



REPUBLIKA SLOVENIJA

DRŽAVNI ZBOR

Poslanska skupina Slovenske demokratske stranke

Šubičeva ulica 4, 1000 Ljubljana

t: 01 478 95 30, f: 01 478 98 77, e: ps-sds@dz-rs.si, www.dz-rs.si



Skupina poslank in poslancev (Jelka Godec, prvopodpisana)

Ljubljana, 17. oktober 2023

mag. Urška Klakočar Zupančič,
predsednica Državnega zbora Republike Slovenije

Spoštovani!

Na podlagi 88. člena Ustave Republike Slovenije (Uradni list RS, št. 33/91-I, 42/97, 66/00, 24/03 69/04, 68/06, 47/13, 75/16 in 92/21), 19. člena Zakona o poslancih (Uradni list RS, št. 112/05 - uradno prečiščeno besedilo, 20/06 - ZNOJF-1, 109/08, 39/11, 48/12 in 17/22) in 114. člena Poslovnika Državnega zbora Republike Slovenije (Uradni list RS, št. 92/07 - uradno prečiščeno besedilo, 105/10, 80/13, 38/17, 46/20, 105/21 – odl. US, 111/21 in 58/23) vlagamo spodaj podpisani poslanke in poslanci

PREDLOG ZAKONA O PALIATIVNI IN HOSPIC OSKRBI,

ki ga pošiljamo v obravnavo in sprejem po rednem postopku na podlagi 114. in 115. člena Poslovnika državnega zbora.

Pri obravnavi predloga zakona v državnem zboru in pri delu njegovih delovnih teles bo sodelovala poslanka **Alenka Jeraj**.

Prilogi:

- Predlog zakona o paliativni in hospic oskrbi
- podpisi poslank in poslancev:
 - Jelka Godec
 - Anja Bah Žibert
 - Franc Breznik
 - Zvonko Černač
 - mag. Karmen Furman

- Rado Gladek
- mag. Branko Grims
- Alenka Helbl
- Andrej Hoivik
- Eva Irgl
- Janez (Ivan) Janša
- Jožef Jelen
- Alenka Jeraj
- mag. Dejan Kaloh
- Franci Kepa
- Andrej Kosi
- Danijel Krivec
- Jožef Lenart
- Suzana Lep Šimenko
- Tomaž Lisec
- dr. Anže Logar
- Žan Mahnič
- Zoran Mojškerc
- Bojan Podkrajšek
- Franc Rosec
- Anton Šturbej
- Jože Tanko

PREDLOG ZAKONA O PALIATIVNI IN HOSPIC OSKRBI

I. UVOD

1. OCENA STANJA IN RAZLOGI ZA SPREJEM ZAKONA

Slovenija ima relativno dobro razvit zdravstveni sistem. Največji delež bolnikov s kronično neozdravljivo boleznijo so bolniki z rakavimi obolenji. Med kroničnimi neozdravljivimi boleznimi so tudi prirojene genetsko pogojene bolezni, neozdravljive nevrološke bolezni, nenazadnje pa imajo kronično neozdravljivo bolezen tudi bolniki z napredovalo boleznijo srca, pljuč ali ledvic, ki v zadnji fazi bolezni prav tako potrebujejo paliativno in hospic oskrbo.

Leta 2010 je Slovenija sprejela Državni program paliativne oskrbe¹ in Državni program za obvladovanje raka. V letu 2022 je bil sprejet Državni program za obvladovanje raka za obdobje 2022–2026 s cilji upočasnitve večanja incidence raka, povečanjem preživetja in izboljšanja kakovosti življenja bolnikov z rakom s celotno rehabilitacijo ter paliativno oskrbo (v nadaljevanju PO).

Mednarodno združenje hospic in paliativne oskrbe (v nadaljevanju IAHPIC) je leta 2018, na podlagi priporočil znanstvene revije Lancet Commission iz leta 2017, oblikovalo širši koncept definicije PO in priporočil WHO, da dopolni obstoječo definicijo PO. Definicija IAHPIC je nastala na podlagi globalnega konsenza. V ospredje postavlja koncept lajšanja trpljenja zaradi resnega bolezenskega stanja. Posledično omogoča spremembo koncepta PO, usmerjene v bolezen na PO usmerjeno v človeka. Zagovarja zagotavljanje oskrbe v vseh starostnih obdobjih in stanjih glede na potrebo s ciljem pravočasne vključenosti, osredotočenosti na lajšanje trpljenja in velja za vse, ne glede na diagnozo, prognozo, geografsko okolje, oskrbo in finančno stanje. Definicija je razdeljena v tri dele: kratek, jedrnat opis definicije, podrobnejša razlaga in priporočila vladam za implementacijo PO v zdravstvene sisteme za doseg trajnostnih razvojnih ciljev do leta 2030. Kratka definicija PO po IAHPIC je naslednja: »Paliativna oskrba je aktivna celotna oskrba posameznikov vseh starosti, katerih trpljenje je posledica resnega bolezenskega stanja, še zlasti ob koncu življenja. Njen cilj je izboljšati kakovost življenja bolnikov, njihovih družin in negovalcev. Vključuje preventivo, zgodnje prepoznavanje, celotno oceno in obravnavo telesnih simptomov, vključno z bolečino in drugimi obremenjujočimi simptomi, psihičnimi stiskami, duhovno stisko in socialnimi potrebami. Kadar je le mogoče, morajo ukrepi temeljiti na dokazih. Zagotavlja podporo bolnikom, da živijo kar se da polno življenje do smrti, tako da jim olajša učinkovito komunikacijo in jim pomaga pri določanju ter doseganju ciljev oskrbe. Uporablja se med celotnim potekom bolezni, ustrezno glede na bolnikove potrebe. Zagotavlja se skupaj s specifičnim zdravljenjem bolezni, kadar je to potrebno.«

PO lahko pozitivno vpliva na potek bolezni, ne pospešuje niti ne zavlačuje smrti, potrjuje življenje in prepozna umiranje kot naraven proces. PO nudi podporo bolnikovim bližnjim in

¹ <https://www.gov.si/assets/Ministrstva/MZ/DOKUMENTI/pomembni-dokumenti/47cbef2cb3/Drzavni-program-paliativne-oskrbe.pdf>

negovalcem, tako med bolnikovo boleznijo kot v procesu žalovanja. Izvaja se s prepoznavanjem in spoštovanjem kulturnih vrednot in prepričanj, iz katerih izhaja bolnik in njegovi bližnji. Uporablja se v vseh okoljih, kjer se bolnik nahaja – na bolnikovem domu, v zdravstvenih ustanovah, v socialnovarstvenih ustanovah in na vseh ravneh zdravstvenega varstva, od primarne do terciarne ravni. Izvajajo jo strokovnjaki z osnovnimi znanji PO. Zapleteni primeri zahtevajo obravnavo specializirane PO, ki jo izvajajo različni strokovnjaki profesionalnega tima.

IAHCP je vladam podala naslednja priporočila za implementacijo PO v zdravstvene sisteme za doseg trajnostnih razvojnih ciljev do leta 2030:

1. Sprejeti ustrezno politiko in normative, ki vključujejo PO v zdravstvene zakone, državne zdravstvene programe in državne zdravstvene proračune.
2. Zagotoviti, da je PO vključena v programe zdravstvenih zavarovanj.
3. Zagotoviti dostop do osnovnih zdravil in pripomočkov za lajšanja bolečine in ostalih simptomov v PO, skupaj z oblikami, prilagojenimi obravnavam otrok.
4. Zagotoviti, da PO predstavlja sestavni del vseh zdravstvenih storitev (na primarnem, sekundarnem in terciarnem nivoju), da je dostopna vsem in da lahko vse zdravstveno osebje zagotavlja PO ter ima na voljo specializirane time za možnosti nadaljnje napotitve in posvetovanja.
5. Zagotoviti dostop do ustrezne PO za ranljive skupine, vključno z otroki in starejšimi.
6. Sodelovanje vlad in nosilcev zdravstvenih politik z univerzami, fakultetami, akademskimi krogi in učnimi bazami, ki bi izvajale raziskovalno delo v PO ter zagotavljele usposabljanje iz PO, tako na osnovni ravni, na ravni dodatnih znanj, specialistični ravni ter s kontinuiranim izobraževanjem.

V letu 2010 je Ministrstvo za zdravje (v nadaljevanju MZ) sprejelo Državni program paliativne oskrbe. Dokument vsebinsko opredeljuje vsebino PO in ravni PO, na podlagi primerjav in mednarodnih priporočil je podan tudi predlog števila potrebnih bolnišničnih postelj za PO na državni ravni. Dokument definira PO kot aktivno celostno pomoč bolnikom vseh starosti z napredujočo kronično neozdravljivo boleznijo ter njihovim bližnjim, slednjim tako v času bolezni svojca kot v procesu žalovanja. PO temelji na oceni stanja bolnika, s katerokoli neozdravljivo boleznijo, oceni prognoze njegove bolezni in specifične potrebe njega in njegovih bližnjih. PO je potrebno načrtovati že zgodaj po postavitvi diagnoze neozdravljive bolezni, nadaljuje pa se v procesu umiranja, smrti in žalovanja. Torej je terminalna PO zgolj terminalna faza in del celotne PO.

PO bolniku in njegovim svojcem pomaga izboljšati kakovost življenja s preventivni ukrepi in z lajšanjem trpljenja do te mere, da bolniku zagotavlja sprejemljivost stanja napredujoče kronične bolezni, svojcem pa pomaga spremljati ljubljeno osebo, s čimer ohranja obolela oseba dostojanstvo, znosnost telesnih simptomov bolezni in vso potrebno podporo duševnim stiskam, deležna pa je tudi duhovne podpore, skladno z njej lastnimi vrednotami in verskim prepričanjem. Na ta način bolnikove vrednote vodijo paliativne ukrepe. Za kakovostno in celovito obravnavo je zato potreben paliativni tim strokovnjakov, v katerem sodelujejo zdravnik, srednja in/ali diplomirana medicinska sestra, patronažna sestra in socialni delavec. Tim dopolnjujejo klinični psiholog, delovni terapevt, fizioterapevt, dietetik, socialni gerontolog in izvajalec duhovne oskrbe. Obseg in vsebina PO je odvisna od potreb bolnika in njegovih bližnjih. Pomembno je, da so bolnik in njegovi bližnji vključeni kot partner v celovito PO.

Pozitivni učinki PO so znanstveno dokazani, saj tovrstna oskrba terminalnih bolnikov pomeni učinkovitost oskrbe in izkazuje ekonomičnost oskrbe. PO se izvaja v večini razvitih držav v Evropski uniji (v nadaljevanju EU) in svetu. Potrebe po PO so čedalje večje zaradi staranja prebivalstva in s tem naraščanja števila kroničnih neozdravljivih bolnikov. Predvsem narašča breme obolelih z rakom tako v Sloveniji kot v svetu. PO je neodtujljiv element človekove pravice do zdravstvenega in socialnega varstva. Zato mora biti sestavni del zdravstvenega in socialnega varstva v družbi, izvajati se mora na vseh ravneh zdravstvenega in socialnega varstva. Država mora zagotoviti dostop do PO vsem, ki jo potrebujejo in jo želijo.

Načrt PO se mora prilagajati uporabniku in okolju, v katerem trenutno biva oziroma se nahaja. PO je potrebno razvijati v vseh okoljih, kjer so bolniki s potrebo po tej oskrbi. Ob tem moramo kot razvita družba stremeti k razvoju ustrezne mreže izvajalcev PO tako na terciarni, sekundarni kot primarni ravni zdravstvene dejavnosti in v socialnovarstvenih ustanovah, ki skrbijo za svoje varovance. PO se v Sloveniji izvaja v določenem obsegu skupaj z zdravstveno obravnavo, saj je poslanstvo vsakršnega zdravstvenega poklica usmerjeno v pomoč in lajšanje bolnikovih težav. Zdravniki od Hipokrata dalje sledijo načelu celostne oskrbe bolnika. Z napredkom medicine in organiziranosti zdravstvenega sistema pa narašča potreba po natančnejši regulaciji in vzpostavitvi mreže PO.

Zaradi zagotavljanja pravice do enakopravnega dostopa in obravnave pri zdravstveni obravnavi v okviru izvajanja storitev PO je ključnega pomena, da se PO v okviru mobilnih paliativnih timov na bolnikovem domu izvaja na isti ravni kot v negovalnih bolnišnicah. Načrt PO po izkazanem interesu bolnika pripravi lečeči zdravnik v sodelovanju s specializiranimi strokovnjaki v timih PO. Potrebna je krepitev sodelovanja med specialisti PO različnih ravni zdravstvene dejavnosti in regijsko enakomerno razvijanje sistema PO. Ob tem je potrebno vključevanje socialne službe, vključevanje kvalificiranih nevladnih organizacij za področje PO ter vključevanje duhovne oskrbe na željo bolnika in njegovih svojcev. Izobraževanje na področju PO izvajajo za svoje poklicne skupine zbornice, kot sta Zdravniška zbornica Slovenije in Zbornica zdravstvene nege.

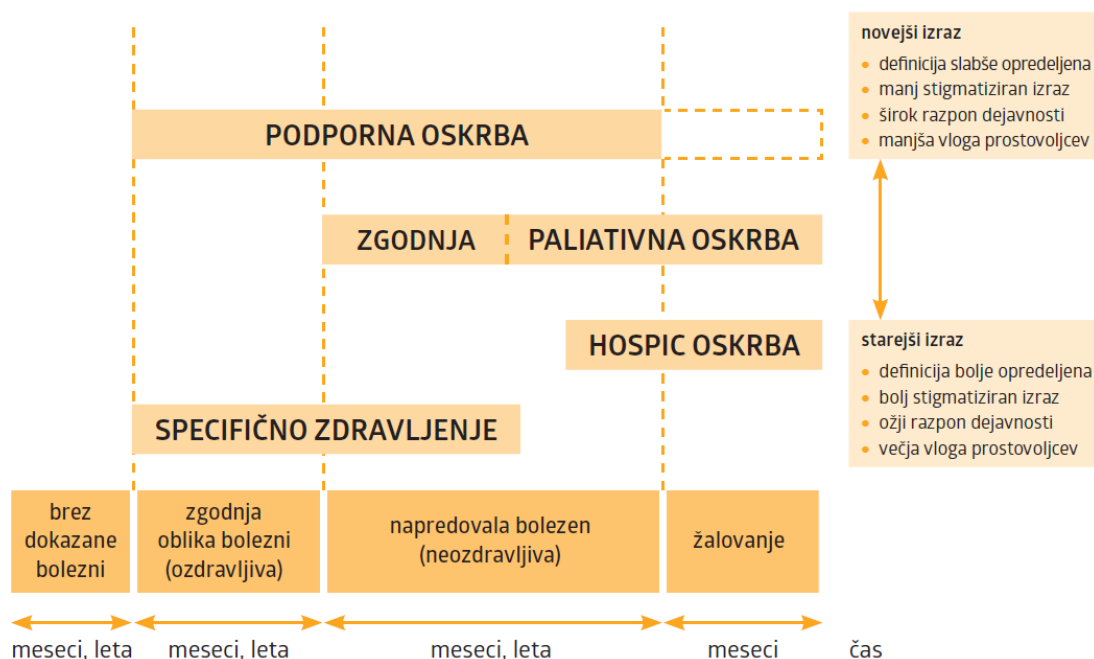
Pri MZ delujejo republiški strokovni kolegiji (RSK), ki pripravljajo strokovna izhodišča za zdravstvene dejavnosti. RSK za paliativno medicino je v letu 2022 potrdil vsebino strokovne publikacije Obvladovanje simptomov v paliativni oskrbi bolnika z rakom², ki naslavlja vsa strokovna vprašanja in podaja priporočila tudi o medikamentoznem obvladovanju simptomov napredujoče rakave bolezni in lajšanju terminalnih simptomov umirajočega bolnika.

Onkološki inštitut je v letu 2023 izdal knjigo Paliativna oskrba odraslih bolnikov z rakom v Sloveniji³. V dokumentu je vključena tudi hospic oskrba, ki predstavlja celostno obravnavo bolnika v zadnjem življenjskem obdobju bolezni in fazi umirjanja. V zadnjih dneh in urah se bolniku v zadostni meri lajša simptome bolezni, kar zagotavlja kakovost in znosnost simptomov in ohranjanje dostojanstva bolnika.

² https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/staro/RSK/AD5_2_PRIPOROCILA-OBVLADOVANJE-SIMPTOMOV-V-PALIATIVNI-OSKRBI-BOLNIKA-Z-RAKOM-za-RSK.pdf

³ https://www.onko-i.si/fileadmin/onko/datoteke/Strokovna_knjiznica/ostale_publicacije/Paliativna_oskrba_odraslih_bolnikov_z_rakom_v_Slo_temeljni_pojmi_in_priporocila_2023.pdf

V knjigi so na enostavnem grafu prikazane faze v poteku neke bolezni. Pred obdobjem pojava simptomov neke bolezni je lahko posameznik že od rojstva dalje. Ko se pojavijo simptomi in znaki določene bolezni, je obdobje diagnostike in zdravljenje posameznika. Govorimo o specifičnem zdravljenju, ki že od začetka zdravljenja zahteva podporno zdravljenje. Z napredovanjem bolezni v kronično neozdravljivo bolezen nastopi obdobje zgodnje PO, ki se jo izvaja skupaj s podpornim zdravljenjem. Z napredovanjem bolezni nastopi obdobje pozne paliativne in hospic oskrbe, ki posamezniku nudi primerno lajšanje simptomov, kakovost bivanja in ohranja dostojanstvo, tudi ko se bolezen prevesi v fazo umiranja.



Slika 1. Časovna umeščenost podporne, paliativne in hospic oskrbe skozi potek bolezni (23).

2. SEDANJA ORGANIZIRANOST DELOVANJA SLOVENSKEGA ZDRAVSTVA NA PODROČJU PALIATIVNE OSKRBE

Slovensko zdravstvo je organizirano nivojsko, deluje na primarni, sekundarni in terciarni ravni. Na primarni ravni delujejo družinski zdravniki, pediatri in ginekologi. Pri zdravstvenih domovih delujejo tudi specialistične ambulate, ki sodijo v specialistično zunajbolnišnično ambulantno dejavnost, na primer na področju pulmologije, alergologije, kardiologije, diabetologije, endokrinologije. Na sekundarni ravni delujejo specialistične ambulate, kot so zunajbolnišnične specialistične ambulate različnih specialnosti (kardiologija, pulmologija, alergologija, diabetologija, endokrinologija, gastroenterologija, urologija, kirurgija, okulistika, dermatologija).

Bolnišnična dejavnost poteka kot dejavnost bolnišničnih oddelkov in kot specialistična znotrajbolnišnična ambulantna dejavnost. Bolniki so lahko sprejeti v bolnišnico za diagnostiko in zdravljenje za določeno časovno obdobje, ki je različno dolgo glede na potrebno diagnostiko in zdravljenje.

Akutno zbolelega bolnika se sprejme v bolnišnico preko urgentnega centra, ki deluje v splošnih in regijskih bolnišnicah ter na obeh univerzitetnih kliničnih centrih. Bolnika, ki je ambulantno zaključil diagnostiko določene bolezni in potrebuje bolnišnično zdravljenje, se sprejme v bolnišnico z napotnico.

Bolnika, ki je ob koncu zdravljenja odpuščen iz bolnišnice in zaradi katerekoli bolezni ni sposoben vrnitve v domače okolje, ker potrebuje nadaljnjo nego in rehabilitacijo, bolnišnični lečeči zdravnik na podlagi izdane napotne listine lahko premesti v negovalno bolnišnico. Bolnik je v negovalni bolnišnici praviloma krajši čas do nekaj tednov, nato je v primeru, da ima urejeno domače okolje, odpuščen v domačo oskrbo. Pri določenih bolezenskih stanjih lahko bolnik na podlagi odobritve s strani imenovanega zdravnika na Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju ZZZS) opravi rehabilitacijo v enem od naravnih zdravilišč in se vrne v domače okolje. Bolniku, ki po rehabilitaciji ne doseže zadostne zmogljivosti za bivanje doma, praviloma sorodniki uredijo sprejem v dom za starejše občane.

Bolniki, ki so oboleli za kronično neozdravljivo boleznijo ali bolniki z rakavo boleznijo, lahko v procesu napredovanja neozdravljive bolezni preidejo v fazo bolezni, ko bolezen ni več ozdravljiva oziroma preide v kronično fazo neozdravljive bolezni. Bolniki potrebujejo simptomatsko terapijo za lajšanje telesnih znakov bolezni in psihosocialno podporo, vendar se tudi pogosto znajdejo v duševni stiski, ker menijo, da so svojim ožjim družinskim članom in bližnjim v breme. Po drugi strani pa se tudi svojci bolnika srečujejo s stiskami, ko vidijo, da je njihova ljubljena oseba neozdravljivo bolna, in si postavljajo vprašanja, ali za bolnega skrbijo v zadostni meri. Posebej problematična so stanja s kronično in hujšo bolečino ter stanja, ko bolezen preide v končno fazo in se življenje bolnika počasi izteka. Telesna bolečina zelo negativno vpliva na kakovost življenja in se pogosto slabša, ko nastopijo še drugi simptomi. Bolniki, njihovi sorodniki in bližnje osebe pogosto doživljajo duševne stiske, so lahko depresivni, imajo slabo vest in v tej fazi tako bolniki kot njihovi sorodniki oziroma bolniku bližnje osebe doživljajo hujše duševne stiske in potrebujejo pomoč.

Čeprav so anesteziologi praviloma bolnišnični zdravniki, ki delujejo v operacijskih dvoranah in enotah intenzivne terapije, se je z leti pokazala potreba po delovanju anesteziološko/bolečinskih ambulant. Te so organizirane pri splošnih in regijskih bolnišnicah, v univerzitetnih kliničnih centrih v Ljubljani in Mariboru ter pri koncesionarjih. Obseg dela teh ambulant ostaja zadnja leta nespremenjen kljub čedalje večjim potrebam zaradi naraščanja števila kroničnih bolnikov z neozdravljivo ali rakavo boleznijo. Po podatkih ZZZS⁴ pa je obseg dela teh ambulant nesorazmeren glede na število prebivalcev oziroma gravitacijsko področje določene bolnišnice.

V letu 2021 je bilo v slovenskih bolnišnicah skupaj 8958 bolniških postelj, od tega 5125 v zahodni kohezijski regiji in 3833 v vzhodni kohezijski regiji⁵. Bolniki, ki zaradi bolezenskega stanja še niso sposobni življenja v domačem okolju, so znotraj iste zdravstvene ustanove premeščeni v negovalno bolnišnico. Leta 2011 je na MZ pričela z delom skupina strokovnjakov

⁴ Podatki o obveznem zdravstvenem zavarovanju, marec 2023, letnik 20, številka 1 (dostopno na [https://api.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/b6b2edb6aa2fe0a4c12589750038f0f7/\\$FILE/p23-1.pdf](https://api.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/b6b2edb6aa2fe0a4c12589750038f0f7/$FILE/p23-1.pdf))

⁵ https://podatki.nijz.si/pxweb/si/NIJZ%20podatkovni%20portal/NIJZ%20podatkovni%20portal_5%20Viri%20v%20zdravstvu_3%20Bolni%C5%A1ke%20postelje/Postelje2.px/?rxid=5c9cec5f-9945-4e10-a050-d0d98855cacb

za vzpostavitev mreže negovalnih bolnišnic v Sloveniji. ZZZS izvajalcem znotraj klasifikacije dejavnosti negovalnih bolnišnic priznava tudi PO v terminalni fazi neozdravljive bolezni.

Slovenija je ena najbolj starajočih se družb. Po podatkih ZZZS je bilo v Sloveniji na dan 31. 12. 2022 2.111.518 prebivalcev, delež starih nad 65 let pa 21,47 % (Tabela 1). ZZZS pokriva 10 območnih enot (OE), največja OE Ljubljana ima 676.736 prebivalcev, najmanjša OE Krško pa 70.806. Delež starejših od 65 let je najvišji v OE Murska Sobota, in sicer 24,07 %, v OE Novo mesto pa je najnižji, in sicer 19,14 %.

Območna enota ZZZS	Število oseb nad 65 let	%	Skupno število zavarovanih oseb na dan 31. 12. 2022
Celje	42.596	20,54	207.380
Koper	35.383	23,03	153.652
Kranj	44.441	21,22	209.465
Krško	15.198	21,46	70.806
Ljubljana	141.403	20,89	676.736
Maribor	71.435	22,03	324.236
Murska Sobota	27.041	24,07	112.333
Nova Gorica	24.379	23,42	104.103
Novo mesto	22.459	19,14	117.322
Ravne na Koroškem	28.956	21,37	135.494
Slovenija SKUPAJ	453.291	21,47	2 111 518

Tabela 1: Število in delež oseb na 65 let ter skupno število zavarovanih oseb. (Vir: Podatki o obveznem zdravstvenem zavarovanju, marec 2023, letnik 20, številka 1)⁶

Pri razvijanju mreže PO je podatek o deležu starejših nad 65 let pomemben za načrtovanje zdravstvenih politik. Osebe nad 65 let predstavljajo večino bolnikov s kronično napredovalo neozdravljivo boleznijo, seveda pa so kronične neozdravljive bolezni znane tudi pri majhnih otrocih. Pri kronično neozdravljivih boleznih je medicina v Sloveniji in tudi v drugih razvitih državah vrsto let osredotočena predvsem na lajšanje bolečin in obvladovanje drugih telesnih simptomov bolezni.

V Sloveniji v bolnišnicah delujejo specialistične anesteziološke in protibolečinske ambulante v vseh splošnih in regijskih bolnišnicah ter v obeh univerzitetnih kliničnih centrih. Klinika za pljučne bolezni in alergologijo Golnik je znotraj oddelka za podaljšano bolnišnično nego do izbruha epidemije Covid-19 izvajala tudi PO pljučnih bolnikov za napredovalo obliko bolezni, danes oskrbijo te bolnike znotraj akutne bolnišnične obravnave.

Po podatkih ZZZS se obseg dela v anestezioloških in protibolečinskih ambulantah v zadnjih štirih letih ni bistveno spremenil (Tabela 2). Iz podatkov ZZZS je razvidno, da obstaja dokajšnje nesorazmerje med obsegom dela anesteziološko protibolečinske ambulate in velikostjo regije oziroma števila prebivalcev v različnih statističnih enotah oziroma OE ZZZS.

⁶ glej opombo 3.

Izvajalec	Leto 2023	Leto 2022	Leto 2021	Leto 2020
SB Celje	0,63	0,63	0,63	0,63
SB Izola	1,05	1,05	1,05	1,05
SB Brežice	0,42	0,43	0,45	0,42
SB Trbovlje	0,26	0,26	0,26	0,26
UKC Ljubljana	2,20	2,20	2,20	2,20
UKC Maribor	0,71	0,71	0,71	0,71
SB Dr. J. Potrča Ptuj	1,05	1,05	1,05	1,05
SB Murska Sobota	0,87	0,87	0,87	0,87
SB Dr. F. Derganca Nova Gorica	0,10	0,10	0,10	0,10
SB Novo Mesto	1,03	1,03	1,03	1,03
SB Slovenj Gradec	1,12	1,12	1,12	1,12
Zasebni zavod BEM	1,0	1,0	1,0	1,0

Tabela 2: Število timov anesteziološko-protibolečinskih ambulant po izvajalcih. (Vir: Podatki o obveznem zdravstvenem zavarovanju, marec 2023, letnik 20, številka 1)

Glede na podatke ZZZS o številu timov anesteziološko/protibolečinskih ambulant je država dolžna vzpostaviti mrežo teh ambulant, ki bi bila prilagojena glede na število prebivalcev in starostno strukturo v posamezni regiji. Storitve teh ambulant je potrebno približati bolnikom in zagotoviti enakomerno dostopnost v vseh slovenskih regijah.

V Splošnem dogovoru za leto 2011 je bilo v Prilogi BOL II/b v drugem odstavku 9. člena opredeljeno, da bo delovna skupina na MZ in ZZZS pripravila načrt za mrežo negovalnih bolnišnic, kjer bodo obravnavani bolniki, ki ne potrebujejo več hospitalizacije zaradi akutnega zdravljenja bolezni, zaradi katere so bili sprejeti. Predvidena je bila vzpostavitev mreže negovalnih bolnišnic, kjer se bosta izvajali bolnišnična zdravstvena nega in PO: »(2) Neakutna bolnišnična obravnava se izvaja na oddelku za neakutno bolnišnično obravnavo tako, da je namestitev zavarovanih oseb na tem oddelku ločena od namestitve zavarovanih oseb, ki so v akutni bolnišnični obravnavi. Izvajalci vzpostavijo ločene oddelke za neakutno bolnišnično obravnavo do 1. aprila 2011. Če izvajalci do 1. aprila 2011 samostojnih organizacijskih oddelkov ne vzpostavijo, cena BOD pri takih izvajalcih od 1. aprila 2011 naprej znaša 70 % cene BOD, določene v kalkulaciji podaljšanega bolnišničnega zdravljenja (202 065) oziroma bolnišnične zdravstvene nege in paliativne oskrbe (202 111) iz Priloge I. Znižana vrednost programa neakutne bolnišnične obravnave izvajalcem, ki teh obravnav ne bodo izvajali na samostojnih organizacijskih oddelkih, predstavlja vir sredstev za širitve programov izvajalcem s samostojnimi organizacijskimi oddelki z minimalno velikostjo 15 postelj. Predvidene širitve programov določi MZ na podlagi podatkov Zavoda. Do 31. decembra 2011 delovna skupina Ministrstva za zdravje in Zavoda pripravi mrežo izvajalcev neakutne bolnišnične obravnave, in sicer tako bolnišnične zdravstvene nege kot paliativne oskrbe kot tudi podaljšanega bolnišničnega zdravljenja«.

V vsakoletnem dogovoru o obsegu programov in storitev (SD) pri izvajalcih ZZZS se v storitve negovalnih bolnišnic vključuje tudi PO. Iz uradnih podatkov ZZZS izhaja (tabela 3), da izvajalci programa v letu 2022 v skupni masi planiranih in zagotovljenih sredstev niso realizirali. Za dejavnost negovalnih bolnišnic (zdravstvena nega/paliativa) je bilo rezerviranih 16.156.046,94

evrov, realiziranih storitev pa je bilo le v vrednosti 7.280.420,39 evrov, kar predstavlja le 45 % realizacijo.

Naziv izvajalca	Obseg Plan	Obseg Realizacija	Obseg Indeks	Celotni prihodek Plan	Realizirana vrednost brez DDV
SB Celje	4.807,95	544,00	11,31	641.928,63	77.565,19
Psihiatrična bolnišnica Vojnik	1.831,00	849,00	46,37	244.464,57	113.955,55
Ortopedska bolnica Valdoltra	2.943,19	1.094,00	37,17	275.069,70	102.789,91
SB Izola	4.966,92	2.984,00	60,08	663.152,27	399.117,89
MC Medicor, d. d.	1.113,15	506,00	45,46	104.035,06	47.128,94
SB Brežice	10.075,05	5.150,00	51,12	1.345.159,13	699.063,40
SB Jesenice	5.084,98	549,00	10,80	678.915,71	74.029,67
Psihiatrična bolnica Begunje	2.371,56	1.121,00	47,27	316.637,05	156.808,25
Klinika Golnik	5.319,96	39,00	0,73	710.289,36	5.004,48
SB Trbovlje	4.388,16	754,00	17,18	585.879,77	114.566,78
Onkološki inštitut Ljubljana	283,98		0,00	26.540,34	
UKC Ljubljana	18.387,01	2.278,00	12,39	2.454.921,41	344.096,58
UPK Ljubljana	4.142,57	1.032,00	24,91	553.091,28	141.928,84
UKC Maribor	11.524,08	11.384,00	98,78	1.538.624,17	1.529.105,47
Psihiatrična bolnišnica Ormož	2.589,95	737,00	28,46	345.794,65	101.602,89
SB dr. J. Potrča Ptuj	2.801,97	756,00	26,98	374.101,39	98.897,72
SB Murska Sobota	7.433,98	7.622,00	102,53	992.539,57	1.026.779,34
Psihiatrična bolnišnica Idrija	3.645,03	1.812,00	49,71	486.662,40	247.645,26
SB dr. F. Derganca Nova Gorica	4.381,02	1.574,00	35,93	584.926,92	210.655,20
SB Novo mesto	9.650,05	8.494,00	88,02	1.288.415,61	1.140.642,18
SB Slovenj Gradec	5.199,96	283,00	5,44	694.267,98	41.553,84
Bolnišnica Topolšica	9.367,04	4.529,00	48,35	1.250.629,97	607.483,01
Skupaj	122.308,56	54.091,00		16.156.046,94	7.280.420,39

Tabela 3: Obseg storitev negovalnih bolnišnic in PO v letu 2022 (plan in realizacija pogodbeno dogovorjenega obsega programa)

Po podatkih ZZZS je bilo za dejavnost negovalnih bolnišnic v prvem polletju leta 2023 rezerviranih 8.414.255,02 evrov, vse negovalne bolnišnice pa so opravile storitve v obsegu 4.300.654,85 evrov, kar predstavlja 51,10 % realizacijo (tabela 4).

Bolniki so po zaključenem bolnišničnem zdravljenju praviloma odpuščeni v domačo oskrbo. V primeru, da je bolnik zelo oslabil in potrebuje rehabilitacijo, se ga lahko premesti na negovalni oddelek bolnišnice. Nasprotno pa bolnika z napredujočo kronično neozdravljivo boleznijo, ki potrebuje paliativno in hospic oskrbo, ni mogoče napotiti neposredno na negovalni oddelek z napotnico izbranega osebnega zdravnika ali zdravnika specialista ambulantne dejavnosti.

Ob zagotovljenem financiranju tako negovalne bolnišnice v celoti ne opravljajo svojega poslanstva, razlogi so verjetno tudi v kadrovski podhranjenosti. Postavlja se vprašanje, zakaj

izvajalci ne realizirajo programa, kot tudi, ali je bil slednji pravilno načrtovan. Presežki tako ostajajo v zdravstveni blagajni, bolniki pa so slabo oskrbljeni.

Naziv izvajalca	Obseg Plan	Obseg Realizacija	Obseg Indeks	Celotni prihodek Plan	Realizirana vrednost brez DDV
SB Celje	2.403,98	1.156,00	48,09	285.207,12	138.071,84
Psihiatrična bolnišnica Vojnik	915,50	463,00	50,57	128.093,85	65.128,99
Ortopedska bolnica Valdoltra	1.471,59	361,00	24,53	144.130,35	34.892,23
SB Izola	2.483,46	1.556,00	62,65	347.476,92	216.374,24
MC Medicor, d. d.	556,57	138,00	24,79	54.512,02	13.436,14
SB Brežice	5.037,53	3.854,00	76,51	704.833,07	535.085,17
SB Jesenice	2.542,49	443,00	17,42	355.736,48	60.947,83
Psihiatrična bolnica Begunje	1.185,78	454,00	38,29	165.910,67	63.151,90
Klinika Golnik	2.659,98	60,00	2,26	372.175,51	8.380,48
SB Trbovlje	2.194,08	1.752,00	79,85	306.987,88	243.266,36
Onkološki inštitut Ljubljana	141,99		0,00	13.906,63	
UKC Ljubljana	9.193,51	1.868,00	20,32	1.286.323,44	260.977,92
UPK Ljubljana	2.071,29	594,00	28,68	289.807,36	81.270,42
UKC Maribor	5.762,04	5.688,00	98,72	806.204,28	791.583,64
Psihiatrična bolnišnica Ormož	1.294,98	1.224,00	94,52	181.188,54	172.353,32
SB dr. J. Potrča Ptuj	1.400,99	225,00	16,06	196.020,74	31.159,66
SB Murska Sobota	3.716,99	2.977,00	80,09	520.068,34	412.076,97
Psihiatrična bolnišnica Idrija	1.822,52	293,00	16,08	255.000,17	39.672,27
SB dr. F. Derganca Nova Gorica	2.190,51	822,00	37,53	306.488,56	114.451,30
SB Novo mesto	4.825,03	3.815,00	79,07	675.100,72	531.080,83
SB Slovenj Gradec	2.599,98	724,00	27,85	363.780,63	99.752,72
Bolnišnica Topolšica	4.683,52	2.770,00	59,14	655.301,74	387.540,62
Skupaj	61.154,31	31.237,00		8.414.255,02	4.300.654,85

Tabela 4: obseg storitev negovalnih bolnišnic in PO za obdobje 1-6 v letu 2023 (plan in realizacija pogodbeno dogovorjenega obsega progama)

Iz podatkov ZZZS izhaja, da država ni v zadostni meri aktivna pri urejanju zdravstvenega sistema na način, da bi bile storitve protibolečinskih ambulant bolnikom dostopne čim bližje kraju bivanja.

Dejstvo je, da dejavnost negovalnih bolnišnic, ki prejemajo sredstva tudi za PO, ne dosega načrtovanega obsega dela. Ob tem velja poudariti, da je na negovalni oddelek bolnišnice lahko sprejet bolnik le z napotnico bolnišničnega specialista, ki jo izda ob zaključenem bolnišničnem zdravljenju in se bolnika premesti za nego, rehabilitacijo in PO. Bolnik, ki biva doma in bi potreboval le usluge negovalne bolnišnice in PO, v negovalno bolnišnico ne more biti sprejet z napotnico zdravnika izven sistema bolnišnic, to je na primer z napotnico izbranega osebnega zdravnika ali specialista v zunajbolnišnični specialistični ambulanti dejavnosti. Dejavnost

negovalnih bolnišnic s PO je kljub vzpostavljeni mreži pod pričakovanji, izkazana realizacija lahko pomeni slabšo oskrbo bolnikov ali pa je mreža s posteljnimi fondom predimenzionirana. Na te izzive je potrebno najti odgovore in poskrbeti za boljšo oskrbo bolnikov, ki potrebujejo usluge negovalnih bolnišnic in PO.

V Sloveniji je po sprejetju Državnega programa za paliativno oskrbo leta 2010 z delom pričel paliativni mobilni tim v Gorenjski regiji na področju OE Kranj s sedežem v SB Jesenice, program pa je bil v letu 2018 vključen tudi v Splošni dogovor. V letu 2021 je bila v Splošnem dogovoru ZZZS sprejeta širitev delovanja mobilnih paliativnih timov (Tabela 5). Mobilni paliativni timi so z delom pričeli v SB Murska sobota, UKC Maribor, UKC Ljubljana, SB Novo mesto in na Onkološkem inštitutu Ljubljana. Širitev je bila predvidena še na preostale splošne in regijske bolnišnice v letu 2022, vendar do realizacije ni prišlo.

V januarju 2023 je vlada namesto Splošnega dogovora sprejela Uredbo o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivostih, potrebnih za njegovo izvajanje, in obsegu sredstev za leto 2023⁷. V tej uredbi je vidno povečanje števila mobilnih paliativnih timov, vendar ostaja polovica slovenskih regij brez te dejavnosti (SB Izola, SB Nova Gorica, SB Trbovlje, SB Brežice, SB Ptuj, SB Celje, SB Slovenj Gradec). Izrazito izstopa delež mobilnih paliativnih timov v osrednji slovenski regiji, ki ima trenutno 46 % vse dejavnosti mobilnih paliativnih timov v Sloveniji (tabela 6).

Izvajalec	2023	2022	2021	2020	2019	2018
SB Jesenice	1,4 (od 1. 4. 2023)	1	1	1	1	1
Onkološki Inštitut Ljubljana	2,0 (od 1. 4. 2023)	1	1	0	0	0
UKC Ljubljana	1,7	1	1	0	0	0
UKC Maribor	1	1	1	0	0	0
SB Murska Sobota	1	1	1	0	0	0
SB Novo mesto	1	1	0,33	0	0	0

Tabela 5: Delovanje mobilnih timov v obdobju od 2018 do 2023^{8,9}

⁷Uredba o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivostih, potrebnih za njegovo izvajanje, in obsegu sredstev za leto 2023 (Uradni list RS, št. 8/23 in 52/23).

⁸Podatki o obveznem zdravstvenem zavarovanju, marec 2023, letnik 20, številka 1

⁹Splošni dogovor za leta 2018, 2019, 2020

Izvajalec		Število timov	Odstotek
OE Kranj	SB Jesenice	1,40	17 %
OE Ljubljana	Onkološki inštitut Ljubljana	2,00	25 %
OE Ljubljana	UKC Ljubljana	1,70	21 %
OE Maribor	UKC Maribor	1,00	12 %
OE Murska Sobota	SB Murska Sobota	1,00	12 %
OE Novo mesto	SB Novo mesto	1,00	12 %
Skupaj		8,10	

Tabela 6: Število mobilnih paliativnih timov v Sloveniji v letu 2023¹⁰ (Vir: podatki ZZSZ, 3. 8. 2023)

Delovanja mobilnih paliativnih timov so izvajalci zagotovili z obstoječim kadrom, zato je razumljivo, da time šele izgrajujejo in bo potrebno dodatno zaposlovanje in izobraževanje zdravstvenega kadra, če želimo dostopnost do PO razširiti enakomerno na celotnem ozemlju Slovenije. Le tako bi vsak bolnik s kronično neozdravljivo boleznijo prejel pravočasno in celotno PO iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja. Mobilni paliativni timi so po podatkih ZZSZ v pogodbenem letu 2022 realizirali le 47 % planiranega obsega storitev, kar pripisujemo pomanjkanju kadra¹¹.

Naziv izvajalca	Obseg Plan	Obseg Realizacija	Obseg Indeks	Celotni prihodek Plan	Realizirana vrednost brez DDV
SB Jesenice	12.971,00	22.131,46	170,62	224.004,80	405.987,22
Onkološki inštitut Ljubljana	28.743,00	22.299,96	77,58	403.045,40	314.167,99
UKC Ljubljana	28.743,00	8.689,16	30,23	403.045,40	122.153,79
UKC Maribor	28.743,00	18.038,57	62,76	403.045,40	253.157,10
SB Murska Sobota	28.743,00	6.292,54	21,89	403.045,40	89.018,35
SB novo mesto	28.743,00	3.145,34	10,94	403.045,40	44.643,17
Skupaj	156.686,00	80.597,03		2.239.231,80	1.229.127,62

Tabela 7: Pogodbeno dogovorjeni finančni obseg programa mobilnih paliativnih timov v letu 2022

¹⁰ Glej opombo 6 in 7.

¹¹ Glej opombo 6.

Naziv izvajalca	Obseg Plan	Obseg Realizacija	Obseg Indeks	Celotni prihodek Plan	Realizirana vrednost brez DDV
SB Jesenice	1.760,75	5.419,55	307,80	38.454,08	118.596,86
SB Jesenice	2.065,00	1.427,00	69,10	58.109,51	56.742,83
Onkološki inštitut Ljubljana	0,75		0,00	131,25	
Onkološki inštitut Ljubljana	7.185,75	5.962,39	82,98	103.377,85	85.799,57
Onkološki inštitut Ljubljana	2.950,00	2.142,00	72,61	83.013,59	63.010,72
UKC Ljubljana	13,75	6,00	43,64	2.406,25	1.050,00
UKC Ljubljana	7.185,75	2.381,40	33,14	103.377,85	34.268,40
UKC Ljubljana	2.507,50	150,00	5,98	70.561,55	5.023,30
UKC Maribor	7.185,75	4.396,50	61,18	103.377,85	63.261,43
UKC Maribor	1.475,00	816,00	55,32	41.506,79	26.768,41
SB Murska Sobota	7.185,75	2.697,77	37,54	103.377,85	38.820,81
SB Murska Sobota	1.475,00	1.223,00	82,92	41.506,79	38.682,05
SB Novo mesto	7.185,75	1.632,43	22,72	103.377,85	23.490,98
SB Novo mesto	1.475,00	553,00	37,49	41.506,79	12.590,39
Skupaj	49.651,50	28.807,04		894.085,85	568.105,75

Tabela 8: Pogodbeno dogovorjeni finančni obseg progama mobilnih paliativnih timov v obdobju 1-6 2023

Podobno realizacijo imajo po podatkih ZZZS mobilni paliativni timi v letu 2022. Obseg realizacije je po različnih bolnišnicah različen, skupno pa so realizirali program v obsegu 51 % (tabela 7). V prvem polletju 2023 pa je glede na podatke ZZZS realizacija 63,5 % (tabela 8).

Dejavnost mobilnih paliativnih timov se razvija počasi. Za enako dostopnost do storitev PO na domu je potrebno, da se mobilni paliativni timi vzpostavijo pri vseh slovenskih bolnišnicah v vseh regijah. Ocenjujemo, da bi potrebovali še vsaj 8 mobilnih paliativnih timov tam, kjer do danes niso vzpostavljeni, torej skupaj 16. Glede na podatek iz tabele 8 bi, preračunano na 16 timov, znašal strošek delovanja na letni ravni 3.532.191,72 evrov. Glede na verjetno predimenzionirane kapacitete negovalnih bolnišnic bo ZZZS lahko del sredstev, namenjenih negovalnim bolnišnicam, preusmeril v delovanje mobilnih paliativnih timov in dodatnih stroškov v naslednjih letih ne bi bilo.

Veljavni Zakon o dolgotrajni oskrbi (ZDorsk-1) se ne opredeljuje do vprašanja paliativne in hospic oskrbe, ki ga enotno rešujemo s tem predlogom zakona.

3. DEJAVNOST HOSPIC V SLOVENIJI

V Sloveniji že 28 let deluje Društvo Hospic, ki je nevladna, nepridobitna in humanitarna organizacija posebnega družbenega pomena. Poslanstvo društva je celostna oskrba umirajočih in njihovih svojcev, ki se po smrti nadaljuje v podporo žalujočim odraslim, otrokom in mladostnikom. Društvo si prizadeva za detabuizacijo smrti ter bolj človeški odnos do umiranja in žalovanja v slovenski družbi. Dejavnost oskrbe, ki jo izvaja, temelji na mednarodno

uveljavljenih standardih ter poudarjenem osebnem pristopu in odnosu. V skladu z načeli hospica so vse storitve za uporabnike brezplačne. Dvanajst območnih odborov (OO), organiziranih po teritorialnem načelu kot podružnice društva, po celi Sloveniji so: OO Ljubljana, OO Maribor, OO Celje, OO Velenje, OO Koroška, OO Gorenjska, OO Murska Sobota, OO Dolenjska, Posavje in Bela krajina, OO Slovenska Istra, OO Severna Primorska, OO Primorsko–Notranjska in OO Zgornja Savinjska dolina. Društvo Hospic je edina nevladna organizacija v Sloveniji, ki 28 let aktivno deluje na področju umiranja, smrti in žalovanja. Decembra 2022 je imelo društvo 25 zaposlenih in 193 prostovoljcev. Društvo izvaja štiri programe: Hospic – spremljanje umirajočih bolnikov in njihovih svojcev na domu, žalovanje odraslih, otrok in mladostnikov, detabuizacija smrti, prostovoljstvo.

Področje duhovne oskrbe v času končnega stadija bolezni bolnika in njegovih svojcev je prepuščeno prostovoljnemu delu kvalificiranih nevladnih organizacij in angažiranosti verskih skupnosti v Sloveniji.

S predlogom zakona želimo po zgledu najbolj razvitih evropskih držav (Nemčija, Avstrija) v zdravstveno dejavnost vključiti paliativno in hospic oskrbo, ki jo sedaj opravljajo nevladne organizacije. Glede na mrežo, ki jo ima trenutno vzpostavljeno Slovensko društvo Hospic, bi za delo potrebovali 12 patronažnih sester v zdravstveni negi in 12 socialnih delavcev v zdravstveni dejavnosti.

Trenutno je v Sloveniji le ena Hospic hiša v osrednji slovenski regiji, kjer se izvaja stacionarna hospic oskrba umirajočih. Financiranje dejavnosti hospic stacionarne ustanove je urejeno z presežki iz lekarniške dejavnosti, oskrba je za uporabnike hospic hiše brezplačna.

V primerjavi s podatki iz Nemčije bi v Sloveniji potrebovali 5 do 6 Hospic hiš z do 50 posteljami. Strošek dnevne oskrbe je nižji od oskrbnega dne v negovalni bolnišnici, najnižja dnevna postavka za en dan zdravstvene in hospic nege v negovalni bolnišnici je trenutno 96,95 evrov.

Kot razvita družba moramo bolnike oskrbeti na dostojen način v končni fazi neozdravljive bolezni in zagotoviti tudi možnost oskrbe v hišah hospic za tiste, ki se odločijo za tovrstno oskrbo v terminalni fazi kronične bolezni in umiranja.

4. CILJI, NAČELA IN POGLAVITNE REŠITVE PREDLOGA ZAKONA

4.1 Cilji

Slovenija ima relativno dobro razvit zdravstveni sistem. Del kakovostne zdravstvene oskrbe je tudi PO kroničnih bolnikov z neozdravljivo boleznijo v vseh starostnih skupinah. Ker se delež starajočega se prebivalstva tudi v Sloveniji povečuje, moramo kot razvita evropska država narediti korak v smer sistemske ureditve tudi na področju PO. Storitve PO je potrebno zagotoviti pravočasno vsem bolnikom vseh starosti, ki jo potrebujejo, ne glede na kraj bivanja. Vlada RS oziroma MZ je odgovorno za razvoj mreže in ustrezno financiranje PO na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti. Postavitvi mreže mora slediti tudi zagotavljanje števila zdravstvenih delavcev in ustrezno dodiplomsko in podiplomsko izobraževanje.

V delo PO je smotno vključiti tudi hospice ter kvalificirane nevladne organizacije in prostovoljce. Vsi vključeni bodo vsak iz svojega področja delovanja bolniku in njegovim najbližjim zagotovili kvalitetno strokovno pomoč in dostojanstvo v terminalni fazi kronične neozdravljive bolezni bolnika. Pomembna je tudi podpora bližnjim bolnika, tako v času bolezni svojca kot tudi v času žalovanja.

4.2 Načela

Predlog zakona uresničuje in sledi načelom ustavnosti in zakonitosti, načelu delitve oblasti ob načelu ljudske suverenosti, načelu sorazmernosti v uresničevanju in omejevanju pravic, načelu pravne varnosti, načelu transparentnosti in načelu odprtosti.

Načelo varstva posebej ranljivih skupin prebivalstva pomeni, da družba nudi celostno oskrbo umirajočega člana in njegovim svojcem. Predlagane rešitve v zakonu sledijo pravici do osebnega dostojanstva in varnosti.

Načelo enakosti pomeni enako dostopnost, uporabo in kakovost razpoložljivih storitev PO za enake potrebe ne glede na spol, raso, vero, etnično pripadnost, gmotno stanje, družbeni položaj, sposobnost plačila ali druge osebne okoliščine.

Načelo univerzalnosti pomeni, da je vsaki osebi pod pogoji iz zakona omogočen dostop do PO.

Načelo razpoložljivosti pomeni, da je vsaki osebi pod pogoji iz tega zakona zagotovljena storitev PO.

4.3 Poglavitne rešitve

PO se s storitvami medicinskih ukrepov, storitev zdravstvene nege in psihosocialne podpore vključi v storitve iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (OZZ) in se v celoti krije iz obveznega zdravstvenega zavarovanja za vse osebe, ki so vključene v OZZ.

PO se izvaja na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti. V slovenskih bolnišnicah se glede na gravitacijsko območje vzpostavijo oddelki oziroma ustrezno število postelj za PO. Specialistično ambulantno PO izvajajo ustrezno sestavljeni timi. Za enakomerno dostopnost do storitev ne glede na kraj bivanja se vzpostavijo mobilni paliativni timi pri obeh univerzitetnih kliničnih centrih, na Onkološkem inštitutu ter v regijskih in splošnih bolnišnicah, ki oskrbijo bolnika na mestu bivanja.

Slovenija bo pristopila k ureditvi dejavnosti hospic hiš s statusno ureditvijo dejavnosti kot javne zdravstvene dejavnosti s financiranjem oskrbnega dne, in sicer podobno kot se financirajo storitve negovalnih bolnišnic oziroma storitve v socialnovarstvenih zavodih.

Z uvrstitvijo paliativne in hospic oskrbe v ZZVZZ sledimo vsebini Zakona o pacientovih pravicah, ki je v slovenskem prostoru edini zakon, ki v 39. členu omenja PO.

MZ bo zagotovilo vzpostavitev mreže paliativne in hospic oskrbe.

5. OCENA FINANČNIH POSLEDIC PREDLOGA ZAKONA ZA DRŽAVNI PRORAČUN IN DRUGA JAVNA FINANČNA SREDSTVA

Predlog zakona nima finančnih posledic za državni proračun. Predlog zakona ima finančne posledice za druga javna finančna sredstva.

Finančne posledice bremenijo finančni načrt ZZZS, in sicer v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja.

ZZZS vrsto let načrtuje program izvajanja zdravstvenih storitev. Dogovorjeni obseg vsakoletnega programa je ZZZS sprejemal letno s tako imenovanim Splošnim dogovorom. Vlada RS je v letu 2023 posegla v dogovarjanje za Splošni dogovor in 23. 1. 2023 v Uradnem listu RS objavila Uredbo o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivostih, potrebnih za njegovo izvajanje, in obsegu sredstev za leto 2023 (Uradni list RS, št. 8/23, 52/23) (v nadaljevanju Uredba 2023). V uredbi, ki je po vsebini enaka predhodnim Splošnim dogovorom, so tudi kadrovske-finančne postavke za bolnišnično oskrbni dan za hospitalizacijo bolnika s PO.

V ambulantni dejavnosti je opredeljen mobilni paliativni tim s kadrovsko sestavo in številom storitev na tim na letni ravni. Priloga Uredbe 2023 je tudi seznam vseh storitev v PO s finančnim ovrednotenjem ter pričakovanim številom posegov na letni ravni. PO se v slovenskih bolnišnicah izvaja v negovalnih bolnišnicah, ki imajo v strukturi cene priznane kadre za izvajanje paliativne in hospic oskrbe.

V letu 2022 je bil plan sredstev za izvajanje zdravstvene nege in PO v negovalnih bolnišnicah na letni ravni v obsegu 16.156.046,94 evrov, realiziranih storitev pa je bilo le v vrednosti 7.280.420,39 evrov, kar predstavlja le 45 % realizacijo. V pogodbenem letu 2023 je za to dejavnost rezerviranih 16.156.046,94 evrov.

V primeru, da bi vse slovenske bolnišnice izvajale dejavnost mobilnih paliativnih timov, ocenjujemo, da bi ob uravnoteženem razvoju morali iz 8,1 tima postopno organizirati dejavnost 20 mobilnih paliativnih timov. Strošek dejavnosti za 20 mobilnih timov bi glede na Prilogo I iz Uredbe znašal 8.271.500 evrov.

Strošek dejavnosti hospic timov bi pri trenutno delujočih 12 timih z dejavnostjo patronaže in zdravstvene nege ter psihosocialne oskrbe s socialnim delavcem v zdravstveni dejavnosti znašal 948.434,52 evrov.

Stacionarna obravnava v hospic hišah bo cenejša, kot je obravnava v negovalnih bolnišnicah, najnižja postavka oskrbnega dne v negovalni bolnišnici je 96 evrov. Cena kratkotrajne namestitve v nekaterih domovih starejših občanov je 44,20 evrov na dan. Ceno oskrbe v hospic stacionarni ustanovi, ki je praviloma nekajdnevna, bi bila najmanj 44,20 evrov, vendar je potrebno slednjo šele določiti. Ob predpostavki, da bi v Sloveniji vzpostavili 50 hospic postelj, bi ob 70 % zasedenosti beležili 12.775 namestitev na leto. Ob predpostavki vrednosti oskrbnega dne okrog 44,20 evrov bi bil strošek na letni ravni 564.655 evrov. Ob predpostavki, da bi bila vrednost višja (96 evrov) na oskrbni dan, pa bi bila vrednost 1.226.400 evrov.

Ob vseh zgoraj navedenih postavkah bi bil znesek razvite paliativne in hospic mreže in oskrbe na letni ravni 25.940.636,40 evrov. V letu 2023 je že rezerviranih 19.506.003,5 evrov za dejavnost negovalnih bolnišnic in delujočih mobilnih paliativnih timov. Preostanek sredstev lahko ZZZS zagotovi s prerazporeditvijo sredstev iz neizvedenih programov in s sredstvi, pridobljenimi iz EU socialnih skladov.

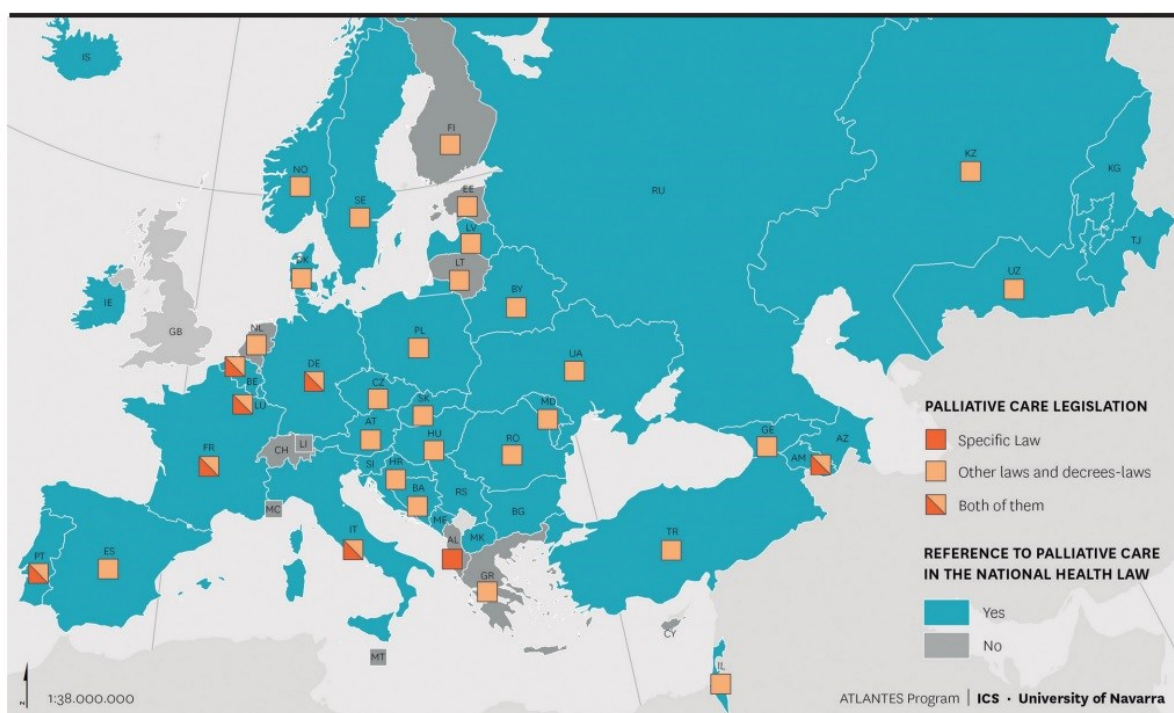
6. PRIKAZ UREDITVE V DRUGIH PRAVNIH SISTEMIH IN PRILAGOJENOST PREDLAGANE UREDITVE PRAVU EVROPSKE UNIJE

6.1 Prilagojenost predlagane ureditve pravu Evropske unije

Predlog zakona ni predmet usklajevanja s pravom Evropske unije.

6.2 Prikaz ureditve v drugih pravnih sistemih

Chapter 3. Integration of Palliative Care in national health systems in Europe



Map 3.1. Palliative Care and Health Policies.

Slika: Ureditve PO v Evropi (Vir: EAPC ATLAS paliativne oskrbe v Evropi 2019)

Avstrija

PO in hospic imata v Avstriji »krščanske korenine« - bolnišnice pod okriljem cerkve so bile prve, ki so v svoje storitve vključile PO. V začetku 21. stoletja so bile paliativne storitve postopoma integrirane v financiranje zveznih bolnišnic, kar je bilo za številne nosilce spodbuda za ustanovitev oddelkov in mobilnih timov za PO.

Leta 2018 je delovna skupina v okviru avstrijskega Združenja za paliativno oskrbo razvila in objavila podroben opis socialnega dela v hospicu in PO s standardi, kompetencami in profilom dejavnosti (*Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care Standards, Kompetenz- und Tätigkeitsprofil*) (predhodni standardi so bili oblikovani leta 2003).

Januarja 2022 je za področje PO stopil v veljavo poseben zakon (*Hospiz- und Palliativfondsgesetz*), ki temelji na zveznem sistemu (9 dežel, vsaka dežela je avtonomna pri izdatkih za zdravstveni in socialni sistem). V grobem sta paliativna in hospic oskrba financirani iz javnih sredstev, ki pa ne zadostujejo za pokritje vseh dejanskih potreb. PO v okviru javnih bolnišnic je v celoti krita iz javnih sredstev, ostale storitve so (so)financirane prek javnih razpisov ter deloma iz zasebnih sredstev.

Italija

Zakon 38/2010 o zagotavljanju dostopa do PO in zdravljenja bolečine je leta 2010 pacientom zagotovil dostop do protibolečinske terapije in PO kot ene od prioritet javnega zdravstvenega sistema in zanjo zagotavlja ustrezno financiranje. Določil je tudi ustanovitev mreže PO. Zakon o proračunu pa je leta 2022 še okrepil pomen PO. Določil je namreč, da bodo morale mreže PO do leta 2028 pokriti 90 % oseb, ki potrebujejo tovrstno oskrbo. Dežele morajo vsako leto do 31. januarja objaviti letni načrt razvoja PO. AGENAS (Nacionalna agencija za zdravstveno varstvo dežel) na pol leta spremlja uspešnost dežel pri izpolnjevanju tega določila z namenom omogočanja dostopa do dodatnega financiranja zdravstvenih storitev, ki jih krije država.

Med izvajalci PO so bolnišnice, hospici, domovi za ostarele, splošni zdravniki ter prostovoljne neprofitne organizacije. Slednje zagotavljajo večino oskrbe na domu.

PO spada med osnovne ravni pomoči, zato so vsa zdravljenja (hospitalizacija, oskrba na domu, zdravila, pripomočki in oprema) v celoti krita iz nacionalnega zdravstvenega sistema. Bolniki načeloma nimajo stroškov iz lastnega žepa.

Nemčija

Leta 2015 je bil sprejet Zakon o hospicu in paliativni oskrbi. Zakon zasleduje naslednje cilje: razvoj mreže hospicev in PO; spodbujanje sodelovanja med posameznimi nivoji oskrbe in izboljšanje obveščanja bolnikov o možnosti oskrbe.

Zakon med drugim določa, da zdravljenje bolnih vključuje tudi PO in da zdravstvena nega vključuje tudi oskrbo neozdravljivo bolnih. Tako sta PO in oskrba ob koncu življenja del standardnih storitev v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja in socialnega zavarovanja za dolgotrajno oskrbo.

Nemčija je ambulantno in bolnišnično PO vključila v predpise o obveznem zdravstvenem zavarovanju tako na ravni specialistične kot splošne PO. Tudi prostovoljne službe dobijo stroške plač strokovnih koordinatorjev povrnjene iz zdravstvenih blagajn. Najnovejša uredba predvideva financiranje lokalnih mrež: posamezni lokalni mreži bo namenjeno do 15.000 evrov na leto, pod pogojem, da bo določena sredstva temu namenila tudi lokalna skupnost.

Zakonodaja o paliativni oskrbi vključuje: izvajanje in financiranje modelov integrirane oskrbe; finančno podprt dopust za družinske oskrbovalce bolnikov, ki so odvisni od zdravstvene nege (kritje prispevkov za socialno zavarovanje do šest mesecev in jamstvo za zaposlitev - če se delodajalec strinja); zvezni pravni okvir o specialistični PO na domu.

V skladu s poročilom o indeksu kakovosti smrti, objavljenim leta 2015, obvezni javni zdravstveni sistem ponuja brezplačno PO, delno doplačilo pa je potrebno za zdravljenje na domu.

V nadaljevanju navajamo še ureditve PO v nekaterih drugih državah članicah EU:

- **Belgija** - Zakon o paliativni oskrbi in Zakon o spremembi zakona iz junija 2002 o paliativni oskrbi z namenom razširitve opredelitve PO (2016);
- **Bolgarija** – PO je bila vključena v osnovni paket zdravstvenih storitev, vendar le za bolnike z onkološkimi boleznimi;
- **Luksemburg** - Zakon o paliativni oskrbi in spremljanju ob koncu življenja (2009);
- **Nizozemska** – večina storitev PO, kot so opisane v nacionalnem okviru kakovosti v zdravstvu, je krita iz osnovnega zdravstvenega zavarovanja;
- **Portugalska** - Zakon št. 52/2012 o temeljih paliativne oskrbe.

II. BESEDILO ČLENOV

I. SPLOŠNE DOLOČBE

1. člen

(predmet in namen zakona)

Ta zakon določa organizacijo, vzpostavitev mreže in financiranje paliativne in hospic oskrbe v Republiki Sloveniji.

Ta zakon določa pravice, ki jih ima bolnik oziroma bolnica (v nadaljevanju bolnik) pri izvajalcih paliativne in hospic oskrbe.

S tem zakonom se omogoča enakopravno, primerno, kakovostno in varno zdravstveno obravnavo v paliativni in hospic oskrbi na celotnem ozemlju Republike Slovenije, ki temelji na zaupanju in spoštovanju med bolnikom in zdravnikom oziroma zdravnico (v nadaljnjem besedilu: zdravnik) ali drugim zdravstvenim delavcem oziroma delavko (v nadaljnjem besedilu: zdravstveni delavec) ter zdravstvenim sodelavcem oziroma sodelavko (v nadaljevanju: zdravstveni sodelavec).

2. člen

(pomen izrazov)

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

1. Bolnik je posameznik v končni fazi bolezni in bolnik z neozdravljivo kronično boleznijo v končni fazi bolezni, ko z ukrepi zdravstvenih storitev, zdravstvene nege in hospic oskrbe izvajamo storitve za lajšanje simptomov;
2. Paliativna oskrba (v nadaljevanju PO) so zdravstvene storitve in storitve zdravstvene nege za blažitev simptomov napredovale neozdravljive kronične bolezni bolnika;
3. Hospic oskrba je PO v zadnjem obdobju življenja in fazi umiranja bolnika, spremljanje umirajočih in njihovih ožjih in širših družinskih članov, spremljanje žalujočih ožjih in širših družinskih članov po smrti preminulega;
4. Ožji družinski člani po tem zakonu so: zakonec, zunajzakonski partner in otroci;
5. Širši družinski člani po tem zakonu so:
 1. pastorki, ki jih zavarovanec preživlja;
 2. vnuki, bratje, sestre in drugi otroci brez staršev, ki jih je zavarovanec vzel k sebi in jih preživlja, ob pogojih v okviru obveznega zavarovanja v skladu s predpisi s področja zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja;
 3. starši (oče in mati, zakonec ali zunajzakonski partner očeta oziroma matere, ter posvojitelj), ki živijo z zavarovancem v skupnem gospodinjstvu in jih zavarovanec preživlja ter nimajo za preživljanje dovolj lastnih sredstev in so trajno in popolnoma nezmožni za delo, razen staršev otrok do 18. leta starosti, ki se šolajo in niso zavarovani kot družinski člani, ker njihovi starši ne skrbijo za

njih oziroma ker starši ne izpolnjujejo pogojev za vključitev v obvezno zavarovanje;

6. Bližnje osebe so druge osebe zunaj kroga ožjih družinskih članov, ki so z bolnikom v zaupnem razmerju in to lastnost vsaj verjetno izkažejo;

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

8. Javni zdravstveni zavod je zdravstveni dom, lekarna, bolnišnica in druga oblika zdravstvene organizacije v skladu z zakonom, ki urejata zdravstveno in lekarniško dejavnost;

9. Končna faza bolezni ali končna faza neozdravljive kronične bolezni je stanje, ko opazno nastopi nepopravljivo poslabšanje bolnikovega zdravstvenega stanja in ugašanje njegove odzivnosti;

10. Lečeči zdravnik je zdravnik, ki bolnika obravnava;

11. Mreža izvajalcev javne zdravstvene službe so vsi javni in zasebni izvajalci zdravstvene dejavnosti, ki na podlagi akta o ustanovitvi ali koncesije in pogodbe z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije opravljajo zdravstvene programe v breme javnih sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja;

12. Otrok je oseba, ki še ni dopolnila 18 let, razen če je že prej pridobila popolno poslovno sposobnost;

13. Sposobnost odločanja o sebi je sposobnost bolnika, da samostojno uveljavlja pravice iz tega zakona, še zlasti odloča o izvedbi medicinskega posega oziroma zdravstvene obravnave. Bolnik je sposoben odločanja o sebi, če je glede na starost, zrelost, zdravstveno stanje ali druge osebne okoliščine sposoben razumeti pomen in posledice uveljavljanja pravic iz tega zakona, še zlasti privolitve, zavrnitve ali preklica zavrnitve medicinskega posega oziroma zdravstvene obravnave;

14. Zavarovanec je zavarovana oseba v okviru obveznega zavarovanja v skladu s predpisi s področja zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja;

15. Zdravstvena dejavnost je dejavnost, ki jo določa poseben zakon;

16. Zdravstvena obravnava so medicinski in drugi posegi za preprečevanje bolezni in krepitev zdravja, diagnostiko, terapijo, rehabilitacijo in zdravstveno nego ter druge storitve oziroma postopki, ki jih izvajalci zdravstvene dejavnosti opravijo pri obravnavi bolnika;

17. Zdravstvene storitve so storitve, ki jih v okviru dejavnosti izvajalcev zdravstvene dejavnosti za bolnike opravljajo zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci;

18. Zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci so vsi, ki opravljajo zdravstvene ali lekarniške storitve, kot to določata zakona, ki urejata zdravstveno in lekarniško dejavnost;

19. Prostovoljci so posamezniki, kot jih opredeljujejo predpisi s področja prostovoljstva;

20. Socialni delavec v zdravstveni dejavnosti je oseba z opravljenim strokovnim izpitom za zdravstvene delavce in sodelavce, skladno z Odredbo o seznamu poklicev za zdravstveno dejavnost (Uradni list RS, št. 111/22).

3.člen (definicija PO)

PO je celostna pomoč namenjena bolniku, katerega življenje se zaradi neozdravljivega zdravstvenega stanja postopoma izteka. Namenjena je tudi njegovim ožjim in širšim družinskim članom ter bližnjim osebam v končni fazi življenja bolnika in v procesu žalovanja po njegovi smrti. Njen cilj je kolikor mogoče izboljšati oziroma ohranjati kakovost življenja in dostojanstvo bolnika do njegove naravne smrti in podpirati delo negovalcev.

Storitve PO sestojijo iz nabora zdravstvenih storitev in zdravstvene obravnave, ki so skladno s predpisi s področja zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja v celoti financirane iz naslova obveznega zavarovanja.

PO je sestavni del zdravstvene dejavnosti in se zagotavlja vsem zavarovanim osebam na celotnem ozemlju Republike Slovenije.

4.člen (definicija hospic oskrbe)

Hospic oskrba je PO v zadnjem obdobju življenja in fazi umiranja, spremljanje umirajočih in njihovih ožjih ter širših družinskih članov svojcev, spremljanje žalujočih ožjih in širših družinskih članov po smrti preminulega. Hospic oskrba se izvaja kot celostna oskrba na domu bolnika ali kot stacionarna oskrba umirajočega.

Storitve hospic so sestavljene iz nabora zdravstvenih storitev in zdravstvene obravnave, ki so skladno s predpisi s področja zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja v celoti financirane iz naslova obveznega zavarovanja.

5. člen (vsebina in vrste paliativne in hospic oskrbe)

PO so zdravstvene storitve in zdravstvena obravnava, ki se izvaja pri bolniku za blažitev simptomov v končni fazi napredovale kronične neozdravljive bolezni in zagotavljajo kakovost življenja in dostojanstvo bolnika. Vse aktivnosti so usmerjene v izboljšanje kakovosti preostalega življenja in ohranjanje dostojanstva bolnika.

Hospic oskrba obsega celostno oskrbo v zadnjem obdobju življenja in fazi umiranja ter nudi psihosocialno podporo bolniku in ožjim ter širšim družinskim članom in bližnjim osebam v procesu umiranja in žalovanja.

Vsebino in vrste storitev paliativne in hospic oskrbe, normative in standarde za izvajanje paliativne in hospic oskrbe natančneje opredeli pravilnik, ki ga sprejme minister, pristojen za zdravje.

6. člen
(uporabnik paliativne in hospic oskrbe)

Vsak zavarovanec, vključen v obvezno zdravstveno zavarovanje v Republiki Slovenije, ki postane bolnik, kot je opredeljeno v 1. točki prvega odstavka 2. člena tega zakona, je upravičen do paliativne in hospic oskrbe.

7. člen
(časovno zagotavljanje paliativne in hospic oskrbe)

Storitve paliativne in hospic oskrbe so bolnikom zagotovljene neprekinjeno vse dni v letu.

8. člen
(mreža paliativne in hospic oskrbe)

Za razvoj mreže paliativne in hospic oskrbe je odgovorno ministrstvo, pristojno za zdravje.

Ministrstvo za zdravje vodi register izvajalcev paliativne in hospic oskrbe (register PHO), kjer na svoji spletni strani objavi vse relevantne podatke v zvezi s PO, seznam izvajalcev in njihove kontaktne podatke.

9. člen
(raven izvajanja PO)

PO se izvaja na ravni primarne, sekundarne in terciarne zdravstvene dejavnosti v skladu s predpisi s področja zdravstvene dejavnosti.

Na primarni ravni izvajajo PO na domu izbrani osebni zdravniki in patronažne sestre, ki sodelujejo v mobilnih paliativnih timih svoje regije.

Na sekundarni ravni regijske in splošne bolnišnice izvajajo PO na oddelkih za PO, na negovalnih oddelkih ter v mobilnih paliativnih timih.

Negovalne bolnišnice organizirajo PO znotraj svoje bolnišnice ob sodelovanju z regionalnim mobilnim paliativnim timom.

Na terciarni ravni izvajajo PO klinike, klinični oddelki in klinični inštituti, ki izvajajo diagnostiko in zdravljenje bolnikov, na njih se organizirajo oddelki za PO bolnikov, subspecialistični paliativni timi in mobilni paliativni timi.

10. člen
(kraj izvajanja hospic oskrbe)

Hospic oskrba se izvaja na bolnikovem domu, v bolnišnicah, v socialnovarstvenih zavodih, hospic hišah in drugih usposobljenih ustanovah.

Izvajalci hospic oskrbe so lahko organizirani kot mobilni timi ali kot stacionarne hospic ustanove.

Ministrstvo za zdravje izda dovoljenje za opravljanje dejavnosti, če so izpolnjeni pogoji za opravljanje dejavnosti na podlagi predpisa, ki ureja zdravstveno dejavnost.

Vsebino in vrste storitev paliativne in hospic oskrbe, normative in standarde za izvajanje paliativne in hospic oskrbe natančneje opredeli pravilnik iz 5. člena tega zakona.

11. člen (sestava paliativnega tima)

Nosilec paliativnega tima je zdravnik specialist z znanjem iz paliativne medicine. V paliativnem timu sodelujejo izbrani osebni zdravnik, lečeči zdravnik specialist, srednja medicinska sestra, diplomirana medicinska sestra, patronažna medicinska sestra, socialni delavec v zdravstveni dejavnosti.

V paliativni tim so po potrebi vključeni še magister farmacije, klinični psiholog, fizioterapevt, delovni terapevt, dietetik, socialni gerontolog, izvajalec duhovne oskrbe in prostovoljci.

Vsebino in vrste storitev paliativne in hospic oskrbe, normative in standarde za izvajanje paliativne in hospic oskrbe natančneje opredeli pravilnik iz 5. člena tega zakona.

12. člen (sestava hospic tima)

V hospic timih delujejo diplomirane medicinske sestre, patronažne sestre, srednje medicinske sestre, socialni delavec v zdravstveni dejavnosti in prostovoljci.

Diplomirana medicinska sestra ali patronažna sestra lahko pridobi koncesijo za delo področju patronaže in zdravstvene nege na domu v skladu s predpisi, ki urejajo zdravstveno dejavnost.

Socialni delavec v zdravstveni dejavnosti lahko pridobi koncesijo za delo na področju socialnega delavca v zdravstveni dejavnosti v skladu s predpisi, ki urejajo zdravstveno dejavnost.

V dejavnost hospic se vključujejo usposobljeni prostovoljci v skladu s predpisi, ki urejajo področje prostovoljstva.

13. člen (načrt PO)

Načrt paliativne in hospic oskrbe bolnika je del obvezne zdravstvene dokumentacije, ki spremlja bolnika.

Načrt in izvajanje posameznih postopkov in posegov paliativne in hospic oskrbe se beleži v bolnikov elektronski karton. Dostop do elektronskega paliativnega kartona imajo osebe iz prvega odstavka 11. člena tega zakona.

Del paliativnega načrta je tudi svetovanje ožjim in širšim družinskim članom ter bližnjim v času izvajanja paliativne in hospic oskrbe bolnika in podpora svojcem v času žalovanja.

14. člen (elektronski karton PO)

Elektronski karton PO predstavlja zbirko podatkov, ki se vodi v skladu s predpisi, ki določajo obdelavo podatkov in zbirke podatkov s področja zdravstvenega varstva in eZdravja, njihove upravljavce in upravičence do podatkov.

Ministrstvo, pristojno za zdravje, v procesu informatizacije slovenskega zdravstvenega sistema zagotovi enovit elektronski karton PO v okviru eZdravja, kot ga opredeljujejo predpisi s področja obdelave podatkov in zbirke podatkov s področja zdravstvenega varstva.

15. člen (koordinacija paliativne in hospic oskrbe)

Minister za zdravje imenuje državnega koordinatorja za paliativno in hospic mrežo za dobo petih let.

Regijski koordinatorji so vodje mobilnega paliativnega tima.

Državni koordinator in regijski koordinatorji so odgovorni za koordinacijo in delo paliativnih timov po horizontalni in vertikalni povezanosti.

Pravilnik o delu državnega in regijskih koordinatorjev sprejme minister, pristojen za zdravje.

16. člen (naloge državnega koordinatorja)

Državni koordinator:

- skrbi za razvoj mreže in enakomerne pokritosti in dostopnosti do paliativne in hospic oskrbe v Republiki Sloveniji,
- skrbi za izobraževanje vseh članov paliativnega tima,
- spremlja poročila izvajalcev paliativne in hospic oskrbe glede doseganja kazalnikov kakovosti paliativne in hospic oskrbe,
- pripravlja gradiva za strokovno in laično javnost;
- informira splošno in strokovno javnost o aktualnih spremembah na področju paliativne in hospic oskrbe,
- enkrat letno poroča ministru, pristojnemu za zdravje, o obsegu in kakovosti paliativne in hospic oskrbe.

17. člen
(delovnopравни status koordinatorjev za PO)

Za delo državnega in regijskih koordinatorjev imenovane osebe sklenejo pogodbo o sodelovanju z Ministrstvom za zdravje.

18. člen
(oprema mobilnih paliativnih timov)

Za delo mobilnega paliativnega tima ministrstvo, pristojno za zdravje, zagotovi finančna sredstva za osnovna delovna sredstva in opremo, ki so natančneje opredeljena s pravilnikom iz 5. člena tega zakona.

19. člen
(preskrba z zdravili za PO)

Lekarne morajo zagotavljati dostopnost in primerne zaloge po količini in vrsti paliativnih zdravil glede na potrebe bolnikov, v kraju, ki jim je najbližje. Lekarna zagotovi vsa zdravila, ki so na trgu v Republiki Sloveniji, najpozneje v 24 urah od naročila oziroma naslednji delovni dan. Nadzor nad izvajanjem preskrbe s paliativnimi zdravili se izvaja skladno z zakonom, ki ureja lekarniško dejavnost.

20. člen
(financiranje paliativne in hospic oskrbe)

Storitve paliativne in hospic oskrbe se financirajo iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja za področje zdravstvenih storitev v delu, ki predstavlja zdravstvene storitve.

Paliativna in hospic oskrba se financira iz državnega proračuna in iz sredstev Evropskega socialnega sklada.

21. člen
(izobraževanje iz paliativne in hospic oskrbe)

Univerze, visokošolske organizacije in srednješolske izobraževalne ustanove, ki izvajajo izobraževanja za zdravstvene poklice in programe izobraževanj za zdravstvene sodelavce, v učne načrte in programe dodiplomskega in podiplomskega izobraževanja vključujejo vsebine iz paliativne in hospic oskrbe.

Vsebinsko in način izvajanja strokovnega izobraževanja in usposabljanja iz prejšnjega odstavka podrobneje določi minister, pristojen za zdravje, v sodelovanju z Zdravniško zbornico Slovenije, Slovenskim združenjem paliativne in hospic oskrbe, Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Obseg znanj in veščin ter število ur izobraževanja za delo v paliativnem in hospic timu določi minister za zdravje s pravilnikom iz 5. člena tega zakona.

22. člen

(izobraževanje zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev)

Zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci na področju paliativne in hospic oskrbe se redno izobražujejo in usposablajo.

Vsebino in način izvajanja strokovnega izobraževanja in usposabljanja iz prejšnjega odstavka podrobneje določi minister, pristojen za zdravje, v sodelovanju z Zdravniško zbornico Slovenije, Slovenskim združenjem paliativne hospic oskrbe, Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Socialne zbornice Slovenije ter dvema predstavnikoma drugih organizacij, ki izvajajo hospic dejavnost.

23. člen

(izobraževanje prostovoljcev laikov)

Izvajalci hospic oskrbe so odgovorni za vključevanje prostovoljcev in njihovo usposabljanje za delo na področju prostovoljstva znotraj hospic oskrbe.

24. člen

(spremljanje izvajanja PO)

Državni koordinator paliativne in hospic oskrbe enkrat letno poroča Ministrstvu za zdravje o kakovosti PO na obrazcu, ki ga določi minister, pristojen za zdravje.

Kazalnike kakovosti izvajanja paliativne in hospic oskrbe predpiše uredba o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivostih, potrebnih za njegovo izvajanje, in obsegu sredstev za tekoče leto minister, pristojen za zdravje.

25. člen

(strokovni nadzor nad izvajanjem paliativne in hospic oskrbe)

Ministrstvo za zdravje izvaja redne in izredne strokovne nadzore nad delom paliativnih timov in bolnišničnih oddelkov za PO, hospic mobilnih enot in stacionarnih hospic enot.

Redni strokovni nadzori se izvajajo vsako 5 leto. Izredni strokovni se izvajajo ob utemeljenem sumu na nepravilnosti pri izvajanju paliativne in hospic oskrbe.

26. člen

(varovanje osebnih podatkov)

Za obdelavo osebnih podatkov po tem zakonu se uporabljajo predpisi, ki urejajo varstvo osebnih podatkov.

Za hrambo podatkov, vsebovanih v zbirkah podatkov iz tega zakona, se uporabljajo predpisi, ki urejajo varstvo dokumentarnega in arhivskega gradiva.

V primeru prenehanja delovanja izvajalca paliativne ali hospic oskrbe se v skladu s predpisi, ki urejajo varstvo dokumentarnega in arhivskega gradiva, podatki iz zbirk podatkov predajo njegovemu pravnemu nasledniku, če tega ni pa pristojnemu arhivu.

Osebni podatki iz tega zakona se hranijo deset let po prenehanju opravljanja dejavnosti.

II. PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE

27. člen

(zakonska ureditev izvajanja paliativne in hospic oskrbe)

Za izvajanje dejavnosti po tem zakonu se uporabljajo določbe tega zakona.

Če posamezna vprašanja niso urejena v tem zakonu, se smiselno uporabljajo predpisi s področja zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, predpisi s področja zdravstvene dejavnosti, predpisi s področja humanitarnih organizacij in predpisi s področja prostovoljstva.

28. člen

(vpliv na druge predpise)

1. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju

V Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C, 47/15 – ZZSDT, 61/17 – ZUPŠ, 64/17 – ZZDej-K, 36/19, 189/20 – ZFRO, 51/21, 159/21, 196/21 – ZDOsk, 15/22, 43/22, 100/22 – ZNUZSZS, 141/22 – ZNUNBZ, 40/23 – ZČmIS-1 in 78/23) se v 1. točki prvega odstavka 23. člena za 18. alinejo črta pika in doda nova alineja, ki se glasi:

»- paliativna in hospic oskrba.«

2. Zakon o zdravstveni dejavnosti

V Zakonu o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 23/05 – uradno prečiščeno besedilo, 23/08, 58/08 – ZZdrS-E, 15/08 – ZpacP, 77/08 – (ZDZdr), 40/12 – ZUJF, 14/13, 88/16 – ZdZPZD, 64/17, 1/19 – odl. US, 73/19, 82/20, 152/20 – ZZUOOP, 203/20 – ZIUPOPDVE, 112/21 – ZNUPZ, 206/21 – ZDUPŠOP, 100/22 – ZNUZSZS, 132/22 – odl. US, 141/22 – ZNUNBZ, 14/23 – odl. US, 76/23 – ZNUZSZS-A, 196/21 – ZDOsk, 163/22 – ZDOsk-A, 84/23 – ZDOsk-1) se tretji odstavek 5. člena spremeni, tako da se glasi:

»Republika Slovenija izjemoma določa in zagotavlja na primarni ravni mrežo javne zdravstvene službe za zdravstveno varstvo študentov, dejavnost patronaže in zdravstvene nege na domu in dejavnost socialnega delavca v zdravstveni dejavnosti za dejavnost hospicev.«

3. Zakon o pacientovih pravicah

V Zakonu o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 15/08, 55/17, 152/20 – ZZUOOP, 175/20 – ZIUOPDVE, 177/20, 15/21 – ZDUOP, 206/21 – ZDUPŠOP, 100/22 – ZNUZSZS) se tretji odstavek 39. člena spremeni tako, da se glasi:

»Pacient v končni fazi bolezni in pacient z neozdravljivo boleznijo, ki povzroča hudo trpljenje, ima pravico do paliativne in hospic oskrbe«.

4. Zakon o dolgotrajni oskrbi

Storitve paliativne in hospic oskrbe, ki jih natančneje opredeljuje pravilnik v 5. členu Zakona o paliativni in hospic oskrbi, se v primeru podvajanja storitev iz 14. člena Zakona o dolgotrajni oskrbi (Uradni list RS, št. 84/23), ki jih sicer natančneje določi minister na podlagi 5. odstavka 14. člena ZdosK-1, obračunajo le enkrat.

Načrt PO iz Zakona o paliativni in hospic oskrbi natančneje določi obseg in nabor storitev paliativne in hospic oskrbe, da ne pride do dvojnega financiranja istih storitev.

5. Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva

V Zakonu o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (Uradni list RS, št. 65/00, 47/15, 31/18, 152/20 - ZZUOOP, 175/20 - ZIUOPDVE, 203/20 - ZIUOPDVE, 112/21 - ZNUPZ, 206/21 - ZDUPŠOP, 141/22 - ZNUNBZ, 18/23 - ZDU-10) se v Prilogi 2 k zakonu doda storitev eZdravja z nazivom »elektronski zdravstveni karton paliativne oskrbe«.

29. člen

(terminski roki za pripravo podzakonskih aktov)

Pravilnike iz 5., 15., 21. in 22. člena tega zakona sprejme minister za zdravje v roku 6 mesecev od uveljavitve zakona.

Register PHO iz drugega odstavka 8. člena sprejme in objavi minister, pristojen za zdravje, na spletnih straneh ministrstva, pristojnega za zdravje, v roku 12 mesecev od uveljavitve zakona.

30. člen

(terminski roki za vzpostavitev mreže paliativne oskrbe)

Terciarne zdravstvene ustanove vzpostavijo oddelke za PO do 1. 1. 2025.

Regijske in splošne bolnišnice zagotovijo postelje za delo PO v obsegu dveh odstotkov posteljnih zmogljivosti ustanove do 1. 1. 2025.

Mobilne paliativne time vzpostavijo vse slovenske bolnišnice, oba univerzitetna klinična centra in Onkološki inštitut do 1. 1. 2025.

31. člen
(terminski rok za mrežo hospic hiš)

Ministrstvo za zdravje v sodelovanju s strokovnjaki paliativne in hospic oskrbe določi mrežo hospic hiš in število postelj do 1. 1. 2026.

ZZZS skupaj s strokovnjaki paliativne in hospic oskrbe določi ceno štiriindvajseturne oskrbe v hospic stacionarni enoti do 1. 1. 2026.

32. člen
(začetek veljavnosti zakona)

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

III. OBRAZLOŽITEV ČLENOV

K 1. členu:

Člen določa organizacijo, vzpostavitev mreže in financiranje paliativne in hospic oskrbe v Republiki Sloveniji. Določa pravice bolnika pri izvajalcih paliativne in hospic oskrbe z namenom omogočiti enakopravno, primerno, kakovostno in varno zdravstveno obravnavo v paliativni in hospic oskrbi na celotnem ozemlju Republike Slovenije

K 2. členu

V členu so podrobneje razloženi izrazi, ki se uporabljajo v tem členu. Namen je jasno opredeliti izraze, ki se pojavljajo tudi v drugih zakonih, ki opredeljujejo pravice zavarovanih oseb, pacientov in bolnikov.

K 3. členu

V členu se definira vsebina paliativne in hospic oskrbe, ki je namenjena bolniku in njegovim družinskim članom in bližnjim osebam.

Storitve PO razvršča med pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

K 4. členu

V členu je podana mednarodna definicija hospic oskrbe, podrobneje opredeli pravice do obravnave na domu kot tudi v stacionarni obliki, ki je krita iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja za bolnika. Dodatno opredeljuje tudi pravice svojcev in bližnjih bolnika v fazi žalovanja.

K 5. členu

Vsebina 5. člena natančneje določa vsebino in vrste paliativne in hospic oskrbe, namen paliativne in hospic oskrbe. Podrobneje bodo vsebina in vrsta storitev paliativne in hospic oskrbe, standardi in normativi za izvajanje paliativne in hospic oskrbe opredeljeni s pravilnikom, ki ga sprejme minister, pristojen za zdravje.

K 6. členu

Člen definira uporabnika paliativne in hospic oskrbe, ki je vsak bolnik v končni fazi bolezni in bolnik z kronično neozdravljivo boleznijo v končni fazi bolezni, ko se z ukrepi zdravstvenih storitev, zdravstvene nege in hospic oskrbe izvajajo storitve za lajšanje simptomov bolezni.

K 7. členu

V členu se opredeli časovno zagotavljanje paliativne in hospic oskrbe, ki bo bolnikom zagotovljena neprekinjeno in vse dni v letu.

K 8. členu

Člen opredeli, da je za razvoj mreže paliativne in hospic oskrbe odgovorno ministrstvo, pristojno za zdravje. Slednje je dolžno vzpostaviti register izvajalcev paliativne in hospic oskrbe, ga objaviti na svojih spletnih straneh vključno z kontaktnimi podatki izvajalcev paliativne in hospic oskrbe.

K 9. členu

Člen podrobneje opredeli ravni izvajanja PO, ki se izvaja na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti.

Definira izvajalce na primarni zdravstvene ravni. Na sekundarni ravni izvajajo PO bolnišnice na svojih oddelkih, v negovalnih bolnišnicah in v mobilnih paliativnih timih.

Terciarnе ustanove izvajajo PO na klinikah, kliničnih oddelkih in inštitutih, ki izvajajo diagnostiko in zdravljenje bolnikov. Nadalje izvajajo PO kot subspecialistični paliativni timi in mobilni paliativni timi.

K 10. členu

Člen opredeljuje kraj izvajanja hospic oskrbe. Hospic oskrba se lahko izvaja na bolnikovem domu, v bolnišnicah, v socialnovarstvenih zavodih, hospic hišah in drugih usposobljenih ustanovah.

Izvajalci hospic oskrbe so organizirani kot mobilni hospic timi ali kot stacionarne ustanove.

Za izvajanje dejavnosti hospic oskrbe izvajalec pridobi dovoljenje za opravljanje dejavnosti, če izpolnjuje pogoje za opravljanje dejavnosti na podlagi predpisa, ki ureja zdravstveno dejavnost. Vsebina in storitve paliativne in hospic oskrbe, normative in standarde za izvajanje paliativne in hospic oskrbe opredeli natančneje pravilnik iz 5. člena tega zakona.

K 11. členu

V členu se natančneje opredeli kadrovska sestava mobilnega paliativnega tima.

K 12. členu

Člen natančneje opredeli sestavo hospic tima. V hospic timu deluje diplomirana medicinska sestra ali diplomirana patronažna sestra ter socialni delavec v zdravstveni dejavnosti.

V hospic timu lahko delujejo tudi ustrezno usposobljeni prostovoljci v skladu s predpisi, ki urejujejo področje prostovoljstva.

K 13. členu

Člen opredeljuje načrt paliativne in hospic oskrbe, ki je del zdravstvene dokumentacije bolnika. Predvidena je vzpostavitev elektronskega kartona, ki bo dostopen osebnemu izbranemu zdravniku, lečečemu zdravniku specialistu, srednji medicinski sestri, diplomirani medicinski sestri, patronažni diplomirani sestri, socialnemu delavcu v zdravstveni dejavnosti.

K 14. členu

V procesu informatizacije slovenskega zdravstva bo ministrstvo, pristojno za zdravje, zagotovilo enovit elektronski karton PO, katerega nato preda v uporabo programskim hišam.

Programske hiše, ki skrbijo za informacijske sisteme izvajalcev, ponudijo vsem izvajalcem paliativne in hospic oskrbe v uporabo enovit elektronski karton.

V področni zakonodaji se skladno s prehodnimi določbami v Prilogi 2 k Zakonu o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (Uradni list RS, št. 65/00, 47/15, 31/18, 152/20 - ZZUOP, 175/20 - ZIUOPDVE, 203/20 - ZIUPOP DVE, 112/21 - ZNUPZ, 206/21 - ZDUPŠOP,

141/22 - ZNUNBZ, 18/23 - ZDU-1O) doda storitev v eZdravje z nazivom »elektronski zdravstveni karton paliativne oskrbe«

K 15. členu

V členu je natančneje določena koordinacija paliativne in hospic oskrbe z imenovanjem državnega in regijskih koordinatorjev paliativne in hospic oskrbe.

Natančneje bo delo državnega in regijskih koordinatorjev paliativne in hospic oskrbe opredeljeno v pravilniku.

K 16. členu

Člen opredeljuje naloge državnega koordinatorja.

K 17. členu

V členu se opredeli delovno pravni status koordinatorjev za paliativno in hospic oskrbo.

K 18. členu

V členu se opredeli oprema mobilnih paliativnih timov.

Podrobna osnovna delovna sredstva in oprema mobilnih paliativnih timov opredeli minister, pristojen za zdravje, v pravilniku o paliativni in hospic oskrbi.

K 19. členu

Člen opredeljuje preskrbo z zdravili za PO, ki jo zagotovijo lekarne znotraj svoje stalne dejavnosti.

K 20. členu

Člen določa, da se storitve paliativne in hospic oskrbe, ki predstavljajo zdravstvene storitve, financirajo iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Nadalje se lahko paliativna in hospic oskrba financira iz državnega proračuna in iz sredstev Evropskega socialnega sklada na podlagi Uredbe o izvajanju uredb (EU) in (Euratom) na področju izvajanja evropske kohezijske politike v obdobju 2021–2027 za cilj naložbe za rast in delovna mesta, Uradni list RS 21/2023.

K 21. členu

Člen opredeljuje izobraževanje iz paliativne in hospic oskrbe. Izobraževanje zagotovijo visokošolski zavodi, srednješolski zavodi, ki v svoje učne načrte in programe dodiplomskega in podiplomskega izobraževanja vključujejo vsebine iz paliativne in hospic oskrbe.

Obseg veščin in znanj ter potrebno število ur za delo posameznih profilov zdravstvenih delavcev v pravilniku določi minister, pristojen za zdravstvo.

K 22. členu

Člen podrobneje opredeli obveznost zdravstvenih delavcev in sodelavcev za redno izobraževanje na področju paliativne in hospic oskrbe natančneje določi minister, pristojen za zdravje.

Vsebino in način strokovnega izobraževanja in usposabljanja določi minister, pristojen za zdravje v sodelovanju z Zdravniško zbornico Slovenije, Slovenskim združenjem paliativne hospic oskrbe, Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Socialne zbornice Slovenije ter dvema predstavnikoma ostalih organizacij, ki izvajajo hospic dejavnost.

K 23. členu

V členu je določena obveznost izobraževanja prostovoljcev laikov. Izvajalci hospic oskrbe so odgovorni za vključevanje prostovoljcev in njihovo usposabljanje za delo na področju prostovoljstva znotraj hospic oskrbe.

K 24. členu

V členu je natančneje določeno spremljanje izvajanja PO.

Državni koordinator paliativne in hospic oskrbe enkrat letno poroča Ministrstvu za zdravje o kakovosti PO na obrazcu, ki ga določi minister, pristojen za zdravje.

Kazalnike kakovosti izvajanja paliativne in hospic oskrbe predpiše uredba o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivostih, potrebnih za njegovo izvajanje in obsegu sredstev za tekoče leto.

K 25. členu

V členu se opredeli izvajanje strokovnega nadzora nad izvajanjem paliativne in hospic oskrbe. Ministrstvo za zdravje izvaja redne in izredne strokovne nadzore nad delom paliativnih timov in bolnišničnih oddelkov za PO, hospic mobilnih enot in stacionarnih hospic enot.

Redni nadzori so na 5 let, izredni pa ob utemeljenem sumu na nepravilnosti pri izvajanju paliativne in hospic oskrbe.

K 26. členu

Člen natančneje opredeli varovanje osebnih podatkov, ki se ureja s predpisi, ki urejajo varstvo osebnih podatkov.

K 27. členu

Zakon o paliativni in hospic oskrbi predstavlja pomembno dopolnitev obstoječih predpisov na področju zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, kjer stremi k temu, da storitve paliativne in hospic oskrbe postanejo del zdravstvenih storitev in zdravstvene obravnave, ki se v celoti krijejo iz obveznega zavarovanja. Namen zakonodajalca je zagotoviti enakopravno, primerno, kakovostno in varno zdravstveno obravnavo, ki jo predvidi že veljavni Zakon o pacientovih pravicah v 39. členu, vendar ta pravica v času sprejemanja tega zakona ni zagotovljena v obsegu, ki bi zagotavljala enakopravno, primerno, kakovostno in varno obravnavo. V tem smislu ima Zakon o paliativni in hospic oskrbi značaj *lex specialis* v razmerju do obstoječe veljavne zakonodaje.

K 28. členu

Predlagajo se spremembe veljavnih zakonov v skladu z obrazložitvijo k 27. členu zgoraj.

K 29. členu

Člen določa terminske roke za pripravo podzakonskih aktov v 5., 15., 21. in 22. členu tega zakona ter registra PHO iz 8. člena tega zakona.

K 30. členu

Člen določa terminske roke za vzpostavitev mreže PO.

K 31. členu

Člen določa terminski rok za vzpostavitev mreže hospic hiš na ozemlju Republike Slovenije in določitev cene dnevne oskrbe v hospic stacionarnih ustanovah.

K 32. členu

Člen določa začetek veljavnosti zakona.

IV. BESEDILO ČLENOV, KI SE SPREMINJAJO

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju

Pravice do zdravstvenih storitev

23. člen

Z obveznim zavarovanjem je zavarovanim osebam zagotovljeno plačilo zdravstvenih storitev:

1. v celoti:

- sistematični in drugi preventivni pregledi otrok, učencev, dijakov in študentov do dopolnjenega 26. leta starosti, žensk v zvezi z nosečnostjo in drugih odraslih oseb v skladu s programom, razen pregledov, ki jih na podlagi zakona zagotavljajo delodajalci,
- preprečevanje, presejanje in zgodnje odkrivanje bolezni, skladno s programom, ki ga sprejme Zdravstveni svet,
- svetovanje, izobraževanje, usposabljanje in pomoč za spreminjanje nezdravega življenjskega sloga,
- zdravljenje in rehabilitacija otrok, učencev in študentov, ki se redno šolajo in otrok in mladostnikov z motnjami v telesnem in duševnem razvoju ter otrok in mladostnikov z nezgodno poškodbo glave in okvaro možganov,
- zdravstveno varstvo žensk v zvezi s svetovanjem pri načrtovanju družine, kontracepcijo, nosečnostjo in porodom,
- preprečevanje, odkrivanje in zdravljenje infekcije HIV in nalezljivih bolezni, za katere je z zakonom določeno izvajanje ukrepov za preprečevanje njihovega širjenja,
- obvezna cepljenja, imunoprofilaksa in kemoprofilaksa skladno s programom,
- zdravljenje in rehabilitacija malignih bolezni, mišičnih in živčno-mišičnih bolezni, paraplegije, tetraplegije, cerebralne paralize, epilepsije, hemofilije, duševnih bolezni, razvitih oblik sladkorne bolezni, multiple skleroze in psoriaze,
- celovita obravnava z zdravljenjem in rehabilitacijo slepote in slabovidnosti v skladu z veljavno klasifikacijo Svetovne zdravstvene organizacije, popolne ali zelo težke okvare sluha po Mednarodni klasifikaciji okvar, invalidnosti in oviranosti Svetovne zdravstvene organizacije (1980), cistične fibroze in avtizma in oseb po nezgodni poškodbi glave in okvari možganov
- zdravljenje in rehabilitacija zaradi poklicnih bolezni in poškodb pri delu,
- zdravstveno varstvo v zvezi z dajanjem in izmenjavo tkiv in organov za presaditev drugim osebam,
- nujna medicinska pomoč, vključno z nujnimi reševalnimi prevozi,
- patronažni obiski, zdravljenje in nega na domu ter v socialno varstvenih zavodih, razen če oseba prejema primerljive storitve zdravstvene nege, vezane na osnovna dnevna opravila, določene z zakonom in podzakonskimi predpisi na področju obveznega zavarovanja za dolgotrajno oskrbo,
- zdravila s pozitivne liste, potrebna za zdravljenje oseb in stanj iz četrte do trinajste alinee te točke, medicinski pripomočki v zvezi z zdravljenjem oseb in stanj iz prve do trinajste alinee te točke;
- zdravila in živila za posebne zdravstvene namene s pozitivne in vmesne liste za otroke, učence, dijake, vajence in študente ter osebe z motnjami v telesnem in duševnem razvoju;

- živila za posebne zdravstvene namene s prilagojeno sestavo hranil za zdravljenje zavarovanih oseb z vrojenimi motnjami presnove;
 - sobivanje enega od staršev, rejnika, skrbnika, zakonca ali zunajzakonskega partnerja, kadar sobiva ob otroku svojega zakonca ali zunajzakonskega partnerja, v zdravstvenem zavodu ali zdravilišču z bolnim otrokom do vključno 14. leta starosti; z bolnim otrokom do 18. leta starosti oziroma dokler traja roditeljska pravica v primeru težje okvare ali poškodbe možganov ali hrbtenjače, pri kateri je potrebno usposabljanje za poznejšo medicinsko rehabilitacijo na domu, ali v primeru kronične bolezni ali okvare v času usposabljanja za poznejšo medicinsko rehabilitacijo na domu, ali v primeru zdravljenja težkega zdravstvenega stanja; ne glede na starost z osebo s posebnimi potrebami, ki potrebuje 24-urno nego in oskrbo, oziroma z osebo s statusom po zakonu, ki ureja socialno vključevanje invalidov,
 - predhodni in obdobjni zdravstveni pregledi za športnike, ki nastopajo na uradnih tekmovanjih nacionalnih panožnih športnih zvez,
 - skupinski zdravstveni programi zaradi krepitve zdravstvenega stanja otrok do 18. leta starosti, ki so v koledarskem letu večkrat hospitalizirani ali vsaj dvakrat bolni,
 - skupinski zdravstveni programi zaradi usposabljanja za obvladovanje zdravstvenega stanja otrok do 18. leta starosti s cerebralno paralizo, živčno-mišičnimi boleznimi ali druge vrste gibalne oviranosti, poškodbo glave, otrok z juvenilnim revmatoidnim artritismom, s sladkorno boleznijo, fenilketonurijo, celiakijo ali prekomerno telesno težo ter otrok z motnjo avtističnega spektra, z razvojnim zaostankom ali intelektualno manjzmožnostjo,
 - skupinski zdravstveni programi za izboljševanje, ohranjanje ali preprečevanje poslabšanja zdravstvenega stanja oseb z mišičnimi in živčno-mišičnimi boleznimi, s paraplegijo, tetraplegijo, cerebralno paralizo, poškodbo glave, z najtežjo obliko hemiplegije ali generalizirane psoriaze, multiplo sklerozo, s poliomeletisom, Parkinsonovo boleznijo ali težjo ali težko motnjo v duševnem razvoju ob določeni funkcionalni okvari;
2. najmanj 90% vrednosti:
- storitev v zvezi s presaditvijo organov in z drugimi najzahtevnejšimi operativnimi posegi ne glede na razlog,
 - zdravljenja v tujini,
 - storitev v zvezi 2 intenzivno terapijo, radioterapijo, dializo in drugimi nujnimi najzahtevnejšimi diagnostičnimi, terapevtskimi in rehabilitacijskimi posegi;
3. najmanj 80% vrednosti za:
- storitve v zvezi z zagotavljanjem in zdravljenjem zmanjšane plodnosti in umetno oploditvijo, sterilizacijo in umetno prekinitvijo nosečnosti;
 - specialističnoambulantne, bolnišnične in zdraviliške storitve kot nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, razen za poškodbe izven dela,
 - nemedicinski del oskrbe v bolnišnici in zdravilišču v okviru nadaljevanja bolnišničnega zdravljenja, razen za poškodbe izven dela,
 - storitve v osnovni zdravstveni dejavnosti, ki niso zajete v 1. točki, ter zdravljenje zobnih in ustnih bolezni,
 - medicinske pripomočke, razen v primerih iz 1. in 4. točke tega odstavka,
 - storitve lekarniške dejavnosti na primarni ravni zdravstvene dejavnosti, razen v primeru izdaje zdravil in medicinskih pripomočkov iz 1., 3., 4. in 6. točke tega odstavka;
4. najmanj 70% vrednosti za:

- specialistoambulantne, bolnišnične in zdraviliške storitve kot nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja in nemedicinski del oskrbe v bolnišnici in zdravilišču kot nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, medicinske pripomočke v zvezi z zdravljenjem poškodb izven dela,
 - zdravila s pozitivne liste, razen za primere iz 1. točke tega odstavka;
5. največ do 60% vrednosti za:
- reševalne prevoze, ki niso nujni, zavarovanih oseb, ki so nepokretne ali rabijo prevoz na in z dialize ali v drugih primerih, ko bi bil prevoz z javnim prevoznim sredstvom ali osebnim avtomobilom za njihovo zdravje škodljiv, ali zaradi svojega zdravstvenega stanja potrebujejo spremstvo zdravstvenega delavca,
 - zdraviliško zdravljenje, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja;
6. največ do 50% vrednosti za:
- zdravila in živila za posebne zdravstvene namene z vmesne liste,
 - zobnoprótetično zdravljenje odraslih,
 - medicinske pripomočke za izboljšanje vida za odrasle.

Zagotavljanje pravic in programov preventivnih in sistematičnih pregledov in storitev zgodnjega odkrivanja dejavnikov tveganja za nastanek kroničnih bolezni, vključno s presejalnimi testi ter storitev s področja krepitve zdravja iz prve, druge in tretje alineje, določi minister, pristojen za zdravje, na predlog Zdravstvenega sveta. Za izvajanje teh programov lahko njihovi izvajalci osebne podatke o zavarovancih, ki so vključeni v te programe pridobijo od Zavoda ali iz Centralnega registra prebivalstva. Določanje cen programov in obseg sredstev za njihovo izvajanje, zagotavljanje učinkovitosti, kakovosti in nadzora se zagotovijo skladno s tem zakonom in dogovorom iz 63. člena tega zakona.

Vsebinsko, način izvedbe in podrobnejša merila za izvajanje skupinskih zdravstvenih programov iz devetnajste, dvajsete in enaindvajsete alineje 1. točke prvega odstavka tega člena določi minister, pristojen za zdravje.

Odstotke iz 2. do 6. točke prvega odstavka tega člena določi Zavod v soglasju z Vlado Republike Slovenije. Odstotki za posamezne vrste storitev ali pri posameznih boleznih v okviru teh točk so lahko različni.

Zavod lahko določi pogoj predhodnega zavarovanja do šest mesecev za pravice do zobnoprótetičnih in medicinskih pripomočkov, razen za pravice iz 1. točke prvega odstavka tega člena.

Zavarovanci iz 22. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona imajo omejeno pravico do proste izbire zdravnika v zdravstvenem zavodu, ki jo uresničujejo v skladu s predpisi s področja izvrševanja kazenskih sankcij. Ti zavarovanci nimajo pravice do zdravljenja in nege na domu, zdravljenja v tujini, zdraviliškega zdravljenja in nadomestila začasno zadržanost od dela, čeprav delajo v režijskih obratih, nege ožjega družinskega člana, sobivanja, razen matere ob otroku, ki sicer biva pri materi v skladu s predpisi, ki urejajo izvrševanje kazenskih sankcij, pogrebnine in posmrtnine ter povračil potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenih storitev. Prav tako se po teh zavarovancih ne morejo zavarovati njihovi družinski člani. **(delno prenehal veljati)**

Zakon o zdravstveni dejavnosti

5. člen

Mrežo javne zdravstvene službe na primarni ravni določa in zagotavlja občina oziroma mesto.

Republika Slovenija sodeluje pri zagotavljanju mreže javne zdravstvene službe na primarni ravni na demografsko ogroženih območjih v skladu s planom zdravstvenega varstva.

Republika Slovenija izjemoma določa in zagotavlja na primarni ravni mrežo javne zdravstvene službe za zdravstveno varstvo študentov.

Mrežo javne zdravstvene službe na sekundarni in terciarni ravni zagotavlja Republika Slovenija.

Mrežo javne zdravstvene službe na sekundarni ravni določa Republika Slovenija po predhodnem mnenju zainteresiranih občin oziroma mesta.

Pri zagotavljanju ustreznih prostorov lahko zasebni zdravstveni delavec kandidira za prostore javne zdravstvene službe. Če za iste prostore kandidirata javni zdravstveni zavod in zasebni zdravstveni delavec, jih ustanovitelj dodeli tistemu, ki ponudi boljše pogoje.

Zakon o pacientovih pravicah

39. člen (preprečevanje in lajšanje trpljenja)

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

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

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

Zakon o dolgotrajni oskrbi

14. člen (storitve DO)

- (1) Storitve DO so:
- pomoč pri osnovnih dnevnih opravilih;
 - pomoč pri podpornih dnevnih opravilih;
 - zdravstvena nega, vezana na osnovna dnevna opravila.

(2) Storitve pomoči pri osnovnih dnevnih opravilih obsegajo pomoč pri:

1. prehranjevanju in pitju;
2. osebni higieni;
3. oblačenju in slačenju;
4. izločanju in odvajanju;
5. gibanju;
6. pripravi na spanje in počitek in
7. druga osnovna dnevna opravila.

(3) Storitve pomoči pri podpornih dnevnih opravilih obsegajo:

1. pomoč pri gospodinskih opravilih;
2. pomoč pri nakupu živil in življenjskih potrebščin;
3. prinašanje, pripravo in postrežbo obrokov;
4. spremstvo uporabnika v povezavi z izvajanjem storitev DO in
5. druga podporna dnevna opravila.

(4) Storitve zdravstvene nege, vezane na osnovna dnevna opravila, obsegajo:

1. spremljanje vitalnih funkcij in drugih parametrov;
2. spremljanje zdravstvenega stanja uporabnika;
3. pripravo, dajanje in nadzor nad jemanjem zdravil;
4. preprečevanje razjed zaradi pritiska in
5. druge storitve zdravstvene nege, vezane na osnovna dnevna opravila.

(5) Podrobnejšo vsebino storitev DO, s katerimi se udeležujejo pravice do DO in način njihovega izvajanja, določi minister.

(6) Izvajalci DO za potrebe izračuna cene urnih postavk storitev DO posredujejo ministrstvu, najkasneje do 31. januarja, podatke o elementih cen urnih postavk iz osmega odstavka tega člena.

(7) Izhodišča za oblikovanje cen urne postavke storitev DO in drugih storitev iz petega odstavka tega člena in cen urne postavke storitev iz prve alineje 31. člena tega zakona oblikuje minister.

(8) Minister posreduje izhodišča za oblikovanje cen urne postavke storitev iz prejšnjega odstavka ZZZS, ki na podlagi izhodišč pripravi predlog cen urne postavke storitev DO. Ceno urne postavke za storitve DO sprejme minister in objavi na spletni strani ministrstva enkrat letno, v mesecu februarju tekočega leta. Nove cene storitev iz tega odstavka začnejo veljati s prvim dnevom naslednjega meseca po uveljavitvi akta, ki določa novo ceno storitev.

(9) Pri izračunu cen urnih postavk storitev iz prejšnjega odstavka se upoštevajo elementi, ki jih določi minister.

Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva – Priloga 2