo mogoče oceniti, ali tak podatek ob domnevnem pomanjkanju družinskih zdravnikov (podatki o razpoložljivih zdravniških kapacitetah niso znani) pomeni preveliko obremenitev družinskih zdravnikov. Zato smo v reviziji sami analizirali podatke o številu obiskov družinskih zdravnikov v letu 2018. Od ZZZS smo pridobili podatke o:

- številu družinskih zdravnikov glede na obseg programa, ki ga opravljajo pri izvajalcu, in sicer posebej za javne zdravstvene zavode in posebej za koncesionarje,
- številu zdravniških timov, posebej za javne zdravstvene zavode in posebej za koncesionarje,
- povprečnem številu opredeljenih zavarovanih oseb na zdravniški tim,
- številu obiskov po posameznih družinskih zdravnikih,
- številu kratkih²⁸³ obiskov in številu obsežnih pregledov za posamezne družinske zdravnike.

²⁸¹ Poslovno poročilo ZZZS za leto 2018, str. 16 (tabela 4), [URL: <https://www.zzzs.si/?id=126&detail=8BA7CB093E9155EBC12583C80038F7CD>], 1. 9. 2021.

²⁸² Poslovno poročilo ZZZS za leto 2018, str. 14, tabela 2 (v letu 2008 je bilo 16,7 % vseh zavarovanih oseb, starejših od 65 let, v letu 2018 pa je delež zavarovanih oseb, starih nad 65 let, narasel na 20,1 %).

²⁸³ Kratki obiski (šifra K0001) predstavljajo kratek obisk, informacijo brez pregleda in posega, krajši telefonski ali elektronski posvet med zdravnikom in bolnikom, merjenje krvnega pritiska ali parenteralno aplikacijo zdravila, če eno ali drugo opravi medicinska sestra po naročilu osebnega zdravnika, ponovni predpis recepta urejenim kroničnim bolnikom za dolgotrajno terapijo, izdaja potrdila o nezmožnosti za delo na podlagi odpustnega pisma, izdaja napotnice, če gre za naročeno kontrolo pri specialistu, po prvem, nujnem specialističnem pregledu, ponovni predpis medicinskega pripomočka, izdaja zdravniških potrdil, s katerim se prepreči poslabšanje zdravstvenega stanja zavarovane osebe.

Tabela 8 Število obiskov zavarovanih oseb na zdravniški tim/dan pri družinskih zdravnikih v letih 2013 in 2018

Leto	Število opredeljenih zavarovanih oseb	Število zdravniških timov	Število vseh obiskov zavarovanih oseb	Povprečno število obiskov na tim /dan ²⁸⁴	Število kratkih obiskov (šifra K0001)	Povprečno število kratkih obiskov na tim/ dan ²⁸⁵	Delež kratkih obiskov v številu vseh obiskov
Javni zavodi							
2013	1.350.187	563	5.033.917	40,6	2.222.491	17,9	44,2
2018	1.411.813	632	5.894.367	42	3.067.885	22,1	52,0
Koncesionarji							
2013	655.722	277	2.749.973	45,1	978.744	16,1	35,6
2018	623.451	274	2.954.990	49,0	1.317.779	21,9	44,6
Skupaj javna mreža							
2013	2.005.909	840	7.783.890	42,1	3.201.235	17,3	41,1
2018	2.035.264	906	8.849.357	44,4	4.385.664	22,0	49,6

Vir: podatki ZZS.

Družinski zdravniki koncesionarji izvedejo med 11 in 15 % več storitev na tim/dan kot družinski zdravniki v javnih zdravstvenih zavodih, pri tem pa imajo manjši delež kratkih obiskov na tim/dan (Tabela 8). MZ ni izkazalo, da je kadarkoli analiziralo razloge za to, da so koncesionarji v primerjavi z zdravniki v javnih zdravstvenih zavodih učinkovitejši glede števila in vrste obravnav, prav tako ni izkazalo, da je pripravilo metodologijo za analiziranje kakovosti obravnav, ki bi lahko bila tudi podlaga za preverjanje enotnosti delovanja vseh zdravnikov pri izvajanju istovrstnih obravnav.

ZZ je v sodelovanju s FIDES in Slovenskim zdravniškim društvom v modri knjigi opozorila na preobremenitev družinskih zdravnikov, pri tem pa določila normativ 1.500 GK/zdravnika primarne ravni, ki torej temelji na glavarinskem sistemu.

Ker MZ ni izkazalo, da je v obdobju, na katero se revizija nanaša, izvedlo natančno analizo, s katero bi potrdilo, da je glavarinski sistem neposredno vezan na število obiskov in zato predstavlja pravičen sistem glede ugotavljanja in nagrajevanja prevelikih obremenitev družinskih zdravnikov, smo v reviziji sami želeli ugotoviti, ali in kako so GK pokazatelj dejanskih obremenitev zdravnikov.

Iz podatkov ZZS²⁸⁶ izhaja, da so imeli družinski zdravniki v obdobju, na katero se nanaša revizija, bistveno različno število opredeljenih zavarovanih oseb in zaradi tega bistveno različne GK/tim,

²⁸⁴ V splošnih dogovorih je določeno 1.430 ur letnega učinkovitega dela ambulate (oziroma 1.430 ur na leto / 220 delovnih dni = 6,5 ure/dan). Izračun = število vseh obiskov zavarovancev / številom zdravniških timov / 220 delovnih dni.

²⁸⁵ Izračun = število vseh kratkih obiskov / številom zdravniških timov / 220 delovnih dni.

²⁸⁶ Število opredeljenih zavarovanih oseb na aktivnega zdravnika v dejavnosti splošne ambulate (302001) in za dispanzer za otroke in šolarje (327009) na dan 1. 1. 2019, ZZS, [URL:

hkrati pa so imeli družinski zdravniki tudi različen obseg zdravniškega tima²⁸⁷, saj so lahko v programe vključeni v različnem obsegu, ki ga določi izvajalec.

Pojasnila ZZZS

Ni nujno, da posamezni program izvaja le 1 tim. ZZZS v pogodbi z izvajalcem dogovori skupen obseg programa za posamezno dejavnost, določitev, koliko programa izvaja posamezen zdravnik, pa ni regulirana s strani ZZZS, pač pa obseg programa posameznega zdravnika opredeli pristojna in odgovorna oseba vodstva zavoda oziroma izvajalec. ZZZS torej z izvajalci zdravstvenih storitev dogovori pogodbeni obseg dela, razporeditev tega obsega med posamezne zdravnike pa je v domeni izvajalca (na primer zdravnik lahko opravlja delo v obsegu 16,25 ure ordinacijskega časa tedensko²⁸⁸ oziroma 0,5 tima). ZZZS z izvajalcem v pogodbi dogovori pogodbeno število timov, od delodajalcev pa se pričakuje, da za pogodbeni obseg timov zagotovijo ustrezno število kadra oziroma s posameznimi zdravniki dogovorijo večji obseg v skladu s predpisi, ki se nanašajo na to področje. Podatek o številu timov za posameznega zdravnika posreduje ZZZS izvajalec. V modri knjigi je postavljen standard 1.500 GK/zdravnika, kar se razume za obseg dela 1 tima. 1.895 GK, opredeljenih v Aneksu 1 k Splošnemu dogovoru 2019 (v nadaljevanju: aneks 1 SD 2019), in pomeni GK/tim.

Zaradi večje preglednosti smo v reviziji podrobno proučili le obiske pri zdravnikih, ki so programe izvajali v obsegu 1 tima (in je bil zdravnik v celoti vključen v program), kar pomeni, da je njihov ordinacijski čas trajal 32,5 ure na teden oziroma 6,5 ure na dan. Tako smo preverili 639 oziroma 61,8 % vseh 1.034 družinskih zdravnikov v letu 2018, ki so imeli v letu 2018 skupaj 5.585.818 obiskov²⁸⁹ (oziroma 63,1 % vseh obiskov) zavarovanih oseb. Zdravnik je imel v povprečju skupaj 8.742 obiskov na leto, kar pomeni skoraj 40 obiskov v povprečju na dan na zdravnika oziroma na tim²⁹⁰ (Tabela 9).

Tabela 9 Povprečno število obiskov zavarovanih oseb pri družinskih zdravnikih (z ordinacijskim časom 32,5 ure na teden) v letu 2018

Število obiskov zavarovancev v letu 2018/tim	Število družinskih zdravnikov	Delež družinskih zdravnikov	Število vseh obiskov na leto	Povprečno število obiskov na dan ²⁹¹
od 0 do 1.000	14	2,2	6.024	2,0
od 1.001 do 4.000	43	6,7	111.796	11,8
od 4.001 do 7.000	74	11,6	424.974	26,1
od 7.001 do 10.000	284	44,4	2.433.976	39,0
od 10.000 do 16.418	224	35,1	2.609.048	52,9
	639	100	5.585.818	39,7

Vir: podatki ZZZS.

²⁸⁷ Izračun v stolpcu K v Excelovi tabeli Seznam zdravnikov na dan 1. 9. 2019 pri ZZZS.

²⁸⁸ $0,5 * 32,5$ ure ordinacijskega časa tedensko za en tim.

²⁸⁹ Od skupno 8.849.357 obiskov zavarovanih oseb pri družinskih zdravnikih.

²⁹⁰ $5.585.818$ obiskov na leto / 639 zdravnikov = 8.742 obiskov na zdravnika na leto / 220 delovnih dni = $39,7$ obiska na dan.

²⁹¹ Število vseh obiskov / številom zdravnikov / 220 delovnih dni.

Izračunali smo, da so lahko najbolj obremenjeni zdravniki (4 % najbolj obremenjenih zdravnikov, ki so imeli v povprečju več kot 61 obiskov na dan) namenili vsaki zavarovani osebi v povprečju od 5,2 do 6,4 minute za obravnavo, pri tem so v navedenem času upoštevani tudi kratki obiski. Po drugi strani pa so zdravniki (60 % vseh zdravnikov, ki so imeli v povprečju od 31 do 60 obiskov na dan) zavarovanim osebam namenili v povprečju od 6,5 do 12,6 minute na obisk, pri čemer smo ugotovili, da je bila približno polovica vseh obiskov evidentirana med kratkimi obiski. To pomeni, da je večina družinskih zdravnikov lahko opravila zdravniške obravnave v okviru normativov iz modre knjige, kjer je bil na primer za prvi pregled za akutno bolezen (kot za najzahtevnejši pregled) priporočen čas obravnave 12 minut, ob upoštevanju dejstva, da je skoraj polovica obiskov evidentirana kot kratki obiski (Tabela 10).

Tabela 10 Povprečen čas obravnave zavarovanih oseb pri družinskih zdravnikih (z ordinacijskim časom 32,5 ure na teden) v letu 2018

Število obiskov zavarovanih oseb v letu 2018 na dan	Število zdravnikov družinske medicine	V odstotkih	Število minut na zavarovano osebo ²⁹²
od 61 do 75	27	4,2	od 6,4 do 5,2
od 51 do 60,99	90	14,1	od 7,6 do 6,4
od 41 do 50,99	207	32,4	od 9,5 do 7,6
od 31 do 40,99	188	29,4	od 12,6 do 9,5
od 21 do 30,99	60	9,4	od 18,6 do 12,6
od 11 do 20,99	34	5,3	od 35,5 do 18,6
0 do 10,99	33	5,2	do 35,5
	639	100	

Vir: podatki ZZS.

Preverili smo, ali in kako je povprečno število obiskov na tim/zdravnika/dan vezano na GK/zdravnika/tim. Tako smo družinske zdravnike razvrstili v posamezne razrede glede na njihov obseg GK ter podatke uparili s povprečnim številom obiskov zavarovanih oseb pri teh zdravnikih na dan (Tabela 11).

²⁹² Število minut na zavarovanca smo izračunali tako, da smo 390 minut na dan (6,5 ure x 60 minut) delili s številom obiskov zavarovancev.

Tabela 11 Povezanost povprečnega števila obiskov/tim/zdravnika/dan z GK teh zdravnikov v letu 2018

Razredi za razporeditev družinskih zdravnikov glede na obseg GK/zdravniški tim	Število zdravniških timov	Število vseh obiskov zavarovanih oseb v letu 2018	Povprečno število obiskov zavarovanih oseb na dan/zdravniški tim
0	4	5.855	6,7
od 1 do 1.500	56	235.441	19,1
od 1.500,01 do 1.895	29	186.408	29,2
od 1.895,01 do 1.995	19	137.664	32,9
od 1.995,01 do 2.100	21	161.875	35,0
od 2.100,01 do 3.000	437	4.010.718	41,7
od 3.000	73	847.857	52,8
Skupaj	639	5.585.818	39,7

Vir: podatki ZZZS.

Ugotovili smo, da obstaja povezava med GK in povprečnim številom obiskov na tim/zdravnika/dan, vendar pa zaradi podatkov o povprečnem številu obiskov ni bilo mogoče potrditi pravičnosti glavarinskega sistema glede dejanskih obremenitev posameznih družinskih zdravnikov. Hkrati smo ugotovili, da je 550 zdravnikov (v vzorcu so bili le zdravniki, ki so opravljali delo v obsegu 1 tima), ki so imeli GK višji od 1.895 GK/tim na dan, v povprečju obravnavalo od 32,9 do 52,8 zavarovane osebe, pri čemer je bila skoraj polovica obiskov zavarovanih oseb kratkih obiskov.

Dejanske obremenitve, povezane s številom obiskov in hkrati z obsegom GK/tim, smo preverili še na posameznih primerih družinskih zdravnikov, in sicer tako, da smo v vzorec v okviru posameznega razreda izbrali 2 zdravnika z najmanj in 2 zdravnika z največ obiski (Tabela 12). Na navedenem vzorcu smo ugotovili, da imajo lahko zdravniki, ki sicer po obsegu GK/tim sodijo v isti razred glede razpona GK/tim, dejansko bistveno različno število obiskov. Vzroki za taka odstopanja so lahko zelo različni, in sicer povečano število obiskov zaradi nadomeščanja zdravnika, zmanjšano število obiskov zaradi odsotnosti zdravnika od dela, povečano število obiskov zaradi velikega števila kroničnih bolnikov in podobno. Vendar pa MZ vzrokov za različno število obiskov pri primerljivem obsegu GK/tim ni ugotavljalo. Na podlagi podatkov (Tabela 12 prikazuje le skrajne primere v okviru vsakega posameznega razreda) zaključujemo, da glavarinski sistem dopušča, da število obiskov ni sorazmerno z obsegom GK/tim.

Tabela 12 Skrajni primeri različnih obremenitev družinskih zdravnikov glede na število obiskov in obseg GK

Primer	Razred GK/tim	Število obiskov v letu 2018	Število obiskov/dan
A		8	0,04
B	nad 3.000	6.041	27,46
C		16.418	74,63
Č		16.162	73,46
D		1	0
E	2.100,01–3.000	6	0,03
F		14.409	65,50
G		15.235	69,25
H		2.569	11,68
I	1.995,01–2.100	3.352	15,24
J		10.918	49,63
K		11.204	50,93
L		318	1,45
M	1.895,01–1.995	1.225	5,57
N		11.031	50,14
O		11.137	50,62
P		1.517	6,90
R	1.500,01–1.895	2.836	12,89
S		8.777	39,90
Š		9.294	42,25
T		400	1,82
U	1–1.500	426	1,94
V		8.513	38,70
Z		9.649	43,86

Vir: podatki ZZZS.

Kot primer anomalije glede obremenitve zdravnika izpostavljamo primer 1.

Primer 1

Pri zdravniku družinske medicine smo ugotovili, da je ta v letu 2018 opravljal program v obsegu 0,10 tima, kar pomeni 3,25²⁹³ ure na teden, pri tem pa je imel v tem letu 4.527 obiskov zavarovanih oseb oziroma 20,6 obiska na dan. To pomeni, da je vsako minuto v povprečju pregledal 2 pacienta.

²⁹³ 3,25 ure / teden / 5 dni = 0,65 ure na dan oziroma 0,65 ure * 60 minut = 39 minut.

Ocenjujemo, da GK ne odražajo nujno realnega stanja glede obremenitve posameznega zdravnika. To je pomembno predvsem zato, ker je MZ dopustilo, da so vsi postopki, programi, projekti in aktivnosti vezani izključno na glavarinski sistem. Tako so na glavarinski sistem vezani zdravniški standardi in normativi, pravica zdravnikov do odklanjanja zavarovanih oseb, nagrajevanje zdravnikov in sporočanje potreb izvajalcev zdravstvene dejavnosti po zdravnikih v okviru postopkov določanja števila in specializacij. Zaradi tega je po naši oceni treba natančno proučiti ustreznost glavarinskega sistema.

2.3.4 Učinek sistema opredeljevanja in odklanjanja novih zavarovanih oseb

Splošni dogovori²⁹⁴ so do leta 2018 določali, da lahko zdravniki na primarni ravni odklonijo opredeljevanje novih zavarovanih oseb, ko dosežejo obremenitev slovenskega povprečja GK po posameznih specialnostih. V letu 2018 so lahko v primeru, da pri delodajalcu (izvajalcu zdravstvene dejavnosti) niso bile izčrpane vse kadrovske organizacijske možnosti²⁹⁵ opredeljevanja zavarovanih oseb, zdravniki družinske medicine in pediatri odklonili opredeljevanje novih zavarovanih oseb, ko so dosegli obremenitev 2.100 GK²⁹⁶. S Splošnim dogovorom 2019²⁹⁷ (v nadaljevanju: SD 2019) pa je bilo sprva določeno, da lahko družinski zdravniki na primarni ravni odklonijo opredeljevanje novih zavarovanih oseb, ko presežejo povprečje GK po posamezni specialnosti v izpostavi ZZZS²⁹⁸ (in ne več glede na povprečje v državi, kot je to veljalo do tedaj). Vendar pa je bilo naknadno (kot posledica odziva zdravnikov z napovedovanjem kolektivnih odpovedi) z aneksom 1 SD 2019 določeno, da lahko od 1. 1. 2019 družinski zdravniki in pediatri na primarni ravni zdravstvene dejavnosti odklonijo opredeljevanje novih zavarovanih oseb, ko dosežejo obremenitev 1.895 GK. Ocenjujemo, da gre za enotno obravnavo družinskih zdravnikov in pediatrov ob upoštevanju trenutno edinega veljavnega kriterija, to je GK. Vendar pa je imela v letu 2019 večina zdravnikov že toliko opredeljenih oseb, da so presegali mejo iz aneksa 1 SD 2019 za odklanjanje zavarovanih oseb (zdravnik družinske medicine je imel 30. 9. 2019 v povprečju 2.357 GK ali približno 1.640 opredeljenih oseb)²⁹⁹. V zvezi s tem je MZ julija 2019 podalo ZZZS³⁰⁰ naslednjo razlago:

- obstoječi timi z visoko glavarino nad 1.895 GK na podlagi tega aneksa svojih opredeljenih zavarovanih oseb ne bodo izpisovali, bodo pa te vzpodbujali za izbiro osebnega zdravnika v timih z nižjo glavarino,

²⁹⁴ [URL: https://partner.zzzs.si/wps/portal/portali/aizv/zdravstvene_storitve/splosni_dogovori_in_aneksi/splosni_dogovori_in_aneksi/], 1. 9. 2021.

²⁹⁵ Na primer: razpisi za nove zaposlitve, predlogi potreb po novih specializacijah, sklepanje podjemnih pogodb z zdravniki, preusmerjanje polnoletnih zavarovanih oseb od pediatra k družinskemu zdravniku.

²⁹⁶ 5. člen Priloge ZD ZAS Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2018 – Oblikovanje in financiranje programov na primarni ravni.

²⁹⁷ 5. člen Priloge ZD ZAS Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2019 – Oblikovanje in financiranje programov na primarni ravni.

²⁹⁸ 55 izpostav ZZZS. To pomeni, da je lahko na podlagi aneksa 1 SD 2019 znotraj posamezne izpostave ZZZS več zdravnikov, ki presegajo slovensko povprečje in zato lahko upravičeno odklonijo zavarovano osebo.

²⁹⁹ [URL: https://partner.zzzs.si/wps/portal/portali/aizv/zdravstvene_storitve/izbira_osebnega_zdravnika/seznam_zdr_v_spl_amb_otr_in_sol_dispan/], 1. 9. 2021.

³⁰⁰ Navedba razlage MZ na spletni strani ZZZS, [URL: <https://zavarovanec.zzzs.si/wps/portal/portali/azos/ioz/>], 1. 9. 2021.

- opredeljevanje novih zavarovanih oseb so najprej dolžni izvajati vsi timi, ki ne dosegajo 1.895 GK, določenih za leto 2019, ter timi z najmanjšim številom GK ali opredeljenih zavarovanih oseb v območni enoti,
- obstoječi timi, ki presegajo dogovorjeni normativ GK ali število opredeljenih zavarovanih oseb za leto 2019, izvajajo zdravstvene storitve do 130 % preseganja v rednem ordinacijskem času, pri preseganju 130 % ter sorazmerno večjemu deležu nad 130 % podaljšajo tudi ordinacijski čas.

MZ s partnerji pri sklepanju aneksa 1 SD 2019 ni zagotovilo systemske rešitve, ki bi zagotavljala enako obravnavo družinskih zdravnikov. Neenakomerna obremenitev zdravnikov pa se bo ob upokojitvah družinskih zdravnikov, ki imajo GK nad 1.895, in ob upoštevanju aneksa 1 SD 2019 še povečevala, saj timi, ki prevzemajo ambulantno, v kateri je imel nosilec GK več kot 1.895 GK, prevzamejo večinoma tudi vse opredeljene zavarovane osebe. Obstaja pa verjetnost, da bodo mladi družinski zdravniki, ki bodo prevzeli nov program družinske medicine, sprejeli le toliko opredeljenih zavarovanih oseb, da bodo dosegli 1.895 GK. Pri tem bodo lahko preostale opredeljene osebe, ki jih bodo mladi zdravniki odklonili, ob nespremenjenem sistemu zagotavljanja družinskih zdravnikov ostale brez osebnega zdravnika.

K neenaki obravnavi družinskih zdravnikov in tudi zavarovanih oseb pa prispevata tudi Zakon o pacientovih pravicah³⁰¹ (v nadaljevanju: ZPacP) in Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja³⁰² (v nadaljevanju: pravila OZZ), ki ne zagotavljata nujno enakomerne razporeditve zavarovanih oseb po razpoložljivih zdravnikih. Zavarovane osebe se namreč v skladu z ZPacP³⁰³ in pravili OZZ³⁰⁴ po svoji lastni presoji odločajo za osebnega zdravnika in niso zavezane poiskati zdravnika, ki je najlažje dosegljiv (praviloma v bližini svojega prebivališča). Po drugi strani pa obstoječi sistem izbire zdravnika ob pomanjkanju družinskih zdravnikov pomeni, da so zavarovane osebe, ki imajo več informacij in so hitrejši pri opredeljevanju zdravnika, v boljšem položaju od oseb, ki so bile pri opredeljevanju za zdravnika prepozne. Taka ureditev ("od spodaj navzgor") po naši oceni preprečuje učinkovito načrtovanje razporeda zdravniških delovnih mest in zaposlovanje družinskih zdravnikov po posameznih izvajalcih/občinah/regijah glede na število prebivalcev v posamezni regiji ter glede na njihove specifične potrebe.

Zaradi staranja prebivalstva se konstantno povečujejo GK pri družinskih zdravnikih, kar pomeni, da se bodo potrebe po družinskih zdravnikih povečevale v sorazmerju s staranjem prebivalcev. Zato bi morale MZ poskrbeti za enoten sistem opredeljevanja in odklanjanja zavarovanih oseb, ki bi zagotavljal primerljivo obravnavo vseh zdravnikov, to pa je mogoče zagotoviti le na podlagi zadostnega in enakomernega zagotavljanja števila zdravnikov glede na potrebe prebivalcev v posameznih regijah. Eden ključnih pogojev za zagotovitev primerljive obravnave zdravnikov je po naši oceni tudi natančna proučitev ustreznosti obstoječega glavarinskega sistema in po potrebi priprava njegovih spremembe.

³⁰¹ Uradni list RS, št. 15/08 in 55/17.

³⁰² Uradni list RS, št. 30/03 – uradno prečiščeno besedilo, 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, 85/14, 10/17 – ZČmIS in 64/18.

³⁰³ 9. člen ZPacP.

³⁰⁴ 163. člen pravil OZZ.

2.3.5 Učinki nagrajevanja zdravnikov

MZ je novembra 2016 podpisalo sporazum 2016, v katerem se je s FIDES dogovorilo, da "se v zvezi z implementacijo normativov dela zdravnikov uvede model fleksibilnega nagrajevanja zdravnikov v okviru vladnega posebnega projekta skrajševanja čakalnih dob, večje kakovosti in zagotavljanja več časa za obravnavo pacientov". V skladu z dogovorom v sporazumu 2016 je MZ pristopilo k uresničitvi dogovora neposredno po uveljavitvi standardov in normativov iz modre knjige. Tako je poskrbelo za nagrajevanje zdravnikov na podlagi različnih pravnih podlag in z različnimi pristopi, skupna osnova pa je bil glavarinski sistem, vezan na normativ iz modre knjige, in sicer:

- v letu 2017 na podlagi 10.a člena KP oziroma na podlagi aneksa KP 2017,
- v letih 2017 in 2018 na podlagi Sklepa vlade o posebnem vladnem projektu za skrajšanje čakalnih dob v zdravstvu ter povečanje kakovosti zdravstvene obravnave³⁰⁵ (v nadaljevanju: PVP),
- v letu 2019 na podlagi Aneksa št. 2 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2019³⁰⁶ (v nadaljevanju: aneks 2 SD 2019).

2.3.5.1 Fleksibilno nagrajevanje zdravnikov na podlagi aneksa KP 2017

V aneksu KP 2017³⁰⁷ je bilo določeno, da "če delodajalec normativov dela zdravnikov iz modre knjige in novonastalih kljub ukrepom (na primer nove zaposlitve, prerazporeditve) ne more implementirati v roku 3 mesecev, mora v 30 dneh pripraviti terminski načrt za njihovo uveljavitev in načrt ukrepov za vmesno obdobje, pri čemer uporabi možnost fleksibilnega nagrajevanja". Pri tem v aneksu KP 2017 niso bila določena merila in kriteriji za fleksibilno nagrajevanje, določeno je bilo le, da "v primeru, da delodajalec ne sprejme načrta ukrepov oziroma jih ne izvede, ne sme dodatno obremenjevati že zaposlenih zdravnikov³⁰⁸".

Glede na dejstvo, da aneks KP 2017 ni določil načina in vira sredstev za financiranje fleksibilnega nagrajevanja, ter ob dejstvu, da ZZZS ni odobril dodatnih sredstev izvajalcem za fleksibilno nagrajevanje, nas je zanimalo, ali in kako so izvajalci zdravstvene dejavnosti izkoristili možnosti nagrajevanja zdravnikov. Vendar odgovora na vprašanje nismo dobili, saj MZ ni spremljalo ukrepanja delodajalcev in nima podatkov o številu nagrajenih zdravnikov v letih 2017, 2018 in 2019 v okviru možnosti "fleksibilnega nagrajevanja" na podlagi aneksa KP 2017.

³⁰⁵ Sklep vlade št. 17000-3/2017/5 z dne 6. 4. 2017.

³⁰⁶ Št. 1720-1/2019-A2 z dne 18. 7. 2019.

³⁰⁷ Drugi odstavek 2. člena aneksa KP 2017, ki je bil uveljavljen 8. 4. 2017.

³⁰⁸ Drugi odstavek 10.a člena aneksa KP 2017.

2.3.5.2 Nagrajevanje zdravnikov na podlagi PVP

V skladu s sporazumom 2016 je MZ konec marca 2017 na podlagi Zakona o sistemu plač v javnem sektorju³⁰⁹ posredovalo vladi v sprejem predlog za izvedbo PVP. V okviru PVP naj bi izvajalci zdravstvene dejavnosti zagotovili skrajšanje čakalnih dob in povečanje kakovosti zdravstvene obravnave pacientov, med drugim z opravljanjem dela prek normativov dela zdravnikov, dodatnimi urami dela s pacienti, povečanjem obsega opravljanja zdravstvenih storitev, stimuliranjem doseganja skrajševanja čakalnih dob z zmanjševanjem nastajanja novih čakalnih dob ter stimulativnim nagrajevanjem javnih uslužbencev. Javni uslužbenci so bili lahko nagrajeni največ v obsegu 30 % osnovne plače³¹⁰.

Predpogoj za stimulativno nagrajevanje zdravnikov na primarni ravni naj bi bila med drugim dosledna uporaba storitev eZdravje (eRecept, eNapotnica). Kriterij za izplačilo delovne uspešnosti za družinske zdravnike in pediatri naj bi bilo preseganje normativov iz modre knjige, pri tem naj bi bila merila za nagrade zdravnikom na primarni ravni vezana na preseganje normativa 1.501 GK (Tabela 13). Pri tem naj bi zdravniki hkrati opravili storitve, ki so za paciente prijaznejše in pomenijo zmanjšanje števila nepotrebnih napotitev na sekundarno in terciarno raven³¹¹.

Tabela 13 Merila za nagrade zdravnikov na primarni ravni, ki so temeljila na preseganju normativa 1.500 GK iz modre knjige

Merila za družinske zdravnike in pediatrie:	Merila za ginekologe
1.501 do 1.700 GK: 5 % od osnovne plače 1.701 do 1.900 GK: 8 % od osnovne plače 1.901 do 2.100 GK: 12 % od osnovne plače (+ najmanj 1 ura dodatnega dela s pacienti na teden) - nad 2.101 GK: 15 % od osnovne plače (+ najmanj 2 uri dodatnega dela s pacienti na teden)	1.500 do 1.700 GK: 5 % od osnovne plače 1.701 do 1.900 GK: 7 % od osnovne plače (+ najmanj 1 ura dodatnega dela s pacienti na teden) - nad 1.901: 15 % od osnovne plače (+ najmanj 2 uri dodatnega dela s pacienti na teden)

Vir: predlog za izvedbo PVP, Priloga 3.

Vlada je predlog za izvedbo PVP sprejela aprila 2017 (v enem mesecu od prejetja predloga od MZ) in določila, da Ministrstvo za finance za njegovo izvedbo v letih 2017 in 2018 zagotovi 36 milijonov EUR. MZ v predlogu za izvedbo PVP, ki ga je posredovalo v obravnavo vladi, oziroma drugi dokumentaciji ni izkazalo, kako je izračunalo potrebna sredstva za izvedbo PVP, niti ni izvedlo analize o tem, v okviru katerih zdravstvenih storitev ter pri katerih konkretnih izvajalcih zdravstvene dejavnosti bi bilo s PVP mogoče skrajšati čakalne dobe in zagotoviti kakovostnejšo obravnavo. Zaradi nedorečenosti predloga za izvedbo PVP ter hkrati zaradi opustitve analize potreb po izvedbi PVP ter

³⁰⁹ Uradni list RS, št. 108/09 – uradno prečiščeno besedilo, 13/10, 59/10, 85/10, 107/10, 35/11 – ORZSPJS49a, 27/12 – odl. US, 40/12 – ZUJF, 46/13, 25/14 – ZFU, 50/14, 95/14 – ZUPPJS15, 82/15, 23/17 – ZD0dv, 67/17 in 84/18.

³¹⁰ Skladno z določbami 4. člena Uredbe o delovni uspešnosti iz naslova povečanega obsega dela za javne uslužbence (Uradni list RS, št. 53/08 in 89/08) in 3. člena Zakona o ukrepih na področju plač in drugih stroškov dela za leto 2017 in drugih ukrepih v javnem sektorju (Uradni list RS, št. 88/16). MZ, Usmeritve glede izvajanja PVP na primarni ravni z dne 20. 7. 2017.

³¹¹ Predlog PVP, priloga 3.

opustitve analize predvidenih učinkov PVP ocenjujemo, da je MZ pristopilo k izvedbi PVP predvsem zaradi zavez iz sporazuma 2016, da bo poskrbelo za fleksibilno nagrajevanje zdravnikov v smislu implementacije normativov dela zdravnikov. MZ je tako v okviru izvedbe PVP izvajalo nagrajevanje zdravnikov 12 mesecev (od 1. 4. 2017 do 31. 3. 2018), pri tem se je izkazalo, da PVP ni bil uspešen niti učinkovit, saj:

- so se čakalne dobe samo na nekaterih storitvah v času izvajanja PVP skrajšale oziroma se je zmanjšalo število čakajočih pacientov,
- je bilo za PVP porabljenih 8.149.512 EUR, kar je le 22,6 % načrtovanih sredstev,
- je bilo nagrajenih povprečno 1.075 zdravnikov³¹² na mesec (17,7 % od vseh 6.063 zdravnikov),
- so se normativi na sekundarni ravni začeli vzpostavljati šele z uvedbo PVP,
- nekateri zdravniški timi niso v celoti prejeli nagrade, ker so izplačilo delovne uspešnosti prejeli že iz naslova nadomeščanja odsotnih sodelavcev oziroma iz drugih virov,
- so v 12 mesecih posamezni zdravniški timi (predpostavili smo, da je bil v tim vključen le 1 zdravnik) v povprečju opravili dodatno le 6,4 ure³¹³ (kar pomeni dodatne pol ure na mesec) v primarni dejavnosti ter 2,8 ure³¹⁴ (kar je dodatnih 15 minut na mesec) v sekundarni in terciarni dejavnosti,
- so bile po zaključku izvajanja PVP ugotovljene številne slabosti, in sicer nedorečena vsebina projekta, pomanjkljive in zapoznele usmeritve s strani MZ, napačni vhodni podatki, pogoste spremembe podatkov s strani NIJZ,
- je bilo administrativno breme sodelavcev (7 zaposlenih na MZ, 3 zaposleni na NIJZ in več zaposlenih na ZZZS) preveliko v primerjavi z rezultatom projekta,
- so bili kriteriji nagrajevanja na sekundarni in terciarni ravni prepuščeni posameznim izvajalcem zdravstvene dejavnosti, kar je posledično pomenilo različno nagrajevanje za primerljive obremenitve.

Po naši oceni z izvedbo PVP ni bilo mogoče skrajšati čakalnih vrst in izboljšati kakovosti zdravstvenih storitev, saj poleg dejstva, da zdravniški timi v okviru izvajanja PVP niso spremenili organizacije dela, tudi niso bistveno podaljšali ordinacijskega časa. Ocenjujemo, da podaljšanje ordinacijskega časa v povprečju za 15 minut do pol ure v celem mesecu ni moglo bistveno prispevati k povečanju števila obravnavanih pacientov na dan ali k izboljšanju kakovosti obravnave. Učinek izvajanja PVP je bil torej predvsem v izplačilu nagrad na podlagi preseganja GK, pri tem pa poudarjamo, da se GK pri večini zdravnikov po uveljavitvi normativov in standardov iz modre knjige večinoma niso pomembno spremenili, to pa pomeni, da so bili zdravniki nagrajeni v skupnem znesku 8 milijonov EUR, čeprav

³¹² V povprečju so nagrajeni zdravniki na primarni ravni v 12 mesecih prejeli 3.204 EUR, nagrajeni zobozdravniki na primarni ravni 2.277 EUR, zdravniki na sekundarni in terciarni ravni 1.986 EUR ter zobozdravniki na sekundarni in terciarni ravni 648 EUR.

³¹³ 7.960 ur / 1.246 zdravnikov, specialistov in zobozdravnikov. Upoštevali smo zdravniški tim, saj smo ocenili, da so drugi javni uslužbenci delali samo v tistem času kot zdravniki, specialisti oziroma zobozdravniki.

³¹⁴ 2.740 dodatnih ur / 979 zdravnikov in zobozdravnikov. Upoštevali smo zdravniški tim, saj smo ocenili, da so drugi javni uslužbenci delali samo v tistem času kot zdravniki, specialisti oziroma zobozdravniki.

glede na GK niso imeli bistveno povečanega obsega dela v primerjavi z obdobjem pred uveljavitvijo standardov in normativov.

2.3.5.3 Nagrajevanje zdravniških timov na podlagi aneksa 2 SD 2019 in Aneksa št. 3 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2019

Ker se partnerji pri sklepanju aneksa 2 SD 2019 niso mogli dogovoriti glede nagrajevanja zdravniških timov v arbitraži, je o tem vprašanju odločila vlada³¹⁵, in sicer tako, da je v aneksu 2 SD 2019 med drugim določeno³¹⁶, da:

- izvajalcem družinske medicine ter otroškega in šolskega dispanzerja ZZZS zagotovi dodatna sredstva za plače zdravstvenih delavcev v timu³¹⁷, ki na prvi dan v mesecu presega 1.895 GK, in sicer v skladu s kriteriji³¹⁸ in ob ustreznem podaljšanju ordinacijskega časa,
- morajo timi, ki presegajo število GK in želijo prejeti dodatna sredstva, sorazmerno s predvideno višino dodatka podaljšati ordinacijski čas za vsaj 1 dodatno ordinacijsko uro mesečno oziroma ustrezno več, skladno s strokovno presojo,
- se dodatna sredstva lahko porabijo le za plače navedenih delavcev, ki so dejansko opravljali delo,
- so za namensko porabo sredstev odgovorni direktorji zdravstvenih domov oziroma koncesionarji, nadzor nad pravilnostjo izplačil pa izvaja pristojni inšpektorat,
- navedene določbe veljajo od 1. 8. 2019³¹⁹.

Minister je 16. 7. 2019 sprejel sklep o posebnih programih, za katere je zagotovljen vir financiranja in na podlagi katerih se lahko z zaposlenimi sklepa podjemna pogodba, vendar nagrajevanja zdravniških timov na podlagi aneksa 2 SD 2019 minister v tem sklepu ni določil, saj je bil aneks 2 SD 2019 sprejet 2 dni kasneje. Čeprav je bilo v aneksu 2 SD 2019 določeno, da bodo dodatna sredstva porabljena za plače zdravstvenih delavcev v timu in zagotovljena od ZZZS, je minister julija 2019 izdal Sklep o posebnih programih na primarni ravni (v nadaljevanju: sklep o posebnih programih), s katerim je določil, da lahko izvajalec v primeru preseganja 1.895 GK z lastnim zaposlenim za največ 12 mesecev sklene podjemno pogodbo. Minister je torej s sklepom o posebnih programih določil, da se sredstva lahko namenijo za sklepanje podjemnih pogodb in ne za plače, kot je bilo določeno v aneksu SD 2019.

³¹⁵ Sklep vlade, št. 17200-1/2019/17 z dne 18. 7. 2019 (z 98. točko sklepa je bilo poseženo v drugi odstavek 1. točke Priloge III/a in v 20. točko 35. člena SD 2019, ki urejata obračunski model v osnovnem zdravstvu in ordinacijski čas ambulant).

³¹⁶ 14. člen aneksa 2 SD 2019.

³¹⁷ Tim sestavlja zdravnik, tehnik zdravstvene nege in diplomirana medicinska sestra v otroških in šolskih dispanzerjih.

³¹⁸ 4 % od osnove za preseganje GK od 100 do 200 GK, 8 % od osnove za preseganje GK od 201 do 300 GK, 12 % od osnove za preseganje GK od 301 do 400 GK, za 16 % od osnove za preseganje GK za 401 do 500 GK ter za 20 % od osnove za preseganje GK nad 500 GK.

³¹⁹ Aneks 2 SD 19 smo od obeh revidirancev zahtevali že 8. 8. 2019, vendar ga revidiranca nista posredovala. Po pisnih pojasnilih MZ in ustnih pojasnilih ZZ je bil ta aneks na dan 8. 8. 2019 še v usklajevanju, torej še ni bil sprejet in podpisan. MZ je tedaj obljubilo računskemu sodišču, da ga bo posredovalo takoj, ko bo aneks usklajen. Aneks je računsko sodišče tako prejelo šele 19. 8. 2019, kar pomeni, da je vlada pričetek izvajanja določb aneksa 2 SD 2019 določila za nazaj (v čas, ko aneks še ni bil sprejet).

Poleg tega smo ugotovili, da ZZDej³²⁰ ne določa, kaj se šteje za posebne programe, prav tako MZ v nobenem dokumentu, razen v sklepu o posebnih programih³²¹, ni določilo vsebine posebnih programov.

Pojasnilo MZ

Namen posebnih programov je skrajševanje čakalnih dob, pri čemer sredstva zagotavlja ZZS, ki določene programe plačuje po realizaciji, kar pomeni, da plača toliko posegov, kot jih izvajalec lahko naredi izven rednega delovnega časa. Gre tudi za optimalno izkoriščenost kapacitet, ki so proste le izven rednega delovnega časa, velikokrat pa tudi za nadomeščanje pomanjkanja kadra.

Ob odsotnosti definicije posebnih programov ocenjujemo, da se sklepanje podjemnih pogodb zaradi izplačil nadur iz naslova prekomernega delovnega časa zaradi podaljšanja ordinacijskega časa ne more upoštevati kot posebni program. Zdravniki namreč v podaljšanem ordinacijskem času opravljajo identične zdravstvene storitve in na enak način kot v okviru ordinacijskega časa. Zato je minister po naši oceni s sprejetjem sklepa o posebnih programih, v katerem je določil, da lahko izvajalci zdravstvenih dejavnosti sklepajo podjemne pogodbe z lastnimi zaposlenimi, presegel pristojnosti. Minister je imel namreč za te programe na podlagi aneksa 2 SD 2019³²² zagotovljena sredstva v znesku 4.875.000 EUR za petmesečno obdobje od 1. 8. 2019 do 31. 12. 2019 oziroma na letni ravni v znesku 11.700.000 EUR, in sicer je bilo v aneksu 2 SD 2019 izrecno določeno, da se sredstva namenijo za plače in ne za pogodbeno delo, kot je določil minister.

Pojasnilo MZ

MZ je s sklepom želelo doseči, da so tisti zdravniki, ki so bolj obremenjeni, nagrajeni po enakih kriterijih, direktor zavoda pa sprejme odločitev, za katero je tudi odgovoren. Ob izpolnjevanju pogojev iz sklepa se poslovodstvo odloči, ali bo sklenilo podjemne pogodbe z lastnimi zaposlenimi ali ne. Poslovodstvo izvajalca je odgovorno za zakonitost in izpolnjevanje pogojev kot tudi za namensko porabo sredstev. MZ zaenkrat ne spremlja števila sklenjenih podjemnih pogodb.

Minister je s sklepom o posebnih programih sprejel odločitev, da lahko izvajalci z lastnimi zaposlenimi sklepajo podjemne pogodbe, pri tem pa odgovornost odločitve preložil na direktorje zavodov. Naveden ukrep je pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti povzročil veliko nejasnosti³²³. Glede na avtonomnost zavodov pri odločitvi, ali naj z zaposlenimi sklenejo podjemne pogodbe ali ne, je po naši oceni nastalo tveganje, da vsi zdravniki, ki so presegali GK, niso bili nagrajeni. S tem MZ ni zagotovilo enake obravnave vseh zdravnikov. Poleg tega pa tudi noben deležnik (niti MZ niti ZZS) ni preverjal, ali so bila sredstva, ki jih je ZZS nakazoval izvajalcem zdravstvene dejavnosti za nagrade

³²⁰ Šesti odstavek 53. c člena ZZDej določa, da sklepanje podjemne pogodbe za opravljanje zdravstvenih storitev z lastnim zaposlenim zdravstvenim delavcem ni dovoljeno, razen če gre za opravljanje zdravstvenih storitev v okviru državnih presegalnih programov in drugih posebnih programov, ki jih potrdi minister, pristojen za zdravje, in je zagotovljen vir financiranja.

³²¹ Določeni so bili posebni programi: izvajanje odvzema in presaditev delov človeškega telesa, zdravstveno varstvo zapornikov in pripornikov, izvajanje mrliškopregledne službe, zagotavljanje nujne medicinske pomoči s pomočjo helikopterskih prevozov, opravljanje zdravstvenih storitev v okviru tržne dejavnosti in javne službe, ki ni financirana iz sredstev ZZS ali proračuna Republike Slovenije, sodelovanje v posebnih zdravstvenih komisijah.

³²² 7. člen aneksa 2 SD 2019 (tabela pod točko 13).

³²³ [URL: <https://www.iusinfo.si/medijsko-sredisce/dnevne-novice/249007>], 1. 9. 2021.

zdravniškim timom (v obliki plač ali podjemnih pogodb), namensko porabljena, torej za nagrade. Takega nadzora tudi ni mogoče izvajati, saj tudi noben deležnik (niti MZ niti ZZZS) ni preverjal, ali je zdravniški tim dejansko opravil dodatno (vsaj) enourno delo izven rednega delovnega časa. Izvajalcem zdravstvene dejavnosti namreč po navodilu MZ niti ni bilo treba seznaniti pacientov z uradno podaljšanim ordinacijskim časom.

ZZZS je na podlagi aneksa 2 SD 2019 in Aneksa št. 3 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2019³²⁴ (v nadaljevanju: aneks 3 SD 2019) v avgustu in septembru 2019 zdravniškim timom za 1 dodatno uro, ki naj bi jo ti opravili v okviru podaljšanega ordinacijskega časa, za avgust in september 2019 izplačal 1.902.756 EUR, in sicer:

- 1.559.072 EUR za zdravniške time družinskih in splošnih ambulant, kar pomeni, da je avgusta 2019 vsak tim prejel v povprečju 1.046 EUR³²⁵, v septembru 2019 pa 1.042 EUR³²⁶,
- 343.684 EUR za zdravniške time otroškega in šolskega dispanzerja (kar pomeni, da je avgusta 2019 vsak tim prejel v povprečju 758 EUR³²⁷, v septembru 2019 pa v povprečju 1.138 EUR³²⁸).

Iz podatkov izhaja, da je bilo v avgustu 2019 nagrajenih 80,6 % timov splošnih ambulant (746 nagrajenih timov od vseh 925,7 tima) in 65 % timov šolskih ambulant (230 nagrajenih timov od vseh 354 timov), v septembru pa 80,7 % timov splošnih (746,8 nagrajenega tima od vseh 925,9 tima) in 60,8 % timov šolskih ambulant (148,9 nagrajenega tima od vseh 245,1 tima).

2.3.5.4 Učinek nagrajevanja zdravnikov glede na njihovo obremenitev

Ocenjujemo, da projektno nagrajevanje zdravnikov, ki je bilo uvedeno po podpisu sporazuma 2016 in uveljavitvi zdravniških standardov in normativov iz modre knjige ter je vezano na GK in podaljšanje ordinacijskega časa, ne rešuje problematike preobremenitev zdravnikov. Za odpravo preobremenitev zdravnikov bi moralo MZ zagotoviti druge mehanizme (kot na primer zagotovitev zadostnega števila zdravnikov, ustrezna ureditev razporejanja opredeljenih zavarovanih oseb od preobremenjenih zdravnikov k manj obremenjenim, spremljanje obremenitev zdravnikov glede na dejansko število obiskov, iskati rešitve za boljšo organizacijo dela zdravnikov).

Z načinom nagrajevanja zdravnikov, ki ga MZ izvaja od leta 2017, se MZ po naši oceni oddaljuje od enotne in pregledne systemske rešitve, s katero bi lahko zagotovilo bolj enakomerno obremenitev zdravnikov in s tem tudi bolj primerljivo obravnavo pacientov. Pogoji, merila in kriteriji, na podlagi katerih je od leta 2017 temeljilo projektno nagrajevanje zdravnikov, niso prispevali k enakomernim obremenitvam zdravnikov, ker:

- nagrajevanje kot projektna rešitev ne prinaša dolgoročnih rešitev za vzdržno in pravično izplačevanje dela zdravniških timov, vezano na dejanski obseg dela, kar se kaže ravno v tem, da

³²⁴ Druga alineja 14. člena aneksa 2 SD 2019 (sprememba v Prilogi III/ v 1. točki SD 2019, Prilogi III/a v 1. točki tretjega odstavka (6. točka aneksa 3 SD 2019). Z aneksom 3 SD 2019 se je besedilo "osnovne plače" nadomestilo z besedo "plače".

³²⁵ 780.709,92 EUR / 746,03 tima.

³²⁶ 778.361,58 EUR / 746,78 tima.

³²⁷ 174.247,34 EUR / 230 tima.

³²⁸ 169.437,67 EUR / 148,95 tima.

MZ v sodelovanju z deležniki vsako leto sprejema drugačne ukrepe, ki temeljijo na različnih pravnih podlagah, pri tem pa ne pristopi k celovitemu reševanju problematike obremenjenosti zdravnikov,

- naj bi bilo podaljševanje ordinacijskega časa vezano izključno na število obiskov, torej na dejansko potrebo po podaljšanju ordinacije v določenem obdobju, ko je obiskov več in zdravnik ne zmore opraviti vseh obravnav v okviru ordinacijskega časa, nikakor pa naj ne bi bilo podaljševanje ordinacije začasno in pavšalno urejeno v odvisnosti od GK, saj GK ni edini pokazatelj obsega dela in obremenitve zdravnikov (v določenem mesecu je lahko ob istem GK obisk pacientov bistveno večji kot v drugem mesecu),
- na primer podaljšanje ordinacijskega časa za 1 uro na mesec pomeni v povprečju podaljšanje zdravniške službe za manj kot 3 minute³²⁹ na dan, kar pa ne prispeva k bistveni razbremenitvi zdravnika v ordinacijskem času,
- niso nujno vsi zdravniški timi, ki presegajo GK, nagrajeni, saj se direktorji zdravstvenih zavodov avtonomno odločajo o nagrajevanju, kar pomeni, da obstaja tveganje, da določenih zdravnikov, ki presegajo prag GK, ne nagradijo,
- nagrajevanje za delo preko polnega delovnega časa in za povečan obseg dela pri opravljanju rednih delovnih nalog ureja delovna zakonodaja, zato se lahko nagrajevanje na podlagi projektov ob uporabi različnih pravnih podlag za isto enoto dela in isto zdravniško storitev podvaja,
- možnost začasnega nagrajevanja zdravnikov lahko po naši oceni vsaj deloma tudi odvrta direktorje zdravstvenih zavodov, da se odločijo za zaposlovanje dodatnih zdravnikov,
- zaradi opustitve analiziranja podatkov o številu obiskov po vrsti obravnave v okviru ordinacijskega časa in s tem zaradi odsotnosti podatkov o dejanskih obremenitvah zdravnikov MZ že več let vztraja na projektnem nagrajevanju zdravnikov, ki je vezano na GK,
- obstaja tveganje, da nagrajevanje zdravniških timov na podlagi preseganja normativa 1.501 GK iz modre knjige ni upravičeno, saj normativa niso potrdili pristojni deležniki (na primer Zdravstveni svet in RSK),
- MZ ni izvedlo analiz učinkov projektnega nagrajevanja v primerjavi z učinki povišanja plač,
- MZ vztraja s projektnim načinom nagrajevanja kljub ugotovitvam, da ne prinašajo pričakovanih učinkov, tako je bil z aneksom 2 SD 2019 določen podoben način nagrajevanja zdravnikov kot v PVP, čeprav izvajanje PVP ni bilo učinkovito niti uspešno, vendar so bili zdravniški timi na podlagi aneksa 2 SD 2019 nagrajeni šele, ko so presegli 1.895 GK, medtem ko se je v okviru PVP nagrajevanje pričelo že pri doseganju 1.501 GK,
- projektno nagrajevanje ni pravično, saj so nekateri zdravniki, ki sicer glede na obseg GK ne dosegajo praga za nagrajevanje, v praksi lahko bistveno bolj obremenjeni z obiski zavarovanih oseb od nekaterih zdravnikov, ki sicer presegajo prag GK, vendar pa nimajo velikega števila obiskov,
- projektno nagrajevanje ni pravično, saj nekateri zdravniki, ki že zaradi opravljenega dela preko polnega delovnega časa (zaradi nadomeščanja ali drugih razlogov) ali zaradi povečanega obsega dela pri opravljanju rednega delovnega časa, prejemajo dodatke k plačam, ne morejo hkrati prejeti še nagrad, ker presegajo GK, saj so dodatki k plačam omejeni (na primer v 4. členu Uredbe

³²⁹ 60 minut / 21 delovnih dni (povprečje na leto) = 2,86 minute.

o delovni uspešnosti iz naslova povečanega obsega dela za javne uslužbence in 3. členu Zakona o ukrepih na področju plač in drugih stroškov dela za leto 2017 in drugih ukrepov v javnem sektorju), zato so ti zdravniki v slabšem položaju od tistih, ki takih dodatkov ne prejemajo,

- nagrajevanje zdravniških timov na podlagi posebnih projektov in/ali posebnih programov (v katerih ni natančnih in jasnih razmejitev nalog med deležniki) ni učinkovito, saj zaradi vključitve velikega števila javnih uslužbencev, zaposlenih pri različnih deležnikih, za njihovo izvedbo povečuje administrativne stroške hkrati pa onemogoča nemoteno izvajanje osnovnih nalog teh zaposlenih.

Ocenjujemo, da so imeli javni zdravstveni zavodi za zdravnike, ki so presegali ordinacijski čas in so zdravstvene storitve dejansko izvajali v okviru nadur, za izplačila opravljenega dela podlage tudi in predvsem v drugih predpisih s področja delovnih razmerij (nadure, uspešnost). Zato uvedba projektnega nagrajevanja kot odziv na pritiske sindikatov in posameznih zdravnikov³³⁰ lahko pomeni dvojno nagrajevanje za isto delo. Ocenjujemo, da bi morale MZ kot predlagatelj predpisov proučiti druge možne načine za izplačilo opravljenih zdravniških storitev v okviru in/ali izven ordinacijskega časa. Pri tem bi morale natančno proučiti ustreznost plačnega sistema zdravnikov glede na zdravniške standarde in normative, ki naj jih potrdijo pristojni deležniki. Izvajanje projektov, ki so začasni, nedorečeni in nerazumljivi ter hkrati zahtevajo vključitev nesorazmerno velikega števila zaposlenih na MZ, ZZZS in NIJZ, po naši oceni ni učinkovito niti ni v skladu z načeli gospodarnosti. Najbolj pomembno pri tem pa je, da nagrajevanje zdravnikov ne prinaša učinkov v smislu razbremenjevanja zdravnikov, po naši oceni bi bil učinek lahko ravno nasproten.

2.3.6 Učinki sklepanja podjemnih pogodb

Neuspešnost MZ pri reševanju problematike pomanjkanja zdravnikov sili izvajalce zdravstvene dejavnosti k iskanju zunanjih zdravnikov, s katerimi sklepajo podjemne pogodbe. Sklepanje podjemnih pogodb se je v letu 2019 v primerjavi z letom 2008 povečalo (Tabela 14).

Tabela 14 Povečanje/zmanjšanje števila zaposlenih zdravnikov in zdravnikov s sklenjenimi podjemnimi pogodbami v letu 2019 (30. 9. 2019) v primerjavi z letom 2008

Zdravniki, zaposleni za polni delovni čas v primarni ter sekundarni ambulantni in bolnišnični dejavnosti	Primarna	v odstotkih	
		Sekundarna ambulantna	bolnišnična
Povečanje/zmanjšanje števila zaposlenih zdravnikov v letu 2019 (do 30. 9.) glede na leto 2008	+46,4	-27,9	+60,5
Povečanje/zmanjšanje števila zaposlenih zdravnikov s sklenjenimi podjemnimi pogodbami v letu 2019 (do 30. 9.) glede na leto 2008	+252,7	+9,8	+356,5

Vir: podatki NIJZ.

³³⁰ Kot na primer napovedane kolektivne odpovedi zdravnikov družinske medicine v ZD Kranj, marca 2019.

V letu 2018 je bilo v javnih zavodih 17,6 % družinskih zdravnikov, zaposlenih za polni delovni čas, ki so imeli sklenjene podjemne pogodbe. Ne glede na dejstvo, da se je število družinskih zdravnikov, zaposlenih v javnih zavodih in pri zasebnikih (med katerimi so tudi koncesionarji), za polni delovni čas v letu 2018 glede na leto 2008 povečalo za 39,2 %, se je v tem času bistveno bolj povečalo (za 63,2 %) število teh zdravnikov, ki so imeli sklenjene podjemne pogodbe (Tabela 15).

Tabela 15 Povečanje števila družinskih zdravnikov s sklenjenimi podjemnimi pogodbami

Družinski zdravniki	v odstotkih	
	Zaposleni za polni delovni čas	Zaposleni za krajši od polnega delovnega časa
Povečanje števila vseh družinskih zdravnikov (zaposleni pri javnih zavodih in zasebnikih) v letu 2018 glede na leto 2008	+39,2	+29,3
Povečanje števila zaposlenih zdravnikov v javnih zavodih s sklenjenimi podjemnimi pogodbami v letu 2018 glede na leto 2008	+63,3	+375

Vir: podatki NIJZ.

MZ v celotnem obdobju, na katero se nanaša revizija, ni kontinuirano in celovito spremljalo števila zdravnikov, ki zdravniško službo poleg redne zaposlitve opravljajo še prek podjemnih pogodb. Edino analizo, ki jo je MZ izvedlo, je bila analiza podatkov o sklenjenih podjemnih pogodbah v letu 2016, ki jih je pridobilo neposredno od izvajalcev zdravstvene dejavnosti (v nadaljevanju: poročilo 2016³³¹). MZ je v poročilu 2016 ugotovilo, da so izvajalci sklepali podjemne pogodbe z lastnimi zaposlenimi predvsem zaradi potrebe v lastni tržni dejavnosti (58,1 %) ter potrebe zaradi izvajanja posebnih programov po sklepu ministra (41,5 %), medtem ko so pogodbe z zunanjimi sodelavci in upokojenimi zdravniki sklepali predvsem zaradi dolgotrajnega (več kot 1 leto) pomanjkanja zdravnikov (37,5 % pogodb) in izvajanja tržne dejavnosti (28,7 % pogodb). Podatkov o stroških podjemnih pogodb na primarni dejavnosti ne zbira noben deležnik. V letu 2016 so stroški podjemnih pogodb na sekundarni in terciarni dejavnosti znašali 17.706.798 EUR³³², stroški zunanjih izvajalcev zdravstvenih storitev (s. p. in/ali d. o. o.) pa dodatnih 2.300.190 EUR (skupaj 20.006.988 EUR). Glede na izrazito povečevanje stroškov podjemnih pogodb na sekundarni in terciarni dejavnosti (v letu 2013 v znesku 14.915.346 EUR, v letu 2018 pa že 22.690.321 EUR) in glede na dejstvo, da so podjemne pogodbe predvidene za začasno, izredno delo, ne pa za stalnico v zdravstvenem prostoru, bi moralo MZ natančno proučiti gospodarnost sklepanja podjemnih pogodb v primerjavi z zaposlovanjem zdravnikov, pri tem pa razpoložljive vire vložiti v zagotavljanje ustreznega števila zdravniškega kadra (z zaposlovanjem in z določanjem ustreznega števila in vrst specializacij).

³³¹ Poročilo MZ, št. 0140-18/2017, maj 2017.

³³² Podatki iz poročil o poslovanju javnih zdravstvenih zavodov in Javne agencije Republike Slovenije za zdravila in medicinske pripomočke v letih 2016–2018.

2.3.7 Učinki podeljevanja koncesij

V preteklih letih smo že izvedli revizije, v katerih smo ugotavljali nepravilnosti, povezane s koncesijami v zdravstvu, poleg tega pa smo oktobra 2017 izdali revizijsko poročilo Izzivi, v katerem smo opozorili na sistemske slabosti pri podeljevanju koncesij v zdravstvu, med drugimi na:

- odsotnost evidenc o podeljenih koncesijah in evidenc soglasij, ki jih je MZ izdalo občinam ob podeljevanju koncesij na primarni ravni,
- podeljevanje koncesij, ne da bi bile objektivno ugotovljene potrebe za spremembo mreže javne zdravstvene službe, pač pa se je na pobude vlagateljev prošelj odzivalo, ne da bi imelo vizijo razvoja mreže javne zdravstvene službe, s čemer je posegalo v mrežo in povzročilo tveganje, da ta ni optimalno organizirana in da ne sledi potrebam prebivalstva.

V letu 2018 je MZ podalo 14, v letu 2019 pa 18 soglasij k podelitvi koncesij na primarni ravni, od tega 6 soglasij za koncesije družinskim zdravnikom v letu 2018 in 7 soglasij v letu 2019.

Glede na spremembe ZZDej v letu 2017 v delu, ki se nanaša na koncesije, smo v reviziji preverili, ali pravna ureditev prispeva k temu, da se koncesija podeli le v primeru, ko javni zdravstveni zavod dejansko iz ustrezno utemeljenih razlogov ne more zagotoviti izvajanja zdravstvene dejavnosti glede na potrebe prebivalcev v posamezni regiji. Ustreznost utemeljitve razlogov za podelitev koncesije v tem poročilu pomeni utemeljitev na podlagi dokazil, iz katerih nedvoumno izhajajo razlogi o tem, da javni zavod zaradi prostorskih, kadrovskih in/ali organizacijskih ovir nima zagotovljenih pogojev za zaposlitev dodatnega zdravnika, pri tem pa teh pogojev ne more zagotoviti občina ali država.

Z ZZDej-K so bile novembra 2017 dopolnjene nekatere določbe o podeljevanju koncesij. Tako ZZDej³³³ po novem med drugim določa, da se koncesija podeli za obdobje 15 let³³⁴, in sicer v primeru, če koncedent³³⁵ ugotovi, da javni zdravstveni zavod ne more zagotavljati opravljanja zdravstvene dejavnosti v obsegu, kot je določen z mrežo javne zdravstvene službe, oziroma če javni zdravstveni zavod ne more zagotoviti potrebne dostopnosti do zdravstvenih storitev³³⁶. Pri tem mora občina poskrbeti, da je v koncesijskem aktu za primarno raven zdravstvene dejavnosti, na katerega mora pridobiti soglasje od MZ in ZZS, navedena utemeljitev razlogov za podelitev koncesije³³⁷. Podobno mora tudi vlada poskrbeti, da je v koncesijskem aktu za sekundarno raven zdravstvene dejavnosti, na katerega mora pridobiti soglasje od ZZS, navedena utemeljitev razlogov za podelitev koncesije³³⁸.

Ugotovili smo, da ob siceršnji odsotnosti predpisane metodologije za ugotavljanje potreb po zdravnikih (več v točki 2.1.4) tudi v ZZDej ni določeno, kako naj MZ in občine (na podlagi katerih meril in kriterijev) ugotavljajo potrebe po koncesijah (te naj bi se ugotavljale v povezavi s potrebami po zdravnikih). Prav tako MZ v nobenem drugem predpisu ali dokumentu ni določilo, kateri pogoji

³³³ 15. in 16. člen ZZDej-K.

³³⁴ Prvi odstavek 43. člena ZZDej.

³³⁵ Na primarni ravni zdravstvene dejavnosti je koncedent občina, ki podeli koncesijo s soglasjem ministra za zdravje. Na sekundarni ravni je koncedent MZ, ki samostojno podeli koncesijo.

³³⁶ Drugi odstavek 42. člena ZZDej.

³³⁷ Prvi in drugi odstavek 44.a člena ZZDej.

³³⁸ Prvi in tretji odstavek 44.a člena ZZDej.

morajo biti izpolnjeni, da se potrdi utemeljitev potrebe po razpisu koncesije za izvajanje posameznega programa. Zato ni jasno, katere okoliščine naj bi bile pri potrditvi potrebe po koncesiji odločilne. Zaradi tega ni mogoče potrditi, da je sistem podeljevanja koncesij zasnovan tako, da koncesionarji v primerjavi z javnimi zdravstvenimi zavodi za državo ali občino predstavljajo prostorsko, časovno ali celo finančno ugodnejšo varianto za zagotavljanje dostopnosti zdravnika in zdravstvene storitve, kar naj bi bil cilj podeljevanja koncesij.

Pojasnilo MZ

MZ pri dajanju soglasja na primarni ravni preveri, ali javni zdravstveni zavod resnično ne more zagotavljati opravljanja določene koncesijske dejavnosti. V kolikor iz dopisa javnega zavoda niso utemeljeni pogoji za nezmožnost prevzema programa, se MZ aktivira samo in z dopisom zaprosi javni zdravstveni zavod, da navedeno utemelji predvsem glede prostorskih, organizacijskih in kadrovskih zahtev. Na ta način menimo, da MZ aktivno sodeluje pri tem, da se ne poruši morebitno neravnovesje zaposlenih in programov v javnem zavodu, za katerega pa seveda mora v prvi vrsti skrbeti direktor javnega zavoda.

Ocenjujemo, da soglasja MZ k občinskim koncesijskim aktom in h koncesijam na primarni ravni ob odsotnosti razporeditve zdravniških delovnih mest, s pomočjo katere bi se lahko ugotovilo, kje v državi obstaja potreba po koncesionarjih, in ob odsotnosti natančnih meril in kriterijev za potrditev utemeljenosti razlogov, zaradi katerih je mogoče potrditi potrebo po koncesiji, nimajo dodane vrednosti. Zato so postopki dajanja soglasij v sistemu, kjer niso natančno določena sodila za potrjevanje potreb po zdravnikih, po naši oceni neučinkoviti.

MZ v obdobju, na katero se nanaša revizija, ni izvedlo analize učinkov podeljenih koncesij v zdravstvu, zato ni mogoče potrditi, da se s podeljevanjem koncesij zagotavlja večja razpoložljivost in s tem boljša dostopnost zdravnikov v regijah, kjer primanjkuje zdravniških kapacitet glede na potrebe prebivalcev. Ob dejstvu, da država in/ali občine s podelitvijo koncesij ne zagotavljajo nujno boljše dostopnosti do zdravniške oskrbe, so lahko ob odsotnosti celovite mreže javne zdravstvene službe in razporeda zdravniških mest zdravniške kapacitete po državi še bolj neenakomerno porazdeljene, s čimer se lahko MZ odmika od zagotavljanja enake obravnave zavarovanih oseb glede dostopnosti do zdravniške oskrbe.

Oceno utemeljujemo z dejstvom, da zdravnik, ki kandidira za koncesijo, na primer opravlja zdravniško službo kot zdravnik zasebnik kot fizična oseba ali kot pravna oseba z ustanovitvijo zasebnega podjetja (gospodarska družba), kar pomeni, da je nekoč izstopil iz mreže javne zdravstvene službe (v mreži je bil vsaj kot specializant, najverjetneje pa določeno obdobje tudi kot specialist). Odhod tega zdravnika iz javne mreže med zasebnike torej v prvi fazi pomeni neposredno zmanjšanje zdravnikov v javni mreži na račun povečanja zdravnikov v zasebni zdravstveni mreži. Vendar pa se ta zdravnik (če je nosilec programa, za katerega je podeljena koncesija) s podelitvijo koncesije – torej v drugi fazi, v določenem obsegu vrne nazaj v javno mrežo.

Pojasnilo ZZ

Prispevek koncesionarja v javno mrežo je tolikšen, za kolikor programa (skladno s pravili ZZZS in vsakokratnim splošnim dogovorom) mu je bila podeljena koncesija.

Pojasnilo MZ

Koncesijo načeloma prevzamejo zdravniki, ki so do podelitve koncesije delo opravljali kot zdravniki zasebniki. Na primarni ravni se redko zgodi, da zdravniki, ki so zaposleni v javnem zdravstvenem zavodu odpovejo delovno razmerje zaradi prevzema koncesije.

Po podatkih ZZ³³⁹ je število zdravnikov v mreži zasebne zdravstvene službe (zdravniki brez koncesije) v letu 2019 v primerjavi z letom 2008 poraslo kar za 114,1 %³⁴⁰, število zdravnikov v zasebnem sektorju s koncesijo pa je v tem obdobju naraslo za 9,9 %³⁴¹. Zasebni zdravstveni sektor se torej krepi zaradi odhodov zdravnikov iz javne mreže, pri tem pa se del zdravniških kapacitet s podeljevanjem koncesij vrača nazaj v javno mrežo. Ob odsotnosti natančnih evidenc o kapacitetah (v smislu FTE) posameznih in vseh zdravnikov (več v točki 2.1.1.1) ni jasno, kolikšen obseg zdravniške službe zdravniki zasebniki opravljajo v okviru koncesij in kolikšen obseg v okviru zasebne dejavnosti.

Pojasnilo ZZ

Med aktivne v zasebnem sektorju s koncesijo štejemo zdravnike, ki so po evidenci ZZ večji del delovnega časa zaposleni pri podjetju oziroma zasebniku s koncesijo. V primeru več znanih zaposlitev za krajši delovni čas pa mednje uvrščamo tiste zdravnike, ki so več kot polovico delovnega časa zaposleni pri podjetju oziroma zasebniku s koncesijo, zato so med njimi tudi zdravniki, ki del svojega delovnega časa opravljajo dejavnost v javni mreži. V primeru 2 zaposlitev za polovični delovni čas, od katere je ena od zaposlitev pri podjetju/zasebniku brez koncesije, druga pa v zavodu v javni zdravstveni mreži, se zdravnik prišteva med zaposlene v javni zdravstveni mreži.

Zaradi neustreznega evidentiranja in spremljanja zdravnikov, ki opravljajo zdravniško službo v okviru javne mreže in hkrati v okviru zasebne zdravstvene službe (v smislu FTE), ni mogoče ugotoviti, kolikšen dodaten obseg zdravniških kapacitet in v katerih regijah je dejansko zagotovljen s podelitvijo koncesij.

Ocenjujemo, da je koncesija za nekatere zdravnike specialiste privlačnejša oblika za opravljanje zdravniške službe v primerjavi z zaposlitvijo zdravnika v javnem zdravstvenem zavodu. Zdravniki koncesionarji si namreč lahko samostojno organizirajo zdravniško službo, niso zavezani k upoštevanju plačnega sistema za javne uslužbenke³⁴², prek višje glavarine si lahko zagotovijo večji prihodek, poleg tega pa jim v skladu z ZZDej³⁴³ presežka prihodkov nad odhodki ni treba porabiti za razvoj zdravstvene dejavnosti, kot to velja za javne zdravstvene zavode.

³³⁹ Register zdravnikov [URL: https://www.zdravniskazbornica.si/docs/default-source/statistika-in-analize/microsoft-powerpoint---članstvo_2019.pdf], 1. 9. 2021.

³⁴⁰ 411 zdravnikov v zasebnem sektorju (brez koncesije) v letu 2019 / 192 zdravnikov v letu 2008.

³⁴¹ 1.395 zdravnikov v zasebnem sektorju s koncesijo v letu 2019 / 1.269 zdravnikov v letu 2008.

³⁴² Koncesionar lahko v skladu z zadnjim odstavkom 44.h člena ZZDej izplačuje višje plače, kot so določene s predpisi in kolektivnimi pogodbami za zaposlene v javnem zdravstvenem zavodu.

³⁴³ Določba v 3. členu ZZDej glede obveznosti vračanja presežkov prihodkov nad odhodki v razvoj zdravstvene dejavnosti je bila na pobudo Strokovnega združenja zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov z Ustavno odločbo št. U-I-194/17-21 z dne 15. 11. 2018 razveljavljena.

MZ je z opustitvijo izvajanja aktivnosti za optimizacijo in učinkovito upravljanje mreže javne zdravstvene službe na vseh ravneh zdravstvenega varstva, z opustitvijo analize prednosti in koristi podeljevanja koncesij ter z opustitvijo natančne določitve pogojev, meril in kriterijev za potrditev potreb po koncesijah omogočilo oblikovanje mreže javne zdravstvene službe predvsem glede na interese posameznih izvajalcev zdravstvene dejavnosti, zdravnikov in občin, torej po principu "od spodaj navzgor". Posebej izpostavljamo dejstvo, da MZ ne pozna natančnih podatkov o številu vseh podeljenih koncesij, saj evidenco o podeljenih koncesijah v skladu z ZZdej-K vodi šele od leta 2018. Opustitev vodenja popolnih evidenc o razpoložljivem zdravniškem kadru v okviru posameznih in vseh podeljenih koncesij po naši oceni pomeni odsotnost potrebne podlage za učinkovito načrtovanje zdravniškega kadra, nenazadnje pa tudi neskladnost z ZZdej³⁴⁴.

Z uveljavitvijo ZZdej-K se koncesije podeljujejo za največ 15 let, ZZ pa v skladu z ZZdrS³⁴⁵ daje mnenja k podeljevanju koncesij zasebnim zdravnikom. Ugotovili smo, da ZZ v skladu s pravno ureditvijo nastopa v več vlogah, saj poleg podajanja mnenj h koncesijah zbira potrebe po posameznih vrstah specializacij in koordinira zaposlitve zdravnikov, poleg tega pa kot stanovska organizacija nudi pomoč svojim članom in s tem skrbi za njihove interese. Pravni okvir torej ZZ nalaga več vlog, kar pomeni možnosti za konflikt interesov.

Ocenjujemo, da MZ ni zagotovilo osnovnih pogojev za učinkovito podeljevanje koncesij, saj ni pripravilo meril za optimizacijo javne mreže zdravstvene službe in določilo razporeda zdravniških mest, ni določilo pogojev, kriterijev in meril za potrditev potrebe po koncesiji, ni preprečilo številnih konfliktov interesov pri podeljevanju koncesij in ni preverilo učinkov že podeljenih koncesij. Zaradi tega ni mogoče potrditi, da se s podelitvijo koncesij učinkovito zagotavljajo dodatne zdravniške kapacitete v regijah, kjer je ugotovljeno, da primanjkuje zdravnikov.

2.3.8 Učinki referenčnih ambulant družinske medicine

Po pojasnilu MZ je bila uvedba referenčnih ambulant družinske medicine (v nadaljevanju: RADM) eden izmed ukrepov za reševanje problematike obremenjenosti družinskih zdravnikov. RADM, ki jih je MZ pričelo uvajati v letu 2011³⁴⁶, so ambulate splošne in družinske medicine z razširjenim timom, ki ga sestavljajo družinski zdravnik, zdravstveni tehnik in diplomirana medicinska sestra³⁴⁷. V RADM se izvaja integrirano preprečevanje in obravnava nekaterih kronično nenalezljivih bolezni (v nadaljevanju: KNB) pri osebah, starejših od 30 let, pri čemer se izvajanje preventive prenaša na diplomirano medicinsko sestro, ki aktivno skrbi za preventivne preglede³⁴⁸. Delovanje RADM je bilo do 1. 4. 2019 plačano v pavšalu, v splošnem dogovoru 2019 pa je bila sprejeta sprememba načina

³⁴⁴ Drugi odstavek 44.k člena ZZdej.

³⁴⁵ 9. člen ZZdrS.

³⁴⁶ Odločitev o uvedbi projekta RADM je bila sprejeta s Sklepom ministra o imenovanju projektne sveta projekta Referenčne ambulate št. 024-32/2010 z dne 1. 12. 2010.

³⁴⁷ Skupni ordinacijski čas zdravnika in diplomiranje medicinske sestre v RADM mora biti povprečno 3 ure tedensko, kar mora biti razvidno iz mesečnega razporeda RADM.

³⁴⁸ Izvaja se preseganje za srčno-žilne bolezni, kronično obstruktivno pljučno bolezen, sladkorno bolezen tipa 2, arterijsko hipertenzijo, stres, depresijo ter ugotavljanje prisotnosti nekaterih opozorilnih znamenj za raka.

plačevanja storitev iz pavšala na storitve³⁴⁹. Standard za število plačanih storitev je 1.200 storitev letno ali 6 storitev na dan³⁵⁰. Po podatkih MZ je na dan 30. 9. 2019 v okviru 877 RADM delovalo 945,2 zdravniškega tima, kamor je bilo vključenih 535 diplomiranih medicinskih sester. ZZS je od leta 2011 do leta 2019 za projekt RADM namenil 146.109.548 EUR (glede na število aktiviranih RADM v posameznem letu je bilo za eno RADM porabljeno povprečno 29.979,3 EUR na leto). Iz Analize učinkovitosti RADM³⁵¹ izhaja, da je bilo v šestmesečnem obdobju v letu 2018 na 1 delovni dan diplomirane medicinske sestre v RADM opravljeno povprečno 4,3 storitve.

Proučili smo, ali in kako je MZ načrtovalo, spremljalo in analiziralo učinke RADM, ki se nanašajo na razbremenjevanje družinskih zdravnikov. Ugotovili smo, da MZ ni poskrbelo:

- za natančno določitev cilja in predvidenih učinkov RADM v strateških ali drugih dokumentih načrtovanja, zato v reviziji ni bilo mogoče potrditi, da so bile RADM med drugim uvedene tudi zaradi razbremenitve družinskih zdravnikov,
- da bi mu projektni svet, ki se je redno sestajal in razvijal projekt, dovolj učinkovito poročal o rezultatih projekta, kot je bilo določeno v sklepah o imenovanju sveta (projektni svet je sicer pripravljaval in predstavljal letna poročila o kazalnikih kakovosti, ni pa bilo natančnih poročil o učinkih RADM, temveč je zgolj pavšalno ugotavljal stanje, kot na primer, da nekatere RADM opravijo samo 2,5 storitve v 4 urah, pri tem pa ni bilo natančno ugotovljeno, koliko je takih RADM),
- da bi bili vnaprej pripravljeni mehanizmi spremljanja učinkov in bi se učinki projekta glede razbremenjevanja družinskih zdravnikov sproti ugotavljali, čeprav je bilo v razvoj in spremljanje RADM od leta 2010 vključenih več kot 20 oseb (10 do 13-članski projektni svet, člani projektne skupine za podporo projektne svetu in še vsaj 10 oseb, zaposlenih na MZ³⁵²),
- da bi Analiza kakovosti dela RADM³⁵³ v vrednosti 76.860 EUR vključevala tudi analizo obremenitve zdravnikov,
- za ažurne in natančne podatke o številu dodatnih obiskov družinskih zdravnikov zaradi obravnav oseb v okviru RADM.

³⁴⁹ ZZS je na podlagi analiz o obsegu opravljenih storitev v RADM ugotovilo nizko povprečno število realiziranih storitev v RADM, zato je že leta 2017 in 2018 predlagal spremembo načina plačevanja storitev iz pavšala na storitve, vendar predlog ni bil sprejet. Šele v predlogu za splošni dogovor 2019 je bil predlog sprejet in uvrščen v splošni dogovor 2019.

³⁵⁰ Obrazložitev, ki jo je ZZS navedel ob prvem predlogu spremembe financiranja iz pavšala na storitve v letu 2017, je bila: "V RADM je bilo v letih 2015–2016 realiziranih v povprečju 490 storitev na tim ali 2,5 na dan (za 4-urni delovnik). Realizacija je med izvajalci zelo različna in pri veliki večini izvajalcev se še v 2–3 letih po vzpostavitvi RADM realizacija ne povečuje. Obseg dela je odvisen zlasti od (samo)motiviranosti in zavzetosti diplomirane medicinske sestre. Plačilo v pavšalu ne stimulira k izvajanju storitev. Čeprav na realizacijo vpliva tudi starostna struktura opredeljenih oseb, osveščenost oseb in njihova odzivnost ter (ne)pripravljenost zaupati kronične težave diplomirani medicinski sestre, ZZS meni, da je sedanji obseg storitev za vložena sredstva prenizek in predlaga nov model plačevanja."

³⁵¹ Učinkovitost dela ambulant družinske medicine za področje nalog diplomirane medicinske sestre, MZ, januar 2019.

³⁵² Poleg 4 ministrov za zdravje in 6 državnih sekretarjev je bilo v projekt vključenih 10 drugih zaposlenih na MZ.

³⁵³ Analizo kakovosti dela RADM je marca 2017 izvedla Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, na podlagi pogodbe št. ŠTC2711-16-951335 oziroma št. 024-20/2016/12 z dne 13. 12. 2016.

MZ je v Analizi učinkovitosti RADM glede razbremenjevanja družinskih zdravnikov navedlo, da:

- na podlagi zbranih podatkov ne more sklepati o razbremenitvi družinskih zdravnikov,
- gre pri RADM v prvi vrsti za prispevek h kakovosti obravnave, kar lahko privede na začetku tudi do več obravnav pri družinskem zdravniku zaradi novoodkritih primerov, vendar gre tukaj za začasni porast, ki se bo kasneje po pričakovanjih ustalil na ravni, ki je pogojena z značilnostjo populacije pri izbranem družinskem zdravniku,
- med izvajalci prihaja do velikih razlik v številu obravnavanih oseb.

Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni³⁵⁴ določa, da:

- diplomirana medicinska sestra v RADM k izbranemu družinskemu zdravniku usmeri osebe z ugotovljeno KNB, osebe z visokim tveganjem za KNB, osebe z izraženim posameznim dejavnikom tveganja in osebe, ki izrazijo skrb ali željo, da jih pregleda družinski zdravnik³⁵⁵, ter
- mora družinski zdravnik voditi evidenco z dejavniki tveganja za KNB, oseb z visokim tveganjem za KNB in oseb s KNB³⁵⁶.

Zaradi navedenih določb Pravilnika za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni ter tudi zato, ker MZ ni poskrbelo za analizo, ali osebe s KNB zaradi obravnave v okviru RADM manj ali več obiskujejo družinske zdravnike, ocenjujemo, da so bili družinski zdravniki z uvedbo RADM vsaj v začetni fazi projekta oziroma v krajšem obdobju celo dodatno obremenjeni. Projekt RADM po naši oceni vsaj v prvih letih delovanja tako ni prispeval k reševanju problematike preobremenjenosti zdravnikov. Po drugi strani pa je uvajanje RADM povzročilo neenako obravnavo družinskih zdravnikov, saj v projekt RADM niso bile vključene vse ambulate družinske medicine (po podatkih MZ 140 ambulant družinske medicine tudi konec leta 2019 še vedno nima RADM, 30 družinskih zdravnikov pa je RADM celo vrnilo). To pomeni tudi tveganje za neenakost zavarovanih oseb pri dostopu do preventivnih programov.

Ne glede na ugotovitev o opustitvi spremljanja obremenitev družinskih zdravnikov zaradi izvajanja RADM pa ocenjujemo, da bi lahko MZ podatke o zdravstvenem stanju prebivalcev po regijah, ki jih zbira v okviru RADM³⁵⁷ (kot na primer podatke glede ugotovljenega števila oseb s KNB po regijah), učinkovito uporabilo pri načrtovanju dolgoročnih kadrovskih potreb po regijah in specialističnih področjih oziroma pri načrtovanju delovnih mest v mreži javne zdravstvene službe ter pri načrtovanju vrste in števila specializacij. Oceno podpira tudi dejstvo, da se je z letom 2019 projekt RADM zaključil in postal obvezni sestavni del ambulant družinske medicine.

³⁵⁴ Uradni list RS, št. 19/98, 47/98, 26/00, 67/01, 33/02, 37/03, 117/04, 31/05, 83/07, 22/09, 17/15, 47/18 in 57/18.

³⁵⁵ Točka 6.1.1 Preventivni pregled v ambulanti družinske medicine.

³⁵⁶ Točka 6.1.4 Aktivno spremljanje zdravja v ambulanti družinske medicine.

³⁵⁷ Register kroničnih bolnikov 2019, Pisarna za podporo ambulantam družinske medicine, januar 2020.

3. Izboljševanje razpoložljivosti zdravnikov glede na potrebe

Za izboljševanje razpoložljivosti zdravnikov bi morale MZ cilje in ukrepe v zvezi z reševanjem problematike pomanjkanja zdravnikov po naši oceni načrtovati izključno na podlagi natančno ugotovljenega izhodiščnega stanja razpoložljivih zdravniških kapacitet ter ugotovljenih potreb po dodatnih zdravnikih (po regijah in specialističnih področjih). Pri tem bi morale po naši oceni poskrbeti za načrtovanje in izvajanje ustreznih, to je relevantnih ukrepov, s katerimi bi odpravljalo razloge za pomanjkanje zdravniških kapacitet glede na ugotovljene potrebe.

Da bi pridobili odgovora na revizijski podvprašnji, navedeni v točki 1.3, smo v reviziji preverili, ali je v obdobju, na katero se nanaša revizija, MZ:

- v strateških dokumentih in ostalih dokumentih načrtovanja načrtovalo cilje in ukrepe, ki so povezani s problematiko pomanjkanja zdravnikov in odpravljanjem razlogov za pomanjkanje zdravnikov (točka 3.1),
- v načrtovanih rokih izvedlo vse ukrepe za odpravo razlogov za pomanjkanje zdravnikov (točka 3.2.1),
- izvajalo še druge ukrepe, ki so kakorkoli povezani z zagotavljanjem zadostnega števila zdravnikov, kot na primer ukrepe, ki smo jih priporočili v izdanih revizijskih poročilih s sorodno tematiko (točka 3.2.2).

3.1 Ustreznost načrtovanja ciljev in ukrepov

Preverili smo ustreznost načrtovanja ciljev in ukrepov, ki se kakorkoli nanašajo na zagotavljanje zadostnega števila zdravnikov oziroma so povezani s problematiko pomanjkanja zdravnikov in so bili določeni v ReNPZV08-13 in ReNPZV16-25. Pri tem nas je zanimalo, ali je MZ pred načrtovanjem ciljev in ukrepov potrdilo pomanjkanje zdravnikov na podlagi rezultatov analiz potreb po zdravnikih in analiz obstoječih kadrovskih zmogljivosti. ZZVZZ³⁵⁸ namreč določa, da Republika Slovenija načrtuje razvojne možnosti in potrebe z zdravstvenimi programi in zdravstvenimi zmogljivostmi ter da mora plan zdravstvenega varstva temeljiti na analizi zdravstvenega stanja prebivalstva, izhajati iz zdravstvenih potreb po celovitem zdravstvenem varstvu, upoštevati kadrovske in druge zmogljivosti ter zagotoviti smotrno delitev dela. Zato smo preverili, ali je MZ pri določanju ciljev in ukrepov:

- izhajalo iz rezultatov analiz zdravstvenega stanja prebivalcev in ugotovljenih potreb prebivalcev po zdravnikih,
- ugotavljalo izhodiščno stanje glede števila zdravnikov in natančno določalo želeno končno (ciljno) število zdravnikov v okviru posameznih specialističnih področjih in regij glede na ugotovljene potrebe.

³⁵⁸ 6. člen ZZVZZ.

V reviziji smo preverili 5 glavnih ciljev, določenih v ReNPZV08-13, in 10 glavnih ciljev, določenih v ReNPZV16-25³⁵⁹ (Tabela 16). Presodili smo namreč, da so ti cilji, predvsem pa nekatere aktivnosti v okviru teh ciljev, lahko vsebinsko povezani z zagotavljanjem zadostnega števila zdravnikov v mreži javne zdravstvene dejavnosti.

Tabela 16 Cilji s področja revizije, določeni v ReNPZV08-13 in ReNPZV16-25

ReNPZV08-13	ReNPZV16-25
1. Ureditev javne mreže.	1. Mreža izvajalcev zdravstvene dejavnosti, ki se hitro odzivajo na spremenjene potrebe prebivalcev in omogočajo celovito obravnavo pacientov.
2. Učinkovito izvajanje zdravstvenih storitev.	2. Specializacija ustanov za zagotavljanje visoke kakovosti zdravstvenih storitev.
3. Skrajševanje čakalnih dob.	3. Učinkovito načrtovanje in upravljanje človeških virov v zdravstvu, vključno z modelom zagotavljanja kadrov na deficitarnih področjih zdravstvenega varstva in v depriviranih okoljih.
4. Doseči zakonsko in organizacijsko razmejitev javnega in zasebnega interesa ter dejavnosti izvajalcev v mreži javne zdravstvene službe.	4. Jasna razmejitev med javnim in zasebnim izvajanjem javne zdravstvene službe in zasebne zdravstvene dejavnosti.
5. Ureditev javno-zasebnega partnerstva.	5. Integrirana in celovita obravnava.
	6. Enaka dostopnost do kakovostne in varne oskrbe čim bližje prebivalcem.
	7. Usmerjenost v preventivno zdravstveno varstvo.
	8. Boljša povezanost med ravni zdravstvene dejavnosti in s socialnim varstvom.
	9. Upoštevanje spreminjajoče se zdravstvene potrebe starajoče se populacije.
	10. Usmerjenost v uporabnika in njegovo opolnomočenje.

Vir: ReNPZV08-13 in ReNPZV16-25.

Ugotovili smo, da MZ ciljev iz ReNPZV08-13 in ReNPZV16-25, ki jih prikazuje Tabela 16, ni ustrezno načrtovalo, saj:

- ni poskrbelo za analizo potreb prebivalcev po zdravnikih, ki bi izhajala iz rezultatov analize zdravstvenega stanja prebivalcev po regijah,
- pri določanju ciljev in ukrepov ni ugotavljalo izhodiščnega stanja obstoječih potreb prebivalcev po zdravnikih in hkrati izhodiščnega stanja obstoječih razpoložljivih zmogljivosti zdravnikov v okviru posameznih programov in regij, prav tako pa tudi ni določalo končnega (ciljnega) stanja

³⁵⁹ Točka 6.2.2 Zdravstvena dejavnost na primarni ravni, 6. 3. 1 Mreža javne zdravstvene službe, 6. 3. 2 Upravljanje kadrovskih virov v zdravstvu in 6. 3. 3 Javno-zasebno partnerstvo.

glede celotnega potrebnega števila zdravnikov oziroma kadrovske zmogljivosti v okviru posameznih programov (specialističnih področij) in regij³⁶⁰.

Cilji, določeni v ReNPZV08-13, ki jih prikazuje Tabela 16, po naši oceni niso bili ustrezno določeni, saj:

- niso bili jasni niti merljivi (niso vključevali kazalnikov, na podlagi katerih bi bilo mogoče zaključiti, ali in kdaj bodo cilji uresničeni),
- večinoma ni bilo mogoče ugotoviti, s katerimi ukrepi/nalogami bodo cilji doseženi, saj so namesto jasnih in razumljivih ukrepov zgolj pavšalno (nerazumljivo, nejasno in nemerljivo) navedena zelena stanja (kot na primer: "spodbujanje podeljevanje koncesij", "sprejem relevantne zakonodaje", "krepitev vloge družinskega zdravnika", "povečanje obsega uporabe elektronskih zdravstvenih kartonov" "povečanje deleža zasebnih izvajalcev", "zagotovitev optimalne izkoriščenosti človeških in materialnih virov za kakovosten produkt",
- pri nobenem od navedenih zelenih stanj oziroma aktivnosti v okviru posameznih ciljev ni določen glavni odgovorni nosilec, pač pa je pri večini aktivnosti navedenih več izvajalcev (MZ, javni zavodi, strokovna in civilna združenja, ZZ, ZZZS, občine),
- pri nobeni nalogi niso bili določeni roki izvedbe ter potrebna sredstva,
- MZ ni izvedlo izvedbenega načrta, v katerem naj bi vsaj nekoliko bolj natančno določilo naloge in nosilce ter roke izvedbe.

Zaradi neustreznega načrtovanja ciljev in ukrepov MZ ni zagotovilo pogojev za spremljanje uresničevanja ciljev, določenih v ReNPZV08-13. Vendar pa je MZ v naslednjem strateškem obdobju nekoliko izboljšalo način določanja ciljev in ukrepov. Tako so pri nekaterih ukrepih v ReNPZV16-25 določeni odgovorni nosilci in časovni okviri za njihovo izvedbo³⁶¹, večinoma je tudi mogoče potrditi, da naj bi MZ z izvedenimi ukrepi prispevalo k uresnitvi ciljev. Vendar pa MZ do septembra 2019 ni poskrbelo za pripravo izvedbenega načrta za izvajanje ReNPZV16-25, saj minister niti ni imenoval koordinacijske skupine, ki naj bi pripravljala obdobjne izvedbene načrte. S tem je MZ opustilo pomembno aktivnost, ki jo je napovedalo v ReNPZV16-25³⁶².

MZ je v zvezi z zdravniki:

- v ReNPZV08-13 navedlo, da se bo v obdobju od leta 2008 do leta 2013 povečalo število zdravnikov za 11,4 %³⁶³,

³⁶⁰ V ReNPZV08-13 so bili navedeni podatki o želenem oziroma potrebnem številu pacientov na zdravnika v okviru celotne primarne ravni zdravstvene dejavnosti, v prilogi k analizi mreže zdravnikov na primarni ravni 2013 je število zdravnikov pediatrov in družinskih zdravnikov prikazano skupaj (združeni podatki) ter navedeno potrebno število zdravnikov ob predpostavki 2.000 GK (oziroma 1.500 prebivalcev na zdravnika) in ob dejstvu, da modra knjiga še ni veljala.

³⁶¹ Razen pri cilju Učinkovito načrtovanje in upravljanje človeških virov v zdravstvu vključno z modelom zagotavljanja kadrov na deficitarnih področjih zdravstvenega varstva in v depriviranih okoljih in pri cilju Krepitev primarnega zdravstvenega varstva ni določen glavni nosilec, ki naj bi bil odgovoren za izvedbo ukrepov za uresničitev tega cilja (pri prvem so med izvajalci ukrepov navedeni MZ, zbornice in združenja, ki imajo javna pooblastila, pri drugem pa MZ, ZZZS, MDDSZ in MIZŠ).

³⁶² V ReNPZV16-25 (točka 7, drugi odstavek) je bilo določeno, da bo pri MZ imenovana koordinacijska skupina, ki bo pripravljala izvedbene načrte, ki bodo predstavljeni vladi.

³⁶³ S 4.740 v letu 2006 na nekaj več kot 5.200 v letu 2013 (točka 7.3.2 Projekcija kadrovanja).

- v ReNPZV16-25 navedlo, da se bo povečalo število zdravnikov na primarni ravni tako, da se bo zmanjšala obremenitev zdravnikov s 1.800 GK/zdravnika v letu 2015 na 1.500 GK/zdravnika do leta 2025³⁶⁴.

Navedena podatka sta edini merljivi ciljni vrednosti, povezani z zagotavljanjem zdravnikov, pri tem pa ni znano, s katerimi ukrepi naj bi posamezni deležniki prispevali k njuni uresničitvi. Ne glede na to, da je napovedovani stanji, ki naj bi nastopili v prihodnosti, mogoče izmeriti, saj sta izkazani z natančnimi kazalniki, pa tak način predstavljanja ciljnih vrednosti po naši oceni predstavlja odmik MZ od pravih učinkovitega načrtovanja. S samodejnim približevanjem ciljnim vrednostim (brez načrtovanega ukrepanja za uresničevanja ciljev) se MZ odmika od aktivne vloge načrtovalca in izvajalca politike iz ReNPZV08-13 in ReNPZV16-25.

Naloga ZZ³⁶⁵ je med drugim tudi, da sodeluje pri pripravi zakonov, planskih dokumentov, kadrovskega načrta in drugih predpisov s področja zdravstva, zato nas je zanimalo ali je ZZ sodelovala pri pripravi ReNPSV08-13 in pri pripravi ReNPSV16-25. ZZ je navedla, da pri pregledu dokumentacije, ki se nahaja na ZZ, ni bilo mogoče ugotoviti, ali in na kakšen način je bila ZZ vključena v pripravo ali realizacijo ReNPZV08-13 in ReNPZV16-25. Redno zaposleni na ZZ se s tem niso ukvarjali, navedeno področje je bilo v domeni (nekdanjega) generalnega sekretarja ter aktualnih predsednikov. Z njihovimi aktivnostmi, kot so pojasnili, niso bili seznanjeni.

Ocenjujemo, da je naloga sodelovanja ZZ, kot enega izmed deležnikov pri pripravi planskih dokumentov, kamor sodita tudi obe resoluciji, pomembna, kar je prepoznal tudi zakonodajalec s tem, ko je to nalogo ZZ vnesel v ZZdrS. Menimo, da je zakonodajalec s tem ocenil, da lahko ZZ s svojimi predlogi pomembno prispeva k izboljšanju sistema zdravstva. Navedba ZZ, da ne razpolaga z dokumentacijo, s katero bi izkazala sodelovanje pri pripravi ReNPSV08-13 in ReNPSV16-25, po naši oceni ne kaže, da bi imela ZZ dovolj aktivno vlogo pri pripravi strateških dokumentov s področja zdravstva.

3.2 Izvajanje ukrepov in uresničevanje ciljev

V reviziji nas je zanimalo, ali sta MZ in ZZ (vsak v okviru svojih pristojnosti) v načrtovanih rokih izvedla vse ukrepe, ki so bili načrtovani v ReNPZV08-13 in ReNPZV16-25 in so bili kakorkoli povezani s problematiko pomanjkanja zdravnikov. Poleg tega smo tudi preverili, ali je MZ morebiti poleg načrtovanih ukrepov izvajalo še druge ukrepe, ki jih sicer ni načrtovalo v strateških dokumentih. Pri tem smo preverili, ali je izvajalo tudi ukrepe, ki smo mu jih priporočili v že izvedenih revizijskih poročilih s področja zdravstvene dejavnosti in bi lahko prispevali k reševanju problematike pomanjkanja zdravnikov.

³⁶⁴ Priloga 1 iz ReNPZV16-25.

³⁶⁵ 71. člen ZZdrS.

3.2.1 Izvajanje načrtovanih ukrepov

Ugotovili smo, da ZZ ni izvedla naloge, ki je bila določena v ReNPZV08-13³⁶⁶, in sicer ni pripravila dolgoročnega (najmanj 10-letnega) načrta dodeljevanja novih specializacij.

V zvezi z izvajanjem načrtovanih ukrepov MZ smo preverili, ali in kako MZ z izvajanjem nalog/ukrepov prispeva k uresničevanju načrtovanih ciljev. Ugotovili smo, da MZ ni vzpostavilo sistema merjenja uresničevanja ciljev, določenih v ReNPZV08-13. V zvezi s spremljanjem ciljev, določenih v ReNPZV16-25, pa do septembra 2019 ni imenovalo koordinacijske skupine, ki naj bi usklajevala delo partnerjev, spremljala napredek ter poročala vladi o uspešnosti izvajanja ReNPZV16-25. Zaradi opustitve spremljanja ciljev smo v reviziji sami preverili³⁶⁷, kako je MZ z izvajanjem ukrepov prispevalo k uresničevanju ciljev iz ReNPZV08-13 in ReNPZV16-25. Tako Tabela 17 prikazuje število nalog/ukrepov, ki so bili izvedeni v okviru ciljev in jih je vsebinsko mogoče povezati s področjem revizije.

³⁶⁶ Tretji odstavek točke 7.3.2 Projekcije kadrovanja.

³⁶⁷ Uspešnost izvajanja ukrepov smo presodili na podlagi navedb MZ o izvedenih aktivnostih v celotnem obdobju, na katero se nanaša revizija.

Tabela 17 Izvajanje ukrepov v okviru 5 ciljev iz ReNPZV08-13 in 10 ciljev iz ReNPZV16-25

Cilj	Število vseh načrtovanih ukrepov	Število vseh izvedenih ukrepov	Delež vseh izvedenih ukrepov
ReNPZV08-13	37	2	5,4
1. Ureditev javne mreže.	15	1	6,7
2. Učinkovito izvajanje zdravstvenih storitev.	2	0	0
3. Skrajševanje čakalnih dob.	11	1	9,1
4. Doseči zakonsko in organizacijsko razmejitev javnega in zasebnega interesa ter dejavnosti izvajalcev v mreži javne zdravstvene službe.	5	0	0
5. Ureditev javno-zasebnega partnerstva.	4	0	0
ReNPZV16-25	15 (8 z rokom izvedbe v letih 2016 in 2018)	2 (1 ukrep z rokom izvedbe v letu 2021)	22,0³⁶⁸
1. Mreža izvajalcev zdravstvene dejavnosti, ki se hitro odzivajo na spremenjene potrebe prebivalcev in omogočajo celovito obravnavo pacientov.	2 (1 z rokom izvedbe v letu 2018 ³⁶⁹ , 1 pa v letu 2021 ³⁷⁰)	0 ³⁷¹	0
2. Specializacija ustanov za zagotavljanje visoke kakovosti zdravstvenih storitev.	2 (z rokom izvedbe v letu 2018 ³⁷²)	0	0
3. Učinkovito načrtovanje in upravljanje človeških virov v zdravstvu, vključno z modelom zagotavljanja kadrov na deficitarnih področjih zdravstvenega varstva in v depriviranih okoljih.	4 (z rokom izvedbe v letih 2021 in 2022 ³⁷³)	1 ukrep končan že v letu 2017	25
4. Jasna razmejitev med javnim in zasebnim izvajanjem javne zdravstvene službe in zasebne zdravstvene dejavnosti.	4 (2 ukrepa z rokom izvedbe v letu 2016 ³⁷⁴ , 2 pa v letu 2021 ³⁷⁵)	0 ³⁷⁶	0
5. Integrirana in celovita obravnava.	1 (ukrep z rokom izvedbe v letu 2016 ³⁷⁷)	0	0
6. Enaka dostopnost do kakovostne in varne oskrbe čim bližje prebivalcem.			
7. Usmerjenost v preventivno zdravstveno varstvo.			
8. Boljša povezanost med ravni zdravstvene dejavnosti in s socialnim varstvom.			
9. Upoštevanje spreminjajoče se zdravstvene potrebe starajoče se populacije.	1 (ukrep z rokom izvedbe v letu 2018 ³⁷⁸)	0	0
10. Usmerjenost v uporabnika in njegovo opolnomočenje.	1 (ukrep z rokom izvedbe v letu 2018 ³⁷⁹)	1	100

Vir: podatki MZ.

³⁶⁸ Upoštevali smo 2 izvedena ukrepa (od tega 1 izveden ukrep z rokom izvedbe v letu 2021) ter vseh 8 neizvedenih ukrepov, ki naj bi bili v skladu z roki izvedeni v obdobju, na katero se nanaša revizija (v roku sta bila torej izvedena 2 od 9 ukrepov).

Ugotovili smo, da je MZ izvedlo le 2 od 37 ukrepov, ki so bili v ReNPZV08-13 načrtovani v okviru 5 ciljev. Do septembra 2019 je MZ izvedlo 1 od 8 ukrepov/nalog iz ReNPZV16-25, ki bi jih moralo izvesti že do konca leta 2018, poleg tega je izvedlo 1 ukrep pred načrtovanim rokom, in sicer je bil julija 2017 sprejet ZZdrS-F, s katerim je bila pristojnost za določanje števila in vrst specializacij prenesena z ZZ na Odbor za specializacije (rok je bil v letu 2021). Zaradi opustitve izvedbe načrtovanih ukrepov MZ v obdobju, na katero se nanaša revizija, po naši oceni ni bilo uspešno pri izvajanju ukrepov, uspešnosti doseganja ciljev iz ReNPZV08-13 pa zaradi nejasnih in nemerljivih ciljev ni bilo mogoče oceniti.

3.2.2 Izvajanje drugih ukrepov

V reviziji smo preverili, ali sta MZ in ZZ izvajala še druge ukrepe (ob postopkih, ki jih sicer redno izvajata na podlagi predpisov), ki so kakorkoli povezani z zagotavljanjem zadostnega števila zdravnikov in niso bili načrtovani v strateških dokumentih. Poleg tega smo preverili, ali je MZ celovito izvedlo vse ukrepe, ki smo mu jih na podlagi že izvedenih sorodnih revizij priporočili, oziroma kako je uresničevalo zaveze glede izvajanja načrtovanih aktivnosti, ki jih je izkazalo med popravljivimi ukrepi v okviru že izvedenih revizij računskega sodišča.

Ugotovili smo, da ZZ poleg ukrepov in aktivnosti, predstavljenih v poglavju 2.3, ni izvajalo drugih ukrepov, s katerimi bi neposredno skrbelo za reševanje problematike pomanjkanja zdravnikov. Podobno MZ tudi ni izvajalo nobenih drugih ukrepov, s katerimi bi neposredno prispevalo k zagotavljanju zdravnikov. Ne glede na to pa je MZ izvedlo načrtovane aktivnosti, ki jih je v letu 2018 izkazalo v porevizijskem poročilu Popravljalni ukrepi pri reviziji Organizacijski in kadrovski izzivi zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji³⁶⁹ (v nadaljevanju: porevizijsko poročilo Izzivi) in v porevizijskem poročilu Popravljalni ukrepi pri reviziji obravnave problematike raka prostate³⁸¹ (v nadaljevanju: porevizijsko poročilo Rak prostate), in sicer:

³⁶⁹ Poročilo o analizi potreb prebivalstva in zmogljivosti sistema zdravstvenega varstva.

³⁷⁰ Model meril za mrežo.

³⁷¹ Upoštevali smo le en ukrep, ki bi moral biti izveden v letu 2018.

³⁷² Sprejeti kriteriji za specializacijo in sprejetje kriterijev za združevanje.

³⁷³ Nacionalni načrt kadrovskih virov v zdravstvu, Poročilo o uvedbi spodbud za delo v območjih, ki so za zaposlitev manj privlačna, Sprememba načrtovanja, organiziranja, izvajanja in nadzora specializacij ter Register zdravstvenih delavcev.

³⁷⁴ Sprejem kriterijev za podeljevanje, podaljševanje in odvzem koncesij, Pogoji za izvajanje t. i. tržne dejavnosti v javnih zdravstvenih zavodih.

³⁷⁵ Spremenjena zakonodaja in Pravila prestopa iz zasebne zdravstvene dejavnosti v sistem javnega zdravstva.

³⁷⁶ Upoštevana sta bila 2 ukrepa, ki bi morala biti izvedena v letu 2016.

³⁷⁷ Sprejem Strategije razvoja zdravstvene dejavnosti na primarni ravni do leta 2016 in Poročila o izvajanju Strategije razvoja zdravstvene dejavnosti na primarni ravni na 2 leti do leta 2025.

³⁷⁸ Poročilo o obremenitvah ambulant na primarni ravni od leta 2013 do leta 2018 in predlog sprememb obstoječega sistema GK.

³⁷⁹ Poročilo o evalvaciji RADM, objavljeno na spletni strani MZ, širitev RADM v družinski medicini in izdelava modela RADM za druge specialnosti na primarni ravni zdravstvenega varstva.

³⁸⁰ Št. 320-9/2015/61 z dne 12. 2. 2018, [URL: <https://www.rs-rs.si/revizije-in-revidiranje/arhiv-revizij/revizija/ucinkovitost-urejanja-podrocja-sistema-zdravstvenega-varstva-v-republiki-sloveniji-164/#tabs-222>], 1. 9. 2021.

³⁸¹ Št. 320-1/2017/61 z dne 29. 3. 2018, [URL: <https://www.rs-rs.si/revizije-in-revidiranje/arhiv-revizij/revizija/obravnavna-problematike-raka-prostate-1214/#tabs-1489>], 1. 9. 2021.

- kot predlagatelj zakona je poskrbelo, da je DZ v letu 2018 sprejel Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva³⁸², s katerim je bila razširjena vsebina evidence zdravstvenih delavcev v smislu dopolnitve obveznih podatkov, povezanih z zdravstvenimi delavci, ter navedbe dodatnih pristojnih deležnikov za zagotavljanje podatkov, poleg tega pa je bilo MZ določeno kot upravljavec te evidence³⁸³, ne glede na navedeno izboljšavo pa evidenca zdravstvenih delavcev še vedno ni popolna in dovolj točna, da bi bilo na njeni podlagi mogoče učinkovito načrtovati optimizacijo mrežo javne zdravstvene službe, kar je v skladu z ZZPPZ sicer namen te evidence (več v točki 2.1.1.1),
- poskrbelo je za pogodbeno določbo, v skladu s katero je ZZ dolžna vpisovati podatke v RIZDDZ³⁸⁴,
- zagotovilo³⁸⁵ je nemoten in stalen dostop pooblaščenim zaposlenim na MZ do RIZDDZ³⁸⁶,
- pri pripravi JR za specializacije za leto 2019 je kot izhodišča upoštevalo ugotovitve ZZS o čakalnih dobah in javljene potrebe izvajalcev javne zdravstvene službe na področju urologije³⁸⁷.

Vendar pa MZ ni izkazalo, da je:

- vzpostavilo ažurno evidenco o podeljenih koncesijah, kot je bilo napovedano v porevizijskem poročilu Izzivi³⁸⁸, saj ni vzpostavilo popolne evidence o vseh podeljenih veljavnih koncesijah oziroma o vseh soglasjih občinam na podeljene koncesije v primarni zdravstveni dejavnosti (vzpostavilo je le evidenco koncesij, ki so bile podeljene od leta 2018 dalje – več v točki 2.3.7), čeprav bi tako evidenco lahko vzpostavilo na podlagi lastnih podatkov in podatkov občin, ki naj bi mu že januarja 2018 posredovale vse odločbe in pogodbe o koncesijah,
- preverilo in potrdilo, da ZZS financira izvajanje le tistih dejavnosti in programov koncesionarjev, ki imajo vsa ustrezna dovoljenja in soglasja, kot je napovedalo v porevizijskem poročilu Izzivi³⁸⁹.

³⁸² Uradni list RS, št. 31/18.

³⁸³ S tem so bile uresničene načrtovane aktivnosti, izkazane v porevizijskem poročilu Izzivi (popravljalni ukrepi glede ureditve evidenc oziroma preveritve njihove točnosti, ažurnosti in primerljivosti ter zagotovitve nemotenega in stalnega dostopa do podatkov iz Evidence zdravstvenih delavcev) ter v porevizijskem poročilu Rak prostate (popravljalni ukrepi glede priprave spremembe ZZPPZ v smislu določitve vsebine evidence zdravstvenih delavcev in določitve dolžnosti zbornic glede vpisovanja podatkov v evidenco zdravstvenih delavcev).

³⁸⁴ S tem je bila uresničena aktivnost, napovedana v porevizijskem poročilu Rak prostate (popravljalni ukrep glede določitve dolžnosti zbornic v letnih pogodbah o izvajanju javnih pooblastil, da podatke vpisujejo v RIZDDZ).

³⁸⁵ Pooblaščenim zaposlenim na MZ v Sektorju za dostopnost zdravstvenega varstva in Sektorju za organizacijo zdravstvenega varstva je bil januarja 2019 omogočen dostop do RIZDDZ.

³⁸⁶ S tem je bila uresničena aktivnost, napovedana v porevizijskem poročilu Izzivi (popravljalni ukrep glede zagotovitve neposrednega dostopa do podatkov iz RIZDDZ).

³⁸⁷ S tem je bila uresničena napoved iz porevizijskega poročila Rak prostate, da bo vzroke za čakalne dobe analiziral in o njih poročal ZZS, MZ pa bo ugotovitve upoštevalo pri načrtovanju specializacij.

³⁸⁸ Iz porevizijskega poročila Izzivi izhaja, da bo MZ vzpostavilo ažurno evidenco o podeljenih koncesijah do junija 2018 (že v času priprave popravljalnih ukrepov pa je preverjalo, ali imajo koncesionarji soglasje k podelitvi koncesije na primarni ravni), pri tem je že decembra 2017 pozvalo občine k predložitvi veljavnih odločb o podelitvi koncesije in vse še veljavne pogodbe o koncesiji.

³⁸⁹ Iz porevizijskega poročila Izzivi izhaja, da bo MZ aprila 2018 z občinami in ZZS usklajevalo programe podeljenih koncesij in obseg koncesioniranih programov, ki jih izvajalci dejansko izvajajo in dobijo plačane s strani ZZS.

Pojasnilo MZ

MZ ne preverja posebej, ali ZZZS financira izvajanje le tistih dejavnosti in programov koncesionarjev, ki imajo vsa ustrezna dovoljenja in soglasja, saj je ZZZS vsako leto pod nadzorom računskega sodišča, ki preverja pravilnost poslovanja ZZZS.

MZ vztraja pri tem, da ne izvaja nadzorov nad ZZZS oziroma preveritev financiranja zdravstvenih programov (čeprav je v porevizijskem poročilu izkazalo namero, da bo preverilo financiranje), zato še vedno obstaja tveganje, da so financirani tudi programi, ki niso nujno del mreže javne zdravstvene službe oziroma niso potrebni glede na potrebe prebivalcev (na kar smo opozorili v revizijskem poročilu Izzivi).

MZ ni poskrbelo, da bi izvedlo vse aktivnosti, zahtevane v preteklih revizijskih poročilih. Z opustitvijo napovedanih aktivnosti se MZ po naši oceni dodatno odmika od učinkovitega določanja delovnih mest v okviru mreže javne zdravstvene službe in posledično od učinkovitega reševanja problematike pomanjkanja zdravnikov.

Z opustitvijo ustreznega načrtovanja in izvajanja relevantnih ukrepov, povezanih s problematiko pomanjkanja zdravnikov MZ in ZZ, vsak v okviru svojih pristojnosti, nista bila uspešna pri odpravljanju razlogov za pomanjkanje zdravnikov. Po drugi strani pa ni bilo mogoče ugotoviti, ali se razmerje med potrebnim in razpoložljivim številom zdravnikov izboljšuje, saj MZ in ZZ nimata točnih podatkov o potrebnem in dejansko razpoložljivem številu zdravnikov.

4. Mnenje

Revizijo smotrnosti poslovanja smo izvedli, da bi Ministrstvu za zdravje in Zdravniški zbornici Slovenije izrekli mnenje glede učinkovitosti in uspešnosti pri zagotavljanju učinkovitega vstopa zdravnikov na trg dela ter hkrati pri izboljševanju razpoložljivosti zdravnikov v obdobju od 1. 1. 2008 do 30. 9. 2019.

Menimo, da Ministrstvo za zdravje in Zdravniška zbornica Slovenije (vsak v okviru svojih pristojnosti) v obdobju, na katero se nanaša revizija, **nista bila učinkovita** pri skrbi za učinkovit vstop zdravnikov na trg dela niti pri izboljševanju razmerja med potrebnim in razpoložljivim številom zdravnikov. Ministrstvo za zdravje in Zdravniška zbornica Slovenije namreč nista poskrbela za ugotavljanje dejanskih potreb po zdravnikih v okviru posameznih specialnosti niti za ugotavljanje razlogov za njihovo pomanjkanje. Zaradi tega tudi nista mogla poskrbeti za to, da bi se razlogi za pomanjkanje zdravnikov uspešno odpravljali.

Ministrstvo za zdravje kot predlagatelj in Zdravniška zbornica Slovenije kot deležnik, ki sodeluje pri pripravi predlogov zakonov, predpisov in drugih dokumentov, nista predlagala take pravne ureditve, ki bi omogočala ugotavljanje realnih razpoložljivih zdravniških kapacitet, zaznavanje realnih trenutnih in pričakovanih potreb po dodatnih zdravnikih in specialističnih področjih ter učinkovito odzivanje na ugotovljene potrebe (vzpostavitev postopkov za zagotavljanje potrebnega števila zdravnikov v okviru specialističnih področij, kjer in ko so ugotovljene potrebe). Ob odsotnosti enotne metodologije za zbiranje podatkov o potrebah po zdravnikih so potrebe po zdravnikih ugotavljali različni deležniki na različne načine, noben deležnik pa ni ugotavljal, koliko učinkovitih ur zdravniškega dela na mesec opravi posamezni zdravnik v okviru različnih oblik izvajanja zdravniške službe in pri različnih izvajalcih v mreži javne zdravstvene službe (kot na primer na podlagi pogodbe o zaposlitvi, podjetniški oziroma drugih pogodb civilnega prava ali na podlagi izstavljenih računov za opravljeno zdravstveno storitev).

Ministrstvo za zdravje kot predlagatelj predpisov in Zdravniška zbornica Slovenije kot deležnik, ki sodeluje pri pripravi predpisov, sta bila neučinkovita tudi zato, ker nista predlagala oziroma določila natančne metodologije za ugotavljanje potreb po zdravnikih. Zaradi tega nista prispevala k vzpostavitvi sistema ugotavljanja obstoječih nujnih (trenutnih) potreb, ki so posledica nenadnih dogodkov (kot na primer odpoved delovnega razmerja, smrt) in na katere naj bi se izvajalci odzvali s takojšnjim zaposlovanjem, niti sistema ugotavljanja predvidenih oziroma pričakovanih potreb v daljšem prihodnjem obdobju (kot na primer zaradi upokojevanja), ki naj bi jih med drugim zadovoljevala z usposabljanjem zadostnega števila zdravnikov in morebitno reorganizacijo mreže javne zdravstvene službe. Posledično sta vse potrebe po zdravnikih ugotavljala zgolj v okviru postopkov določanja števila in vrst specializacij, kar pomeni, da so lahko bile nujne potrebe izvajalcev zadovoljene šele z dokončanjem specializacije (vendar le v primeru, če je bila specializacija potrjena), torej čez nekaj let.

Neučinkovito poslovanje smo Ministrstvu za zdravje pripisali tudi zato, ker ni poskrbelo za določitev celovite mreže javne zdravstvene službe in za razpored zdravniških delovnih mest v mreži javne zdravstvene službe. Napore je sicer vlagalo v parcialne aktivnosti v zvezi s pripravo predlogov mreže zgolj na določenih ozkih segmentih zdravstvene dejavnosti, pri tem pa ni poskrbelo za ostale potrebne podlage, kot so natančna določitev meril in kriterijev za optimizacijo mreže javne zdravstvene službe, in za natančno definiranje posameznih ravni zdravstvene dejavnosti.

Menimo, da je bilo Ministrstvo za zdravje neučinkovito pri pripravi zdravniških standardov in normativov. Ministrstvo za zdravje ni izvedlo analize ustreznosti predlogov zdravniških standardov in normativov, ki sta jih v letu 2008 pripravili komisija za definiranje normativov in obsega dela na primarni ravni zdravstvene dejavnosti in komisija za definiranje normativov in obsega dela na sekundarni ravni zdravstvene dejavnosti. Prav tako Ministrstvo za zdravje ni nikoli posredovalo pripravljenih predlogov standardov in normativov Zdravstvenemu svetu v obravnavo. Namesto tega je pripravo standardov in normativov v pomembnem delu prepustilo zbornicam, sindikatom in združenjem. Tako je leta 2011 Zdravniška zbornica Slovenije (s še dvema interesnima združenjema), kljub dejstvu da nima zakonske podlage za določitev standardov in normativov, standarde in normative iz leta 2008 vključila v Modro knjigo standardov in normativov zdravnikov in zobozdravnikov, pri tem pa jih ni utemeljila z ustrezno dokumentacijo. Ministrstvo za zdravje je k uveljavitvi normativov in standardov prispevalo s podpisom Sporazuma o začasni prekinitvi stavkovnih aktivnosti iz leta 2016, čeprav pred tem ni pridobilo mnenja Zdravstvenega sveta in/ali pristojnih razširjenih strokovnih kolegijev niti jih ni samo proučilo in potrdilo. Pri tem izpostavljamo, da je ta sporazum iz leta 2016 podpisalo zaradi grožnje zdravniške stavke. Ministrstvo za zdravje ni proučilo pričakovanih učinkov sprejetja zdravniških standardov in normativov iz Modre knjige standardov in normativov zdravnikov in zobozdravnikov na vzdržnost zdravstvenega sistema. Zaradi opustitve vseh potrebnih aktivnosti za določitev realnih normativov in standardov (pred določitvijo bi bilo treba natančno proučiti obstoječe zdravniške kapacitete in dejanske obremenitve zdravnikov ter razpoložljive finančne vire) sta bila Ministrstvo za zdravje in Zdravniška zbornica Slovenije po našem mnenju neučinkovita pri njihovi uveljavitvi. Zaradi opustitve potrebnih analiz tudi nista preprečila tveganja, da uveljavljeni normativi in standardi niso objektivni in da ne predstavljajo realne osnove za optimizacijo javne mreže zdravstvene službe. Poleg povečanja potreb po zdravnikih je implementacija standardov in normativov sprožila tudi vrsto različnih nagrajevanj zdravnikov, ki pa ne predstavljajo systemske ureditve, s katero naj bi bila zagotovljena kontinuirana in enakopravna obravnava zdravnikov glede na njihove delovne obremenitve.

Ob odsotnosti potrebnih podatkov za natančno ugotovitev obstoječih zmogljivosti zdravnikov ter ob odsotnosti predpisa, v katerem bi bila natančno določena metodologija za ugotavljanje potreb po zdravnikih, Ministrstvo za zdravje in Zdravniška zbornica Slovenije nista imela temeljnih pogojev za ugotavljanje primanjkljaja zdravnikov specialistov na določenih specialističnih področjih in regijah. Vendar pa je Ministrstvo za zdravje v letu 2017 pristopilo k projektu, v okviru katerega je razvilo model, ki bi po našem mnenju lahko bil podlaga za učinkovito načrtovanje zdravniškega kadra.

Ob odsotnosti predpisane metodologije za ugotavljanje potreb po zdravnikih in s tem potreb po specializacijah sta Ministrstvo za zdravje in Zdravniška zbornica Slovenije pripravila lastne metodologije za ugotavljanje potreb po specializacijah, v okviru katerih je določanje števila in vrst specializacij večinoma temeljilo na odsotnosti natančnih kriterijev in meril, zato je bilo nepregledno in arbitrarno, saj ni bilo neposredno vezano na sporočene potrebe izvajalcev, temveč na druge kriterije, ki niso bili nujno povezani s potrebami po zdravnikih v okviru posameznih specialističnih področij. Zaradi tega so bili postopki določanja specializacij po našem mnenju neučinkoviti, saj ni bilo mogoče potrditi, da so bile določene tiste vrste in tako število posameznih vrst specializacij, po katerih so bile dejanske potrebe.

Menimo, da je Ministrstvo za zdravje z zakonsko določitvijo obveze vračanja stroškov za specializacijo v primeru, da se specialist ne zaposli v mreži javne zdravstvene službe, prispevalo k preprečevanju odhajanja mladih zdravnikov v tujino oziroma v zasebno prakso. Ministrstvo za zdravje pa ni prispevalo k taki ureditvi razpisovanja specializacij, s katerim bi bila zagotovljena enaka

obravnavo specializantov, prijavljenih na nacionalni javni razpis in na javni razpis za izvajalce, ter hkrati enaka obravnavo izvajalcev zdravstvene dejavnosti.

Po našem mnenju Ministrstvo za zdravje ni prispevalo k učinkovitemu zagotavljanju zdravnikov specialistov iz tretjih držav, saj izvajalcev zdravstvene dejavnosti ni spodbujalo k javljanju potreb po zdravniških specialistih s posameznih specialističnih področij, poleg tega ni spremljalo podatkov o tem, koliko tujih zdravnikov se je po priznanju poklicne kvalifikacije zaposlilo v mreži javne zdravstvene službe, oziroma ni ugotavljalo razlogov za njihovo nezaposlitev. Ministrstvo za zdravje tudi ni ugotavljalo, ali ukrep oziroma politika zaposlovanja zdravnikov iz tretjih držav pomeni prispevek k večjemu zadovoljevanju potreb po zdravniških ali ne.

Ministrstvo za zdravje in Zdravniška zbornica Slovenije sta razpisovala bistveno večje število specializantskih mest, kot je bilo na voljo kandidatov, in s tem ohranjala okoliščine, v katerih so manj privlačna mesta lahko ostala nezapolnjena. Poleg tega je od leta 2017 Ministrstvo za zdravje razpisovalo specializacije za znanega izvajalca tudi v primeru nujnih (trenutnih) potreb. To je pomenilo, da so izvajalci na podlagi nujne potrebe zadovoljili to potrebo šele po zaključeni specializaciji.

Ministrstvo za zdravje je skrbelo za izvedbo nekaterih dodatnih aktivnosti (podeljevanje soglasij in koncesij, projekti za krajšanje čakalnih vrst, referenčne ambulate), s katerimi pa ni prispevalo k zagotavljanju dodatnih zdravniških kapacitet, posledično pa z njimi tudi ni poskrbelo za razbremenitev zdravnikov. Ministrstvo za zdravje po našem mnenju ni bilo učinkovito pri izboljševanju razpoložljivosti zdravnikov tudi zato, ker ni izvajalo potrebnih analiz glede obremenitev zdravnikov niti analiz glede ustreznosti organizacije dela, še posebej z vidika povečanega obsega administrativnih opravil. Ne glede na to je Ministrstvo za zdravje poskrbelo za nagrajevanje zdravnikov, ki pa ni bilo nujno vezano na njihove dejanske obremenitve, zato se je s takim načinom oddaljevalo od enake obravnave zdravnikov glede obremenitev, pri tem pa se s povečanim nagrajevanjem dejanske obremenitve zdravnikov niso zmanjšale.

Ministrstvo za zdravje je s sklepanjem podjemnih pogodb prispevalo k izrazitemu povečanju stroškov podjemnih pogodb z zdravniki na sekundarni in terciarni ravni, pri tem pa ni proučilo gospodarnosti sklepanja podjemnih pogodb, kot na primer v smislu primerjave višine stroškov za podjemne pogodbe z višino stroškov iz naslova dodatnega zaposlovanja tujih zdravnikov. Podjemne pogodbe v zdravstvu so po naši oceni lahko le začasna rešitev, ne pa stalnica pri izvajanju zdravstvene dejavnosti, saj prispevajo k povečevanju obremenitev zdravnikov.

Ministrstvo za zdravje ni učinkovito zagotavljalo dodatnih zdravniških kapacitet, kjer je ugotovljeno, da primanjkuje zdravnikov, saj za to ni zagotovilo osnovnih pogojev in podlag. Tako ni zagotovilo celovite javne mreže zdravstvene službe, ni določilo razporeda zdravniških mest, ni določilo pogojev, kriterijev in meril za potrditev potreb po koncesijah, ni obvladovalo konfliktov interesov pri podeljevanju koncesij in ni preverilo učinkov že podeljenih koncesij.

Menimo, da Ministrstvo za zdravje **ni bilo uspešno** pri načrtovanju ciljev in ukrepov za zagotavljanje zadostnega števila zdravnikov, saj pri načrtovanju ni analiziralo potreb prebivalcev po zdravniških in ni ugotavljalo izhodiščnega stanja potreb po zdravniških in kadrovskih zmogljivosti niti ciljnega stanja glede potrebnega števila zdravnikov v okviru posameznih programov, specialističnih področij in regij ter s tem v celotni mreži javne zdravstvene službe. Neustreznost določanja ciljev in ukrepov v Resoluciji o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013 se je kazala tudi v tem, da

večinoma ni bilo mogoče ugotoviti, s katerimi ukrepi/nalogami naj bi Ministrstvo za zdravje cilje dosegalo.

Ugotovili smo, da Zdravniška zbornica Slovenije ni pripravila dolgoročnega (najmanj 10-letnega) načrta dodeljevanja novih specializacij, kot je bilo določeno v Resoluciji o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013. Ministrstvo za zdravje ni vzpostavilo sistema merjenja uresničevanja ciljev, določenih v Resoluciji o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013. Ministrstvo za zdravje tudi ni poskrbelo za pripravo izvedbenega načrta za izvajanje Resolucije o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025, saj minister do 30. 9. 2019 ni imenoval koordinacijske skupine, ki naj bi pripravljala obdobjne izvedbene načrte.

Ministrstvo za zdravje uresničevanja ciljev oziroma izvajanja ukrepov ni spremljalo, zato ni izkazalo niti ni znalo pojasniti, kako uspešno je pri doseganju ciljev. V reviziji smo ugotovili, da je Ministrstvo za zdravje izvedlo zgolj 5,4 % vseh ukrepov iz Resolucije o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013, med njimi pa ni najpomembnejšega cilja ureditve mreže javne zdravstvene službe. Podobno je izvedlo zgolj 22 % ukrepov, načrtovanih v Resoluciji o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 z roki izvedbe do 30. 9. 2019, med izvedenimi ukrepi pa ni analize potreb prebivalstva, analize zmogljivosti sistema zdravstvenega varstva, sprejema strategije razvoja zdravstvene dejavnosti na primarni ravni, poročila o obremenitvah ambulant na primarni ravni od leta 2013 do leta 2018, niti predloga sprememb obstoječega sistema glavarinskih količnikov.

Zaradi opustitve izvedbe načrtovanih ukrepov Ministrstvo za zdravje in Zdravniška zbornica Slovenije po našem mnenju **nista bila uspešna** pri izvajanju ukrepov, medtem ko uspešnosti doseganja ciljev iz Resolucije o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013 zaradi nejasnih in nemerljivih ciljev ni bilo mogoče oceniti.

Ministrstvo za zdravje ni celovito izvedlo vseh ukrepov, ki mu jih je na podlagi že izvedenih sorodnih revizij priporočilo računsko sodišče, oziroma, ni uresničevalo danih zavez glede izvajanja načrtovanih aktivnosti, ki jih je napovedalo med popravljivimi ukrepi v okviru dveh že izvedenih revizij računskega sodišča.

Zaradi opustitve ustreznega načrtovanja in izvajanja relevantnih ukrepov, povezanih s problematiko zagotavljanja ustreznega števila zdravnikov, Ministrstvo za zdravje in Zdravniška zbornica Slovenije nista bila uspešna pri razbremenjevanju zdravnikov niti pri zagotavljanju zadostnih zdravniških kapacitet, saj nista poskrbela, da bi se razlogi za pomanjkanje zdravnikov ugotavljali in uspešno odpravljali. Zaradi odsotnosti točnih podatkov o potrebnem in dejansko razpoložljivem številu zdravnikov oziroma celotnih zdravniških kapacitetah pa tudi ni bilo mogoče potrditi, da Ministrstvo za zdravje in Zdravniška zbornica Slovenije s svojimi aktivnostmi prispevata k izboljševanju razmerja med potrebnim in razpoložljivim številom zdravnikov.

5. Zahteva za predložitev odzivnega poročila

Ministrstvo za zdravje mora v roku 90 dni po prejemu revizijskega poročila predložiti računskemu sodišču odzivno poročilo.

Odzivno poročilo mora vsebovati:

- navedbo revizije, na katero se nanaša,
- kratek opis nesmotnosti v poslovanju, ki so bile razkrite z revizijo, in
- izkaz popravljalnih ukrepov.

Izkaz popravljalnih ukrepov mora obsegati navedbo popravljalnih ukrepov in ustrezna dokazila o izvedenih popravljalnih ukrepih za odpravo ugotovljenih nesmotnosti.

Ministrstvo za zdravje mora v odzivnem poročilu izkazati, da je:

1. natančno določilo seznam vseh potrebnih podatkov o obsegu aktiviranja posameznih in vseh zdravnikov v vseh možnih oblikah in segmentih zdravniške službe, ki so potrebni za celovito spremljanje razpoložljivih zdravniških kapacitet v okviru mreže javne zdravstvene službe. Pri tem naj bodo podatki v seznamu navedeni po vsebini, obliki, načinu zbiranja in viru podatkov, prav tako pa naj seznam vključuje tudi vse relevantne podatke o aktiviranju zdravnikov, ki so hkrati vključeni v mrežo javne in zasebne zdravstvene dejavnosti. Ministrstvo za zdravje naj pri vsakem podatku označi deležnika ter evidenco, v okviru katere naj bi se podatek vodil (kot na primer Evidenca gibanja zdravstvenih delavcev in mreže zdravstvenih zavodov oziroma Register izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev v zdravstvu ali druga evidenca) – točka 2.1.1.1;
2. v skladu s seznamom podatkov iz prve alineje te zahteve pripravilo načrt aktivnosti z določitvijo roka izvedbe in deležnika, pristojnega za pripravo osnutkov predlogov sprememb in dopolnitev predpisov, ki urejajo zbiranje, evidentiranje ter spremljanje podatkov o številu zdravnikov in zdravniških kapacitetah (zmogljivostih) v okviru mreže javne zdravstvene službe ter hkrati tudi v okviru zasebne zdravstvene službe, kadar so zdravniki aktivirani v obeh segmentih zdravstvene službe (točka 2.1.1.1), in sicer v smislu:
 - določitve deležnika, ki bo odgovoren za zanesljivost, točnost, ažurnost in popolnost podatkov in bo te podatke zagotavljal celovito,
 - odprave ureditve, ki omogoča podvajanje spremljanja istih podatkov v okviru različnih evidenc (pri različnih deležnikih);
3. pripravilo načrt aktivnosti z določitvijo roka izvedbe in deležnika, pristojnega za pripravo predpisa, s katerim bo:
 - določeno, kateri deležnik in kako naj bi spremljal trenutne, kratkoročne in dolgoročne potrebe po zdravnikih ter kateri deležnik in kako naj bi pripravljali strategije o specialistični dejavnosti glede na pričakovane potrebe po zdravnikih s posameznih specialističnih področij – točka 2.1.1.2,

- določena natančna metodologija ugotavljanja potreb po zdravnikih specialistih posameznih specialističnih strok, ki bo vključevala merila in kriterije za enotno določanje potreb po dodatnih zdravnikih na ravni države in izvajalcev zdravstvene dejavnosti – točka 2.1.4,
 - določen način pridobivanja podatkov o potrebah po zdravnikih (kot na primer od izvajalcev zdravstvene dejavnosti ali od drugih deležnikov, pristojnih za ugotavljanje potreb in vodenje evidenc) – točka 2.2.2.2;
4. pripravilo načrt aktivnosti, v okviru katerega je določilo pristojne deležnike, ki bodo za potrebe optimizacije mreže javne zdravstvene službe (točka 2.1.2) v okviru natančno določenih nalog in roka izvedbe odgovorni za:
- pripravo nacionalnega načrta kadrovskih virov v zdravstvu,
 - izvedbo natančne analize razpoložljivosti zdravniških kapacitet (po principu FTE) po posameznih specialističnih področjih,
 - pripravo natančnih meril in kriterijev za optimizacijo mreže javne zdravstvene službe, ki bodo temeljili vsaj na zdravstvenem stanju, številu, starostni in socialni strukturi prebivalcev, enakih pogojih oziroma možnostih za uporabo zdravstvenih storitev, potrebnem obsegu posamezne dejavnosti na primarni, sekundarni in terciarni ravni ter hkrati na finančnih zmožnostih zdravstvene blagajne,
 - pripravo predloga sprememb in dopolnitev predpisov glede natančne določitve in razmejitve primarne, sekundarne in terciarne ravni zdravstvene dejavnosti,
 - pripravo podlag za aktivno in učinkovito sodelovanje lokalnih skupnosti pri optimizaciji mreže javne zdravstvene službe na primarni ravni (kot na primer poziv in/ali usmeritve občin glede vsebine sodelovanja) in/ali pripravo predloga sprememb in dopolnitev predpisov glede obstoječe razmejitve pristojnosti med državo in lokalnimi skupnostmi,
 - določitev predloga razporeda zdravniških delovnih mest v mreži javne zdravstvene službe;
5. pripravilo načrt aktivnosti, v okviru katerega je določilo pristojne deležnike, ki bodo v okviru natančno določenih nalog in roka izvedbe odgovorni za:
- izvedbo analize učinkov obstoječega glavarinskega sistema,
 - izvedbo analize števila, vrste in zahtevnosti obravnav pacientov na dan/mesec/leto pri določenem številu zdravnikov (na primer s pomočjo metode opazovanja in popisa procesov v okviru zdravniške službe na reprezentativnem vzorcu zdravnikov) in bodo na podlagi rezultatov analize odgovorni tudi za presojo ustreznosti obstoječih zdravniških standardov in normativov kot tudi za pripravo predlogov glede njihove posodobitve – točki 2.1.3 in 2.3.3;
6. pripravilo načrt aktivnosti, v okviru katerega je določilo pristojne deležnike, ki bodo v okviru natančno določenih nalog in roka izvedbe odgovorni za izvedbo analize obremenitev zdravnikov ob upoštevanju števila pacientov ter števila, vrste, zahtevnosti in dolžine obravnav (obiskov) (točke 2.3.1, 2.3.2, 2.3.3, 2.3.5 in 2.3.6), in sicer naj analiza obremenitev vključuje različne razloge za obremenitve (kot na primer obremenitve v okviru in izven okvira ordinacijskega časa ambulant, obremenitve zaradi aktiviranja zdravnikov pri več različnih izvajalcih in več različnih programih, obremenitve zaradi opravljanja nadur, obremenitve zaradi obsega opravljanja zdravniške službe v okviru koncesij in hkrati v okviru zasebne mreže zdravstvene službe);
7. pripravilo načrt aktivnosti, v okviru katerega je določilo pristojne deležnike, ki bodo v okviru natančno določenih nalog in roka izvedbe odgovorni za analizo stroškov in učinkov projektnega nagrajevanja zdravnikov zaradi domnevnih preobremenitev na podlagi glavarinskega sistema v primerjavi s stroški in učinki dodatnega zaposlovanja zdravnikov – točka 2.3.5.4;

8. pripravilo načrt aktivnosti, v okviru katerega je določilo pristojne deležnike, ki bodo v okviru natančno določenih nalog in roka izvedbe odgovorni za analizo stroškov in učinkov podeljevanja koncesij z vidika prostorskih, časovnih, organizacijskih, vsebinskih, kadrovskih in finančnih elementov v primerjavi s stroški in učinki zaposlovanja zdravnikov v okviru javnih zdravstvenih zavodov – točka 2.3.7;
9. v zvezi z že napovedanimi aktivnostmi v porevizijskem poročilu *Popravljalni ukrepi pri reviziji Organizacijski in kadrovski izzivi zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji* – točki 2.3.7 in 3.2.2:
 - vzpostavilo ažurno in popolno evidenco o vseh podeljenih koncesijah oziroma vseh soglasjih občinam na podeljene koncesije v primarni zdravstveni dejavnosti,
 - pristopilo k aktivnostim, s katerimi bo zagotovilo, da Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije financira izvajanje le tistih dejavnosti in programov koncesionarjev, ki imajo vsa ustrezna dovoljenja in soglasja, in da je v primeru ugotovitve financiranja brez ustreznih podlag ustrezno ukrepalo.

Načrti aktivnosti morajo vsebovati navedbo aktivnosti, nosilce aktivnosti in roke za izvedbo aktivnosti.

Po drugem odstavku 29. člena ZRacS-1 je odzivno poročilo uradna listina, ki jo potrdi odgovorna oseba uporabnika javnih sredstev s svojim podpisom in pečatom.

Računsko sodišče bo ocenilo verodostojnost odzivnega poročila, to je resničnost navedb o popravljalnih ukrepih, in po potrebi opravilo revizijo odzivnega poročila na podlagi četrtega odstavka 29. člena ZRacS-1. Prav tako bo ocenilo zadovoljivost sprejetih popravljalnih ukrepov.

Če odzivno poročilo ne bo predloženo v roku, določenem v tem revizijskem poročilu, stori odgovorna oseba uporabnika javnih sredstev prekršek po tretjem odstavku 38. člena ZRacS-1. Če uporabnik javnih sredstev, ki bi moral predložiti odzivno poročilo, niti v roku 15 dni po izteku roka za predložitev odzivnega poročila računskemu sodišču ne predloži odzivnega poročila, se šteje, da uporabnik javnih sredstev krši obveznost dobrega poslovanja³⁹⁰. Prav tako opozarjamo, da se neresnične navedbe v odzivnem poročilu obravnavajo kot neresnične navedbe v uradni listini (drugi odstavek 29. člena ZRacS-1).

Če bo računsko sodišče v porevizijskem postopku ugotovilo, da Ministrstvo za zdravje krši obveznost dobrega poslovanja, bo ravnalo v skladu s sedmim do štirinajstim odstavkom 29. člena ZRacS-1.

³⁹⁰ 3. točka prvega odstavka 37. člena Poslovnika Računskega sodišča Republike Slovenije.

6. Priporočila

Ministrstvu za zdravje priporočamo, da prouči:

- ustreznost razmejitve pristojnosti med Ministrstvom za zdravje in Nacionalnim inštitutom za javno zdravje pri upravljanju Evidence gibanja zdravstvenih delavcev in mreže zdravstvenih zavodov in pristopi k natančni določitvi pristojnosti obeh deležnikov,
- ustreznost obstoječega glavarinskega sistema in obstoječih standardov in normativov za delo zdravnikov,
- kateri model ugotavljanja potreb po domačih zdravnikih in s tem določanja števila in vrst specializacij naj bi bil najbolj pregleden in učinkovit v smislu zagotavljanja zdravnikov na tistih specialističnih področjih, kjer jih primanjkuje glede na potrebe prebivalcev,
- ustreznost ugotavljanja potreb po tujih zdravnikih, vključno z ustreznostjo postopkov priznavanja poklicnih kvalifikacij in ustreznostjo zahteve glede opravljanja izpitov slovenskega jezika na ravni C1, na zaposlovanje tujih zdravnikov na deficitarnih specialističnih področjih,
- ali in kako bi se lahko podatki o predvidenih upokojitvah zdravnikov in podatki o spremembah zaposlitev zdravnikov za potrebe določanja števila in vrst specializacij pridobivali neposredno iz Registra izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev v zdravstvu in ne od posameznih izvajalcev zdravstvene dejavnosti,
- ustreznost določitve nalog in s tem ustreznost aktiviranja nacionalnih koordinatorjev in nadzornikov kakovosti v sistem določanja števila specializacij,
- ustreznost financiranja druge specializacije na določenih specialističnih področjih na zamaknitev vstopa zdravnikov na trg dela,
- ustreznost organizacije dela zdravnikov oziroma zdravniških timov,
- ustreznost sistema opredeljevanja števila novih zavarovanih oseb,
- ustreznost že uporabljenih načinov nagrajevanja zdravnikov,
- ustreznost sistema sklepanja podjemnih pogodb z zdravniki.

Pravni pouk

Tega poročila na podlagi tretjega odstavka 1. člena ZRacS-1 ni dopustno izpodbijati pred sodišči in drugimi državnimi organi.

Tomaž Vesel,
generalni državni revizor

Poslano:

1. Ministrstvu za zdravje, priporočeno s povratnico;
2. Zdravniški zbornici Slovenije, priporočeno;
3. Zofiji Mazej Kukovič, priporočeno;
4. Borutu Miklavčiču, priporočeno;
5. Dorijanu Marušiču, priporočeno;
6. Tomažu Gantarju, priporočeno;
7. Karlu Viktorju Erjavcu, priporočeno;
8. dr. Alenki Trop Skaza, priporočeno;
9. mag. Alenki Bratušek, priporočeno;
10. Mariji Milojki Kolar Celarc, priporočeno;
11. Samu Fakinu, priporočeno;
12. Marjanu Šarcu, priporočeno;
13. Alešu Šabedru, priporočeno;
14. Janezu Ivanu Janši, priporočeno;
15. prim. dr. Gordani Kalan Živčec, dr. med., priporočeno;
16. prim. Andreju Možini, dr. med., priporočeno;
17. dr. Zdenki Čebašek Travnik, dr. med., priporočeno;
18. Državnemu zboru Republike Slovenije, priporočeno;
19. arhivu.

*Bdimo nad potmi
javnega denarja*

Računsko sodišče Republike Slovenije
The Court of Audit of the Republic of Slovenia
Slovenska cesta 50, 1000 Ljubljana, Slovenija
tel.: +386 (0) 1 478 58 00
fax: +386 (0) 1 478 58 91
sloaud@rs-rs.si
www.rs-rs.si