



# REVIZIJSKO POROČILO

## Obvladovanje dolgotrajnega bolniškega staleža



2023



## **POSLANSTVO**

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



REPUBLIKA SLOVENIJA  
**RAČUNSKO SODIŠČE**

REVIZIJSKO POROČILO

**Obvladovanje dolgotrajnega  
bolniškega staleža**

Številka: 320-16/2020/44  
Ljubljana, 6. decembra 2023

## Povzetek

Računsko sodišče je revidiralo učinkovitost Ministrstva za zdravje (v nadaljevanju: ministrstvo) pri obvladovanju dolgotrajnega bolniškega staleža v letu 2020 in podalo mnenje, da ministrstvo pri tem **ni bilo učinkovito**.

Republika Slovenija je v letu 2020 razpolagala le z delnimi strateškimi usmeritvami za obvladovanje dolgotrajnega bolniškega staleža. V Resoluciji o nacionalnem programu varnosti in zdravja pri delu 2018–2027 sta bila namreč zastavljena 2 cilja, povezana z obvladovanjem dolgotrajnega bolniškega staleža. Prvi je bil usmerjen le v zmanjšanje bolniških odsotnosti zaradi kostno-mišičnih obolenj, drugi cilj pa je bil sicer splošen in usmerjen v lažje vračanje zaposlenih na delo po dolgotrajni bolniški odsotnosti ne glede na vzrok, vendar v Akcijskem načrtu za izvajanje resolucije v obdobju, na katero se nanaša revizija, aktivnosti za vzpostavitev mehanizmov za pomoč pri vračanju delavcev na delo po dolgotrajni bolniški odsotnosti niso bile predvidene.

Za učinkovito obvladovanje dolgotrajnega bolniškega staleža je treba zagotoviti ustrezne podatke in analize. Ministrstvo je v letu 2020 s sklenitvijo pogodbe o financiranju dejavnosti z Nacionalnim inštitutom za javno zdravje zagotovilo zbiranje in analiziranje podatkov o zdravju in zdravstvenem varstvu, vendar podatki in analize, s katerimi je država razpolagala na podlagi te pogodbe, prikazujejo zgolj zdravstveno stanje državljanov z vidika bolniškega staleža kot celote, ne zagotavljajo pa podatkov o dolgotrajnem bolniškem staležu. Bolniški stalež je v analizah sicer prikazan s številnimi kazalniki, vendar pa ministrstvo z njimi ni zagotovilo poglobljenega spremljanja in naslavljanja problematike dolgotrajnega bolniškega staleža. Ministrstvo zato v obdobju, na katero se nanaša revizija, ni zagotovilo, da bi na ravni države razpolagali z vsemi ustreznimi podatki in analizami, s pomočjo katerih bi lahko ugotavljali najpogostejše okoliščine dolgotrajnega bolniškega staleža in značilnosti dolgotrajno odsotnega posameznika ter vpliv višine in trajanja nadomestila plače za začasno zadržanost od dela na obseg dolgotrajnega bolniškega staleža.

Ministrstvo tudi ni zagotovilo analiz, s katerimi bi prepoznalo obstoj in razloge odvisnosti trajanja bolniškega staleža od (ne)dosegljivosti zdravstvenih storitev ter posledično tudi ni izvedlo aktivnosti, ki bi vplivale na zmanjšanje obsega dolgotrajnega bolniškega staleža, če je ta posledica daljših čakalnih dob za posamezne zdravstvene storitve. Pri tem pa na ravni države niti ni zagotovilo podatkov o tem, ali so čakajoči na specialistične preglede in na operacijske posege oziroma druge vrste diagnostičnih postopkov oziroma terapij, za katere je treba čakati nad dopustno čakalno dobo, v bolniškem staležu ali ne.



Tudi strokovne usmeritve, ki bi zdravnikom služile kot pripomoček (priporočilo) pri odločanju o primerni okvirni dolžini bolniškega staleža za posamezno diagnozo (ob upoštevanju individualnih okoliščin posameznega zavarovanca) ali/in kot podlaga za zahtevo po utemeljitvi morebitnih pomembnejših odstopanj v dolžini bolniškega staleža, bi lahko pripomogle k zmanjševanju razlik v dolžini bolniškega staleža za isto diagnozo ter s tem do skrajševanja dolgotrajnih bolniških staležev. Hkrati bi bile tovrstne usmeritve lahko podlaga za okvirno informiranje delodajalcev o predvidenem trajanju (dolgotrajne) bolniške odsotnosti zaposlenih. Ministrstvo ni izvajalo aktivnosti v tej smeri, prav tako pa tudi ni načrtovalo ukrepov, ki bi delodajalcem omogočili pravočasno seznanjanje s predvidenim trajanjem bolniške odsotnosti zaposlenega, morebitnim predvidenim skrajšanim delovnim časom in možnimi prilagoditvami delovnega procesa zdravstvenemu stanju zaposlenega po njegovi vrnitvi na delo, kar bi lahko olajšalo težave, ki jih dolgotrajne bolniške odsotnosti povzročajo delodajalcem.

Navodila o dopustnem ravnanju zavarovancev med začasno odsotnostjo z dela so pogosto premalo določna, nejasna ter podana le ustno, kar povzroča (tudi sodne) spore o tem, katere aktivnosti lahko opravlja dolgotrajno bolniško odsotni zavarovanec. Ministrstvo bi moralo zagotoviti pravne podlage za oblikovanje ustreznih, natančnih in jasnih zdravnikovih navodil, prav tako pa bi moralo aktivno pristopiti k zagotavljanju poenotenja priporočenih ravnanj ob posameznih vrstah diagnoz, s čimer bi prav tako lahko zmanjšalo tveganje za nejasnost navodil za ravnanje zavarovancev med njihovo začasno odsotnostjo z dela. Ob tem pa po drugi strani ministrstvo tudi ni zagotovilo ustrežnejših pravnih podlag za sankcioniranje kršitev navodil o ravnanju v času zadržanosti od dela, ki bi zagotavljale večjo učinkovitost pri obvladovanju dolgotrajnega bolniškega staleža, saj bi se s tem zmanjšalo tveganje zlorab dolgotrajnega bolniškega staleža.

Ministrstvo ni zagotovilo niti spremljalo podatkov o pogostosti odločanja zdravnikov o delazmožnosti zavarovancev, s čimer bi lahko ocenilo potrebo po usmeritvah z namenom optimizacije časovne dinamike (ponovne) presoje delazmožnosti zavarovancev, predvsem tudi glede na posamezno diagnozo. Ministrstvo tudi ni proučilo potrebe po določitvi časovnega intervala, po preteku katerega bi zdravnik opravil presojo o tem, ali je sploh pričakovati izboljšanje zdravstvenega stanja, ki bo omogočilo povrnitev zavarovančeve delovne zmožnosti, ali pa je zavarovanca smiselno napotiti na invalidsko komisijo. Posledično to pomeni, da je bilo odločanje o tem, ali in kako pogosto se preverijo možnosti za izboljšanje zdravstvenega stanja zavarovanca, v celoti in brez usmeritev prepuščeno zdravnikom, enako pa je veljalo tudi glede kriterijev za ocenjevanje začasne in trajne delanezmožnosti zavarovancev v postopkih odločanja pred različnimi organi. Ministrstvo ni izvedlo aktivnosti, na podlagi katerih bi ugotavljalo, ali so potrebne spremembe obstoječe ureditve tega postopka, posledično pa tudi ne aktivnosti, s katerimi bi vplivalo na njegovo hitrejše izvajanje.

V obstoječi ureditvi rehabilitacija in prizadevanja za vrnitev zaposlenih na delo ne potekajo v času bolezni, temveč so zavarovanci pretežno upravičeni do rehabilitacije šele po pridobitvi statusa osebe z zmanjšano (delovno) zmožnostjo. S povezavo obstoječih pravic do medicinske in poklicne rehabilitacije bi se lahko osebo, ki je v procesu zdravljenja, že prej napotilo na poklicno rehabilitacijo. V obdobju, na katero se nanaša revizija, se je sicer začel izvajati projekt za zgodnjo poklicno in zaposlitveno rehabilitacijo v procesu vračanja na delo, katerega rezultat naj bi bila tudi vzpostavitev sistema, v katerem bo delodajalec bolj vključen v proces rehabilitacije in hitrejše vrnitve zaposlenega na delo. Ministrstvo pa je bilo v ta projekt vključeno zgolj formalno, saj se predstavniki ministrstva srečanj projektne sveta, ki so potekala v letu 2020, niso udeleževali. Ministrstvo za zdravje v obdobju, na katero se nanaša revizija, ni izvedlo aktivnosti, ki bi pripomogle k celoviti obravnavi

bolnikov in poškodovancev v procesu hitrega vračanja na delo, kar bi lahko pozitivno vplivalo na trajanje bolniškega staleža.

Računsko sodišče je za odpravo razkritih nesmotrnosti od ministrstva **zahtevalo predložitev odzivnega poročila** in mu podalo tudi **priporočila** za učinkovitejše obvladovanje dolgotrajnega bolniškega staleža.

# Kazalo

<b>1. Uvod</b>	<b>9</b>
<b>1.1 Opredelitev revizije</b>	<b>9</b>
<b>1.2 Predstavitev revidiranca</b>	<b>11</b>
<b>1.3 Predstavitev področja revizije</b>	<b>12</b>
1.3.1 Postopek ugotavljanja nezmožnosti za delo iz zdravstvenih razlogov	14
1.3.2 Pravica do nadomestila plače med začasno zadržanostjo od dela	16
1.3.3 Kontrola bolniškega staleža	19
<b>1.4 Revizijski pristop</b>	<b>20</b>
<b>2. Ugotovitve</b>	<b>21</b>
<b>2.1 Aktivnost ministrstva pri zagotavljanju strateških podlag za zmanjšanje obsega dolgotrajnega bolniškega staleža</b>	<b>21</b>
<b>2.2 Izvajanje aktivnosti za zmanjšanje obsega dolgotrajnega bolniškega staleža</b>	<b>26</b>
2.2.1 Zbiranje in analiziranje podatkov, povezanih z dolgotrajnim bolniškim staležem	26
2.2.1.1 Statistična analiza (dolgotrajnega) bolniškega staleža	29
2.2.1.2 Bolniški stalež po starosti in spolu	33
2.2.1.3 Bolniški stalež po območjih	35
2.2.1.4 Bolniški stalež po zdravstvenih razlogih	36
2.2.1.5 Bolniški stalež po gospodarskih dejavnostih	38
2.2.1.6 Bolniški stalež nad 30 dni	38
2.2.1.7 Nadomestilo plače za začasno zadržanost od dela	40
2.2.2 (Ne)dostopnost posameznih zdravstvenih storitev	44
2.2.3 Zagotavljanje podlag za odločanje zdravnikov glede trajanja bolniškega staleža	50
2.2.4 Seznanjanje delodajalca z informacijami, povezanimi z zdravstvenim stanjem zaposlenega	52
2.2.5 Kontrolačasne zadržanosti od dela	56
2.2.5.1 Zagotavljanje podlag za enotnost priporočenih ravnanj v časučasne zadržanosti od dela ter za izvajanje kontrolčasne zadržanosti od dela	56
2.2.5.2 Izvajanje kontrolečasne zadržanosti od dela	60
2.2.6 Ugotavljanje delazmožnosti, napotitev na invalidsko komisijo ter postopek ugotavljanja invalidnosti	62
2.2.6.1 Ugotavljanje delazmožnosti in napotitev na invalidsko komisijo	62
2.2.6.2 Postopek ugotavljanja invalidnosti	66
2.2.7 Rehabilitacija v procesu vračanja na delo	71

<b>3. Mnenje</b>	<b>75</b>
<b>4. Zahteva za predložitev odzivnega poročila</b>	<b>78</b>
<b>5. Priporočila</b>	<b>80</b>



# 1. Uvod

Revizijo učinkovitosti Ministrstva za zdravje pri obvladovanju dolgotrajnega bolniškega staleža v letu 2020 smo izvedli na podlagi Zakona o računskem sodišču<sup>1</sup> (v nadaljevanju: ZRacS-1) in Poslovnika Računskega sodišča Republike Slovenije<sup>2</sup>. Sklep o izvedbi revizije<sup>3</sup> je bil izdan 22. 4. 2021.

Naša pristojnost je na podlagi opravljene revizije podati opisno mnenje o učinkovitosti ministrstva pri obvladovanju bolniškega staleža v obdobju od 1. 1. 2020 do 31. 12. 2020.

Revizijo smo načrtovali in izvedli v skladu z mednarodnimi revizijskimi standardi, ki jih določa Napotilo za izvajanje revizij<sup>4</sup>, tako da smo pridobili zadostna in ustrezna zagotovila za izrek mnenja.

## 1.1 Opredelitev revizije

Cilj revizije je izrek mnenja o učinkovitosti ministrstva pri obvladovanju dolgotrajnega bolniškega staleža v letu 2020.

Da bi lahko izrekli mnenje o učinkovitosti ministrstva, smo si zastavili glavno revizijsko vprašanje, **ali je ministrstvo učinkovito obvladovalo dolgotrajni bolniški stalež v letu 2020.**

Odgovor na zastavljeno vprašanje smo pridobili s pomočjo odgovorov na naslednji podvprašanji in operativna vprašanja:

- ali je bilo ministrstvo aktivno pri zagotavljanju strateških podlag za zmanjšanje obsega dolgotrajnega bolniškega staleža:
  - ali je ministrstvo zagotovilo strateške podlage za izvajanje aktivnosti, katerih cilj bi bilo zmanjšanje obsega dolgotrajnega bolniškega staleža,
  - ali je ministrstvo določilo odgovorne akterje, ki naj bi se ukvarjali s pripravo rešitev za obvladovanje dolgotrajnega bolniškega staleža, in
  - ali je ministrstvo zagotovilo, da so odgovorni akterji izvajali predvidene aktivnosti;
- ali je ministrstvo izvajalo aktivnosti, ki vplivajo na zmanjševanje obsega dolgotrajnega bolniškega staleža:
  - ali je zagotovilo, da so se zbirali in analizirali ustrezni podatki o dolgotrajnem bolniškem staležu na ravni države, na podlagi katerih bi lahko učinkovito obvladovalo dolgotrajni bolniški stalež;
  - ali je zagotovilo izvedbo aktivnosti, ki bi vplivale na zmanjšanje obsega dolgotrajnega bolniškega staleža, ki je posledica daljših čakalnih dob za posamezne zdravstvene storitve;

---

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

<sup>2</sup> Uradni list RS, št. 91/01.

<sup>3</sup> Št. 320-16/2020/9.

<sup>4</sup> Uradni list RS, št. 122/22.

- ali je zagotovilo strokovne podlage, ki bi natančneje opredeljevale, kolikšna je pričakovana dolžina bolniškega staleža za posamezno diagnozo, ter ali je pripravilo predloge (sprememb) predpisov, ki bi delodajalcu omogočali pravočasno seznanjanje s predvidenim trajanjem bolniške odsotnosti, morebitnim skrajšanim delovnim časom, z možnimi prilagoditvami in omejitvami delovnega mesta in delovnega procesa;
- ali je sprejelo ukrepe/zagotovilo pravne oziroma strokovne podlage, ki bi zagotavljale enotna navodila o dopustnem ravnanju zavarovancev z določeno diagnozo v času bolniškega staleža, in sprejelo ukrepe (zagotovilo pravno podlago) za učinkovitejše sankcioniranje zavarovancev za kršitve navodil o dopustnem ravnanju v času zadržanosti od dela;
- ali je zagotovilo izvedbo ukrepov, ki bi zagotavljali enotnejše odločanje zdravnikov o delazmožnosti zavarovancev ter prispevali k racionalizaciji postopkov, in ali je ocenilo, če bi bilo smiselno določiti interval, po preteku katerega bi bilo treba opraviti presojo o tem, ali je mogoče pričakovati izboljšanje zdravstvenega stanja, ki bo omogočilo povrnitev zavarovančeve delovne zmožnosti;
- ali je izvedlo aktivnosti, ki bi pripomogle k sistemski ureditvi pomoči pri čim hitrejšem vračanju zaposlenih na delo po dolgotrajni bolniški odsotnosti.

Poslovanje ministrstva smo ocenili kot učinkovito, če je bilo njegovo poslovanje v pretežnem delu skladno s sodili za presojo učinkovitosti. Poslovanje smo ocenili kot neučinkovito, če njegovo poslovanje v pretežnem delu ni bilo skladno s sodili za presojo učinkovitosti. V ostalih primerih je bilo poslovanje ocenjeno kot delno učinkovito.

V reviziji smo kot dolgotrajni bolniški stalež obravnavali začasno zadržanost od dela zaradi zdravstvenih razlogov, ki traja več kot 30 delovnih dni. Za revidiranca smo določili ministrstvo. Revizija se nanaša na sistemske rešitve za obvladovanje bolniškega staleža, zato se tudi ugotovitve nanašajo na ureditev tega področja na sistemski ravni. Zaradi potrebe po pridobitvi podatkov ter širšega in podrobnejšega vpogleda v revidirano področje smo zaprosili za pojasnila in podatke tudi Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZZS) ter Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje (v nadaljevanju: ZPIZ), ki pa nista revidiranca. Za potrebe revizije smo vključili tudi javno dostopne podatke Nacionalnega inštituta za varovanje zdravja (v nadaljevanju: NIJZ).

Pri posameznih vprašanjih, kjer je to bilo potrebno za predstavitev ozadja obvladovanja dolgotrajnega bolniškega staleža, navajamo tudi podatke in aktivnosti, ki se nanašajo na ureditev področja pred letom 2020 in tudi po letu 2020, ki pa ne vlivajo na izrek mnenja. Dolgotrajni bolniški stalež pa tudi po obdobju, na katero se nanaša revizija, ostaja iz leta v leto bolj pereč problem v državi (več o tem v točki 2.2.1.1).

## 1.2 Predstavitev revidiranja

V skladu s 40. členom Zakona o državni upravi<sup>5</sup> ministrstvo med drugim opravlja naloge na področjih javnega zdravja, zdravstvenega varstva, zdravstvenega zavarovanja ter zdravstvene dejavnosti. Naloge ministrstva, ki so predmet revizije, opravlja Direktorat za zdravstveno varstvo, ki med drugim opravlja naloge, ki se nanašajo na urejanje zdravstvenega varstva, zdravstvenega zavarovanja, zdravstvene dejavnosti, zdravniške službe in pacientovih pravic. Skrbi za kakovost zdravstvenega varstva, ki vključuje strateško načrtovanje, uvajanje, spremljanje in nadzor sistema kakovosti zdravstvenega varstva. Skrbi tudi za dostopnost do zdravstvenih storitev, pokazatelj česar so čakalne dobe.

Skladno s 16. členom Zakona o državni upravi minister izdaja predpise in druge akte v skladu z zakonom ter sprejema druge odločitve iz pristojnosti ministrstva.

Strokovno doktrino o krepitvi zdravja, preprečevanju, ugotavljanju, zdravljenju, zdravstveni negi in rehabilitaciji zbolelih, poškodovanih in oseb z motnjami v telesnem in duševnem razvoju skladno s 74. členom Zakona o zdravstveni dejavnosti<sup>6</sup> (v nadaljevanju: ZZDej) oblikujejo razširjeni strokovni kolegiji (v nadaljevanju: RSK). RSK je najvišji strokovni organ na posameznem področju, ki usklajuje predloge klinik, strokovnih združenj in zbornic, visokošolskih zavodov, zdravstvenih zavodov ter posameznih strokovnjakov. RSK se oblikujejo pri klinikah, inštitutih in drugih zdravstvenih zavodih, ki jih določi minister, pristojen za zdravje, na predlog klinik, strokovnih združenj in visokošolskih zavodov, ki izvajajo programe za zdravstvene delavce. RSK sestavljajo svetniki, višji svetniki, fakultetni učitelji in drugi priznani strokovnjaki na področju zdravstvenega varstva.<sup>7</sup>

Skladno s 75. členom ZZDej strokovne predloge RSK, ki vplivajo na vsebino in obseg zdravstvenega varstva, s tem pa na zdravstveno politiko in financiranje zdravstvenega varstva, obravnava in potrjuje zdravstveni svet kot najvišji strokovno usklajevalni organ na področju zdravstvenega varstva. Zdravstveni svet oblikuje vsebino zdravstvenih programov s stališča njihove izvedljivosti, enakomernega razvoja vseh strok in načela enake dostopnosti. Od RSK lahko zahteva, da strokovno doktrino prilagodijo ekonomskim možnostim države ali da predlagajo izvajanje programov po prioritetah in v omejenem obsegu. Zdravstveni svet se oblikuje pri ministrstvu, pristojnem za zdravje, iz predstavnikov zdravstvene stroke, iz vrst svetnikov, višjih svetnikov, fakultetnih učiteljev

<sup>5</sup> Uradni list RS, št. 113/05 – uradno prečiščeno besedilo, 89/07 – odl. US, 126/07 – ZUP-E, 48/09, 8/10 – ZUP-G, 8/12 – ZVRS-F, 21/12, 47/13, 12/14, 90/14 in 51/16.

<sup>6</sup> 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 in 203/20 – ZIUPOPDVE.

<sup>7</sup> Člane RSK skladno z drugim odstavkom 5. člena Pravilnika o razširjenih strokovnih kolegijih (v nadaljevanju: pravilnik o RSK; Uradni list RS, št. 44/17) predlagajo institucije (vsaka do 3 člane): izvajalci terciarne zdravstvene dejavnosti s področja RSK; zbornice ali strokovna združenja z javnim pooblastilom na področju zdravstva s področja RSK; Slovensko zdravniško društvo glede na področje RSK; javni visokošolski zavodi s področja RSK oziroma druge institucije, kot določa tretji odstavek 5. člena pravilnika o RSK. Na podlagi prejetih predlogov minister, pristojen za zdravje, skladno s petim odstavkom 5. člena pravilnika o RSK s sklepom imenuje člane posameznih RSK. Pri imenovanju članov RSK se upošteva zastopnost vseh ravni zdravstvene dejavnosti, na katerih deluje RSK, ustreza zastopnost vseh strokovnih področij, ki jih pokriva RSK, in ustreza regijska zastopnost. Če se minister zaradi zagotavljanja pogojev glede sestave RSK iz tega in prvega odstavka tega člena s predlogom institucije za posameznega člana RSK ne strinja, institucija, ki je tega člana predlagala, v roku, ki ga določi minister, predlaga novega člana RSK. Če institucija v določenem roku ne predlaga člana RSK, minister sam imenuje člana posameznega RSK.

in drugih priznanih strokovnjakov s področja zdravstvenega varstva, zdravstvene ekonomike in organizacije zdravstvenega varstva.

V obdobju, na katero se nanaša revizija, in med izvajanjem revizije so bile odgovorne osebe ministrstva:

- Aleš Šabeder, minister za zdravje, od 27. 3. 2019 do 28. 1. 2020, od 29. 1. 2020 do 13. 3. 2020 je opravljal tekoče posle;
- Tomaž Gantar, minister za zdravje, od 13. 3. 2020 do 18. 12. 2020;
- Ivan Janša, predsednik Vlade Republike Slovenije (v nadaljevanju: vlada), začasno v funkciji ministra za zdravje, od 18. 12. 2020 do 23. 2. 2021;
- Janez Poklukar, minister za zdravje, od 23. 2. 2021 do 1. 6. 2022;
- Danijel Bešič Loredan, minister za zdravje, od 1. 6. 2022 do 13. 7. 2023;
- dr. Robert Golob, predsednik vlade, začasno v funkciji ministra za zdravje, od 13. 7. 2023 do 13. 10. 2023;
- dr. Valentina Prevolnik Rupel, od 13. 10. 2023 dalje.

### 1.3 Predstavitev področja revizije

Pravica do začasne zadržanosti z dela zaradi zdravstvenih razlogov in pravica do nadomestila plače v tem času sta pravici, ki zagotavljata socialno varnost v primeru začasne odsotnosti oziroma zmanjšanja delazmožnosti. Bolniški stalež, ki se opisuje tudi z izrazi bolniški dopust, bolniška odsotnost, absentizem, zdravstveni absentizem, je posledica začasne zadržanosti od dela zaradi bolezni, poškodb, nege in drugih zdravstveno upravičenih razlogov. V predpisih se za opis bolniškega staleža uporablja besedna zveza "začasna zadržanost (ali odsotnost) od (z) dela" zaradi bolezni in drugih zdravstveno upravičenih razlogov. Z dolgotrajnim bolniškim staležem se soočajo tako Republika Slovenija kot tudi mnoge evropske države. Dolgotrajni bolniški stalež pogosto vodi v brezposelnost in je pomemben napovedovalec vseh vrst izhodov s trga dela, vključno z invalidsko in predčasno upokojitvijo, ki so veliko finančno breme za vse države članice Evropske unije, delovno okolje in družbo.<sup>8</sup>

Dolgotrajni bolniški stalež ni posebej opredeljen v predpisih. NIJZ spremlja podatke o celotnem bolniškem staležu (šteje koledarske dneve od prvega dne zadržanosti od dela), ki jih prikazuje tudi na svojem podatkovnem portalu<sup>9</sup>. ZZSZ v svojih statističnih analizah upošteva, da gre za dolgotrajni bolniški stalež, kadar traja začasna zadržanost od dela več kot 45 koledarskih dni (pri čemer zgornje omejitve trajanja začasne zadržanosti od dela ni), oziroma kot dolgotrajni bolniški stalež obravnava tistega, za katerega se nadomestilo plače zagotavlja v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja – do 28. 2. 2022 (torej tudi v obdobju, na katero se nanaša revizija) je to pomenilo, da je ZZSZ kot

---

<sup>8</sup> Rehabilitation and return to work: Analysis report on EU and Member States policies, strategies and programmes, [URL: <https://osha.europa.eu/en/publications/rehabilitation-and-return-work-analysis-report-eu-and-member-states-policies-strategies/view>], 31. 3. 2022.

<sup>9</sup> [URL: <https://www.nijz.si/sl/nijz-podatkovni-portal>], 17. 7. 2023.

dolgotrajni bolniški stalež štel odsotnosti zaradi zdravstvenih razlogov od 31. delovnega dne dalje. Dejansko je 45 koledarskih dni približno enako 30 delovnim dnevom oziroma je razlika zanemarljiva. Od 1. 3. 2022 pa delodajalec izplačuje nadomestilo plače iz lastnih sredstev v primerih nezmožnosti zaposlenega za delo zaradi njegove bolezni ali poškodbe, ki ni povezana z delom, le še do 20 delovnih dni za posamezno odsotnost z dela.<sup>10</sup>

V reviziji smo obravnavali kot dolgotrajni bolniški stalež začasno zadržanost od dela zaradi zdravstvenih razlogov, ki traja več kot 30 delovnih dni, torej enako kot ZZZS. Osredotočili smo se na področje obvladovanja dolgotrajnega bolniškega staleža, torej bolniškega staleža, ki je že nastal in že nekaj časa traja. Pri tem se nismo ukvarjali s področjem preventive in skrbi za zdravje, čeprav je tudi to zelo pomembno področje, s katerim je mogoče močno vplivati na zmanjševanje oziroma preprečevanje pojava (dolgotrajnega) bolniškega staleža in v okviru katerega je še veliko področij, ki zahtevajo ustrezno ureditev (zagotavljanje varnih in zdravih delovnih pogojev, obvladovanje nalezljivih bolezni, ureditev področja poklicnih bolezni, ureditev statusa zdravnikov medicine dela, prometa in športa, ozaveščanje ljudi o pomenu krepitve telesnega in duševnega zdravja).

Zakon o delovnih razmerjih<sup>11</sup> (v nadaljevanju: ZDR-1), za pripravo predloga katerega je pristojno Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (v nadaljevanju: MDDSZ), je pomemben kot krovni zakon, ki ureja pravico delavca do nadomestila plače v primerih nezmožnosti za delo zaradi njegove bolezni ali poškodbe, varstvo delavca pred odpovedjo pogodbe o zaposlitvi zaradi odsotnosti z dela zaradi bolezni ter pravice delodajalca do izredne odpovedi pogodbe o zaposlitvi delavcu zaradi določenih ravnanj v času odsotnosti z dela zaradi njegove bolezni ali poškodbe. Za področje normativne ureditve bolniškega staleža pa je Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju<sup>12</sup> (v nadaljevanju: ZZZVZZ) temeljni predpis, ki med drugim ureja sistem zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja. Za predmet revizije pa so pomembne predvsem določbe v zvezi z uveljavljanjem pravic iz zdravstvenega zavarovanja. Za pripravo predloga zakona in njegovih sprememb je pristojno ministrstvo. Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja<sup>13</sup> (v nadaljevanju: pravila OZZ) so splošni akt za uresničevanje zdravstvenega zavarovanja in med drugim podrobneje urejajo vrste in obseg pravic, obveznosti zavezancev in zavarovanih oseb, pogoje in postopke za uresničevanje pravic ter tudi nadzor uresničevanja pravic in obveznosti. K pravilom OZZ in njihovim spremembam, ki jih sprejme skupščina ZZZS, poda soglasje minister, pristojen za zdravje. Področje dolgotrajnega bolniškega staleža je povezano tudi s področjem invalidskega zavarovanja, saj se postopek ocenjevanja začasne nezmožnosti za delo navezuje na postopek ocenjevanja invalidnosti. Temeljni predpis, ki med drugim ureja postopek

---

<sup>10</sup> Zakon o spremembah Zakona o delovnih razmerjih (v nadaljevanju: ZDR-1C; Uradni list RS, št. 15/22) in Zakon o dopolnitvi Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (v nadaljevanju: ZZZVZZ-R; Uradni list RS, št. 15/22).

<sup>11</sup> Uradni list RS, št. 21/13, 78/13 – popr., 47/15 – ZZSDT, 33/16 – PZ-F, 52/16, 15/17 – odl. US, 22/19 – ZPosS, 81/19, in 203/20 – ZIUPOPdVE.

<sup>12</sup> Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPIJ, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C, 47/15 – ZZSDT, 61/17 – ZUPŠ, 64/17 – ZZDej-K, 36/19, in 189/20 – ZFRO.

<sup>13</sup> Uradni list RS, št. 79/94, 73/95, 39/96, 70/96, 47/97, 3/98, 3/98, 51/98 – odl. US, 73/98 – odl. US, 90/98, 6/99 – popr., 109/99 – odl. US, 61/00, 64/00 – popr., 91/00 – popr., 59/02, 18/03, 30/03, 35/03 – popr., 78/03, 84/04, 44/05, 86/06, 90/06 – popr., 64/07, 33/08, 7/09, 88/09, 30/11, 49/12, 106/12, 99/13 – ZSVarPre-C, 25/14 – odl. US, 85/14, 10/17 – ZČmIS, 64/18 in 4/20.

ocenjevanja invalidnosti, je Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju<sup>14</sup> (v nadaljevanju: ZPIZ-2), za pripravo katerega in sprejemanje njegovih sprememb je pristojno MDDSZ.

### 1.3.1 Postopek ugotavljanja nezmožnosti za delo iz zdravstvenih razlogov

Postopek ugotavljanja nezmožnosti za delo opredeljujeta ZZVZZ ter pravila OZZ. Kot določa ZZVZZ v drugem odstavku 81. člena, o začasni nezmožnosti za delo iz bolezenskih razlogov za delo nad 30 dni in v vseh drugih primerih, ko je izplačevalec nadomestila plače obvezno zdravstveno zavarovanje, razen če gre za nego, spremstvo ali izolacijo zavarovane osebe, odloča imenovani zdravnik ZZS<sup>15</sup> (v nadaljevanju: imenovani zdravnik). Prvi odstavek 235. člena pravil OZZ določa, da če osebni zdravnik meni, da so še podani razlogi za začasno zadržanost od dela, o kateri odloča imenovani zdravnik, napoti zavarovanca k imenovanemu zdravniku vsaj 3 dni pred iztekom začasne zadržanosti od dela. Predlog ali zahtevo za presojo ocene osebnega zdravnika, zdravstveno in drugo dokumentacijo skladno z 236. členom pravil OZZ pregleda imenovani zdravnik in po potrebi zahteva od osebnega zdravnika njeno dopolnitev ali obrazložitev. Zavarovanca povabi na pregled le, če oceni, da je to potrebno, sicer pa imenovani zdravnik odloči o začasni nezmožnosti za delo na podlagi zdravstvene in druge dokumentacije. V primeru, da zavarovanec zahteva pregled pri imenovanem zdravniku, pa mora biti ta, skladno z 237. členom pravil OZZ, opravljen. Skladno s četrtem odstavkom 81. člena ZZVZZ mora imenovani zdravnik o začasni zadržanosti od dela izdati odločbo najpozneje v 8 dneh po prejemu zahteve oziroma predloga osebnega zdravnika.

Iz 82. člena ZZVZZ izhaja, da če se zavarovana oseba ali delodajalec ne strinjata z odločbo imenovanega zdravnika, lahko v roku 5 delovnih dni po vročitvi odločbe vložita pritožbo pri imenovanemu zdravniku, ki je odločbo izdal. Pritožbo obravnava zdravstvena komisija ZZS<sup>16</sup>. Člane zdravstvene komisije imenuje upravni odbor ZZS. Zdravstvena komisija deluje v Ljubljani in Mariboru. Komisija o svoji odločitvi izda odločbo najpozneje v 8 dneh po prejemu pritožbe. Iz četrtega odstavka 81. člena ZZVZZ izhaja, da se mora zavarovanec ravnati skladno z odločbo imenovanega zdravnika ne glede na vloženo pritožbo.

239. člen pravil OZZ določa, da mora imenovani zdravnik zdravstveni komisiji po prejemu pritožbe posredovati vso dokumentacijo o zavarovancu, vključno z izpodbijano odločbo, praviloma isti dan. Skladno z 240. členom pravil OZZ lahko zdravstvena komisija pred odločitvijo povabi zavarovanca na pregled. Če se zavarovanec pisnemu vabilu ne odzove, se njegova zadržanost od dela obravnava na podlagi zdravstvene dokumentacije.

241. člen pravil OZZ določa, da če zdravstvena komisija v nasprotju z odločbo imenovanega zdravnika odloči, da so podani razlogi za zadržanost od dela, veljajo takšne ugotovitve praviloma za naprej, za nazaj pa največ od dneva, ki je določen v odločbi imenovanega zdravnika, razen če zdravstvena komisija določi, kdaj je zadržanost od dela nastopila. Če zdravstvena komisija odloči v nasprotju z

---

<sup>14</sup> Uradni list RS, št. 96/12, 39/13, 99/13 – ZSVarPre-C, 101/13 – ZIPRS1415, 44/14 – ORZPIZ206, 85/14 – ZUJF-B, 95/14 – ZUJF-C, 90/15 – ZIUPTD, 102/15, 23/17, 40/17, 65/17, 28/19, 75/19, 139/20 in 189/20 – ZFRO.

<sup>15</sup> Imenovane zdravnike imenuje upravni odbor ZZS kot določa prvi odstavek 81. člena ZZVZZ.

<sup>16</sup> Sestavljata jo 2 zdravnika in 1 univerzitetni diplomirani pravnik.

odločbo imenovanega zdravnika, da niso podani razlogi za zavarovančevo nezmožnost za delo, velja ta odločba za naprej. V tem primeru ni mogoče odpraviti že uveljavljene zadržanosti od dela. Zdravstvena komisija je dolžna izdati svojo odločbo o zadržanosti od dela najpozneje v 8 dneh od prejema popolne pritožbe, kot določa 243. člen pravil OZZ.

Skladno z drugim odstavkom 242. člena pravil OZZ se mora zavarovanec ravnati v skladu s prejeto odločbo zdravstvene komisije tudi v primeru, če je vložil tožbo pri Delovnem in socialnem sodišču v Ljubljani.

Zaradi zaježitve in obvladovanja epidemije covid-19 je vlada začasno sprejela poenostavitve postopka odobritve začasne zadržanosti od dela. Na podlagi 2. člena Odlokov o začasnih ukrepih pri izvajanju obveznega zdravstvenega zavarovanja zaradi zaježitve in obvladovanja epidemije COVID-19<sup>17</sup> se je na izbrane osebne zdravnike (v nadaljevanju: osebni zdravnik) prenesla pristojnost za odločanje o zadržanosti od dela za zavarovance ne glede na razlog zadržanosti od dela, čeprav je izplačevalec nadomestila plače obvezno zdravstveno zavarovanje, in sicer dokler začasna zadržanost od dela nepretrgoma ne doseže enega leta. Ta izjema je bila v veljavi od 25. 3. 2020 do 31. 5. 2020. Zaradi preprečevanja širjenja virusa je bilo na podlagi Odloka o začasnih ukrepih pri izvajanju obveznega zdravstvenega zavarovanja zaradi zaježitve in obvladovanja epidemije COVID-19<sup>18</sup> tudi sprejeto, da imenovani zdravnik in zdravstvena komisija od 13. 3. 2020 do prenehanja<sup>19</sup> začasnega ukrepa iz 2. člena tega odloka odločata o zadevah iz svoje pristojnosti le na podlagi razpoložljive dokumentacije<sup>20</sup>. Ta določba je bila ponovno uveljavljena 20. 11. 2020 z Odlokom o začasnih ukrepih pri izvajanju obveznega zdravstvenega zavarovanja zaradi preprečitve širjenja nalezljive bolezni COVID-19<sup>21</sup> in je bila v veljavi do konca leta 2020 (in naprej v leto 2021).

Pravila OZZ v 244. členu določajo, da so odločbe, izdane s strani imenovanega zdravnika oziroma zdravstvene komisije, za zavarovance in njihove osebne zdravnike obvezne. Osebni zdravnik ne more ugotoviti pri zavarovancu začasne zadržanosti od dela zaradi iste bolezni oziroma stanja, za katero je imenovani zdravnik oziroma zdravstvena komisija ugotovila, da ni več utemeljena, če od izdaje zadnje odločbe še ni preteklo 30 dni. To lahko stori le izjemoma, če gre za nenadno in nepričakovano poslabšanje zdravstvenega stanja zavarovanca, kar dokazuje z dokumentacijo, iz katere je razvidno, da je prišlo do poslabšanja zdravstvenega stanja. V tem primeru mora osebni zdravnik zavarovanca še isti dan napotiti na obravnavo k imenovanemu zdravniku. Če imenovani zdravnik ne ugotovi razlogov za zadržanost od dela, velja ta ugotovitev za naprej.

Skladno s prvim odstavkom 245. člena pravil OZZ mora imenovani zdravnik, če je zavarovanec začasno nezmožen za delo dalj časa, odločiti o njegovi delazmožnosti praviloma vsaka 2 meseca, razen če že vnaprej oceni, da bo upravičena odsotnost z dela trajala dalj časa.

---

<sup>17</sup> Uradni list RS, št. 34/20 in Uradni list RS, št. 64/20.

<sup>18</sup> Uradni list RS, št. 64/20.

<sup>19</sup> 31. 5. 2020.

<sup>20</sup> Torej brez osebnega pregleda varovanca.

<sup>21</sup> Uradni list RS, št. 167/20 in 182/20 in Uradni list RS, št. 182/20 in 201/20.



### 1.3.2 Pravica do nadomestila plače med začasno zadržanostjo od dela

Delodajalci so v obdobju<sup>22</sup>, na katero se nanaša revizija, skladno s tretjim odstavkom 137. člena ZDR-1 izplačevali nadomestilo plače iz lastnih sredstev v primerih nezmožnosti delavca za delo zaradi njegove bolezni ali poškodbe, ki ni povezana z delom, in sicer do 30 delovnih dni za posamezno odsotnost z dela, vendar največ za 120 delovnih dni v koledarskem letu. V primerih nezmožnosti za delo delavca zaradi poklicne bolezni ali poškodbe pri delu delodajalec izplačuje nadomestilo plače delavcu iz lastnih sredstev do 30 delovnih dni za vsako posamezno odsotnost z dela<sup>23</sup>. V času daljše odsotnosti z dela izplača delodajalec nadomestilo plače v breme zdravstvenega zavarovanja. Od prvega delovnega dne zadržanosti od dela pa zavarovancem iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja skladno s prvo alinejo 29. člena ZZVZZ pripada nadomestilo plače zaradi presaditve živega tkiva in organov v korist druge osebe, posledic dajanja krvi, nege ožjega družinskega člana, izolacije in spremstva, ki ju odredi zdravnik, ter poškodb, nastalih v okoliščinah iz 18. člena ZZVZZ<sup>24</sup>. Zavarovanec je imel v obdobju, na katero se nanaša revizija, (in do 1. 3. 2022)<sup>25</sup> na podlagi 29. člena ZZVZZ in 137. člena pravil OZZ pravico do nadomestila plače med začasno zadržanostjo od dela v breme ZZS od 31. delovnega dne začasne nezmožnosti za delo zaradi bolezni ali poškodbe, ki ni bila povezana z delom, od 1. 3. 2022 dalje pa mu ta pravica pripada od 21. delovnega dne dalje. V primerih nezmožnosti za delo zaradi poklicne bolezni ali poškodbe pri delu zavarovancu pripada pravica do nadomestila v breme ZZS od 31. dne zadržanosti od dela.

---

<sup>22</sup> In do 1. 3. 2022 (do uveljavitve ZDR-1C).

<sup>23</sup> Zakon o interventnih ukrepih za pomoč pri omilitvi posledic drugega vala epidemije COVID-19 (ZIUPOPĐVE; Uradni list RS, št. 203/20) je v 46. členu spremenil določbo 29. člena ZZVZZ tako, da pripada zavarovancem, ki delajo pri izvajalcu socialnovarstvene storitve institucionalno varstvo, izvajalcu krizne namestitve iz tretjega odstavka 49. člena Zakona o socialnem varstvu (v nadaljevanju: ZSV; Uradni list RS, št. 3/07 – uradno prečiščeno besedilo, 23/07 – popr., 41/07 – popr., 61/10 – ZSVarPre, 62/10 – ZUPJS, 57/12, 39/16, 52/16 – ZPPreb-1, 15/17 – DZ, 29/17, 54/17, 21/18 – ZNOrg, 31/18 – ZOA-A, 28/19 in 189/20 – ZFRO), izvajalcu socialnovarstvenih programov iz 18.s člena ZSV, ki izvajajo nastanitveni program iz 3. člena Pravilnika o sofinanciranju socialnovarstvenih programov (Uradni list RS, št. 70/16 in 34/19), izvajalcu pomoči družini na domu iz tretjega odstavka 15. člena ZSV ter izvajalcu zdravstvene dejavnosti, ki na delovnem mestu zbolijo za covidom-19, nadomestilo plače od prvega dne odsotnosti zaradi te bolezni. Ne glede na tretji odstavek 137. člena ZDR-1 znaša nadomestilo iz prejšnjega odstavka 100 % višine plače, ki bi jo prejel, če bi delal. Sredstva za kritje razlike do 100 % nadomestila se zagotavljajo iz sredstev proračuna Republike Slovenije prek ZZS. Sprememba je veljala od 30. 12. 2020 do 31. 12. 2021.

<sup>24</sup> Za poškodbo pri delu so zavarovane: osebe, ki sodelujejo pri organiziranih javnih delih splošnega pomena, pri reševalnih akcijah ali pri zaščiti ter reševanju in pomoči ob naravnih in drugih nesrečah; udeleženci mladinskih taborov v Republiki Sloveniji; osebe, ki opravljajo dela oziroma naloge vojaške službe ali nadomestne civilne službe, civilne zaščite, službe za opazovanje in obveščanje, splošnih reševalnih služb ali enot za zveze oziroma osebe pri usposabljanju za obrambo ter zaščito, reševanje in pomoč; osebe, ki pomagajo organom za notranje zadeve in pooblaščenim osebam teh organov pri opravljanju njihovih nalog v skladu z zakonom; osebe, ki opravljajo naloge organov za notranje zadeve kot osebe v rezervnem sestavu organov za notranje zadeve; osebe, ki opravljajo na poziv državnih in drugih pooblaščenih organov, javne in druge družbene funkcije ali državljansko dolžnost; športniki, trenerji ali organizatorji, ki v okviru organizirane športne dejavnosti sodelujejo pri športnih akcijah; osebe, ki kot člani operativnih sestav prostovoljnih gasilskih organizacij opravljajo naloge pri gašenju požarov, zaščiti in reševanju pri drugih nesrečah, pri usposabljanju, zavarovanju na požarno nevarnih mestih in pri javnih prireditvah, naloge pri javnih nastopih in demonstracijah s prikazovanjem demonstrativnih vaj ter pri poučevanju ljudi o požarni varnosti; osebe, ki kot člani gorske reševalne službe, podvodne ali jamarske reševalne službe oziroma kot vodniki reševalnih psov opravljajo naloge zaščite, reševanja in pomoči ali odvrnitve oziroma preprečitve nevarnosti, ki neposredno ogrožajo življenje ali premoženje ljudi.

<sup>25</sup> Do uveljavitve ZZVZZ-R in ZDR-1C.

Pravico do nadomestila plače med začasno zadržanostjo od dela imajo na podlagi 28. člena ZZVZZ osebe, ki so v delovnem razmerju, osebe, ki samostojno opravljajo gospodarsko ali poklicno dejavnost, lastniki zasebnih podjetij, kmetje, ki so obvezno pokojninsko in invalidsko zavarovani, ter kmetje, ki so prostovoljno vključeni v obvezno pokojninsko in invalidsko zavarovanje, če so zavarovani za to pravico, vrhunski športniki in šahisti. Zavarovancu, ki mu je med trajanjem zadržanosti od dela prenehalo delovno razmerje, pripada skladno z drugim odstavkom 34. člena ZZVZZ nadomestilo še za največ 30 dni začasne nezmožnosti za delo po prenehanju delovnega razmerja. Če je zadržanost od dela posledica poškodbe pri delu ali poklicne bolezni, pripada zavarovancu skladno s tretjim odstavkom 34. člena ZZVZZ nadomestilo tudi po prenehanju delovnega razmerja, dokler ni spet zmožen za delo. Pravica do nadomestila plače med začasno zadržanostjo od dela v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja pripada tistim brezposelnim osebam, ki jim je bila pravica priznana pred uveljavitvijo Zakona za uravnoteženje javnih financ<sup>26</sup>.

Na podlagi 52. člena Sprememb in dopolnitev Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja<sup>27</sup> se nadomestilo med začasno zadržanostjo od dela izplača na podlagi potrdila o upravičeni zadržanosti od dela, ki ga izstavi osebni zdravnik, ki je pristojen za ugotavljanje začasne zadržanosti od dela, na podlagi svoje ocene o začasni zadržanosti od dela oziroma na podlagi odločbe imenovanega zdravnika ali zdravstvene komisije. Do vključno 31. 1. 2020 se je zavarovancu izdajalo potrdilo v papirni obliki, od 1. 2. 2020 dalje pa na podlagi 54. člena Sprememb in dopolnitev Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja<sup>28</sup> le v elektronski obliki. Zaposleni je bil<sup>29</sup> (za obdobje od 24. 10. do 31. 12. 2020 ter od 5. 2. do 31. 5. 2022) lahko odsoten z dela zaradi bolezni brez potrdila o upravičeni zadržanosti od dela, ki ga izda osebni zdravnik, torej brez predhodne ugotovitve razlogov za takšno odsotnost z dela s strani osebnega zdravnika zavarovanca, do 3 zaporedne delovne dni v kosu, in sicer največ enkrat v posameznem koledarskem letu. Za čas te odsotnosti je bil zaposleni upravičen do nadomestila plače, ki ga izplača delodajalec, ki nato zahteva refundacijo od ZZZS. ZZZS nato delodajalcu refundira izplačano nadomestilo v breme proračuna Republike Slovenije.

Trajanje prejemanja nadomestila za začasno zadržanost od dela normativno ni omejeno, najvišja višina nadomestil plače pa je omejena s plačo, ki bi jo zavarovanec prejel, če bi bil zdrav in bi delal.

ZZVZZ v 31. členu določa, da je osnova za nadomestilo povprečna mesečna plača in nadomestila oziroma povprečna osnova za plačilo prispevkov v koledarskem letu pred letom, v katerem je nastala začasna zadržanost od dela. Osno ve za plačevanje prispevkov iz drugega in tretjega odstavka

---

<sup>26</sup> 31. 5. 2012, 228. člen, Uradni list RS, št. 40/12, 96/12 – ZPIZ-2, 104/12 – ZIPRS1314, 105/12, 25/13 – odl. US, 46/13 – ZIPRS1314-A, 56/13 – ZŠtip-1, 63/13 – ZOsn-I, 63/13 – ZJAKRS-A, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 101/13 – ZIPRS1415, 101/13 – ZDavNepr, 107/13 – odl. US, 85/14, 95/14, 24/15 – odl. US, 90/15, 102/15, 63/16 – ZDoh-2R, 77/17 – ZMVN-1, 33/19 – ZMVN-1A, 72/19 in 174/20 – ZIPRS2122.

<sup>27</sup> Spreminja 229. člen dotedanjih pravil OZZ; Uradni list RS, št. 4/20, velja od 8. 2. 2020.

<sup>28</sup> Spreminja 230. člen dotedanjih pravil OZZ.

<sup>29</sup> Na podlagi 20. člena Zakona o začasnih ukrepih za omilitev in odpravo posledic COVID-19 (Uradni list RS, št. 152/20 in 175/20 – ZIUOPDVE).

55.a člena ZZVZZ<sup>30</sup> se ne všttevajo v osnovo za nadomestilo med začasno zadržanostjo od dela. ZZVZZ ne določa drugih dohodkov, ki se v osnovo za izračun nadomestila ne všttevajo.

Pravila OZZ v prvem odstavku 140. člena določajo, da je osnova za nadomestilo zavarovančeva povprečna mesečna plača in nadomestila, ki so bila izplačana v koledarskem letu pred letom, v katerem je nastala začasna zadržanost od dela, oziroma povprečna osnova za plačilo prispevkov v koledarskem letu pred letom, v katerem je nastala začasna zadržanost od dela.

Pravila OZZ v prvem odstavku 141. člena določajo, da se v osnovo za izračun nadomestila ne všttevajo:

- regres, jubilejna nagrada, odpravnina ob upokojitvi, solidarnostna pomoč;
- povračila stroškov v zvezi z delom;
- dohodek, prejet v naravi;
- poračuni plač v tekočem letu za obdobja, na katera se nanaša osnova za obračun nadomestila;
- nadomestila, izplačana v breme pokojninskega in invalidskega zavarovanja;
- bonitete;
- dohodki iz drugega pogodbenega razmerja;
- osnove za plačevanje prispevkov iz drugega in tretjega odstavka 55.a člena zakona.

V revizijskem poročilu *Računovodski izkazi in pravilnost poslovanja Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leto 2019*<sup>31</sup> smo ocenili, da 31. člen ZZVZZ ne določa jasno, ali osnova za nadomestilo – povprečna mesečna plača in nadomestila oziroma povprečna osnova za plačilo prispevkov predstavlja izplačila v koledarskem letu ali za koledarsko leto pred letom, v katerem je nastala začasna zadržanost od dela. Ocenjujemo, da bi moral način izračuna osnove za nadomestilo jasno izhajati že iz samega zakona, saj določitev osnove za nadomestilo vpliva na višino nadomestila zavarovanca med začasno zadržanostjo od dela kot pravico iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Eno izmed načel pravne države, ki ga določa 2. člen Ustave Republike Slovenije<sup>32</sup>, je namreč, da morajo biti predpisi jasni in pomensko določljivi, zlasti pa je to pomembno pri predpisih in določbah, ki vsebujejo pravne norme, ki določajo pravice in dolžnosti subjektov. Zato smo na Ustavno sodišče

---

<sup>30</sup> Osnova za plačevanje prispevkov od dohodkov iz drugega pravnega razmerja, na podlagi katerega zavarovanci niso zavarovani kot osebe, ki so v delovnem razmerju v Republiki Sloveniji, prejetih na podlagi opravljenega dela oziroma storitev, kadar se plačilo, prejeta na podlagi tega pravnega razmerja, na podlagi zakona, ki ureja dohodnino, šteje za dohodek in ni oproščen plačila dohodnine ali ni drug dohodek na podlagi zakona, ki ureja dohodnino, je vsak posamezen prejet dohodek. Osnova za plačevanje prispevkov iz naslova dejavnosti, ki se opravlja kot postranski poklic, je 25 % povprečne bruto plače v Republiki Sloveniji za mesec oktober predhodnega koledarskega leta.

<sup>31</sup> [URL: <https://www.rs-rs.si/revizije-in-revidiranje/arhiv-revizij/revizija/racunovodski-izkazi-in-pravilnost-poslovanja-zzvs-v-letu-2019-2797/>], enako tudi v revizijskih poročilih *Računovodski izkazi in pravilnost poslovanja Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leto 2020*, [URL: [https://www.rs-rs.si/revizije-in-revidiranje/arhiv-revizij/revizija/racunovodski-izkazi-in-pravilnost-poslovanja-zavoda-za-zdravstveno-zavarovanje-slovenije-v-letu-2020/?no\\_cache=1&tab=%23tabs-4593#tabs-4593](https://www.rs-rs.si/revizije-in-revidiranje/arhiv-revizij/revizija/racunovodski-izkazi-in-pravilnost-poslovanja-zavoda-za-zdravstveno-zavarovanje-slovenije-v-letu-2020/?no_cache=1&tab=%23tabs-4593#tabs-4593)] in *Računovodski izkazi in pravilnost poslovanja Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leto 2021*, [URL: <https://www.rs-rs.si/revizije-in-revidiranje/arhiv-revizij/revizija/racunovodski-izkazi-in-pravilnost-poslovanja-zavoda-za-zdravstveno-zavarovanje-slovenije-v-letu-2021/>], 11. 7. 2023.

<sup>32</sup> Uradni list RS, št. 33/91-I, 42/97 – UZS68, 66/00 – UZ80, 24/03 – UZ3a, 47, 68, 69/04 – UZ14, 69/04 – UZ43, 69/04 – UZ50, 68/06 – UZ121,140,143, 47/13 – UZ148, 47/13 – UZ90,97,99 in 75/16 – UZ70a.

Republike Slovenije vložili Zahtevo za začetek postopka za oceno ustavnosti in zakonitosti<sup>33</sup> 31. člena ZZVZZ oziroma skladnosti določil 140. in 141. člena pravil OZZ z zakonom, ki pa o zahtevi še ni odločilo.

Nadomestilo plače ne sme biti manjše od zajamčene plače (spodnji limit) in ne večje od plače, ki bi jo delavec dobil, če bi delal (zgornji limit)<sup>34</sup>. Glede na določbe 31. člena ZZVZZ nadomestila znašajo od 70 % do 100 % osnove, odvisno od razloga za zadržanost od dela, tako na primer nadomestilo za zadržanost od dela zaradi poklicne bolezni in poškodbe pri delu znaša 100 % osnove od prvega dne odsotnosti; nadomestilo za zadržanost od dela zaradi bolezni znaša za prvih 90 dni 80 % in po preteku 90 dni 90 % osnove; ob zadržanosti od dela zaradi poškodb izven dela nadomestilo za prvih 90 dni znaša 70 % osnove in nato 80 % osnove. Iz navedenega je razvidno, da v nekaterih primerih po preteku 90 dni višina nadomestila naraste. Za vojaške invalide ter civilne invalide vojne odmerni odstotki za izračun nadomestila plač niso manjši od 90 % osnove.

ZZVZZ določa tudi, v katerih primerih zavarovanci niso upravičeni do nadomestila plače med začasno zadržanostjo od dela (več o tem v točki 1.3.3).

### 1.3.3 Kontrola bolniškega staleža

Za področje normativne ureditve kontrole bolniškega staleža so pomembni predvsem ZDR-1, ZZVZZ, ter pravila OZZ. Osnovna merila o tem, kdaj gre za zlorabo bolniškega staleža, opredeljujejo pravila OZZ. ZZS izvaja tako imenovano laično kontrolo nad bolniškim staležem oziroma začasno zadržanostjo od dela na podlagi 266. člena pravil OZZ za primere, ko gre nadomestilo v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja. Laično kontrolo naroči za vsak primer posebej imenovani zdravnik. Pri kontroli izvajalci kontrole ugotavljajo, ali je ravnanje zavarovanca v skladu z navodili osebnega zdravnika oziroma imenovanega zdravnika ali zdravstvene komisije, pri čemer izvajalec kontrole nima pravice vpogleda v zdravstveno dokumentacijo zavarovancev.

Delodajalci lahko nadzorujejo svoje zaposlene, ali se držijo pravil, ki jih opredeljujejo navodila zavarovancu o ravnanju v času bolniškega staleža. Glede na določbo 110. člena ZDR-1 delodajalec lahko izredno odpove delavcu pogodbo o zaposlitvi, če delavec v času odsotnosti z dela zaradi bolezni ali poškodbe ne spoštuje navodil pristojnega zdravnika, imenovanega zdravnika ali zdravstvene komisije ali če v tem času opravlja pridobitno delo ali če brez odobritve pristojnega zdravnika, imenovanega zdravnika ali zdravstvene komisije odpotuje iz kraja svojega bivanja. ZZS je imenovanim zdravnikom in zdravstvenima komisijama izdal navodila<sup>35</sup>, da naj pri podaji navodil zavarovancu o ravnanju v času bolniškega staleža v izdanih odločbah upoštevajo navodila za ravnanje oziroma za zdravljenje, ki so bila zavarovancu dana s strani njegovega osebnega zdravnika

---

<sup>33</sup> Št. 032-2/2022/6 z dne 12. 1. 2022.

<sup>34</sup> Do 29. 2. 2020 je to določal 14. člen Pravilnika o obračunu bruto nadomestil plač med začasno zadržanostjo od dela v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja in o načinu vlaganja zahtevkov delodajalcev za povračilo izplačanih nadomestil (Uradni list RS, št. 130/04, 121/05, 129/06, 134/06 – popr., 8/07 in 12/20), od 1. 3. 2020 dalje pa Pravilnik o uveljavljanju izplačila nadomestila plače iz obveznega zdravstvenega zavarovanja na zahtevo delodajalca (Uradni list RS, št. 12/20 in 99/23), ki je prenehal veljati 7. 10. 2023, ko ga je nadomestil istoimenski pravilnik (Uradni list RS, št. 99/23).

<sup>35</sup> [URL: <https://www.zzs.si/ZZS/info/egradiva.nsf/o/42C28163391CF57CC125771C002A0419?OpenDocument>], 14. 2. 2023.

in drugih lečečih<sup>36</sup> zdravnikov. V primerih, ko odsotnost z doma ne vpliva negativno na potek zdravljenja ali pa je celo glede na zavarovančevo zdravstveno stanje in priporočila lečečih zdravnikov potrebna in utemeljena, pa je treba v izogib napačnemu razumevanju navodil navedena dejstva v odločbi tudi jasno navesti. Za potovanja izven kraja bivanja je potrebna odobritev osebnega zdravnika, navodila osebnega zdravnika pa morajo biti razvidna iz zdravstvenega kartona zavarovanca.

Zavarovanec skladno s prvim odstavkom 35. člena ZZVZZ ni upravičen do nadomestila med začasno zadržanostjo od dela, če v tem času opravlja pridobitno delo. V drugem odstavku 35. člena pa ZZVZZ določa, da se zavarovancu zadrži izplačevanje nadomestila, če se brez opravičenega vzroka ne odzove vabilu na zdravniški pregled ali zdravniško komisijo, ali pa če pooblaščen zdravnik<sup>37</sup>, zdravniška komisija ali nadzorni organ ugotovi, da se ne ravna po navodilih za zdravljenje, ali če brez dovoljenja zdravnika odpotuje iz kraja stalnega prebivališča. Izplačevanje nadomestila se skladno s tretjim odstavkom 35. člena ZZVZZ zadrži za čas, dokler se zavarovanec ne javi, ne pride na pregled oziroma dokler se ne začne ravnati po navodilu zdravnika. Zavarovancu se zadržano nadomestilo izplača za ves čas opravičene zadržanosti od dela. Vsebinsko podobni sta tudi določbi 146. in 147. člena pravil OZZ, pri tem pa so v 147. členu določeni še dodatni razlogi za zadržanje nadomestila: če zavarovanec laičnemu kontrolorju, pooblaščenemu s strani zavoda, onemogoči opraviti kontrolni obisk in če odkloni ali neupravičeno odloži predlagano zdravljenje bolezni oziroma poškodbe, ki bi ga zavod zagotovil, in s tem neupravičeno podaljšuje začasno nezmožnost za delo.

## 1.4 Revizijski pristop

Zagotovila za izrek mnenja o učinkovitosti ministrstva pri obvladovanju dolgotrajnega bolniškega staleža v letu 2020 smo pridobili:

- s proučevanjem pravnih, strokovnih in drugih podlag ter javno dostopnih virov informacij s področja revizije;
- s pregledom, zbiranjem in presojo pridobljene dokumentacije pri ministrstvu;
- z intervjuji in pridobivanjem pisnih pojasnil pri revidirancu, ZZS ter ZPIZ;
- iz javno dostopnih podatkov NIJZ.

---

<sup>36</sup> Lečeči zdravnik je zdravnik, ki pacienta obravnava (8.a točka 2. člena Zakona o pacientovih pravicah; v nadaljevanju: ZPacP; Uradni list RS, št. 15/08, 55/17 in 177/20;).

<sup>37</sup> Pooblaščen zdravnik je osebni zdravnik, napotni zdravnik ali drug zdravnik pri izvajalcu, ki je z zakonom ali s splošnim aktom zavoda pooblaščen izvesti določeno zdravstveno storitev (29. točka 2. člena pravil OZZ). Napotni zdravnik je zdravnik specialist, pri katerem zavarovana oseba uveljavlja zdravstveno storitev na podlagi napotnice osebnega zdravnika ali po njegovem pooblastilu na podlagi napotnice drugega napotnega zdravnika, ki opravlja zdravstveno dejavnost na isti ali višji ravni kot zdravnik, ki je izdal napotnico. Za napotnega zdravnika se šteje tudi zdravnik specialist, pri katerem lahko zavarovana oseba v skladu s pravili uveljavi zdravstveno storitev brez napotnice (17. točka 2. člena pravil OZZ).

## 2. Ugotovitve

### 2.1 Aktivnost ministrstva pri zagotavljanju strateških podlag za zmanjšanje obsega dolgotrajnega bolniškega staleža

V okviru vprašanja, ali je bilo ministrstvo aktivno pri zagotavljanju strateških podlag za zmanjšanje obsega dolgotrajnega bolniškega staleža, smo preverili, ali je ministrstvo zagotovilo strateške podlage za izvajanje aktivnosti, katerih cilj bi bilo zmanjšanje obsega dolgotrajnega bolniškega staleža, ali je ministrstvo določilo odgovorne akterje, ki naj bi se ukvarjali s pripravo rešitev za obvladovanje dolgotrajnega bolniškega staleža, in ali je ministrstvo zagotovilo, da so odgovorni akterji izvajali predvidene aktivnosti.

Pred obdobjem, na katero se nanaša revizija, to je v letu 2018, je Državni zbor Republike Slovenije (v nadaljevanju: državni zbor) sprejel Resolucijo o nacionalnem programu varnosti in zdravja pri delu 2018–2027<sup>38</sup> (v nadaljevanju: ReNPVZD18–27), katere namen je ustvariti in vzdrževati delovno okolje, ki bo ohranjalo zdravje zaposlenih skozi celotno delovno dobo, in v kateri so kot pomembni prepoznani ukrepi za rehabilitacijo in vrnitev zaposlenih na delovno mesto po daljši bolniški odsotnosti, ki preprečujejo trajno izključenost zaposlenih s trga, ter ukrepi, usmerjeni v preprečevanje vzrokov za nastanek kostno-mišičnih obolenj. Tovrstne okvare so bile namreč prepoznane kot eden od vzrokov za ponavljajoče in velikokrat dolgotrajne bolniške odsotnosti zaposlenih. Med strateškimi cilji, usmerjenimi v zagotovitev zdravja pri delu, sta v ReNPVZD18–27 zastavljena 2 cilja, povezana z obvladovanjem dolgotrajnega bolniškega staleža. Skupaj z ukrepi za njuno uresničitve ju prikazuje Tabela 1.

---

<sup>38</sup> Uradni list RS, št. 23/18.

**Tabela 1** Strateška cilja, povezana z obvladovanjem dolgotrajnega bolniškega staleža, in ukrepi za njuno uresničenje

Strateška cilja in ukrepi za njuno uresničenje	
Prilagoditev delovnih mest za preprečevanje kostno-mišičnih obolenj in zmanjšanje bolniških odsotnosti zaradi kostno-mišičnih obolenj za 5 % v naslednjih 10 letih (strateški cilj 2.4).	<p>Priprava in izvedba programa usmerjenih akcij nadzora in svetovanja Inšpektorata Republike Slovenije za delo ter drugih pristojnih inšpekcijskih organov v zvezi s pravilno uporabo in izvajanjem predpisov s področja preprečevanja kostno-mišičnih obolenj, kakovostnim ocenjevanjem tveganja in izvajanjem promocije zdravja na delovnem mestu (ukrep 2.4.1.).</p>
Vzpostavitev mehanizmov za pomoč pri vračanju zaposlenih na delo po dolgotrajni bolniški odsotnosti (strateški cilj 2.5).	<p>Priprava in izvajanje programov usposabljanja delodajalcev za prepoznavanje delovnopравnih in zdravstvenih posledic kroničnih bolezni na delovnih mestih ter za prilagoditev delovnih mest (ukrep 2.5.1).</p>
	<p>Priprava in izvajanje programov usposabljanja izvajalcev medicine dela, strokovnih delavcev, kadrovskih služb in vodstvenih delavcev za pomoč delavcem pri vračanju na delo po daljši bolniški odsotnosti ter za prilagoditev delovnih mest (ukrep 2.5.2).</p>
	<p>Zbiranje in razširjanje informacij o ukrepih in dobrih praksah, namenjenih lažjemu vračanju delavcev na delo po daljši bolniški odsotnosti (ukrep 2.5.3).</p>
	<p>Priprava praktičnih smernic za pomoč delavcem pri vračanju na delo po daljši bolniški odsotnosti (ukrep 2.5.4).</p>

Vir: ReNPVZD18–27.

Vlada je pred obdobjem, na katero se nanaša revizija, za izvajanje ReNPVZD18–27 sprejela Akcijski načrt za izvajanje ReNPVZD18–27 v prvem triletnem obdobju<sup>39</sup>, v katerem so bili določeni ukrepi, ki naj bi se izvajali v obdobju 2018–2020, po obdobju, na katero se nanaša revizija, v letu 2022 pa je sprejela Akcijski načrt za izvajanje ReNPVZD18–27 v drugem triletnem obdobju (2021–2023)<sup>40</sup>.

V Akcijskem načrtu za izvajanje ReNPVZD18–27 v prvem triletnem obdobju je bila ena od dveh predvidenih aktivnosti za uresničenje strateškega cilja 2.4 (zmanjšanja bolniških odsotnosti zaradi kostno-mišičnih obolenj za 5 % v naslednjih 10 letih, to je v obdobju 2018–2027) izvedba pilotne študije o obravnavi pacientov z bolečino v hrbtu z namenom zmanjševanja bolniškega staleža (aktivnost pod zap. št. 2.4.1.1), katere nosilec je bilo ministrstvo, izvedena pa naj bi bila v obdobju 2018–2019<sup>41</sup>. Izvedba projekta Bolečina v hrbtu, ki ga je ministrstvo podprlo v zvezi z obravnavo pacientov z bolečino v križu, se je pričela v letu 2017, projekt je vodil in financiral NIJZ. Namen projekta je bilo izboljšanje zdravstvene obravnave ljudi z bolečino v križu in posledično zmanjšanje zdravstvenih, psihosocialnih in finančnih posledic, ki ga prinaša pojav bolečine v hrbtu.

<sup>39</sup> S sklepom št. 10200-2/2018/4 z dne 20. 12. 2018.

<sup>40</sup> S sklepom št. 10200-3/2021/3 z dne 13. 1. 2022.

<sup>41</sup> Aktivnost pod zap. št. 2.4.1.1. Akcijskega načrta za izvajanje ReNPVZD18–27 v prvem triletnem obdobju.



Rezultat projekta je bila monografija<sup>42</sup>, izdelana še pred obdobjem, na katero se nanaša revizija, to je v letu 2019, v kateri pa so navedene tudi usmeritve za naprej, ki poudarjajo, da je za dolgoročno zmanjševanje stroškov zaradi bolniškega staleža, zdravstvenih storitev in invalidskih pokojnin pomembno predvsem zmanjšati delež pacientov, pri katerih se akutna bolečina v hrbtu razvije v kronično obliko, in skrbeti za ohranjanje delazmožnosti pacientov z že prisotno kronično bolečino hrbta. V monografiji so navedeni tudi ključni koraki za uspešno uvedbo dopolnjene zdravstvene obravnave v prakso na nacionalni ravni.

Uvajanje v projektu preskušene pristopa za obravnavo bolečine v hrbtu je bilo po revizijskem obdobju predvideno med aktivnostmi za krepitev primarnega zdravstvenega varstva v Načrtu za okrevanje in odpornost<sup>43</sup> (v nadaljevanju: NOO), ki predvideva zdravstveno reformo, saj je med investicijami države načrtovana vpeljava strokovne in organizacijske spremembe za povečanje kakovosti obravnave mišično-skeletnih bolečinskih stanj (tudi zaradi skrajševanja bolniškega staleža) z vključitvijo triažnega fizioterapevta s posebnimi znanji in obravnavo v 25 centrih za krepitev zdravja, vpeljava strokovnih in organizacijskih sprememb za povečanje kakovosti obravnave mišično-skeletnih bolečinskih stanj ter uvedba novega načina obravnave na nacionalni ravni. Iz časovnice NOO izhaja, da naj bi bil operativni načrt za povečanje kakovosti obravnave mišično-skeletnih bolečinskih stanj (kot ena izmed aktivnosti, ki so namenjene krepitevi kompetenc kadrov v zdravstvu za zagotavljanje kakovosti oskrbe, za implementacijo pa je odgovorno ministrstvo<sup>44</sup>) pripravljen v zadnji četrtini leta 2022.

#### **Ukrep ministrstva**

*Minister za zdravje je izdal Sklep o imenovanju končnih prejemnikov sredstev investicijskega projekta "Posodobitev obravnave mišično-skeletnih bolečin na primarni ravni"<sup>45</sup>, s katerim sta bila za končna prejemnika sredstev za izvajanje tega projekta imenovana NIJZ in Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije Soča (v nadaljevanju: URI Soča). Namen projekta, ki se izvaja v okviru NOO, je vpeljava strokovne in organizacijske spremembe za povečanje kakovosti in dostopnosti obravnave za zmanjševanje in preprečevanje bolečine v hrbtu na primarni ravni ter njena dopolnitev s pristopi za obravnavo kronične razširjene nerakave bolečine, ki se uporabljajo v URI Soča. Izvedba projekta prispeva k ciljem v NOO, 4. razvojnega področja: Zdravstvo in socialna varnost, komponente 1: zdravstvo (C4K1), naložbe: Krepitev kompetenc kadrov v zdravstvu za zagotavljanje kakovosti oskrbe.*

V okviru NOO je med aktivnostmi reforme zdravstvenega sistema načrtovana tudi izvedba analize vzrokov za dolgotrajne bolniške odsotnosti (iz časovnice NOO izhaja, da naj bi bila izdelana v zadnji četrtini leta 2021) ter izdelava strategije obvladovanja bolniških odsotnosti s poudarkom na dolgotrajnih bolniških odsotnosti (iz časovnice načrta izhaja, da naj bi bila izdelana v tretji četrtini leta 2022).

<sup>42</sup> Ditka Vidmar, Julija Podbevšek, Marin Štefanec: Na poti k celostni obravnavi pacientov z bolečino v hrbtu, 2019, [URL: <https://www.nijz.si/sl/publikacije/na-poti-k-celostni-obravnavi-pacientov-z-bolecino-v-hrbtu>], 30. 3. 2022.

<sup>43</sup> Financirala ga je Evropska unija, dokončan je bil v juniju 2021; [URL: [https://www.eu-skladi.si/sl/dokumenti/rrf/noo\\_koncna.pdf](https://www.eu-skladi.si/sl/dokumenti/rrf/noo_koncna.pdf)], 30. 3. 2022.

<sup>44</sup> NOO – Mejniki in cilji; [URL: <https://www.gov.si/zbirke/projekti-in-programi/nacrt-za-okrevanje-in-odpornost/dokumenti/>], 12. 1. 2023.

<sup>45</sup> Št. 303-22/2023-2 z dne 3. 7. 2023.

Za implementacijo obeh aktivnosti je odgovorno ministrstvo, ki pa je med revizijo pojasnilo, da se predvidena projekta ne pripravljata, razlogov za to pa ni navedlo.

Aktivnosti za vzpostavitev mehanizmov za pomoč pri vračanju delavcev na delo po dolgotrajni bolniški odsotnosti (strateški cilj 2.5) v prvem triletnem obdobju za izvedbo niso bile predvidene, prav tako tudi ne v Akcijskem načrtu za izvajanje ReNPVZD18–27 v drugem triletnem obdobju (2021–2023), torej po obdobju, na katero se nanaša revizija.

Na podlagi navedenega ugotavljamo, da so v letu 2020 obstajale le delne strateške usmeritve, usmerjene v obvladovanje dolgotrajnega bolniškega staleža, katerih ukrepi bi lahko privedli do zmanjšanja obsega dolgotrajnega bolniškega staleža. V ReNPVZD18–27 sta zastavljena 2 cilja, povezana z obvladovanjem dolgotrajnega bolniškega staleža, od katerih je eden usmerjen le v zmanjšanje bolniških odsotnosti zaradi kostno-mišičnih obolenj in ne tudi v druge vrste bolezenskih stanj, katerih posledica so dolgotrajne bolniške odsotnosti. Drugi cilj pa je splošen in usmerjen v lažje vračanje zaposlenih na delo po dolgotrajni bolniški odsotnosti, ne glede na vzrok odsotnosti. V revidiranem letu ministrstvo ni pripravilo oziroma ni bilo aktivno pri pripravi drugih strateških podlag, ki bi bile usmerjene v zmanjševanje dolgotrajnih bolniških odsotnosti zaradi posledic vseh vrst bolezenskih stanj in poškodb.

Poleg obstoja strateških usmeritev za zmanjševanje dolgotrajnega bolniškega staleža nas je zanimalo, ali je ministrstvo določilo odgovorne akterje, ki naj bi se ukvarjali s pripravo rešitev za obvladovanje dolgotrajnega bolniškega staleža, in ali je ministrstvo zagotovilo, da so odgovorni akterji izvajali predvidene aktivnosti.

V letu 2019, torej pred revizijskim obdobjem, je minister za zdravje izdal Sklep o imenovanju Projektne skupine za pripravo rešitev za poenotenje ugotavljanja začasne in trajne nezmožnosti za delo<sup>46</sup> (v nadaljevanju: projektna skupina). V projektno skupino so bili imenovani predstavniki ministrstva, predstavniki ZZZS in ZPIZ, Ministrstva za finance (v nadaljevanju: MF) ter MDDSZ. Naloge članov projektne skupine, ki bi morale biti v celoti zaključene do konca februarja 2020, so bile:

- priprava analize stanja obstoječih postopkov ugotavljanja začasne in trajne nezmožnosti za delo, kar je vključevalo proučitev veljavnega sistema začasne in trajne nezmožnosti za delo ter ureditev poklicne rehabilitacije in izdelavo analize stanja s pravnega in finančnega vidika, rok za dokončanje analiz pa je bil 30. 6. oziroma 31. 7. 2019;
- oblikovanje predlogov in rešitev za poenotenje ugotavljanja začasne in trajne nezmožnosti za delo na zakonodajnem, organizacijskem in informacijskem področju, s finančnim ovrednotenjem rešitev, vključno z oblikovanjem stališč glede vzpostavitve enotnega izvedenskega organa, rok za to nalogo je bil 30. 11. 2019;
- priprava predlogov za realizacijo predlaganih sprememb (na primer sprejem protokolov, sprememba zakonodaje).

Projektna skupina se je sestala le na 2 uvodnih sestankih.

---

<sup>46</sup> Št. 024-11/2019/1 z dne 17. 4. 2019.

### **Pojasnilo ministrstva**

*Do zastoja dela skupine je prišlo predvsem zaradi kadrovskih menjav na ministrstvu.*

Minister za zdravje je po revizijskem obdobju, to je v letu 2021, imenoval<sup>47</sup> medresorsko delovno skupino za pripravo rešitev za dolgoročno obvladovanje absentizma v Republiki Sloveniji (v nadaljevanju: delovna skupina za absentizem), za vodenje katere je bil zadolžen državni sekretar na ministrstvu, vendar je<sup>48</sup> v letu 2022 prenehala s svojim delovanjem. V delovno skupino za absentizem so bili imenovani predstavniki ministrstva, URI Soča, MDDSZ, MF, Pravne fakultete v Ljubljani, ZPIZ, Zdravniške zbornice Slovenije, NIJZ, ZZZS in Združenja delodajalcev Slovenije. Delovna skupina za absentizem naj bi ponovno proučila vsa odprta vprašanja, ki jih ministrstvo še ni obravnavalo oziroma se do njih ni opredelilo, poleg tega so (bile) njene naloge še, da:

- do 30. 9. 2021 pripravi kratkoročne rešitve za obvladovanje absentizma v Republiki Sloveniji, pri čemer kratkoročnost pomeni izvedljivost v roku 6 mesecev od sprejetja rešitve;
- najkasneje do 28. 2. 2022 pripravi celosten dokument dolgoročne strategije obvladovanja absentizma v Republiki Sloveniji, ki vključuje predlog potrebnih ukrepov, sistemskih sprememb za obvladovanje absentizma v Republiki Sloveniji, vključno s potrebnimi zakonodajnimi spremembami in kazalniki za spremljanje učinkovitosti sprejetih kratkoročnih in sistemskih sprememb na področju obvladovanja absentizma v Republiki Sloveniji;
- sodeluje pri pripravi zakonodajnih sprememb, zlasti na področju zdravstvenega zavarovanja, invalidskega zavarovanja, položaja specialistov medicine dela prometa in športa (v nadaljevanju: MDPŠ).

Ministrstvo je predložilo Predlog kratkoročnih ukrepov za obvladovanje zdravstvenega absentizma v Republiki Sloveniji<sup>49</sup>, ki ga je pripravil eden od članov delovne skupine za absentizem. Predlogi so se med drugimi nanašali na pripravo strokovnih smernic za odločanje o utemeljenosti in trajanju bolniškega staleža in s tem povezano izobraževanje zdravnikov. Delovna skupina za absentizem se je sicer sestala le dvakrat. Zaradi ponovnega poslabšanja epidemičnih razmer in aktivnosti, povezanih z obvladovanjem epidemije covid-19, na ministrstvu in v zdravstvenih zavodih se skupina v jesenskem obdobju ni več sestala.

Ministrstvo je skupaj z deležniki (MDDSZ, ZZZS, ZPIZ, Združenjem zdravnikov medicine dela, prometa in športa ter Kliničnim inštitutom za medicino dela, prometa in športa) v maju 2023 izdelalo dokument Zdravstveni absentizem Analiza stanja (v nadaljevanju: analiza stanja 2023), ki vsebuje izhodišča za spremembe na področju zdravstvenega absentizma ter pregled zakonodajnih določil, ki jih je treba spremeniti za uveljavitev predlaganih sprememb, in je bil predstavljen na Strateškem svetu za zdravstvo. Glavne usmeritve, ki izhajajo iz analize stanja 2023 in ki jih je Strateški svet tudi potrdil<sup>50</sup>, so sprememba koncepta obravnave nezmožnosti za delo v smeri iskanja in prepoznavanja preostale delovne zmožnosti, povečanje aktivne vloge vseh deležnikov (zavarovanih oseb, delodajalcev, ZZZS, ZPIZ, Zavoda Republike Slovenije za zaposlovanje in specialistov MDPŠ) ob

---

<sup>47</sup> Sklep št. 012-25/2021/25 z dne 23. 6. 2021.

<sup>48</sup> Po pojasnilu ministrstva zaradi kadrovskih menjav.

<sup>49</sup> Št. 1810-110/2021-3(622) z dne 13. 7. 2021.

<sup>50</sup> Na 28. seji 21. 9. 2023.

nastopu zmanjšane delovne zmožnosti ter oblikovanje ukrepov, ki bodo zagotovili znižanje celotnega bremena zdravstvenega absentizma.

## **2.2 Izvajanje aktivnosti za zmanjšanje obsega dolgotrajnega bolniškega staleža**

Za obvladovanje dolgotrajnega bolniškega staleža so potrebne ustrezne pravne in strokovne podlage, ki temeljijo na ustreznih analizah, ter poenotenje pristopov, kar vse pripomore k obvladovanju bolniškega staleža s ciljem, da bi bilo zdravljenje posameznika uspešno in kar najhitreje, za državno blagajno pa hkrati čim cenejše (v primeru revizije predvsem z vidika nadomestil za čas odsotnosti posameznika z dela). Preverili smo, ali je ministrstvo v revizijskem obdobju izvajalo aktivnosti, ki vplivajo na zmanjševanje obsega dolgotrajnega bolniškega staleža.

### **2.2.1 Zbiranje in analiziranje podatkov, povezanih z dolgotrajnim bolniškim staležem**

Podatki o bolniškem staležu so pomemben vir informacij o zdravstvenem stanju aktivne populacije in kažejo na stanje zdravstvenega varstva v določeni družbi. Redno spremljanje različnih podatkov, povezanih z bolniškim staležem, je nujen pogoj za obvladovanje tega pojava. Z vidika ekonomskih, socialnih, zdravstvenih in drugih posledic je bolniški stalež še vedno veliko breme tako zaposlenim, njihovim delodajalcem, izvajalcem socialnih zavarovanj kot tudi družbi v celoti.<sup>51</sup>

Bolniški stalež je pomemben kazalnik zdravstvenega stanja zaposlenih, ki ni le zdravstveni problem in ne izhaja izključno iz zdravstvenega stanja zaposlenega, temveč je posledica tudi delovnih, socialnih, ekonomskih in drugih dejavnikov. Zato je pomembno redno analitično spremljanje podatkov, povezanih z bolniškim staležem, saj so za sprejemanje ustreznih ukrepov za obvladovanje (dolgotrajnega) bolniškega staleža potrebni natančni, poglobljeni in raznovrstni statistični podatki, ki razkrivajo najpomembnejše vzroke za (dolgotrajni) bolniški stalež. Rast (dolgotrajnega) bolniškega staleža je namreč mogoče povezati z različnimi dejavniki, kot so staranje prebivalstva oziroma spremenjena starostna struktura zaposlenih (tudi po spolu), porast števila zaposlenih, kasnejše upokojevanje, večja obolevnost zaposlenih, dolgotrajnejši postopki diagnostike in zdravljenja, dolgotrajnejši postopki ugotavljanja preostale delazmožnosti, nezadostna poklicna rehabilitacija in drugo.

V reviziji nas je zanimalo, ali je ministrstvo zagotavljalo, da so se v Republiki Sloveniji zbirali in analizirali ustrezni podatki o dolgotrajnem bolniškem staležu, na podlagi katerih bi lahko učinkovito obvladovalo dolgotrajni bolniški stalež. Zato smo preverili, ali je ministrstvo zagotovilo, da je država razpolagala z ustreznimi podatki in analizami, s pomočjo katerih bi bilo mogoče analizirati in ugotoviti na primer: najpogostejše okoliščine dolgotrajnega bolniškega staleža in značilnosti dolgotrajno odsotnega staležnika, kar bi služilo kot podlaga za sprejemanje temu ustreznih ukrepov za zmanjševanje dolgotrajnih bolniških staležev (na primer: v kateri starostni skupini, katerega

---

<sup>51</sup> Dr. Tacijana Prijon, Statistična analiza začasne nezmožnosti za delo zavarovanih oseb zaradi duševnih motenj po MKB diagnozah (MKB F 43, MKB F 41, MKB F 32 in F 33) v letu 2014, 2015.

spola, iz katere izobrazbene skupine, pri katerem delodajalcu je zaposlen (iz javnega/zasebnega sektorja), iz katerega geografskega področja države je najdalj/najpogosteje dolgotrajno odsotni staležnik ter po kolikšnem času ter v kolikšnem deležu se zaposleni vrnejo na delo po zaključenem dolgotrajnem bolniškem staležu); vzroke, ki bi pokazali obstoj morebitnih povezav med dolgotrajnim bolniškim staležem ter (ne)dostopnostjo posameznih zdravstvenih storitev; vpliv višine in trajanja nadomestila plače za začasno zadržanost od dela na dolgotrajni bolniški stalež; spremljanje podatkov o tem, v koliko primerih so imenovani zdravniki/zdravstvene komisije podali predlog za začetek postopka pred invalidsko komisijo in zakaj ne; delež zavarovancev, ki so v bolniškem staležu, pa zanje še ni bil podan predlog za začetek postopka za uveljavljanje pravic iz invalidskega zavarovanja, ter po preteku koliko časa so bili zavarovanci prvič napoteni pred invalidsko komisijo.

NIJZ skladno s 23.a členom ZZDej v okviru javne službe med drugim vodi in upravlja zbirke podatkov s področja zdravja in zdravstvenega varstva v skladu s posebnimi predpisi; nudi statistične in druge javno dostopne podatke s področja zdravstvenega varstva za ponovno uporabo v skladu s predpisi ter zagotavlja strokovno podporo ministrstvu in inšpektoratu, pristojnem za zdravje. NIJZ je na podlagi 3. člena ter Priloge 1 Zakona o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva<sup>52</sup> pooblaščen za upravljanje zbirke podatkov NIJZ 3 – Evidenca začasne in trajne odsotnosti z dela zaradi bolezni, poškodb, nege, spremstva in drugih vzrokov za namen spremljanja in analiziranja vzrokov začasne in trajne odsotnosti z dela.

Ministrstvo je z NIJZ sklenilo pogodbo o financiranju dejavnosti<sup>53</sup>, katere priloga je tudi program dela in finančni načrt NIJZ<sup>54</sup>, v katerem so zajete naloge s področja vodenja in upravljanja zbirk podatkov v okviru poglavja Zagotavljanje podatkov in informacij o zdravju in zdravstvenem varstvu. NIJZ zbrane podatke prikazuje v različnih oblikah, na svojem podatkovnem portalu ter v publikaciji Zdravstveno statistični letopis<sup>55</sup>, ki prikazuje podatke in informacije o nekaterih vidikih zdravstvenega stanja prebivalstva, zdravstvenem sistemu, financiranju zdravstva in pomenu okolja pri vplivu na zdravje prebivalcev v najširšem pomenu. Posebno poglavje v letopisu je namenjeno tudi bolniškemu staležu<sup>56</sup>. Podatki o bolniškem staležu so za vsako slovensko občino v posameznem letu prikazani v publikaciji Zdravje v občini<sup>57</sup>, ki predstavlja informacije o zdravju prebivalstva na ravni Slovenije, statističnih regij, upravnih enot in občin. S tem je omogočen prikaz stanja posameznih območij in primerjave med njimi.

### **Pojasnilo ministrstva**

*Glede na to, da NIJZ za ministrstvo pripravlja analize podatkov ter mu nudi strokovno podporo, ministrstvo s svojimi strokovnimi službami ne izvaja analiz glede dolgotrajnega bolniškega staleža. Poleg že navedenih analiz, ki jih NIJZ redno izvaja, je za leti 2019 in 2020 pripravil analizo Absentizem*

---

<sup>52</sup> Uradni list RS, št. 65/00, 47/15, 31/18, 152/20 – ZUOOP, 175/20 – ZIUOPDVE in 203/20 – ZIUOPDVE.

<sup>53</sup> Pogodba št. C2711-20-708404 o financiranju dejavnosti Nacionalnega inštituta za javno zdravje za leto 2020 z dne 2. 10. 2020.

<sup>54</sup> Program dela in finančni načrt Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ) za leto 2020.

<sup>55</sup> [URL: <https://www.nijz.si/sl/nijz/revije/zdravstveni-statisticni-letopis-slovenije>], 7. 2. 2023.

<sup>56</sup> Zdravstveni statistični letopis za leto 2020, [URL: [https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/publikacije/letopisi/2020/2.6\\_bs\\_2020.pdf](https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/publikacije/letopisi/2020/2.6_bs_2020.pdf)], 7. 2. 2023.

<sup>57</sup> Podatki za leto 2020 dosegljivi na: [URL:<http://obcine.nijz.si/?leto=2020>], 7. 2. 2023.

*zaposlenih v zdravstveni dejavnosti v RS v letih 2019 in 2020 Osnutek<sup>58</sup> ter analizo in problematiko dolgotrajnega bolniškega staleža, ki jo je ministrstvo vključilo v Delovno gradivo novega Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju<sup>59</sup>, ki ga je ministrstvo pripravilo v letu 2020 (v nadaljevanju: delovno gradivo ZZVZZ-1 iz leta 2020), ki pa zaradi menjav na čelu ministrstva kot tudi zaradi epidemije covid-19 ni bilo posredovano v nadaljnjo obravnavo.*

Za delovno gradivo ZZVZZ-1 iz leta 2020 je bilo sicer v Normativnem delovnem programu Vlade Republike Slovenije za leto 2020<sup>60</sup> predvideno, da bi bilo prvič predloženo v obravnavo na vladi v juniju 2020, vendar gradivo nikoli ni bilo predloženo v zakonodajni postopek. Zato predlagane rešitve, ki so v delovnem gradivu ZZVZZ-1 iz leta 2020 naslavljale dolgotrajne bolniške staleže, v ničemer niso prispevale k reševanju te problematike.

Zbiranje in preverjanje podatkov o bolniškem staležu od izvajalcev zdravstvene dejavnosti se je do 1. 7. 2020 izvajalo na ravni regijskih organizacijskih enot NIJZ, s 1. 7. 2020 pa se je pot poročanja podatkov o bolniških staležih spremenila. ZZS na podlagi 23., 31., 79., 79. b, in 81. člena ZZVZZ od izvajalcev zdravstvene dejavnosti zbira podatke iz izdanih elektronskih Potrdil o upravičeni zadržanosti od dela (eBOL). Javni in zasebni izvajalci zdravstvenih storitev na primarni ravni (ambulante izbranih osebnih zdravnikov) podatke za Potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela sproti elektronsko posredujejo v informacijski sistem ZZS. ZZS na tak način zbrane podatke posreduje na NIJZ v definiranih mesečnih bazah podatkov. Podatke, ki so jih izvajalci zdravstvene dejavnosti posredovali v informacijski sistem ZZS, ta posreduje na NIJZ do 20. v mesecu za pretekli mesec. NIJZ obdeluje podatke na socialno-medicinski način in spremlja število primerov, ki imajo v opazovanem letu zaključen bolniški stalež za eno izbrano diagnozo, ter število izgubljenih koledarskih dni (šteje vse dneve v opazovanem obdobju zaključenih primerov odsotnosti z dela za eno izbrano diagnozo). Za oceno in spremljanje bolniškega staleža se uporabljajo naslednji parametri oziroma indeksi/kazalniki, ki se nanašajo na celoten bolniški stalež: delež bolniškega staleža<sup>61</sup> (% BS), indeks onesposabljanja<sup>62</sup> (IO), indeks frekvence<sup>63</sup> (IF) in resnost<sup>64</sup> (R).

---

<sup>58</sup> Ministrstvu je bila posredovana v oktobru 2021.

<sup>59</sup> EVA 2014-2711-0011.

<sup>60</sup> Sprejet na 56. seji vlade dne 9. 1. 2020.

<sup>61</sup> Odstotek izgubljenih koledarskih dni na enega zaposlenega – štejejo se vsi dnevi v opazovanem obdobju zaključenih primerov odsotnosti z dela za eno izbrano diagnozo.

Izračuna se po formuli: % BS = število izgubljenih koledarskih dni \* 100 / število zaposlenih \* število dni v letu.

<sup>62</sup> Število izgubljenih koledarskih dni na enega zaposlenega.

Izračuna se po formuli: IO = število izgubljenih koledarskih dni / število zaposlenih.

<sup>63</sup> Število primerov odsotnosti z dela zaradi bolniškega staleža na 100 zaposlenih v 1 letu. Štejejo se vsi primeri, ki imajo v opazovanem letu zaključen bolniški stalež za eno izbrano diagnozo, ne glede na to, kdaj se je bolniški stalež začel.

Izračuna se po formuli: IF = število primerov \* 100 / število zaposlenih.

<sup>64</sup> Povprečno trajanje ene odsotnosti z dela zaradi bolezni, poškodbe ali drugega zdravstvenega vzroka.

Izračuna se po formuli: R = število izgubljenih koledarskih dni zaradi enega vzroka / število primerov.

ZZZS na NIJZ posreduje 2 standardni finančno-zavarovalniški tabeli<sup>65</sup>:

- v tabeli 1 prikazuje število izgubljenih delovnih dni in odstotek bolniškega staleža po razlogu odsotnosti, v breme delodajalca in v breme ZZZS, po izpostavi in območju ZZZS, republiki, za polni in skrajšani delovni čas,
- v tabeli 2 pa poročilo o primerih in dnevih bolniškega staleža po spolu, v breme delodajalca in v breme ZZZS, po izpostavi in območju ZZZS, republiki, za polni in skrajšani delovni čas.

Za razliko od NIJZ, ZZZS pri analizi upošteva vse primere, ne samo tiste z zaključenim bolniškim staležem.

V nadaljevanju so predstavljeni nekateri statistični podatki, ki se zbirajo in obdelujejo in ki se nanašajo na bolniški stalež v Republiki Sloveniji. V zvezi s temi podatki smo ugotavljali:

- ali je ministrstvo zagotovilo, da je država razpolagala z ustreznimi podatki na eni strani in ustreznimi analizami teh podatkov na drugi strani, da bi lahko ugotavljala na primer: najpogostejše okoliščine dolgotrajnega bolniškega staleža in značilnosti dolgotrajno odsotnega staležnika, kar bi služilo kot podlaga za sprejemanje temu ustreznih ukrepov za zmanjševanje dolgotrajnih bolniških staležev (na primer: v kateri starostni skupini, katerega spola, iz katere izobrazbene skupine, pri katerem delodajalcu je zaposlen (iz javnega/zasebnega sektorja), iz katerega geografskega področja države je najdalj/najpogosteje dolgotrajno odsotni staležnik ter po poteku koliko časa ter v kolikšnem deležu se zaposleni vrnejo na delo po zaključenem dolgotrajnem bolniškem staležu);
- vzroke, ki bi pokazali obstoj morebitnih povezav med dolgotrajnim bolniškim staležem ter (ne)dostopnostjo posameznih zdravstvenih storitev;
- vpliv višine in trajanja nadomestila plače za začasno zadržanost od dela na dolgotrajni bolniški stalež;
- spremljanje podatkov o tem, v koliko primerih so imenovani zdravniki/zdravstvene komisije podali predlog za začetek postopka pred invalidsko komisijo in zakaj ne;
- delež zavarovancev, ki so v bolniškem staležu, pa zanje še ni bil podan predlog za začetek postopka za uveljavljanje pravic iz invalidskega zavarovanja ter po poteku koliko časa so bili zavarovanci prvič napoteni pred invalidsko komisijo.

### 2.2.1.1 Statistična analiza (dolgotrajnega) bolniškega staleža

Na podatkovnem portalu NIJZ je mogoče dostopati do podatkov o celotnem bolniškem staležu (ki se šteje v breme delodajalcev in v breme ZZZS) za posamezno leto od leta 2000 dalje, in sicer do kazalnikov bolniškega staleža po:

- spolu in skupinah bolezni na nivoju celotne države;

---

<sup>65</sup> NIJZ: Bolniški stalež, Posredovanje podatkov o začasni odsotnosti z dela zaradi bolezenskih razlogov za obdobje od 1. 7. 2020, [URL:<https://nijz.si/podatki/podatkovne-zbirke-in-raziskave/bolniski-stalez/>], 24. 8. 2023.



- razlogih bolniškega staleža in spolu na nivoju celotne države;
- spolu, starosti in skupinah bolezni na nivoju celotne države;
- spolu in gospodarskih dejavnostih na nivoju celotne države;
- zdravstvenih regijah in spolu;
- statističnih regijah in spolu;
- spolu in starosti na nivoju celotne države;
- skupinah bolezni in gospodarskih dejavnostih na nivoju celotne države.

Tabela 2 prikazuje kazalnike bolniškega staleža v obdobju med letoma 2015 in 2020, ki izkazujejo trend naraščanja bolniškega staleža v tem obdobju. Tudi po revizijskem obdobju, v letih 2021 in 2022, se je trend povečevanja kazalnikov bolniškega staleža iz leta 2020 nadaljeval.

**Tabela 2** Kazalniki bolniškega staleža v obdobju 2015–2020

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Koledarski dnevi <sup>66</sup>	11.909.927	12.279.198	13.322.969	14.780.930	16.242.330	16.183.872
Delež koledarskih dni nezmožnosti za delo na zaposlenega	4,0	4,0	4,2	4,5	4,9	4,9
Izgubljeni koledarski dnevi na zaposlenega	14,5	14,5	15,3	16,5	17,7	17,9
Povprečno trajanje ene odsotnosti	13,9	14,6	14,5	14,9	15,2	18,0

**Vir:** Zdravstveno stanje prebivalstva, Bolniški stalež, Kazalniki bolniškega staleža po spolu in starosti, Slovenija, letno <sup>67</sup>.

ZZZS v Letnem poročilu ZZZS 2020 navaja, da je Republika Slovenija po skupnem odstotku bolniškega staleža<sup>68</sup> med evropskimi državami nekje v sredini, kar prikazuje Slika 1. V letih 2021 in 2022 pa se je Slovenija že pomaknila med države z najvišjim odstotkom bolniškega staleža (5,3 % v letu 2021 in 5,9 % v letu 2022).

<sup>66</sup> Število koledarskih dni nezmožnosti za delo zaposlenih in samozaposlenih.

<sup>67</sup> NIJZ, podatkovni portal, [URL: [https://podatki.nijz.si/pxweb/sl/NIJZ%20podatkovni%20portal/NIJZ%20podatkovni%20portal\\_1%20zdravstveno%20stanje%20prebivalstva\\_07%20Bolni%20stale%20a1ki%20stale%20a5%20be/BS\\_TB7.px/table/tableViewLayout2/](https://podatki.nijz.si/pxweb/sl/NIJZ%20podatkovni%20portal/NIJZ%20podatkovni%20portal_1%20zdravstveno%20stanje%20prebivalstva_07%20Bolni%20stale%20a1ki%20stale%20a5%20be/BS_TB7.px/table/tableViewLayout2/)], 6. 9. 2023.

<sup>68</sup> ZZZS pri izračunu tega kazalnika upošteva delovne dneve (to je vse koledarske dneve razen nedelj), zato izračuna % bolniškega staleža (% BS) po formuli: število izgubljenih delovnih dni \* 100 / število zaposlenih \* 312. NIJZ, ki pri izračunu kazalnikov upošteva koledarske dneve, pa % bolniškega staleža (% BS) izračuna po formuli, ki je navedena v opombi 61.

**Slika 1** Skupni odstotek bolniškega staleža Slovenije v primerjavi z nekaterimi evropskimi državami do vključno leta 2020



Vir: Letno poročilo ZZZS 2020.

Med opazovanimi državami je slovenska zakonodaja najmanj restriktivna, predvsem glede neomejene absolutne višine nadomestila ter časovno neomejenega trajanja bolniškega staleža, saj je v vseh evropskih državah (razen v Bolgariji<sup>69</sup>) bolniški stalež omejen na največ 1 leto. ZZZS je zaradi stalnega povečevanja odhodkov za nadomestila plač v letu 2018 izvedel sistemsko analizo bolniške odsotnosti z dela<sup>70</sup> (v nadaljevanju: sistemsko analiza). V njej navaja, da je po ocenah tujih strokovnjakov in mednarodnih primerjavah kazalnik % bolniškega staleža v razponu 3,2 % do 3,5 % optimalen in ga ni moč naprej zniževati brez škodljivih učinkov. ZZZS ocenjuje, da se Republika Slovenija temu deležu še ni povsem približala predvsem zaradi časovno neomejenega trajanja bolniškega staleža.

Kot smo že navedli, NIJZ in ZZZS pri analizi podatkov o bolniškem staležu uporabljata različno metodologijo. Glede na to, da NIJZ po pooblastilu ministrstva zbira in analizira podatke o celotnem bolniškem staležu, ministrstvo na ta način podatkov (zgolj) o dolgotrajnem bolniškem staležu ne zagotavlja. Ker se revizija nanaša na dolgotrajni bolniški stalež, v tej točki poleg podatkov NIJZ navajamo tudi podatke ZZZS, ki jih ZZZS analizira za lastne potrebe in se nanašajo na dolgotrajni bolniški stalež. Ministrstvo ni zagotovilo, da bi podatke o dolgotrajnem bolniškem staležu obvezno zbiral in analiziral pooblaščen izvajalec, to je NIJZ, in jih posredoval ministrstvu.

<sup>69</sup> Slavina Spasova, Denis Bouget, Bart Vanhercke: European Commission, Sick pay and sickness benefit schemes in the European Union, 2016, [URL: <https://op.europa.eu/sl/publication-detail/-/publication/fc7a58b4-2599-11e7-ab65-01aa75ed71a1>], 1. 4. 2022.

<sup>70</sup> Analiza bolniške odsotnosti z dela po posameznih vzrokih z akcijskim načrtom za njihovo obvladovanje, ki jo je obravnavala Skupščina ZZZS 12. 4. 2018, [URL: <https://www.zzzs.si/novica/aktualne-informacije-s-5-redne-seje-upravnega-odbora-zzzs/>], 30. 5. 2023.

Iz letnih poročil ZZZS izhaja, da je delež izgubljenih delovnih dni (v breme delodajalca ter ZZZS) na ravni države v letu 2019 znašal 4,6 % (enako kot leto poprej), v letu 2020 pa je upadel na 4,5 %, kar se ujema z upadom deleža bolniškega staleža v breme delodajalca, ki je bil v letu 2019 2,1 %, v letu 2020 pa 1,9 %, medtem ko se je delež izgubljenih delovnih dni v breme ZZZS povečal (z 2,5 % v 2019 na 2,6 % v 2020, največji porast pa je bil v letih 2016 in 2018 glede na leto poprej, ko se je delež izgubljenih delovnih dni v breme ZZZS povečal z 2 % na 2,25 %, oziroma z 2,25 % na 2,5 % izgubljenih delovnih dni). Pri izračunu kazalnika ZZZS upošteva razloge začasne zadržanosti od dela, ki izhajajo iz Potrdila o upravičeni zadržanosti od dela in za katere nadomestilo plače zavarovancem izplačuje ZZZS<sup>71</sup>. Leto 2020 sicer zaradi epidemije covid-19 ni merodajno za primerjavo deleža izgubljenih delovnih dni s preteklimi leti, kar izhaja tudi iz Letnega poročila ZZZS 2020. Zaradi zaustavitve javnega življenja se je znižalo število izgubljenih delovnih dni zaradi bolezni in poškodb izven dela v breme ZZZS (glede na leto 2019 za 3,8 %; v preteklih letih je sicer od leta 2015 naprej ta delež naraščal). Na delež izgubljenih delovnih dni v breme ZZZS je na drugi strani vplival porast izgubljenih delovnih dni zaradi izolacije okuženih s covidom-19<sup>72</sup>.

Tudi po revizijskem obdobju, v letih 2021 in 2022, se je trend povečevanja deleža bolniškega staleža v breme ZZZS iz leta 2020 nadaljeval; tako je v letu 2021 znašal 3,0 %, v letu 2022 pa 3,8 %, pri čemer so v letu 2022 izolacije predstavljale 25 % vseh izgubljenih delovnih dni, večinoma v breme ZZZS, na povečanje deleža bolniškega staleža v breme ZZZS pa je vplivala tudi sprememba zakonodaje<sup>73</sup>, saj ZZZS nosi breme nadomestil v primerih nezmožnosti za delo zaradi bolezni ali poškodbe, ki ni povezana z delom, že od 21. delovne dne (pred tem od 31. delovnega dne) dalje.<sup>74</sup>

Slika 2 prikazuje gibanje števila izgubljenih delovnih dni v breme ZZZS (zaradi poškodb in bolezni, brez upoštevanja nege, transplantacije, izolacije, spremstva, usposabljanja otrok za rehabilitacijo) od leta 2010 dalje.

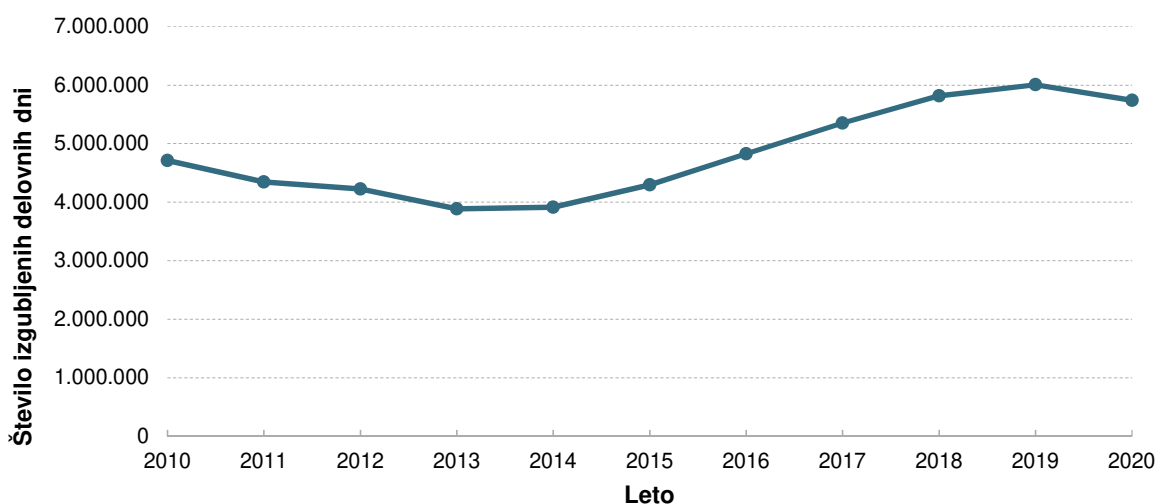
---

<sup>71</sup> Bolezen in poškodba izven dela, poklicna bolezen, poškodba ob delu, poškodba po tretji osebi izven dela, nega, transplantacija, izolacija, spremstvo, usposabljanje za rehabilitacijo otroka, poškodba, nastala pri aktivnostih iz 18. člena zakona.

<sup>72</sup> Nadomestila plač za odsotnost z dela zaradi okužb s covidom-19 so bila sicer v pretežni meri povrnjena iz proračuna Republike Slovenije.

<sup>73</sup> Uveljavitev ZDR-1C in ZZVZZ-R.

<sup>74</sup> V analizi stanja 2023 je navedeno, da je ta sprememba povzročila takojšen skok števila staležnikov za povprečno 3.000 na mesec in je pomenila dodatno breme za ZZZS v ocenjeni višini 50 milijonov EUR letno.

**Slika 2** Število izgubljenih delovnih dni zaradi bolezni in poškodb v breme ZZS za 2010–2020

Vir: poslovna poročila ZZS.

Od leta 2010 do vključno leta 2013 je število izgubljenih delovnih dni zaradi bolezni in poškodb v breme ZZS upadalo (skupno za 17,6 %), nato pa je od leta 2015 do vključno leta 2018 naraščalo (v letu 2018 je glede na leto 2014 naraslo za 48,7 %), v letu 2019 se je rast že upočasnila (za 3,2 % glede na leto poprej), v letu 2020 pa je število izgubljenih delovnih dni zaradi bolezni in poškodb glede na leto poprej sicer upadlo (za 4,4 %), vendar pa se je glede na leto 2013 (ko je bilo število izgubljenih delovnih dni zaradi bolezni in poškodb v izbranem obdobju najnižje) povečalo za 47,8 %. Glede primerljivosti za leto 2020 je sicer treba upoštevati vpliv epidemije covid-19, pojasnjen v prejšnjih odstavkih.

### 2.2.1.2 Bolniški stalež po starosti in spolu

NIJZ že vrsto let za celoten bolniški stalež<sup>75</sup> ugotavlja, da je delež odsotnosti z dela iz zdravstvenih razlogov višji pri ženskah kot pri moških. Ženske so bile bolniško odsotne več kot moški, (22,5 koledarskega dne na zaposleno žensko in 14,2 koledarskega dne na zaposlenega moškega). V obdobju 2015–2020 se je povprečno trajanje odsotnosti z dela po podatkih NIJZ podaljšalo za 4,1 dneva – pri moških za 3,5 dneva ter pri ženskah za 4,5 dneva.

Podatke o dolgotrajnem bolniškem staležu moških in žensk pa spremlja le ZZS. V celotnem številu delovnih dni bolniškega staleža v breme ZZS v letu 2020 je bolniški stalež žensk predstavljal 56,1-odstotni delež, moških pa 43,9-odstotni delež. Glede na leto 2015 se je v letu 2020 bolniška odsotnost po podatkih ZZS pri moških povečala za 49,6 %, pri ženskah pa za 51 %.

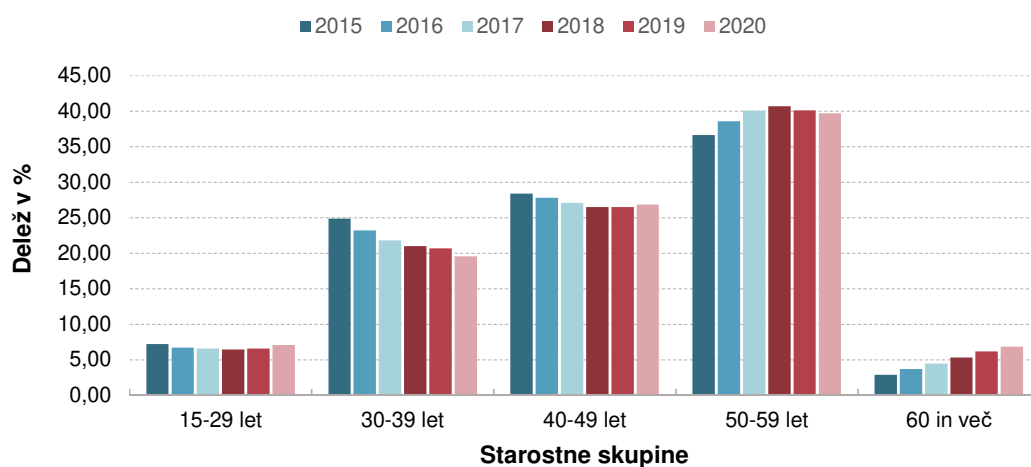
NIJZ kot enega od razlogov za naraščanje obsega bolniškega staleža v zadnjih letih navaja tudi staranje delovne populacije. Gibanje dolgotrajnega bolniškega staleža prikazuje Slika 3, ki temelji na podatkih ZZS in na kateri je prikazan delež dolgotrajnega bolniškega staleža po starostnih skupinah

<sup>75</sup> Kot smo že navedli, podatki NIJZ upoštevajo vse (koledarske) dneve bolniškega staleža posameznika.

po posameznih letih za obdobje od 2015 do 2020. Največji delež dolgotrajnega bolniškega staleža je bil v tem obdobju v starostni skupini od 50 do 59 let, v kateri se je gibal med 36,6 % in 40,7 %, najnižji pa je bil v najnižji starostni skupini, kjer se je gibal okrog 7 %. V starostni skupini 30 do 39 let je delež dolgotrajnega bolniškega staleža od leta 2015 upadel s 24,9 % na 19,6 %, v starostni skupini nad 60 let pa je v tem obdobju narasel z 2,9 % na 6,8 %. Delež dolgotrajnega bolniškega staleža je bil v starostni strukturi 40 do 49 let dokaj konstanten in se je gibal med 26,5 % in 28,3 %.

Naraščanje dolgotrajnega bolniškega staleža v starostni skupini nad 50 let ZZZS pripisuje podaljševanju delovne dobe. Ena izmed ključnih posledic podaljševanja delovne dobe je bilo povečanje aktivne populacije v starostni skupini 50–64 let. Podatki Statističnega urada Republike Slovenije kažejo, da je bilo leta 2010 med delovno aktivnim prebivalstvom 22,1 % oseb, starih med 50 in 64 let, 2015 jih je bilo 24,7 %, leta 2020 pa že 29,8 %. Ker je populacija v tej starostni skupini večja, je posledično več primerov bolniškega staleža in tudi več delovnih dni porabljenih za bolniški stalež, kar zlasti velja za dolgotrajni bolniški stalež, na kar opozarja ZZZS v sistemski analizi. Naraščanje bolniškega staleža v starostni skupini nad 50 let ZZZS pripisuje tudi odsotnosti ustreznih strukturnih ukrepov za prilagoditev delovnih mest starajoči se populaciji ter pomanjkanju individualne medicinske rehabilitacije ter specifičnim pogojem dela in razmeram po posameznih dejavnostih zaposlitve.

**Slika 3** Delež dolgotrajnega bolniškega staleža posameznih starostnih skupin v skupnem številu delovnih dni dolgotrajnega bolniškega staleža v obdobju od 2015 do 2020

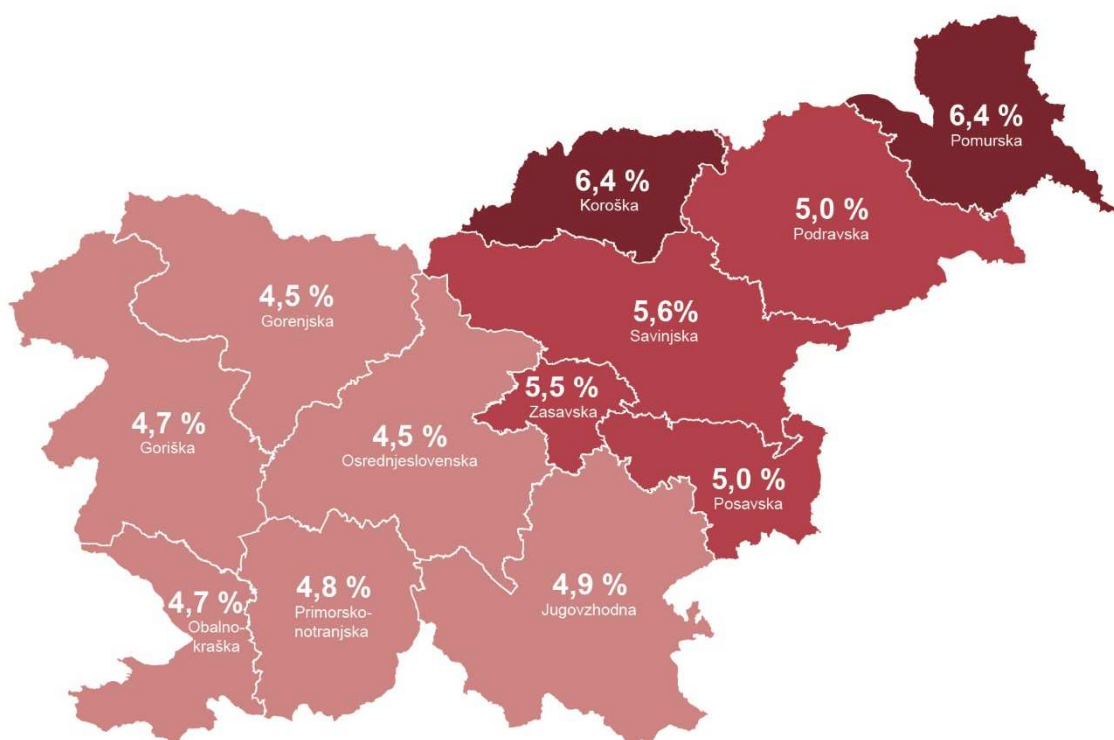


Vir: podatki ZZZS.

### 2.2.1.3 Bolniški stalež po območjih

Delež celotnega bolniškega staleža se razlikuje tudi po območjih. NIJZ analizira podatke po zdravstvenih regijah<sup>76</sup> in po 12 statističnih regijah<sup>77</sup>. Najvišji delež celotnega bolniškega staleža, ki je presegal državno povprečje, je bil v letu 2020 v Pomurski in Koroški statistični regiji, Savinjski statistični regiji, Zasavski statistični regiji ter Podravski in Posavski statistični regiji, kar prikazuje Slika 4. Največje povečanje deleža izgubljenih koledarskih dni na zaposlenega v letu 2020 glede na leto 2015 je bilo v Pomurski statistični regiji (za 56,1 %) in Gorenjski statistični regiji (za 40,6 %), edino zmanjšanje pa je bilo v Posavski statistični regiji (za 7,4 %). Podatke NIJZ analizira po posamezni regiji tudi po spolu.

**Slika 4** Delež celotnega bolniškega staleža po statističnih regijah v letu 2020



**Vir:** Zdravstveno stanje prebivalstva, Bolniški stalež, Kazalniki bolniškega staleža po statističnih regijah in spolu, Slovenija, letno.<sup>78</sup>

<sup>76</sup> Po območnih enotah ZZS – Celje, Nova Gorica, Koper, Kranj, Ljubljana, Maribor, Murska Sobota, Novo mesto, Ravne na Koroškem.

<sup>77</sup> Pomurska, Podravška, Koroška, Savinjska, Zasavska, Posavska, Jugovzhodna, Osrednjeslovenska, Gorenjska, Primorsko-notranjska, Goriška, Obalno kraška.

<sup>78</sup> NIJZ, podatkovni portal, [URL: [https://podatki.nijz.si/pxweb/sl/NIJZ%20podatkovni%20portal/NIJZ%20podatkovni%20portal\\_1%20Zdravstveno%20stanje%20prebivalstva\\_07%20Bolni%20stale%20a1ki%20stale%20be/BS\\_TB6.px/table/tableViewLayout2/](https://podatki.nijz.si/pxweb/sl/NIJZ%20podatkovni%20portal/NIJZ%20podatkovni%20portal_1%20Zdravstveno%20stanje%20prebivalstva_07%20Bolni%20stale%20a1ki%20stale%20be/BS_TB6.px/table/tableViewLayout2/)], 6. 9. 2023.

Delež izgubljenih koledarskih dni je bil v letu 2020 višji od državnega povprečja, ki je bilo 4,9 %, na območju zdravstvene regije Murska Sobota in je znašal 6,4 %, zdravstvene regije Celje (5,5 %), zdravstvene regije Maribor (5,0 %). Najnižji delež celotnega bolniškega staleža je bil na območju zdravstvenih regij Kranj in Nova Gorica (4,5 %). Po podatkih NIJZ je odstotek izgubljenih koledarskih dni na zaposlenega v letu 2020 glede na leto 2015 najbolj narastel na območju zdravstvene regije Murska Sobota (za 56,1 %), Kranj (za 40,6 %) in Nova Gorica (za 28,6 %), na ravni države pa se je povečal za 22,5 %. Povedano drugače, v letu 2020 je bilo na ravni države izgubljenih 17,9 koledarskega dne na zaposlenega (17,7 koledarskega dne v letu 2019), na območju zdravstvene regije Raven na Koroškem 23,4 koledarskega dne, na območju zdravstvene regije Murska Sobota 23,3 koledarskega dne in zdravstvene regije Celje 20,1 koledarskega dne.

ZZZS vsako četrletje izdaja publikacijo Podatki o obveznem zdravstvenem zavarovanju<sup>79</sup>, v kateri spremlja informacije na področju izvajanja obveznega zdravstvenega zavarovanja, zdravstvene analitike in ekonomike, financ ter računovodstva, ki izhaja četrletno kot elektronski časopis. V publikaciji objavlja med drugim tudi kazalce zadržanosti od dela<sup>80</sup> po zdravstvenih regijah, torej upošteva delovne dneve od 30. delovnega dne dalje, in sicer: število primerov na 100 aktivnih zavarovancev; število izgubljenih delovnih dni aktivnega zavarovanca; povprečno trajanje odsotnosti z dela; odstotek izgubljenih delovnih dni na zaposlenega.

Tako iz podatkov ZZZS izhaja, da je bilo v letu 2020 na ravni države izgubljenih 8 delovnih dni na zaposlenega (7,6 dne v 2019), v zdravstvenih regijah Murska Sobota 12,4 dne, Ravne na Koroškem 10,2 dne in v zdravstveni regiji Celje 9 dni. Delež izgubljenih delovnih dni v breme ZZZS se je v letu 2020 glede na leto poprej povečal v vseh regijah, razen na območju zdravstvenih regij Celje, Krško in Nova Gorica. Največje povečanje je bilo na območju zdravstvenih regij Murska Sobota (za 18 %), Koper in Kranj (za 9,7 %), na ravni države pa za 4,4 %.

Iz navedenih podatkov izhaja, da država sistemsko ne spremlja podatkov o deležu dolgotrajnega bolniškega staleža glede na spol, starost in regijo oziroma področje države, pač pa NIJZ te podatke zagotavlja le za celoten bolniški stalež od prvega dne odsotnosti iz zdravstvenih razlogov. Iz primerjave navedenih podatkov NIJZ (za celoten bolniški stalež) in ZZZS (za dolgotrajni bolniški stalež) pa izhaja, da se podatki med seboj razlikujejo, zato je pomembno, da država razpolaga poleg podatkov o celotnem bolniškem staležu tudi s podatki o dolgotrajnem bolniškem staležu, česar ministrstvo ni zagotovilo.

#### 2.2.1.4 Bolniški stalež po zdravstvenih razlogih

NIJZ analizira podatke o začasni zadržanosti od dela tudi glede na zdravstvene težave, po skupinah bolezni in sorodnih zdravstvenih problemih<sup>81</sup>. Gre za podatke za celoten bolniški stalež, ki kažejo, katere vrste bolezni so najpogostejši vzrok za bolniški stalež.

---

<sup>79</sup> [URL: <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:spr-T7WCXWYE>], 7. 2. 2023.

<sup>80</sup> Zaradi razlogov, za katere nadomestilo plače zavarovancem izplača ZZZS, razen krvodajalstvo.

<sup>81</sup> Po Avstralski modifikaciji desete revizije mednarodne klasifikacije bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene (MKB-10-AM).



Najpogostejši vzrok za začasno odsotnost z dela v obdobju od 2015 do 2020 so bile po podatkih NIJZ bolezni mišično-skeletnega sistema in vezivnega tkiva, zaradi katerih je bilo 3,94 koledarskega dne nezmožnosti za delo na zaposlenega v letu 2020 (skupno število koledarskih dni nezmožnosti za delo na zaposlenega je bilo 17,92 dne). Bolezni mišično-skeletnega sistema in vezivnega tkiva so bile v obdobju od 2015 do 2020 najpogostejši vzrok za bolniško odsotnost, zaradi katere se je odsotnost z dela vsako leto povečevala, razen v letu 2020, ko je število koledarskih dni nezmožnosti za delo na zaposlenega glede na leto 2019 rahlo upadlo (s 4,03 dne v 2019 na 3,94 dne v 2020). Pri moških je bilo zaradi bolezni mišično-skeletnega sistema in vezivnega tkiva v letu 2020 število izgubljenih 3,07 koledarskega dne na zaposlenega, pri ženskah pa 5,02 dne.

Najbolj se je povečalo število koledarskih dni nezmožnosti za delo na zaposlenega v letu 2020 glede na leto 2015 zaradi nekaterih infekcijskih<sup>82</sup> in parazitarnih bolezni (za 192,4 %), zaradi duševnih in vedenjskih motenj (za 49,5 %), zaradi neoplazem<sup>83</sup> (za 44,2 %) in zaradi bolezni mišično-skeletnega sistema ter vezivnega tkiva (za 39,7 %).

Vodilni vzroki začasne odsotnosti z dela pri moških v starostnih skupinah do 44 let so bili poškodbe in zastrupitve, med katerimi prevladujejo poškodbe izven dela, v višjih starostnih skupinah pa poleg bolezni mišično-skeletnega sistema in vezivnega tkiva prevladujejo še poškodbe in zastrupitve pri delu in izven dela, bolezni obtočil, nekatere infekcijske in parazitarne bolezni, neoplazme ter duševne in vedenjske motnje. Ženske, stare do 44 let, so v veliki meri odsotne zaradi stanj v nosečnosti, nege družinskega člana in nekaterih infekcijskih in parazitarnih bolezni. V višjih starostnih skupinah pa so poleg bolezni mišično-skeletnega sistema in vezivnega tkiva prevladovali tudi duševne in vedenjske motnje, poškodbe in zastrupitve izven dela, neoplazme in nekatere infekcijske in parazitarne bolezni.

Sicer je bilo povprečno trajanje ene odsotnosti v obdobju od 2015 do 2020 najdaljše zaradi bolezni iz skupine neoplazem, ki se je v tem obdobju vsako leto podaljševalo, in sicer od 55,46 dneva v letu 2015 na 92 dni v letu 2020.

Iz navedenega izhaja, da v državi nimamo podatkov o tem, zaradi katerih zdravstvenih razlogov so zaposleni najpogosteje oziroma v največjem obsegu dolgotrajno odsotni z dela. Ministrstvo namreč podatkov o dolgotrajnem bolniškem staležu ne zagotavlja, za spremljanje in analiziranje bolniškega staleža je pooblastilo NIJZ, ki sicer spremlja razloge za odsotnost z dela glede na zdravstvene težave, po skupinah bolezni in sorodnih zdravstvenih problemih, vendar le za celoten bolniški stalež, torej od prvega dne odsotnosti zaposlenega z dela<sup>84</sup>. Ker ministrstvo s podatki o dolgotrajnem bolniškem staležu glede na bolezenska stanja ne razpolaga, ne moremo potrditi, da je spremljanje podatkov o bolniškem staležu po posameznih skupinah bolezni ustrezno in zadostno za prepoznavanje potrebe po ukrepih in za sprejemanje ustreznih ukrepov za zmanjševanje dolgotrajnih bolniških staležev zaradi posameznih bolezenskih stanj. Iz razpoložljivih podatkov namreč ni mogoče ugotoviti, kateri zdravstveni razlogi povzročajo najdaljše bolniške odsotnosti.

---

<sup>82</sup> Vsebujejo tudi diagnoze, povezane s covidom-19.

<sup>83</sup> Rakave bolezni.

<sup>84</sup> Na primer število koledarskih dni odsotnosti zaposlenega z dela.

### 2.2.1.5 Bolniški stalež po gospodarskih dejavnostih

NIJZ spremlja in analizira trajanje celotnega bolniškega staleža tudi po gospodarskih dejavnostih, in sicer po Standardni klasifikaciji dejavnosti (po glavnih skupinah in po njihovih podskupinah), ter istočasno po spolu ali pa po skupinah bolezni.

Po podatkih NIJZ je bil v letu 2020 delež izgubljenih koledarskih dni na zaposlenega najvišji v dejavnosti javne uprave in obrambe, dejavnosti obvezne socialne varnosti<sup>85</sup> (7,6-odstotni delež izgubljenih koledarskih dni na zaposlenega) in v skupini dejavnosti proizvodnje usnja, usnjenih in sorodnih izdelkov (10,7-odstotni delež izgubljenih koledarskih dni na zaposlenega), v letu 2019 pa v dejavnosti rudarstva (7,8-odstotni delež izgubljenih koledarskih dni na zaposlenega) ter v skupini dejavnosti zračnega prometa (11,30-odstotni delež izgubljenih koledarskih dni na zaposlenega). Med ženskami je bil v letu 2020 največji delež izgubljenih koledarskih dni na zaposleno v dejavnosti javne uprave in obrambe, dejavnosti obvezne socialne varnosti (8,2 %), med moškimi pa v dejavnosti rudarstva (7,4 %), znotraj te dejavnosti pa v dejavnosti pridobivanja premoga (9,9 %).

S podatkom o tem, v kateri gospodarski dejavnosti je bilo zaposlenih največ dolgotrajnih staležnikov, ministrstvo ni razpolagalo oziroma ga ni zagotavljalo, saj NIJZ vodi podatke le skupno za vse bolniške odsotnosti, ne glede na njihovo trajanje, in hkrati le za bolniške odsotnosti, zaključene v posameznem koledarskem letu. Tudi v tem primeru zato ne moremo potrditi, da je spremljanje podatkov o bolniškem staležu po gospodarskih dejavnostih povsem ustrezno in zadostno za prepoznavanje potrebe po ukrepih in za sprejemanje ustreznih ukrepov za zmanjševanje dolgotrajnih bolniških staležev po posameznih gospodarskih dejavnostih.

### 2.2.1.6 Bolniški stalež nad 30 dni

Delež bolniškega staleža v breme delodajalcev (v obdobju, na katero se nanaša revizija, zadržanost od dela do 30 dni) je bil po podatkih ZZS dolgoročno precej stabilen in je med leti le rahlo nihal<sup>86</sup>. Nasprotno pa se je od leta 2015 povečevalo število izgubljenih delovnih dni na zaposlenega v breme ZZS (v obdobju, na katero se nanaša revizija, zadržanost od dela nad 30 dni). V letu 2020 je bilo na zaposlenega v breme ZZS izgubljenih 8 delovnih dni (2,6 % izgubljenih delovnih dni), 7,6 dne (2,5 % izgubljenih delovnih dni) v letih 2018 in 2019, v letu 2015 pa je bilo izgubljeno 6,2 delovnega dne (2,03 % izgubljenih delovnih dni). Narašča tudi delež izgubljenih delovnih dni v breme ZZS v primerjavi z izgubljenimi dnevi v breme delodajalcev; v letu 2008 je delež znašal 45,9 %, v letu 2020 pa že 57,8 %.

Ker nas je zanimalo, koliko časa so posamezniki v dolgotrajnem bolniškem staležu, ministrstvo pa s tem podatkom ni razpolagalo razpolaga, smo od ZZS pridobili podatke o številu oseb v dolgotrajnem bolniškem staležu ter o trajanju dolgotrajnega bolniškega staleža.<sup>87</sup> V letu 2020 je bilo v dolgotrajnem

---

<sup>85</sup> Metodološko pojasnilo NIJZ za dejavnost O - dejavnost javne uprave in obrambe, dejavnost obvezne socialne varnosti, [URL: [https://podatki.nijz.si/pxweb/sl/NIJZ%20podatkovni%20portal/NIJZ%20podatkovni%20portal\\_1%20Zdravstveno%20stanje%20prebivalstva\\_07%20Bolni%20stale%20a1ki%20stale%20be/BS\\_TB4.px/table/tableViewLayout2/](https://podatki.nijz.si/pxweb/sl/NIJZ%20podatkovni%20portal/NIJZ%20podatkovni%20portal_1%20Zdravstveno%20stanje%20prebivalstva_07%20Bolni%20stale%20a1ki%20stale%20be/BS_TB4.px/table/tableViewLayout2/)], 25. 1. 2023: V dejavnosti O so od leta 2011 vključene brezposelne osebe iz vseh dejavnosti, ki so imele pravico do denarnega nadomestila za časčasne nezmožnosti za delo. Največ primerov je bilo v letih 2010-2012.

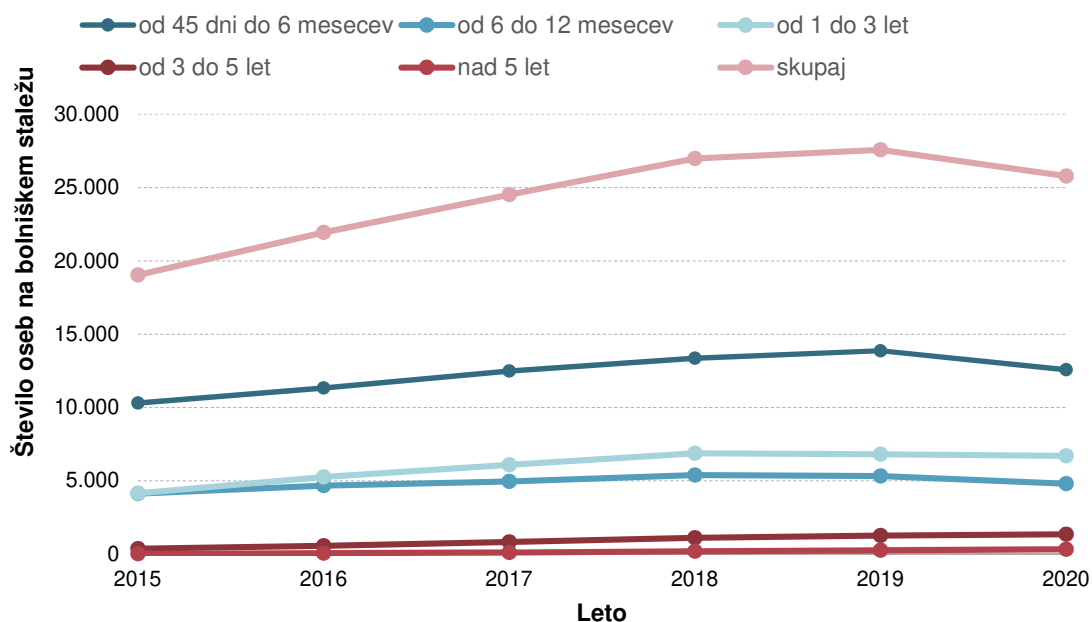
<sup>86</sup> Leta 2020 je znašal 1,9 %, v letih 2018 in 2019 pa 2,1 %, v obdobju od 2015 do 2017 pa 2 %.

<sup>87</sup> ZZS spremlja odsotnost zavarovancev, ki so odsotni več kot 45 koledarskih dni.

bolniškem staležu 25.777 oseb, kar je predstavljalo 2,6 % celotnega delovno aktivnega prebivalstva Republike Slovenije v zadnji četrtini leta 2020. V primerjavi s preteklimi leti je ta delež od leta 2015 postopoma narastel od 2,1 % do 2,8 % v letu 2019. V letu 2020 se je po številnih letih rasti glede na leto poprej zgodil padec števila oseb v dolgotrajnem bolniškem staležu, in sicer na zadnji dan leta za 6,5 %, predvsem zaradi upada števila oseb, ki so v bolniškem staležu do 1 leta (zmanjšanje za 9,4 %). Odsotnih z dela nad 3 leti in do 5 let je bilo 1.364 (glede na 2019 je bilo povečanje 6,6 %), od leta 2015 pa se je stalno povečevalo tudi število oseb, odsotnih z dela nad 5 let – v letu 2020 je bilo takih 337 oseb (glede na leto 2019 je bilo povečanje 20,8 %, glede na leto 2015 pa 743 %). Število vseh oseb v dolgotrajnem bolniškem staležu se je v letu 2020 glede na 2015 povečalo za 35,4 %. Trend števila oseb v dolgotrajnem bolniškem staležu glede na trajanje odsotnosti v obdobju od 2015 do 2020 prikazuje Slika 5. Število dolgotrajno odsotnih oseb do 1 leta ter nad 1 do 3 let se je v obdobju od 2015 do 2020 najbolj povečalo na območju zdravstvene regije Kranj (indeks 154 oziroma 353), nad 3 do 5 let prav tako, nad 5 leti pa na območju zdravstvene regije Krško. Največji delež dolgotrajno odsotnih oseb v vseh 4 skupinah – do 1 leta, nad 1 do 3 let, nad 3 do 5 let, in nad 5 leti – je bil v letu 2020 na območju zdravstvene regije Ljubljana, in sicer 28 %, 30 %, 38 % oziroma 42 %. Največji porast števila vseh dolgotrajno odsotnih oseb v letu 2020 glede na leto 2015 je bil na območju zdravstvene regije Kranj (indeks 199), sledijo območja zdravstvenih regij Celje (indeks 161), Nova Gorica (indeks 156), Novo mesto (indeks 151) in Koper (indeks 150).

Po podatkih ZZZS je na dan 31. 12. 2020 najdaljši neprekinjen bolniški stalež trajal 11,5 leta, 10 oseb je bilo neprekinjeno v bolniškem staležu dalj kot 9 let.

**Slika 5** Število dolgotrajno odsotnih oseb z dela glede na trajanje odsotnosti v obdobju 2015–2020



Vir: podatki ZZZS.

### 2.2.1.7 Nadomestilo plače začasno zadržanost od dela

Pravica do nadomestila plače začasno zadržanost od dela je v Republiki Sloveniji med evropskimi državami urejena najmanj restriktivno, zlasti po višini, saj jo omejuje le plača, ki bi jo zavarovanec prejel, če bi bil zdrav in bi delal, pa tudi po trajanju nadomestila, saj je pravica do nadomestila začasno zadržanost od dela po času neomejena.

Z naraščanjem deleža odsotnosti zaradi bolniškega staleža naraščajo tudi stroški ZZSZ za nadomestila plač zaradi začasne zadržanosti od dela, ki so v letu 2015 znašali 246.071.636 EUR, 381.553.163 EUR v letu 2019, medtem ko so leta 2020 znašali 444.266.915 EUR in so primerjalno z letom 2015 porasli za 181 %. Razlogi za rast nadomestil plač so poleg naraščanja odsotnosti zaradi bolniškega staleža tudi drugi, tako je bil razlog za povečanje nadomestil plač zaradi začasne zadržanosti od dela v letu 2020 tudi osnova za izplačilo nadomestila plače, ki je glede na leto poprej porasla za 7,1 %, delno pa so višja nadomestila plač tudi posledica epidemije covid-19<sup>88</sup>.

ZZSZ v letnih poročilih pojasnjuje, da je razlog za rast nadomestil poleg naraščanja odsotnosti zaradi bolniškega staleža tudi dvig zaposlenosti<sup>89</sup>. Vsekakor pa (dolgotrajni) bolniški stalež ne povzroča le stroškov ZZSZ, ki so relativno enostavno merljivi, temveč tudi delodajalcem, ki jim poleg merljivega stroška v obliki nadomestila za prvi del bolniškega staleža dolgotrajnejša odsotnost zaposlenih in z njo povezana negotovost povzroča različne težave pri poslovanju in s tem različno merljive stroške (iskanje nadomestnih zaposlitev oziroma izvajalcev na podlagi pogodb civilnega prava, ki so že zaradi davčnih obremenitev dražja rešitev, potrebno je uvajati začasno zaposlene, čas je potreben tudi za to, da se zaposleni privadijo delu in dosežejo maksimalno učinkovitost, in tako naprej).

Glede na ostale države Evropske unije je relativna višina nadomestil plač zaradi bolniškega staleža v Sloveniji visoka, saj glede na določbe 31. člena ZZVZZ lahko znaša nadomestilo od 70 % do 100 % osnove<sup>90</sup>. Višina denarnega nadomestila se sicer v državah Evropske unije giblje med 25 % (Slovaška)<sup>91</sup> in 100 % (na primer Belgija in Finska).

V letu 2020 je po podatkih ZZSZ 29 zavarovancev prejelo najmanj enkrat v letu nadomestilo plače v breme ZZSZ večje od 10.000 EUR, takšnih izplačil je bilo sicer 136. Od teh so 3 zavarovanci prejeli nadomestilo vsak mesec, v povprečnem znesku (bruto bruto) 20.404 EUR, 16.409 EUR oziroma 11.339 EUR. Največje izplačano nadomestilo je znašalo 21.494 EUR (v decembru 2020).

Razlog za dolgotrajni bolniški stalež bi lahko iskali tudi v razliki med višino povprečnih nadomestil plače začasno zadržanost od dela ter višino povprečne invalidske pokojnine. Na visoka

---

<sup>88</sup> Zavarovanci iz 46. člena ZIUPOP DVE so bili upravičeni do nadomestila v višini 100 % plače, ki bi jo zavarovanec prejel, če bi delal, če so na delovnem mestu zboleli za covidom-19, in sicer od 1. dne odsotnosti zaradi te bolezni. Sredstva za kritje razlike do 100 % nadomestila so se zagotavljala iz sredstev proračuna Republike Slovenije prek ZZSZ.

<sup>89</sup> Konec leta 2015 je bilo 811.382 delovno aktivnih prebivalcev, konec leta 2020 pa 889.758. Vir: Statistični urad Republike Slovenije, Število in indeks delovno aktivnega prebivalstva po spolu, Slovenija, mesečno: [URL: <https://pxweb.stat.si/SiStatData/pxweb/sl/Data/-/0700915S.px>], 1. 4. 2022.

<sup>90</sup> V analizi stanja 2023 je posebej opozorjeno, da se odstotek osnove za določitev višine nadomestila plače z dolžino trajanja bolniškega staleža v nekaterih primerih zvišuje in ne znižuje.

<sup>91</sup> Nadomestilo za prve 3 dni odsotnosti z dela zaradi bolniškega staleža plača delodajalec v višini 25 % osnove, od 4. do 10. dne pa nadomestilo znaša 50 % osnove.

nadomestila plače za zadržanost od dela zaradi bolezni v primerjavi z ostalimi državami Organizacije za gospodarsko sodelovanje in razvoj (v nadaljevanju: OECD) ter v primerjavi z nadomestili, ki jih nudi slovensko invalidsko zavarovanje, je opozorila tudi OECD<sup>92</sup>, ki je izpostavila tudi neomejenost trajanja nadomestil za čas bolezni, zaradi česar gre za posebej privlačno plačilo socialnega zavarovanja, ki ne spodbuja k prehodu na invalidsko nadomestilo ali k vrnitvi na delo.

ZPIZ v Letnem poročilu 2020 navaja, da je povprečna bruto invalidska pokojnina v letu 2020 znašala 533,13 EUR mesečno in je bila za 4,4 % višja kot v letu 2019. Povprečno število uživalcev invalidske pokojnine se je v letu 2020 glede na leto 2019 zmanjšalo za 1.651 oseb (za 2,1 %) na 76.480 in se od leta 2001 vseskozi zmanjšuje (z izjemo leta 2005, ko se je povečalo za 0,1 %). ZPIZ pojasnjuje, da je trend števila uživalcev invalidske pokojnine deloma posledica spremenjene zakonodaje in večje enotnosti dela izvedenskih organov, deloma pa drugih razlogov, kot so: velikost in gibanje populacije zaposlenih, stopnja organiziranosti in razvitosti zdravstva, varstva pri delu v najširšem smislu ter vrste in števila bolezni in poškodb.

Razkorak med povprečno mesečno vrednostjo izdatka ZZZS za nadomestila na zavarovanca v dolgotrajnem bolniškem staležu ter povprečno mesečno bruto invalidsko pokojnino za posamezno leto v obdobju 2015–2020 prikazuje Tabela 3.

**Tabela 3** Povprečna mesečna vrednost izdatka ZZZS za nadomestila na zavarovanca v dolgotrajnem bolniškem staležu ter povprečna mesečna bruto invalidska pokojnina za posamezno leto v obdobju 2015–2020

Leto	Povprečna mesečna vrednost izdatka ZZZS za nadomestila na zavarovanca v EUR	Povprečna mesečna bruto invalidska pokojnina v EUR
2015	1.224,05	472,93
2016	1.234,71	474,82
2017	1.248,07	480,68
2018	1.281,74	496,72
2019	1.331,64	510,80
2020	1.428,45	533,13
<i>Indeks 2020/2015</i>	<i>116,7</i>	<i>112,7</i>

Vir: podatki ZZZS ter letni Statistični pregled ZPIZ.

<sup>92</sup> V dokumentu "Priporočila OECD glede celostne zasnove sprememb na področju invalidskega in zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji, 11. 10. 2021 (v nadaljevanju: priporočila OECD iz leta 2021), [URL: [https://www.gov.si/assets/ministrstva/MDDSZ/Delovna-razmerja/OECD-priporocila\\_SLO.pdf](https://www.gov.si/assets/ministrstva/MDDSZ/Delovna-razmerja/OECD-priporocila_SLO.pdf)], 26. 1. 2023.

Tudi izsledki raziskav v tujini kažejo<sup>93</sup>, da so višja nadomestila plač lahko povezana z višjo stopnjo bolniškega staleža. V Nemčiji je na primer povišanje osnove nadomestila plače z 80 % na 100 % delavčeve plače za prvih 6 tednov odsotnosti povzročilo podaljšanje bolniškega staleža v povprečju za 1 dan oziroma za 20 %. Te rezultate je podprla tudi raziskava na Finskem<sup>94</sup>, ki je zaznala možno povezavo med obsegom nadomestil plač in stopnjo bolniškega staleža. V nekaterih primerih je to sicer lahko rezultat zmanjšanja prezentizma na delu<sup>95</sup>, ko delavec ostane doma, da si opomore od bolezni, v nekaterih primerih pa je delavec dejansko odsoten dalj časa, kot je to potrebno<sup>96</sup>. Iz tega izhaja, da so države pri oblikovanju politike nadomestil plač pod pritiskom, saj visoka nadomestila plač po eni strani zaposlene ščitijo v času, ko zbolijo in dokler si ne opomorejo, in s tem zmanjšajo prezentizem na delovnem mestu, po drugi strani pa lahko zaposlene spodbudijo, da so v bolniškem staležu dalj časa, kot bi bilo potrebno. Prav tako iz izsledkov raziskav<sup>97</sup> izhaja, da je obseg bolniškega staleža višji v državah z daljšim trajanjem nadomestila plače za čas bolniškega staleža.

Vpliv višine in trajanje nadomestila plače za začasno zadržanost od dela na obseg dolgotrajnega bolniškega staleža se v Republiki Sloveniji nista spremljala niti analizirala. Ocenjujemo, da bi izsledki tovrstnih analiz lahko ministrstvu služili kot podlaga za oceno potrebe po sprejetju ustreznih ukrepov, povezanih bodisi s trajanjem bodisi z višino nadomestila plače za začasno zadržanost od dela.

Ministrstvo je v letu 2017 v javno obravnavo podalo Predlog Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju<sup>98</sup>, v katerem je bila predlagana časovna omejitev pravice do denarnega nadomestila neprekinjeno največ 12 mesecev (ali s prekinitvami v 2 letih največ 18 mesecev). Po preteku roka bi se zavarovancu, pri katerem ni prišlo do povrnitve delovne sposobnosti, pričel postopek na ZPIZ, ki bi odločal o trajnejši nezmožnosti za delo in ugotavljal pravico iz pokojninskega in invalidskega zavarovanja. Ocenjujemo, da je ministrstvo sicer oblikovalo predlog o omejevanju bolniškega staleža, ki je bil korak tudi k učinkovitejšemu obvladovanju dolgotrajnih bolniških staležev, vendar predlog nikoli ni bil obravnavan na vladi. Pri tem pa opozarjamo, da odločitev o omejitvi trajanja bolniškega staleža ne sme biti prilagojena le cilju zmanjševanja bolniških staležev, saj se je pri tem treba zavedati, da bo v primeru omejitve trajanja bolniškega staleža zavarovancem treba zagotoviti druge ustrezne socialne pravice.

---

<sup>93</sup> Na primer: Bill Davies, Joe Dromey, Clare McNeil, Charlotte Snelling, Craig Thorley: Working well: A plan to reduce long-term sickness absence, 2017, [URL: <https://www.ippr.org/publications/working-well-a-plan-to-reduce-long-term-sickness-absence>], 14. 2. 2023.

<sup>94</sup> Petri Böckerman, Ohto Kanninen, Ilpo Suoniemi: A kink that makes you sick: the incentive effect of sick pay on absence, 2014, [URL: <https://www.iza.org/publications/dp/8205/a-kink-that-makes-you-sick-the-incentive-effect-of-sick-pay-on-absence>], 23. 8. 2023.

<sup>95</sup> Prezentizem je prisotnost na delovnem mestu kljub bolezni, slabemu počutju, z obolenji ali drugimi motečimi dejavniki, zaradi katerih zaposleni niso stoo odstotno učinkoviti.

<sup>96</sup> Bill Davies, Joe Dromey, Clare McNeil, Charlotte Snelling, Craig Thorley: Working well: A plan to reduce long-term sickness absence, [URL: <https://www.ippr.org/publications/working-well-a-plan-to-reduce-long-term-sickness-absence>], 14. 2. 2023.

<sup>97</sup> Philip Hemmings and Christopher Prinz: OECD, Sickness and disability systems: Comparing outcomes and policies in Norway with those in Sweden, the Netherlands and Switzerland, 2020, [URL: [https://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=ECO/WKP\(2020\)9&docLanguage=En](https://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=ECO/WKP(2020)9&docLanguage=En)], 14. 2. 2023.

<sup>98</sup> EVA 2014-2711-0011; [URL: <https://e-uprava.gov.si/drzava-in-druzba/e-demokracija/predlogi-predpisov/predlog-predpisa.html?id=6332>], 14. 2. 2023.

Tudi v delovno gradivo ZZVZZ-1 iz leta 2020 je ministrstvo vključilo predlog določbe, ki omejuje višino nadomestila. Poleg te določbe je vključilo tudi določbo, ki bi po mnenju ministrstva predstavljala najpomembnejši ukrep na tem področju, in sicer da bi moral imenovani zdravnik zavarovanca, ki je v bolniškem staležu zaradi bolezni ali poškodbe dlje kot 3 koledarske mesece in pri katerem domneva, da bi se namesto staleža lahko začasno zaposlil na drugem delovnem mestu ali bi lahko delal s skrajšanim delovnim časom, napotiti na pregled zaradi ugotavljanja delazmožnosti k specialistu MDPŠ, pooblaščenem za zavarovančevo delovno organizacijo. Specialist MDPŠ bi nato podal mnenje, ali je delavec zares nezmožen za svoje delo, ali je zmožen v času bolniškega staleža za drugo delo znotraj svoje delovne organizacije oziroma ali je zmožen za skrajšani delovni čas za svoje ali drugo delo. Ocenil bi tudi, ali delavec potrebuje prilagoditev delovnega mesta. To mnenje naj bi pri nadaljnjih ukrepih imenovanega zdravnika in delodajalca veljalo kot priporočilo. Ocenjujemo, da je bil predlog določbe korak v pravi smeri, ki bi lahko vodil k učinkovitejšemu obvladovanju dolgotrajnega bolniškega staleža, ker pa delovnega gradiva ZZVZZ-1 iz leta 2020 ministrstvo ni posredovalo v nadaljnji postopek, z oblikovanjem predlaganih sprememb v ničemer ni pripomoglo k reševanju problemov dolgotrajnih bolniških staležev.

Iz navedenega izhaja, da ministrstvo ni zagotovilo, da bi Republika Slovenija razpolagala z analizami, s katerimi bi bilo mogoče ugotavljati dejanski obstoj ter pomembnost vpliva višine in/ali trajanja nadomestil plače za čas odsotnosti z dela zaradi zdravstvenih razlogov na obseg (dolgotrajnega) bolniškega staleža. Ministrstvo bi moralo prepoznati potrebe po tovrstnih analizah, poskrbeti za potrebne pravne podlage pooblaščenim izvajalcem za izdelavo tovrstnih analiz in izkazati pobudo za izvajanje tovrstnih analiz. Na podlagi rezultatov analiz bi ministrstvo lahko ugotovilo, ali dejansko obstaja vpliv višine in/ali trajanja nadomestil plače za čas odsotnosti z dela zaradi zdravstvenih razlogov na obseg dolgotrajnega bolniškega staleža in kolikšen je ta vpliv v obstoječem sistemu. Šele na tej podlagi bi ministrstvo lahko opredelilo potrebne ukrepe, ki bi bili ustrezni izsledkom izvedenih analiz, povezanih s trajanjem in/ali višino nadomestil plače za čas odsotnosti z dela zaradi zdravstvenih razlogov, ki bi posredno lahko vplivali tudi na dolgotrajni bolniški stalež, če bi se ti vplivi z analizami seveda ugotovili.

Tudi analiza stanja 2023 vsebuje predloge glede prenove pravice do nadomestila plače. Eden od predlogov predvideva podaljšanje časovnega obdobja nadomestila plače v breme delodajalcev, vsaj za odsotnosti zaradi poklicnih bolezni in poškodb pri delu, pri čemer pa bi se del bremena prenesel v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja pri delodajalcih, ki bi s prilagoditvami delovnih mest in drugimi ukrepi pripomogli k hitrejšemu vračanju na delo. Predlagano je tudi spodbujanje zavarovanih oseb k aktivnemu sodelovanju v postopkih vračanja na delo s progresivnim nižanjem nadomestila plače glede na čas odsotnosti z dela. Določila naj bi se tudi zgornja meja višine nadomestila plače in trajanje pravice do začasne nezmožnosti za delo, pri čemer bi se nadomestilo s časom po vrednosti približalo prejemkom za trajno nezmožnost za delo.



### **Ukrep ministrstva**

*Na podlagi analize stanja 2023, ki jo je pripravilo ministrstvo skupaj z deležniki, je Strateški svet za zdravstvo podprl<sup>99</sup> prve kratkoročne ukrepe za obvladovanje zdravstvenega absentizma, in sicer ponovni prenos odgovornosti za nadomestila plače do 30. dne odsotnosti z dela na delodajalce (tudi za razloge, ki niso povezani z delom), določitev zgornje meje višine nadomestila plače (na primer 2,5-kratnik oziroma po 90 dneh bolniškega staleža 1,5-kratnik povprečne plače) ter ukinitve dviga odstotka osnove za nadomestila plače po 90 dneh trajanja bolniškega staleža.*

*Dne 27. 11. 2023 se je pričel zakonodajni postopek o Predlogu Zakona o nujnih ukrepih na področju zdravstvenega varstva (ZNUPZV), ki ga je pripravilo ministrstvo in sprejela vlada. Predlog zakona predvideva, da se obdobje izplačila nadomestila plače v breme delodajalca podaljša na 30 dni, odstotek osnove za nadomestila se po preteku 90 dni bolniškega staleža ne povečuje, višina nadomestila plače pa ne sme presežati 2,5-kratnika povprečne mesečne plače.*

## **2.2.2 (Ne)dostopnost posameznih zdravstvenih storitev**

V reviziji smo ugotavljali, ali je ministrstvo zagotovilo izvedbo aktivnosti, ki bi vplivale na zmanjšanje obsega dolgotrajnega bolniškega staleža, ki je posledica daljših čakalnih dob za posamezne zdravstvene storitve. V ta namen smo preverili, ali je ministrstvo zagotovilo potrebne analize za ugotavljanje odvisnosti dolgotrajnosti bolniškega staleža od (ne)dosegljivosti zdravstvenih storitev ter izvedlo potrebne aktivnosti za skrajšanje čakalnih dob za posamezne zdravstvene storitve ter s tem vplivalo na dolgotrajne bolniške staleže, povezane z (ne)dosegljivostjo posameznih zdravstvenih storitev.

ZPacP določa<sup>100</sup>, da če izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe zdravstvene storitve ne more opraviti takoj in ne gre za nujno medicinsko pomoč, nujno zobozdravstveno pomoč, nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene in zobozdravstvene storitve ali za zdravstvene storitve, za katere se ne vodi čakalni seznam, pacienta uvrsti na čakalni seznam. Izvajalci zdravstvene dejavnosti vodijo čakalne sezname skladno z ZPacP in skladno s Pravilnikom o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah<sup>101</sup>, ki ga sprejme minister za zdravje. V 2. členu ZPacP je določeno, da je čakalni seznam elektronska zbirka podatkov zaporedno vpisanih pacientov, ki čakajo na izvedbo določene zdravstvene storitve pri izbranem izvajalcu zdravstvene dejavnosti oziroma zdravstvenem delavcu. Če obdobje med uvrstitvijo na čakalni seznam do dejanske izvedbe zdravstvene storitve znaša več kot 1 dan, se šteje, da obstaja čakalna doba.

ZPacP tudi določa<sup>102</sup>, da izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe poskrbi za najkrajši možni čakalni čas in čakalno dobo v okviru razumnega časa. Delo organizira tako,

---

<sup>99</sup> Na 28. seji 21. 9. 2023.

<sup>100</sup> Četrty odstavek 14. člena.

<sup>101</sup> Uradni list RS, št. 3/18 in 201/20.

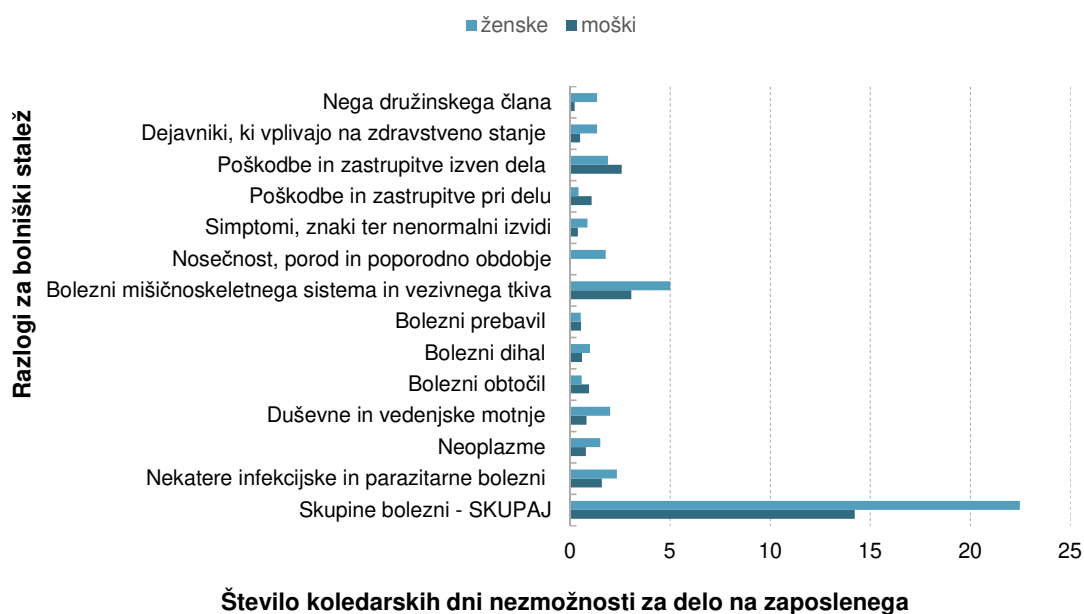
<sup>102</sup> Drugi odstavek 14. člena.

da se pacientu zagotovi čim hitrejša zdravstvena obravnava. Izvajalec zdravstvene dejavnosti pacienta obravnava v skladu z vrstnim redom na čakalnem seznamu oziroma v naročilni knjigi in vrstnega reda ne sme spreminjati, razen če ta zakon ne določa drugače.

Kot smo že navedli v točki 2.2.1.4, so bile po podatkih NIJZ, ki se nanašajo na celoten bolniški stalež, v letu 2020 najpogostejši vzrok za začasno odsotnost z dela boleznimi mišično-skeletnega sistema in vezivnega tkiva, kamor sodijo artroze, mišične motnje, bolezni hrbta, bolezni kosti, in podobno. Z boleznimi mišično-skeletnega sistema se ukvarja ortopedija, ki je veja kirurgije.

Vodilne vzroke začasne odsotnosti z dela glede na število koledarskih dni nezmožnosti za delo na zaposlenega po spolu in skupinah bolezni prikazuje Slika 6.

**Slika 6** Število izgubljenih koledarskih dni na zaposlenega po spolu in skupinah bolezni v letu 2020



**Vir:** Zdravstveno stanje prebivalstva, Bolniški stalež, Kazalniki bolniškega staleža po spolu in skupinah bolezni, Slovenija, letno.<sup>103</sup>

Na podlagi 15. člena Pravilnika o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah NIJZ na svojih spletnih straneh vsaj enkrat mesečno za pretekli mesec javno objavi statistične podatke o številu čakajočih pacientov po posameznih stopnjah nujnosti; številu čakajočih pacientov nad najdaljšo dopustno čakalno dobo po posameznih stopnjah nujnosti; prvih prostih terminih po posameznih stopnjah nujnosti; realiziranih čakalnih dobah za posamezno

<sup>103</sup> NIJZ, podatkovni portal, [URL: [https://podatki.nijz.si/pxweb/sl/NIJZ%20podatkovni%20portal/NIJZ%20podatkovni%20portal\\_1%20dravstveno%20stanje%20prebivalstva\\_07%20Bolni%20a1ki%20stale%20be/BS\\_TB1.px/table/tableViewLayout2/](https://podatki.nijz.si/pxweb/sl/NIJZ%20podatkovni%20portal/NIJZ%20podatkovni%20portal_1%20dravstveno%20stanje%20prebivalstva_07%20Bolni%20a1ki%20stale%20be/BS_TB1.px/table/tableViewLayout2/)], 6. 9. 2023.

stopnjo nujnosti. Za leto 2020 je za mesece od januarja do marca ter od avgusta do decembra objavil mesečna poročila o čakalnih dobah na 1. dan meseca, za obdobje od sredine marca do 1. 6. 2020 pa je objavil Poročilo stanja v času epidemije Covid-19<sup>104</sup>.

Po podatkih NIJZ<sup>105</sup> sta na dan 1. 1. 2020 za 25 izbranih vrst zdravstvenih storitev na prvi pregled čakali 92.002 osebi (40 % več kot 1. 1. 2019), od tega so nad dopustno mejo čakale 36.703 osebe (22,6 % več kot 1. 1. 2019), kar je predstavljalo 39,9 % od vseh čakajočih na prvi pregled v specialistični ambulanti. Na 379 izbranih terapevtsko-diagnostičnih storitev je čakalo 117.830 oseb (79,5 % več kot 1. 1. 2019), od tega jih je nad dopustno mejo čakalo 40.400 (78,7 % več kot 1. 1. 2019), kar je predstavljalo 34,3 % od vseh čakajočih. Skupaj so na prve preglede in ostale storitve nad dopustno mejo čakale 77.103 osebe, kar je predstavljalo 36,8 % vseh čakajočih. Skupno število čakajočih nad dopustno čakalno dobo je bilo v okviru 25 izbranih specialističnih ambulant največje za prvi dermatološki pregled (10.058), prvi ortopedski pregled (8.058) in prvi kardiološki pregled (4.986). Glede na stanje na dan 1. 1. 2019 se je število čakajočih na izbran nabor prvih pregledov v 1 letu povečalo za 13.532 oziroma 17,2 %. Število vseh čakajočih na prvi pregled se je najbolj povečalo pri oromaksilofacialnem pregledu<sup>106</sup> (4.973 oseb več kot v enakem obdobju preteklega leta). Ob tem pa ministrstvo ni zagotovilo, da bi bilo iz podatkov NIJZ razvidno tudi, ali so čakajoči na specialistične preglede oziroma operativne posege v bolniškem staležu ali ne. Ocenjujemo, da je ta podatek za ugotavljanje povezav med čakalnimi dobami in s tem dostopnostjo posameznih storitev na eni strani ter trajanjem bolniških staležev na drugi strani bistvenega pomena.

Podrobneje smo pregledali podatke o čakalnih dobah za ortopedske operacije, ki jih predstavljamo v nadaljevanju.

### **Primer: Čakalna doba za posamezne ortopedske operacije**

Čeprav je najdaljša dopustna čakalna doba za ortopedske operacije<sup>107</sup> daljša kot za druge in znaša 12 mesecev<sup>108</sup>, pa podatki kažejo, da je na dan 1. 1. 2019 oziroma 1. 1. 2020 kljub temu 31,8 % oziroma 24,6 % vseh čakajočih pacientov predolgo čakalo na izbrane ortopedske operacije. Slika 7 predstavlja operacije, ki so potrebne za saniranje določenih zdravstvenih stanj, zaradi katerih so posamezniki tudi dolgotrajno bolniško odsotni<sup>109</sup> in na katere se je na dan 1. 1. 2019 oziroma 1. 1. 2020 v povprečju najdlje čakalo<sup>110</sup>.

<sup>104</sup> [URL: <https://nijz.si/publikacije/porocilo-stanja-v-casu-epidemije-covid-19-v-obdobju-od-16-3-2020-do-1-6-2020/>], 24. 11. 2023.

<sup>105</sup> Mesečno poročilo NIJZ o nacionalnem spremljanju čakalnih dob za stanje na dan 1. 1. 2020, [URL: <https://nijz.si/publikacije/mesečno-poročilo-o-čakalnih-dobah-1-januar-2020/>], 7. 2. 2023.

<sup>106</sup> Pregled ust, čeljusti, obraza in obraznih kosti.

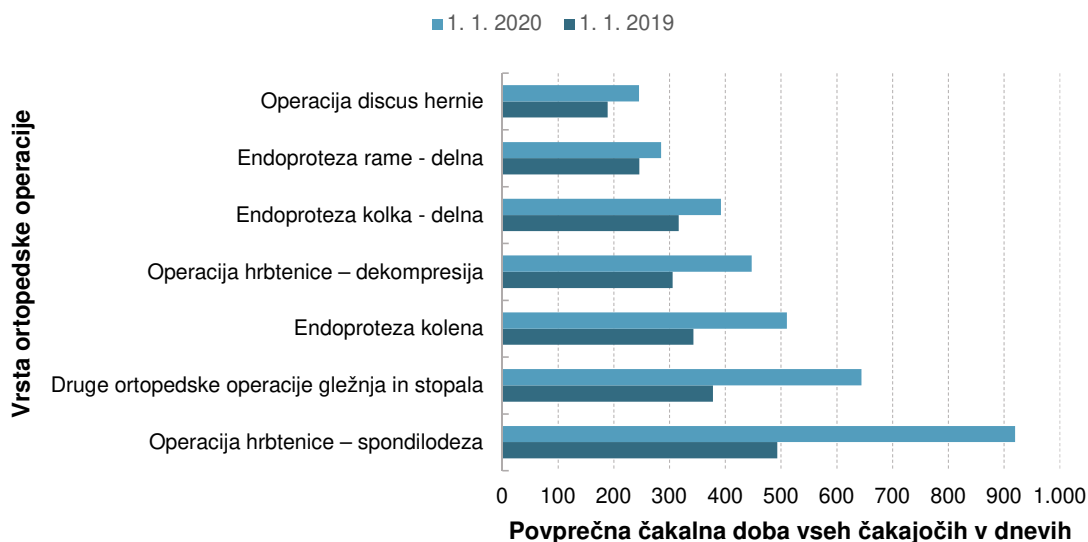
<sup>107</sup> Glede na prehodno in končno določbo 16. člena Pravilnika o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah.

<sup>108</sup> Do 30. 6. 2021 na podlagi 1. člena Pravilnika o spremembi Pravilnika o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah.

<sup>109</sup> Operacija hrbtenice – spondilodeza, druge ortopedske operacije gležnja in stopala, endoproteza kolena, operacija hrbtenice – dekompresija, endoproteza kolka – delna, endoproteza rame – delna.

<sup>110</sup> Ob upoštevanju vseh vrst napotnic.

**Slika 7** Povprečna čakalna doba vseh čakajočih na posamezne ortopedske operacije na dan 1. 1. 2019 in 1. 1. 2020



**Vir:** NIJZ: Nacionalno spremljanje čakalnih dob – Mesečno poročilo za stanje na dan 1. 1. 2019<sup>111</sup> in Nacionalno spremljanje čakalnih dob – Mesečno poročilo za stanje na dan 1. 1. 2020<sup>112</sup>.

Tudi v skupnem številu čakajočih na prvi specialistični pregled v okviru 25 izbranih specialističnih ambulant je bilo največ takih pacientov, ki so čakali na ortopedski pregled (16.853 na dan 1. 1. 2019 in 18.186 na dan 1. 1. 2020). Na ortopedski pregled je bilo nad dopustno čakalno dobo na dan 1. 1. 2019 čakajočih 9.175 oseb oziroma 8.058 oseb na dan 1. 1. 2020.

Iz navedenega izhaja, da ministrstvo ni poskrbelo za to, da bi na ravni države obstajali podatki o tem, koliko čakajočih na posamezno vrsto zdravstvenih storitev je v bolniškem staležu, niti ni zagotovilo analiz, ki bi ugotovljale obstoj povezav med (ne)dostopnostjo zdravstvenih storitev in trajanjem bolniškega staleža. S tovrstno analizo bi po naši oceni ministrstvo lahko zagotovilo jasen in transparenten pregled nad obsegom in vrsto zdravstvenih storitev (kot so specialistična obravnava, terapija, operativni poseg), ki najbolj vplivajo na trajanje bolniškega staleža, ter tudi nad številom oseb, ki na to storitev čakajo v bolniškem staležu, poleg tega pa bi lahko tovrstna analiza služila kot podlaga za sprejemanje ustreznih ukrepov, usmerjenih v večjo dostopnost tistih storitev, ki najbolj vplivajo na dolgotrajnost bolniških staležev. Obenem bi z analizami veljalo potrditi ali ovreči obstoj tveganja, da so bolniški staleži lahko dolgotrajnejši tudi v primerih, ko zavarovanci izberejo daljše čakalne vrste za zdravstvene storitve z namenom, da se postopki na invalidski komisiji čim kasneje končajo (kar je povezano z razliko v višini nadomestil, ki je predstavljena v točki 2.2.1.7), in na podlagi teh analiz tudi sprejeti temu ustrezne ukrepe.

<sup>111</sup> [URL: <https://nijz.si/publikacije/mesecno-porocilo-o-cakalnih-dobah-1-januar-2019/>], 31. 8. 2023.

<sup>112</sup> [URL: <https://nijz.si/publikacije/mesecno-porocilo-o-cakalnih-dobah-1-januar-2020/>], 31. 8. 2023.

### **Primer: Primerjava povprečnega nadomestila plače za čas čakanja na operacijo in stroška operacije**

Preverili smo, kolikšen je strošek države z vidika nadomestila plače za zavarovanca v bolniškem staležu, ki čaka na operativni poseg na hrbtenici, ter z vidika stroška tega posega. V ta namen smo pridobili potrebne podatke in oba stroška izračunali. Ob predpostavki, da je bolnik čakal na operacijo približno 30 mesecev in da je povprečna mesečna bruto plača v Republiki Sloveniji za leto 2020 znašala 1.856,20 EUR<sup>113</sup>, bi povprečno nadomestilo plače za ta čas odsotnosti z dela znašalo približno 55.680 EUR. Iz Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2020<sup>114</sup> izhaja, da se je cena operacije hrbtenice<sup>115</sup>, odvisno od zahtevnosti operacije, za leto 2020 gibala med 2.995 EUR in 12.349 EUR<sup>116</sup>. Iz izračuna izhaja, da bi bila za državo stroškovno bistveno učinkovitejša izvedba dodatnih operativnih posegov v primerjavi z izplačevanjem nadomestil plač za čas odsotnosti z dela zaradi nedostopnosti zdravstvene storitve operacije na hrbtenici.

V reviziji smo preverili še, ali je ministrstvo izvedlo kakršnekoli druge aktivnosti za skrajšanje čakalnih dob za posamezne zdravstvene storitve ter s tem vplivalo na dolgotrajne bolniške staleže zaradi (ne)dosegljivosti posameznih zdravstvenih storitev.

Ena od možnosti reševanja problema trajanja bolniškega staleža zaradi čakalnih dob na določene posege ali preglede, ki jo je ministrstvo predlagalo v Predlogu Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o pacientovih pravicah<sup>117</sup>, je bila sprememba 14.b člena ZPacP z vključitvijo določbe, da minister, pristojen za zdravje, lahko določi dodatna merila za uvrstitev na čakalni seznam<sup>118</sup>. Vendar ta predlog sprememb ZPacP kasneje ni bil predložen v zakonodajni postopek. V septembru 2020 je bil državnemu zboru predložen v obravnavo Predlog Zakona o spremembah Zakona o pacientovih pravicah (ZPacP-B), ki predlagane določbe iz 2019, ki bi omogočala prednostno obravnavo pacientov

<sup>113</sup> Po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije, [URL: <https://www.stat.si/StatWeb/Field/Index/15/74>], 14. 2. 2023.

<sup>114</sup> Št. 1720-1/2020 z dne 25. 5. 2020, aneks št. 1 z dne 22. 1. 2020.

<sup>115</sup> V Prilogi 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2020 je bila cena uteži ovrednotena z 1.313,7 EUR, uteži za posamezen operativni poseg na hrbtenici izhajajo iz Šifrantov za obračun zavodu (Objava 22 / 2020 z dne 21.12.2020), ki so priloga k Navodilu o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev in izdanih materialov (Verzija 22 z dne 17. 9. 2019) in so se gibale od 2,28 do 9,4 enot.

<sup>116</sup> Cena operacije hrbtenice je bila v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana in Univerzitetnem kliničnem centru Maribor višja, saj je bila skladno z določbo v prilogi BOL-3 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2020 terciarna zdravstvena dejavnost ovrednotena na podlagi programa, opredeljenega z merili, in obračunana kot dodatek k ceni (vrednost za program Terciar I je določal seštevek sredstev za program učenja, program usposabljanja za posebna znanja, program razvoja in raziskovanja ter vzpostavitev in koordiniranje nacionalnih čakalnih list, nacionalnih registrov bolezni in nacionalnih evidenc, vrednost za program Terciar II pa je določal seštevek sredstev za izvedenost in težavnost za posamezno terciarno ustanovo – stroški vodenja subspecialnih laboratorijev, stroškov subspecialnih timov, interdisciplinarnih ekspertnih konzilijev). Zato se je v obeh zavodih, ki izvajata terciarno zdravstveno dejavnost, cena posameznega operativnega posega na hrbtenici povečala zaradi dodatka k ceni za izvajanje te dejavnosti, saj je povečala ceno uteži za storitev in posledično ceno storitve – v tem primeru posameznega operativnega posega na hrbtenici.

<sup>117</sup> Ministrstvo ga je podalo v javno obravnavo 20. 11. 2019; EVA 2019-2711-0015; [URL: <https://e-uprava.gov.si/drzava-in-druzba/e-demokracija/predlogi-predpisov/predlog-predpisa.html?id=10234>], 7. 2. 2023.

<sup>118</sup> V okviru delovne skupine na ministrstvu za pripravo predloga sprememb in dopolnitev ZPacP in Pravilnika o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah je bila predlagana prednostna obravnava pacientov za določene zdravstvene storitve zaradi obstoja bolniškega staleža (Odgovor ministrstva na prejete pripombe članov delovne skupine na delovni osnutek ZPacP in pravilnika št. 0070-155/2018/126 z dne 26. 11. 2019).

v bolniškem staležu, ni vseboval. Zakon o spremembah Zakona o pacientovih pravicah (ZPacP-B) je državni zbor sprejel v novembru 2020<sup>119</sup>. Ugotavljamo, da je ministrstvo pred revizijskim obdobjem sicer pripravilo predlog spremembe ZPacP, ki bi ministru, pristojnemu za zdravje, omogočala vključitev dodatnih meril za uvrstitev na čakalni seznam, vendar ob tem ni izkazalo, da je proučilo, ali bi bil tovrsten ukrep ustrezen in strokovno sprejemljiv. Poleg tega, da bi bil tak ukrep lahko vprašljiv z vidika diskriminacije pacientov, bi po naši oceni obstajalo tudi tveganje, da bi lahko povzročil ravno obratni učinek od željenega, to je povečevanje bolniških staležev, če bi bil bolniški stalež eden od kriterijev za hitrejši dostop do posamezne zdravstvene storitve.

Ministrstvo je pred revizijskim obdobjem, v letu 2019, izvedlo tudi pilotni projekt Optimizacija čakalnih dob na Ortopedski kliniki Ljubljana. Ostale bolnišnice, ki izvajajo ortopedsko dejavnost, v projekt niso bile vključene, saj je bilo načrtovano, da se vključijo v nadaljnji fazi, vendar do podaljšanja projekta kasneje ni prišlo. Predlagani ukrepi v okviru izvedenega projekta so bili usmerjeni v 2 sklopa, in sicer na ukrepe za odpravo čakajočih nad najdaljšo dopustno čakalno dobo v specialistični ambulantni dejavnosti in ukrepe na operativnem delu, s poudarkom na povečanju kapacitet oziroma dodatnih operacijskih dvoran. Po zaključku projekta<sup>120</sup> nadaljnje aktivnosti niso bile izvedene. Namen in cilj tega projekta sicer ni bilo zmanjševanje obsega dolgotrajnega bolniškega staleža, bi pa skrajševanje čakalnih dob posredno v določeni meri zagotovo vplivalo tudi na to.

Ministrstvo je v letu 2021, torej po revizijskem obdobju, na podlagi Zakona o nujnih ukrepih na področju zdravstva<sup>121</sup> objavilo Nacionalni razpis za izboljšanje dostopnosti do zdravstvenih storitev<sup>122</sup>, z namenom izboljšanja dostopnosti do zdravstvenih storitev v letih 2021 in 2022. Nacionalni razpis je bil izveden za posamezne vrste zdravstvenih storitev, ki jih je minister izbral na podlagi meril, opredeljenih v Zakonu o nujnih ukrepih na področju zdravstva<sup>123</sup>. Med zakonskimi merili je bilo tudi merilo "vpliv čakalne dobe na trajanje delavčeve odsotnosti z dela zaradi zdravstvenih razlogov". Med izbranimi zdravstvenimi storitvami v nacionalnem razpisu so bile tudi operacija hrbtenice-spondilodeza, druge ortopedske operacije gležnja in stopala, endoproteza kolena, endoproteza kolka delna, ortopedska operacija rame, ki smo jih prepoznali kot tiste zdravstvene storitve, ki vplivajo na trajanje bolniškega staleža. Ministrstvo je pojasnilo, da je sredi novembra 2021 zaradi ukrepov, povezanih z epidemijo covid-19, izvajanje nacionalnega razpisa začasno ustavilo. Državni zbor je na predlog ministrstva v letu 2022 sprejel Zakon o nujnih ukrepih za zagotovitev stabilnosti zdravstvenega sistema<sup>124</sup>, s katerim se je za namen povečane dostopnosti do zdravstvenih storitev in odprave oziroma skrajševanja čakalnih dob izvajalcem zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe, ki v okviru svojih zmogljivosti izvajajo zdravstvene storitve, zagotovilo plačilo po realizaciji za vse tako opravljene zdravstvene storitve brez sklenitve posebne pisne pogodbe. V letu 2023 je državni zbor na predlog ministrstva sprejel Zakon o

---

<sup>119</sup> Na 48. izredni seji dne 20. 11. 2020; objavljen v Uradnem listu RS, št. 177/20.

<sup>120</sup> Kratka predstavitev izsledkov je dostopna na:  
[URL: <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/24102019-pilotni-projekt-Optimizacija-cakalnih-dob-priloga-izjava-za-javnost-UKOM.pptx>], 7. 2. 2023.

<sup>121</sup> Tretji odstavek 38. člena, Uradni list RS, št. št. 112/21, 189/21 in 206/21 – ZDUPŠOP.

<sup>122</sup> [URL: [https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/Javne-objave/Javni-razpisi/NR-za-zmanjsjevanje-cakalnih-dob/Nacionalni\\_razpis\\_-\\_koncno\\_23\\_7\\_2021\\_P.pdf](https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/Javne-objave/Javni-razpisi/NR-za-zmanjsjevanje-cakalnih-dob/Nacionalni_razpis_-_koncno_23_7_2021_P.pdf)], 7. 2. 2023.

<sup>123</sup> Drugi odstavek 40. člena.

<sup>124</sup> Uradni list RS, št. 100/22 in 141/22 – ZNUNBZ.

spremembi Zakona o nujnih ukrepih za zagotovitev stabilnosti zdravstvenega sistema<sup>125</sup>, ki še vedno omogoča plačilo zdravstvenih storitev po realizaciji, vendar le za izbrane zdravstvene storitve.

### 2.2.3 Zagotavljanje podlag za odločanje zdravnikov glede trajanja bolniškega staleža

V reviziji nas je zanimalo, ali je ministrstvo zagotovilo strokovne podlage (smernice/navodila), lahko tudi v mehkejših (opisnih) oblikah usmeritev, ki bi vplivale na zmanjševanje pomembnejših razlik v dolžini bolniškega staleža za isto diagnozo in ki niso nujno utemeljene, z namenom preprečevanja daljšega bolniškega staleža, kot bi bil potreben. Tovrstne podlage bi lahko služile kot opora/vodilo zdravnikom ali/in kot podlaga za zahtevo po utemeljitvi morebitnih pomembnejših razlik v dolžini bolniškega staleža za isto diagnozo.

Pri predpisovanju optimalne dolžine bolniškega staleža za večino fizičnih in psihičnih bolezni ter preprečevanju po nepotrebnem predolgega bolniškega staleža razpolagajo nekatere evropske države (na primer Švedska, Nizozemska, Norveška) s smernicami, ki so jih izdelali zdravniki za zdravnike in opredeljujejo optimalne dolžine bolniških staležev.<sup>126</sup>

Tudi delovna skupina za absentizem, ki je bila oblikovana po obdobju, na katero se nanaša revizija, je zaznala potrebo po usmeritvah zdravnikov k enotnejšemu odločanju o delanezmožnosti zavarovancev. V Predlogu kratkoročnih ukrepov za obvladovanje zdravstvenega absentizma v Republiki Sloveniji (o tem že v točki 2.1) je na primer predlagana organizacija usmerjenih izobraževanj predvsem izbranih osebnih zdravnikov, s katero bi se zagotovilo bolj strokovno in poenoteno odločanje glede utemeljenosti in trajanja začasne nezmožnosti za delo zavarovanih oseb. Predlagano je tudi oblikovanje navodil<sup>127</sup> o beleženju bolniškega staleža za zdravnike specialiste (s področja psihiatrije, ortopedije, fizikalne medicine in rehabilitacije, revmatologije, MDPŠ in tako naprej), saj v svojih izvidih predlagajo podaljševanje začasne nezmožnosti za delo, na ta način pa bi lahko definirali okvirno trajanje začasne nezmožnosti za delo pri večini bolezenskih stanj na področju okvar kostno-mišičnega sistema in duševnih ter vedenjskih motenj.

#### **Pojasnilo ministrstva**

*Poenotenje navodil za predpisovanje optimalne dolžine bolniških staležev je strokovno vprašanje, za kar so pristojni RSK, ki so skladno z 2. členom pravilnika o RSK najvišji in avtonomni strokovni organ določene stroke, ki je po svojih odločitvah zavezan dosežkom znanosti, strokovno preverjenim metodam in razvoju stroke, upošteva javni zdravstveni interes.*

---

<sup>125</sup> Uradni list RS, št. 76/23.

<sup>126</sup> Philip Hemmings, Christopher Prinz: *Sickness and disability systems: Comparing outcomes and policies in Norway with those in Sweden, the Netherlands and Switzerland*, 2020, [URL: [https://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=ECO/WKP\(2020\)9&docLanguage=En](https://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=ECO/WKP(2020)9&docLanguage=En)], 7. 2. 2023.

<sup>127</sup> V strokovnem konsenzu med sekcijami RSK pri ministrstvu, ZZS, sekcijami Slovenskega zdravniškega društva.



ZZZS razpolaga s Priporočili za ocenjevanje začasne delanezmožnosti<sup>128</sup>, v katerih so za posamezne diagnoze podani okvirni dnevi delanezmožnosti in ki se po pojasnilih ZZZS v nekaterih delih uporabljajo le kot okvir oziroma smernice in veljajo kot neobvezni pripomoček pri odločanju. RSK za družinsko medicino je na eni izmed sej v letu 2020 obravnaval predlog ZZZS o pisanju novega priročnika<sup>129</sup>. Člani RSK za družinsko medicino so poročali, da starega priročnika v povezavi z delazmožnostjo zdravniki družinske medicine ne uporabljajo, ker nima dodane vrednosti (ne da bi za to trditev podali utemeljitev), ter da je RSK v preteklosti že sprejel sklep, da področje delazmožnosti zavarovancev, ki so na bolniškem staležu nad 30 dni, sodi v pristojnost RSK za MDPŠ, prav tako priprava tozadevnega priročnika. Iz zapisnikov sej RSK za MDPŠ<sup>130</sup> izhaja, da tega področja v letu 2020 niso obravnavali. ZZZS je izdelal Analizo absentizma zaradi duševnih in vedenjskih motenj – Pregled in primerjava leta 2015 in 2019<sup>131</sup>, ki jo je skupaj s prošnjo za ureditev opredeljevanja bolniških staležev posredoval RSK za psihiatrijo, ki naj bi pripravil ustrezne usmeritve<sup>132</sup>.

Iz pravilnika o RSK izhaja, da se o sejah RSK vodi zapisnik, ki ga člani RSK potrdijo in pošljejo ministrstvu. Poleg tega vsak RSK do 31. 1. ministrstvu predloži letno poročilo o svojem delu v preteklem letu, na zahtevo ministrstva pa poroča o svojem delu tudi med letom. Ena izmed nalog RSK, ki so opredeljene v pravilniku o RSK, je tudi priprava strokovnih stališč za ministrstvo o posameznih strokovnih vprašanjih s področja RSK. Iz pravilnika o RSK torej izhaja, da avtonomnost RSK s področja družinske medicine ter RSK s področja MDPŠ ne pomeni, da ministrstvo ne bi moglo RSK podajati predlogov o obravnavi vprašanja oziroma o posameznih strokovnih vprašanjih, v tem primeru glede potrebe po podrobnejših strokovnih usmeritvah za ocenjevanje začasne delanezmožnosti ter spremljati uresničevanja sklepov, ki jih sprejmejo posamezne RSK, na primer glede uresničevanja sklepa, da področje delazmožnosti zavarovancev, ki so na bolniškem staležu nad 30 dni, sodi v pristojnost RSK za MDPŠ, prav tako priprava tozadevnega priročnika.

### **Pojasnilo ministrstva**

*Ministrstvo ni seznanjeno, da bi katerikoli RSK prejel pobudo ali zahtevo za zagotovitev strokovnih usmeritev, ki bi služile kot podlaga za opredelitev okvirnih primernih dolžin bolniškega staleža za posamezno diagnozo, prav tako tudi ministrstvo nanje ni naslovilo tovrstne pobude, saj je pri ocenjevanju zmožnosti za delo oziroma o bolniškem staležu treba upoštevati zdravstveno stanje vsakega pacienta individualno in večplastno.*

Ocenjujemo, da vse navedeno potrjuje, da obstaja potreba po strokovno usklajenih usmeritvah, katerih cilj bi bil bolj primerljivo odločanje zdravnikov o dolžini bolniškega staleža pri istih diagnozah. Ministrstvo bi na podlagi opozoril to potrebo moralo zaznati in RSK kot najvišji strokovni organ posamezne stroke pozvati vsaj k proučitvi vprašanja, ali bi bilo strokovno ustrezno in potrebno oblikovati tovrstne usmeritve. Ministrstvo tovrstne usmeritve zavrača s sklicevanjem na potrebo po individualnem pristopu in obravnavi vsakega posameznega pacienta. Vendar pa strokovne razprave,

---

<sup>128</sup> Junij 2002; pozitivno mnenje in priporočilo sta priročniku podala ministrstvo in Zdravniška zbornica Slovenije.

<sup>129</sup> Zapisnik z dne 15. 5. 2020.

<sup>130</sup> [URL: <https://www.gov.si/zbirke/delovna-telesa/rsk-za-medicino-dela-prometa-in-sporta/>], 14. 2. 2023.

<sup>131</sup> Za interno uporabo – marec 2021.

<sup>132</sup> Razvidno iz elektronske pošte ZZZS z dne 19. 4. 2021; elektronske pošte RSK za psihiatrijo z dne 4. 2. 2022.

opozorila ZZZS in primeri iz tujine po našem mnenju ne podpirajo takšnega apriornega stališča ministrstva. Strokovne usmeritve ne predstavljajo obvezujočih kriterijev in ne pomenijo tega, da se vsakega pacienta posebej ne bi individualno obravnavalo. Ravno nasprotno. Tovrstne usmeritve bi lahko služile zdravnikom zlasti kot podlaga za ugotavljanje (morebitnih) razlogov za odstopanja od okvirov povprečnih priporočenih dolžin bolniškega staleža za posamezno diagnozo pri konkretnem pacientu. Ocenjujemo, da bi moral vsak zdravnik poznati razloge, zaradi katerih so nekateri zavarovanci dalj časa v bolniškem staležu v primerjavi z drugimi z istimi opredeljenimi diagnozami. Zato bi po naši oceni ministrstvo moralo biti aktivno pri ugotavljanju potrebe po strokovnih usmeritvah, ki bi pomagale zdravnikom k enotnejšemu določanju dolžine bolniških staležev, seveda ob upoštevanju konkretnih okoliščin vsakega posameznega primera. Pri usmeritvah torej ne gre za predpisovanje dolžine trajanja bolniških staležev po diagnozah, pač pa za ohlapnejše opisne usmeritve, ki bi lahko pozitivno vplivale na zmanjševanje razlik v dolžinah bolniškega staleža za iste diagnoze, ki niso nujno v vsakem primeru utemeljene, še posebej, če bi spodbujale jasno opredelitev razlogov za odstopanja. Takšne usmeritve bi po naši oceni pripomogle k premišljenosti in transparentnosti razlogov za dolžino bolniških staležev, ki bi pomembneje odstopali od usmeritev oziroma od povprečne priporočene dolžine bolniškega staleža za posamezno diagnozo. Tovrstne strokovne usmeritve pa bi končno lahko služile tudi kot podlaga za analize razlogov pomembnejših odstopanj v dolžini bolniškega staleža od povprečnih okvirov priporočene dolžine bolniškega staleža za posamezno diagnozo.

## **2.2.4 Seznanjanje delodajalca z informacijami, povezanimi z zdravstvenim stanjem zaposlenega**

V reviziji smo preverili tudi, ali je ministrstvo pripravilo predloge sprememb zakonodaje, ki bi ob spoštovanju pravnega okvira varstva pravic zaposlenega delodajalcu omogočile omiliti posledice, ki mu jih povzroča dolgotrajni bolniški stalež, in sicer tako, da bi mu omogočale pravočasno seznanjanje s predvidenim trajanjem bolniške odsotnosti, morebitno potrebo po skrajšanem delovnem času opravljanja del in nalog ter z možnimi prilagoditvami in omejitvami delovnega mesta in delovnega procesa zdravstvenemu stanju zaposlenega po njegovi vrnitvi na delo.

Odsotnost zaposlenega z dela zaradi bolezni ali poškodbe je okoliščina, ki pomeni trk interesov zaposlenega ter delodajalca. Zaposleni ima pravico do bolniškega staleža in pravico do nadomestila plače, vendar samo, če ravna skladno z navodili zdravnika. Za delodajalce ima odsotnost zaposlenih zaradi dolgotrajnega bolniškega staleža različne posledice, posredne in neposredne, kot so med drugim: zmanjšana produktivnost zaradi manjšega števila zaposlenih; stroški, ki jih povzroči nadomestni delavec (iskanje nadomestnih delavcev ter plačilo za njihovo delo, uvajanje nadomestnih delavcev); zmanjšana motivacija preostalih zaposlenih, ki morajo dodatno opravljati delo odsotnih zaposlenih, kar lahko vodi v nadurno delo, stres in posledično v bolniško odsotnost. Zaradi teh razlogov je v interesu delodajalca, da razpolaga s čim več informacijami, iz katerih bi lahko sklepal, koliko časa bo zaposleni z dela odsoten oziroma ali bo zaposleni po vrnitvi na delo delal krajši delovni čas oziroma o morebitnih možnih/pričakovanih prilagoditvah na delovnem mestu/v delovnem procesu (na primer omejitve glede dela na višini, glede upravljanja s stroji in podobno). Vendar zaposlenega pri tem ščiti pravna ureditev njegovih pravic.

Ustava Republike Slovenije zagotavlja varstvo osebnih podatkov in prepoved uporabe v nasprotju z namenom njihovega zbiranja. Zbiranje, obdelovanje, namen uporabe, nadzor in varstvo tajnosti

osebnih podatkov določa zakon.<sup>133</sup> To področje je podrobneje urejal Zakon o varstvu osebnih podatkov<sup>134</sup>. Zdravstvene podatke uvršča med občutljive osebne podatke, ki jih je dovoljeno obdelovati le pod posebnimi pogoji.<sup>135</sup> Nadaljnja pravna podlaga v zvezi s pristojnostjo obdelovanja zdravstvenih podatkov in njihovim varstvom je določena v ZZDej in Zakonu o zdravniški službi<sup>136</sup> (v nadaljevanju: ZZdrS), ki enako urejata navedeno področje, tako da določata, da so zdravniki in zdravstveni delavci dolžni varovati poklicne skrivnosti v zvezi s podatki o zdravstvenem stanju posameznika ter o vzrokih, okoliščinah in posledicah takega stanja.<sup>137</sup> Ti podatki se v skladu z ZZDej ne smejo dajati drugim ljudem oziroma javnosti in tudi ne objavljati na način, ki bi omogočal razkritje posameznika, na katerega se nanašajo.

Iz Smernic Informacijskega pooblaščenca Varstvo osebnih podatkov v delovnih razmerjih<sup>138</sup> izhaja, da delodajalec o zaposlenem lahko zbira le tiste osebne podatke, ki jih določa zakon (Zakon o evidencah na področju dela in socialne varnosti<sup>139</sup>, ZDR-1 ali drug področni zakon), in tiste osebne podatke, za katere ima osebno privolitev zaposlenega.

Zakon o evidencah na področju dela in socialne varnosti določa vrste evidenc, ki jih morajo voditi delodajalci (evidenco o zaposlenih delavcih, evidenco o stroških dela, evidenco o izrabi delovnega časa, evidenco o oblikah reševanja kolektivnih delovnih sporov pri delodajalcu) ter njihovo vsebino.<sup>140</sup> Določa<sup>141</sup> tudi podatke, ki se vpišejo v evidenco o zaposlenih delavcih, od katerih se na zdravje zaposlenih nanašajo naslednji podatki: ali je zaposleni invalid in kategorija invalidnosti ter ali je zaposleni delno upokojen.

Tudi ZDR-1 ureja varstvo osebnih podatkov zaposlenega.<sup>142</sup> Osebni podatki zaposlenih se lahko zbirajo, obdelujejo, uporabljajo in posredujejo tretjim osebam samo, če je to določeno s tem ali drugim zakonom, ali če je to potrebno zaradi uresničevanja pravic in obveznosti iz delovnega razmerja ali v zvezi z delovnim razmerjem. Osebne podatke zaposlenih lahko zbira, obdeluje, uporablja in posreduje tretjim osebam samo delodajalec ali zaposleni, ki ga delodajalec za to posebej pooblasti. Osebni podatki zaposlenih, za zbiranje katerih ne obstoji več zakonska podlaga, se morajo takoj zbrisati in prenehati uporabljati.

Podatke o zdravstvenem stanju zaposlenega vsebujejo tudi upravne odločbe ZPIZ in ZZZS, s katerimi zavoda odločata o pravicah zavarovanih oseb. Zaradi varovanja osebnih podatkov ZPIZ lahko

---

<sup>133</sup> 38. člen.

<sup>134</sup> V obdobju, na katero se nanaša revizija, je to urejal ZVOP-1, Uradni list RS, št. 94/07 – uradno prečiščeno besedilo, 177/20, od 26. 1. 2023 to ureja ZVOP-2, Uradni list RS, št. 163/22.

<sup>135</sup> 13. člen.

<sup>136</sup> Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 58/08, 107/10 – ZPPKZ, 40/12 - ZUJF, 88/16 – ZdZPZD, 40/17, 64/17 – ZZDej-K, 49/18 in 66/19.

<sup>137</sup> 51. člen obeh zakonov.

<sup>138</sup> [URL: <https://www.ip-rs.si/publikacije/priro%C4%8Dniki-in-smernice/smernice-po-splo%C5%A1ni-uredbi-o-varstvu-podatkov-gdpr/varstvo-osebni-podatkov-v-delovnih-razmerjih>], 7. 2. 2023.

<sup>139</sup> Uradni list RS, št. 40/06.

<sup>140</sup> V 12.,13., 16., 18. in 20. členu.

<sup>141</sup> 13. člen.

<sup>142</sup> V 48. členu.

delodajalca seznaniti z izvedenskim mnenjem samo v obsegu, ki je povzet v odločbi o priznanju ali zavrnitvi pravice iz invalidskega zavarovanja.<sup>143</sup> V odločbah ZZZS je poleg podatka o razlogu zadržanosti od dela (na primer bolezen, poškodba izven dela, poklicna bolezen, poškodba pri delu, nega), ki ga potrebuje za obračun nadomestila plače med začasno zadržanostjo od dela, naveden tudi režim gibanja zaposlenega v času odsotnosti. V skladu s pravili OZZ odločba imenovanega zdravnika ali zdravstvene komisije, ki jo prejme delodajalec, ne sme navajati podatkov o zdravstvenem stanju zavarovanca,<sup>144</sup> to je diagnoze bolezni oziroma poškodbe.

Inšpektorat za javni sektor je v inšpekcijskem nadzoru nad izvajanjem Zakona o splošnem upravnem postopku<sup>145</sup> (v nadaljevanju: ZUP) v ZZZS zavzel stališče, da omenjena določba pravil OZZ nima podlage v ZZVZZ<sup>146</sup> in zato posega v pravico delodajalca do pritožbe, saj delodajalec ob prejemu odločbe ni seznanjen z ugotovljenim dejanskim stanjem, dokazi (medicinska dokumentacija zavarovanca) in posledično razlogi, ki glede na ugotovljeno dejansko stanje narekujejo takšno odločbo. Tako je po mnenju inšpektorata delodajalcu onemogočeno, da se seznaniti z razlogi za odločitev ter uveljavi učinkovita pravna sredstva zoper odločitev. Takšen odstop od temeljnega načela pravice do pritožbe naj bi bila v nasprotju s 13. členom ZUP, ki določa, da ima stranka pravico pritožbe zoper odločbo, izdano na prvi stopnji, ter da je samo z zakonom mogoče predpisati, da v posameznih upravnih zadevah ni dovoljena pritožba.

Ministrstvo je določbo vsebinsko enako določbi drugega odstavka 238. člena pravil OZZ vključilo v Predlog Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju iz leta 2017 ter v delovno gradivo ZZVZZ-1 iz leta 2020, s čimer bi bilo nedvoumno zadoščeno zahtevi ZUP, vendar omenjeni gradivi nista bili nikdar obravnavani na vladi.

Edina informacija o zdravstvenem stanju zaposlenega, ki jo v skladu z veljavnimi predpisi lahko dobi delodajalec, izhaja iz navodila o dopustnem ravnanju v času bolniškega staleža, ki jih zaposlenemu poda zdravnik. Navodila o dopustnem ravnanju zavarovanca delodajalec lahko pridobi od zaposlenega ali od njegovega osebnega zdravnika, saj brez njih ob sumu zlorabe bolniškega staleža ne more ukrepati niti organizirati dela oziroma zagotoviti nadomeščanja odsotnega zaposlenega. Osebni zdravnik sme po mnenju informacijske pooblaščenke<sup>147</sup> in smernicah Informacijskega pooblaščenca delodajalcu posredovati podatke o režimu gibanja zaposlenega v času bolniškega staleža in o predvidenem času odsotnosti, vendar pa tega ni dolžan storiti.

Po mnenju informacijske pooblaščenke<sup>148</sup> delodajalec načeloma nima pravice vpogleda v posameznikovo zdravstveno kartoteko. Prav tako z vidika varstva osebnih podatkov ni dopustno, da

---

<sup>143</sup> Na podlagi drugega odstavka 46. člena Pravilnika o organizaciji in načinu delovanja izvedenskih organov Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije<sup>143</sup> (v nadaljevanju: pravilnik o organizaciji in načinu delovanja izvedenskih organov ZPIZ; Uradni list RS, št. 60/13, 6/15, 49/18 in 38/20).

<sup>144</sup> Na podlagi drugega odstavka 238. člena pravil OZZ.

<sup>145</sup> Uradni list RS, št. 24/06 – uradno prečiščeno besedilo, 105/06 – ZUS-1, 126/07, 65/08, 8/10, 82/13, in 175/20 – ZIUOPDVE, 203/20 – ZIUPOP DVE in 3/22 – Zdeb.

<sup>146</sup> Zapisnik o inšpekcijskem nadzoru št. 0610-204/2020-16 z dne 15. 10. 2022 in Zaključni zapisnik o opravljenem inšpekcijskem nadzoru, št. 0610-204/2020-19 z dne 25. 11. 2022.

<sup>147</sup> Št. 0712-1/2019/1260 z dne 24. 5. 2019.

<sup>148</sup> Št. 07121-1/2020/901 z dne 20. 5. 2020.

bi delodajalec prejemal podatke o zdravstvenem stanju od zdravnika, nekdanjega delodajalca ali drugih, ali da bi bil zaposleni dolžan obveščati delodajalca o konkretnih zdravstvenih težavah (to je o zdravstvenem stanju) in o konkretnem zdravljenju. V zvezi s tem po njenem mnenju tudi ni dopustno, da navodila delodajalca vsebujejo obveznost zaposlenega, da obvešča delodajalca o konkretnih znakih bolezni in da obvešča delodajalca o konkretnih navodilih, ki jih zaposlenemu da osebni zdravnik, če ta navodila presegajo informacije o splošnem režimu zdravljenja in njegovih razlogih, do katerih je delodajalec sicer upravičen (to je če na primer presegajo informacije o režimu gibanja in informacije iz potrdila o upravičeni zadržanosti od dela). Izjema so splošne informacije o režimu in razlogih zdravljenja – predviden čas bolniškega staleža, s strani zdravnika določen režim gibanja ter podatki, ki so navedeni na bolniškem listu (na primer bolezen, poškodba izven dela, poklicna bolezen, poškodba pri delu). Delodajalec je upravičen tudi do podatkov o omejitvah, ki so vezane na delovno zmožnost zaposlenega, kot na primer omejitve dela na višini, glede upravljanja s stroji in podobno, vendar brez diagnoze.<sup>149</sup> Vendar je delodajalec o tem obveščen šele ob vrnitvi zaposlenega na delo. Po mnenju informacijske pooblaščenke<sup>150</sup> je treba tudi podatke, iz katerih je mogoče sklepati o zdravstvenem stanju v ožjem pomenu besede (delazmožnost določene osebe, resnost zdravstvenih težav in podobno), šteti za podatek o zdravstvenem stanju in s tem za posebne vrste osebnih podatkov (oziroma občutljive osebne podatke).

Iz navedenega izhaja, da veljavni pravni okvir zagotavlja varstvo osebnih podatkov zaposlenega, ki se nanašajo na njegovo zdravje oziroma zdravstveno stanje. Tako je delodajalec močno omejen pri dostopanju do teh podatkov, po drugi strani pa mu odsotnost zaposlenega (predvsem dolgotrajnejša) povzroča različne negativne posledice. Ministrstvo v letu 2020 ni oblikovalo in sprejelo ukrepov, s katerimi bi omililo posledice, ki jih delodajalcem povzroča dolgotrajni bolniški stalež zaposlenega, tako da bi jim omogočilo pravočasno seznanjanje vsaj s predvidenim trajanjem bolniške odsotnosti zaposlenega ter z morebitnim skrajšanim delovnim časom in z možnimi potrebami po prilagoditvah delovnega procesa zdravstvenemu stanju zaposlenega po njegovi vrnitvi na delo. Tovrstne informacije bi delodajalcu lahko vsaj do neke mere omilile posledice, ki mu jih povzroča dolgotrajni bolniški stalež zaposlenega.

Ministrstvo tudi pred in po revizijskem obdobju ni izvajalo drugih aktivnosti v smeri oblikovanja in sprejemanja ukrepov, ki bi delodajalcu omogočili pravočasno seznanjanje s potrebnimi informacijami, ki bi mu služile pri boljši organizaciji dela in delovnih procesov v organizaciji in posledično pripomogle k zmanjševanju težav zaradi dolgotrajnega bolniškega staleža zaposlenih.

---

<sup>149</sup> Iz sodne prakse (odločba Vrhovnega sodišča Republike Slovenije, opr. št. VIII Ips 95/2011 z dne 3. 9. 2012 in odločba Višjega delovnega in socialnega sodišča, opr. št. Psp 443/2010 z dne 11. 11. 2010) sicer izhaja, da se omejitve za posamezna opravila ne smejo nanašati na opravila ali naloge, ki predstavljajo bistveno vsebino del zaposlenega v okviru delovnega mesta oziroma vrste del. Niti ZZVZZ niti pravila OZZ namreč ne dajejo pravne podlage imenovanemu zdravniku in zdravstveni komisiji za določanje omejitev zaposlenega pri delu. Omejitve pri delu so vezane na ugotavljanje invalidnosti in priznavanje pravic iz invalidskega zavarovanja, ne pa na bolniški stalež.

<sup>150</sup> Št. 0712-1/2019/1005 z dne 20. 5. 2019.

## 2.2.5 Kontrola začasne zadržanosti od dela

V reviziji nas je zanimalo tudi, ali je ministrstvo izvajalo aktivnosti v smeri zagotavljanja pravnih oziroma strokovnih podlag, ki bi ob istovrstnih diagnozah podpirale enotna priporočena ravnanja zavarovancev v času bolniškega staleža, ki jih poda zdravnik, ter ali je bilo ministrstvo aktivno v smeri zagotavljanja pravnih podlag, ki bi omogočale učinkovitejše sankcioniranje zavarovancev v primeru kršitve navodil o ravnanju v času zadržanosti od dela, vse z namenom učinkovitejšega obvladovanja bolniškega staleža.

### 2.2.5.1 Zagotavljanje podlag za enotnost priporočenih ravnanj v času začasne zadržanosti od dela ter za izvajanje kontrol začasne zadržanosti od dela

Osnovna merila o tem, kdaj gre za zlorabo bolniškega staleža, opredeljuje ZDR-1 z določbo<sup>151</sup>, da lahko delodajalec delavcu izredno odpove pogodbo o zaposlitvi, če delavec v času odsotnosti z dela zaradi bolezni ali poškodbe ne spoštuje navodil pristojnega zdravnika, imenovanega zdravnika oziroma zdravstvene komisije ali če v tem času opravlja pridobitno delo ali brez odobritve pristojnega zdravnika, imenovanega zdravnika ali zdravstvene komisije odpotuje iz kraja svojega bivanja.

Delodajalec lahko nadzoruje svoje zaposlene, ali se držijo pravil, ki izhajajo iz določbe ZDR-1 in so vezana na bolniški stalež, predvsem je za to zainteresiran v času, za katerega izplačuje nadomestilo plače. V času dolgotrajne bolniške odsotnosti pa ima za nadzor večji interes ZZS kot izplačevalec nadomestila plače. Za izvajanje laične kontrole s strani ZZS obstaja le posredna pravna podlaga, ki izhaja iz 35. člena ZZVZZ<sup>152</sup>. Ta določa, v katerih primerih in za kolikšen čas zavarovanec ni upravičen do nadomestila ali pa se izplačilo nadomestila plače zadrži. Iz tega člena ZZVZZ pa ne izhaja, kdo naj bi bil (poleg pooblaščenega zdravnika in zdravniške komisije) nadzorni organ, ki lahko ugotovi, da se zavarovanec ne ravna po navodilih.

Ministrstvo je določbo, ki ureja laični nadzor (obsega definicijo laičnega nadzora; imenovanega zdravnika določa kot upravičeno osebo, ki je pristojna za podajo zahteve za nadzor, ter ureja položaj in pravice laičnega nadzornika), vključilo v delovno gradivo ZZVZZ-1 iz leta 2020, ki pa ni bilo posredovano v nadaljnjo obravnavo.

ZZS ima podlago za izvajanje kontrole začasne zadržanosti od dela (laične kontrole) le v 266. členu pravil OZZ, za izvajanje nadzora pa lahko pooblasti tudi ustrezne pravne ali fizične osebe. Pri nadzoru izvajalci laične kontrole ugotavljajo, ali je ravnanje zavarovanca v skladu z navodili osebnega zdravnika oziroma imenovanega zdravnika ali zdravstvene komisije, pri čemer izvajalci laične kontrole nimajo pravice vpogleda v zdravstveno dokumentacijo bolnikov.

Pravila OZZ v 233. členu določajo, da osebni zdravnik ali imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija opredeli začasno zadržanost od dela z datumom njenega začetka in zaključka. V času zadržanosti od

---

<sup>151</sup> Osmo alinejo prvega odstavka 110. člena.

<sup>152</sup> Tretja alineja drugega odstavka 35. člena: Zavarovancu se zadrži izplačevanje nadomestila, če pooblaščen zdravnik, zdravniška komisija ali nadzorni organ ugotovi, da se ne ravna po navodilih za zdravljenje ali če brez dovoljenja zdravnika odpotuje iz kraja stalnega prebivališča.

dela mora osebni zdravnik ali imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija zavarovancu dati navodila o ravnanju v času zadržanosti od dela (režim življenja, strogo ležanje, počitek, sprehodi in tako naprej). V času zadržanosti od dela zaradi bolezni, poškodbe ali nege mora biti zavarovanec, ki se zdravi doma, v času takšne zadržanosti na svojem domu. Odsotnost od doma je možna ob odhodu na zdravniški pregled, terapijo oziroma v primerih, ko odsotnost ne vpliva negativno na potek zdravljenja oziroma če zdravnik ali imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija to odredita ali dovolita. Za odhod izven kraja bivanja je vedno potrebna odobritev osebnega zdravnika. V primerih kršenja navodil mora imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija pozvati zavarovano osebo na sejo senata in ugotoviti, ali so še podani razlogi za začasno nezmožnost za delo.

Nespoštovanje navodil v času odsotnosti z dela zaradi bolezni ali poškodbe je v ZDR-1 opredeljeno kot eden od možnih razlogov za izredno odpoved pogodbe o zaposlitvi s strani delodajalca, iz sprejetih stališč sodišč pa izhaja, da navodila pristojnih zdravnikov zavarovancem velikokrat niso dovolj jasna oziroma iz njihovih navodil ne izhaja dovolj jasno, katera so tista ravnanja, ki so za posameznega zavarovanca dopustna. Zato je pomembna natančnost pri podajanju navodil in priporočil, po katerih naj se zavarovanec ravna, saj je ta glede na priporočila omejen pri telesnih aktivnostih in svojih ravnanjih. Poleg tega se laični kontrolorji pri nadzorih opirajo na zdravnikova navodila, zato je natančen zapis navodil za ravnanje in priporočil ter omejitev glede telesne aktivnosti v času bolniškega staleža pomemben.

Da morajo biti navodila zavarovancu jasna in nedvoumna ter dovolj določna, izhaja tudi iz sodne prakse.<sup>153</sup> Problem lahko nastane, ko zdravnik bolniku ne izroči pisnih navodil, ampak jih le vpiše v zdravstveni karton, bolniku pa jih poda le ustno<sup>154</sup>, ali pa so pisna navodila prekratka oziroma presplošna (na primer "bolnik mora mirovati doma")<sup>155</sup>. V prvem primeru bolnik ni seznanjen z vsebino navodil, v drugem primeru pa navodila ne predvidevajo nobenih odsotnosti z doma, niti ne na primer nujnega odhoda v lekarno. Zato sodišča večkrat naknadno ugotavljajo, kako določene aktivnosti bolnika izven omejitev zdravnika vplivajo na njegovo zdravje in na potek zdravljenja.<sup>156</sup> Ocenjujemo, da bi glede na vse navedeno ministrstvo moralo poskrbeti za ustrezno pravno podlago, v kateri bi bilo natančno določeno, v kakšni obliki morajo biti navodila in priporočila zavarovancem podana.

V revizijskem poročilu o dodeljevanju denarnih nadomestil ZZZS v letu 2007<sup>157</sup> je računsko sodišče priporočilo, naj ZZZS sprejme ustrezne usmeritve za presojo in kvalifikacijo ravnanj zavarovancev med začasno zadržanostjo od dela kot podlago za odločanje laičnih kontrolorjev o odvzemu oziroma zadržanju nadomestil. Ocenili smo, da sodna praksa ne bi smela biti tista, ki oblikuje dovoljena ravnanja zavarovancev med bolniškim staležem, na podlagi obsežne sodne prakse pa smo lahko

---

<sup>153</sup> Na primer odločba Višjega delovnega in socialnega sodišča, opr. št. Psp 184/2004 z dne 18. 11. 2005.

<sup>154</sup> Na primer odločbi Višjega delovnega in socialnega sodišča, opr. št. Pdp 822/2018 z dne 7. 5. 2019; opr. št. Pdp 903/2018 z dne 8. 5. 2019.

<sup>155</sup> Na primer odločba Višjega delovnega in socialnega sodišča, opr. št. Pdp 311/2010 z dne 1. 7. 2010.

<sup>156</sup> Odločba Vrhovnega sodišča, opr. št. VIII Ips 278/2011 z dne 22. 5. 2012; odločba Višjega delovnega in socialnega sodišča, opr. št. Pdp 311/2010 z dne 1. 7. 2010; odločba Vrhovnega sodišča, opr. št. VIII Ips 6/2010 z dne 6. 9. 2011.

<sup>157</sup> Revizijsko poročilo *Dodeljevanje denarnih nadomestil Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije*, št. 1212-12/2008-21 z dne 22. 4. 2009, [URL: <https://www.rs-rs.si/revizije-in-revidiranje/arhiv-revizij/revizija/revizija-pravilnosti-izplacil-nadomestil-zavoda-za-zdravstveno-zavarovanje-slovenije-v-letu-2007-195/>], 14. 2. 2023.



sklepali, da obstaja potreba po poenotenju navodil glede ravnanj v času bolniškega staleža, iz posameznih odločb sodišč pa celo izhaja, da bi bilo mogoče nekatera ravnanja oziroma nabor dopustnih ravnanj med začasno odsotnostjo od dela zaradi določenega zdravstvenega stanja zavarovanca poenotiti in opredeliti.<sup>158</sup> Glede na navedeno smo preverili, ali so v revizijskem obdobju obstajale usmeritve za kvalifikacijo priporočenih ravnanj v času bolniškega staleža ali pa celo nabor dopustnih in priporočenih ravnanj med začasno odsotnostjo od dela zaradi določenega zdravstvenega stanja zavarovanca.

Nabor priporočenih ravnanj (ki bi bila odvisna od vrste diagnoze), po katerih naj bi se zavarovanec po priporočilu zdravnika ravnal v času začasne zadržanosti od dela, v državi ne obstaja. V zvezi s tem obstajajo le različna navodila ZZSZ, ki razpolaga s splošnimi navodili imenovanim zdravnikom in članom zdravstvenih komisij<sup>159</sup>, kako v odločbi vsebinsko opredeliti in zapisati navodila o ravnanju zavarovanca. Iz navodil izhaja, da mora biti navodilo jasno in prilagojeno karakteristikam posameznih zdravstvenih stanj.

### **Pojasnilo ministrstva**

*V zvezi s strokovnimi navodili in priporočili na področju zdravstva so najvišji strokovni organ na posameznem medicinskem področju RSK tisti, katerih naloga je oblikovanje strokovnih doktrin. V primeru potrebe po dodatnih navodilih, iz katerih bi izhajali dopustni opravki v času bolniške odsotnosti, bi o tem morala razpravljati RSK za MDPŠ ter RSK za družinsko medicino. Ministrstvo ne razpolaga z informacijo, da bi navedena RSK v zadnjih 5 letih obravnavala ali prejela v obravnavo zadevno problematiko. Pri podajanju navodil o ravnanjih med začasno odsotnostjo z dela je treba vsakega zavarovanca obravnavati posebej in prilagoditi priporočena ravnanja v času začasne zadržanosti z dela njegovemu (bolezenskemu) stanju, pogojem v katerih živi (na primer če živi sam/z družino/s hendikepiranim partnerjem, za katerega skrbi), ali pa predvideti njegove morebitne odsotnosti zaradi dejavnosti, ki so namenjene pospeševanju zdravljenja (na primer obisk fizioterapevta in drugih vrst terapij ter različne oblike gibanja – sprehodi, plavanje).*

Kot smo že navedli v točki 2.2.3, je RSK resda najvišji in avtonomni strokovni organ določene stroke, vendar je vsak RSK dolžan ministrstvu posredovati zapisnik seje, poleg tega mora ministrstvu predložiti letno poročilo o svojem delu v preteklem letu, na zahtevo ministrstva pa poroča o svojem delu tudi med letom. Če RSK v 6 mesecih od imenovanja ne skliče nobene seje, če se ne odziva na dopise ministrstva ali če ne izvaja svojih nalog, ga lahko minister razpusti.<sup>160</sup> Naloge RSK<sup>161</sup> so med drugim tudi pripravljane strokovnih stališč, analiz in ocen stanja za ministrstvo ter priprava strokovnih stališč za ministrstvo o posameznih strokovnih vprašanjih s področja RSK. Iz pravilnika o RSK tako izhaja, da vsak RSK odgovarja ministrstvu in da avtonomnost RSK s področja družinske medicine ter RSK s področja MDPŠ ne preprečuje ministrstvu, da uporabi možnosti podajanja

---

<sup>158</sup> Odločbe vsebujejo zapis, kot na primer "saj takšne bolnike celo spodbujajo, da so fizično aktivni" – Odločba Višjega delovnega in socialnega sodišča, opr. št. Pdp 1174/2007 z dne 29. 11. 2007.

<sup>159</sup> Navodila o ravnanju v času začasne nezmožnosti za delo (delo v delovnem času, krajšem od polnega); okrožnica št. 180-115/2010-DI/I z dne 22. 4. 2010; Navodilo za izvajanje laične kontrole v povezavi s postopkom ugotavljanja začasne nezmožnosti za delo in postopkom odvzema oz. zadržanja pravice do nadomestila plače, št. 0072-16/2011-DI/1 z dne 18. 7. 2011; okrožnica št. 180-99/2016-DI/I z dne 23. 9. 2016.

<sup>160</sup> 18. člen pravilnika o RSK.

<sup>161</sup> 9. člen pravilnika o RSK.

predlogov o obravnavi posameznih strokovnih vprašanj pristojnemu RSK, v tem primeru, ali bi bilo strokovno ustrezno oblikovati nabor priporočenih ravnanj ob posameznih vrstah diagnoz, ter mu predlagati, da prouči, ali bi lahko to prispevalo k poenotenju priporočenih ravnanj zavarovancem ob pogostejših vrstah diagnoz. Ravno nasprotno, RSK je dolžan obravnavati vprašanja, ki jih nanj naslovi ministrstvo, vendar pa navedenih vprašanj ministrstvo na RSK za MDPŠ in na RSK za družinsko medicino ni naslovalo.

Nabor priporočenih ravnanj ob pogostejših diagnozah bi po naši oceni lahko pripomogel k enotnejši praksi zdravnikov, predvsem pa k zmanjšanju tveganj nejasnih navodil zavarovancem, kar bi posledično zmanjšalo tveganje kršitev navodil s strani zavarovancev, obenem pa bi pripomoglo tudi k učinkovitejši kontroli bolniškega staleža in s tem doseganju njenega namena, to je odkrivanje zlorab. Prav tako bi lahko pripomoglo k zmanjšanju dvoma delodajalca v svojega zaposlenega glede dopustnih ravnanj med njegovo začasno odsotnostjo z dela in s tem k zmanjšanju obsega izvedenih nadzorov delodajalcev nad ravnanji zaposlenih v času bolniškega staleža. Sicer iz mnenja informacijske pooblaščenke<sup>162</sup> izhaja, da delodajalec lahko od zaposlenega ali od druge osebe pridobi informacije o gibanju zaposlenega med bolniško odsotnostjo (čas, vrsta oziroma način gibanja in lokacija), če se te informacije nanašajo na režim gibanja, ki ga je določil pacientov zdravnik, in so te informacije tudi sicer sorazmerne (po obsegu in vsebini primerne in nujno potrebne) z vidika zakonitega nadzora ali uveljavljanja pravic in obveznosti iz delovnega razmerja in če je na voljo pravna podlaga za pridobivanje od drugih oseb (na primer praviloma je pridobivanje dopustno od osebnega zdravnika zaposlenega, prijavitelja, detektiva) ali če je informacije zaposleni sporočil prostovoljno (na primer v postopku reševanja delovnega spora).

Ministrstvo je nekatere pomanjkljivosti obstoječe ureditve glede navodila o ravnanju med začasno zadržanostjo od dela, ki ga zavarovanec prejme od osebnega zdravnika, imenovanega zdravnika ali zdravstvene komisije, skušalo urediti v delovnem gradivu ZZVZZ-1 iz leta 2020. Predlagalo je člen, ki natančneje določa, v katerih primerih je lahko zavarovanec med začasno zadržanostjo od dela, ko se zdravi doma, odsoten od doma<sup>163</sup>, ter da je za odhod zavarovanca izven kraja njegovega prijavljenega prebivališča vedno potrebna odobritev osebnega zdravnika. Predlagani člen je določal še, da osebni zdravnik posreduje navodilo o ravnanju med začasno zadržanostjo od dela zavarovancu in njegovemu delodajalcu na njuno zahtevo v pisni obliki.

Ministrstvo do priprave delovnega gradiva ZZVZZ-1 iz leta 2020 ni bilo aktivno v smeri oblikovanja poenotenih dopustnih ravnanj v času začasne odsotnosti z dela. Ocenjujemo, da je s tem, ko je v delovno gradivo ZZVZZ-1 iz leta 2020 vključilo natančnejše/strožje/vsebinsko popolnejše določbe v zvezi z navodili o priporočenem ravnanju med začasno zadržanostjo od dela v primerjavi z veljavnimi določbami ZZVZZ, sicer prispevalo k zagotavljanju bolj učinkovitega obvladovanja bolniškega staleža, vendar pa delovnega gradiva ZZVZZ-1 iz leta 2020 zaradi menjav na čelu ministrstva in epidemije covid-19 nikoli ni predložilo v nadaljnjo obravnavo.

---

<sup>162</sup> Št. 07121-1/2020/1794 z dne 8. 10. 2020.

<sup>163</sup> Zaradi odhoda na zdravstveno storitev; zaradi nujnih nakupov in drugih nujnih opravkov, če teh namesto njega ne more opraviti druga oseba; ko je gibanje potrebno zaradi njegovega zdravstvenega stanja ali odsotnost z doma ne vpliva negativno na potek zdravljenja; ko zanj skrbi oseba v kraju prijavljenega prebivališča te osebe.

### 2.2.5.2 Izvajanje kontrole začasne zadržanosti od dela

Iz navodila za izvajanje laične kontrole izhaja, da je naloga laičnega kontrolorja izključno v tem, da v zapisnik zabeleži dejstvo, ali je zavarovanca v času kontrole našel na svojem domu ali ne oziroma kje ga je našel ter kaj je zavarovanec v času opravljene laične kontrole počel (na primer počival, žagal drva na domačem dvorišču, opravljal delo v svojem lokalu in podobno). Na podlagi ugotovitev laičnega kontrolorja se imenovani zdravnik, ki je naročil kontrolo, odloči za morebitne ukrepe.

Iz Letnega poročila ZZS 2020 izhaja, da je epidemija covid-19 v letu 2020 posegla tudi na področje izvajanja laičnih kontrol, saj je bilo izvajanje v prvem delu leta za nekaj časa ustavljeno. V letu 2020 je bilo izvedenih 3.310 kontrol, kar je bilo le nekaj manj kot v letih 2015, 2016 in 2018, ko je bilo opravljenih med 3.471 in 3.485 kontrol, v letu 2019 pa je bilo opravljenih 3.969 kontrol. Najpogosteje so bili v letu 2020 nadzorovani zaposleni (76,1%), nato samozaposleni (18,3 %), kmetje (5 %) in zavarovanci, ki so prejemniki denarnih nadomestil po prenehanju delovnega razmerja (0,7 %). Kontrole so se v letu 2020 tako kot v prejšnjih letih izvajale ciljano. Zato so bile najpogostejše kontrole pri številčno največjih kategorijah zavarovancev in kategorijah, pri katerih po izkušnjah večkrat prihaja do kršitev ravnanja v času bolniškega staleža (na primer samozaposleni).

V letu 2020 so se kršitve po ugotovitvah laičnih nadzornikov nanašale predvsem na neupravičeno odsotnost od doma in opravljanje pridobitnega dela. Od skupno 3.310 izvedenih laičnih kontrol je bila v 216 primerih (6,5 %) ugotovljena kršitev navodil za čas začasne zadržanosti od dela, kar je primerljivo z letom 2019 (6,4 %). Največji delež kršitev glede na opravljene kontrole po posameznih kategorijah zavarovancev je bil ugotovljen pri samozaposlenih, in sicer 10 % od vseh opravljenih kontrol pri tej kategoriji, in se je v primerjavi z letom poprej rahlo znižal (11,2 % v letu 2019). Kmetje so druga največja kategorija zavarovancev po ugotovljenem deležu kršitev, delež ugotovljenih kršitev pa je znašal 8 %, kar je enako kot v letu 2019. Pri posameznih zavarovancih je bila na podlagi zahteve imenovanega zdravnika zaradi odsotnosti zavarovanca ali zaradi ugotovitev, da zavarovanec v času bolniškega staleža opravlja pridobitno delo, kontrola opravljena večkrat. V letu 2020 so imenovani zdravniki na podlagi ugotovljenih kršitev v 63 primerih (117 v letu 2019) pri zavarovancih zaključili začasno zadržanost od dela, v 16 primerih (44 v letu 2019) je bilo ugotovljeno, da so zavarovanci zmožni za delo v krajšem delovnem času, v 6 primerih (7 v letu 2019) so bili zavarovanci vabljeni na osebno predstavitev, v 36 primerih (52 v letu 2019) pa je bila zadeva odstopljena na oddelek za izvajanje obveznega zdravstvenega zavarovanja. Od tega je bila odločba o odvzemu nadomestila izdana v 13 primerih (enako kot v letu 2019). ZZS v Letnem poročilu ZZS 2020 še navaja, da so ukrepi, ki jih lahko izreče ZZS zaradi posameznih ugotovljenih kršitev, omejeni. Od marca 2015 do leta 2020 je ZZS redno zaposloval 3 laične kontrolorje, čeprav bi jih po mnenju ZZS za učinkovito delo potreboval več.

Glede na določbe 35. člena ZZVZZ zavarovanec ni upravičen do nadomestila med začasno zadržanostjo od dela, če v tem času opravlja pridobitno delo, izplačevanje nadomestila pa se mu zadrži, če se brez opravičenega vzroka ne odzove vabilu na zdravniški pregled ali zdravniško komisijo ali pa če pooblaščen zdravnik, zdravniška komisija ali nadzorni organ ugotovi, da se ne ravna po navodilih za zdravljenje, ali če brez dovoljenja zdravnika odpotuje iz kraja stalnega prebivališča. Izplačevanje nadomestila se zadrži za čas, dokler se zavarovanec ne javi, ne pride na pregled oziroma dokler se ne začne ravnati po navodilu zdravnika, zadržano nadomestilo se mu nato izplača za ves čas opravičene zadržanosti od dela. Vsebinsko podobni sta tudi določbi 146. in 147. člena pravil OZZ, pri tem pa je v 147. členu določeno zadržanje nadomestila tudi, če zavarovanec laičnemu kontrolorju onemogoči opraviti kontrolni obisk in če odkloni ali neupravičeno odloži predlagano

zdravljenje bolezni oziroma poškodbe, ki bi ga zavod zagotovil, in s tem neupravičeno podaljšuje začasno nezmožnost za delo. Poleg tega je določeno tudi, da se zadržano nadomestilo zavarovancu izplača za ves čas opravičene zadržanosti od dela, ko so odpravljeni razlogi za zadržanje. Nadomestilo se ne izplača za obdobje, za katero je bil zavarovanec odsoten z dela po svoji krivdi in v primerih iz prejšnjega člena pravil. Če zavod ali imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija odloči, da je bil zavarovanec neupravičeno odsoten z dela, mu za ta čas ne pripada nadomestilo. Če je nadomestilo že prejel, zavod uvede postopek za vračilo izplačanega zneska.

Že v revizijskem poročilu o dodeljevanju denarnih nadomestil ZZS v letu 2007 smo opozorili, da izvajanje laične kontrole le izjemoma povzroči odvzem ali zadržanje nadomestila plače<sup>164</sup>, in ocenili, da obstoječa pravna ureditev izvajanja laične kontrole, ki omejuje možnost sankcioniranja kršitev na najmanjšo možno mero<sup>165</sup>, ni učinkovita, na kar smo ponovno opozorili v reviziji dela poslovanja ZZS v obdobju od leta 2009 do dela leta 2012<sup>166</sup>. Ocenjujemo, da bi bile z ustrežnejšo zakonsko podlago, ki bi natančneje opredelila sankcije glede na vrsto kršitve zavarovancev med bolniškim staležem, tudi laične kontrole učinkovitejše. ZZS se že daljše obdobje zavzema za strožje sankcioniranje kršitev v času zadržanosti od dela, tako zaradi sprejemanja večje odgovornosti zavarovancev za lastno zdravje kot tudi za smotrno porabo sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja. Tako je v Predlogu Zakona o spremembah in dopolnitvah ZZVZZ<sup>167</sup> iz 2013, ki ga je podal ministrstvu, predlagal tudi strožje sankcije v primeru kršitev navodil o ravnanju za čas nezmožnosti zavarovanca za delo. Pri tem se je skliceval tudi na ugotovitve računskega sodišča iz preteklih revizij. Predlagal je, da zavarovanec, pri katerem je bila ugotovljena ena od kršitev, ki so taksativno našteje v 35. členu ZZVZZ, ne bi bil upravičen do nadomestila v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja. Tako bi bila v primeru ugotovljene kršitve namesto zadržanja nadomestila kot sankcija določen njegov odvzem. Kot razlog za neizplačilo nadomestila, izrecno zapisan v zakonu, je ZZS predlagal tudi odklonitev (brez utemeljenih razlogov) ali neupravičen odlog predlaganega zdravljenja, ki ga zagotovi ZZS. Neustrezno bi bilo, da bi bila oseba, ki zavestno odkloni zdravljenje, ki bi ji lahko omogočilo hitrejšo vrnitev na delovno mesto, ter na ta način podaljšuje svojo začasno nezmožnost za delo, upravičena do nadomestila za čas nezmožnosti za delo. Zavarovanec namreč ne more pričakovati, kljub pravici do zavrnitve predlaganega medicinskega posega oziroma zdravstvene oskrbe<sup>168</sup>, da bi mu z odklonitvijo ene od pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja pripadala druga, ki ob uresničitvi prve dejansko ne bi bila potrebna.

Ministrstvo je v delovno gradivo ZZVZZ-1 iz leta 2020 vključilo strožje določbe v zvezi z omejevanjem izplačila denarnega nadomestila za čas začasne zadržanosti od dela, razširilo pa je tudi nabor

<sup>164</sup> ZZS je v celotnem letu 2007, na podlagi 1.995 opravljenih laičnih kontrol, le v 1 primeru izdal odločbo o odvzemu pravice do nadomestila plače, in sicer za 1 dan.

<sup>165</sup> Restriktivno tolmačenje pravne ureditve je razvidno iz pravnomočnih sodb Višjega delovnega in socialnega sodišča ter Vrhovnega sodišča. Na primer Vrhovno sodišče v odločbi z opr. št. VII Ips 89/2004 z dne 7. 12. 2004, podobno v odločbi z opr. št. VIII Ips 6/2010 z dne 6. 9. 2011 ter Višje delovno in socialno sodišče v odločbi z opr. št. Pdp 638/2011 z dne 1. 9. 2011 in v odločbi z opr. št. Pdp 651/2011 z dne 17. 11. 2011.

<sup>166</sup> Revizijsko poročilo *Prejem, obdelava in nadzor zahtevkov na Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije*, št. 320-5/2011/77 z dne 11. 12. 2012, [URL: <https://www.rs-rs.si/revizije-in-revidiranje/arhiv-revizij/revizija/revizija-smotrnosti-poslovanja-na-zavodu-za-zdravstveno-zavarovanje-slovenije-386/>], 14. 2. 2023.

<sup>167</sup> Predlog Upravnega odbora ZZS, št. 0070-10/2013-DI/1 z dne 13. 6. 2013.

<sup>168</sup> 30. člen ZPacP.

primerov, v katerih se to izvede<sup>169</sup>, in s tem upoštevalo tudi predloge ZZS, podane v Predlogu Zakona o spremembah in dopolnitvah ZZVZZ iz 2013. V delovno gradivo ZZVZZ-1 iz leta 2020 je ministrstvo vključilo tudi določbo, da v primeru kršitve navodila o ravnanju med začasno zadržanostjo od dela imenovani zdravnik zavarovanca pozove na osebno obravnavo zaradi odločitve, ali so še podani razlogi za začasno zadržanost od dela. S tem, ko je ministrstvo v delovno gradivo ZZVZZ-1 iz leta 2020 vključilo natančnejše/strožje/vsebinsko popolnejše določbe v zvezi s sankcijami v primeru kršitev navodil o ravnanju med začasno zadržanostjo od dela, glede na veljavne določbe ZZVZZ, je sicer prispevalo k zagotavljanju bolj učinkovitega obvladovanja bolniškega staleža, vendar pa, ker delovnega gradiva ZZVZZ-1 iz leta 2020 ni predložilo v nadaljnjo obravnavo, ni zagotovilo natančnejših pravnih podlag za ustreznejše sankcioniranje kršitev navodil o ravnanju v času zadržanosti od dela, ki bi zagotavljale večjo učinkovitost pri obvladovanju bolniškega staleža. Do vprašanja glede organizacije dela laičnih nadzornikov v smeri večje učinkovitosti njihovega dela ter glede strožjih sankcij v primeru kršitev med začasno zadržanostjo od dela naj bi se opredelila delovna skupina za absentizem, ki pa je bila, kot smo že navedli v točki 2.1, ustanovljena leta 2021, torej po obdobju, na katero se nanaša revizija.

## **2.2.6 Ugotavljanje delazmožnosti, napotitev na invalidsko komisijo ter postopek ugotavljanja invalidnosti**

### **2.2.6.1 Ugotavljanje delazmožnosti in napotitev na invalidsko komisijo**

V reviziji smo preverili, ali je ministrstvo zagotovilo izvedbo ukrepov (izvedbo analiz, sprejem smernic), ki bi omogočali enotnejši časovni interval odločanja zdravnikov o delazmožnosti zavarovancev, ki so dalj časa začasno nezmožni za delo, zlasti tudi glede na različne diagnoze, ter s tem prispevali k racionalizaciji postopkov. V ta namen smo preverili, ali in kako je definirano, v katerih primerih/diagnozah je primerno o delazmožnosti odločati v krajših oziroma daljših intervalih, ter ali je takšna ureditev ustrezna. Preverili smo tudi, ali obstajajo analize učinkovitosti morebitne večje vezanosti zdravnikov na vnaprej izdelana pravila. Preverili smo še, ali je ministrstvo ocenilo, ali bi bilo smiselno določiti časovni interval, po preteku katerega bi bilo primerno opraviti presojo o tem, ali je pričakovati izboljšanje zdravstvenega stanja, ki bo omogočilo povrnitev zavarovančeve delovne zmožnosti, ali pa je treba napotiti zavarovanca na invalidsko komisijo ter ali je imenovanim zdravnikom zagotovilo pravno podlago za napotitev zavarovanca na invalidsko komisijo.

Da bi lahko odgovorili na vprašanje, ali imajo zdravniki na voljo vse potrebne podlage za odločanje v postopkih, nas je zanimalo, ali obstajajo kakršnekoli usmeritve glede okvirnega povprečnega trajanja bolniškega staleža za posamezno vrsto diagnoze (povezava s točko 2.2.3). V nadaljevanju pa nas je zanimalo, ali obstajajo smernice ali usmeritve o tem, pri katerih diagnozah je primerno o zadržanosti odločati v krajših oziroma daljših intervalih, ali pa je to izključno prepuščeno odločitvi posameznega zdravnika.

---

<sup>169</sup> Ko zavarovanec opravlja pridobitno delo; ko brez utemeljenih razlogov odkloni ali obrazloži predlagano zdravstveno obravnavo in s tem podaljšuje začasno nezmožnost za delo; ko se brez utemeljenega razloga ne odzove na osebno obravnavo v postopku uveljavljanja pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja ali pokojninskega in invalidskega zavarovanja; ko ne ravna po navodilu o ravnanju med začasno zadržanostjo od dela.

Ugotovili smo, da je edina pravna določba, ki predpisuje pogostost odločanja o delazmožnosti zavarovanca, določba prvega odstavka 245. člena pravil OZZ, ki nalaga imenovanim zdravnikom, da morajo, če je zavarovanec začasno nezmožen za delo dalj časa, odločiti o njegovi delazmožnosti praviloma vsaka 2 meseca, razen če že vnaprej ocenijo, da bo upravičena odsotnost z dela trajala dalj časa. Ne glede na to določbo lahko imenovani zdravnik skladno z drugim odstavkom 245. člena pravil OZZ odloči o zavarovančevi začasni nezmožnosti za delo tudi prej. V tem primeru praviloma pokliče zavarovanca na pregled. Zdravniki pa nimajo na voljo smernic oziroma usmeritev o tem, pri katerih diagnozah bi bilo primerno o zadržanosti odločati v krajših oziroma daljših intervalih.

Zanimalo nas je, ali se v državi spremlja pogostost odločanja posameznega imenovanega zdravnika o delazmožnosti zavarovanca. Tovrsten podatek bi po naši oceni lahko služil kot analitični pokazatelj povprečnega intervala odločanja, v katerem se večina zdravnikov odloči o delazmožnosti zavarovanca, in kot pokazatelj pomembnih odstopanj od tega povprečja, predvsem če bi se tovrstni podatki spremljali po posameznih vrstah diagnoz.<sup>170</sup> Tovrstni podatki bi lahko služili tudi kot podlaga za nadaljnje raziskovanje vzrokov za odstopanja od povprečnih intervalov pogostosti odločanja. V primeru ugotovljenih pomembnih odstopanj v pogostosti odločanja pri istovrstni diagnozi bi veljalo posamezne primere raziskati in ugotoviti vzrok za odstopanja (ki bi lahko bili na primer čakanje na izvide zdravnikov specialistov, čakanje na operativni poseg, izvajanje potrebnih terapij ali drugi). Tovrstne analize bi torej lahko služile kot podlaga za oblikovanje usmeritev, ki bi zdravnikom služile kot informacija, kako pogosto se v povprečju odloča o delazmožnosti pri posameznih diagnozah (seveda ne v smislu avtomatičnega odločanja po nekem določenem obdobju). Tovrstne usmeritve bi poleg splošnih usmeritev iz 245. člena pravil OZZ – dopuščajoč specifične posameznika in avtonomno odločanje zdravnikov, ter poleg usmeritev glede povprečnega trajanja bolniškega staleža za posamezno vrsto diagnoze lahko služile zdravnikom kot opomnik, kdaj je treba razmisliti o nadaljnjih postopkih glede na posamezno vrsto diagnoze zavarovanca (kar smo predstavili v točki 2.2.3), in s tem pripomogle k enotnejšemu delovanju zdravnikov ter posledično skrajševanju dolgotrajnih bolniških staležev.

Ministrstvo podatkov o pogostosti odločanja zdravnikov o delazmožnosti zavarovancev ni spremljalo oziroma ni poskrbelo za pravno podlago, s katero bi naložilo to obveznost drugim izvajalcem in si obenem zagotovilo dostop do tovrstnih podatkov in analiz. Na podlagi tovrstnih podatkov in analiz bi ministrstvo lahko ugotavljalo, ali so usmeritve o pogostosti odločanja o delazmožnosti pri posameznih diagnozah zavarovanca zdravnikom sploh potrebne oziroma ali bi lahko privedle do željenih učinkov, to je do enotnejšega in pravočasnega odločanja zdravnikov o delazmožnosti zavarovancev, tudi z namenom boljšega obvladovanja dolgotrajnega bolniškega staleža. Je pa ministrstvo v delovnem gradivu ZZVZZ-1 iz leta 2020 predlagalo drugačno ureditev glede strokovnih podlag za ocenjevanje začasne delazmožnosti zavarovancev, in sicer z vključevanjem specialistov MDPŠ, s čimer je nakazalo potrebo po spremembi obstoječe ureditve. Po tem predlogu bi moral imenovani zdravnik zavarovanca, ki je v bolniškem staležu zaradi bolezni ali poškodbe dlje kot 3 koledarske mesece in pri katerem domneva, da bi se namesto staleža lahko začasno zaposlil na drugem delovnem mestu ali bi lahko delal s skrajšanim delovnim časom, napotiti na pregled zaradi ugotavljanja delazmožnosti k specialistu MDPŠ.

---

<sup>170</sup> ZZVS spremlja in obdeluje podatke o pogostosti odločanja imenovanih zdravnikov o delazmožnosti zavarovancev glede na določbe 245. člena pravil OZZ.

S tem, ko je ministrstvo v delovno gradivo ZZVZZ-1 iz leta 2020 vključilo rešitev v smeri skrajševanja bolniškega staleža s pomočjo napotitve zavarovanca k specialistu MDPŠ, je sicer ravnalo v smeri zagotavljanja podlag, ki bi lahko pripomogle k racionalizaciji postopkov in poenotenju kriterijev za ocenjevanje začasne delazmožnosti zavarovancev, in bolj učinkovitega obvladovanja bolniškega staleža, ker pa delovnega gradiva ZZVZZ-1 iz leta 2020 ni predložilo v nadaljnjo obravnavo, prav tako pa ni razpolagalo z analizami o ustreznosti obstoječe ureditve oziroma o potrebi po morebitnih usmeritvah zdravnikov, ki bi pripomogle k pravočasnim odločitvam v postopkih in s tem k skrajšanju bolniškega staleža, ni prispevalo k učinkovitejšemu obvladovanju bolniškega staleža.

Tudi v analizi stanja 2023 je predstavljen koncept, ki predvideva aktivno vlogo specialista MDPŠ v zgodnjem procesu obravnave in vračanja na delo delavca z zmanjšano delazmožnostjo, in sicer bi ga lahko delodajalec po svoji presoji vključil v oceno delazmožnosti delavca v obdobju subakutne zadržanosti delavca od dela (to je od 7 do 90 koledarskih dni odsotnosti). Aktivna vloga specialistov MDPŠ je predvidena tudi v kasnejših postopkih povrnitve delazmožnosti (nad 90 koledarskih dni odsotnosti).

Do uveljavitve Sprememb in dopolnitev Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja v letu 2020 je veljala določba 246. člena pravil OZZ, da je osebni zdravnik oziroma imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija dolžen napotiti zavarovanca na invalidsko komisijo, če oceni, da ni pričakovati izboljšanja zdravstvenega stanja, ki bi mu omogočilo tudi povrnitev njegove delovne zmožnosti. To je moral v vsakem primeru storiti, če je bil zavarovanec zadržan od dela zaradi bolezni ali poškodbe neprekinjeno eno leto. Z uveljavitvijo Sprememb in dopolnitev Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja je bila razveljavljena določba 246. člena pravil OZZ. Zanimalo nas je, ali je bil na strani ministrstva opravljen razmislek o tem, ali kljub ukinitvi navedene določbe obstajajo zadostne podlage, ki zagotavljajo časovno dinamiko napotitev zavarovancev (ob upoštevanju njihovih specifičnih zdravstvenih stanj) na invalidsko komisijo, tako da traja bolniški stalež le toliko časa, kot je to še ustrezno, s ciljem obvladovanja dolgotrajnih bolniških staležev. Zato nas je zanimalo, ali je bil opravljen razmislek o tem, ali bi bilo smiselno določiti časovni interval, po preteku katerega bi bilo treba opraviti presojo o tem, ali je sploh pričakovati izboljšanje zdravstvenega stanja, ki bo omogočilo povrnitev zavarovančeve delovne zmožnosti, ali pa je treba napotiti zavarovanca na invalidsko komisijo. Tu ne gre za vprašanje avtomatične napotitve na invalidsko komisijo, kot jo je določal 246. člen pravil OZZ, pač pa za razmislek o tem, ali bi na trajanje dolgotrajnega bolniškega staleža lahko ugodno vplivala določitev intervala, ki bi zavezoval zdravnika k temu, da preveri, ali je še mogoče in realno pričakovati izboljšanja zdravstvenega stanja, ki bo omogočilo povrnitev zavarovančeve delovne zmožnosti.

V analizi stanja 2023, ki je bila pripravljena po revizijskem obdobju, je predlagano konkretno obdobje bolniškega staleža, po preteku katerega bi moral izvedenski organ obvezno opraviti presojo nadaljnje delazmožnosti.

Od razveljavitve 246. člena pravil OZZ imenovani zdravniki v predpisih s področja zdravstva nimajo več pravne podlage za začetek postopkov pred invalidsko komisijo. ZZVZZ namreč v 34. členu ZZVZZ daje podlago za napotitev zavarovanca na invalidsko komisijo le osebnemu zdravniku in zdravniški komisiji. Določba ZPIZ-2<sup>171</sup>, skladno s katero se postopek ugotavljanja invalidnosti lahko prične med

---

<sup>171</sup> Drugi odstavek 178. člena.



drugim tudi na predlog zavarovančevega osebnega ali imenovanega zdravnika, je tako postala mrtva črka na papirju.

### **Pojasnilo ministrstva**

*Določba prvega odstavka 34. člena ZZVZZ je zadostna pravna podlaga imenovanim zdravnikom za podajanje predlogov za začetek postopka pred invalidsko komisijo, saj imenovani zdravnik lahko osebnemu zdravniku poda predlog za sprožitev postopka pred invalidsko komisijo za posamezne zavarovane osebe. Osebni zdravniki so namreč tisti, ki zavarovane osebe spremljajo skozi daljše obdobje in razpolagajo z vso zdravstveno dokumentacijo, ki se nanje nanaša.*

ZZZS je v sistemski analizi za skupino zavarovancev, ki so bili v bolniškem staležu več kot 3 leta<sup>172</sup>, ugotovil, da je bilo po 1 letu bolniškega staleža 38,2 % zavarovancev napotnih na obravnavo pred invalidsko komisijo. ZPIZ je za 63,7 % teh zavarovancev izdal odločbo z izrekom "zdravljenje še ni zaključeno" (povezava s točko 2.2.6.2). Po 3 letih bolniškega staleža 15,65 % zavarovancev še vedno ni bilo napotnih v postopek pred invalidsko komisijo. Prvo odločbo invalidske komisije je 35,4 % zavarovancev prejelo v roku 2 let od prvega dne bolniškega staleža.

ZZZS je projektni skupini, ki jo je ustanovilo ministrstvo leta 2019, posredoval predlog<sup>173</sup>, da se z namenom rednega sodelovanja z ZPIZ in zaradi aktivnejše obravnave zavarovancev sprejme protokol/smernice za obravnavo posameznih primerov na strani obeh zavodov, ZPIZ in ZZZS, in sicer glede dolžnosti imenovanih zdravnikov, da opozarjajo osebne zdravnike na vlaganje predlogov na invalidsko komisijo in glede tekoče obravnave zavarovancev na invalidski komisiji. Ker projektna skupina ni delovala (več o tem že v točki 2.1), tudi predlagani protokol/smernice za delo obeh zavodov niso bile izdelane.

ZZZS je projektni skupini, ki je bila ustanovljena v 2019, posredoval predlog<sup>174</sup> za izgradnjo informacijske povezave ZZZS in ZPIZ za ažurno prejetje informacij o uvedbi in poteku invalidskih postopkov za potrebe odločanja o bolniškem staležu, kar pa zaradi nedelovanja te skupine ni moglo biti ne obravnavano in ne izvedeno.

V letu 2020 sta ZZZS in ZPIZ pričela izvajati implementacijo vzpostavitve elektronske izmenjave podatkov med ZZZS in ZPIZ<sup>175</sup>, ki naj bi omogočala pridobitev podatka o uvedbi in teku invalidskega postopka za vse zavarovance, ki so v bolniškem staležu v breme ZZZS.

Ministrstvo se zaveda problematike nezadostnega pretoka informacij med ZZZS in ZPIZ. Problematika bi bila lahko delno rešena z uvedbo enotnega izvedenskega organa, ki bi združeval na enem mestu tako zdravstveno kot invalidsko komisijo, torej postopka ugotavljanja začasne in trajne

---

<sup>172</sup> Na dan 30. 9. 2017.

<sup>173</sup> V dokumentu Predlog za takojšnje ukrepanje za obvladovanje absentizma in usklajenega (poenotnega) ravnanja ZPIZ/ZZZS, z dne 5. 9. 2019.

<sup>174</sup> V dokumentu Predlog za takojšnje ukrepanje za obvladovanje absentizma in usklajenega (poenotnega) ravnanja ZPIZ/ZZZS, z dne 5. 9. 2019.

<sup>175</sup> Izmenjava podatkov med ZPIZ in ZZZS z uporabo BiZPIZ za posredovanje podatkov o postopkih za oceno invalidnosti in priznanje pravici iz invalidskega zavarovanja – dopolnitev aplikacije Odločanje IZ in ZK.

(ne)zmožnosti za delo<sup>176</sup>. Po revizijskem obdobju je to rešitev predlagala tudi OECD v priporočilih OECD iz leta 2021, ministrstvo pa je pristopilo k začetnim aktivnostim za vzpostavitev tovrstnega organa v letu 2023 (več o teh aktivnostih v točki 2.2.6.2).

### 2.2.6.2 Postopek ugotavljanja invalidnosti

V reviziji smo preverili, ali je ministrstvo zagotovilo izvedbo ukrepov, ki bi prispevali k poenotenju kriterijev za ocenjevanje začasne in trajne delanezmožnosti.

Trajanje bolniškega staleža je lahko tudi posledica poteka postopkov ocenjevanja delovne (ne)zmožnosti pri pristojnih organih; najprej pri osebnem zdravniku, nato pri imenovanem zdravniku in zdravstveni komisiji pri ZZSZ, in če zavarovanec še vedno ne more delati, tudi pri invalidski komisiji ZPIZ. Ocenjevanje delavčeve začasne nezmožnosti za delo temelji na oceni zahtev njegovega delovnega mesta in delodajalca na eni strani ter na preostalih oziroma trenutnih zmožnostih zavarovanca, da ta dela opravi. V vseh primerih izvedenski organi pri ZPIZ dajejo<sup>177</sup> izvedenska mnenja o invalidnosti, preostali delovni zmožnosti in ustreznosti drugega delovnega mesta, telesni okvari, potrebi po stalni pomoči in postrežbi drugega, o potrebi po prilagoditvi prostorov in delovnih sredstev v zvezi s poklicno rehabilitacijo oziroma premestitvijo na drugo delo in dodatnih usposabljanjih in o drugih dejstvih, pomembnih za pridobitev pravic iz pokojninskega in invalidskega zavarovanja. Za takšne ocene so potrebne strokovne medicinske usmeritve in priporočila, čeprav vsak primer seveda potrebuje individualen pristop. Kljub temu obstaja tveganje, da zaradi odsotnosti poenotenih kriterijev za ugotavljanje delazmožnosti, tako organov ZZSZ kot ZPIZ, prihaja v posameznih primerih do razhajanj v odločitvah med zdravniki ZZSZ ter izvedenci ZPIZ, kar lahko povzroči podaljševanje postopkov ugotavljanja delazmožnosti in podvajanje stroškov zaradi ponavljajočih se opravljanj ocenjevanj zdravstvenih stanj in delovnih zmožnosti zavarovancev.

Postopek invalidnosti se od 8. 2. 2020 dalje lahko na podlagi ZZVZZ prične na predlog osebnega zdravnika oziroma zdravniške komisije ter na predlog izvajalca MDPŠ v soglasju z osebnim zdravnikom. Postopek je uveden<sup>178</sup>, ko ZPIZ prejme zahtevo za uvedbo postopka s popolno delovno

---

<sup>176</sup> Predlog uvedbe enotnega izvedenskega organa je bil predstavljen že v Beli knjigi o pokojninah iz leta 2016 ([URL: <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MDDSZ/pokojnine/Bela-knjiga-o-pokojninah.pdf>], 8. 3. 2022), v kateri je tudi sicer navedeno, da se ideja o enotnem izvedenskem organu pojavlja že dalj časa, za kar je bilo ustanovljenih že več delovnih skupin, katerih član je bilo tudi ministrstvo, pripravljenih pa je bilo tudi več vrst gradiv na temo nove organizacije za medicinsko izvedenstvo.

<sup>177</sup> 2. člen pravilnika o organizaciji in načinu delovanja izvedenskih organov ZPIZ.

<sup>178</sup> Četrty odstavky 20. členu pravilnika o organizaciji in načinu delovanja izvedenskih organov ZPIZ.

dokumentacijo<sup>179</sup> zavarovanca ter medicinsko dokumentacijo<sup>180</sup>, iz katere izhaja njegovo zdravstveno stanje in delovna zmožnost. Če se postopek začne na zahtevo zavarovanca ali njegovega zakonitega zastopnika in zahtevi ni priložena medicinska dokumentacija, mora uradna oseba ZPIZ v roku 15 dni od prejema zadeve od zavarovanca ali njegovega zakonitega zastopnika zahtevati, da zahtevo dopolni.<sup>181</sup> Delovno dokumentacijo zbere uradna oseba ZPIZ.<sup>182</sup>

Pravice iz obveznega zavarovanja pri ZPIZ se uveljavljajo po ZUP, če z ZPIZ-2 ni določeno drugače.<sup>183</sup> V primerih, ko se začne postopek na zahtevo stranke oziroma po uradni dolžnosti, če je to v interesu stranke, mora pristojni organ izdati odločbo in jo vročiti stranki najpozneje v 2 mesecih.<sup>184</sup> Kadar je za ugotovitev pravic iz zavarovanja, ki jih uveljavljajo zavarovanci, potrebno izvedensko mnenje, ga dajejo izvedenski organi ZPIZ, in sicer med drugim o invalidnosti ter o nezmožnosti za delo.<sup>185</sup> Če je v postopku ugotavljanja invalidnosti potrebno izvedensko mnenje, mora pristojni organ ZPIZ izdati odločbo najpozneje v 4 mesecih od dneva uvedbe postopka.<sup>186</sup> V roku 6 mesecev je treba izdati odločbo o pravicah iz pokojninskega in invalidskega zavarovanja z uporabo mednarodnih pogodb ter tudi odločbo v pritožbenih postopkih, ki se vodijo zoper odločbe, izdane v postopkih, kjer je bilo potrebno izvedensko mnenje.<sup>187</sup>

Čas od vložitve zahtevka do uvedbe postopka se imenuje pripravljalni postopek, ki po naši oceni tudi lahko vpliva na trajanje bolniškega staleža; ta čas se sicer ne všteva v 4-mesečni zakonski rok za izdajo odločbe o invalidnosti. Namen tega postopka je pridobivanje manjkajoče delovne dokumentacije od delodajalcev in dopolnjevanje medicinske dokumentacije ter priprava ostalih podatkov, ki so potrebni za ocenjevanje invalidnosti in preostale delovne zmožnosti zavarovancev.

---

<sup>179</sup> Praviloma vsebuje (25. člen pravilnika o organizaciji in načinu delovanja izvedenskih organov ZPIZ): naziv delodajalca, pri katerem je zavarovanec zaposlen ali je bil zaposlen; naziv in opis delovnega mesta, na katerem zavarovanec dela ali je delal; zahtevano strokovno izobrazbo; dejansko strokovno izobrazbo zavarovanca; dodatne usposobljenosti in delovne izkušnje; šifro dejavnosti; šifro in opis dejavnosti pri zavarovancih iz 15. do 17. člena ZPIZ-2; registrsko številko zavezanca za prispevek; število vseh zaposlenih pri delodajalcu; delovni čas pri delodajalcu; prihod na delo; obremenitve in škodljivosti na delovnem mestu, zdravstvene in psihofizične zahteve delovnega mesta, oceno obremenjenosti, stopnje zdravstvene ogroženosti in stopnje tveganja za nezgode; opise vseh del oziroma delovnih mest pri delodajalcu, na katerih bi zavarovanec lahko delal; mnenje delodajalca in zavarovanca o možnostih premestitve in smotrnosti poklicne rehabilitacije; mnenje delodajalca o potrebi po dodatnem usposabljanju zavarovanca z namenom ohranitve zaposlitve ali premestitve na drugo delovno mesto ter druge podatke, ki so pomembni za oceno invalidnosti.

<sup>180</sup> Po 24. členu pravilnika o organizaciji in načinu delovanja izvedenskih organov ZPIZ medicinsko dokumentacijo sestavljajo originalni izvidi ali reprodukcija le-teh, vendar s potrdilom izvajalca zdravstvene dejavnosti, da je reprodukcija avtentična.

<sup>181</sup> Drugi odstavek 20. člena pravilnika o organizaciji in načinu delovanja izvedenskih organov ZPIZ.

<sup>182</sup> Tretji odstavek 20. člena pravilnika o organizaciji in načinu delovanja izvedenskih organov ZPIZ. Seznam uradnih oseb, ki so pooblašene za odločanje o pravicah in obveznostih iz pokojninskega in invalidskega zavarovanja in za dejanja v postopku pred izdajo odločbe ter za pridobivanje posameznih podatkov iz uradnih evidenc (z dne 10. 4. 2017), je objavljen na [URL: [https://www.zpiz.si/cms/engine/download.php?actionID=inf&id=75&name=ZPIZ\\_Seznam+uradnih+oseb%2C+ki+so+poobla%C5%A1%C4%8Dene+za+odlo%C4%8Danje+o+pravicah+in+obveznostih.pdf](https://www.zpiz.si/cms/engine/download.php?actionID=inf&id=75&name=ZPIZ_Seznam+uradnih+oseb%2C+ki+so+poobla%C5%A1%C4%8Dene+za+odlo%C4%8Danje+o+pravicah+in+obveznostih.pdf)], 30. 1. 2023.

<sup>183</sup> Prvi odstavek 11. člena ZPIZ-2.

<sup>184</sup> Prvi odstavek 222. člena ZUP.

<sup>185</sup> 181. člen ZPIZ-2.

<sup>186</sup> Prvi odstavek 179. člena ZPIZ-2.

<sup>187</sup> Drugi odstavek 179. člena ZPIZ-2.

Ta se je v obdobju 2015–2020 postopoma daljšal, v letu 2015 je trajal 49 dni, v letu 2020 pa 60 dni.<sup>188</sup> ZPIZ v Letnem poročilu 2020 navaja, da je bil dodaten razlog za podaljšanje postopka glede na leto poprej daljši odziv delodajalcev v času epidemije covid-19, saj je bilo potrebno sodelovanje z specialisti MDPŠ, kar pa je bilo oteženo.

Predlog za uvedbo postopka z medicinsko dokumentacijo in zbrano delovno dokumentacijo pošlje uradna oseba ZPIZ invalidski komisiji I. stopnje. Osebni zdravniki so pri zbiranju medicinske dokumentacije dolžni upoštevati Seznam obvezne medicinske dokumentacije za uveljavljanje pravic na podlagi invalidnosti in preostale delovne zmožnosti<sup>189</sup>, na voljo pa imajo tudi Priročnik za ocenjevanje invalidnosti<sup>190</sup>, kjer je natančno naveden potreben obseg medicinske dokumentacije za oceno posameznih bolezenskih stanj. Po naši oceni bi bilo koristno razmisliti in pretehtati, ali bi bilo delovno dokumentacijo smiselno zbirati že pred začetkom postopkov na ZPIZ. Ocenjujemo, da bi bil potreben razmislek o ustreznosti načina izvajanja postopka zbiranja dodatne medicinske ter delovne dokumentacije, saj se čas njenega zbiranja pri ZPIZ iz različnih razlogov podaljšuje. Obstaja torej tveganje, da tudi ta faza v celotnem postopku ugotavljanja invalidnosti lahko vpliva na podaljševanje bolniškega staleža. Zato nas je zanimalo, ali je ministrstvo prepoznalo dolgotrajnost zbiranja delovne dokumentacije in dopolnjevanja medicinske dokumentacije kot tveganje za podaljševanje bolniških staležev in ali je posledično v zvezi s tem izvedlo kakršnekoli aktivnosti za zmanjšanje tega tveganja. Po naši oceni bi namreč lahko ministrstvo tudi za zmanjšanje tega tveganja pričelo z aktivnostmi za vzpostavitev enotnega izvedenskega organa, pri katerem bi se na enem mestu zbirale vse potrebne informacije in dokumentacija o zdravljenju ter o delovni zmožnosti zavarovanca. Na ta način bi pripomoglo h krajšim postopkom ugotavljanja invalidnosti in posledično skrajševanju bolniškega staleža. K lažjemu in hitrejšemu dostopanju do celotne potrebne dokumentacije za sprejemanje odločitev zdravnikov izvedencev pri ZPIZ bi po naši oceni pripomogla tudi dostopnost izvidov in strokovnih mnenj v elektronski obliki, ki bi bili istočasno dostopni vsem zdravnikom, udeleženi v postopku ugotavljanja začasne in trajne delanezmožnosti, kar bi tudi po mnenju ministrstva skrajšalo postopke zbiranja dokumentacije, potrebne za oceno začasne in trajne delanezmožnosti. Ministrstvo je namreč v reviziji navedlo, da je temu namenjena vzpostavitev Centralnega registra podatkov o pacientu<sup>191</sup>, ki pa zaenkrat tega še ne omogoča<sup>192</sup>. Ocenjujemo, da tudi po vzpostavitvi registra v smislu omogočanja dostopa do vseh izvidov in strokovnih mnenj o zdravstvenem stanju zavarovanca vsem zdravnikom, udeleženi v njegovem zdravljenju, ne bodo v celoti odpravljene težave pri zbiranju manjkajoče dokumentacije v postopkih ugotavljanja invalidnosti, saj je Centralni register podatkov o pacientu namenjen vsem izvajalcem zdravstvene dejavnosti<sup>193</sup>, kar pa ZPIZ ni (v letu 2020 je na primer v pritožbenem postopku invalidska komisija II. stopnje spremenila 26,2 % izvedenskih mnenj prvostopenjskega organa ZPIZ, vzroki pa so bili predvsem v tem, da so zavarovanci v svoji

---

<sup>188</sup> Podatki ZPIZ iz Letnega poročila 2020 in Letnega poročila 2015.

<sup>189</sup> 22. člen pravilnika o organizaciji in načinu delovanja izvedenskih organov ZPIZ.

<sup>190</sup> [URL: <http://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:doc-SR7QXXRU>], 14. 2. 2023.

<sup>191</sup> Enotni sistem za zbiranje in izmenjavo zdravstvenih podatkov o pacientih, katerega namen je omogočiti elektronsko izmenjavo zdravstvenih podatkov med izvajalci zdravstvenih dejavnosti tako, da bodo podatki dostopni vsem, ki obravnavajo paciente. Register upravlja in nadgrajuje NIJZ.

<sup>192</sup> Kar je razvidno tudi iz [URL: <https://podpora.ezdrav.si/faq/kdo-ima-vpogled-v-crpp/>], 2. 2. 2023.

<sup>193</sup> Razvidno iz [URL: [https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/digitalizacija\\_zdravstva\\_in\\_storitve\\_ezdravja\\_v\\_sloveniji\\_20.10.2020.pdf](https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/digitalizacija_zdravstva_in_storitve_ezdravja_v_sloveniji_20.10.2020.pdf)], 6. 2. 2023.

pritožbi priložili veliko dodatne medicinske dokumentacije, ki ni bila dostopna izvedencem invalidske komisije I. stopnje, je pa nastala pred izdajo odločbe in jo je morala invalidska komisija II. stopnje skladno z veljavno zakonodajo upoštevati<sup>194</sup>.

Iz letnih poročil ZPIZ izhaja, da je bil vsakoletni cilj zavoda skrajševanje časa reševanja zahtevkov ter povečanje števila rešenih zadev v zakonskem roku. V obdobju 2015–2017 se je delež rešenih zadev v zvezi s postopki ugotavljanja invalidnosti (ocena na invalidski komisiji in razvrstitvena odločba) v zakonskem roku gibal med 65,4 % (v letu 2017) in 82,6 % (v letu 2015), v letu 2020 se je ta delež zmanjšal s 53,9 % v letu 2018 na 45,5 %. V letnem poročilu ZPIZ za leto 2020 je za to navedenih več razlogov, in sicer kadrovska problematika zdravnikov izvedencev, omejeno delovanje invalidskih komisij v času epidemije covid-19 ter slabši časovni odziv delodajalcev pri pošiljanju delovne dokumentacije. ZPIZ spremlja tudi vmesni povprečni čas trajanja postopka za oceno na invalidski komisiji, ki zajema čas od popolne medicinske in delovne dokumentacije do podaje izvedenskega mnenja, ki se je v letu 2020 podaljšal na 114 dni (z 92 dni v letu 2019 in 64 dni v letu 2015). Iz Letnega poročila 2020 izhaja, da je bil razlog za podaljšanje v letu 2020 predvsem v začasni prekinitvi delovanja invalidskih komisij v času razglašene epidemije in tudi kasnejšem omejenem delovanju, ker zunanji izvedenci zaradi epidemije covid-19 niso bili na razpolago v enakem obsegu kot v preteklosti.

V analizi stanja 2023 so deležniki izpostavili tudi nujno vzpostavitev sistema, ki bo zahteval oceno delazmožnosti že ob nastopu zaposlitve, hkrati s pripravo delovne dokumentacije z opisom delovnih obremenitev, postopkov za zagotavljanje varnosti pri delu za zdravje delavca in posebnih zdravstvenih zahtev za delo. Poudarjeno je, da bi takšna priprava dokumentacije na univerzalen način omogočala presojo pravic tako iz obveznega zdravstvenega kot tudi iz invalidskega zavarovanja, brez potrebe po uporabi parcialnih dokumentov.

Eden izmed vzrokov za porast oseb v dolgotrajnem bolniškem staležu bi lahko bil<sup>195</sup> tudi velik obseg izdanih izvedenskih mnenj z izrekom "zdravljenje ni končano", saj invalidske komisije potrdijo invalidnost samo v primerih, ko je zdravljenje zaključeno, zato so mnogi več let v bolniškem staležu. V letu 2020 je ZPIZ izdal 8,3 % izvedenskih mnenj z izrekom "zdravljenje ni končano" (9,9 % v letu 2019 in 11,7 % v letu 2018). Pri obravnavanju in ugotavljanju invalidnosti izvedenski organ I. stopnje lahko namreč skladno s pravilnikom o organizaciji in načinu delovanja izvedenskih organov ZPIZ<sup>196</sup> poda mnenje, da ni invalidnosti ali spremembe kategorije invalidnosti, ker so v nadaljevanju še potrebni zdravljenje ali ukrepi medicinske rehabilitacije, ki lahko vplivajo na spremembe v zdravstvenem stanju zavarovanca. To nakazuje na to, da zdravniki, ki predlagajo začetek postopka za ugotavljanje invalidnosti pri ZPIZ, presojajo možnosti izboljšanja zdravstvenega stanja po drugačnih kriterijih kot pa zdravniki izvedenci pri ZPIZ. Tudi OECD je v priporočilih OECD iz leta 2021 vzroke za dolgotrajnost bolniških staležev prepoznala v nepovezanosti zdravstvenega in invalidskega zavarovanja – v različnosti postopkov ocenjevanja in dodeljevanja pravic zavarovancem; v nezaključenosti zdravljenja, ki je pogoj za prehod v invalidsko zavarovanje in zato zadržuje veliko zavarovancev v bolniškem staležu. OECD je prepoznala rešitev, kot smo že navedli, v zgodnjem prepoznavanju zdravstvenih težav in invalidnosti (poleg omejitev pri zaposlitvah, kar je trenutno v domeni Zavoda Republike Slovenije za zaposlovanje) ter v zgodnjem izvajanju ukrepov

---

<sup>194</sup> Navedbe ZPIZ v Letnem poročilu 2020.

<sup>195</sup> Kar navaja ZZS v Poslovnem poročilu za leto 2019.

<sup>196</sup> Deseta alineja 41. člena.

poklicne podpore, kar bi dosegli z vzpostavitvijo enotnega izvedenskega organa, ki bi bil odgovoren, poleg ocen invalidnosti, zdravstvenega stanja zavarovancev ter njihovih omejitev pri zaposlovanju, tudi za ocene upravičenosti do poklicne rehabilitacije.

Zato nas je zanimalo, ali je ministrstvo delež izvedenskih mnenj z izrekom "zdravljenje ni končano" povezal z različnimi kriteriji pri presoji zdravnikov o možnostih izboljšanja zdravstvenega stanja ter to prepoznalo kot tveganje za dolgotrajnost bolniških staležev in ali je za zmanjšanje tega tveganja izvedlo kakršnekoli aktivnosti. S poenotenjem meril in kriterijev odločanj v postopkih pri ZZZS in ZPIZ bi bilo namreč mogoče prispevati k racionalizaciji postopkov (časovno in stroškovno) pri ocenjevanju začasne in trajne delazmožnosti. Z vzpostavitvijo enotnega izvedenskega organa pa bi se lahko uredil tudi status medicinskega izvedenca, ki v državi ni urejen. S pomanjkanjem zdravnikov (ki odločajo o pravicah iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in zdravnikov izvedencev pri ZPIZ) se soočata tako ZZZS kot ZPIZ, vzroki za pomanjkanje pa bi lahko bili tudi:

- majhen interes zdravnikov za delo pri ZZZS/ZPIZ v obliki rednega delovnega razmerja, saj je delo v klinični praksi bolje plačano; zato sta zavoda prisiljena z zdravniki sklepati podjemne pogodbe oziroma druge vrste pogodb z gospodarskimi subjekti, pri tem pa je postopek izbire zdravnikov potrjen pravilom o javnem naročanju, ki pa vedno ne dosegajo namena;
- medicinsko izvedenstvo in zavarovalniška medicina nista umeščena v sistem – zdravniki imajo težave s podaljševanjem zdravniške licence, saj Zdravniška zbornica Slovenije osebnih pregledov zavarovanih oseb, ki se izvajajo v sklopu odločanja o upravičeni odsotnosti z dela, ne prizna kot delo z bolniki, kar je eden od pogojev za podaljšanje licence;
- težave pri strokovnem razvoju področja medicinskega izvedenstva in zavarovalniške medicine (na medicinskih fakultetah se to področje ne razvija ločeno od drugih področij medicine, za to področje se tudi ni možno specializirati).

Z odpravo vzrokov za pomanjkanje zdravnikov pri ZZZS in ZPIZ bi ministrstvo pripomoglo k dvigu usposobljenosti izvedencev, hkrati pa bi tako lahko vplivalo na večje zanimanje za tovrstno delo s strani zdravnikov, s čimer bi se lahko zagotovilo tudi njihovo zadostno število in s tem hitrejši potek postopkov ugotavljanja zdravstvenih stanj in delazmožnosti zavarovancev.

Kot je že navedeno v točki 2.1, je ministrstvo že pred revizijskim obdobjem, to je v letu 2019, ustanovilo projektno skupino, ki naj bi pripravila rešitev za poenotenje ugotavljanja začasne in trajne nezmožnosti za delo, ki pa s svojim delom niti ni pričela in tako ni delovala v revizijskem obdobju, med drugim pa naj bi se ukvarjala tudi z oblikovanjem stališč glede vzpostavitve enotnega izvedenskega organa. Aktivnosti so zaradi obvladovanja epidemije covid-19 zastale. Sicer ministrstvo v revizijskem obdobju ni izvajalo nobenih drugih aktivnosti v smeri sprememb pri delovanju organov ZPIZ in ZZZS z namenom, da bi postopki hitreje tekli in da bi bili kriteriji in merila za ocenjevanje zdravstvenih stanj in delazmožnosti zavarovancev poenoteni. Prav tako ni izkazalo, da bi kadarkoli izvedlo ali predlagalo izvedbo poglobljenih analiz povezanosti dolgotrajnega bolniškega staleža z izrekom "zdravljenje ni končano" in vzrokov za tovrstne izreke v odločbah ZPIZ.

Ministrstvo je v letu 2021 ponovno imenovalo delovno skupino z namenom oblikovanja rešitev za dolgoročno obvladovanje absentizma (več o tem že v točki 2.1), vključno z lažjim in hitrejšim prehodom med statusom začasne in trajne nezmožnosti za delo, ki pa naj bi zaradi kadrovskih menjav v letu 2022 prenehala s svojim delovanjem.

Za poenoteno in bolj zvezno odločanje o začasnem bolniškem staležu in trajni nezmožnosti za delo je v analizi stanja 2023 predviden skupni izvedenski organ, ki bi nadomestil odločanje organov ZZS in ZPIZ o začasnih oziroma trajnih nezmožnosti posameznika za delo.

### ***Ukrep ministrstva***

*Ministrstvo je izdalo Sklep o imenovanju delovne skupine za pripravo Zakona o skupnem izvedenskem organu<sup>197</sup>, katere naloge so priprava/izdelava vsebinskih izhodišč za pripravo predpisa, uvoda k predpisu, besedila in obrazložitev členov. Navedene naloge naj bi bile izvedene do konca leta 2023.*

## **2.2.7 Rehabilitacija v procesu vračanja na delo**

Preverili smo, ali je ministrstvo izvedlo aktivnosti, ki bi pripomogle k sistemski ureditvi pomoči pri čim hitrejšem vračanju zaposlenih na delo po dolgotrajni bolniški odsotnosti.

Obstoječa ureditev ne podpira čimprejšnje vrnitve bolnega oziroma poškodovanega zaposlenega nazaj na svoje delovno mesto, saj ni predvidene oziroma urejene celovite obravnave bolnikov in poškodovancev v procesu hitrejšega vračanja na delo, ki bi lahko pozitivno vplivala na trajanje bolniških staležev. Sistemsko so urejeni postopki zaposlitvene (po Zakonu o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov<sup>198</sup>(v nadaljevanju: ZZRZI)) in poklicne rehabilitacije (ZPIZ-2), vendar pravici po obeh zakonih obravnavanim osebam pripadata šele, ko že imajo priznan status osebe z zmanjšano (delovno) zmožnostjo. Namen zaposlitvene rehabilitacije<sup>199</sup> je povečati zaposljivost invalidov in vzpostaviti pogoje za njihovo enakovredno udeležbo na trgu dela z odstranjevanjem ovir in ustvarjanjem enakih možnosti. Poklicna rehabilitacija<sup>200</sup> je pravica, ki pripada delovnim invalidom in ki jo opredeljuje ZPIZ-2. Če je do invalidnosti prišlo v času zaposlitve, je poklicno rehabilitacijo dolžan zagotoviti delodajalec, brezposelnim invalidom rehabilitacijo zagotovi ZPIZ v sodelovanju z Zavodom Republike Slovenije za zaposlovanje. Rehabilitacijo v času bolniškega staleža v delnem obsegu izvaja le URI Soča, katere cilj je posamezniku z okvarami<sup>201</sup> omogočiti, da si zagotovi in obdrži ustrezno zaposlitev, v njej napreduje in se integrira v družbo.<sup>202</sup> Da bi spodbudili hitrejšo vračanje zaposlenega v bolniškem staležu nazaj v delovni proces, so posamezne evropske države oblikovale posebne programe vračanja na delo<sup>203</sup>, katerih namen je

<sup>197</sup> Št. 024-65/2023/1 z dne 11. 9. 2023.

<sup>198</sup> Uradni list RS, št. 16/07 – uradno prečiščeno besedilo, 87/11, 96/12 – ZPIZ-2 in 98/14.

<sup>199</sup> Zaposlitvena rehabilitacija so storitve, ki se izvajajo s ciljem, da se invalid usposobi za ustrezno delo, se zaposli, zaposlitev zadrži in v njej napreduje ali spremeni svojo poklicno kariero (4. člen ZZRZI).

<sup>200</sup> Poklicna rehabilitacija je celostni proces, v katerem se zavarovanca (delovnega invalida) strokovno, fizično in psihosocialno usposobi za drug poklic ali delo, tako da se lahko ustrezno zaposli in ponovno vključi v delovno okolje oziroma se usposobi za opravljanje istega poklica ali dela, tako da se mu prilagodi delovno mesto z ustreznimi tehničnimi pripomočki (70. člen ZPIZ-2).

<sup>201</sup> Ciljna skupina so osebe, pri katerih je prišlo zaradi bolezni ali poškodb do bistvene spremembe oziroma upada telesnega, socialnega in psihosocialnega delovanja, ocenjuje pa se, da so zmožni izboljšanja delovanja ali prilagoditve okvari.

<sup>202</sup> Povzeto po [URL: <https://www.uri-soca.si>], 8. 3. 2022.

<sup>203</sup> Angl.: *Return to work* (RTW).



nadzorovano vračanje na delo ob sodelovanju zdravnikov in delodajalcev že v času bolezni.<sup>204</sup> To ne velja za Republiko Slovenijo, kjer rehabilitacija in prizadevanja za vrnitev na delo ne potekajo že v času bolezni. Sistemsko pomanjkljivost obstoječe ureditve je izpostavila OECD v dokumentu priporočila OECD iz leta 2021 glede sprememb na področju invalidskega in zdravstvenega stanja v Sloveniji, pred tem tudi ZZS v svoji sistemski analizi. Obe instituciji sta poudarili, da ureditev v državi odstopa od evropskih držav in ne podpira čimprejšnje vrnitve zdravega zaposlenega na delovno mesto po zgledu številnih držav Evropske unije, poleg tega je neustrezno urejen tudi status zdravnikov MDPŠ. Pred tem je bilo tudi že v Beli knjigi ugotovljeno, da pomanjkljivi ureditvi obveznega zdravstvenega zavarovanja ter obveznega pokojninskega in invalidskega zavarovanja v času, ko se izvaja pravica do zdravstvenih storitev oziroma medicinske rehabilitacije,<sup>205</sup> ne omogočata ustrezne vključitve v poklicno rehabilitacijo. Ob odsotnosti povezovanja medicinske rehabilitacije in poklicne rehabilitacije se obdobje, v katerem tak posameznik ne dela, podaljšuje, ob tem pa se zmanjšujejo možnosti ohranjanja zaposlitve oziroma ponovne zaposlitve. V obstoječi zakonodaji, ki določa možne elemente ohranjanja delazmožnosti za posamezne deležnike v procesu ocenjevanja delazmožnosti, imajo osebni zdravnik, imenovani zdravnik in zdravstvena komisija ZZS od elementov ohranjanja delazmožnosti možnost zavarovancu zgolj odrediti delovno aktivnost v skrajšanem delovnem času. Delodajalec ima prek pooblaščenega specialista MDPŠ možnost omogočiti zaposlenemu ohranitev delazmožnosti z začasno premetitvijo na drugo delovno mesto, z začasnimi vsebinskimi prilagoditvami dela ter z začasnimi časovnimi prilagoditvami dela. Trajne vsebinske in časovne prilagoditve dela oziroma omejitve pri delu, pravica do premetitve na drugo delovno mesto in poklicna rehabilitacija so elementi ohranjanja delazmožnosti, ki jih lahko uporabi invalidska komisija pri ZPIZ. Z ureditvijo tega področja in s povezavo obstoječih pravic bi se lahko osebo, ki je v procesu zdravljenja in za katero se ugotovi, da zdravstvena sposobnost negativno vpliva na delovno zmožnost, hitreje napotilo na poklicno rehabilitacijo.

Potrebo po čim hitrejšem vračanju zaposlenih na delo podpirajo tudi različne študije, ki kažejo, da daljša je odsotnost zaposlenega s trga dela, manj verjetnosti je, da se bo na delo tudi vrnil. Različne tuje študije so pokazale<sup>206</sup>, da se po 4 tednih odsotnosti od 5 posameznikov na delo ne bo vrnil 1, po 6 mesecih odsotnosti pa se bo od 5 vrnil na delo le 1 posameznik<sup>207</sup>. Raziskave tudi kažejo, da po 1-letni do 2-letni odsotnosti z dela ni verjetno, da bo zaposleni še opravljal pridobitno delo, ne glede na trenutno ali bodoče zdravljenje.<sup>208</sup> Z uporabo elementov ohranjanja delazmožnosti se lahko z dovolj hitrim ukrepanjem zmanjšuje verjetnost neuspešne vrnitve zaposlenega na delovno mesto.

---

<sup>204</sup> Najboljši sistem je pripoznan v državah Avstrija, Danska, Finska, Nemčija, Nizozemska, Norveška, Švedska, kjer so vsi zaposleni upravičeni do rehabilitacije v času bolniškega staleža, fokus pa je na preventivi in zgodnji intervenciji –v tem procesu pomembno vlogo igra delodajalec; Rehabilitation and return to work: Analysis report on EU and Member States policies, strategies and programmes, [URL: <https://osha.europa.eu/en/publications/rehabilitation-and-return-work-analysis-report-eu-and-member-states-policies-strategies/view>], str. 7, 19. 12. 2022.

<sup>205</sup> Rehabilitacija bolnikov v zgodnji fazi po poškodbah ali operativnih posegih, [URL: [https://www.kclj.si/index.php?dir=/pacienti\\_in\\_obiskovalci/klinike\\_in\\_oddelki/institut\\_za\\_medicinsko\\_rehabilitacijo](https://www.kclj.si/index.php?dir=/pacienti_in_obiskovalci/klinike_in_oddelki/institut_za_medicinsko_rehabilitacijo)], 14. 12. 2022.

<sup>206</sup> Te sicer temeljijo na podatkih, ki so delno posledica ureditve trga dela in statusa dolgotrajno nezmožnih za delo in kjer zaposleni (ob taki ureditvi) ob daljši bolniški odsotnosti izgubi službo.

<sup>207</sup> [URL: <https://www.honeydew-health.com/scary-stats-return-to-work/>], 30. 3. 2022.

<sup>208</sup> Vocational Rehabilitation: what works, for whom and when, [URL: [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/209474/hwwb-vocational-rehabilitation.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/209474/hwwb-vocational-rehabilitation.pdf)], 30. 3. 2022.

S tem se med drugim ohranja vključenost zavarovane osebe v delovni proces, obenem pa se vzdržuje med drugim tudi produktivnost delodajalca.

Predlogi, ki vključujejo sodelovanje zaposlenega, delodajalca in pooblaščenega zdravnika MDPŠ, so bili del predvidenih rešitev, ki izhajajo iz izsledkov pilotnega projekta "Zgodnja poklicna in zaposlitvena rehabilitacija v procesu vračanja na delo", ki ga je URI Soča pričel izvajati v maju 2020 in katerega zaključni rezultati in ugotovitve projekta ter predlogi rešitev so bili predstavljeni javnosti v novembru 2022<sup>209</sup>, torej po revizijskem obdobju. V okviru pilotnega projekta delujoč projektni svet, ki je bil namenjen potrjevanju ključnih projektnih aktivnosti, so sestavljali predstavniki sodelujočih institucij, in sicer predstavniki ministrstva, MDDSZ, ZPIZ, ZZS in URI Soča. V projektu so sodelovali še izvajalci zaposlitvene rehabilitacije, specialisti MDPŠ, delodajalci in zavarovanci. Projekt sta sofinancirala Republika Slovenija in Evropska unija iz Evropskega socialnega sklada. Ključni del projekta je bil pilotni preizkus modela celostne zgodnje poklicne in zaposlitvene rehabilitacije v procesu vračanja na delo. Tako so se zavarovanci v bolniškem staležu, vključeni v projekt, strokovno vodili do vrnitve na delo v polnem delovnem času na isto delovno mesto ali do pridobitve pravic do poklicne rehabilitacije ali do drugih pravic po ZPIZ-2. V projektu je šlo namreč za povezavo obstoječih pravic – pravic do poklicne rehabilitacije kot pravice po ZPIZ-2, zaposlitvene rehabilitacije (po ZZRI) in programa vračanja na delo, ki se odvija v okviru celostne rehabilitacije v URI Soča, cilj projekta pa je bila med drugim priprava predlogov zakonodajnih sprememb<sup>210</sup>, ki so potrebne za izvedbo novega modela, v katerem bi se povezali najpomembnejši deležniki v procesu ocenjevanja zmožnosti za delo in zagotavljanja strokovne podpore zavarovancem in delodajalcem pri vračanju na delo. V celotnem modelu je predviden posvet imenovanega zdravnika in predsednika invalidske komisije, kar naj bi olajšalo prehod med obema sistemoma zavarovanja in odpravilo čim več administrativnih ovir. Dolgoročni cilj projekta je razširitev poklicne rehabilitacije na vse nivoje zdravstvenega varstva za zagotavljanje strokovne pomoči osebam s težavami v zdravju pri čim hitrejšem vračanju v delovni proces, kar naj bi se odražalo tudi v skrajševanju bolniškega staleža.

Iz zapisnikov sestankov projektne sveta projekta Zgodnje poklicne in zaposlitvene rehabilitacije v procesu vračanja na delo izhaja, da se je projektni svet v letu 2020 sestal štirikrat. V tem času je bila med drugim vzpostavljena razvojna skupina in strokovne podskupine, pripravljen je bil protokol obravnave oziroma predlog modela pilotnega projekta, ki se ves čas dopolnjuje, izveden je bil izbor sodelujočih izvajalcev zaposlitvene rehabilitacije in zdravnikov specialistov MDPŠ, vzpostavljene so bile vstopne točke, na katerih se prične obravnavati zavarovancev, izvedena so bila izobraževanja za sodelujoče v projektu, vzpostavljena je bila spletna stran projekta.<sup>211</sup> Na srečanjih projektne skupine se je ves čas spremljal potek projekta, način izbire zavarovancev oziroma kriteriji za izbor zavarovancev (po starosti in glavni diagnozi), izpostavljene pa so bile tudi težave pri poteku projekta. Tako je bila večkrat izpostavljena težava s pridobivanjem sodelujočih zdravnikov s področja MDPŠ, kar je bil po mnenju projektne sveta pokazatelj potrebe po drugačni sistemski ureditvi statusa zdravnikov specialistov MDPŠ, njihovi vključitvi v javni sistem in povečanju njihove vloge v procesu vračanja na delo. Večkrat je bila izražena tudi nujnost sodelovanja predstavnikov ministrstva v projektne svet, saj se aktivnosti projekta v veliki meri dotikajo vsebin, ki jih pokriva ministrstvo.

---

<sup>209</sup> Informacije o projektu so dosegljive na spletni strani: [URL: <https://www.zpzr.si/>], 22. 8. 2023.

<sup>210</sup> Povzeto iz Zbornika 2021, 13. in 14. september 2021, Portorož: Kako izboljšati proces vračanja na delo po dolgotrajni bolniški odsotnosti (4. Konferenca pokojninskega in invalidskega zavarovanja).

<sup>211</sup> [URL: <https://www.zpzr.si/>], 14. 2. 2023.

Srečan projektne sveta v letu 2020 se namreč predstavniki ministrstva niso udeleževali. Ker so bili ključni rezultati in ugotovitve projekta znani ob koncu leta 2022, ministrstvo ni izkazalo niti ni moglo izkazati uvedbe izsledkov projekta v prakso, tega še ne moremo upoštevati kot učinkovitost ministrstva pri pripravi ustreznih podlag za čim hitrejše vračanje zaposlenih na delo. Poleg tega se kljub formalni vključitvi ministrstva v projekt, predstavniki ministrstva niso udeleževali srečanj projektne sveta, ki so potekala v letu 2020, prav tako pa ministrstvo tudi ni izvedlo drugih aktivnosti, ki bi pripomogle k hitrejšemu vračanju zaposlenih na delo.

Ministrstvo sicer veliko pričakuje od celovite rešitve, ki nastaja znotraj projekta, katerega rezultati bodo predstavljali podlago za celovitejšo urejanje področja. To je potrdilo z vključitvijo določb o upravičenosti zavarovancev do rehabilitacijskih storitev, ki med drugim obsegajo "storitve zgodnje poklicne rehabilitacije v sklopu interdisciplinarne rehabilitacijske obravnave<sup>212</sup>", v delovno gradivo ZZVZZ-1 iz leta 2020, in sicer naj bi imela vsaka zavarovana oseba pravico do rehabilitacijske obravnave, ki bi se začela takoj ob nastanku poškodbe/bolezni ali okvar ter bi brez prekinitve trajala do obnovitve najboljšega možnega funkcioniranja in vključitve v družbo (vključno z vrnitvijo na delo). Poleg tega je ministrstvo v delovno gradivo ZZVZZ-1 iz leta 2020 vključilo tudi določbo, ki naj bi bila eden od ukrepov za omejevanje dolgotrajnega bolniškega staleža, in sicer da bi imenovani zdravnik moral zavarovanca, ki je v bolniškem staležu zaradi bolezni ali poškodbe dlje kot 3 koledarske mesece in pri katerem domneva, da bi se namesto staleža lahko začasno zaposlil na drugem delovnem mestu ali bi lahko delal s skrajšanim delovnim časom, napotiti na pregled zaradi ugotavljanja delazmožnosti k specialistu MDPŠ, pooblaščenemu za zavarovančevo delovno organizacijo. Specialist MDPŠ bi podal mnenje, ali je zaposleni zares nezmožen za svoje delo, ali je zmožen v času bolniškega staleža za drugo delo znotraj svoje delovne organizacije oziroma ali je zmožen za skrajšani delovni čas za svoje ali drugo delo. Ocenil bi tudi, ali zaposleni potrebuje prilagoditev delovnega mesta. To mnenje specialista MDPŠ bi bilo obravnavano kot priporočilo pri nadaljnjih ukrepih imenovanega zdravnika in delodajalca. Vendar pa, kot že navedeno, ministrstvo delovnega gradiva ZZVZZ-1 iz leta 2020 ni predložilo v nadaljnjo obravnavo na vladi, zato z njim ni prispevalo k uveljavljanju predvidenega mehanizma celovite obravnave bolnikov in poškodovancev v procesu hitrega vračanja na delo, kar bi po naši oceni pripomoglo k učinkovitejšemu obvladovanju dolgotrajnega bolniškega staleža.

Kot je navedeno že v točki 2.2.6.1, je v analizi stanja 2023 predvidena možnost vključitve specialista MDPŠ po presoji delodajalca v oceno delazmožnosti delavca v času njegove odsotnosti do 90 koledarskih dni. Po nadaljnji začasni odsotnosti z dela je predvideno, da obravnava delavca na podlagi ugotovitev pooblaščenega specialista MDPŠ preide na skupni izvedenski organ in se obravnava na centraliziran način. Skupni izvedenski organ na podlagi funkcionalne zmogljivosti delavca, delovnih obremenitev in pričakovane prognoze povrnitve funkcionalne zmogljivosti vključi delavca v nadaljnje postopke, ki tečejo do 12. meseca odsotnosti. V tem času je predvidena medicinska in delovna rehabilitacija z namenom povrnitve delazmožnosti za delovno mesto, ki ga opravlja delavec. V primeru stanj, ki povrnitve delazmožnosti po mnenju izvedenskega organa že v tem obdobju ne omogočajo, se poda ocena za preostale postopkovne možnosti.

---

<sup>212</sup> Sodelovanje strokovnjakov – specialistov različnih strok.

### 3. Mnenje

Revidirali smo učinkovitost **Ministrstva za zdravje** pri obvladovanju dolgotrajnega bolniškega staleža v letu 2020. Da bi lahko izrekli mnenje o učinkovitosti ravnanja Ministrstva za zdravje v tem delu, smo iskali odgovora na vprašanja, ali je bilo ministrstvo aktivno pri zagotavljanju strateških podlag za zmanjšanje obsega dolgotrajnega bolniškega staleža ter ali je ministrstvo izvajalo aktivnosti, ki vplivajo na zmanjševanje obsega dolgotrajnega bolniškega staleža.

Menimo, da Ministrstvo za zdravje v letu 2020 **ni bilo učinkovito** pri obvladovanju dolgotrajnega bolniškega staleža.

Republika Slovenija je v letu 2020 razpolagala le z delnimi strateškimi usmeritvami za obvladovanje dolgotrajnega bolniškega staleža, ki bi lahko pripomogle k zmanjšanju njegovega obsega. V Resoluciji o nacionalnem programu varnosti in zdravja pri delu 2018–2027 sta bila namreč zastavljena 2 cilja, povezana z obvladovanjem dolgotrajnega bolniškega staleža. Prvi od obeh je bil usmerjen le v zmanjšanje bolniških odsotnosti zaradi kostno-mišičnih obolenj, ne pa tudi v zmanjševanje dolgotrajne bolniške odsotnosti zaradi ostalih bolezenskih stanj. Drugi cilj pa je bil sicer splošen in usmerjen v lažje vračanje zaposlenih na delo po dolgotrajni bolniški odsotnosti ne glede na vzrok odsotnosti, vendar v Akcijskem načrtu za izvajanje ReNPVZD18–27 v prvem triletju, kamor spada tudi obdobje, na katero se nanaša revizija, aktivnosti za vzpostavitev mehanizmov za pomoč pri vračanju delavcev na delo po dolgotrajni bolniški odsotnosti niso bile predvidene.

Za učinkovito obvladovanje dolgotrajnega bolniškega staleža so po našem mnenju potrebni ustrezni podatki in analize. Ministrstvo za zdravje je v letu 2020 s sklenitvijo pogodbe o financiranju dejavnosti z Nacionalnim inštitutom za javno zdravje zagotovilo zbiranje in analiziranje podatkov o zdravju in zdravstvenem varstvu, ki jih je Nacionalni inštitut za javno zdravje prikazal na svojem podatkovnem portalu ter v Zdravstvenem statističnem letopisu. Vendar podatki in analize, s katerimi je država razpolagala na podlagi te pogodbe, prikazujejo zdravstveno stanje državljanov z vidika bolniškega staleža kot celote, ne zagotavljajo pa podatkov o dolgotrajnem bolniškem staležu. Bolniški stalež je v analizah sicer prikazan s številnimi kazalniki (po spolu in skupinah bolezni na nivoju države; po razlogih bolniškega staleža in spolu na nivoju države; po spolu in gospodarski dejavnosti na nivoju države; po zdravstvenih/statističnih regijah in spolu; po spolu in starosti na nivoju države; po skupinah bolezni in gospodarskih dejavnostih na nivoju države), vendar pa ministrstvo z njimi ni zagotovilo poglobljenega spremljanja in naslavljanja problematike dolgotrajnega bolniškega staleža. Menimo, da Ministrstvo za zdravje zato v revizijskem obdobju ni zagotovilo, da bi Republika Slovenija razpolagala z vsemi ustreznimi podatki in analizami, s pomočjo katerih bi lahko ugotavljali najpogostejše okoliščine dolgotrajnega bolniškega staleža in značilnosti dolgotrajno odsotnega posameznika (na primer starost, spol, izobrazbena skupina, delodajalec, geografsko področje bivanja) ter vpliv višine in trajanja nadomestila plače za začasno zadržanost od dela na obseg dolgotrajnega bolniškega staleža. Vse navedeno bi lahko služilo kot podlaga za prepoznavanje potreb po sprejemanju ustreznih ukrepov za zmanjševanje dolgotrajnih bolniških staležev, ki niso nujno zgolj posledica zdravstvenih razlogov, pač pa nanje lahko vplivajo tudi ekonomski, socialni in drugi dejavniki. S spremljanjem tovrstnih podatkov bi po našem mnenju lahko ugotavljali (pomembnejše) vzroke, ki vplivajo na obseg dolgotrajnega bolniškega staleža, kar bi pripomoglo k učinkovitejšemu obvladovanju tega pojava.

Ministrstvo za zdravje v letu 2020 tudi ni zagotovilo analiz, s katerimi bi prepoznalo obstoj in razloge odvisnosti trajanja bolniškega staleža od (ne)dosegljivosti zdravstvenih storitev, ter posledično tudi ni izvedlo aktivnosti, ki bi vplivale na zmanjšanje obsega dolgotrajnega bolniškega staleža, kolikor je ta posledica daljših čakalnih dob za posamezne zdravstvene storitve. Pri tem pa na ravni države sploh ni podatkov o tem, ali so čakajoči na specialistične preglede in na operacijske posege oziroma druge vrste terapij, za katere je treba čakati nad dopustno čakalno dobo, v bolniškem staležu ali ne. Tovrstne analize bi pripomogle k sprejemanju ustreznih ukrepov, usmerjenih v večjo dostopnost tistih storitev, ki najbolj vplivajo na dolgotrajnost bolniškega staleža.

Strokovne usmeritve, ki bi zdravnikom služile kot pripomoček (priporočilo) pri odločanju o primerni okvirni dolžini bolniškega staleža za posamezno diagnozo (seveda ob upoštevanju individualnih okoliščin posameznega zavarovanca) ali/in kot podlaga za zahtevo po utemeljitvi morebitnih pomembnejših odstopanj v dolžini bolniškega staleža, bi po našem mnenju prav tako lahko pripomogle k zmanjševanju razlik v dolžini bolniškega staleža za isto diagnozo ter s tem k skrajševanju dolgotrajnih bolniških staležev. Ministrstvo za zdravje v letu 2020 ni izvajalo aktivnosti, ki bi zagotovile kakršnekoli strokovne usmeritve, ki bi zdravnikom lahko služile kot pripomoček pri odločanju o primerni okvirni dolžini bolniškega staleža za posamezno diagnozo. Hkrati bi bile tovrstne usmeritve lahko podlaga za okvirno informiranje delodajalcev s predvidenim trajanjem (dolgotrajne) bolniške odsotnosti zaposlenih. Ministrstvo za zdravje v letu 2020 namreč tudi ni ne načrtovalo in ne sprejelo ukrepov, ki bi delodajalcem omogočili pravočasno seznanjanje s predvidenim trajanjem bolniške odsotnosti zaposlenega, morebitnim predvidenim skrajšanim delovnim časom in možnimi prilagoditvami delovnega procesa zdravstvenemu stanju zaposlenega po njegovi vrnitvi na delo. Vse navedeno bi lahko delodajalcem omogočalo učinkovitejšo organizacijo dela in delovnih procesov, s tem pa vsaj delno omilitev posledic, ki jih delodajalcem povzroča dolgotrajni bolniški stalež zaposlenih.

Navodila o dopustnem ravnanju zavarovancev med začasno odsotnostjo z dela so pogosto premalo določna, nejasna ter podana le ustno, kar povzroča spore o tem, katere aktivnosti lahko opravlja dolgotrajno bolniško odsotni zavarovanec. Menimo, da Ministrstvo za zdravje ne bi smelo dopustiti, da sodna praksa oblikuje dovoljena ravnanja zavarovancev v času bolniškega staleža, temveč bi morale zagotoviti pravne podlage za oblikovanje ustreznih, natančnih in jasnih zdravnikovih navodil. Ministrstvo tudi ni bilo aktivno v smeri poenotenja priporočenih ravnanj ob posameznih vrstah diagnoz, s čimer bi prav tako lahko zmanjšalo tveganje za nejasnost navodil glede ravnanja zavarovancev med njihovo začasno odsotnostjo z dela. S tem bi bilo posledično tveganje za kršitev navodil bolje obvladovano, laičnim kontrolorjem ter delodajalcem pa bi bila olajšana presoja ravnanj zavarovancev med bolniškim staležem. Ministrstvo za zdravje pa v obdobju, na katero se nanaša revizija, tudi ni zagotovilo ustrežnejših pravnih podlag za sankcioniranje kršitev navodil o ravnanju v času zadržanosti od dela, ki bi zagotavljal večjo učinkovitost pri obvladovanju zlorab bolniškega staleža, kar prav tako vpliva na obseg dolgotrajnih bolniških odsotnosti.

Menimo, da Ministrstvo za zdravje v revizijskem obdobju ni zagotovilo izvedbe potrebnih ukrepov, ki bi omogočali oziroma zagotavljali enotnejšo časovno dinamiko odločanja zdravnikov o delazmožnosti zavarovancev, ki so dalj časa začasno nezmožni za delo, s čimer bi prispevali k racionalizaciji postopkov. Ministrstvo ni zagotovilo niti spremljalo podatkov o pogostosti odločanja zdravnikov o delazmožnosti zavarovancev, s čimer bi lahko ocenilo potrebo po usmeritvah z namenom optimizacije časovne dinamike (ponovne) presoje delazmožnosti zavarovancev, predvsem tudi glede na posamezno diagnozo. Ministrstvo tudi ni proučilo potrebe po določitvi časovnega intervala, po preteku katerega bi zdravnik opravil presojo o tem, ali je sploh pričakovati izboljšanje

zdravstvenega stanja, ki bo omogočilo povrnitev zavarovančeve delovne zmožnosti, ali pa je zavarovanca smiselno napotiti na invalidsko komisijo. Posledično to pomeni, da je odločanje o tem, ali in kako pogosto se preverijo možnosti za izboljšanje zdravstvenega stanja zavarovanca, v celoti in brez usmeritev prepuščeno zdravnikom. Menimo tudi, da Ministrstvo za zdravje ni zagotovilo izvedbe ukrepov, ki bi prispevali k poenotenju kriterijev za ocenjevanje začasne in trajne delanezmožnosti zavarovancev v postopkih odločanja pred različnimi organi. Po našem mnenju obstaja tveganje, da na dolgotrajnost bolniškega staleža lahko vpliva zakonska ureditev postopka ugotavljanja invalidnosti, pri tem pa Ministrstvo za zdravje ni izvedlo aktivnosti, na podlagi katerih bi ugotavljalo, ali so potrebne spremembe obstoječe ureditve tega postopka, posledično pa tudi ne aktivnosti, s katerimi bi vplivalo na njegovo hitrejše izvajanje.

V obstoječi ureditvi rehabilitacija in prizadevanja za vrnitev zaposlenih na delo ne potekajo v času bolezni, temveč so zavarovanci pretežno upravičeni do rehabilitacije šele po pridobitvi statusa osebe z zmanjšano (delovno) zmožnostjo. S povezavo obstoječih pravic do medicinske in poklicne rehabilitacije bi se lahko osebo, ki je v procesu zdravljenja, že prej napotilo na poklicno rehabilitacijo. V revizijskem obdobju se je sicer začel izvajati projekt "Zgodnja poklicna in zaposlitvena rehabilitacija v procesu vračanja na delo", katerega rezultat naj bi bila tudi vzpostavitev sistema, v katerem bo delodajalec bolj vključen v proces rehabilitacije in hitrejše vrnitve zaposlenega na delo. Ministrstvo za zdravje je bilo v projekt vključeno zgolj formalno, saj se predstavniki ministrstva srečanj projektnega sveta, ki so potekala v letu 2020, niso udeleževali. Ministrstvo za zdravje v revizijskem obdobju ni izvedlo aktivnosti, ki bi pripomogle k celoviti obravnavi bolnikov in poškodovancev v procesu hitrega vračanja na delo, kar bi lahko pozitivno vplivalo na trajanje bolniškega staleža.

## 4. Zahteva za predložitev odzivnega poročila

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

Odzivno poročilo mora vsebovati:

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

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

**Ministrstvo za zdravje** mora v odzivnem poročilu izkazati, da je izdelalo načrt aktivnosti z navedbo aktivnosti, odgovornih oseb in rokov za izvedbo posamezne aktivnosti:

1. za pripravo in implementacijo ustreznih kazalnikov za spremljanje učinkovitosti kratkoročnih in sistemskih sprememb na področju obvladovanja bolniških odsotnosti v državi – točka 2.1;
2. za vzpostavitev potrebnih podlag za zbiranje in analiziranje podatkov o dolgotrajnem bolniškem staležu, ki jih bo zagotavljalo Ministrstvo za zdravje in na njihovi podlagi aktivno prepoznavało vzročno-posledične povezave in vplive različnih dejavnikov na dolgotrajni bolniški stalež – točke 2.2.1.2, 2.2.1.3, 2.2.1.4 in 2.2.1.5;
3. za zagotovitev analiz povezanosti dolgotrajnega bolniškega staleža z (ne)dostopnostjo zdravstvenih storitev in za pričetek zbiranja in analiziranja podatkov, iz katerih bo razvidno, ali so čakajoči na specialistični pregled/terapijo/operativni poseg v bolniškem staležu – točka 2.2.2;
4. za pripravo vseh potrebnih predlogov sprememb predpisov iz pristojnosti Ministrstva za zdravje, povezanih z obravnavo nezmožnosti za delo in iskanjem ter prepoznavanjem preostale delovne zmožnosti posameznika, s ciljem čim hitreje vrnitve zaposlenih v dolgotrajnem bolniškem staležu na delo – točka 2.2.7.

Po drugem odstavku 29. člena ZRacS-1 je odzivno poročilo uradna listina, ki jo potrdi odgovorna oseba uporabnika javnih sredstev s svojim podpisom in pečatom.

Računsko sodišče bo ocenilo verodostojnost odzivnega poročila, to je resničnost navedb o popravljalnih ukrepih, in po potrebi opravilo revizijo odzivnega poročila na podlagi četrtega odstavka 29. člena ZRacS-1. Prav tako bo ocenilo zadovoljivost sprejetih popravljalnih ukrepov.

Če odzivno poročilo ne bo predloženo v roku, določenem v izdanem revizijskem poročilu, stori odgovorna oseba uporabnika javnih sredstev prekršek po tretjem odstavku 38. člena ZRacS-1. Če uporabnik javnih sredstev, ki bi moral predložiti odzivno poročilo, niti v roku 15 dni po izteku roka za predložitev odzivnega poročila računskemu sodišču ne predloži odzivnega poročila, se šteje,



da uporabnik javnih sredstev krši obveznost dobrega poslovanja<sup>213</sup>. Prav tako opozarjamo, da se neresnične navedbe v odzivnem poročilu obravnavajo kot neresnične navedbe v uradni listini (drugi odstavek 29. člena ZRacS-1).

Če bo računsko sodišče v porevizijskem postopku ugotovilo, da Ministrstvo za zdravje krši obveznost dobrega poslovanja, bo ravnalo v skladu s sedmim do štirinajstim odstavkom 29. člena ZRacS-1.

---

<sup>213</sup> 3. točka prvega odstavka 37. člena Poslovnika Računskega sodišča Republike Slovenije.

## 5. Priporočila

Ministrstvu za zdravje priporočamo, naj:

- zagotovi strokovne podlage, ki bi pozitivno vplivale na zmanjševanje pomembnejših razlik v dolžini bolniškega staleža za istovrstno zdravstveno stanje posameznika;
- prouči možne aktivnosti v smeri oblikovanja in sprejemanja ukrepov, ki bi delodajalcu omogočale pravočasno seznanjanje s potrebnimi informacijami (o predvideni dolžini bolniškega staleža in drugih spremenjenih okoliščinah glede zaposlitve zavarovanca), ki bi mu služile pri boljši organizaciji dela in delovnih procesov v organizaciji;
- zagotovi spremembo obstoječe pravne ureditve glede ureditve laičnega nadzora (definicija laičnega nadzora, položaj in pravice laičnega nadzornika) ter glede odvzema in zadržanja nadomestila plače tako, da bo delo laičnih kontrolorjev posledično bolj učinkovito, in sprejme ustrezne usmeritve za presojo in kvalifikacijo ravnanj zavarovancev med začasno zadržanostjo od dela kot podlago za odločanje imenovanih zdravnikov o odvzemu oziroma zadržanju nadomestila plače;
- poenostavi dostop do vseh izvidov in strokovnih mnenj o zdravstvenem stanju zavarovanca vsem zdravnikom, udeleženi v postopku ugotavljanja začasne in trajne delanezmožnosti zavarovanca.

---

### Pravni pouk

Tega poročila na podlagi tretjega odstavka 1. člena ZRacS-1 ni dopustno izpodbijati pred sodišči in drugimi državnimi organi.

---

Jana Ahčin,  
generalna državna revizorka

### Vročiti:

1. Ministrstvu za zdravje,
2. Alešu Šabedru,
3. Tomažu Gantarju,
4. Ivanu Janši,
5. Janezu Poklukarju,
6. Danijelu Bešiču Loredanu,
7. dr. Robertu Golobu,
8. Državnemu zboru Republike Slovenije.

*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  
sloaud@rs-rs.si  
www.rs-rs.si