



REPUBLIKA SLOVENIJA
RAČUNSKO SODIŠČE

POREVIZIJSKO POROČILO

**Popravljalni ukrepi pri reviziji zagotavljanja
učinkovitosti vstopa zdravnikov na trg dela**



2022

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

POREVIZIJSKO POROČILO

Popravljalni ukrepi pri reviziji zagotavljanja učinkovitosti vstopa zdravnikov na trg dela

Številka: 320-5/2019/52

Ljubljana, 28. februarja 2022

Kazalo

1. Uvod	7
2. Nesmotnosti in popravljalni ukrepi	8
2.1 Podatki o obsegu aktiviranja zdravnikov	8
2.1.1 Opis nesmotnosti	8
2.1.2 Izkazani popravljalni ukrep	13
2.1.3 Ocena popravljalnega ukrepa	16
2.2 Pravna ureditev pristojnosti za zagotavljanje ustreznih podatkov o zdravniških kapacitetah	17
2.2.1 Opis nesmotnosti	17
2.2.2 Izkazani popravljalni ukrep	19
2.2.3 Ocena popravljalnega ukrepa	21
2.3 Spremljanje potreb po zdravnikih	23
2.3.1 Opis nesmotnosti	23
2.3.2 Izkazani popravljalni ukrep	27
2.3.3 Ocena popravljalnega ukrepa	29
2.4 Optimizacija mreže javne zdravstvene službe in določitev razporeda zdravniških delovnih mest	31
2.4.1 Opis nesmotnosti	31
2.4.2 Izkazani popravljalni ukrep	36
2.4.3 Ocena popravljalnega ukrepa	38
2.5 Analize učinkov glavarinskega sistema in analize števila, vrste in zahtevnosti obravnav pacientov	39
2.5.1 Opis nesmotnosti	39
2.5.2 Izkazani popravljalni ukrep	42
2.5.3 Ocena popravljalnega ukrepa	44
2.6 Analize obremenitev zdravnikov	46
2.6.1 Opis nesmotnosti	46
2.6.2 Izkazani popravljalni ukrep	52
2.6.3 Ocena popravljalnega ukrepa	53
2.7 Učinek nagrajevanja zdravnikov glede na njihovo obremenitev	54
2.7.1 Opis nesmotnosti	54
2.7.2 Izkazani popravljalni ukrep	55
2.7.3 Ocena popravljalnega ukrepa	56

2.8	Analize stroškov in učinkov podeljevanja koncesij	57
2.8.1	Opis nesmotrnosti	57
2.8.2	Izkazani popravljalni ukrep	59
2.8.3	Ocena popravljalnega ukrepa	60
2.9	Evidence koncesij in financiranje programov koncesionarjev	60
2.9.1	Opis nesmotrnosti	60
2.9.2	Izkazani popravljalni ukrep	61
2.9.3	Ocena popravljalnega ukrepa	62
3.	Mnenje o izkazanih popravljalnih ukrepih	64
4.	Ovrednotenje nezadovoljivo odpravljenih nesmotrnosti	65
5.	Sklep o kršitvi obveznosti dobrega poslovanja	67

1. Uvod

V revizijskem poročilu Skrb za učinkovit vstop zdravnikov na trg dela¹, št. 320-5/2019/40 z dne 1. 10. 2021 (v nadaljevanju: revizijsko poročilo) je Računsko sodišče Republike Slovenije (v nadaljevanju: računsko sodišče) izreklo mnenje, da Ministrstvo za zdravje (v nadaljevanju: MZ) in Zdravniška zbornica Slovenije (v nadaljevanju: ZZ), 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.

Ker vse razkrite nesmotrnosti niso bile odpravljene med revizijo, je računsko sodišče v revizijskem poročilu MZ podalo zahtevo za predložitev odzivnega poročila.

MZ je v predpisanem roku 90 dni računskemu sodišču predložilo odzivno poročilo², ki ga je z varnim elektronskim podpisom potrdila odgovorna oseba Janez Poklukar, minister za zdravje.

Ker nekateri izmed izkazanih popravljalnih ukrepov niso bili v celoti dokumentirani, je računsko sodišče MZ pozvalo k dopolnitvi odzivnega poročila³. MZ je računskemu sodišču v zahtevanem roku predložilo dopolnitev odzivnega poročila⁴, ki ga je z varnim elektronskim podpisom potrdila odgovorna oseba Janez Poklukar, minister za zdravje.

V odzivnem poročilu in njegovi dopolnitvi so predstavljeni popravljalni ukrepi.

V porevizijskem postopku je računsko sodišče pregledalo odzivno poročilo in njegovo dopolnitev ter preizkusilo verodostojnost in zadovoljivost izkazanih popravljalnih ukrepov.

V tem poročilu:

- predstavljamo nesmotrnosti, ki so bile razkrite v revizijskem poročilu in so zahtevale ukrepanje,
- povzemamo popravljalne ukrepe in
- izrekamo mnenje o zadovoljivosti izkazanih popravljalnih ukrepov.

¹ [URL: https://www.rs-rs.si/fileadmin/user_upload/Datoteke/Revizije/2021/Zdravniki/Zdravniki_RSP_RevizijskoP.pdf], 17. 2. 2022.

² Št. 060-1/2019/224 z dne 27. 12. 2021, prejeto 31. 12. 2021.

³ Poziv k dopolnitvi odzivnega poročila št. 320-5/2019/44 z dne 5. 1. 2022.

⁴ Št. 060-1/2019/229 z dne 14. 1. 2022, prejeto 18. 1. 2022.

2. Nesmotnosti in popravljalni ukrepi

2.1 Podatki o obsegu aktiviranja zdravnikov

2.1.1 Opis nesmotnosti

V točki 2.1.1.1 revizijskega poročila je navedeno, da ZZ podatkov o načinu opravljanja zdravniške službe ter nazivu in naslovu delovnih mest zdravnikov ne zbira sistematično⁵, kar pomeni, da podatkov ne vodi ažurno za vse zdravnike, temveč jih posodablja v okviru 4-letnega obdobja. V skladu s Pravilnikom o zdravniškem registru⁶ 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 je računsko sodišče opozorilo MZ na nepravilnost že leta 2017 v revizijskem poročilu Organizacijski in kadrovski izzivi zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji⁷ (v nadaljevanju: revizijsko poročilo Izzivi). Ne glede na določbe Zakona o zdravniški službi⁸ (v nadaljevanju: ZZdrS) pa ZZ vodi register⁹ zdravnikov tako, da:

- evidentira aktivne zdravnike, med katere vključuje zaposlene v mreži javne zdravstvene službe, vključno s specializanti, zaposlene v zasebnem sektorju brez koncesije, upokoјence in zdravnike, zaposlene "drugje" (mednje vključuje pripravnike in sekundarije, zdravnike, zaposlene izven mreže javne zdravstvene službe¹⁰, 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,

⁵ Podatke o zaposlitvi zdravnika ima le, če ji posamezni zdravnik sporoči delovno mesto zaposlitve oziroma spremembe zaposlitve.

⁶ 24. člen Pravilnika o zdravniškem registru (Uradni list RS, št. 35/00, 57/00 – popr., 43/04 in 31/10).

⁷ 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>], 17. 2. 2022.

⁸ Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 58/08, 107/10 – ZPPKZ, 40/12 – ZUJF, 88/16 – ZdZPZD, 40/17, 64/17 – ZZDej-K, 49/18, 66/19 in 199/21.

⁹ Število zdravnikov, včlanjenih v ZZ, [URL: https://www.zdravniskazbornica.si/docs/default-source/statistika-in-analize/microsoft-powerpoint---članstvo_2019.pdf], 17. 2. 2022.

¹⁰ 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 upokoјitvi.

- zdravnikov v mreži javne in zasebne zdravstvene službe ne evidentira v skladu z dejanskim časom njihove zaposlitve oziroma glede na prisotnost¹¹ 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 začasno¹² 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.

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 Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravniški službi¹³ (v nadaljevanju: ZZdrS-F) dalje pridobiva tudi podatke o številu zdravnikov pri posameznih izvajalcih zdravstvene dejavnosti glede na delovne ure, ko je zdravnik na voljo (v nadaljevanju: 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.

Ocenili smo, 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).

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZZS) spremlja in objavlja¹⁴ podatke o številu glavarinskih količnikov¹⁵ (v nadaljevanju: GK) na zdravnika primarne ravni zdravstvene dejavnosti oziroma na zdravniški tim. Prav tako spremlja tudi podatke o številu obiskov po vrsti obravnave. GK so izračunani na način, da je za vsako posamezno starostno skupino opredeljenih zavarovanih oseb določena utež (količnik) glede na pričakovane potrebe starostne oziroma populacijske skupine.

Ocenili smo, da je na podlagi podatkov o številu GK in številu obiskov mogoče ugotavljati obremenitve družinskih zdravnikov. 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

¹¹ Aktivni zdravniki so tisti, ki izvajajo zdravniško službo na podlagi rednega delovnega razmerja, pogodbenega razmerja, ali podjetniki, ki svojo storitev izvajajo na trgu.

¹² ZZ mora v skladu s četrtem odstavkom 12.b člena ZZdrS začasno vpisati v register zdravnikov zdravnike specialiste, državljanke 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.

¹³ Uradni list RS, št. 40/17.

¹⁴ Število opredeljenih pri aktivnih zdravnikih, [URL: https://zavarovanec.zzs.si/wps/portal/portal/azos/izoz/!ut/p/z1/04_Sj9CPykssy0xPLMnMz0vMAfljo8ziTQxdPd2N_Q08_d0sXAwcPdxczXx9flwM_M30C7IdFQHhJGO/], 17. 2. 2022.

¹⁵ 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.

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 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.

Nacionalni inštitut za javno zdravje (v nadaljevanju: NIJZ) je bil v celotnem obdobju, na katero se nanaša revizija, v skladu z Zakonom o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva¹⁶ (v nadaljevanju: ZZPPZ) pristojen za upravljanje Evidence gibanja zdravstvenih delavcev in mreže zdravstvenih zavodov¹⁷ (v nadaljevanju: evidenca zdravstvenih delavcev), ki je med drugim namenjena načrtovanju, spremljanju in upravljanju mreže javne zdravstvene službe. V skladu z ZZPPZ¹⁸ je z januarjem 2019 poleg NIJZ postalo upravljevec 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 delavcu¹⁹, in sicer med drugimi tudi podatki o izobraževanju (datumu zaključka izobraževanja, datumu strokovnega izpita, datumu priznanja izobrazbe), usposabljanju (datumu začetka in prekinitve 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 Register izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev v zdravstvu (v nadaljevanju: 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.

¹⁶ Uradni list RS, št. 65/00, 47/15, 31/18, 152/20 – ZUOOP, 175/20 – ZIUOPDVE, 203/20 – ZIUPOP DVE, 112/21 – ZNUPZ, 196/21 – ZDOsk in 206/21 – ZDUPŠOP.

¹⁷ Prvi odstavek 5. člena ZZPPZ (zap. št. NIJZ 16 v Prilogi zbirk podatkov s področja zdravstvenega varstva k ZZPPZ).

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

¹⁹ Priloga zbirk podatkov s področja zdravstvenega varstva (NIJZ 16).

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. ZPPZZ²⁰ 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.

Ocenili smo, 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 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.

Tudi podatki o številu družinskih zdravnikov se 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. Ocenili smo, da podatki o zdravnikih 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

²⁰ Priloga 1 ZZPPZ: Priloga zbirk podatkov s področja zdravstvenega varstva.

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 Zakon o zdravstveni dejavnosti²¹ (v nadaljevanju: ZZDej) določa, da se lahko javni zdravstveni zavodi in drugi javni zavodi iz šestega odstavka 8. člena tega 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, podjetništvo²²) 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). Ocenili smo, da so ti podatki pomembni za ugotavljanje dejanskih obstoječih zdravniških zmogljivosti in s tem za ugotavljanje razpoložljivosti zdravniških kapacitet.

Ocenili smo, 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 dejavnosti²³ (v nadaljevanju: ZZDej-K) MZ zadolženo za vodenje registra zasebnih zdravstvenih delavcev²⁴, čeprav morajo biti ti podatki od leta 2019 razvidni tudi iz evidence zdravstvenih delavcev, hkrati pa te podatke spremlja tudi ZZ²⁵ v registru zdravnikov, ki ga vodi v okviru javnega pooblastila²⁶,

²¹ Sedmi odstavek 53.c člena 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, 82/20, 152/20 – ZZUOOP, 203/20 – ZIUPOPdve, 112/21 – ZNUPZ in 196/21 – ZDOsk).

²² 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.

²³ Uradni list RS, št. 64/17.

²⁴ 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.

²⁵ Drugi odstavek 31. člena ZZdrS.

²⁶ 71. člen ZZdrS.

- 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.

Ocenili smo, 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, podjetniških oziroma drugih pogodb civilnega prava ali na podlagi izstavljenih računov za opravljeno zdravstveno storitev, če jo izstavi fizična²⁷ ali pravna oseba²⁸). Zaradi tega in zato, ker se nekatere evidence podvajajo, MZ po naši oceni ni bilo učinkovito pri zagotavljanju podatkov o zdravniških kapacitetah.

MZ je moralo v odzivnem poročilu izkazati, da je 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 (v nadaljevanju: seznam podatkov o obsegu aktiviranja zdravnikov). Pri tem smo zahtevali, 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. Zahtevali smo tudi, naj MZ pri vsakem podatku označi deležnika ter evidenco, v okviru katere naj bi se podatek vodil (kot na primer evidenca zdravstvenih delavcev oziroma RIZDDZ ali druga evidenca).

2.1.2 Izkazani popravljalni ukrep

MZ je v odzivnem poročilu navedlo, da je, izhajajoč iz ocene računskega sodišča, predvsem pa na podlagi ugotovljenih potreb pri načrtovanju, pripravilo nabor potrebnih podatkov²⁹, ki v zadostni meri predstavlja podlago za spremljanje in upravljanje mreže javne zdravstvene službe, katere najpomembnejši del so podatki o zdravnikih. Pri ponovni analizi vseh potrebnih podatkov in virov za te podatke MZ ugotavlja, da so vsi potrebni podatki, med njimi tudi podatki o zdravnikih, vrstah in deležu zaposlitve ter načrtovanem številu opravljenih ur, predvideni v RIZDDZ. Podatki so razvidni iz Zbirke podatkov NIJZ 16. Glede na revizijske ugotovitve, da MZ do sedaj ni učinkovito nadzorovalo in tudi uporabljalo podatkov iz RIZDDZ, je MZ pripravilo nabor ukrepov³⁰ za posodobitev in ažuriranje baze podatkov, ki bo odražala dejansko stanje in bo uporabna za potrebe načrtovanja. Dejstvo je namreč, da RIZDDZ še ni dosegel polne funkcionalnosti, zato podatki ne odražajo dejanskega stanja. Dejstvo pa je tudi, da aplikacija nudi vse možnosti za zagotavljanje potrebnih podatkov, je že na razpolago ter je prepoznana in sprejeta s strani različnih deležnikov (ZZS, NIJZ, izvajalcev zdravstvene dejavnosti in drugih).

²⁷ Samostojni podjetnik (s. p.).

²⁸ Družba z omejeno odgovornostjo (d. o. o.), delniška družba (d. d.), zasebni zavod.

²⁹ Seznam potrebnih podatkov in terminski načrt za ureditev RIZDDZ (priloga 4 k odzivnemu poročilu) – Potrebne evidence za potrebe načrtovanja kadrovskih virov, predvsem zdravnikov.

³⁰ Seznam potrebnih podatkov in terminski načrt za ureditev RIZDDZ (priloga 4 k odzivnemu poročilu) – Terminski načrt za ureditev RIZDDZ.

RIZDDZ je nasledil prejšnjo Bazo podatkov izvajalcev (v nadaljevanju: BPI). Aplikacija omogoča elektronsko izmenjavo podatkov z izvajalci zdravstvenih storitev, ki upravljajo podatke o svoji dejavnosti in zaposlitvah, ter zbornicami, ki zagotavljajo podatke o izobrazbi in licencah zdravstvenih delavcev. Aplikacija je razvita kot portalska spletna aplikacija, ki je z ustreznim pooblastilom in digitalnim certifikatom na voljo različnim deležnikom v zdravstvu. MZ je nosilec naloge in naročnik kot tudi lastnik in uporabnik nove informacijske rešitve. NIJZ je upravljavec zbirke in ključni uporabnik nove informacijske rešitve ter upravljavec registra kot tudi nove aplikacije. ZZS je zagotovil informacijsko infrastrukturo za delovanje nove informacijske rešitve in baze podatkov ter neposreden dostop do podatkov iz Poslovnega registra Slovenije in Centralnega registra prebivalstva. ZZS je tudi eden izmed ključnih uporabnikov registra³¹. NIJZ in MZ sta skladno z zakonom, ki ureja zbirke podatkov s področja zdravstvenega varstva, upravljavca Zbirke podatkov NIJZ 16.

Podatki o izvajalcih zdravstvene dejavnosti in zdravstvenih delavcih in sodelavcih ter ostalih zaposlenih pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti se vnašajo v RIZDDZ skladno z določili metodoloških navodil, ki so dostopna na spletni strani NIJZ³². Ena od pomembnih vlog registra je zagotavljanje podatkov za potrebe spremljanja in upravljanja mreže javne zdravstvene službe. Register zagotavlja podatke o:

- lokacijah, na katerih se izvaja zdravstvena dejavnost,
- vrstah zdravstvene dejavnosti, ki se na teh lokacijah izvajajo,
- razpoložljivosti in usposobljenosti kadrovskih virov, ločeno po lokacijah in vrstah zdravstvene dejavnosti.

Osnovni podatki o izvajalcih in delavcih se zagotavljajo iz uradnih evidenc: Poslovnega registra Slovenije, Centralnega registra prebivalstva in Registra teritorialnih enot. Za vse notranje organizacijske enote izvajalcev, ki niso vpisani v Poslovni register Slovenije, se podatke vpisuje ročno, na podlagi izdanih odločb, dovoljenj oziroma drugih veljavnih listin. Spremljanje kadrovske pokritosti zdravstva se izvaja s poimenskim spremljanjem določenih skupin delavcev z vsemi njihovimi zaposlitvami (rednimi in pogodbenimi) ter s številčnim spremljanjem preostalih skupin delavcev v okviru spremljanja zmogljivosti vrst zdravstvenih dejavnosti (v nadaljevanju: VZD) izvajalca.

RIZDDZ je baza podatkov, ki vsebuje ključne podatke, ki jih MZ in drugi deležniki potrebujejo za spremljanje in načrtovanje kadrovske pokritosti. Ob uporabi vseh deležnikov bo aplikacija nudila tudi osnovne informacije o vseh zdravnikih kot tudi drugih zdravstvenih delavcih in sodelavcih, zaposlenih v zdravstvu.

³¹ Prispevek o nadomestitvi Baze podatkov izvajalcev z RIZDDZ, [URL: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/podatki/podatkovne_zbirke_raziskave/bpi/rizddz_prispevek_za_sdm2016.pdf], 17. 2. 2022.

³² Register izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev v zdravstvu, RIZDDZ, Metodološka navodila, verzija 2.1, delovno gradivo, NIJZ, 16. junij 2017, [URL: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/podatki/podatkovne_zbirke_raziskave/bpi/rizddz_metn_av_v2.1.pdf], 17. 2. 2022.

Dejstvo je, da se doslej RIZDDZ ni polnil in posodabljal na način, da bi bili podatki ažurni in verodostojni. Kljub intenzivnemu delu pri uvajanju aplikacije MZ v naslednjih letih ni pričelo z njeno uporabo, čeprav ta že nudi vrsto funkcionalnosti, ki bi jih lahko uporabili. Prav tako bi morali RIZDDZ na MZ dopolnjevati s podatki, ki nastajajo na MZ, kot so podatki o opravljenih strokovnih izpitih, izdanih dovoljenjih za delo in podeljenih koncesijah.

Iz tega razloga je MZ že konec leta 2020 pripravilo zahteve za dostop do aplikacije ter za izvedbo prvega izobraževanja³³ za vpogled v bazo podatkov za zaposlene na MZ, ki uporabljajo podatke, dostopne v RIZDDZ. Zaradi epidemioloških razmer in s tem povezanih prioritet je bilo izobraževanje izvedeno spomladi 2021³⁴.

Kljub izvedenemu izobraževanju so obstajale težave pri dostopu do aplikacije pri ključnih sodelavcih MZ, ki jih je NIJZ v sodelovanju z ZZZS reševal. Težave z dostopom so bile odpravljene šele v drugi polovici avgusta 2021. MZ je pripravilo terminski plan urejanja baze z vnosom podatkov, ki primarno nastajajo na MZ (izdaja dovoljenj za opravljanje dejavnosti, podeljene koncesije, opravljeni strokovni izpiti), ter aktivnosti drugih deležnikov, potrebnih za vzpostavitev verodostojne baze podatkov.

Terminski načrt urejanja RIZDDZ zajema naslednje aktivnosti:

- seznam nalog MZ za dopolnitev RIZDDZ z vsemi podatki, ki nastajajo na MZ,
- poziv izvajalcem za dopolnitev in ažuriranje podatkov s poudarkom na podatkih o zaposlenih zdravnikih, deležu zaposlitev ter podlagi za zaposlitev,
- vzpostavitev sprotne elektronske izmenjave podatkov z izvajalci zdravstvenih storitev, ki upravljajo podatke o svoji dejavnosti in zaposlitvah, ter zbornicami, ki zagotavljajo podatke o izobrazbi in licencah zdravstvenih delavcev,
- vzpostavitev redne koordinacije med ključnimi uporabniki RIZDDZ (MZ, NIJZ, ZZZS in zbornicami) za sprotno posodabljanje funkcionalnosti RIZDDZ s podatki, ki jih MZ potrebuje za načrtovanje mreže.

MZ je v dopolnitvi odzivnega poročila navedlo, da je iz Zbirke podatkov NIJZ 16 razvidno, da so zavezanci za dajanje podatkov javni zdravstveni zavodi (v nadaljevanju: JZZ), zasebni zdravstveni delavci, druge javne in zasebne pravne in fizične osebe, pri katerih se izvaja zdravstvena dejavnost, in vse tiste javne in zasebne pravne ali fizične osebe, ki zaposlujejo zdravstvene delavce na delovnih mestih, ki ustrezajo njihovi izobrazbi. MZ je pri tem navedlo, da bodo z vnosom vseh potrebnih podatkov ter z uporabo aplikacije RIZDDZ tudi ti podatki vključeni v Zbirke podatkov NIJZ 16. Na MZ načrtujejo, da bo skladno s terminskim načrtom uporaba aplikacije z dopolnjenimi podatki možna od oktobra 2022 dalje.

MZ je v dopolnitvi odzivnega poročila navedlo, da je bilo tako v reviziji kot v odzivnem poročilu že večkrat poudarjeno, da iz same pogodbe o opravljanju dejavnosti ni mogoče ugotoviti dejanskega udeleženja posameznega zdravnika, če je zaposlen pri različnih izvajalcih zdravstvene dejavnosti.

³³ Izobraževanja za dostop do podatkov RIZDDZ za zaposlene na MZ – Zapisnik z dne 23. 3. 2021 (priloga 1 k odzivnemu poročilu).

³⁴ Odgovori na zastavljena vprašanja z dne 23. 4. 2022 (priloga 2 k odzivnemu poročilu) in Povabilo na sestanek na temo Vpogled v RIZDDZ z dne 13. 5. 2021 (priloga 3 k odzivnemu poročilu).

Kot primarni vir podatkov o realizaciji je zato navedlo letna poročila³⁵ JZZ, v katerih poročajo podatke o številu opravljenih ur, masi izplačanih plač ter drugih stroških za opravljanje zdravstvenih storitev (izplačila po podjemnih pogodbah z lastnimi zaposlenimi ali drugimi osebami ter izplačila po drugih pogodbah za opravljanje dejavnosti). Poleg tega bo MZ od JZZ pridobivalo še podatke v skladu s 53.č členom ZZDej, iz katerih je razvidno tudi dejansko delo, ki ga zdravstveni delavci, zaposleni v JZZ, opravijo pri drugih izvajalcih. Iz slednjega poročila bodo zagotovljeni podatki o udeleževanju zdravnikov, ki primarno delajo v okviru javnega zavoda ter pri drugem delodajalcu, tako v javni službi kot pri zasebniku. Kot je MZ pojasnilo v nadaljevanju, MZ ne želi prejemati (poimenskih) poročil o posameznem zdravniku, ampak agregirana poročila, ki bodo vir podatkov za potrebne analize.

MZ bo med pripravo sprememb zakonodaje (za področje zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja ter področje zdravstvene dejavnosti), ki bo v okviru reforme sistema zdravstvenega varstva potekala do konca leta 2024, kot je navedeno v Načrtu za okrevanje in odpornost³⁶ (v nadaljevanju: NOO), proučilo možnost, da se v zakonu, ki ureja zdravstveno dejavnost, za primarnega delodajalca opredeli možnost nadzora oziroma navzkrižnega preverjanja podatkov, navedenih v vlogi za izdajo soglasja, s podatki v poročilu o opravljenem delu pri drugem izvajalcu.

2.1.3 Ocena popravljalnega ukrepa

Izkazani popravljalni ukrep v zvezi z določitvijo seznama vseh potrebnih podatkov o obsegu aktiviranja posameznih in vseh zdravnikov v vseh možnih oblikah in segmentih zdravniške službe ocenjujemo kot **zadovoljiv**.

Pri tem pa opozarjamo MZ, da mora natančno opredeliti način razmejevanja aktiviranja zdravnikov in od izvajalcev zdravstvene dejavnosti zahtevati ločeno vodenje in sporočanje podatkov o aktiviranju (v FTE) zdravnikov pri zasebnikih, in sicer posebej za obseg aktiviranja v okviru javne službe in posebej za obseg aktiviranja v okviru zasebne službe. V skladu s tem pa mora načrtovati nadgradnjo RIZDDZ tako, da bodo podatki, pridobljeni od izvajalcev zdravstvene dejavnosti v okviru letnih poročil, v RIZDDZ izkazani tako, da bo zagotovljen vpogled v obseg aktiviranja (v FTE) posameznih in vseh zdravnikov pri posameznih delodajalcih, in sicer posebej v okviru javne in posebej v okviru zasebne mreže zdravstvene službe.

³⁵ Osnutek excelove tabele kot obrazec "Vloga za izdajo soglasij za delo pri drugem izvajalcu zdravstvene dejavnosti" za potrebe letnega poročila, v katerem naj bi bili med drugim navedeni podatki o podjemnih pogodbah in izdanih soglasjih za delo pri drugem delodajalcu (priloga 10 k dopolnitvi odzivnega poročila). Po navedbi MZ bo dokončna tabela za letna poročila oblikovana in bo na razpolago do konca januarja 2022.

³⁶ Načrt za okrevanje in odpornost, Služba vlade Republike Slovenije za razvoj in evropsko kohezijsko politiko, junij 2021, [URL https://www.eu-skladi.si/sl/dokumenti/rvf/01_si-rrp_23-7-2021.pdf], 17. 2. 2022.

2.2 Pravna ureditev pristojnosti za zagotavljanje ustreznih podatkov o zdravniških kapacitetah

2.2.1 Opis nesmotrnosti

V točki 2.1.1.1 revizijskega poročila je med drugim navedeno, da 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. ZPPZZ³⁷ 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.

Ocenili smo, da podatki iz RIZDDZ ne izkazujejo dejanskega obsega aktiviranja zdravnikov.

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.

Ugotovili smo, da podatkov o dejanski razpoložljivosti in (pre)obremenitvah družinskih zdravnikov, in sicer na podlagi FTE po vrstah dela (redna zaposlitev, pogodbeno delo, podjetništvo³⁸) 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). Ocenili smo, da so ti podatki pomembni za ugotavljanje dejanskih obstoječih zdravniških zmogljivosti in s tem za ugotavljanje razpoložljivosti zdravniških kapacitet.

Ocenili smo, 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

³⁷ Priloga 1 ZZPPZ: Priloga zbirk podatkov s področja zdravstvenega varstva.

³⁸ 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.

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 ZZDej-K MZ zadolženo za vodenje registra zasebnih zdravstvenih delavcev³⁹, čeprav morajo biti ti podatki od leta 2019 razvidni tudi iz evidence zdravstvenih delavcev, hkrati pa te podatke spremlja tudi ZZ⁴⁰ v registru zdravnikov, ki ga vodi v okviru javnega pooblastila⁴¹,
- 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.

Ocenili smo, 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, podjemnih oziroma drugih pogodb civilnega prava ali na podlagi izstavljenih računov za opravljeno zdravstveno storitev, če jo izstavi fizična⁴² ali pravna oseba⁴³). Zaradi tega in zato, ker se nekatere evidence podvajajo, MZ po naši oceni ni bilo učinkovito pri zagotavljanju podatkov o zdravniških kapacitetah.

MZ je moralo v odzivnem poročilu izkazati, da je v skladu s seznamom podatkov o obsegu aktiviranja zdravnikov (zahtevanim v prvem popravljalnem ukrepu) 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, 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).

³⁹ 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.

⁴⁰ Drugi odstavek 31. člena ZZdrS.

⁴¹ 71. člen ZZdrS.

⁴² Samostojni podjetnik (s. p.).

⁴³ Družba z omejeno odgovornostjo (d. o. o.), delniška družba (d. d.), zasebni zavod.

2.2.2 Izkazani popravljalni ukrep

MZ je v odzivnem poročilu pojasnilo, da bo urejen RIZDDZ nudil podatke o tem, kje posamezen zdravnik dela in koliko časa ter na podlagi katere pogodbe (pogodbe o zaposlitvi, podjemne ali druge pogodbe). MZ potrebuje še podatke o realizaciji predvidenega obsega dela. Glede tega so na MZ prepoznali vsaj dva ključna vira, to je podatek o izplačanih plačah po posameznih izvajalcih zdravstvene dejavnosti – pregled in analiza podatkov na Portalu plač⁴⁴ ter letna poročila javnih zdravstvenih zavodov, v katerih prikažejo podatke o številu opravljenih ur, masi izplačanih plač ter drugih stroških za opravljanje zdravstvenih storitev (izplačila po podjemni pogodbi z lastnimi zaposlenimi ali drugimi osebami ter izplačila po drugih pogodbah za opravljanje dejavnosti).

Agencija Republike Slovenije za javnopravne evidence in storitve zbira podatke o plačah v javnem sektorju prek informacijskega sistema za posredovanje in analizo podatkov o plačah, drugih izplačilih in številu zaposlenih v javnem sektorju (v nadaljevanju: ISPAP). Zbrane podatke posreduje ministrstvu, pristojnemu za sistem plač v javnem sektorju, torej Ministrstvu za javno upravo (v nadaljevanju: MJU), ki zbrane podatke prikazuje v Portalu plač. Portal plač javnega sektorja je spletna aplikacija, ki omogoča pregled in analizo podatkov o tipih izplačil, vrstah izplačil in virih sredstev, ki jih proračunski uporabniki obračunavajo pri plačah zaposlenih v javnem sektorju v skladu z določili Zakona o sistemu plač v javnem sektorju⁴⁵ oziroma v skladu z določili Uredbe o enotni metodologiji in obrazcih za obračun in izplačilo plač v javnem sektorju⁴⁶.

Na področju podatkovne analitike so še neizkoriščeni potenciali digitalnega načina poslovanja, zato se je vodstvo MJU odločilo za izvedbo projekta vzpostavitve sistema podatkovnega skladišča in poslovne analitike Skrinja 2.0 kot horizontalne storitve za organe državne uprave na Državni informacijski infrastrukturi. Sistem Skrinja omogoča pripravo različnih poročil (standardizirana poročila in vizualizacije, ad hoc interaktivna poročila), dinamično raziskovanje podatkov, opazovanje gibanja podatkov v različnih vizualizacijah, oblikovanje različnih scenarijev (če – potem) in preprosto uporabo napovedne analitike. V okviru projekta je kot prvi podatkovni vir vključen ISPAP.

MZ že dalj časa sodeluje z MJU, Sektorjem za plače v javnem sektorju. Sektor za plače v javnem sektorju zagotavlja javnosti pripravo pojasnil oziroma mnenj v zvezi z izvajanjem plačnega sistema v javnem sektorju in neposredno zagotavlja strokovno pomoč uporabnikom ter izvedbo analiz na podlagi podatkov o plačah v javnem sektorju v sistemu ISPAP. Zato MZ občasno zaprosi za določene podatke o plačah v javnem sektorju v plačni podskupini 3.2. javni zavodi in drugi izvajalci javnih služb s področja zdravstva, ki jih prejme v .xlsx formatu in na podlagi katerih izvede določene analize. Potrebe po ažurni obdelavi in analizi teh podatkov se na MZ povečujejo. Na podlagi sodelovanja se je kot uporabnik že v fazi testiranja MZ vključilo v projekt Skrinja 2.0, ki je skupna platforma za razvoj podatkovnega skladišča in sistema poslovne inteligence v državni upravi. V produkcijsko delovanje

⁴⁴ [URL: <http://www.pportal.gov.si/>], 17. 2. 2022.

⁴⁵ 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, 84/18 in 204/21.

⁴⁶ Uradni list RS, št. 14/09, 23/09, 48/09, 113/09, 25/10, 67/10, 105/10, 45/12, 24/13, 51/13, 12/14, 24/14, 52/14, 59/14, 24/15, 3/16, 70/16, 14/17, 68/17, 6/19, 51/19, 59/19, 78/19, 157/20, 191/20, 13/21, 101/21, 122/21, 145/21 in 194/21.

je bila predana konec avgusta 2020, vendar podatki v podatkovnem viru ISPAP še niso zanesljivi. Ko bodo podatki preverjeni, bo MZ podatke o plačah, opravljenih urah ter drugih oblikah dela pridobivalo s pomočjo orodja za poslovno inteligenco pridobivalo iz tega vira.

Terminski načrt⁴⁷ urejanja vira podatkov⁴⁸ za oceno zajema naslednje aktivnosti:

- naloge MZ za vzpostavitev baze podatkov o plačah, opravljenih urah ter drugih oblikah dela in opravljenih urah,
- vzpostavitev sprotne elektronske izmenjave podatkov z izvajalci zdravstvenih storitev.

MZ je v dopolnitvi odzivnega poročila pojasnilo, da je za pravilnost podatkov, ki se sporočajo v bazo podatkov, odgovoren izvajalec zdravstvene dejavnosti, torej tisti, pri katerem so zdravniki ali drugi zdravstveni delavci ali sodelavci zaposleni. Upravljalca zbirke podatkov oziroma aplikacije RIZDDZ⁴⁹ skrbi za kontrolni mehanizem za preverjanje pravilnosti podatkov.

Po navedbi MZ RIZDDZ že vključuje podatke o vrsti zaposlitve zdravstvenih delavcev in sodelavcev, in sicer: zaposlitev za nedoločen čas, zaposlitev za določen čas, volonter, druge oblike pogodbe, sklenjene za izvajanje zdravstvenih storitev (podjemna pogodba, pogodba o poslovnem sodelovanju in druge). MZ bo v dogovoru z NIJZ proučilo dodatne možnosti nadgradnje RIZDDZ v delu, ki se nanaša na predviden obseg dogovorjenega dela. Kot je bilo že predvideno v Terminskem planu ureditve potrebnih podatkov v Zbirki podatkov NIJZ 16⁵⁰ (v nadaljevanju: terminski načrt za ureditev RIZDDZ), bo do 28. 2. 2022 vzpostavljena koordinacijska skupina, katere naloga bo usklajeno dogovarjanje za potrebne nadgradnje aplikacije, ki bodo v pomoč vsem uporabnikom aplikacije. V okviru tega procesa bo dogovorjena tudi nadgradnja RIZDDZ, katere del bo poleg že predvidene povezave RIZDDZ z aplikacijami kadrovske službe tudi nadgradnja z morebitnimi dodatnimi podatki.

MZ je še pojasnilo, da bo za letna poročila, ki jih posredujejo JZZ, upoštevala določila Splošne uredbe o varstvu podatkov (GDPR), MZ dodala zahteve za poročanje o podatkih iz 53.č člena ZZDej, o izdanih soglasjih iz 53.b člena ZZDej in sklenjenih podjemnih pogodbah, ki niso razvidni iz aplikacije RIZDDZ. MZ bo izhodišča za letna poročila z navedenimi dodatnimi zahtevami posredovala JZZ do konca januarja 2022⁵¹, pri čemer bo analiza teh podatkov predvidoma izdelana do konca junija 2022. Deležnik, ki je odgovoren za zanesljivost, točnost, ažurnost in popolnost podatkov, je JZZ, MZ pa skrbi za preverjanje pravilnosti podatkov.

V terminskem načrtu za ureditev RIZDDZ je razvidno, da je prva predvidena aktivnost MZ v letu 2022 dopis izvajalcem zdravstvene dejavnosti s pozivom za redno preverjanje pravilnosti podatkov v RIZDDZ. Vzpostavljena koordinacija treh ključnih uporabnikov RIZDDZ (MZ, NIJZ in ZZS) bo pripomogla k dopolnitvi aplikacije, ki bo bolj po meri vseh uporabnikov. Iz terminskega načrta za ureditev RIZDDZ je razvidno, da je MZ vzpostavilo sistem notranjega mesečnega poročanja ministru

⁴⁷ Terminski plan ureditve potrebnih podatkov na MZ za potrebe spremljanja zdravniškega dela (Priloga 5 k odzivnemu poročilu).

⁴⁸ Iz Prilog 5 k odzivnemu poročilu izhaja, da bo MZ do 30. 6. 2022 pripravilo nabor podatkov, ki bi jih bilo treba vključiti v podatkovno skladišče za učinkovito spremljanje zdravnikov.

⁴⁹ Upravljalca zbirke sta NIJZ in MZ.

⁵⁰ Priloga 4 k odzivnemu poročilu.

⁵¹ Navedena aktivnost je načrtovana v terminskem načrtu za ureditev RIZDDZ (točka 4).

glede izvajanja teh nalog. To dokazuje odločenost MZ, da z vzpostavitvijo in uporabo RIZDDZ zagotavlja enotnost in pravilnost podatkov v evidenci.

Naslednji korak bo povezava podatkov iz RIZDDZ s podatki, pridobljenimi iz letnih poročil izvajalcev zdravstvene dejavnosti. Za vzpostavitev delujočega sistema, ki bo evidenco povezoval tudi z operativnimi podatki iz letnih poročil, je nujna zagotovitev digitalizacije podatkov. Ta postopek MZ načrtuje v okviru procesa digitalizacije zdravstvenega sistema, kjer so predvidene aktivnosti za digitalizacijo sistema upravljanja. Sredstva so v NOO predvidena tudi za informacijsko tehnologijo za načrtovanje, upravljanje, evalvacijo sistema kot sistem za podporo upravljanju in odločanju na ravni odločevalcev in vodstev JZZ. Za projekte je terminski načrt postavljen v okviru NOO.

Z uveljavitvijo RIZDDZ kot edine veljavne in uporabne baze podatkov oziroma evidence za spremljanje gibanja zdravstvenih delavcev, v tem primeru posebej zdravnikov, ki jo bodo uporabljali MZ, NIJZ in ZZS oziroma vsi deležniki, ne bo več prihajalo do podvajanja zbiranja podatkov ali dodatnega obremenjevanja izvajalcev zdravstvene dejavnosti. Pri tem bodo posamezni deležniki lahko za morebitne dodatne potrebe vodili svoje evidence, iz katerih poročajo v referenčno bazo RIZDDZ (kot na primer register zdravnikov, ki ga vodi ZZ in vsebuje tudi nekatere dodatne podatke, ki niso pomembni za urejanje sistema zdravstvenega varstva, so pa potrebni za stanovske evidence). V tem primeru je posamezen deležnik odgovoren za pravilnost podatkov, ki jih mora skladno z ZZPPZ posredovati v RIZDDZ.

V primeru ZZ je ta postopek že utečen, saj si NIJZ in ZZ podatke izmenjujeta v določenih terminih. Taki so na primer podatki o specializacijah zdravnikov (začetek, morebitna prekinitve zaradi na primer porodniškega dopusta ali morebitne druge daljše odsotnosti, nadaljevanje in zaključek specializacije). V pripravi je posodobitev sistema za sprotno paketno izmenjavo podatkov, ki bo NIJZ omogočil sprotno sprejemanje podatkov o doseženi izobrazbi zdravnika (specializacija), podeljeni licenci in podobno⁵².

2.2.3 Ocena popravljalnega ukrepa

Izkazani popravljalni ukrep v delu, ki se nanaša na pripravo predloga sprememb in dopolnitev predpisov, v katerih bo določen deležnik, ki bo odgovoren za zanesljivost, točnost, ažurnost in popolnost 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, in ki bo podatke zagotavljal celovito, ocenjujemo kot **nezadovoljiv**.

MZ ni izkazalo zahtevanega popravljalnega ukrepa, saj ni predložilo načrta aktivnosti z določitvijo rokov za izvedbo in deležnikov, ki bodo odgovorni za pripravo predloga sprememb in dopolnitev predpisov, ki urejajo zbiranje, evidentiranje ter spremljanje podatkov o številu zdravnikov in zdravniških kapacitetah, s katerim naj bi bil določen deležnik, ki bo odgovoren za zanesljivost, točnost, ažurnost in popolnost podatkov o številu zdravnikov in zdravniških kapacitetah (zmogljivostih) v okviru mreže javne zdravstvene službe ter hkrati tudi v okviru zasebne zdravstvene

⁵² Ustne informacije NIJZ, pridobljene 10. 1. 2022.

službe, kadar so zdravniki aktivirani v obeh segmentih zdravstvene službe, in ki bo podatke zagotavljal celovito.

Po navedbi MZ naj bi iz predpisov že izhajalo, da so za podatke odgovorni izvajalci zdravstvene dejavnosti. Ker pa iz predpisov (kot na primer iz ZZPPZ, ZZDej) ne izhaja, kdo in kako mora zagotoviti, da se obseg aktiviranja zdravnika (v FTE) ločeno sporoča in v RIZDDZ ločeno evidentira – posebej za javno zdravstveno službo in posebej za zasebno zdravstveno službo, še vedno ni jasno, kateri od z zakonom predpisanih upravljavcev Zbirke podatkov NIJZ 16 – MZ ali NIJZ – je dejansko odgovoren za zanesljivost, točnost, ažurnost ter celovito zagotavljanje teh podatkov. MZ je namreč zgolj navedlo, da za preverjanje podatkov, ki jih sporočajo izvajalci zdravstvene dejavnosti, skrbi MZ, pri tem pa ni izkazalo, da je za vzpostavitev in celovito izvajanje kontrolnega mehanizma odgovorno MZ ter na katerih podlagah in kako ga bo izvajalo. To je še posebej pomembno zato, ker se podatki v RIZDDZ nanašajo le na obremenitve zdravnikov, aktiviranih v javnih zdravstvenih zavodih, ne pa tudi na obremenitve zdravnikov, aktiviranih pri zasebnikih (s koncesijo).

Izkazani popravljalni ukrep v delu, ki se nanaša na pripravo predloga sprememb in dopolnitev predpisov v smislu odprave ureditev, ki omogoča podvajanje spremljanja istih podatkov v okviru različnih evidenc (pri različnih deležnikih), ocenjujemo kot **nezadovoljiv**.

MZ ni izkazalo zahtevanega popravljalnega ukrepa, saj ni predložilo načrta aktivnosti z določitvijo rokov za izvedbo in deležnikov, ki bodo odgovorni za pripravo predloga sprememb in dopolnitev predpisov, s katerimi bi bila odpravljena ureditev, ki omogoča podvajanje spremljanja istih podatkov v okviru različnih evidenc (pri različnih deležnikih).

MZ je navedlo zgolj, da z uveljavitvijo RIZDDZ kot edine veljavne in uporabne baze podatkov oziroma evidence za spremljanje gibanja zdravstvenih delavcev ne bo več prihajalo do podvajanja zbiranja podatkov ali dodatnega obremenjevanja izvajalcev zdravstvene dejavnosti ter da je posamezen deležnik odgovoren za pravilnost podatkov, ki jih mora skladno z ZZPPZ posredovati v RIZDDZ. Vendar pa sta MZ in ZZ na podlagi različnih predpisov dolžna voditi iste podatke v okviru različnih evidenc. Tako mora na primer MZ na podlagi tretjega odstavka 35. člena ZZDej voditi register zasebnih zdravstvenih delavcev (med drugim tudi zdravnikov), ki vključuje ime, izobrazbo, vrsto zdravstvene dejavnosti, naslov lokacije opravljanja zdravstvene dejavnosti, številko in datum odločbe o vpisu v register, datum prenehanja opravljanja, pri čemer dovoljenje za opravljanje zdravstvene dejavnosti izda MZ (3.a člen ZZDej), hkrati pa tudi ZZ na podlagi drugega odstavka 31. člena ZZdrS od zasebnih zdravnikov zbira podatke o začetku opravljanja in prenehanju opravljanja zasebne zdravniške službe ter področju in kraju opravljanja zasebne zdravniške službe (ZZ nalogo izvaja v okviru vodenja registra zdravnikov na podlagi javnega pooblastila). Zbiranje in zagotavljanje nekaterih istih podatkov o zasebnih zdravnikih se torej na podlagi dveh različnih zakonov še vedno podvaja.

Izkazani ukrep ocenjujemo kot **nezadovoljiv**, saj MZ ni izkazalo, da bo s pravno ureditvijo poskrbelo za določitev deležnika, ki bo odgovoren za zanesljivost, točnost, ažurnost in popolnost podatkov, ki naj bi jih tudi celovito zagotavljal. Prav tako MZ tudi ni izkazalo, da bo odpravilo ureditev, ki omogoča podvajanje spremljanja istih podatkov.

2.3 Spremljanje potreb po zdravnikih

2.3.1 Opis nesmotrnosti

V točki 2.1.1.2 revizijskega poročila je navedeno, 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 Resolucijo o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013 "Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev"⁵³ (v nadaljevanju: ReNPZV08-13) demografske in zdravstvene potrebe prebivalstva ter zemljepisne in prometne posebnosti območij tekoče spremljal NIJZ.

MZ je pojasnilo, da je iz letnih poročil NIJZ⁵⁴ od leta 2009 do leta 2018 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 občini⁵⁵, 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 zdravnikih 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 vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov⁵⁶ 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

⁵³ Uradni list RS, št. 72/08 in 47/08 – popr.

⁵⁴ [URL: <https://www.nijz.si/sl/nijz/informacije-javnega-znacaja/letna-porocila-nacionalnega-instituta-za-javno-zdravje>], 17. 2. 2022.

⁵⁵ [URL: <https://www.nijz.si/sl/oznake/zdravje-v-obcini>], 17. 2. 2022.

⁵⁶ Uradni list RS, št. 22/09, 42/09 – popr., 22/10, 76/11, 48/15, 1/17, 40/17 in 47/17.

vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov določeno, da "Strategija o specialistični dejavnosti obsega kratkoročne in srednjeročne napovedi potreb po zdravnikih specialistih in mreže zdravnikov specialistov po posameznih regijah ter za državo v celoti". K ugotavljanju dolgoročnih potreb po novih specialistih je ZZ zavezovala tudi ReNPZV08-13⁵⁷, 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.

ZZ je pojasnila, da bi bila podlaga za pripravo strategije o specialistični dejavnosti 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 zdravnikih, ZZ ni nikoli pripravljala strategij o specialistični dejavnosti niti ni pripravila dolgoročnega načrta glede podeljevanja specializacij. V Pravilniku o vrstah, vsebini, trajanju in poteku trajanja specializacij zdravnikov⁵⁸ tudi ni več določbe o tem, da naj bi bila za pripravo strategij zadolžena ZZ.

Ocenili smo, da bi bilo zato treba natančno določiti odgovornosti za pridobivanje in analiziranje podatkov o kratkoročnih in dolgoročnih potrebah po zdravnikih, prav tako pa tudi pristojnosti za 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 javnega razpisa za zasedbo specializantskih delovnih mest, ki ga objavi ZZ na svoji spletni strani⁵⁹ (v nadaljevanju: 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

⁵⁷ Tretji odstavek točke 7.3.2 Projekcije kadrovanja.

⁵⁸ Uradni list RS, št. 22/18.

⁵⁹ 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>], 17. 2. 2022.

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).

V točki 2.1.4 revizijskega poročila je navedeno, da 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.

Odbor za specializacije, ki ga je 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.

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.

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 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.

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. Ocenili smo, da bi MZ v prihodnje z izvajanjem aktivnosti, določenih oziroma načrtovanih

v poročilu EK – Mreža⁶⁰, 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.

V točki 2.2.2.2 revizijskega poročila je podana ocena, da ZZ z lastno metodologijo⁶¹ 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 kapacitetah⁶²,
- 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.

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

⁶⁰ 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.

⁶¹ 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.

⁶² 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.

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.

MZ je pojasnilo, da 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.

Ocenili smo, da zaradi navedenih slabosti določanje števila posameznih vrst specializacij ni bilo pregledno in ni bilo mogoče 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.

MZ je moralo v odzivnem poročilu izkazati, da je 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,
- 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,
- 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).

2.3.2 Izkazani popravljalni ukrep

MZ je v odzivnem poročilu navedlo, da je NIJZ v preteklih letih vzpostavil več mehanizmov za tekoče spremljanje demografskih sprememb in s tem povezanih sprememb potreb po zdravstvenih storitvah. Te podatke in trende tudi javno objavlja. Pri tem posebej izstopa Zdravje v občini⁶³. Poleg tega so posamezni podatki o zdravju in zdravstvenem varstvu dostopni v vsakoletnem zdravstvenem

⁶³ [URL: <http://obcine.nijz.si/Default.aspx?leto=2021>], 17. 2. 2022.

statističnem letopisu⁶⁴, kjer so podatki o zdravnikih navedeni v poglavju 8 Viri v zdravstvu, kar kaže na sistematično spremljanje področja.

Poleg tega je MZ navedlo, da je bila v okviru poročila EK – Mreža pripravljena Analiza kadra in povpraševanja po storitvah v dejavnosti ginekologije, ortopedije in kirurgije. Na podlagi izvedenega se je MZ ob pripravi krovne pogodbe o financiranju dejavnosti NIJZ za leto 2021 z NIJZ dogovorilo, da je ena ključnih nalog v okviru spremljanja in načrtovanja zdravstvenega varstva izdelava projekcij za področje pediatrije in še 5 drugih specialnosti. NIJZ je to področje vključil v letni program dela⁶⁵. Kot primer je priložil projekcije za področje pediatrije⁶⁶, ki so bile pripravljene v sodelovanju s pediatrično stroko. Pripravljene so bile še projekcije za naslednja področja: nevrologija, otroška nevrologija, dermatovenerologija, revmatologija in infektologija. Pripravljene projekcije potreb bodo podlaga za načrtovanje dejavnosti v prihodnje in so po mnenju MZ dober dokaz uporabe izsledkov izvedenega projekta v praksi. MZ pa bo za vse specializacije, za katere so projekcije že pripravljene, to vključilo v zahtevane podatke ob pripravi razpisa za specializacije.

MZ je v dopolnitvi odzivnega poročila navedlo, da ne načrtuje priprave predpisa, s katerim naj bi bila določena metodologija ugotavljanja potreb po zdravnikih na ravni izvajalcev zdravstvene dejavnosti, ker mora metodologijo za ugotavljanje potreb skupaj s projekcijami gibanja povpraševanja po storitvah pripraviti za to pooblaščen institucija na podlagi strokovne analize.

NIJZ je na podlagi 23.a člena ZZDej ustanovljen za opravljanje javne službe. Med njegove zakonsko določene naloge v okviru javne službe sodi tudi: "spremljanje in vrednotenje zdravstvenega varstva ter proučevanje dostopnosti z vidika zadovoljevanja potreb prebivalstva ter priprava strokovnih podlag za načrtovanje zdravstvenih zmogljivosti". Zato MZ meni, da je NIJZ tisti, ki strokovno pripravlja potrebna izhodišča in pri tem tudi postavi metodologijo za posamezna področja načrtovanja. Pri tem pa upošteva in vključuje različne deležnike.

NIJZ je na podlagi projekta Načrtovanje in upravljanje mreže javne zdravstvene službe (v nadaljevanju: projekt EK – Mreža), ki je bil ob pomoči Evropske komisije uveden z namenom vzpostaviti celovit niz orodij in mehanizmov za načrtovanje mreže javne zdravstvene službe, pričel pripravljati analize kadra in projekcije povpraševanja po storitvah za različna specialistična področja.

Metodologija⁶⁷ je bila tako pripravljena v okviru zgoraj navedenega projekta⁶⁸, ki je bil zaključen leta 2020. Projekt je bil potrjen s strani Evropske komisije in ga je tudi vodil od njih izbrani izvajalec. Metodologijo, pripravljeno v okviru projekta, je potrdil usmerjevalni odbor projekta, ki je zajemal vse deležnike. Poročilo EK – Mreža je bilo potrjeno tako s strani Evropske komisije kot tudi s strani MZ.

⁶⁴ [URL: <https://www.nijz.si/sl/nijz/revije/zdravstveni-statisticni-letopis-slovenije>], 17. 2. 2022.

⁶⁵ [URL: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/program_dela_in_financni_nacrt_nijz_za_let_2021.pdf], 17. 2. 2022.

⁶⁶ Projekcije na področju pediatrije (priloga 6 k odzivnemu poročilu).

⁶⁷ Opis metodologije in povzetek izračunov za kartiranje potreb na področju zdravstva (priloga 7 k odzivnemu poročilu).

⁶⁸ MZ je v dopolnitvi odzivnega poročila posredovalo tudi poročilo EK – Mreža (priloga 11 k dopolnitvi odzivnega poročila), ki smo ga sicer pridobili že med izvajanjem revizije.

NIJZ v postopku priprave projekcij oziroma Analize kadra in povpraševanja po dejavnostih sodeluje predvsem z razširjenimi strokovnimi kolegi, ki so v skladu z določili ZZDej "najvišji strokovni organ na posameznem področju, ki usklajuje predloge klinik, strokovnih združenj in zbornic, visokošolskih zavodov, zdravstvenih zavodov ter posameznih strokovnjakov".

V okviru projekta so bile pripravljene analize za področja pediatrije ter v letu 2020 še za specialnosti ginekologije, ortopedije, urologije in izbrana področja kirurgije.

Analize kot del nalog NIJZ so bile pripravljene v letu 2021 in se nadaljujejo v letu 2022. Do konca leta 2021 so bile poleg prej navedenih pripravljene še analize za naslednje specialnosti: infektologija, dermatovenerologija, splošna in družinska medicina⁶⁹, revmatologija, psihiatrija, otroška in mladostniška psihiatrija, nevrologija ter otroška nevrologija.

Vsi dokumenti so bili posredovani MZ in bodo uporabljeni tudi v postopku načrtovanja specializacij, kot je razvidno iz osnutka Postopkovnika za pripravo razpisa specializacij⁷⁰. Uporaba pripravljenih analiz je tako predvidena že pri pripravi prvega naslednjega razpisa za specializacije zdravnikov.

2.3.3 Ocena popravljalnega ukrepa

Izkazani popravljalni ukrep v delu, ki se nanaša na 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, ocenjujemo kot **nezadovoljiv**.

MZ ni izkazalo zahtevanega popravljalnega ukrepa, saj ni predložilo načrta aktivnosti z določitvijo roka izvedbe in deležnika, pristojnega za pripravo predpisa, ki bi določal, kateri deležnik in na kakšen način naj bi spremljal trenutne, kratkoročne in dolgoročne potrebe ter kateri deležnik in na kakšen način naj bi pripravljali strategije o specialistični dejavnosti. Namesto tega je MZ pojasnilo, da ne načrtuje priprave takega predpisa, saj naj bi bil po njegovi navedbi za aktivnosti, povezane z načrtovanjem zdravstvenih zmogljivosti, v skladu z ZZDej pristojen NIJZ. Tako je MZ le izkazalo, da NIJZ projektno pripravlja posamične projekcije potreb po zdravnikih določenih specialnosti za daljša časovna obdobja (večinoma za leto 2035), ni pa izkazalo, ali NIJZ ugotavlja tudi trenutne in kratkoročne potrebe po zdravnikih ter kako. Iz navedb torej izhaja, da MZ kot pripravljavec predlogov predpisov ne načrtuje aktivnosti za vzpostavitev pregledne ureditve sistema, v okviru katerega bi bilo zagotovljeno, da bi NIJZ enotno, pregledno in kontinuirano ugotavljal trenutne potrebe in potrebe po zdravnikih v krajših in daljših časovnih obdobjih. Zaradi tega obstaja tveganje, da se bodo potrebe po zdravnikih tudi v prihodnje ugotavljale na nesistematičen in nepregleden način.

Izkazani popravljalni ukrep v delu, ki se nanaša na pripravo predpisa, s katerim bo določena natančna metodologija ugotavljanja potreb po zdravnikih specialistih posameznih specialističnih strok, ki bo

⁶⁹ Analize kadra in povpraševanja po storitvah v dejavnosti splošne in družinske medicine, Projekt Upravljanje mreže javne zdravstvene službe, Ljubljana, 31. 5. 2021 (priloga 12 k dopolnitvi odzivnega poročila).

⁷⁰ Postopkovnik za pripravo razpisa specializacij zdravnikov – Osnutek za razpravo na naslednji seji Odbora za načrtovanje specializacij (priloga 8 k odzivnemu poročilu).

vključevala merila in kriterije za enotno določanje potreb po dodatnih zdravnikih na ravni države in izvajalcev zdravstvene dejavnosti, ocenjujemo kot **nezadovoljiv**.

MZ ni izkazalo zahtevanega popravljalnega ukrepa, saj ni predložilo načrta aktivnosti z določitvijo roka izvedbe in deležnika, pristojnega za pripravo predpisa, s katerim bo določena natančna metodologija ugotavljanja potreb po zdravnikih posameznih specialističnih strok. MZ tako ni izkazalo, da načrtuje, da bo kot pripravljavec predlogov predpisov pristopilo k zagotovitvi predpisane metodologije za ugotavljanje potreb po zdravnikih, je pa predložilo metodologijo za ugotavljanje povpraševanja po storitvah v dejavnostih posameznih specialnosti na državni ravni, ki je bila pripravljena v okviru projekta EK – Mreža. Ker sta v predloženi metodologiji predstavljena dva različna scenarija za ugotavljanje potreb po zdravnikih določenih specialnosti, še vedno ni jasno, kateri scenarij za ugotavljanje potreb in v katerih primerih je oziroma bo uporabljen pri ugotavljanju potreb po zdravnikih na določenih specialističnih področjih. Opozarjamo tudi, da posredovana metodologija temelji na podatkih iz RIZDDZ, ki niso točni niti popolni.

Poleg tega MZ ni izkazalo, kako naj bi se potrebe po zdravnikih ugotavljale na ravni izvajalcev zdravstvene dejavnosti. Z opustitvijo priprave vsaj načrta aktivnosti ustreznega ukrepanja MZ ni pristopilo k vzpostavitvi sistemske ureditve, s katero bi bilo zagotovljeno, da bi se potrebe po zdravnikih pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti ugotavljale sistematično, pregledno in enotno.

Izkazani popravljalni ukrep v delu, ki se nanaša na pripravo predpisa, s katerim bo 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), ocenjujemo kot **nezadovoljiv**.

MZ ni izkazalo zahtevanega popravljalnega ukrepa, saj ni predložilo načrta aktivnosti z določitvijo roka izvedbe in deležnika, ki naj pripravi predlog predpisa, s katerim bo določen način pridobivanja podatkov o potrebah po zdravnikih. MZ tako ni z ničemer izkazalo, kako bo sistemsko uredilo postopke pridobivanja podatkov o potrebah po zdravnikih na način, da bo pridobivanje podatkov enotno in pregledno. V terminskem načrtu za ureditev RIZDDZ je zgolj predstavilo, kako bo pridobivalo podatke o zmogljivostih (o aktiviranih zdravnikih), ne pa tudi o potrebah po zdravnikih.

Izkazani popravljani ukrep ocenjujemo kot **nezadovoljiv**, saj MZ ni pripravilo načrta aktivnosti z določitvijo rokov izvedbe in deležnikov, pristojnih za pripravo predpisov, s katerimi naj bi bilo določeno, kateri deležnik in kako naj bi spremljal potrebe po zdravnikih, kateri deležnik in kako naj bi pripravljali strategije o specialistični dejavnosti, kakšna naj bo metodologija ugotavljanja potreb po zdravnikih ter na kakšen način naj se pridobivajo podatki o potrebah po zdravnikih. Namesto ukrepa, ki smo ga zahtevali, je MZ sicer izkazalo nekatere aktivnosti, navedene v točki 2.3.2, ki jih ne moremo upoštevati kot zahtevani načrt aktivnosti. MZ ni izkazalo, da načrtuje, da bo pristopilo k sistemski ureditvi postopkov ugotavljanja potreb po zdravnikih.

2.4 Optimizacija mreže javne zdravstvene službe in določitev razporeda zdravniških delovnih mest

2.4.1 Opis nesmotrnosti

V točki 2.1.2 revizijskega poročila je navedeno, da je MZ poskrbelo, da so bila v ReNPZV08-13⁷¹ in Resoluciji o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 "Skupaj za družbo zdravja"⁷² (v nadaljevanju: ReNPZV16-25) 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 uporabo⁷³. 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.

Zaradi tega in tudi zato, ker ni izvedlo ustreznih ukrepov, MZ ni bilo uspešno pri doseganju cilja Ureditev javne mreže, ki je bil določen v ReNPZV08-13. 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

⁷¹ 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.

⁷² Uradni list RS, št. 25/16. 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.

⁷³ 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 pri 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 je bilo navedeno: 1) količniki opredeljenih občanov in 2) absolutno in relativno zmanjšanje števila zdravnikov zaradi upokojitvev.

programov kot tudi modifikacije zdravstvenih nosilcev so se izvajali na neargumentiran način, prepuščeni presoji posameznih izvajalcev in plačnika, brez systemskega 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 ustreznim načrtovanjem ukrepov v primerjavi z načrtovanjem v ReNPZV08-13 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 dejavnosti⁷⁴ 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 začelo 2-letni projekt EK – Mreža in septembra 2019 izdalo poročilo EK – Mreža⁷⁵. 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.

MZ je pojasnilo, da 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 in ko 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.

Ocenili smo, da bi nekatere dokumente (kot na primer analizo mreže zdravnikov na primarni ravni iz leta 2013 in analizo mreže ginekologov na primarni ravni iz leta 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).

⁷⁴ 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.

⁷⁵ Kot v sprotni opombi 60.

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 javne zdravstvene dejavnosti v delu, ki se nanaša na specialistično ambulantno dejavnost⁷⁶, zaradi tega ni mogoče natančno razmejiti odgovornosti⁷⁷ za upravljanje mreže javne zdravstvene službe med občinami in državo, posledično pa so specialistične ambulate v okviru posameznega specialističnega področja⁷⁸ 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 vlada⁷⁹;
- 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.

Julija 2019 je minister imenoval⁸⁰ 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

⁷⁶ 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.

⁷⁷ 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.

⁷⁸ Kot na primer vsaj zdravstvena dejavnost ginekologije in porodništva ter čeljustne in zobne ortopedije.

⁷⁹ 63. člen ZZZVZ.

⁸⁰ Sklep ministra št. 170-45/20/2019/1 z dne 18. 7. 2019.

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 mreže⁸¹ se je po navedbi MZ sicer 2-krat sestala, vendar je bilo po odstopu vlade njeno delovanje prekinjeno.

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 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 skupnosti⁸², bi morale MZ pri pripravi podlag za določitev mreže na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti pozvati vse občine k aktivnemu sodelovanju. V reviziji ni bilo mogoče 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

⁸¹ Minister jo je imenoval s sklepom št. 024-33/2019/2 z dne 20. 11. 2019.

⁸² Prvi odstavek 5. člena ZZDej.

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 zdravstva⁸³ 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 pripravljalo 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 smo ocenili, 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 premišljenim podeljevanjem⁸⁴ in podaljševanjem⁸⁵ 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".

V preteklosti je računsko sodišče že večkrat natančno opozorilo 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.

⁸³ ReNPZV16-25 točka 6.2.2.

⁸⁴ 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.

⁸⁵ V skladu s 43. členom ZZDej mora ZZ od decembra 2017 koncedentu predložiti mnenje, povezano s potrebo po podaljšanju obdobja podelitve koncesije.

MZ je moralo v odzivnem poročilu izkazati, da je pripravilo načrt aktivnosti, v okviru katerega je določilo pristojne deležnike, ki bodo za potrebe optimizacije mreže javne zdravstvene službe 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.

2.4.2 Izkazani popravljalni ukrep

MZ je v odzivnem poročilu navedlo, da je skladno s 23.a členom ZZDej, ki določa, da NIJZ kot javno službo med drugim opravlja tudi proučevanje zdravja in zdravstvenega stanja prebivalstva, spremljanje in vrednotenje zdravstvenega varstva ter proučevanje dostopnosti z vidika zadovoljevanja potreb prebivalstva in pripravo strokovnih podlag za načrtovanje zdravstvenih zmogljivosti. NIJZ je že zakonsko določen kot ključni deležnik za pripravo nacionalnega načrta kadrovskih virov v zdravstvu. Poleg tega je še navedlo, da je MZ v letu 2021 v postopku dogovora o planu dela NIJZ⁸⁶ od NIJZ zahtevalo pripravo projekcije kadrovskih potreb za nekatere specialnosti, za ostale pa bo to dopolnjeno v letu 2022. Pri tem je zelo pomembno, da bo MZ dopolnjevalo in skupaj z NIJZ ter vsemi izvajalci zdravstvene dejavnosti dopolnilo RIZDDZ s posodobljenimi podatki, ki jih bo NIJZ uporabil za osvežitev napovednih dokumentov za posamezne specialnosti.

MZ bo v postopku priprave reforme zdravstvene dejavnosti opredelilo tudi novo postavitev posameznih dejavnosti in pri tem sledilo aktivnostim za reformo zdravstvenega sistema, kot so opredeljene v NOO. Terminski načrt je določen v okviru NOO⁸⁷, kjer so določeni mejniki, saj je predvidena celovita reforma, ki nedvomno zadeva tudi na novo opredeljene posamezne zdravstvene dejavnosti predvsem z vidika prostorske razporejenosti, na kar se navezujejo tudi posamezne investicije.

⁸⁶ Plan dela in finančni načrt NIJZ za leto 2021, [URL: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/program_dela_in_financni_nacrt_nijz_za_leto_2021.pdf], 17. 2. 2022.

⁸⁷ Mejniki v NOO glede reforme zdravstvenega sistema.

MZ je v dopolnitvi odzivnega poročila navedlo, da je načrtovanje mreže zdravstvene dejavnosti v pristojnosti MZ oziroma vlade, NIJZ pa je ključni deležnik za pripravo strokovnih podlag.

Dogovor glede ključnih nalog za letni program dela v okviru javne službe teče med NIJZ in različnimi organizacijskimi enotami MZ, pri čemer MZ vključuje prednostne naloge za izdelavo strokovnih podlag, ki jih za načrtovanje mreže zdravstvene službe potrebuje. Skladno z osnutkom Postopkovnika za pripravo razpisa specializacij bo MZ pripravljene projekcije upoštevalo pri pripravi razpisa zdravniških specializacij za leto 2022.

Postopek potrjevanja programa dela za leto 2022 z NIJZ zaradi izredne situacije, povezane z obvladovanjem okužb s covidom-19, še poteka, zato še niso določena področja, za katera bodo pripravljene projekcije v letu 2022.

V letu 2021 so dogovori med NIJZ in MZ v okviru priprave programa dela in finančnega načrta NIJZ prav tako zaradi situacije, povezane s covidom-19, potekali med 15. 2. in 15. 3. 2021. MZ predvideva, da bodo podobni termini veljali tudi glede postopkov v letu 2022. MZ pričakuje, da bo NIJZ v letu 2022 pripravil analize kadra za nadaljnjih 10 specialnosti.

Podrobnejše usmeritve reformnih aktivnosti znotraj NOO glede načrtovanja mreže niso podrobno navedene, je pa opredeljeno: "Reforma zdravstvenega sistema je usmerjena v solidarno, pravično in univerzalno zdravstveno varstvo, ki bo vsem pacientom zagotavljalo varno in kakovostno obravnavo. Navedeno bomo dosegli s spremembami ključne zakonodaje, predvsem ZZVZZ, ...". V NOO je navedeno tudi: "Cilj spremembe zdravstvenega sistema je pravično, dostojno, kakovostno in vzdržno zdravstvo. To bomo dosegli s spremembo ključnih zakonov, kot je ZZVZZ, in s posameznimi ukrepi, kot so novi obračunski modeli (prenova modelov plačevanja zdravstvenih storitev). Spremembe se bodo nanašale na upravljanje, košarico pravic, učinkovitost, zagotavljanje finančne vzdržnosti sistema in dolgoročne javnofinančne vzdržnosti."

Navedeno pomeni, da MZ med drugim načrtuje večje spremembe tako pri upravljanju kot tudi pri obvladovanju učinkovitosti izvajalcev, oboje z namenom zagotavljanja finančno vzdržnega sistema zdravstvenega varstva, ki bo dostopno, varno in kakovostno. Te spremembe bodo zahtevale spremembe zakonodaje v naslednjih 3 letih, kot je navedeno tudi v mejnikih NOO.

Med pristopi, ki jih MZ načrtuje znotraj področja učinkovitosti, bo tudi opredelitev izvajalcev v smislu uvajanja kazalnikov kakovosti, med katere sodi število izvedenih storitev na posameznega izvajalca kot tudi na posameznega strokovnjaka, zaposlenega pri izvajalcu. Ta pristop pomeni zahtevo za specializacijo ključnih dejavnosti s ciljem zagotavljanja primerne kakovosti ter določitev meril in kriterijev za optimizacijo mreže javne zdravstvene službe.

Znotraj časovnega okvira, ki je predviden za spremembo zakonodaje (do konca leta 2024), bo pripravljena tudi natančna razmejitev primarne, sekundarne in terciarne ravni zdravstvene dejavnosti ter okvirna določitev razporeda zdravniških delovnih mest v mreži javne zdravstvene službe. V pripravo reformnih rešitev bodo vključeni različni deležniki v sistemu zdravstvenega varstva ter tudi predstavniki lokalnih skupnosti in različnih nevladnih organizacij.

2.4.3 Ocena popravljalnega ukrepa

Izkazani popravljalni ukrep v delu, ki se nanaša na pripravo načrta aktivnosti z navedbo rokov in deležnikov, ki bodo odgovorni za pripravo nacionalnega načrta kadrovskih virov v zdravstvu, ocenjujemo kot **nezadovoljiv**.

MZ ni izkazalo zahtevanega popravljalnega ukrepa, saj ni predložilo načrta aktivnosti z navedbo rokov izvedbe in deležnikov, ki bodo odgovorni za pripravo nacionalnega načrta kadrovskih virov v zdravstvu. Namesto tega je MZ pojasnilo, da je načrtovanje mreže zdravstvene dejavnosti v pristojnosti MZ, ter napovedalo, da bo do konca leta 2024 pripravljena okvirna določitev razporeda zdravniških delovnih mest, pri čemer pa ni navedlo, kdo ga bo pripravil. MZ je še navedlo, da so reformne aktivnosti načrtovane v NOO, vendar smo ugotovili, da iz NOO ne izhajajo aktivnosti, ki naj bi bile načrtovane za pripravo načrta kadrovskih virov v zdravstvu. Glede na to, da je MZ izpostavilo, da je NIJZ v skladu z ZZDej odgovorno za pripravo strokovnih podlag za načrtovanje zdravstvenih zmogljivosti, bi bilo od MZ najmanj pričakovati, da bo izkazalo vsaj, katere aktivnosti bo za pripravo nacionalnega načrta kadrovskih virov v zdravstvu zahtevalo od NIJZ (v okviru letnega programa dela) in katere aktivnosti bo izvedlo samo, vendar tega v odzivnem poročilu ni navedlo.

Izkazani popravljalni ukrep v delu, ki se nanaša na pripravo načrta aktivnosti z navedbo rokov in deležnikov, ki bodo odgovorni za izvedbo natančne analize razpoložljivosti zdravniških kapacitet (po principu FTE) po posameznih specialističnih področjih, ocenjujemo kot **zadovoljiv**.

MZ ni izkazalo zahtevanega popravljalnega ukrepa, saj ni posredovalo načrta aktivnosti z navedbo rokov in deležnikov, ki bodo odgovorni za izvedbo natančne analize razpoložljivosti zdravniških kapacitet (po principu FTE) po posameznih specialističnih področjih. Namesto tega je navedlo, da je za proučevanje dostopnosti z vidika zadovoljevanja potreb prebivalstva in pripravo strokovnih podlag za načrtovanje zdravstvenih zmogljivosti na podlagi 23.a člena ZZDej pristojen NIJZ. Poleg tega je navedlo, da je MZ v letu 2021 v postopku dogovora o planu dela NIJZ od NIJZ zahtevalo pripravo projekcije kadrovskih potreb za nekatere specialnosti (kar izhaja tudi iz Programa NIJZ za leto 2021), za ostale pa bo to dopolnjeno v letu 2022.

Izkazani popravljalni ukrep v delu, ki se nanaša na pripravo načrta aktivnosti z navedbo rokov izvedbe in deležnikov, ki bodo odgovorni za pripravo natančnih meril in kriterijev za optimizacijo mreže javne zdravstvene službe, ocenjujemo kot **nezadovoljiv**.

MZ ni izkazalo zahtevanega popravljalnega ukrepa, saj ni posredovalo načrta aktivnosti z navedbo rokov izvedbe in deležnikov, ki bodo odgovorni za pripravo meril in kriterijev za optimizacijo mreže javne zdravstvene službe. Namesto tega je navedlo, da bo v postopku priprave reforme zdravstvene dejavnosti opredelilo novo postavitev posameznih dejavnosti in pri tem sledilo aktivnostim za reformo zdravstvenega sistema, kot so opredeljene v NOO. Ugotovili smo, da v NOO aktivnosti v zvezi z določitvijo meril in kriterijev za optimizacijo mreže javne zdravstvene službe niso predvidene, MZ pa je v dopolnitvi odzivnega poročila pojasnilo le, da je v NOO določeno, da "je reforma zdravstvenega sistema usmerjena v solidarno, pravično in univerzalno zdravstveno varstvo, ki bo vsem pacientom zagotavljalo varno in kakovostno obravnavo, ter da bo navedeno doseženo s spremembami ključne zakonodaje, kot je ZZVZZ".

Popravljalni ukrep v delu, ki se nanaša na pripravo načrta aktivnosti z navedbo rokov in deležnikov, ki bodo odgovorni za 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 ter za določitev predloga razporeda zdravniških delovnih mest v mreži javne zdravstvene službe, ocenjujemo kot **delno zadovoljiv**.

MZ ni izkazalo zahtevanega popravljalnega ukrepa, saj ni posredovalo načrta aktivnosti z navedbo rokov in deležnikov, ki bodo odgovorni za pripravo predlogov predpisov za razmejitev ravni zdravstvene dejavnosti, podlag za učinkovito sodelovanje lokalnih skupnosti ter za določitev predloga razporeda zdravniških delovnih mest. V zvezi s tem pa je v dopolnitvi odzivnega poročila navedlo, da bosta natančna razmejitev primarne, sekundarne in terciarne ravni zdravstvene dejavnosti ter okvirna določitev razporeda zdravniških delovnih mest v mreži javne zdravstvene službe pripravljeni znotraj časovnega okvira, ki je v NOO predviden za spremembo zakonodaje (do konca leta 2024) ter da bodo v pripravo reformnih rešitev vključeni tudi predstavniki lokalnih skupnosti. V NOO ni načrtovan noben zahtevan popravljalni ukrep. MZ tudi ni navedlo, kateri deležniki bodo do konca leta 2024 odgovorni za izvedbo navedenih aktivnosti.

Izkazani popravljalni ukrep ocenjujemo kot **delno zadovoljiv**, saj MZ ni v celoti izkazalo zahtevanega popravljalnega ukrepa v smislu predložitve načrta aktivnosti z navedbo rokov in deležnikov, ki bodo odgovorni za izvedbo vseh zahtevanih aktivnosti.

2.5 Analize učinkov glavarinskega sistema in analize števila, vrste in zahtevnosti obravnav pacientov

2.5.1 Opis nesmotrnosti

V točki 2.1.3 revizijskega poročila je navedeno, 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 komisiji⁸⁸ 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 standardov in normativov zdravnikov in zobozdravnikov⁸⁹ (v nadaljevanju: modra knjiga) 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

⁸⁸ 9-članska komisija za definiranje normativov in obsega dela na primarni ravni zdravstvene dejavnosti in 11-članska komisija za definiranje normativov in obsega dela na sekundarni ravni zdravstvene dejavnosti.

⁸⁹ [URL: <https://sindikatifides.si/sites/default/files/4521-Modra%20knjiga.pdf>], 17. 2. 2022.

sprejela skupaj z ostalima dvema deležnikoma, temeljili. Prav tako v modri knjigi niso navedeni viri uporabljenih podatkov.⁹⁰

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, 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. 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 Sklepih o načrtovanju, beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev ZZZS. MZ, ki je od komisij prejelo predloge zdravniških standardov in normativov, ter ZZ, ki je sopodpisnica 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.

MZ je pojasnilo, da sta obe komisiji 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 ni bilo mogoče 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 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.

Ocenili smo, 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

⁹⁰ 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".

ruralnih območjih, določanje ustreznega števila specializacij glede na potrebe prebivalcev po zdravniških določene specialistične stroke in podobno). Ocenili smo, da je MZ kot nosilec zdravstvene dejavnosti opustilo obveznost natančne proučitve učinkov uveljavitve standardov in normativov še pred podpisom aneksa h Kolektivni pogodbi za zdravnike in zobozdravnike v Republiki Sloveniji iz leta 2017, hkrati pa s podpisom Sporazuma o začasni prekinitvi stavkovnih aktivnosti⁹¹ (v nadaljevanju: sporazum 2016) zgolj sprejelo ponujeno rešitev FIDES kot edino možnost za prekinitvev zdravniške stavke. MZ bi po naši oceni moralo kot odgovorni nosilec področja zdravstva aktivno sodelovati pri določitvi standardov in normativov dela zdravnikov, in sicer bi moralo 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 s svojim poslanstvom ščitita in zastopata interese svojih članov.

Ocenili smo, da je MZ kot nosilec področja zdravstva večinoma⁹² 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. 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.

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).

⁹¹ Sporazum 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.

⁹² 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 razširjeni strokovni kolegij za ginekologijo.

V točki 2.3.3 revizijskega poročila je navedeno, da je po podatkih ZZZS 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. 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.

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. 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.

Ocenili smo, 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 treba po naši oceni natančno proučiti ustreznost glavarinskega sistema.

MZ je moralo v odzivnem poročilu izkazati, da je 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.

2.5.2 Izkazani popravljalni ukrep

MZ je v odzivnem poročilu pojasnilo, da bo pri prenovi sistema financiranja in uvajanju novih modelov plačevanja zdravstvenih storitev preverjena tudi ustreznost glavarinskega sistema za financiranje nekaterih zdravstvenih dejavnosti. Za razvijanje novih obračunskih modelov je pristojen ZZZS, ki je to

nalogo predvidel tudi v strateškem razvojnem programu 2020–2025⁹³, v katerem navaja: "Cene zdravstvenih storitev bomo določali na podlagi kontinuiranih stroškovnih analiz in oblikovali in testirali nove pristope s pilotno uvedbo enega obračunskega modela, ki vključuje tudi izide zdravljenja in stroškovno učinkovitost izvajanja storitev. Pričakovani rezultat te aktivnosti je: hitro vključevanje učinkovitih zdravstvenih tehnologij med pravice". ZZZS kot enega od korakov pri razvoju novih modelov opravi analizo stanja.

MZ v dogovoru z ZZZS že sodeluje pri razvoju novih obračunskih modelov, predvsem s članstvom v usmerjevalnem odboru⁹⁴ posameznega projekta in tudi s člani delovnih skupin⁹⁵. S takim načinom dela bo MZ nadaljevalo tudi v prihodnje in skupaj z ZZZS pripravilo analizo sedanjega obračunskega modela ter pripravo prenovljenih modelov.

Obe nalogi sta predvideni v okviru terminskega načrta NOO⁹⁶ (mejniki in cilji). Predvidene so spremembe obračunskih modelov financiranja bolnišnične, zunaj bolnišnične in specialistične dejavnosti, kjer sta modela razvita s pomočjo Programa EK za podporo strukturnim reformam, ki temelji na konceptu plačila po uspešnosti zdravljenja z namenom izboljšanja učinkovitosti in kakovosti obravnave pacientov. V teh postopkih bo MZ proučilo tudi potrebo po uvedbi podrobnejših analiz, kot na primer predlagana metoda opazovanja in popisa procesov v okviru zdravniške službe na reprezentativnem vzorcu zdravnikov ali pa uvedbo druge primerne metode za preverjanje ustreznosti pripravljenih standardov.

MZ skupaj z ZZZS pripravlja tudi kazalnike poslovanja in poslovne učinkovitosti v bolnišnicah na podlagi zbranih podatkov v letnih poročilih⁹⁷. V letu 2022 bo MZ pripravilo načrt uporabe podatkov iz analize kazalnikov poslovanja za potrebe načrtovanja posameznih kadrov v bolnišnicah in pri drugih izvajalcih.

MZ je v dopolnitvi odzivnega poročila navedlo, da je ZZZS ključni deležnik za razvijanje novih obračunskih modelov in ima to nalogo vključeno tudi v Strateškem razvojnem programu 2020–2025. V predvideni časovnici priprave in nadgradnje obračunskih modelov je ZZZS to opredelil kot stalno nalogo. Pri tem opredeljuje, da bo razvijal in dopolnjeval obstoječe obračunske modele, da bodo spodbujali oziroma nagrajevali:

- celostno obravnavo bolnikov,
- na dokazih temelječe zdravljenje oziroma medicino (upoštevanje novosti v kliničnih smernicah),

⁹³ Strateški razvojni program ZZZS za obdobje od 2020 do 2025, ZZZS, Ljubljana, december 2019, [URL: [https://api.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/49222d7a58687039c12584c700312620/\\$FILE/SRP%20ZZZS%202020-2025_december%202019.pdf](https://api.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/49222d7a58687039c12584c700312620/$FILE/SRP%20ZZZS%202020-2025_december%202019.pdf)], 17. 2. 2022.

⁹⁴ Zapisnik sestanka usmerjevalnega odbora projekta posodobitev modelov plačevanja v specialistični ambulantni dejavnosti (Steering committee, video konferenca 27. 1. 2021), ki se je je udeležila Marija Magajne kot predstavnica MZ (priloga 14 k dopolnitvi odzivnega poročila).

⁹⁵ Dopis ZZZS št. 02400-1/2020-DI/9 z dne 12. 10. 2020, naslovljen na ministra za zdravje, kot vabilo k sodelovanju v Projektne svet projekta Vzpostavitev celovitega upravljanja sistema skupin primerljivih primerov (priloga 15 k dopolnitvi odzivnega poročila). Zapisnik 3. sestanka med ZZZS, MZ in NIJZ glede projekta SPP in uvedbe novih klasifikacij z dne 8. 12. 2021 (priloga 16 k dopolnitvi odzivnega poročila).

⁹⁶ NOO, Reforma zdravstvenega sistema.

⁹⁷ Kazalniki poslovanja in poslovne učinkovitosti v bolnišnicah za leto 2019, Poročilo o statistični analizi podatkov 2019, MZ in ZZZS, v Ljubljani, januarja 2021 (priloga 9 k odzivnemu poročilu).

- hitro vključevanje novih tehnologij in metod zdravljenja (telemedicina),
- skrajševanje čakalnih dob,
- kakovostno opravljene storitve (na podlagi kazalnikov kakovosti) in
- gospodarno rabo javnih sredstev v zdravstvu (storilnost izvajalcev, optimalna izraba opreme).

Prioriteta je razvijati modele v dejavnostih, ki podpirajo nacionalne usmeritve na področju zdravstva in zdravstvenega zavarovanja in načela za doseganje bolj odzivnega oziroma odpornega zdravstvenega sistema.

ZZZS v dokumentu opredeljuje, da bo do konca leta 2022 uvedel 4 nove obračunske modele.

Ne glede na predvidene aktivnosti ZZZS, pri katerih sodeluje tudi MZ, bo MZ v letih 2022 in 2023 poleg skupnih aktivnosti z ZZZS, zaradi posebej izpostavljene problematike družinske medicine in sistema opredeljevanja zavarovanih oseb pri izbranem osebnem zdravniku, pripravilo primerjalno analizo oziroma pregled različnih modelov plačevanja primarnega zdravstvenega varstva v nekaterih primerljivih državah EU, kar bo ena od aktivnosti Strategije razvoja zdravstvene dejavnosti na primarni ravni zdravstvenega varstva do leta 2031 (SRZDPR2031), ki je v pripravi na MZ (izdelan je bil že prvi osnutek). V okviru priprave strategije je opredeljeno tudi sodelovanje s strokovnjaki Svetovne zdravstvene organizacije ter analiza primera dobre prakse iz Katalonije. Med ukrepi za doseganje ciljev je predviden ukrep tudi Prenova obračunskega modela in standardov financiranja osnovne zdravstvene dejavnosti. V terminskem načrtu osnutka strategije je navedeno, da bo prenova sistema financiranja primarne zdravstvene dejavnosti, ki podpira uvajanje novih tehnologij (HTA) in omogoča upoštevanje lokalnih dejavnikov, izvedena do decembra 2023. Pri vseh projektih nadgradnje in posodobitve obračunskih modelov sodelujeta MZ in ZZZS. V tem času tečeta dva ključna projekta, in sicer:

- Posodobitev modelov plačevanja v specialistični ambulantni dejavnosti v Sloveniji⁹⁸, ki ga vodi ZZZS in ga financira EU v okviru programa za podporo strukturnim reformam za obdobje 2017–2020 (MZ v tem projektu sodeluje v usmerjevalnem odboru), ter
- interni projekt ZZZS za vzpostavitev celovitega upravljanja sistema SPP, v katerem MZ sodeluje v projektnem svetu; cilji projekta so razvidni iz dopisa ZZZS za imenovanje člana MZ v projektnem svetu.

Oba projekta potekata skladno s terminskim planom oziroma s krajšimi zamiki zaradi okoliščin v povezavi s covidom-19.

2.5.3 Ocena popravljalnega ukrepa

Izkazani popravljalni ukrep v delu, ki se nanaša na pripravo načrta aktivnosti z navedbo rokov izvedbe in deležnikov, ki bodo odgovorni za izvedbo analize učinkov obstoječega glavarinskega sistema, ocenjujemo kot **delno zadovoljiv**.

⁹⁸ INCEPTION REPORT – RFS REFORM/SC2020/076, Modernisation of payment models for outpatient healthcare in Slovenia (priloga 13 k dopolnitvi odzivnega poročila).

MZ ni izkazalo zahtevanega popravljalnega ukrepa, saj ni predložilo načrta aktivnosti z navedbo rokov izvedbe in deležnikov, ki bodo odgovorni za izvedbo analize učinkov obstoječega glavarinskega sistema. MZ tudi kako drugače ni izkazalo, da načrtuje izvedbo analize učinkov obstoječega glavarinskega sistema. Namesto tega je zgolj navedlo, da bo ZZS razvijal in dopolnjeval obstoječe obračunske modele, kot to izhaja iz NOO, pri tem pa naj bi opravil analizo stanja in pripravil stroškovne analize. Vendar iz NOO ne izhaja, ali naj bi ZZS v okviru razvijanja novih obračunskih modelov proučil tudi ustreznost obstoječega glavarinskega sistema, na katerem med drugim temeljijo standardi in normativi dela zdravnikov in sistem opredeljevanja zavarovanih oseb pri izbranem zdravniku. Glede na navedbo, da bo MZ v letih 2022 in 2023 pripravilo primerjalno analizo oziroma pregled različnih modelov plačevanja primarnega zdravstvenega varstva v nekaterih primerljivih državah EU, pa MZ ni izkazalo, ali naj bi v okviru navedene analize proučevalo tudi ustreznost obstoječega glavarinskega sistema.

Izkazani popravljalni ukrep v delu, ki se nanaša na pripravo načrta aktivnosti z navedbo rokov izvedbe in deležnikov, ki bodo odgovorni za izvedbo analize števila, vrste in zahtevnosti obravnav pacientov na dan/mesec/leto pri določenem številu zdravnikov, ocenjujemo kot **delno zadovoljiv**.

MZ ni izkazalo zahtevanega popravljalnega ukrepa, saj ni predložilo načrta aktivnosti z navedbo rokov izvedbe in deležnikov, ki bodo odgovorni za izvedbo analize števila, vrste in zahtevnosti obravnav pacientov na dan/mesec/leto pri določenem številu zdravnikov. Namesto tega je MZ le navedlo, da bo potrebo po uvedbi podrobnejših analiz glede zahtevnosti obravnav pacientov proučilo v okviru časovnice za uvajanje novih modelov plačevanja zdravstvenih storitev, ki je predvidena v NOO. Poleg tega je navedlo, da bo v letih 2022 in 2023 pripravilo primerjalno analizo oziroma pregled različnih modelov plačevanja primarnega zdravstvenega varstva v nekaterih primerljivih državah EU. Iz navedb MZ niti iz NOO pa ne izhaja, da bo MZ v okviru razvoja obračunskih modelov oziroma v okviru primerjave plačnih sistemov proučevalo tudi dejanske obremenitve zdravnikov v smislu opazovanja procesov. S pavšalnim načrtovanjem in izvajanjem⁹⁹ ukrepov MZ še naprej vztraja pri odsotnosti učinkovitega ugotavljanja in odpravljanja razlogov za preobremenitve zdravnikov.

Izkazani popravljani ukrep ocenjujemo kot **delno zadovoljiv**, saj MZ ni izkazalo, ali in kako v okviru navedenih primerjalnih analiz načrtuje tudi izvedbo analiz učinkov obstoječega glavarinskega sistema in analiz števila, vrste in zahtevnosti obravnav pacientov na dan/mesec/leto pri določenem številu zdravnikov. Ne glede na to, pa iz navedb MZ izhaja, da bo MZ v letih 2022 in 2023 poskrbelo za primerjalne analize plačnih sistemov.

⁹⁹ Tudi v okviru Analize kadra in povpraševanja po storitvah v dejavnosti splošne in družinske medicine, projekt Upravljanje mreže javne zdravstvene službe, Ljubljana, 31. 5. 2021 (priloga 12 k dopolnitvi odzivnega poročila) razlogi za različne obremenitve niso bili ugotovljeni, v navedenem dokumentu je le navedeno, da "razlike v povprečni produktivnosti izvajalcev med regijami in posledično razlike v razkoraku v timih med regijami niso pojasnjene, morda odražajo razlike v organizaciji dejavnosti, (geografski) dostopnosti, razlike v načinu evidentiranja storitev in podobno".

2.6 Analize obremenitev zdravnikov

2.6.1 Opis nesmotrnosti

V točki 2.3.1 revizijskega poročila je navedeno, da MZ v obdobju, na katero se nanaša revizija, 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 zavodom¹⁰⁰ 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 zaposlitve¹⁰¹,
- so zdravnikom, ki so to želeli, izdajali soglasja za dodatno delo prek podjemnih pogodb¹⁰²,
- 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 prijav¹⁰³,
- se problematika obremenjenosti zdravnikov izraža pri nadomeščanju za čas načrtovane oziroma nenačrtovane odsotnosti zdravnikov¹⁰⁴, saj se le te pokrivajo znotraj obstoječih resursov, kar lahko dolgoročno vpliva na izgorelost¹⁰⁵,
- morajo zaradi pomanjkanja družinskih zdravnikov zaposleni poleg rednega dela v svojih ambulantah opravljati še delo izven rednega dela¹⁰⁶ na različnih deloviščih (izvajanje nujne medicinske pomoči, dežurne službe¹⁰⁷, 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

¹⁰⁰ 26 bolnišnicam in 56 zdravstvenim domovom (v nadaljevanju: ZD).

¹⁰¹ 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.

¹⁰² 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).

¹⁰³ 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.

¹⁰⁴ Splošna bolnišnica Slovenj Gradec pojasnjuje, da so za realizacijo programa, opredeljenega z ZZS, zaradi preobremenjenosti zdravnikov imeli na dan 30. 6. 2019 sklenjenih 24 podjemnih pogodb z zunanjimi izvajalci.

¹⁰⁵ ZD dr. Adolfa Drolca Maribor.

¹⁰⁶ ZD Slovenska Bistrica navaja, da zdravniki, ki so podali soglasje za opravljanje nadur, le te dosežejo v prvih 5 mesecih leta.

¹⁰⁷ V letu 2019 sta 2 zdravnici v ZD Slovenska Bistrica podali odpoved dela v dežurni službi zaradi izgorelosti.

konferenci poročala o izsledkih izvedene analize¹⁰⁸ 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 ravni¹⁰⁹. Iz analize rezultatov te ankete 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 pa bi lahko podatke pridobivala tudi od MJU, ki spremlja podatke o opravljenem in izplačanem delu preko polnega delovnega časa oziroma za povečan obseg dela. V obdobju, na katero se nanaša revizija, je bilo 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 nadur¹¹⁰ letno in zdravnik na terciarni ravni 302,9 nadure¹¹¹ 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 ZZZS 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 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.

¹⁰⁸ Analize ZZ v reviziji ni predložila.

¹⁰⁹ 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_zdč.pdf], 17. 2. 2022.

¹¹⁰ V povprečju 1.343 zdravnikov.

¹¹¹ V povprečju 1.787 zdravnikov.

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).

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 zasebnikih¹¹²), 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.

V točki 2.3.2 revizijskega poročila je navedeno, 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.

¹¹² Pri zdravnikih zasebnikih, ki so fizične osebe, oziroma pri pravnih osebah.

MZ je pojasnilo, da 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.

V točki 2.3.3 revizijskega poročila je navedeno, da je po podatkih ZZZS 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. 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.

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.

V točki 2.3.5 revizijskega poročila je navedeno, da je MZ 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 Kolektivne pogodbe za zdravnike in zobozdravnike v Republiki Sloveniji oziroma na podlagi aneksa h kolektivni pogodbi iz leta 2017,
- v letih 2017 in 2018 na podlagi Sklepa vlade o posebnem vladnem projektu za skrajšanje čakalnih dob v zdravstvu ter povečanje kakovosti zdravstvene obravnave¹¹³ (v nadaljevanju: PVP),
- v letu 2019 na podlagi Aneksa št. 2 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2019¹¹⁴ (v nadaljevanju: aneks 2 SD 2019).

Ocenili smo, 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 morale 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).

¹¹³ Sklep vlade št. 17000-3/2017/5 z dne 6. 4. 2017.

¹¹⁴ Št. 1720-1/2019-A2 z dne 18. 7. 2019.

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 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 minute¹¹⁵ 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 nagrajijo,
- 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 odvrča 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 projektne 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 razširjeni strokovni kolegij),
- MZ ni izvedlo analiz učinkov projektne nagrajevanja v primerjavi z učinki povišanja plač,
- MZ vztraja s projektne 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,

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

- projektno nagrajevanje ni pravično, saj so nekateri zdravniki, ki sicer glede na obseg GK ne dosega 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 o delovni uspešnosti iz naslova povečanega obsega dela za javne uslužbenke 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.

Ocenili smo, 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 projektne nagrajevanja kot odziv na pritiske sindikatov in posameznih zdravnikov¹¹⁶ lahko pomeni dvojno nagrajevanje za isto delo. Po naši oceni 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, ZZS 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.

V točki 2.3.6 revizijskega poročila je navedeno, da 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. 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.

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 2016¹¹⁷).

¹¹⁶ Kot na primer napovedane kolektivne odpovedi zdravnikov družinske medicine v ZD Kranj marca 2019.

¹¹⁷ Poročilo MZ, št. 0140-18/2017, maj 2017.

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 EUR¹¹⁸, 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).

MZ je moralo v odzivnem poročilu izkazati, da je 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), 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).

2.6.2 Izkazani popravljalni ukrep

MZ je v odzivnem poročilu navedlo, da pridobiva podatke o poslovanju javnih zdravstvenih zavodov s strani poročevalskih enot, ki so: bolnišnice (26), zdravstveni domovi (57), lekarne (24) in ostali JZZ (6); skupaj torej 113 javnih zdravstvenih zavodov.

Podatki so zbrani kot poročila (predpisanih obrazcev) v excelovi obliki. Ker so osnovni podatki, ustrezno obdelani in analizirani, učinkovita podlaga za sprejemanje poslovnih odločitev in ker teh podatkov zbrani predpisani obrazci sami po sebi ne nudijo, se pojavi potreba po izgradnji skladišča podatkov in vzpostavitvi sistema za poslovno obveščanje. V skladišču podatkov bi bili na enem mestu zbrani osnovni podatki (na elementarnem nivoju), potrebni za spremljanje poslovanja in učinkovitosti javnih zdravstvenih zavodov. Postopek zbiranja podatkov in izdelave poročil bi potekal kar se da samodejno. Končnim uporabnikom bi bilo omogočeno interaktivno poizvedovanje nad podatki, zbranimi v skladišču podatkov. S pomočjo orodja bi jih sami obdelali, analizirali in jih oblikovali v poročila v skladu s svojimi pravicami in poslovnimi potrebami.

¹¹⁸ Podatki iz poročil o poslovanju javnih zdravstvenih zavodov in Javne agencije Republike Slovenije za zdravila in medicinske pripomočke v letih 2016–2018.

V okviru projekta bi bila v orodju Business Intelligence (BI) izdelana tudi letna poročila. Rezultati, ki bi jih dobili iz skladišča podatkov s poročili v orodju BI, bi bili objavljeni na intranetni strani MZ.

MZ bo v letu 2022 na podlagi pridobljenih podatkov iz RIZDDZ, podatkov o opravljenih urah dela ter podatkov, ki jih posredujejo izvajalci zdravstvene dejavnosti v letnih poročilih, pripravilo nabor potrebnih podatkov za izvedbo analize obremenitev zdravnikov glede na različne dejavnike tako na strani izvajalcev kot na strani uporabnikov¹¹⁹.

MZ je v dopolnitvi odzivnega poročila navedlo, da podatke oziroma letna poročila prejema samo od javnih zavodov. Vsi obrazci za potrebe načrtovanja in poročanja so dostopni na spletni strani MZ¹²⁰, in sicer v poglavju Letna poročila javnih zdravstvenih zavodov. Dostopni so obrazci za leto 2020. Za leto 2021 obrazci še niso na voljo, ker MZ usklajuje pridobitev potrebnih podatkov v agregirani obliki za potrebe spremljanja zaposlitve posameznih skupin zdravstvenih delavcev tudi pri drugih izvajalcih zdravstvene dejavnosti. Tako bodo tudi v načrtovanem podatkovnem skladišču lahko le podatki, pridobljeni od javnih zdravstvenih zavodov. MZ pri tem pojasnjuje, da z vidika potrebnih podatkov za načrtovanje in upravljanje sistema zdravstvenega varstva agregirani podatki o količini dela, ki ga zaposleni v javnih zdravstvenih zavodih opravijo še pri drugem delodajalcu, zadostujejo za potrebne analize obremenjenosti posameznih skupin izvajalcev. Obrazci za leto 2021 bodo na voljo do konca januarja 2022.

MZ je dodatno pojasnilo, da zaenkrat ne predvideva predlogov za morebitne spremembe zakonodaje, ki bi MZ omogočalo spremljanje teh podatkov na ravni posameznega zdravnika ali drugega strokovnjaka. Tak nadzor bi po mnenju MZ presegal nujno potrebno spremljanje podatkov za načrtovanje in upravljanje sistema zdravstvenega varstva.

Iz vseh podatkov, zbranih v agregirani obliki – tako iz RIZDD, kot iz poročil javnih zdravstvenih zavodov in morebitnih drugih podatkov, ki so zbrani pri NIJZ ali ZZZS, bo MZ lahko pripravilo potrebne analize glede obremenitev zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev z zadostno pravilnostjo za potrebe reform, ki so napovedane v NOO. Del potrebnih podatkov oziroma izvedenih analiz bo MZ pridobilo tudi od NIJZ, kar bo opredeljeno v letnem dogovoru z NIJZ pri pripravi Programa dela za leto 2022.

Za učinkovito uporabo zbranih podatkov je nujno potrebna digitalizacija procesov za potrebe obdelave podatkov za spremljanje delovanja zdravstvenega sistema na MZ, kar je tudi predvideno v okviru aktivnosti in terminskem načrtu NOO.

2.6.3 Ocena popravljalnega ukrepa

Izkazani popravljalni ukrep v zvezi s pripravo načrta aktivnosti za določitev pristojnih deležnikov, ki bodo odgovorni za izvedbo analize obremenitev zdravnikov ob upoštevanju števila pacientov ter števila, vrste, zahtevnosti in dolžine obravnav (obiskov), v smislu analize razlogov za obremenitve

¹¹⁹ Terminski plan ureditve potrebnih podatkov MZ za potrebe spremljanja zdravniškega dela – definiranje nabora podatkov v podatkovnem skladišču (priloga 5 k odzivnemu poročilu).

¹²⁰ Letna poročila javnih zdravstvenih delavcev, [URL: <https://www.gov.si teme/izvajanje-zdravstvene-dejavnosti/>], 17. 2. 2022.

(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), ocenjujemo kot **nezadovoljiv**.

Čeprav iz NOO izhaja, da naj bi bil do konca leta 2021 zasnovan predlog administrativnih razbremenitev za zdravnike in druge zdravstvene delavce¹²¹, MZ ni izkazalo zahtevanega popravljalnega ukrepa, saj ni predložilo načrta aktivnosti z navedbo rokov izvedbe in deležnikov, ki bodo odgovorni za izvedbo analize obremenitev zdravnikov. Namesto tega je MZ je izkazalo le, da bo do 30. 6. 2022 pripravilo nabor podatkov, ki jih potrebuje za analize obremenitev zdravnikov, ni pa izkazalo, kdo in do kdaj naj bi izvedel analizo obremenitev zdravnikov. Pri tem pa v zvezi z naborem podatkov opozarjamo, da bo moralo MZ za učinkovito analizo obremenitev zdravnikov zagotoviti tudi podatke o dejanskih obremenitvah zdravnikov zaradi obsega opravljanja zdravniške službe v okviru koncesij in hkrati v okviru zasebne mreže zdravstvene službe.

2.7 Učinek nagrajevanja zdravnikov glede na njihovo obremenitev

2.7.1 Opis nesmotrnosti

V točki 2.3.5.4 revizijskega poročila je navedena ocena računskega sodišča, 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.

Po naši oceni bi moralo MZ kot predlagatelj predpisov proučiti druge možne načine za izplačilo opravljenih zdravniških storitev v okviru in/ali izven ordinacijskega časa. Pri tem bi moralo natančno proučiti ustreznost plačnega sistema zdravnikov glede na zdravniške standarde in normative, ki naj jih potrjuje pristojni deležniki. Izvajanje projektov, ki so začasni, nedorečeni in nerazumljivi ter

¹²¹ NOO, Krepitev kompetenc kadrov v zdravstvu za zagotavljanje kakovosti oskrbe, cilj 3: Optimizacija dostopnosti do družinskih zdravnikov (prihranek časa, ki ga bo imel zdravnik za obravnavo pacienta), Časovnica: Q4/2021 Zasnovan predlog administrativnih razbremenitev za zdravnike in druge zdravstvene delavce in pripravljena analiza dostopnosti družinskih zdravnikov.

hkrati zahtevajo vključitev nesorazmerno velikega števila zaposlenih na MZ, ZZS 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, saj bi bil učinek lahko ravno nasproten.

MZ je moralo v odzivnem poročilu izkazati, da je 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.

2.7.2 Izkazani popravljalni ukrep

MZ je v odzivnem poročilu navedlo, da bo pripravilo terminski načrt za pridobitev ter urejanje podatkov¹²² ter izvedbo potrebnih analiz učinkov nagrajevanja zdravnikov na količino opravljenega dela.

MZ je v dopolnitvi odzivnega poročila navedlo, da je v dogovoru z ostalimi partnerji za sprejem splošnega dogovora, v letu 2021 v splošni dogovor vneslo spodbude za doseganje večjega števila opredeljenih pacientov.

Določila, opredeljena v aneksu 2 SD 2019, ki je stopil v veljavo 1. 1. 2019 in s katerim je bilo uvedeno nagrajevanje izvajalcev družinske medicine ter otroškega in šolskega dispanzerja, so bila ukinjena. Do konca leta 2021 je veljalo, da je ZZS pri obdobjih obračunih zagotovil dodatna sredstva za plače zdravstvenih delavcev v timu (zdravnik, tehnik zdravstvene nege in diplomirana medicinska sestra v otroških in šolskih dispanzerjih), ki so na prvi dan v mesecu presegali 1.895 GK do republiškega povprečja GK, in sicer v skladu s kriteriji, določenimi v spodnji tabeli, in ob ustreznem podaljšanju ordinacijskega časa.

Kriterij preseganja GK	% od osnovne plače
od 100 do 200	4 %
od 201 do 300	8 %
od 301 do 400	12 %
od 401 do 500	16 %
nad 500	20 %

Z Aneksom št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2021, ki je bil sprejet v decembru 2021, je bil uveden nov model plačevanja ambulant družinske medicine ter otroškega in šolskega dispanzerja, ki izvajalcem zagotavlja polno plačilo že pri doseganju 1.895 GK, vsako preseganje pa je dodatno plačano. Sredstva, pridobljena iz naslova tega preseganja, izvajalci lahko namenijo za nagrajevanje timov skladno s PVP, ki se izvaja od 1. 1. 2022 do 31. 12. 2023. Cilj PVP je ohranitev oziroma povečanje dostopnosti do zdravstvenih storitev in storitev zdravstvenega varstva na primarni ravni

¹²² Terminski načrt za ureditev podatkov na MZ za potrebe spremljanja zaposlenosti (priloga 5 k odzivnemu poročilu).

zdravstvene dejavnosti. Omogoča nagrajevanje zdravstvenih delavcev v timih družinske medicine oziroma otroškem in šolskem dispanzerju, ki dosegajo večje število opredeljenih pacientov v obdobju, ko se soočamo s pomanjkanjem števila splošnih zdravnikov.

Osnova za izplačilo plače iz naslova delovne uspešnosti je mesečna osnovna plača javnega uslužbenca v posameznem obdobju. Javnemu uslužbencu se lahko izplača delovna uspešnost iz naslova posebnega projekta skladno s spodnjo lestvico:

Razpon preseganja GK*	% izplačila delovne uspešnosti za zaposlenega
do 1.895	0 %
od 1.896 do 2.000	5 %
od 2.001 do 2.100	10 %
od 2.101 do 2.200	15 %
od 2.201 do 2.300	20 %
od 2.301 do 2.400	25 %
nad 2.400	30 %

* V primeru decimalnih števil se GK zaokroži na najbližje celo število.

MZ mesečno spremlja realizacijo projekta in bo po potrebi vladi predlagalo spremembo meril nagrajevanja zaposlenih, če bo ugotovilo, da niso najbolj ustrezna za doseganje ciljev projekta, oziroma podaljšanje projekta. V začetku leta 2023 bo MZ pripravilo poročilo o izvajanju in rezultatih projekta, doseženih v letu 2022, in o tem poročalo vladi.

2.7.3 Ocena popravljalnega ukrepa

Izkazani popravljalni ukrep v zvezi s pripravo načrta aktivnosti z navedbo rokov izvedbe in deležnikov, ki bodo 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, ocenjujemo kot **nezadovoljiv**.

MZ ni izkazalo zahtevanega popravljalnega ukrepa, saj ni predložilo načrta aktivnosti z navedbo rokov izvedbe in deležnikov, ki bodo 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. MZ je namesto tega v odzivnem poročilu izkazalo le rok za določitev nabora potrebnih podatkov (kar je predpogoj za zahtevano analizo), ni pa izkazalo, ali in do kdaj bo izvedlo analizo stroškov in učinkov nagrajevanja zdravnikov v primerjavi z učinki dodatnega zaposlovanja zdravnikov.

2.8 Analize stroškov in učinkov podeljevanja koncesij

2.8.1 Opis nesmotrnosti

V točki 2.3.7 revizijskega poročila je navedeno, da ob siceršnji odsotnosti predpisane metodologije za ugotavljanje potreb po zdravnikih 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 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.

MZ je pojasnilo, da 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 naj bi MZ aktivno sodelovalo 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 smo utemeljili 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.

ZZ je pojasnila, da je prispevek koncesionarja v javno mrežo tolikšen, za kolikor programa (skladno s pravili ZZS in vsakokratnim splošnim dogovorom) mu je bila podeljena koncesija.

MZ je pojasnilo, da 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 ZZ¹²³ je število zdravnikov v mreži zasebne zdravstvene službe (zdravniki brez koncesije) v letu 2019 v primerjavi z letom 2008 poraslo kar za 114,1 %¹²⁴, število zdravnikov v zasebnem sektorju s koncesijo pa je v tem obdobju naraslo za 9,9 %¹²⁵. 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 ni jasno, kolikšen obseg zdravniške službe zdravniki zasebniki opravljajo v okviru koncesij in kolikšen obseg v okviru zasebne dejavnosti.

ZZ je pojasnila, da 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.

Po naši oceni 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 uslužbenke¹²⁶, prek višje glavarine si lahko zagotovijo večji prihodek, poleg tega pa jim v skladu z ZZDej¹²⁷ presežka prihodkov nad odhodki ni treba porabiti za razvoj zdravstvene dejavnosti, kot to velja za javne zdravstvene zavode.

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

¹²³ Register zdravnikov, [URL: https://www.zdravniskazbornica.si/docs/default-source/statistika-in-analize/microsoft-powerpoint---članstvo_2019.pdf], 17. 2. 2022.

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

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

¹²⁶ 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.

¹²⁷ 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.

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 ZZDej¹²⁸.

Z uveljavitvijo ZZDej-K se koncesije podeljujejo za največ 15 let, ZZ pa v skladu z ZZDrS¹²⁹ daje mnenja k podeljevanju koncesij zasebnim zdravnikom. 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.

MZ je moralo v odzivnem poročilu izkazati, da je 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.

2.8.2 Izkazani popravljalni ukrep

MZ je v odzivnem poročilu navedlo, da je v okviru sprememb oziroma nadgradnje obračunskih modelov v NOO¹³⁰ predvidena tudi sprememba organizacije zdravstvene dejavnosti v smislu poslovnega povezovanja in povezovanja procesov JZZ (območno in področno), kar bo vodilo v specializacije ustanov za posamezna področja, kjer se bodo lahko koncentrirali in učinkovito uporabili vsi viri, vključno s kadri, opremo, prostori, izvedbo postopkov JN, s čimer bo MZ zagotovilo višjo kakovost storitev in nižjo ceno na enoto. V okviru teh aktivnosti bo MZ izvajalo analize in izvedlo medsebojno primerjavo učinkovitosti posameznih izvajalcev ter na podlagi izsledkov sprejemalo odločitve. Zato MZ ne pripravlja novih terminskih planov, ampak se navezuje na aktivnosti v okviru NOO.

¹²⁸ Drugi odstavek 44.k člena ZZDej.

¹²⁹ 9. člen ZZDrS.

¹³⁰ NOO.

MZ je v dopolnitvi odzivnega poročila navedlo, da je v NOO navedena predvidena reforma sistema zdravstvenega varstva, ki opredeljuje, da se bodo sistemski ukrepi izvajali na področju financiranja zdravstvenega sistema, mreže izvajalcev, obračunskih modelov in kadrov. Ker je torej eden od ciljev reforme tudi področje mreže izvajalcev, to zajema tako javne zdravstvene zavode kot tudi koncesionarje.

Analiza stroškov in učinkov podeljevanja koncesij v zdravstvu z vidika prostorskih, časovnih, organizacijskih, vsebinskih, kadrovskih in finančnih elementov v primerjavi s stroški in učinki zaposlovanja zdravnikov v okviru JZZ bo del pripravljane analize za reforme, torej prvi korak pri izvedbi priprave predvidenih sprememb.

MZ analizo učinkov podeljevanja koncesij vsaj za področje sekundarne ravni zdravstvenega varstva načrtuje do konca leta 2022. Analiza bo vključena v načrt dela za leto 2022 v Direktoratu za zdravstveno ekonomiko in Direktoratu za zdravstveno varstvo.

2.8.3 Ocena popravljalnega ukrepa

Izkazani popravljalni ukrep v zvezi s pripravo načrta aktivnosti z navedbo rokov izvedbe in deležnikov, ki bodo odgovorni za analizo stroškov in učinkov podeljevanja koncesij, ocenjujemo kot **zadovoljiv**.

2.9 Evidence koncesij in financiranje programov koncesionarjev

2.9.1 Opis nesmotrnosti

V točki 3.2.2 revizijskega poročila je navedeno, da MZ ni izkazalo, da je:

- vzpostavilo ažurno evidenco o podeljenih koncesijah, kot je bilo napovedano v porevizijskem poročilu Popravljalni ukrepi pri reviziji Organizacijski in kadrovski izzivi zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji¹³¹ (v nadaljevanju: porevizijsko poročilo Izzivi)¹³², 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, 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,

¹³¹ 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-221>], 17. 2. 2022.

¹³² 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.

- preverilo in potrdilo, da ZZZS financira izvajanje le tistih dejavnosti in programov koncesionarjev, ki imajo vsa ustrezna dovoljenja in soglasja, kot je napovedalo v porevizijskem poročilu Izzivi¹³³.

MZ je pojasnilo, da 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.

MZ je moralo v odzivnem poročilu izkazati, da je v zvezi z že napovedanimi aktivnostmi v porevizijskem poročilu Izzivi:

- 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 ZZZS 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.

2.9.2 Izkazani popravljalni ukrep

MZ je v odzivnem poročilu navedlo, da bo z vzpostavitvijo in dopolnjevanjem¹³⁴ RIZDDZ že vzpostavilo sistem za vzpostavitev ažurne in popolne evidence o vseh izdanih dovoljenjih in podeljenih koncesij oziroma soglasij za podeljene koncesije.

MZ je v dopolnitvi odzivnega poročila navedlo, da bo MZ v okviru urejanja RIZDDZ poleg izdanih dovoljenj za opravljanje zdravstvene dejavnosti ter izdanih odločb o koncesijah v register vneslo tudi

¹³³ Iz porevizijskega poročila Izzivi izhaja, da bo MZ aprila 2018 z občinami in ZZZS usklajevalo programe podeljenih koncesij in obseg koncesioniranih programov, ki jih izvajalci dejansko izvajajo in jih ZZZS plača.

¹³⁴ Seznam potrebnih podatkov in terminski načrt za ureditev RIZDDZ (priloga 4 k odzivnemu poročilu).

podatke o soglasjih, ki jih je MZ izdalo občinam za podelitev koncesij, skladno s terminskim planom urejanja RIZDDZ. Podatki bodo torej vneseni do konca septembra 2022.

MZ v postopku urejanja področja izhaja najprej iz potrebe po ureditvi evidenc, zato največ pozornosti in tudi aktivnosti namenja ureditvi RIZDDZ, iz katerega bodo vsi deležniki, tudi ZZZS, črpali potrebne podatke za urejanje dejavnosti oziroma medsebojnih razmerij.

Tako je tudi za področje ureditve oziroma uskladitve pogodb med plačnikom in izvajalcem treba zelo natančno urediti vse evidence – tako glede koncesij na primarni ravni (soglasja MZ k koncesijam) kot tudi glede koncesij na sekundarni ravni (podelitev koncesij s strani MZ). Pri tem je treba upoštevati, da je v obdobju, na katero se je nanašala revizija, prihajalo do sprememb predpisov, ki urejajo področje dovoljenj in koncesij v zdravstveni dejavnosti. Pravilnik o vrstah zdravstvene dejavnosti¹³⁵ je natančneje in podrobneje opredelil vrste zdravstvene dejavnosti. Temu so sledila dovoljenja, izdana po njegovi uveljavitvi, kot tudi koncesije. Koncesije, podeljene pred tem obdobjem, pa so bile opredeljene za širše področje (na primer področje splošne kirurgije).

MZ je z ZZZS dne 13. 1. 2022 že izvedel prvi operativni sestanek, na katerem so bile dogovorjene skupne aktivnosti za ureditev oziroma uskladitev pogodb med plačnikom in izvajalcem. Na sestanku je bil določen način dela in sodelovanja za večjo učinkovitost. Evidence bodo usklajene skladno s terminskim planom urejanja RIZDDZ, najkasneje do konca septembra 2022, morebitna zahtevnejša vprašanja pa najkasneje do konca leta 2022.

2.9.3 Ocena popravljalnega ukrepa

Izkazani popravljalni ukrep v delu, ki se nanaša na vzpostavitev ažurne in popolne evidence o vseh podeljenih koncesijah oziroma vseh soglasjih občinam na podeljene koncesije v primarni zdravstveni dejavnosti, ocenjujemo kot **delno zadovoljiv**.

MZ ni izkazalo zahtevanega popravljalnega ukrepa, saj ni izkazalo, da je evidenca o vseh podeljenih koncesijah, ki jo je napovedalo leta 2018 v porevizijskem poročilu Izzivi, že v celoti vzpostavljena in so podatki o vseh podeljenih koncesijah in o vseh soglasjih občinam k podeljenim koncesijam popolni in ažurni.

Izkazani popravljalni ukrep v delu, ki se nanaša na pristop k aktivnostim za zagotovitev, da ZZZS 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, ocenjujemo kot **zadovoljiv**.

Ukrep v zvezi z vzpostavitvijo ažurne in popolne evidence o vseh podeljenih koncesijah in o vseh soglasjih občinam na podeljene koncesije v primarni zdravstveni dejavnosti ter hkrati v zvezi s financiranjem programov koncesionarjev le v primeru, ko imajo vsa ustrezna dovoljenja in soglasja, ocenjujemo kot **delno zadovoljiv**.

¹³⁵ Uradni list RS, št. 63/18, 25/19, 47/19, 173/20 in 153/21.

MZ namreč ni izkazalo, da je evidenca o koncesijah popolna in ažurna, je pa izkazalo aktivnosti, na podlagi katerih bo v prihodnje lahko zagotovljeno, da bo ZZZS financiral le programe koncesionarjev, za katere bo potrjeno, da vsebujejo vsa soglasja in dovoljenja.

3. Mnenje o izkazanih popravljalnih ukrepih

Pregledali smo odzivno poročilo in dopolnitev odzivnega poročila, ki ju je na podlagi zahteve iz revizijskega poročila Skrb za učinkovit vstop zdravnikov na trg dela izdelalo Ministrstvo za zdravje. Ocenili smo, da sta odzivno poročilo in dopolnitev odzivnega poročila, ki ju je z varnim elektronskim podpisom potrdil Janez Poklukar, minister za zdravje, verodostojna.

Zadovoljivost izkazanih popravljalnih ukrepov smo ocenili na podlagi posredovanega opisa ukrepov in dokumentacije. Menimo, da smo pridobili zadostne in ustrezne podlage in dokaze, da lahko podamo oceno o zadovoljivosti izkazanih ukrepov.

Ocenjujemo, da sta izkazana popravljalna ukrepa, opisana v točkah 2.1.2 in 2.8.2, ki ju je sprejelo Ministrstvo za zdravje, **zadovoljiva**.

Ocenjujemo, da so izkazani popravljalni ukrepi, opisani v točkah 2.4.2, 2.5.2 in 2.9.2, ki jih je sprejelo Ministrstvo za zdravje, **delno zadovoljivi**.

Ocenjujemo, da so izkazani popravljalni ukrepi, opisani v točkah 2.2.2, 2.3.2, 2.6.2 in 2.7.2, ki jih je sprejelo Ministrstvo za zdravje, **nezadovoljivi**.

4. Ovrednotenje nezadovoljivo odpravljenih nesmotrnosti

Nesmotrnosti, opisane v točkah 2.4.1, 2.5.1 in 2.9.1, za katere Ministrstvo za zdravje ni izkazalo v celoti zadovoljivih popravljivih ukrepov, se nanašajo na:

- pripravo nacionalnega načrta kadrovskih virov v zdravstvu;
- 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;
- spremljanje trenutnih, kratkoročnih in dolgoročnih potreb po zdravnikih ter pripravo strategij o specialistični dejavnosti glede na pričakovane potrebe po zdravnikih s posameznih specialističnih področij;
- 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;
- 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 na podlagi rezultatov analize presojo ustreznosti obstoječih zdravniških standardov in normativov kot tudi pripravo predlogov glede njihove posodobitve;
- vzpostavitev ažurne in popolne evidence o vseh podeljenih koncesijah oziroma soglasjih občinam na podeljene koncesije v primarni zdravstveni dejavnosti.

Nesmotrnosti, opisane v točkah 2.2.1, 2.3.1, 2.6.1 in 2.7.1, za katere Ministrstvo za zdravje ni izkazalo zadovoljivih popravljivih ukrepov, se nanašajo na:

- pravno ureditev zbiranja, evidentiranja ter spremljanja 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;
- določitev deležnika, ki naj bo odgovoren za zanesljivost, točnost, ažurnost in popolnost 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, in bo te podatke zagotavljal celovito;
- odpravo ureditve, ki omogoča podvajanje spremljanja istih podatkov v okviru različnih evidenc (pri različnih deležnikih);

- določitev natančne metodologije 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;
- določitev načina pridobivanja podatkov o potrebah po zdravnikih (kot na primer od izvajalcev zdravstvene dejavnosti ali od drugih deležnikov, pristojnih za ugotavljanje potreb in vodenje evidenc);
- analize obremenitev zdravnikov ob upoštevanju števila pacientov ter števila, vrste, zahtevnosti in dolžine obravnav (obiskov), in sicer naj vključujejo analizo razlogov 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);
- analizo stroškov in učinkov projektnega nagrajevanja zdravnikov zaradi domnevnih preobremenitev na podlagi glavarinskega sistema v primerjavi s stroški in učinki dodatnega zaposlovanja zdravnikov.

Nesmotrnosti, za katere ni izkazano, da so odpravljene, ne presegajo pomembnosti, ki je bila upoštevana v reviziji.

5. Sklep o kršitvi obveznosti dobrega poslovanja

Ministrstvo za zdravje v odzivnem poročilu in dopolnitvi odzivnega poročila ni izkazalo:

- v celoti zadovoljivih popravljalnih ukrepov za odpravo nesmotrnosti, opisanih v točkah 2.4.2, 2.5.2 in 2.9.2;
- zadovoljivih popravljalnih ukrepov za odpravo nesmotrnosti, opisanih v točkah 2.2.2, 2.3.2, 2.6.2 in 2.7.2.

S tem je Ministrstvo za zdravje v skladu z določbami petega odstavka 29. člena Zakona o računskem sodišču¹³⁶ in prvega odstavka 37. člena Poslovnika Računskega sodišča Republike Slovenije¹³⁷ kršilo obveznost dobrega poslovanja.

Tomaž Vesel,
generalni državni revizor

Poslano:

1. Ministrstvu za zdravje, priporočeno;
2. Državnemu zboru Republike Slovenije, priporočeno;
3. arhivu.

¹³⁶ Uradni list RS, št. 11/01 in 109/12.

¹³⁷ Uradni list RS, št. 91/01.

*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