

Fakulteta za pravo in ekonomijo

Podiplomski študijski program Magisterij prava

dr. Blaž Vrhnjak, dr. med., spec int. med., spec. klin. farm.

**PATRONAŽNA SLUŽBA V PRAVNIH OKVIRIH
PREDSTAVITEV PRIMERA**

Magistrska naloga

Mentorica: izr. prof. dr. Verena Rošic Feguš

Zürich/Ljubljana, 2025

Fakulteta za pravo in ekonomijo

Podiplomski študijski program Magisterij prava

dr. Blaž Vrhnjak, dr. med., spec int. med., spec. klin. farm.

**PATRONAŽNA SLUŽBA V PRAVNIH OKVIRIH
PREDSTAVITEV PRIMERA**

Magistrska naloga

Mentorica: izr. prof. dr. Verena Rošic Feguš

Zürich/Ljubljana, 2025

Rad bi se zahvalil vsem, ki so kakorkoli pomagali pri nastajanju pričujoče naloge: mentorici za odlično vodenje, svoji stanovski organizaciji za začetno pomoč pri praktičnem primeru in moji družini.

Seznam kratic

DMS – diplomirana medicinska sestra

DN – delovni nalog

IOZ – izbrani osebni zdravnik

JZ – javni zavod

MZZ – ministrstvo za zdravje

NIJZ – Nacionalni inštitut za javno zdravje

OZ – Obligacijski zakonik

OZZ – obvezno zdravstveno zavarovanje

PISRS – Pravno-informacijski sistem Republike Slovenije

PZN – patronažna zdravstvena nega

SEU – Sodišče Evropske unije

UL – uradni list

UPRS – Upravno sodišče

URS – Ustava Republike Slovenije

VDSS – Višje delovno in socialno sodišče

VSRS – Vrhovno sodišče Republike Slovenije

ZAGOPP – Zakon o arhivskem gradivu, ki vsebuje osebne podatke o zdravljenju pacienta

ZD – zdravstveni dom

ZDIJZ – Zakon o dostopu do informacij javnega značaja

ZDOsk-1 – Zakon o dolgotrajni oskrbi

ZDR-1 – Zakon o delovnih razmerjih

ZInfP – Zakon o Informacijskem pooblaščenju

ZIUZDS – Zakon o interventnih ukrepih na področju zdravstva, dela in sociale ter z zdravstvom povezanih vsebin

ZJU – Zakon o javnih uslužbencih

ZOA – Zakon o osebni asistenci

ZPacP – Zakon o pacientovih pravicah

ZPPKZ – Zakon o priznavanju poklicnih kvalifikacij zdravnik, zdravnik specialist, doktor dentalne medicine in doktor dentalne medicine specialist

ZUS-1 – Zakon o upravnem sporu

ZVOP – Zakon o varstvu osebnih podatkov

ZVZD-1 – Zakon o varnosti in zdravju pri delu

ZZDej – Zakon o zdravstveni dejavnosti

ZZdrI – Zakon o zdravstveni inšpekciji

ZZKZ – Zakon o zagotavljanju kakovosti v zdravstvu

ZZVZZ – Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju

ZZZS – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

Povzetek

Pričujoče delo analizira pravni okvir, ki ureja delovanje patronažne službe v slovenskem zdravstvenem sistemu, s poudarkom na vlogah in dolžnostih patronažnih medicinskih sester ter pravicah pacientov. Metodološko se delo opira na kabinetno raziskavo relevantne zakonodaje, strokovnih dokumentov in študijo primera. Ugotovljeno je, da je ureditev področja razdrobljena in mestoma protislovna, kar otežuje uveljavljanje pravic uporabnikov in razumevanje vloge patronažnih medicinskih sester. Raziskava potrjuje, da kljub podrobnemu opisu nalog medicinskih sester v strokovnih dokumentih, pomanjkljivo poznavanje pravnega okvira lahko vodi do težav pri izvajanju pravic pacientov. Delno je potrjena hipoteza o natančno definirani vlogi patronažne službe, delno tista o jasnih pritožbenih poteh za paciente, v celoti pa hipoteza o možnih delovnopravnih posledicah za medicinske sestre, ki ne izpolnjujejo svojih strokovnih nalog. Predlagane izboljšave vključujejo boljše izobraževanje vseh deležnikov o pravicah pacientov, aktivacijo informiranih uporabnikov in transparentnejše objavljanje rezultatov nadzorov za sistemsko učenje.

Ključne besede: patronažna zdravstvena nega, pravni okvir, pravice pacientov, delovnopravne posledice, zdravstveno zavarovanje

Community Nursing Service within Legal Frameworks: A Case Report

Abstract

This research work analyzes the legal framework governing community nursing services in the Slovenian healthcare system, focusing on the roles and responsibilities of community nurses and patients' rights. Methodologically, the work relies on desk research of relevant legislation, professional documents, and case studies. The findings indicate that the regulation of this field is somewhat fragmented and sometimes contradictory, which complicates the exercise of users' rights and understanding of community nurses' roles. The research confirms that despite detailed descriptions of nurses' tasks in professional documents, inadequate knowledge of the legal framework may lead to difficulties in implementing patients' rights. The hypothesis regarding the precisely defined role of community nursing services is partially confirmed, as is the one about clear complaint procedures for patients, while the hypothesis about possible labor law consequences for nurses who do not fulfill their professional duties is fully confirmed. Proposed improvements include better education for all stakeholders about patients' rights, activation of informed users, and more transparent publication of oversight results for systemic learning.

Keywords: community nursing, legal framework, patients' rights, labor law consequences, health insurance



IZJAVA O AVTORSTVU

Spodaj podpisani/-a študent/-ka Blaž Vrhnjak, z vpisno številko 36243007, vpisan/-a na študijski program pravni magisterij, rojen/-a 07.04.1980 v kraju Slovenj Gradec,

izjavljam,

da je zaključno delo z naslovom »Patronažna služba v pravnih okvirjih – predstavitev primera«, ki sem ga napisal/-a pod mentorstvom izr. prof. dr. Verene Rošic Feguš,

- izključno rezultat mojega lastnega raziskovalnega dela,
- da so dela in mnenja drugih, ki sem jih uporabil v zaključnem delu, ustrezno citirana v skladu s fakultetnimi navodili,
- sem pridobil/-a vsa potrebna dovoljenja za uporabo avtorskih del, ki so v celoti prenesena v predloženo delo,
- da se zavedam, da je plagiatorstvo kaznivo po zakonu (Zakon o avtorstvu in sorodnih pravicah (Ur. l. RS št. 16/07 - UPB3),
- da se zavedam posledic, ki jih dokazano plagiatorstvo lahko predstavlja za predloženo delo, za moj status na fakulteti ter ukrepov Fakultete za pravo in ekonomijo v skladu z njenimi pravili,
- da je elektronska oblika vsebinsko identična tiskani obliki dela.

Kraj, datum: Zürich, 29.06.2025

Podpis avtorja/-ice:



Kazalo vsebine

1. Uvod.....	9
1.1 Bismarckov model (sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja).....	10
1.2 Beveridgev model (sistem nacionalne zdravstvene službe)	11
1.3 Komercialni (tržni) model	11
2. Opredelitev raziskovalnega problema in metod.....	19
3. Metode.....	22
4. Jedro	23
4.1 Pravna podlaga za delovanje patronažne službe v Sloveniji	23
4.2 Praktične težave pri dostopu do patronažne službe – primer	32
4.3 Pravno varstvo pacientovih pravic v primeru omejenega dostopa do storitev	33
4.3.1 Prvi korak	37
4.3.2 Drugi korak.....	38
4.3.3 Tretji korak	40
4.3.4 Četrty korak.....	41
4.3.5 Peti korak.....	43
4.3.6 Šesti korak	46
4.4 Prekrivanje delovnega prava in zakonodaje izpolnjevanja pravic do zdravstvene nege.....	47
5. Zaključek.....	61
6. Reference.....	73
7. Grafične priloge	82
7.1 Slike	82
7.2 Preglednice	82
8. Priloge	83

1. Uvod

Svet Evrope v dokumentu 2006/C 146/01 z naslovom Sklepi Sveta o skupnih vrednotah in načelih zdravstvenih sistemov Evropske unije meni, da zdravstveni sistemi v Evropski uniji predstavljajo ključen del visoke stopnje socialne zaščite (Sklepi Sveta o skupnih vrednotah in načelih zdravstvenih sistemov Evropske unije 2006, člen 4) , ki prispeva k družbeni enotnosti, pravičnosti in trajnostnemu razvoju. Temeljijo na vrednotah, kot so univerzalnost, dostopnost do kakovostnega zdravstvenega varstva, enakost in solidarnost, ki so splošno sprejete med institucijami Evropske unije (Sklepi Sveta o skupnih vrednotah in načelih zdravstvenih sistemov Evropske unije 2006, člen 5). Univerzalnost zagotavlja, da je zdravstveno varstvo dostopno vsem brez izjem, medtem ko solidarnost pomeni finančno ureditev, ki omogoča dostopnost ne glede na posameznikovo ekonomsko stanje. Enakost se kaže v enakih možnostih dostopa do zdravstvenih storitev, ne glede na narodnost, spol, starost, socialni status ali finančne zmožnosti (Sklepi Sveta o skupnih vrednotah in načelih zdravstvenih sistemov Evropske unije 2006). Zdravstveni sistemi Evropske unije si prizadevajo tudi za zmanjšanje razlik v zdravstvenem stanju prebivalstva, kar vključuje preventivne ukrepe in promocijo zdravega življenjskega sloga. Vse države članice si prizadevajo, da bi zdravstvene storitve čim bolj ustrezale potrebam pacientov, a se njihovi pristopi k uresničevanju teh vrednot razlikujejo. Nekatere države zahtevajo osebne prispevke pacientov za kritje določenih stroškov zdravstvenega varstva, druge uvajajo obvezne prispevke ali omogočajo dodatna zavarovanja. Na področju zagotavljanja enakosti so države sprejele različne ukrepe – nekatere poudarjajo pravice pacientov, druge obveznosti zdravstvenih ponudnikov. Tudi nadzor nad izvajanjem teh predpisov se razlikuje; v nekaterih državah poteka prek sodišč, drugje prek posebnih odborov ali varuhov (Sklepi Sveta o skupnih vrednotah in načelih zdravstvenih sistemov Evropske unije 2006).

Delovanje zdravstvenih sistemov je opredeljeno v zakonodaji držav članic in se naslanja na nadnacionalne pravne okvire Evropske unije (EU). V Pogodbi o delovanju Evropske unije (PDEU, člen 168) je določeno, da EU podpira prizadevanja držav članic pri izboljšanju javnega zdravja, preprečevanju bolezni in zagotavljanju kakovostnih zdravstvenih storitev. Cilj je dostopnost zdravstvenih storitev za vse prebivalce.

Zdravstveni sistemi v Evropi se razlikujejo glede na način financiranja, upravljanja in izvajanja zdravstvenih storitev. V osnovi poznamo tri klasične modele zdravstvenih sistemov, Bismarckov, Beveridgeov in komercialni (Grad in Bolka 2024; Kozun-Cieslak in Zdrazil 2021), ki bodo v nadaljevanju opisani:

1.1 Bismarckov model (sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja)

Bismarckov model temelji na obveznem zdravstvenem zavarovanju, financiranem s prispevki delodajalcev in zaposlenih. Zdravstvene blagajne (običajno neprofitne) zbirajo sredstva in izplačujejo izvajalcem zdravstvenih storitev. Ključna značilnost je solidarnost med zavarovanci. Država ima predvsem regulativno vlogo, neposrednega nadzora nad izvajalci pa praviloma nima (Bauernschuster, Driva Hornung in 2020; Grad in Bolka 2024).

Shufani pokaže, da imajo države z Bismarckovim sistemom več bolnišničnih postelj in več dni kurativne oskrbe (bolniki več dni preživijo v bolnišnicah, op.a.). Zdravniki v teh državah opravijo več posvetovanj na prebivalca kot v Beveridgeovih sistemih, kar kaže na višjo produktivnost zdravnikov. Po drugi strani pa je stopnja zasedenosti postelj nižja kot v Beveridgeovih sistemih, kar kaže na manj učinkovito uporabo virov. Administrativni stroški so nekoliko višji kot v Beveridgeovih sistemih (0,27 % proti 0,18 % celotnih izdatkov za zdravstvo) (Shufani 2023). Podobno nekoliko večjo produktivnost tega modela od Beveridgeovega pokažeta Kozun-Cieslak in Zdrazil (2021).

Zgodovinsko gledano je Bismarckov model pomembno prispeval k zmanjšanju umrljivosti, zlasti zaradi boljšega dostopa do zdravstvenih storitev, skupaj z ustvarjanjem znanja o preprečevanju nalezljivih bolezni ter izboljšanjem prehrane od uveljavitve v 1884 v takratni Nemčiji s strani kanclerja Otta von Bismarcka (Bauernschuster, Driva Hornung in 2020). Primeri držav, ki uporabljajo pretežno Bismarckov model, so: Nemčija, Avstrija, Francija, Slovenija, Hrvaška (Grad in Bolka 2024).

1.2 Beveridgeov model (sistem nacionalne zdravstvene službe)

Beveridgeov model temelji na financiranju iz davkov in prav tako zagotavlja univerzalni dostop do zdravstvenih storitev (Kozun-Cieslak in Zdrazil 2021). Država je lastnica večine zdravstvenih ustanov, neposredno nadzira razporejanje sredstev in izvajanje storitev. Zdravstvena oskrba je za prebivalce večinoma brezplačna ob uporabi, kar zmanjšuje finančne ovire za dostop (Kozun-Cieslak in Zdrazil 2021; Shufani 2023).

Znanstvene analize ugotavljajo, da Beveridgeov model dosega večjo enakost pri dostopu do zdravstvenih storitev zaradi univerzalne pokritosti. Poleg tega ima ta model boljšo učinkovitost pri uporabi bolnišničnih postelj (višja stopnja zasedenosti) in nižje administrativne stroške (Kozun-Cieslak in Zdrazil 2021; Shufani 2023; Unger in De Paepe 2019). Slabosti vključujejo manjšo izbiro izvajalcev za uporabnike in pogoste težave s kapacitetami, kot so čakalne dobe. Zaradi staranja prebivalstva in dražjih zdravstvenih tehnologij se povečuje pritisk na davčne vire, kar zahteva večji delež zdravstvenih izdatkov v državnem proračunu (Kozun-Cieslak in Zdrazil 2021; Shufani 2023).

Države, ki uporabljajo ta model, so, na primer: Velika Britanija, Španija, Švedska, Norveška, Finska.

1.3 Komercialni (tržni) model

Komercialni ali tržni model temelji na zasebnem financiranju zdravstvenih storitev, predvsem prek zasebnih zavarovalnic in neposrednih plačil uporabnikov (Unger in De Paepe 2019). Država ima omejeno ali zgolj regulativno vlogo, kar vodi do večje neenakosti v dostopu do zdravstvenih storitev znotraj držav in v primerjavi med njimi: bogati v ZDA se spopadajo z več ovirami pri dostopanju do zdravstvene oskrbe kot revni v večini OECD držav (Unger in De Paepe 2019).

Raziskave kažejo, da je v državah s prevladujočim komercialnim modelom (npr. ZDA) dostop do zdravstvene oskrbe močno odvisen od finančnih zmožnosti posameznika, kar vodi v večje neizpolnjene potrebe po zdravstveni oskrbi, zlasti med socialno šibkejšimi.

Poleg tega je učinkovitost sistema pogosto nižja, saj visoki stroški in fragmentacija storitev zmanjšujejo splošno uspešnost sistema. Ta način zdravstvenega varstva je konsistentno po kazalcih zdravja populacije med najslabšimi (Unger in De Paepe 2019). Komercialni model sicer omogoča inovacije in profesionalno upravljanje, vendar brez vgrajenega načela solidarnosti pogosto pogloblja zdravstvene neenakosti (Shufani 2023; Unger in De Paepe 2019).

Slovenija se formalno uvršča med države s pretežno Bismarckovim modelom zdravstvenega varstva, saj njen sistem temelji na obveznem zdravstvenem zavarovanju, ki ga upravlja Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS). Sistem je bil uveden leta 1992 in temelji na prispevkih zaposlenih, delodajalcev in države, pri čemer je ZZZS edini izvajalec obveznega zdravstvenega zavarovanja (AARC Consortium 2021; Albreht et al. 2016). Kljub tej formalni ureditvi pa ima slovenski zdravstveni sistem več posebnosti, zaradi katerih se razlikuje od klasičnega Bismarckovega modela, kot je pojasnjeno v nadaljevanju.

ZZZS nima popolne avtonomije pri pogajanjih z izvajalci storitev. Ključne odločitve, kot so določanje cen in plačilnih modelov, so pod močnim vplivom države, predvsem Ministrstva za zdravje, ki ima osrednjo regulativno vlogo in je tudi lastnik ter upravljavec vseh javnih bolnišnic (AARC Consortium 2021; Albreht et al. 2016). ZZZS sicer sklepa pogodbe z izvajalci in določa povračila, vendar so tarife in ključni pogoji določeni na državni ravni, kar omejuje njegovo pogajalsko moč (Grad in Bolka 2024).

ZZZS ne izvaja odprtih razpisov za vse izvajalce zdravstvenih storitev; večina izvajalcev je javnih, njihovo delovanje pa je vezano na zgodovinske dogovore in kapacitete, ne na konkurenčne tržne mehanizme (Albreht 2011; Albreht et al. 2016). Pogodbena razmerja z zasebnimi izvajalci (npr. brez koncesij) so omejena, večina storitev pa je v domeni javnih zdravstvenih zavodov, ki jih neposredno upravlja ali nadzoruje država (Albreht et al. 2016; Albreht in Klazinga 2010).

Plače zaposlenih v zdravstvu so določene v okviru enotnega plačnega sistema javnega sektorja (ZSTSPJS, člen 8), kar pomeni, da ZZZS ne more neposredno vplivati na stroške dela v zdravstvu.

Slovenija uporablja kombinacijo različnih plačilnih modelov izvajalcem storitev: v primarnem zdravstvu prevladujeta plačilo po glavarini in storitvah, v bolnišnicah pa kombinacija zgodovinskih proračunov, plačil po primerih in drugih mehanizmov (Albreht et al. 2016). Financiranje zdravstvenega sistema v celoti pa je močno odvisno od prispevkov iz zaposlitve, kar pomeni, da so prihodki sistema občutljivi na spremembe na trgu dela in gospodarske cikle (Albreht 2011; Albreht et al. 2016).

Močna vloga države v lastništvu in upravljanju javnih zdravstvenih ustanov ter v določanju ključnih pravil pomeni, da ima Slovenija bolj centraliziran in reguliran sistem (v tem aspektu bližje Beveridgeovem modelu) kot tipične Bismarckijanske države, kjer imajo zdravstvene blagajne večjo avtonomijo in je več konkurence med izvajalci (Albreht et al. 2016; Bauernschuster, Driva Hornung in 2020; Kozun-Cieslak in Zdravil 2021). To otežuje enostavne primerjave z drugimi državami in prenos tujih rešitev v slovenski zdravstveni sistem in je potrebno zelo dobro poznati lokalne posebnosti za uveljavljanje morebitnih sprememb (Grad in Bolka 2024). Trend konvergence glavnih sistemov univerzalnega sistema zagotavljanja zdravstvenega varstva (Bismarckovega in Beveridgeovega) je sicer opaziti tudi drugje po Evropi (Shufani 2023).

S pravnega vidika je pravica do zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji ustavno zagotovljena. V skladu s 51. členom Ustave RS ima vsakdo pravico do zdravstvenega varstva pod pogoji, določenimi z zakonom, ki tudi določa pravice do zdravstvenega varstva iz javnih sredstev ter navaja, da nikogar ni mogoče prisiliti k zdravljenju, razen v primerih, ki jih dopušča zakon (URS, člen 51). Pravica do zdravstvenega varstva iz 51. člena ustave je tesno povezana s pravico do socialne varnosti iz 50. člena, saj zdravstveno varstvo predstavlja eno izmed področij uresničevanja socialne varnosti (50/2), vendar je zaradi pomena zdravja kot temeljne vrednote ta pravica posebej opredeljena in ima določeno samostojnost. Zato je njen domet širši, kot bi bil, če bi šlo zgolj za izvedbo pravice do socialne varnosti, in jo je mogoče kot samostojno, a hkrati dopolnjujočo pravico (Kresal 2002b). Pravica do zdravstvenega varstva izhaja tudi iz načela socialne države (2. člen) in je povezana s pravico do zdravega življenjskega okolja (72. člen), saj okolje pomembno vpliva na zdravje ljudi. Posamezni vidiki zdravstvenega varstva so povezani tudi z drugimi ustavnimi pravicami, kot so nedotakljivost človekovega življenja (17. člen), prepoved mučenja in medicinskih poskusov brez privolitve (18. člen), osebna

svoboda (19. člen), svoboda gibanja (32. člen), osebno dostojanstvo (34. člen), varstvo zasebnosti (35. člen) in varstvo osebnih podatkov (38. člen) (Kresal 2002b). Zaradi varovanja javnega zdravja je v določenih primerih dopustno omejiti nekatere druge pravice, kot sta svoboda gibanja (32. člen) in svoboda zbiranja (42. člen), kot nadaljnja primera zakonskih pridržkov. Tudi na področju zdravstvenega varstva veljata načelo enakosti pred zakonom in prepoved diskriminacije (14. člen), pri uveljavljanju pravic pa morajo biti zagotovljena vsa ustavna procesna jamstva (22.–25. člen), za namene pričujočega dela je posebej zanimivo sobivanje s 25. členom ustave, ki vsakomur zagotavlja pravico do pritožbe ali drugega pravnega sredstva. Posebej pomembno je tudi spoštovanje načela zakonitosti (120. in 153. člen), saj je področje zdravstvenega zavarovanja urejeno s številnimi podzakonskimi akti¹ (Kresal 2002b).

Pravica do zdravstvenega varstva (51. člen) – in ne pravica do zdravja, slednje je zasledovani cilj (Ivanc 2011a) – je temeljna človekova pravica pozitivnega statusa (poenostavljeno: vsakdo ima pravico to imeti, op. a.), ki zahteva aktivno delovanje države, da z ustreznimi ukrepi zagotovi učinkovito uresničevanje te pravice (Kresal 2002c). Pravica do zdravstvenega varstva je v skladu s 15. členom ustave omejena s pravicami drugih (Kresal 2002a). Ustava v 1. in 2. odstavku 51. člena določa, da ima vsakdo pravico do zdravstvenega varstva, ki je samo po sebi nedoločen pravni pojem, ki ga mora opredeliti zakonodajalec (Ivanc 2011a), pod pogoji, ki jih določa zakon, in da zakon določa pravice do zdravstvenega varstva iz javnih sredstev. Država mora tako zagotoviti sistem, ki omogoča materialno in ekonomsko dostopnost zdravstvenih storitev vsem, ki jih potrebujejo, ter učinkovito delovanje zdravstvene službe (Kresal 2002c).

Pri zakonskem urejanju pravice do zdravstvenega varstva je zakonodajalec v skladu z določbo 8. člena ustave dolžan spoštovati sprejete mednarodnopravne obveznosti (Ivanc

¹Za splošno razumevanje problematike razdrobljenosti pravnih aktov, ki urejajo slovenski zdravstveni sistem, je na tem mestu sicer pomembna, vendar za pričujoče delo zunaj fokusa še sodba Ustavnega sodišča iz leta 1999, kjer Ustavno sodišče jasno zavzame stališče, da sistem pravic in njihove omejitve lahko ureja le zakon. Podzakonski akti smejo dopolnjevati zakonske določbe le toliko, kolikor uresničujejo njihov namen. Za normiranje morajo imeti organi zakonsko podlago ali vsaj jasno razviden okvir. Brez tega ne smejo določati pravic ali obveznosti, saj je to pridržano zakonu in Ustavi (USRS Odločba U-I-50/97, 16. 12 1999).

2011b). Ker mednarodnopravni vidik pravice do zdravja presega namen pričujočega dela, naj bo le omenjenih nekaj pomembnih dokumentov. Pravica do zdravja je priznana v Splošni deklaraciji o človekovih pravicah, v Mednarodnem paktu o ekonomskih, socialnih in kulturnih pravicah, Evropski konvenciji o varstvu človekovih pravic, v Ustavi Svetovne zdravstvene organizacije, v Konvenciji o varstvu človekovih pravic in dostojanstva človeškega bitja in drugih (Ivanc 2011b).

Tretji odstavek 51. člena je oblikovan kot obrambna pravica, varujoč pred posegi v posameznikovo osebno sfero v zvezi z njegovim zdravjem. Vsakršno ravnanje v smeri ohranjanja, ponovnega vzpostavljanja ali izboljševanja zdravja posameznika oziroma vsakršno nudenje kakršnekoli oskrbe posamezniku proti njegovi volji pomeni poseg v njegovo pravico zavrniti zdravljenje. Ta pravica pa ni absolutna, ustava dopušča omejitve, ki se jih se sme določiti le z zakonom in takrat je zdravljenje mogoče izvajati brez soglasja posameznika ali celo proti njegovi volji (Kresal 2002a).

Po pregledu opredelitve pravice do zdravstvene oskrbe na ustavnopravnem nivoju, bo v nadaljevanju fokus besedila zožen. Na kratko bo predstavljena zakonska raven ureditve pravice do zdravstvene oskrbe, s poudarkom na patronažnem varstvu oziroma oskrbi ter v nadaljevanju še akti strokovnega združenja.

Na področju zakonodaje, ki ureja zdravstveno varstvo in oskrbo, izstopajo predvsem:

Zakon o zdravstveni dejavnosti, ki ureja delovanje in organiziranost zdravstvene dejavnosti v svojem sedmem členu opisuje, da osnovna zdravstvena dejavnost med drugim obsega tudi »patronažne obiske, zdravstveno nego, zdravljenje in rehabilitacijo bolnikov na domu ter oskrbovancev v socialnovarstvenih in drugih zavodih« (ZZDej, člen 7). Zdravstvena dejavnost so ukrepi/aktivnosti, ki jih po medicinski doktrini opravljajo zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci pri varovanju zdravja (ZZDej, člen 1). Zdravstvena dejavnost pa obsega primarno, sekundarno in terciarno raven. »Zdravstvena dejavnost na primarni ravni obsega osnovno zdravstveno dejavnost in lekarniško dejavnost« (ZZDej, člen 2). Zdravstveni dom kot institucija, ki zagotavlja zdravstveno oskrbo na primarni oziroma osnovni ravni, je definiran s prisotnostjo patronažne službe

v minimalnem naboru zagotavljanih storitev. Če je neka institucija ne bi imela, se po tem zakonu ne bi mogla imenovati zdravstveni dom (ZZDej, člen 9).

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju določa sistem zdravstvenega varstva in zavarovanja, nosilce skrbi za zdravje ter njihove naloge, zdravstveno varstvo v povezavi z delom in delovnim okoljem, ureja odnose med zdravstvenim zavarovanjem in zavodi ter uveljavljanje pravic iz zavarovanja. Zdravstveno varstvo vključuje aktivnosti in storitve za krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, zdravljenje, nego in rehabilitacijo ter pravice iz zdravstvenega zavarovanja, ki zagotavljajo socialno varnost v primeru bolezni, poškodbe, poroda ali smrti (ZZVZZ, člen 1). Vsakdo ima pravico do najvišje možne stopnje zdravja in zdravstvenega varstva ter dolžnost skrbeti za svoje zdravje in ne ogrožati drugih. Prav tako mora vsak po svojih zmožnostih prispevati k uresničevanju zdravstvenega varstva ter v nujnih primerih nuditi prvo pomoč in omogočiti dostop do nujne medicinske pomoči (ZZVZZ, člen 2). Obvezno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji izvaja Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Vključuje zavarovanje za primer bolezni in poškodbe izven dela ter za poškodbe pri delu in poklicne bolezni. Z obveznim zavarovanjem so zavarovanim osebam zagotovljeni plačilo zdravstvenih storitev, nadomestilo plače med začasno zadržanostjo od dela in povračilo potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenih storitev (ZZVZZ, člen 12–13). Za pričujoče delo je relevantna dikcija, da se iz obveznega zavarovanja zavarovani osebi plačuje izvajanje storitev zdravstvene nege, razen, če so osebi v obveznem zavarovanju za dolgotrajno oskrbo priznane primerljive storitve zdravstvene nege, vezane na osnovna dnevna opravila (ZZVZZ, člen 23).

Zakon o pacientovih pravicah določa pravice bolnikov v zvezi z dostopnostjo in kakovostjo zdravstvenih storitev. Med pacientove pravice po tem zakonu sodijo: dostop do zdravstvene oskrbe, enakopravna obravnava, prosta izbira zdravnika, kakovostna in varna obravnava, spoštovanje časa, obveščenost in sodelovanje, samostojno odločanje, upoštevanje vnaprej izražene volje, preprečevanje in lajšanje trpljenja, drugo mnenje, vpogled v dokumentacijo, varstvo zasebnosti in osebnih podatkov, obravnava kršitev pravic ter brezplačna pomoč pri uresničevanju teh pravic (ZPacP, člen 5). Pri uresničevanju pacientovih pravic se upoštevajo načela spoštovanja človekovega dostojanstva, osebnih prepričanj, telesne in duševne celovitosti, zasebnosti, samostojnosti

pri odločanju ter varstva največje koristi pacienta (ZPacP, člen 3). Pacientove pravice so zagotovljene v skladu z medicinskimi standardi, razvitostjo zdravstvenega sistema in predpisi o zdravstvenem zavarovanju, lahko pa so omejene zaradi javne varnosti, javnega zdravja ali pravic drugih oseb. Pomembno je, da »določbe tega zakona ne posegajo v pacientove pravice, določene z drugimi zakoni in mednarodnimi pogodbami, ki zavezujejo Republiko Slovenijo« (ZPacP, člen 4). Od zgoraj opisanih načel in pravic, obravnavanih v tem zakonu, so za pričujoče delo relevantne pravica do dostopa do zdravstvene oskrbe, do preprečevanja in lajšanja trpljenja, ter pravica do obravnave kršitev pravic.

Na ravni podzakonskih aktov za predmetno delo relevantno področje patronažne zdravstvene nege urejajo še Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja z nadaljnjo opredelitvijo patronažne službe. Med drugim natančneje urejajo »vrste in obseg pravic, standarde zdravstvenih storitev in medicinsko-tehničnih pripomočkov, varstvo pravic zavarovanih oseb, nadzor uresničevanja pravic in obveznosti« (PISRS, člen 1). Eksplicitna dikcija pravil je, da pravice zavarovanih oseb do storitev osnovne zdravstvene dejavnosti obsegajo tudi patronažno zdravstveno nego (PISRS, člen 26). Dodatno kvantitativno urejajo pravico do preventivnih storitev patronažne službe (npr. »dva patronažna obiska na leto pri kronično bolnih osebah in težkih invalidih, ki so osameli in socialno ogroženi ter pri osebah z motnjami v razvoju«) pri različnih populacijah (PISRS, člen 27).

Na ravni strokovnih dokumentov opravila patronažne službe obravnava dokument »Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu«, v kateri je Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije popisala aktivnosti, ki se nanašajo na diplomirane medicinske sestre in druge zaposlene v patronažni službi (Železnik et al. 2011). Na osnovi pooblastila stanovske organizacije je namreč ekspertna skupina opredelila najpogostejše aktivnosti, ki se izvajajo v klinični praksi zdravstvene nege v patronažnem varstvu. Definirajo več kot 880 aktivnosti diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu, organiziranih po področjih potreb in/ali dela. Eksplicitno v poglavju 2.2. definirajo, da je vodja patronažnega varstva lahko samo diplomirana medicinska sestra, da je koordinatorica dela v negovalnem in zdravstvenem timu s službami v zdravstvenem

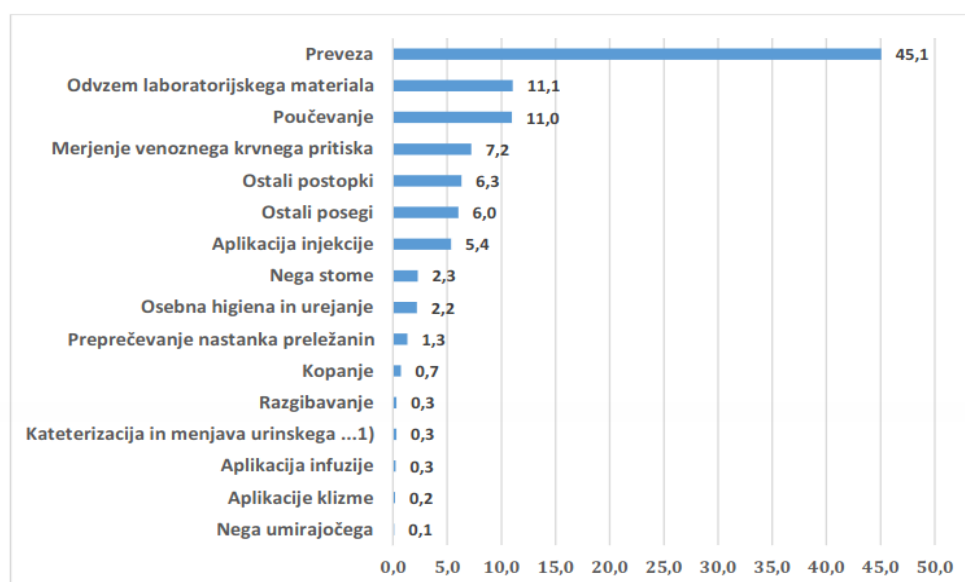
domu in izven njega (Železnik et al. 2011, 16). Glede na potrebe vključuje v svoj tim še druge strokovnjake in sodelavce. Nosilka patronažne zdravstvene nege (nosilka ne pomeni vodje tima patronažnih sester, op. a.) je medicinska sestra v patronažnem varstvu, ki ugotavlja potrebe po zdravstveni negi, načrtuje intervencije zdravstvene nege, jih izvaja in vrednoti dosežene cilje. Negovalni tim v patronažnem varstvu sestavljajo: vodja patronažnega varstva, ki ima tudi naloge koordinatorja, diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu, ki so nosilke patronažne zdravstvene nege in tehniki zdravstvene nege, ki se vključujejo v izvajanje zdravstvene nege bolnika na domu (Železnik et al. 2011, 16).

Patronažna služba na splošno vključuje obiske na domu, zdravstveno nego kroničnih bolnikov, oskrbo porodnic in novorojenčkov ter zdravstveno vzgojo (Zavrl Džananović 2019). Patronažna medicinska sestra v patronažni službi opravlja preventivno in kurativno dejavnost v domačem okolju. S promocijo zdravja kot temeljno nalogo skuša doseči, da posameznik prevzame skrb in odgovornost za lastno zdravje. Patronažno kurativno dejavnost predstavlja zdravstvena nega pacienta na domu, ki jo izvaja patronažna služba na osnovi delovnega naloga izbranega zdravnika, ki tudi opredeli potrebne storitve. Poleg tega zdravstvena nega na domu zagotavlja pomoč patronažne medicinske sestre posamezniku pri izvajanju temeljnih življenjskih aktivnosti (Zavrl Džananović 2018b).

2. Opredelitev raziskovalnega problema in metod

V praksi se pogosto zgodi, da zdravstveni dom zaradi pomanjkanja kadrov ali drugih razlogov ne more zagotoviti patronažne zdravstvene nege posamezniku, ki jo potrebuje (Zavrl Džananović 2018a). V analizi Nacionalnega inštituta za javno zdravje (Zavrl Džananović 2022) so se osredotočili na povprečne vrednosti, vendar so rezultati o kadrovski strukturi pokazali, da se patronažno zdravstveno varstvo v Sloveniji močno razlikuje. Razlike so prisotne na vseh obravnavanih ravneh – od posameznih zdravstvenih domov, upravnih enot do statističnih regij. Patronažni timi se med seboj razlikujejo tako po številu zaposlenih kot tudi po sestavi poklicnih skupin, ki sodelujejo pri izvajanju patronažnih storitev. Prav tako so opazne velike razlike v obremenjenosti izvajalcev glede na število prebivalcev, za katere skrbijo. Rezultati njihove analize so pokazali, da prebivalci Slovenije nimajo enakih možnosti za dostop do patronažnih storitev (Zavrl Džananović 2022).

Kot ilustracijo najpogostejših storitev je spodaj povzet grafikon Nacionalnega inštituta za javno zdravje iz njihove analize (Zavrl Džananović 2021) opravljenega dela patronažne službe:



Slika 1: Opravljene strokovne storitve pri kurativnih obiskih v dejavnosti patronažnega zdravstvenega varstva. (vir: Zavrl Džananović 2021, 73).

V dokumentu Nacionalnega inštituta za javno zdravje z naslovom »Delovanje patronažnega zdravstvenega varstva Slovenije v letih 2014 do 2019 - kadri in odziv stroke na demografske spremembe« (Zavrl Džananović 2019) se je mogoče informirati, da patronažno zdravstveno varstvo vključuje tako preventivne kot kurativne dejavnosti, pri čemer se v zadnjih letih obseg preventivnih storitev zmanjšuje, medtem ko kurativne obravnave naraščajo (Zavrl Džananović 2019, 117). Preventivna dejavnost obsega zdravstveno-socialno obravnavo posameznikov in družin ter različne preventivne programe, ki se izvajajo na domu. Njihova izvedba je vse bolj omejena zaradi demografskih sprememb, kot so staranje prebivalstva in večja potreba po zdravstveni negi na domu, pa tudi zaradi zahtev Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ki postavlja administrativne ovire in določa stroge normative za izvajanje preventivnih storitev (Zavrl Džananović 2019, 8–9). Po drugi strani kurativna dejavnost zajema patronažno zdravstveno nego bolnikov na domu, ki poteka na podlagi zdravniškega naloga. Zaradi hitrejšega odpuščanja iz bolnišnic se v domačem okolju izvajajo vse zahtevnejše negovalne intervencije, ki so bile prej omejene na bolnišnice. Diplomirana medicinska sestra ob prvem obisku pripravi negovalni načrt, s katerim določi nadaljnjo obravnavo pacienta. Glavni izzivi patronažnega zdravstvenega varstva so naraščajoče potrebe po kurativnih storitvah, pomanjkanje ustreznega kadra ter zmanjšanje obsega preventivnih programov, kar vpliva na neenako dostopnost do zdravstvene oskrbe (Zavrl Džananović 2019, 9–10).

Vse ugotovljeno odpira vprašanje: Kakšne so pravne poti, da državljani dobi patronažno zdravstveno nego, do katere je upravičen in je strokovno odrejena, če mu je pristojni zdravstveni dom ne želi zagotoviti? Ta problem je osrednja tema predmetne magistrske naloge. Raziskava bo preučila možne pravne postopke, razpoložljive pritožbene poti in druge možnosti, ki so na voljo državljanom v takih primerih, z ilustracijo na konkretnem primeru. Raziskan bo tudi odnos med delovnim pravom (ZDR-1) in dokaj natančno opredeljenimi dolžnostmi patronažnih sester in kaj se lahko zgodi, če niso izpolnjene.

Raziskovalni cilji pričujočega dela torej so:

- ugotoviti vlogo patronažnih diplomiranih medicinskih sester pri pomoči (starostniku na domu) ter predvsem opredeliti pravni okvir, ki to vlogo v pravnem smislu definira,
- opredeliti, kaj bi lahko šlo narobe pri uveljavljanju definiranih pravic in kakšne so možne pritožbene poti uporabnika storitev v takšnem primeru,
- opredeliti, ali imajo kršitve dolžnosti patronažnih diplomiranih medicinskih sester lahko tudi posledice z delovnopravnega vidika, specifično na primeru nepoznavanja lastne delovne vloge patronažne medicinske sestre,
- za ilustracijo uporabiti dejanski primer uveljavljanja pravic in kaj je šlo narobe, z opisom rezultatov uveljavljanja pritožbenih oziroma nadzornih poti.

Na podlagi raziskovalnih ciljev bodo v predmetnem delu obravnavane tri hipoteze:

- H1: Patronažna služba in delo patronažne diplomirane medicinske sestre je zelo natančno definirana po svojem obsegu in vsebini.
- H2: Pacient/uporabnik storitev ima na voljo jasne poti do uveljavljanja svojih pravic.
- H3: Neizpolnjevanje del in nalog, kot so definirana za patronažno diplomirano medicinsko sestro v drugih pravnih aktih, lahko ima pravne posledice v smislu delovnega prava (ZDR-1).

S pregledom pravnega okvirja dela patronažne službe in možnih delovnopravnih posledic kršenja tega je namen predmetnega dela povezati ZDR-1 s specialnimi zakoni in drugimi pravnimi akti ter tako utrditi mišljenje pravnega reda, kjer noben pravni akt ne obstaja v vakuumu, temveč soobstaja in je v odnosu s preostalimi pravnimi akti. Po avtorjevem vedenju to za specifični primer nepoznavanja delovnih nalog patronažne sestre v Sloveniji še ni bilo raziskano, s tem pa predmetno delo prispeva k razvoju pravne znanosti v Sloveniji.

3. Metode

Za namene testiranja hipotez je uporabljena metoda kabinetne raziskave.

V iskalniku COBISS (www.cobiss.net) je bil opravljeno iskanje s ključno besedo »patonažn*« ter filtri: leto izida od 2015, slovenski jezik, ciljna skupina odrasli, omejitev rezultatov na dostopne online, vrste vsebine: diplomsko delo, magistrsko delo, zbornik, doktorsko delo, specialistično delo, delo diplomskega projekta, priročnik, učbenik, raziskovalna naloga, strokovno delo, statistični pregled, delo diplomskega seminarja, delo zaključne refleksije študije, raziskovalno poročilo. Poizvedba je 09.02.2025 vrnila 534 zadetkov. Po pregledu naslovov je bilo za nadaljnje prebiranje izvlečkov relevantnih 30 del. Po prebiranju abstraktov je za vključitev v pričujoče delo primernih šest del. Od tega je eno delo zbornik, preostala pa so zaključne naloge študentov terciarnega izobraževanja.

Nadalje je bilo v iskalniku sodne prakse (<https://www.sodnapraksa.si/>) opravljeno iskanje s ključno besedo »patonažn*« ter izbranimi vsemi možnostmi (SOVS - VRHOVNO SODIŠČE, IESP - VIŠJA SODIŠČA, VDSS - VIŠJE DEL. IN SOC. SOD., UPRS - UPRAVNO SODIŠČE, SEU - SODIŠČE EVROPSKE UNIJE, NEGM - ODMERA NEPREM. ŠKODE, SOSC - STROKOVNI ČLANKI in SOPM - PRAVNA MNENJA IN STALIŠČA). Poizvedba je 09.02.2025 vrnila 138 zadetkov. Po pregledu jeder in institutov zadetkov je za natančnejši pregled bilo primernih sedem zadetkov. Po natančnejšem pregledu zadetkov je za vključitev v pričujoče delo primerna ena sodba Višjega delovnega in socialnega sodišča.

Končni seznam literature je nadalje bil oblikovan s t.i. »snowballing« metodo s pregledom virov vključenih zadetkov.

4. Jedro

4.1 Pravna podlaga za delovanje patronažne službe v Sloveniji

Patronažno zdravstveno varstvo predstavlja ključen segment primarne zdravstvene dejavnosti. Organizirano je kot samostojna služba v okviru zdravstvenih domov ali pa ga izvajajo zasebni koncesionarji, ki so vključeni v javno mrežo izvajalcev. Njegovo delovanje temelji na terenskem pristopu, pri čemer pokriva določeno geografsko območje ter vključuje celostno obravnavo posameznikov in družin v vseh življenjskih obdobjih (Zavrl Džananović 2018a, 44).

Storitev se izvaja na različnih lokacijah, kot so pacientov dom, zdravstveni dom, lokalna skupnost ali drugo terensko okolje. Glavno vlogo pri izvajanju patronažnega varstva ima diplomirana medicinska sestra, pri delu pa lahko sodelujejo tudi tehniki zdravstvene nege, bolničarji, fizioterapevti, delovni terapevti in drugi strokovnjaki. Poleg geografske dostopnosti je za uporabnike ključna tudi ustrezna in zadostna kadrovska pokritost, ki zagotavlja kakovostno in nemoteno izvajanje storitev (Zavrl Džananović 2018a, 10–11).

Zdravstveni sistem je v Sloveniji razdeljen v tri sloje: primarni, sekundarni in terciarni. To je zamišljeno tako, da primarni nudi največ storitev najbližje prebivalcem, ki pa niso preveč specializirane. Specializacija storitev in zaposlenih se načeloma veča v smeri od primarnega do terciarnega sloja (Albreht et al. 2016, 38). Urejenost zdravstvenega sistema popisuje Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej) in torej določa, da se zdravstvena dejavnost izvaja na primarni, sekundarni in terciarni ravni, pri čemer primarna raven obsega osnovno zdravstveno dejavnost in lekarniško dejavnost (ZZDej, člen 2). Lekarniška dejavnost ali dejavnosti na sekundarni in terciarni ravni niso v žarišču pričujočega dela. Javna zdravstvena služba vključuje storitve, ki jih država in lokalne skupnosti zagotavljajo v javnem interesu, financirane pa so v celoti ali delno iz javnih sredstev, predvsem iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (ZZDej, člen 3) Nadalje isti zakon opisuje, kaj so lastnosti osnovne zdravstvene dejavnosti (torej javne zdravstvene službe na primarni ravni, op. a.). Ta med drugim obsega: patronažne obiske, zdravstveno nego, zdravljenje in rehabilitacijo bolnikov na domu ter oskrbovancev v

socialnovarstvenih in drugih zavodih. Zdravstvenim delavcem v osnovni zdravstveni dejavnosti na posameznem območju nalaga tudi povezovanje in sodelovanje z drugimi zdravstvenimi ter s socialnovarstvenimi, vzgojnoizobraževalnimi in drugimi zavodi, podjetji, organizacijami ter posamezniki za oblikovanje in izvajanje programov za krepitev, ohranitev in povrnitev zdravja» (ZZDej, člen 7) Kot že omenjeno, je glavna institucija na primarni ravni Zdravstveni dom, definiran z minimalnim naborom storitev, ki jih mora nuditi, da izpolnjuje definicijo zdravstvenega doma, med temi storitvami je tudi patronažna služba (ZZDej, člen 9).

Obseg obveznega zdravstvenega zavarovanja določa Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, nosilec tega zavarovanja pa je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZVZZ, člen 1–13). Po zakonu se iz obveznega zavarovanja zavarovanim osebam zagotavlja plačilo različnih zdravstvenih storitev, med drugim tudi zdravstvene nege (razen če so te osebe že upravičene do primerljivih storitev v okviru dolgotrajne oskrbe, vezanih na osnovna dnevna opravila) ter paliativne oskrbe (ZZVZZ, člen 23).

Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja podrobneje določajo vrste in obseg pravic, obveznosti zavezancev in zavarovanih oseb ter pogoje in postopke za uresničevanje pravic. Med pravice zavarovanih oseb spadajo tudi zdravstvene storitve v osnovni zdravstveni dejavnosti, kamor sodita zdravstvena nega (z enako omejitvijo glede dolgotrajne oskrbe) in osnovna paliativna oskrba (PISRS, člen 26). V določenih primerih obvezno zdravstveno zavarovanje ne vključuje storitev, kot so: estetski posegi, razen če so nujni zaradi zdravljenja bolezni ali poškodbe oziroma za odpravo funkcionalnih okvar; storitve povezane z iztreznitvijo ob akutnem alkoholnem opoju v okviru nujne medicinske pomoči; ugotavljanje zdravstvenega stanja za potrebe drugih organov ali postopkov (npr. zavarovalnice, sodišča, voziška dovoljenja, varstvo pri delu); dodatne storitve za uveljavljanje pravic iz pokojninskega in invalidskega zavarovanja, ki presegajo predpisani obseg; alternativno zdravljenje ali rehabilitacija brez soglasja pristojnega ministra; storitve, ki jih zavarovana oseba zahteva, a niso medicinsko utemeljene; storitve za odpravo škode, ki si jo je oseba povzročila sama; ter stroški prevoza iz tujine, razen v določenih izjemah. Pomembno je poudariti, da zdravstvena nega ni omenjena med temi izključitvami in ostaja pravica iz obveznega zdravstvenega

zavarovanja, če so izpolnjeni ostali pogoji za njeno uveljavljanje (PISRS, člen 25). Hkrati je pomembno imeti v mislih uvodoma omenjeno sodbo Ustavnega sodišča, kjer je zavzeto stališče da lahko pravico do zdravstvene oskrbe, kot izhaja iz ustave, omejuje le zakon (USRS Odločba U-I-50/97, 16. 12 1999).

Na ravni poklicne zbornice področja dela v patronažnem varstvu definirajo kot: zdravstveno socialna obravnava posameznika, družine in skupnosti; zdravstvena nega nosečnice, otročnice in novorojenčka na domu; zdravstvena nega in oskrba pacienta na domu (Železnik et al. 2011, 11).

Vodenje patronažnega varstva je naloga diplomirane medicinske sestre, ki lahko deluje kot vodja centra, službe ali delovne enote. Če je v patronažnem varstvu zaposlenih deset ali več oseb, opravlja to funkcijo izključno kot vodja. V manjših kolektivih pa poleg vodenja izvaja tudi terensko delo, pri čemer njen delovni normativ predstavlja polovico standardnega normativa medicinske sestre v patronažnem varstvu. Vodja patronažnega varstva skrbi za usklajevanje dejavnosti znotraj zdravstvenega in negovalnega tima ter sodeluje z različnimi službami tako v zdravstvenem domu kot zunaj njega. Glede na zdravstveno stanje posameznika, okoliščine v družini in širše socialno okolje vključuje dodatne strokovnjake, ki prispevajo k celoviti obravnavi pacienta (Železnik et al. 2011, 16).

Medicinska sestra v patronažnem varstvu ocenjuje potrebe po zdravstveni negi, načrtuje in izvaja intervencije ter spremlja dosežene cilje. Njena naloga vključuje tudi svetovanje o zdravem življenjskem slogu, opozarjanje na dejavnike tveganja ter pomoč pri soočanju z boleznijo, kroničnimi stanji in stresom. Ocenjuje sposobnosti posameznika in njegove družine pri samostojnem spoprijemanju z izzivi ter usklajuje različne oblike pomoči na domu, deluje pa kot povezovalni člen med pacientom in njegovim osebnim zdravnikom (Železnik et al. 2011, 16).

Diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu sodeluje z različnimi institucijami (Železnik et al. 2011, 19):

- Z zdravstvenimi službami v zdravstvenem domu – pri načrtovanju in izvajanju zdravstvene nege.

- Z osebnim zdravnikom pacienta – izmenjava informacij o zdravstvenem stanju pacienta, izvajanje diagnostično-terapevtskega programa, pomoč pri pridobivanju dodatka za pomoč in postrežbo ter vključevanje drugih strokovnjakov v obravnavo.
- Z drugimi zdravstvenimi timi – pri obravnavi pacientov različnih starostnih in zdravstvenih skupin (novorojenčki, otroci, odrasli, starostniki, invalidi itd.).
- S sekundarnimi in terciarnimi zdravstvenimi službami – pri odpustni dokumentaciji in nadaljnji zdravstveni obravnavi pacienta.
- Z zunanjimi organizacijami – sodeluje z institucijami, kot so centri za socialno delo, Rdeči križ, zavodi za oskrbo na domu in domovi za starejše, ki lahko pripomorejo k boljšim življenjskim pogojem posameznikov in družin.

Ta celovit pristop omogoča učinkovitejšo obravnavo pacientov in povezovanje zdravstvenih ter socialnih storitev za boljšo kakovost življenja uporabnikov patronažnega varstva. Negovalni tim v patronažnem varstvu vključuje vodjo patronažnega varstva, ki opravlja tudi naloge koordinatorja, diplomirane medicinske sestre, ki so odgovorne za izvajanje patronažne zdravstvene nege, ter zdravstvene tehnike, ki sodelujejo pri zagotavljanju zdravstvene oskrbe pacienta na domu. Diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu na podlagi ocene zdravstvenega stanja pacienta ter razmer v družini oblikuje načrt zdravstvene nege. Sodeluje pri diagnostično-terapevtskih postopkih, izvaja zdravstveno vzgojo ter po potrebi usklajuje delo z različnimi službami znotraj in zunaj zdravstvenega doma. Prav tako organizira in nadzira oskrbo na domu. V krajih, kjer delujejo zavodi za oskrbo na domu ali druge oblike socialnega varstva, usklajevanje z njimi prevzema vodja patronažnega varstva. Če takšnih zavodov ni, se lahko služba oskrbe na domu organizira v okviru zdravstvenih domov pod nadzorom patronažne službe. Patronažno varstvo je zagotovljeno 24 ur na dan vse dni v letu (Železnik et al. 2011, 19). Zdravstveno nego pacienta na domu načrtuje in izvaja na osnovi pisnega naročila, praviloma osebnega zdravnika (Železnik et al. 2011, 21). Formalne zahteve, kaj mora delovni nalog vsebovati, predpisuje »Navodilo za uveljavljanje pravic do zdravstvenih storitev z delovnim nalogom« Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (2018). Z nalogom se med drugim naroča in zdravstvena nega na domu (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije 2018, 4). Izvajanje zdravstvene nege na domu na podlagi Naloga zagotovi najbližja patronažna služba, na območju katere zavarovana

oseba dejansko prebiva (na naslovu stalnega ali začasnega prebivališča) (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije 2018, 4).

Kot že omenjeno, v dokumentu »Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu« pristojna zbornica definira več kot 880 aktivnosti diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu, organiziranih po področjih potreb in/ali dela (Železnik et al. 2011, 24–49). Kot primer natančno opredeljenih aktivnosti kratek izvleček prikazuje Tabela 1; predvsem tiste, ki bodo pomembni za praktični primer.

Aktivnost	Aktivnosti diplomirane medicinske sestre
Tuširanje	DA
Pomoč pri tuširanju	DA
Britje obraza	DA
Oblačenje pomičnega pacienta	DA
Pomoč pri oblačenju	DA
Menjava hlačnih pleníc pri odraslem	DA
Opazovanje pacienta pri hranjenju in pitju	DA
Pomoč pri hranjenju skozi usta	DA
Nadzor pacientov pri jemanju zdravil	DA
Pomoč pacientu pri jemanju zdravil	DA

Tabela 1: Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu. (vir: Železnik et al. 2011)

Vse navedene aktivnosti je tudi mogoče šifrirati po Šifrantu storitev Zavoda za zdravstveno zavarovanje – PZN1208 (Prva kurativna obravnava zaradi ostalih kurativnih obravnav in PZN1209 (Ponovna kurativna obravnava zaradi ostalih kurativnih obravnav) (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije 2025b).

Plačnik zdravstvenih storitev, to je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), v svojem sproti posodabljanem dokumentu tipa »vprašanja in odgovori« razlaga pravila za obračun zdravstvenih storitev. Na področju patronažne službe so izpostavljena naslednja vprašanja in odgovori:

- Če delovni nalog ni popolno izpolnjen, ga izvajalec ne sme zavrni, ampak mora poskrbeti, da ga zdravnik, ki ga je izdal, dopolni. Pacient mora kljub temu nemoteno prejeti storitev (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije 2024, del NZD/DN/1).
- Patronažna medicinska sestra lahko izvaja zdravstveno nego na domu na podlagi pisnega naročila (delovnega naloga), ki ga običajno izda izbrani osebni zdravnik, izjemoma pa tudi nadomestni ali odpustni zdravnik (npr. pri paliativni oskrbi). Delovni nalog mora biti izpolnjen skladno z navodili ZZZS. Storitve, ki jih zdravnik naroči, patronažna sestra izvede na domu pacienta in jih obračuna v skladu z veljavnim šifrantom. Za obračun je potreben verodostojen zapis v negovalni dokumentaciji (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije 2024, del NZD/PATR/1).
- Če osebni zdravnik predpiše dolgotrajno izvajanje storitev (npr. vsakodnevno preživetje, merjenje vitalnih funkcij, aplikacija insulina ali antikoagulantne terapije), čeprav za pacienta lahko skrbijo tudi svojci, je zdravnik odgovoren za strokovno ustreznost naročila in skladnost s pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja. Patronažna sestra mora zdravniku redno poročati in sodelovati pri zaključku nege, ko je to mogoče. Če ugotovi, da so naročene storitve, ki ne sodijo med pravice iz obveznega zavarovanja (npr. dolgotrajno merjenje vitalnih funkcij pri stabilnem bolniku), mora o tem obvestiti zdravnika in to zabeležiti v dokumentaciji. Če zdravnik ne ukrepa, obvesti pristojno območno enoto (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije 2024, del NZD/PATR/5 DN).
- ZZZS krije obisk ene patronažne medicinske sestre, tudi če je pacient v zelo težkem stanju in ena oseba ne more sama zagotoviti vse potrebne nege, svojci pa niso zmožni pomagati. Storitve se obračuna po kadrovskem normativu (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije 2024, del NZD/PATR/8).
- Priprava in nadzor nad jemanjem zdravil na domu (npr. če pacient zaradi bolezni ni sposoben sam jemati zdravil) ni mogoče predpisati na delovni nalog za nego na domu. Ta naloga spada v pristojnost Centra za socialno delo ali organizirane laične pomoči oziroma domske oskrbe (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije 2024, del NADZ/PATR/9).

Omeniti velja, da je dokument na tej mikro ravni po mnenju avtorja tega dela bolj podvržen človeškemu faktorju nepoznavanja širše materije in je lahko v nasprotju z

drugimi pravnimi akti, kar je mogoče videti pri zadnjem vprašanju in odgovoru (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije 2024, del NADZ/PATR/9). Najprej, omenjeno storitev je mogoče šifrirati v Zavodu za zdravstveno zavarovanje lastnem šifrantu storitev (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije 2025b). Nadalje, pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev pomoč družini na domu, socialni servis, institucionalno varstvo in vodenje in varstvo ter zaposlitev pod posebnimi pogoji za pomoč družini na domu priprave zdravil in kontrole jemanja zdravil izvajalcem pomoči na domu ali socialnega servisa ne nalaga, kar je mogoče razbrati iz 3. člena tega pravilnika, ki opisuje storitev pomoč na domu družini (Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev pomoč družini na domu, socialni servis, institucionalno varstvo in vodenje in varstvo ter zaposlitev pod posebnimi pogoji 2024, člen 3):

»Storitev pomoč družini na domu /.../ je namenjena socialni oskrbi na domu in je organizirana v obliki praktične pomoči in opravil, s katerimi se upravičencu vsaj za določen čas nadomesti potrebo po institucionalnem varstvu v zavodu, v drugi družini ali v drugi organizirani obliki« (Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev pomoč družini na domu, socialni servis, institucionalno varstvo in vodenje in varstvo ter zaposlitev pod posebnimi pogoji 2024, člen 3).

Pomoč družini na domu se izvaja tudi v obliki mobilne pomoči na domu (Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev pomoč družini na domu, socialni servis, institucionalno varstvo in vodenje in varstvo ter zaposlitev pod posebnimi pogoji 2024, člen 3).

Izvajanje pomoči družini na domu se prilagaja potrebam vsakega posameznika in vključuje naslednja področja (Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev pomoč družini na domu, socialni servis, institucionalno varstvo in vodenje in varstvo ter zaposlitev pod posebnimi pogoji 2024, člen 3):

- Pomoč pri osnovnih dnevnih opravilih: To zajema pomoč pri oblačenju in slačenju, umivanju, hranjenju, opravljanju osnovnih življenjskih potreb, ter vzdrževanje in nego osebnih ortopedskih pripomočkov.

- Gospodinjska pomoč: Sem spada dostava pripravljenega obroka ali nakup živil in priprava enega obroka hrane, pomivanje posode, osnovno čiščenje bivalnih prostorov in odnašanje smeti, postiljanje ter osnovno vzdrževanje spalnega prostora.
- Pomoč pri ohranjanju socialnih stikov: To vključuje vzpostavljanje in vzdrževanje socialnih povezav z okolico, prostovoljci in sorodniki, spremljanje upravičenca pri nujnih opravkih, obveščanje ustanov o stanju in potrebah upravičenca ter pripravo na morebitno namestitve v institucijo.

Isti pravilnik opisuje storitev socialni servis, ki obsega dostavo pripravljenih obrokov, nakup in dostavo živil ter drugih potrebščin, pripravo drv ali drugega goriva, nabavo ozimnice, manjša popravila v gospodinjstvu, pranje in likanje perila, vzdrževanje vrta in okolice, čiščenje stanovanja, opremljanje, spremstvo pri obiskih trgovin, prireditve, sorodnikov ali na počitnicah, organizacijo in izvajanje različnih oblik družabništva, storitve za osebno nego, kot so pedikura, frizerstvo in podobno, pomoč pri bančnih poslih, plačevanju računov, sprejemanju in pošiljanju pošte na podlagi pooblastila, varovanje in nadzor uporabnika ponoči, celodnevno povezanost prek osebnega telefonskega alarma (Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev pomoč družini na domu, socialni servis, institucionalno varstvo in vodenje in varstvo ter zaposlitev pod posebnimi pogoji 2024, člen 13).

Videti je mogoče, da se sferi delovanja socialnih oskrbovalcev in diplomiranih medicinskih sester v manjšem deležu prekrivata. Razlika med njima je, da se socialna oskrba dogaja »spontano«, torej, ko potrebo identificira uporabnik ali druge službe, ki skrbijo za dobrobit državljanov, vključno s patronažno službo. Zdravstvena nega pa se izvaja izključno po navodilu (z delovnim nalogom) zdravnika in je lahko iste narave kot nekatera opravila socialnih oskrbovalcev.

Odsek iz »Vprašanj in odgovorov« Zavoda za zdravstveno zavarovanje NADZ/PATR/9, trdeč, da nadzora nad jemanjem zdravil na domu (npr. če pacient zaradi bolezni ni sposoben sam jemati zdravil) ni mogoče predpisati na delovni nalog za nego na domu (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije 2024, del NADZ/PATR/9) se zdi tudi v nasprotju z Zakonom o dolgotrajni oskrbi. Ta določa, da zdravstvena nega v okviru dolgotrajne oskrbe vključuje neakutne postopke za uporabnike s stabilnimi kroničnimi

stanji, povezane z osnovnimi dnevnimi opravili. Sem sodijo spremljanje vitalnih funkcij, nadzor nad jemanjem zdravil, preprečevanje preležanin in druge storitve, ki so tesno povezane z vsakodnevno oskrbo, kot so pomoč pri prehranjevanju, osebni higieni, gibanju in pripravi na počitek in druga osnovna dnevna opravila (ZDOsk-1, člen 5). Zakon predvideva tudi nadomestno oskrbo, kadar je družinski skrbnik² začasno odsoten, kar bi lahko uporabili tudi v drugih podobnih primerih (ZDOsk-1, člen 25). Nadalje, Zbornica medicinskih sester poudarja, da so za izvajanje zdravstvene nege (vključno s pomočjo pri osnovnih življenjskih opravilih) pristojne diplomirane medicinske sestre. Socialni oskrbovalci niso usposobljeni za izvajanje zdravstvenih storitev, kot je na primer aplikacija insulina, ki jo lahko izvajajo le usposobljeni zdravstveni delavci na podlagi zdravniškega naloga (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije 2016). Če uporabnik ali njegovi svojci tega ne zmorejo, aplikacijo insulina opravi patronažna služba. Socialne oskrbovalke takšnih storitev ne smejo izvajati, saj to ni predvideno v pravilniku o socialnovarstvenih storitvah (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije 2025a; Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije 2016). V Sekciji medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti tako izpostavljajo, da v primerih, ko si pacient zaradi različnih razlogov (demence, slepote, Parkinsonove bolezni) ne more sam aplicirati zdravila in tega ne morejo niti svojci ali pomembni drugi to izvaja patronažna služba. Osebni izbrani zdravnik izda delovni nalog, na podlagi katerega izvaja to

² Ena od dodatnih možnosti za mlajše je tudi osebna asistenca. Zakon o osebni asistenci ureja pravico do osebne asistencije in način njenega uveljavljanja z namenom, da osebam z dolgotrajnimi telesnimi, duševnimi, intelektualnimi ali senzoričnimi okvarami, ki jih ovirajo različne omejitve, omogoči enake možnosti za polno in učinkovito sodelovanje v družbi ter večjo neodvisnost, aktivnost in enakopravno vključevanje v vse vidike življenja. (ZOA, člen 1). Do osebne asistencije so upravičeni uporabniki, ki zaradi invalidnosti potrebujejo pomoč pri opravljanju aktivnosti, povezanih s samostojnim in družinskim življenjem, vključevanjem v okolje, izobraževanjem ali zaposlitvijo, so državljani Republike Slovenije s stalnim prebivališčem v Sloveniji ali tujci s stalnim prebivališčem v državi, stari med 18 in 65 let, živijo ali želijo živeti v samostojnem ali skupnem gospodinjstvu zunaj celodnevne institucionalne oskrbe in potrebujejo pomoč najmanj 30 ur tedensko (ZOA, člen 6).

aktivnost tudi večkrat na dan (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije 2016).

4.2 Praktične težave pri dostopu do patronažne službe – primer

V namene ilustracije raziskovalnega problema in možnih pravnih rešitev bo uporabljen primer gospoda P: gospod P je bil v času dogajanja star 80 let in je že več let živel z diagnozo demence, ki je bila v poznem stadiju uradno potrjena leta 2022. Bil je visok 175 cm, čeprav se zaradi oslabelosti ni mogel več držati popolnoma vzravnano, in tehtal je le 44 kg. Hrano je užival s težavo, zato so mu pri hranjenju vsakodnevno pomagali, pri čemer je bila že četrtna obroka razlog za veselje. Bolezen mu ni odvzela spomina na njegove najbližje, vendar mu je povzročala velike težave pri opravljanju osnovnih vsakodnevni opravil. Potreboval je stalno usmerjanje – od trenutka, ko se je zbudil, do tega, kako naj si obleče majico ali hlače, kaj in kdaj naj je. Pogosto pozabi na te osnovne potrebe ali pa so mu preprosto bile pretežke za izvedbo. V zadnjem času so se mu dogajale tudi »nesreče«, ki so zahtevale pomoč pri osebni higieni, kar ga je čustveno prizadelo. Kljub težavam se gospod P. delno zaveda svojega stanja, kar se kaže v težkih vprašanjih, ki jih je postavljajl svojemu sinu, zdravniku: "Koliko časa pa bom jaz še imel to bolezen?" Na surovo resnico – da bo z njim za vedno – sprva odreagira z zanikanjem, nato pa s tišino. Pomoč, ki jo je prejemal, je odvisna od družine in nekaj srčnih posameznikov, saj je sistemska oskrba starejših pomanjkljiva. Njegova vsakodnevna svetla točka je bila gospa B., ki mu je pomagala pri hranjenju, osebni higieni in ga spodbujala k sprehodom, ki so zanj bili izjemen napor. Poleg nje ga je trikrat tedensko obiskala tudi predstavnica Javnega zavoda S. Vendar pa takratna oskrba ni zadostovala njegovim potrebam, zlasti ko so ključni ljudje bili na dopustu. Družina si je prizadevala za njegovo dostojno staranje, vendar se je pri tem neprestano srečevala z birokratskimi ovirami in pomanjkanjem kadra, ki bi omogočil stalno in kakovostno oskrbo na domu (S. Vrhnjak 2024, 202).

Za pričujočo nalogo pravno zanimiv del primera se začne, ko ljudje, ki gospodu P. sicer zagotavljajo oskrbo, ki jo potrebuje, odidejo na dopust in se družina obrne na izbrano zdravnico in patronažno službo za pomoč pri oskrbi v trajanju dveh tednov, ko nihče drug ni na voljo. Izbrana zdravnica je izdala delovni nalog, patronažna služba pa potrebnih

opravil ni prepoznala kot svoje delo (B. Vrhnjak 2024) in družina je morala lokalno patronažno službo podučiti, kaj je njihovo delo, s podporo pravnih aktov, stanovskih dokumentov, ki natančno opisujejo naloge in opravila diplomirane medicinske sestre v patronažni službi (Železnik et al. 2011) in Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ki je potrdil obračunsko pot potrebnih opravil (neobjavljeno elektronsko pismo³). Gospod P. je potrebno oskrbo po dolgem dopisovanju dobil, vendar je ne-prepoznavanje⁴ lastnega dela v sistemu potencialno zelo velik problem, ker lahko ustvarja neenakosti pri dostopu do uresničevanja pravice do zdravstvene oskrbe, ki so v nasprotju z vsemi načeli zdravstvene službe v širšem smislu, za druge uporabnike. V nadaljevanju predmetnega dela bo praktični primer uporabljen za ilustracijo ob vsakem koraku razčlenitve vsaj teoretično možnih pravnih možnosti za preprečevanje podobnih situacij v prihodnje.

4.3 Pravno varstvo pacientovih pravic v primeru omejenega dostopa do storitev

Zakon o pacientovih pravicah določa več pritožbenih poti, če pacient meni, da so njegove pravice kršene. Ključni možni koraki so:

³ Spoštovani, z ZD X, kot z večino izvajalcev, nimamo sklenjene pogodbe za zdravstveno nego na VZD 544, pač pa za patronažno varstvo na VZD 510. To pa ne pomeni, da zavarovane osebe ne morejo prejemati storitve zdravstvene nege, kadar so do nje po presoji IOZ upravičene. Nabor storitev tako za patronažo kot za zdravstveno nego je praktično enak, le cena je za patronažo višja (ker jo izvajajo DMS in ne ZT).

⁴ Neobjavljena elektronska komunikacija: Spoštovani, Moj oče, živeč v R, bo potreboval pomoč patronažne službe (SMS) v obdobju med 02.08.2024 in 18.08.2024. Oče ima demenco in potrebuje pomoč pri vsakdanjih opravilih kot je tuširanje, britje, včasih pri oblačenju in menjavi pleničk ter nadzor pri hranjenju, jemanju zdravil in prehranske podpore. Klical sem vas, vendar izven uradnih ur, zato se na vas obračam pisno, njegovo izbrano zdravnico pa sem zaprosil za nalog. Gre za gospoda P., njegova zdravnica je dr. T. Prosim, da se mi oglasite po e- pošti ali telefonu (številka), če potrebujete še dodatne podatke ali karkoli drugega. Hvala vnaprej in lep pozdrav, sin gospoda P. Odgovor, nelektoriran: POZDRAVLJEN sin gospoda P., po opisu vrste pomoči, ki jo bo potreboval vaš oče, se prosim obrnite na Javni zavod S, ki izvaja storitev POMOČ NA domu v občini. Patronažna služba bo očeta obiskala v primeru potrebe po izvedbi medicinsko tehničnih posegov (delovni nalog zdravnice), lahko pa tudi v smislu preventive, z namenom poučevanja vseh, ki nudijo očetu NEGO na domu..... Vaša patronažna sestra je AR, dipl. med. sestra telefon. S spoštovanjem in prijazen dan! DJ, dipl. med. sestra Vodja službe telefon.

- Ugovor pri izvajalcu zdravstvenih storitev: pacient ali njegov zastopnik lahko poda ustni ali pisni ugovor pri izvajalcu zdravstvenih storitev (npr. pri zdravniku, v bolnišnici ali v zdravstvenem domu) (ZPacP, člen 47). Po vložitvi prve zahteve za obravnavo, ki mora po formi ustrezati nekaterim zahtevam (ZPacP, člen 60), z zakonom določena pristojna oseba (ZPacP, člen 57) lahko zahtevi v celoti ugotovi, pacienta napoti na drugo pristojno mesto oziroma osebo, ustavi postopek (npr. če pacient zahtevo umakne) ali pisno povabi bolnika na ustno obravnavo (ZPacP, člen 61). Na ustni obravnavi lahko pristojna oseba opravi določena opravila, kot je pogovor z vpletenimi, in pregleda dokumentacijo, o čimer se vodi zapisnik ter lahko sklene dogovor o načinu rešitve spora, z nekaj omejitvami (npr. po tem postopku je denarna odškodnina omejena največ na 300€) (ZPacP, člen 62).
- Pritožba pri komisiji za varstvo pacientovih pravic: če pacient z odgovorom izvajalca ni zadovoljen ali ga ne prejme v roku, lahko vloži pritožbo pri komisiji za varstvo pacientovih pravic pri pristojnem ministrstvu, kar zakon imenuje druga zahteva (ZPacP, člen 62–64). Komisija, ko se formira po predpisanem postopku (ZPacP, člen 64) preuči primer in in se, upošteva naravo kršitve, na pripravljalnem naroku po razpravi o dejanskih in pravnih vidikih druge zahteve, dogovori za eno od naslednjih možnosti: takojšnjo sklenitev poravnave, soglasje za pričetek postopka mediacije ali postopek obravnave druge zahteve v senatni obravnavi (ZPacP, člen 70). (ZPacP, člen 47). Zakon nadalje opisuje procesne lastnosti vsake izmed možnosti (ZPacP, člen 70–79). Pomembno je, da je odločitev senata dokončna ter da zoper odločbe in sklepe senata, s katerimi se postopek konča, ni pravnih sredstev. Lahko pa se uveljavlja sodno varstvo v upravnem sporu (ZPacP, člen 79).
- Posredovanje pri zastopniku pacientovih pravic. Zastopnik pacientovih pravic pacientom nudi svetovanje, pomoč in zastopanje pri uveljavljanju njihovih pravic po zakonu. To vključuje pojasnjevanje pravic in možnosti njihove uveljavitve, usmerjanje in predlaganje rešitev, pomoč pri vlaganju pravnih sredstev ter opravljanje poizvedb ob domnevnih kršitvah pri izvajalcih zdravstvenih storitev. Zastopnik lahko tudi neformalno posreduje pri izvajalcih, da bi hitro odpravil kršitve, in pacienta napoti na pristojne organe, če ne gre za kršitev pravic po tem zakonu. Po pooblastilu pacienta lahko v njegovem imenu vlaga pravna sredstva in daje izjave za učinkovito rešitev spora. Poleg tega zastopnik pacientu nudi osnovne informacije in strokovno

- pomoč tudi glede pravic s področja zdravstvenega varstva, zavarovanja in izvajanja zdravstvene dejavnosti. Pomoč pacientom je brezplačna in zaupna (ZPacP, člen 49).
- Prijava pri zdravstvenem inšpektoratu ali drugih organih. Če gre za očitane kršitve specifičnih področij, lahko pacient poda prijavo na primer pri Zdravstvenem inšpektoratu RS (ZPacP, člen 85) Informacijskem pooblaščenцу (ZPacP, člen 41), pri Zdravniški zbornici Slovenije (če gre za napake pri delu zdravnikov) ali drugi entiteti po predpisih, ki urejajo nadzor za zagotovitev strokovnosti dela zdravstvenih delavcev, sodelavcev ter izvajalcev zdravstvene dejavnosti (ZPacP, člen 47). Možna je tudi prijava pri Varuhu človekovih pravic (ZPacP, člen 55).
 - Sodna pot. Če pacient meni, da so bile njegove pravice kršene, lahko sproži pravdni postopek na sodišču in zahteva, na primer, odškodnino. Uveljavljanje kršitev pacientovih pravic po Zakonu o pacientovih pravicah ni pogoj za uresničevanje pravice do morebitnega sodnega varstva (ZPacP, člen 48).

Bistveni element omenjenega zakona je »Če pacient neposredno med zdravstveno obravnavo izrazi nezadovoljstvo...« (ZPacP, člen 56) - če se zdravstvena obravnava kot taka zaradi različnih razlogov sploh ne začne oziroma uporabnik storitev dobi šele po nerazumno dolgem prepričevanju izvajalca kljub vsem izpolnjenim formalnim pogojem, je mogoče utemeljeno pričakovati, da pritožbenih poti iz tega zakona ni mogoče smiselno uporabiti in je potrebno poiskati drugačne načine uveljavljanja pravic, še posebej v smislu preprečevanja podobnih situacij za druge uporabnike v enaki situaciji. Temu v prid govori tudi nadaljnja dikcija zakona, ki šele po sprotne reševanju nesporazumov in sporov nalaga zdravstvenemu osebju, da pacienta seznani s pravico in postopkom vložitev za prvo obravnavo kršitve pacientovih pravic, kot opisano zgoraj (ZPacP, člen 56). Zakon predvideva tudi možna področja prvih obravnav: domnevno neustrezen odnos zdravstvenih delavcev oziroma sodelavcev in domnevno neustrezno ravnanje zdravstvenih delavcev oziroma sodelavcev pri nudenju zdravstvene obravnave in jim odmerja različne roke za vložitev prve zahteve (ZPacP, člen 59). Tudi sodna praksa v smislu iztožljivosti pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja se ne naslanja na Zakon o pacientovih pravicah, temveč na (PISRS; ZZVZZ), kot primeri: iztožljivost pravice do zdraviliškega zdravljenja ob izpolnjevanju pogojev zanj (VDSS Sodba Psp 160/15, 21. 5. 2015), iztožljivost pravice do medicinskih pripomočkov (VSRS sklep VIII

Ips 67/15, 14. 10. 2015) in tudi iztožljivost pravice do zdravstvene nege in zdravniške oskrbe (VDSS Sklep Psp 473/18, 14. 3. 2019).

Ena od teoretičnih poti za uveljavitev pravic, zagotovljenih v Zakonu o zdravstvenem varstvu in zavarovanju, bi lahko bil tudi Zakon o upravnem sporu, saj zagotavlja sodno varstvo pravic in pravnih koristi posameznikov in organizacij proti odločitvam ter dejanjem državnih organov, lokalnih skupnosti in drugih nosilcev javnih pooblastil, če za zadevo ni predvideno drugo sodno varstvo (ZUS-1, člen 1). Sodišče odloča o zakonitosti dokončnih upravnih aktov, ki posegajo v pravni položaj tožnika, medtem ko o drugih aktih odloča le, če to izrecno določa zakon. Upravni akt je vsak enostranski javnopravni akt, s katerim organ odloča o pravicah, obveznostih ali pravnih koristih posameznikov ali pravnih oseb, dokončni upravni akt pa je tisti, proti kateremu ni mogoče vložiti rednih pravnih sredstev (ZUS-1, člen 2). Sodišče prav tako presoja zakonitost posameznih aktov in dejanj, ki posegajo v človekove pravice in temeljne svoboščine, če ni zagotovljeno drugo sodno varstvo (ZUS-1, člen 4). Upravni spor ni dopusten, če stranka, ki je imela možnost vložiti pritožbo ali drugo redno pravno sredstvo, tega ni storila pravočasno. Pri odločanju sodišče upošteva tožbeni zahtevek in odloča o pravicah, obveznostih ali pravnih koristih, prav tako lahko tožnik zahteva vrnitev vzetih stvari ali povrnitev škode, nastale zaradi izvršitve izpodbijanega upravnega akta. Upravni spor dopusten tudi, če upravni akt tožniku ni bil izdan ali vročen v predpisanem roku (ZUS-1, člen 5–6). Kot je razvidno iz dopisa ZZZS v prilogi, se v konkretnem primeru ZZZS ni skliceval na kakršnekoli pravne dokumente, niti ni zagotovil pravnega pouka pri svoji odločitvi o tem, kaj je in kaj ni pravica po Obveznem zdravstvenem zavarovanju. Takšno stanje po mnenju avtorja tega dela zmanjšuje pravno varstvo zavarovancev, da si ravno instrumenti za pravno varstvo v pravnem redu obstajajo.

4.3.1 Prvi korak

Kot prvi korak se zdi najbolj smiselno reševati nestrinjanja na ravni, kjer je nestrinjanje nastalo, kar je tudi premisa Zakona o pacientovih pravicah, opisana zgoraj. Zdravstvene institucije lahko imajo izdelane pravilnike oziroma postopke o vodenju pritožbenih postopkov (Kirurški sanatorij Rožna dolina 2014; Zdravstveni dom Radlje ob Dravi 2006). Pacienti lahko vložijo pritožbo glede postopkov ali ravnanja pri zdravstvenih storitvah pri direktorju zdravstvene institucije ali pooblaščenim osebam. Ustne pritožbe se zapišejo v knjigo pritožb. Pritožbe se vodijo in rešujejo po stopnjah oziroma področju pritožbe. Vključeni so lahko vodje notranje organizacijske enote (glede na vsebino pritožbe), direktor, strokovni svet (če obstaja) ter komisija za pritožbe – če obstaja (Kirurški sanatorij Rožna dolina 2014; Zdravstveni dom Radlje ob Dravi 2006).

Praktični primer

Sin gospoda P. je naslovil pritožbo na pristojni Zdravstveni dom, saj je želel zagotoviti zdravstveno nego za svojega očeta, bolnika z demenco, v obdobju med 2. in 18. avgustom 2024. Oče je potreboval pomoč pri vsakodnevnih opravilih, kot so tuširanje, britje, oblačenje, menjava pleničk, nadzor pri hranjenju ter jemanju zdravil, vse opravila iz Tabele 1. Sin gospoda P. je v svojem dopisu izpostavil, da gre za storitve, ki sodijo v patronažno dejavnost in so del pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (OZZ). Na njegovo pritožbo je odgovorila DL, pomočnica direktorja za zdravstveno nego, s sopodpisom direktorice ZD, ki je pojasnila, da je patronažna sestra opravila obisk pri njegovem očetu. Ob tem je poudarila, da so takšni obiski mogoči dvakrat letno brez delovnega naloga, medtem ko je za vse nadaljnje posege in postopke potreben delovni nalog osebnega zdravnika. Prav tako je izpostavila, da Zdravstveni dom nima sklenjene pogodbe za izvajanje nege na domu, temveč le za patronažno dejavnost, ki jo izvajajo z usposobljenim kadrom. Sin gospoda P. je nato vprašal, ali prav razumel, da Zdravstveni dom ne more zagotoviti izvajanja določenih patronažnih storitev, ker za ta del storitev nima sklenjene pogodbe z ZZZS. Prav tako je izpostavil, da bo prisiljen pomoč za očeta poiskati drugje, čeprav bi ta pravica morala biti zagotovljena v okviru zdravstvenega sistema. V končni potrditvi odgovora je DL izrecno navedla, da je bil odgovor oblikovan skupaj z direktorico LG, kar potrjuje njeno neposredno vpletenost v obravnavo pritožbe.

in sprejemanje odločitev glede izvajanja patronažnih storitev v Zdravstvenem domu. Sin gospoda P. se je dodatno za pojasnila obrnil na območno enoto Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. KP iz ZZZS je v odgovoru sinu gospoda P. pojasnila, da Zdravstveni dom nima sklenjene pogodbe za izvajanje zdravstvene nege na domu, temveč za patronažno varstvo. Kljub temu to ne pomeni, da zavarovane osebe ne morejo prejemati zdravstvene nege, če so do nje upravičene na podlagi presoje osebnega zdravnika. Razlika med obema oblikama oskrbe je predvsem v tem, da je cena patronažne storitve višja, saj jo opravljajo diplomirane medicinske sestre namesto zdravstvenih tehnikov⁵.

4.3.2 Drugi korak

Zdravstveni inšpektorat Republike Slovenije za varovanje javnega zdravja v državi med drugim opravlja inšpekcijske nadzore nad izvajanjem zakonov in drugih predpisov, ki urejajo področja:

- zdravstvene dejavnosti (ZZDej, člen 83) Opravlja nadzor nad izvajanjem prvega odstavka 3. člena ZZDej (ali izvajalci zdravstvene dejavnosti imajo vsa dovoljenja za opravljanje zdravstvene dejavnosti, op.a.), prve in druge alineje četrtega (ali so zadoščene formalne zahteve za pridobitev dovoljenja za opravljanje zdravstvene dejavnosti, op. a.), petega (ali odgovorni nosilec izpolnjuje pogoje za pridobitev dovoljenja, op. a) in enajstega odstavka 3.a člena (ali so morebitne spremembe, nanašajoč se na izpolnjevanje pogojev, bile pravočasno sporočene relevantnim institucijam, op. a.), 24.a (ali zdravstveni delavci iz Evropske unije, držav Evropskega gospodarskega prostora ali Švice izpolnjujejo formalne pogoje za delo v Sloveniji, op. a.), 24.č (ali ponudnik zdravstvenih storitev iz tujine v Sloveniji izpolnjuje formalne zahteve glede obveščanja o svojem statusu v Sloveniji in v njegovi domovini, op. a.) in 34. člena (ali zdravstveni zavodi izpolnjujejo formalne pogoje pri zaposlovanju pripravnikov, op. a), drugega odstavka 35. (izpolnjevanje zahtev vpisa v register zasebnih zdravstvenih delavcev, op. a.) člena, petega odstavka 51. člena (ali je vsa dokumentacija bila predana novemu izvajalcu, če si bolnik izbere drugega, op. a.), 52. člena (nezapuščanje delovnega mesta za zdravstvene delavce, dokler ne dobijo

⁵ Neobjavljena elektronska korespondenca.

nadomeščanja, če bi to pomenilo nevarnost za zdravje ljudi, op. a.), tretjega odstavka 53.a (formalna urejenost stalne pripravljenosti, op. a.), 53.b (formalnosti okoli dovoljenja za delo drugje, op. a.), 53.c (formalnosti glede sklepanja podjemnih pogodb, op. a.) in 53.č člena (evidence nad izdanimi soglasji za delo drugje in podjemnimi pogodbami, op. a.), prvega odstavka 62. (formalno zadostovanje izobrazbenih zahtev za opravljanje za izvajanje zdravstvene dejavnosti, op. a.) ter prvega in šestega odstavka 64. člena (formalne zahteve, kdaj lahko posameznik samostojno opravlja delo v zdravstveni dejavnosti, op. a.), 75.a (glede oglaševanja zdravstvene dejavnosti, op. a.) in 75.b (glede označevanja objekta, kjer se opravlja zdravstvena dejavnost, op. a.) člena ZZDej.

- Pacientovih pravic (ZPacP, člen 85),
- Duševnega zdravja in drugih z DddrI predvidenih področij (ZZdrl, člen 1).

Praktični primer

Sin gospoda P. Se je v nadaljevanju kljub temu, da je njegov oče prejel storitve, do katerih je bil upravičen, po dolgem prepričevanju, obrnil na svojo stanovsko organizacijo – Zbornico, ki ponuja pravno podporo svojim članom in njegova Zbornica je v njegovem imenu posredovala dopis z opisom situacije na pristojne inštitucije, tudi na Zdravstveni inšpektorat⁶ z namenom preprečevanja podobnih situacij v prihodnje. Stanovska

⁶Neobjavljeni dopis z dne 05.09.2024, naslovljen na Ministrstvo za zdravje, Zbornico zdravstvene in babiške nege, Zdravstveni inšpektorat RS in ZZZS. Zadeva: Predlog za izvedbo nadzora nad izvajanjem patronažne službe v ZD. Spoštovani, Zdravniška zbornica Slovenije (zbornica) je bila s strani člana zbornice sina gospoda P., seznanjena, da diplomirane medicinske sestre v patronažni službi ZD odklanjajo naročila nekaterih storitev patronažne službe, tj. storitev zdravstvene nege na domu pacienta. Član zbornice je opozoril na primer obravnave njegovega očeta, gospoda P., ki je med 2. 8. in 18. 2024 potreboval te storitve, pri čemer je za izvedbo le-teh pridobil delovni nalog izbrane osebne zdravnice. Kljub izdaji delovnega naloga je s strani vodje patronažne službe ZD član zbornice prejel pojasnilo, da naj se za izvedbo storitev obrne na nezdravstvenega izvajalca, saj naj ZD storitve zdravstvene nege v okviru patronažne oskrbe pacientov nad domu ne bi izvajal. Članu zbornice je po pridobitvi pojasnili ZZZS in njegovemu dodatnemu interveniranju pri ZD le uspelo zagotoviti ustrezno zdravstveno nego njegovega očeta, ki jo je zagotovila patronažna služba ZD, vendar pa njihovo uvodno zavračanje izvedbe navedenih storitev kaže na možnost sistematičnega omejevanja izvedbe zdravstvenih storitev, do katerih so pacienti upravičeni na podlagi veljavnih predpisov (Zakon o zdravstveni dejavnosti, Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju ter Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja). Glede na to, da primer člana,

organizacija – Zbornica sina gospoda P je prejela odgovor Zdravstvenega inšpektorata: »Spoštovani. Obveščamo vas, da je Zdravstveni inšpektorat Republike Slovenije prejel vaš predlog za izvedbo nadzora nad izvajanjem patronažne službe v ZD. Iz vsebine je razvidno, da gre za predmet nazora, ki presega pristojnosti ZIRS. Vaš predlog se nanaša na vsebine, katerih nadzore izvajajo drugi pristojni organi, na katere pa ste predlog že naslovili. Lepo pozdravljeni, pooblaščen uradna oseba«⁷. Glede na pristojnost preveriti, ali je pri izvajanju storitev zdravstvenega varstva zadoščeno vsem formalnim zahtevam, je takšen odgovor vsaj zanimiv in po mnenju avtorja kaže na to, da je obstajala želja, da se s problemom ukvarja nekdo drug.

4.3.3 Tretji korak

Zavod za zdravstveno zavarovanje je osnovni plačnik zdravstvenih storitev v Sloveniji. Na svojih spletnih straneh imajo opredeljeno pritožbeno pot: Če zavarovana oseba meni, da ji je izvajalec zdravstvenih storitev s pogodbo z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije kršil pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (na primer z neupravičenim zaračunavanjem storitev ali neupravičeno zavrnitvijo izbire osebnega zdravnika), lahko vloži pritožbo pri pristojni območni enoti ali izpostavi Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije 2025a).

Praktični primer

Kot že omenjeno, je stanovska organizacija – Zbornica sina gospoda P. poslala dopis tudi na ZZZS. Direktorica območne enote je podpisala dopis s sporočilom, da je ZZZS v okviru preveritve zadeve ugotovil, da je gospod P. prejel več storitev s strani patronažne službe kot je pravica iz OZZ. Upoštevajoč navedeno je moral ZD tudi stornirati obračun obravnav za dneve, ko so bile opravljene storitve, ki ne sodijo v zdravstveno nego na

ki je podrobneje pojasnjen v njegovih pojasnilih v prilogi, kaže na morebitno kršitev pravil stroke ter veljavnih predpisov, naslovnim organom predlagamo, da uvedejo ustrezne nadzore nad izvajanjem patronažne službe v ZD (strokovni nadzor, upravni nadzor, inšpekcijski nadzor ter nadzor ZZZS po Pravilniku o nadzoru nad izvajalci zdravstvenih storitev). Prosim, da nam o ugotovitvah nadzorov poročate. S spoštovanjem, Vročiti po e-pošti: Ministrstvo za zdravje, Zbornica zdravstvene in babiške nege, Zdravstveni inšpektorat RS, ZZZS. Priloga: Pojasnila člana.

⁷ Neobjavljeni dopis Zdravstvenega inšpektorata, anonimiziran v prilogi na koncu tega dela

domu. Osebna zdravnica gospoda P. pa je bila pozvana, da spoštuje področno zakonodajo⁸. Zanimivo pri tem dopisu je, da dokazljiva dejstva navaja nekoliko po svoje in da ne navaja nikakršne pravne podlage za svojo odločitev, niti pravnega pouka.

4.3.4 Četrty korak

Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije izvaja strokovne nadzore s svetovanjem v dejavnosti zdravstvene in babiške nege (ZZDej, 87.c). Isti zakon natančno definira strokovni nadzor⁹:

Strokovni nadzor s svetovanjem pomeni nadzor nad strokovnostjo, kakovostjo in varnostjo dela pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti. Izvaja se lahko nad celotnim izvajalcem, posamezno notranjo enoto, posameznim zdravstvenim delavcem ali nad obravnavo posameznega primera. Nadzor izvajajo zbornice ali strokovna združenja z javnim pooblastilom, pogosto v sodelovanju s kliničnimi ustanovami (ZZDej, člen 78).

Način izvedbe nadzora za posamezne poklicne skupine podrobneje določi pristojna zbornica ali združenje v soglasju z ministrom za zdravje. Nadzor se praviloma izvaja kot redni, skladno z letnim programom, ki ga potrdi minister (ZZDej, člen 78).

Postopek se začne s sklepom, ki določa komisijo, namen in obseg nadzora ter rok za zaključek. Nadzorna dejanja vključujejo pregled dokumentacije, razgovore z zaposlenimi

⁸ Neobjavljen dopis ZZZS, anonimiziran v prilogi na koncu pričujočega dela

⁹ V Zakon o zdravstveni dejavnosti je bil izveden poseg z interventnim zakonom z začetkom veljavnosti 31.12.2023 (ZIUZDS), za namene pričujoče naloge so pomembni členi tega zakona 48-50, v katerih se izvajanje upravnega nadzora nalaga javni agenciji, pristojni za kakovost v zdravstvu, ista agencija tudi odredi sistemski nadzor, inšpekciji, pristojni za zdravje pa se nalagajo dodatne pristojnosti (ki pa so usmerjene v nadziranje delovnega časa v širšem smislu in po mnenju avtorja ne posegajo bistveno na področje pričujočega dela). V zakon o zdravstveni dejavnosti je bil izveden poseg še z Zakonom o zagotavljanju kakovosti v zdravstvu z začetkom veljavnosti od 18.12.2024, ki v 39. členu spreminja Zakon o zdravstveni dejavnosti tako, da se strokovni nadzor izvaja le kot redni nadzor, in v svojem 42. členu spreminja Zakon o interventnih ukrepih na področju zdravstva, dela in sociale ter z zdravstvom povezanih vsebin, kot prej opisano (ZZKZ). Uvajanje trajnih rešitev z interventnimi zakoni je kot potencialno neustavno označila zakonodajno-pravna služba Državnega zbora Republike Slovenije v svojem mnenju z dne 25.02.2025 (Državni zbor 2025).

in pacienti, ogled prostorov in opreme, ter pridobivanje podatkov iz uradnih evidenc. Po potrebi se lahko opravijo tudi druga dejanja, ki so pomembna za namen nadzora (ZZDej, člen 78).

Po opravljenem nadzoru komisija pripravi poročilo, kjer lahko predlaga ukrepe, kot so dodatno usposabljanje, dodelitev mentorja, odvzem licence, prijava suma kaznivega dejanja, izboljšanje sistema ali odprava ugotovljenih pomanjkljivosti. Če ukrepi niso izvedeni ali pomanjkljivosti niso odpravljene, lahko zbornica predlaga ministrstvu odvzem dovoljenja za opravljanje dejavnosti, v javnih zavodih pa tudi razrešitev direktorja (ZZDej, člen 79).

Pravilniki strokovnih združenj ali zbornic, kot je Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, dodatno opredeljujejo namen nadzora, ki vključuje preverjanje strokovnosti, kompetenc, organizacije dela, kakovosti, varnosti, sledenja razvoju stroke in upoštevanja strokovnih standardov (Pravilnik o izvajanju strokovnega nadzora s svetovanjem v dejavnosti zdravstvene in babiške nege 2016, člen 2). Nadzorna dejanja so predvsem ugotovitev strokovne usposobljenosti, organizacijske in kadrovske razporejenosti, pregled dokumentacije, razgovori, ogled prostorov ter svetovanje za izboljšave (Pravilnik o izvajanju strokovnega nadzora s svetovanjem v dejavnosti zdravstvene in babiške nege 2016, člen 6). Ukrepi, ki jih lahko komisija predlaga, so opomin, dodatno izobraževanje, izbris iz registra, odvzem licence, odprava pomanjkljivosti ali začasna prepoved opravljanja dejavnosti (Pravilnik o izvajanju strokovnega nadzora s svetovanjem v dejavnosti zdravstvene in babiške nege 2016, člen 9). Zaključek nadzora se vedno dokumentira v poročilu, ki ga prejmejo vsi relevantni deležniki (Pravilnik o izvajanju strokovnega nadzora s svetovanjem v dejavnosti zdravstvene in babiške nege 2016, člen 10). Po mnenju avtorja tega dela je zanimivo, da morebitni »zunanjci« pobudnik strokovnega nadzora s svetovanjem ni obravnavan kot relevantni deležnik in ni predviden kot pregledovalec ali prejemnik končnega poročila. Taka ureditev torej nima povratne zanke in onemogoča organizacijsko ali sistemsko učenje.

Praktični primer

Kot že omenjeno, se je sin gospoda P. obrnil na svojo stanovsko organizacijo – Zbornico, ki je poslala dopis z zahtevo po nadzoru tudi stanovski organizaciji – Zbornici, ki je pristojna za patronažne medicinske sestre – vsebina v sprotni opombi 4 na strani 28.

Po avtorjevem vedenju pristojna zbornica ni oblikovala odgovora, je pa umestila zdravstveni dom, pristojen za zagotavljanje zdravstvene nege na primarnem nivoju gospodu P. v plan rednih strokovnih nadzorov s svetovanjem v dejavnosti zdravstvene in babiške nege v obdobju od 1.1.2025 do 11.08.2025 (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije 2025b). V času pisanja pričujočega dela izhod strokovnega nadzora še ni znan.

4.3.5 Peti korak

V zdravstvu obstaja več vrst nadzorov, ki jih izvajajo različni organi:

- Upravni nadzor – izvaja ga Ministrstvo za zdravje in preverja skladnost delovanja zdravstvenih ustanov z zakonodajo (Pravilnik o upravnem nadzoru v zdravstvu 2018, člen 2).
- Strokovni nadzor s svetovanjem – opravljajo ga zbornice z javnim pooblastilom (npr. Zdravniška zbornica Slovenije, Zbornica zdravstvene in babiške nege) (ZZDej, člen 78) .
- Sistemski nadzor – izvaja ga Ministrstvo za zdravje z imenovanjem posebne komisije, v sodelovanju z zbornicami z javnim pooblastilom in se osredotoča na celovitost zdravstvenega sistema oziroma na organizacijo, strokovnost procesov, kakovost in varnost dela zdravstvenih delavcev (Pravilnik o sistemskem nadzoru v zdravstvu 2018, člen 3).
- Notranji nadzor – izvajajo ga sami izvajalci zdravstvene dejavnosti, da zagotovijo kakovost in varnost storitev (ZZDej, člen 76.a).
- Nadzor nad izpolnjevanjem pogodb – izvaja ga Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ki preverja spoštovanje dogovorjenih pogojev med izvajalci in plačnikom storitev (Pravilnik o nadzoru nad izvajalci zdravstvenih storitev 2024, člen 2–3).
- Inšpekcijski nadzor – izvajajo ga različni inšpektorati:

- Zdravstveni inšpektorat – nadzor nad zdravstveno dejavnostjo in higienskimi standardi (pravne podlage opisane drugje v pričujočem besedilu, pretežno (ZZdrl, člen 1).
- Inšpektorat RS za delo – nadzor nad delovnimi razmerji in varnostjo pri delu v zdravstvu (ZID-1, člen 2).
- Informacijski pooblaščenec – nadzor nad varovanjem osebnih podatkov pacientov (ZInfP, člen 2).
- drugi za zelo specifična področja (npr. Inšpektorat RS za kulturo in medije (ZAGOPP, člen 8; ZPacP; ZPPKZ, člen 31; ZZdrS, člen 85).

Pravilnik o upravnem nadzoru v zdravstvu določa postopek in način izvajanja upravnega nadzora nad izvajalci zdravstvene dejavnosti na vseh ravneh (primarni, sekundarni, terciarni nivo). Cilj nadzora je preverjanje skladnosti delovanja izvajalcev s predpisi s področja zdravstvene dejavnosti, zdravstvenega zavarovanja, pacientovih pravic in materialnega poslovanja (Pravilnik o upravnem nadzoru v zdravstvu 2018, 2–3). Nadzor je lahko redni (izvaja se načrtno po letnem programu, ki ga sprejme direktor urada, pristojnega za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu, do 31. decembra tekočega leta za obdobje naslednjega koledarskega leta. Program se objavi na spletni strani urada) (Pravilnik o upravnem nadzoru v zdravstvu 2018, 4) ali izredni (sproži se ob sumu neskladnosti delovanja na podlagi predloga, ki ga lahko podajo bolniki, državni organi ali druge zainteresirane strani (Pravilnik o upravnem nadzoru v zdravstvu 2018, člen 5). Urad pripravi letno poročilo o izvajanju nadzorov, in sicer do 28. februarja za preteklo koledarsko leto, in ga objavi na spletni strani urada (Pravilnik o upravnem nadzoru v zdravstvu 2018, člen 13). Nadzor izvaja Ministrstvo za zdravje preko posebnega urada, ki je pristojen za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu (Pravilnik o upravnem nadzoru v zdravstvu 2018, člen 4). Izvedbo nadzora opravi komisija, sestavljena iz treh do petih članov, ki so neodvisni in nepristranski. Predsednik komisije je uradna oseba urada (Pravilnik o upravnem nadzoru v zdravstvu 2018, člen 6). Nadzor vključuje pregled dokumentacije, pogovore s predstavniki izvajalca in naključne preglede primerov. V določenih primerih se lahko opravi brez predhodnega obvestila (Pravilnik o upravnem nadzoru v zdravstvu 2018, člen 8). Če se ugotovijo nepravilnosti, urad izvajalcu odredi ukrepe in določi rok za njihovo izvedbo. Izvajalec mora o izvedbi ukrepov poročati. Povzetek ugotovitev se objavi na spletni strani urada (Pravilnik o upravnem nadzoru v

zdravstvu 2018, člen 10). V primeru resnih nepravilnosti se lahko predlogi za ukrepe posredujejo drugim pristojnim organom (Pravilnik o upravnem nadzoru v zdravstvu 2018, člen 11). Po mnenju avtorja pričujočega dela je ponovno povedno, da morebitni »zunanjí pobudnik« nadzora ni predviden kot relevanten deležnik in ni predvideno, da bi z njim potekali pogovori ali da bi prejel končno poročilo. Kot omenjeno, to po avtorjevem mnenju onemogoča sistemsko in organizacijsko učenje.

Pravilnik o sistemskem nadzoru v zdravstvu določa, da se sistemski nadzor lahko sproži na podlagi pisnega predloga, ki mora vsebovati podatke o izvajalcu zdravstvene dejavnosti, opis domnevno nepravilnega ravnanja in ustrezna dokazila (Pravilnik o sistemskem nadzoru v zdravstvu 2018, člen 5). Izvaja se kot izredni nadzor (Pravilnik o sistemskem nadzoru v zdravstvu 2018, člen 4). Vključuje celovit upravni in strokovni nadzor s svetovanjem, pri čemer lahko pri sočasnem nadzoru sodelujejo tudi drugi pristojni organi (npr. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, različne inšpekcijske službe) (Pravilnik o sistemskem nadzoru v zdravstvu 2018, člen 4). Za izvedbo nadzora je pristojen Urad za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu, ki imenuje Komisijo za izvedbo sistema nadzora. Komisija ima od pet do deset članov, njen predsednik pa je uradna oseba tega urada. V primeru strokovnega nadzora določene poklicne skupine se k sodelovanju povabi tudi ustrezno zbornico ali strokovno združenje (Pravilnik o sistemskem nadzoru v zdravstvu 2018, člen 6). Komisija izdela poročilo, v katerem oceni dejansko stanje in poda priporočila za izboljšanje strokovnosti, kakovosti in varnosti zdravstvenih storitev. Med možnimi ukrepi so tudi predlogi za sistematično analizo globljih vzrokov nepravilnosti (Pravilnik o sistemskem nadzoru v zdravstvu 2018, člen 7). Pravilnik ne določa izrecno obvezne javne objave ugotovitev sistema nadzora, odreja pa smiselno uporabo drugih predpisov, če kakšno področje s tem pravilnikom ostaja neurejeno. Pri izvajanju sistema nadzora se tako glede vprašanj, ki niso urejena s tem pravilnikom in pravilnikom, ki ureja upravni nadzor v zdravstvu, katerega neposredni derivat je Pravilnik o sistemskem nadzoru, uporabijo pravilniki, ki urejajo strokovni nadzor s svetovanjem, ki ga izvajajo zbornice ali druga strokovna združenja z javnim pooblastilom (Pravilnik o sistemskem nadzoru v zdravstvu 2018, člen 2).

Praktični primer

Kot že omenjeno, se je sin gospoda P. preko svojega strokovnega združenja – Zbornice obrnil na Ministrstvo za zdravje, – vsebina v sproti opombi 4 na strani 28.

Po avtorjevem vedenju Ministrstvo za zdravje v času pisanja pričujočega dela še ni podalo uradnega odgovora. V času pisanja tega besedila ni znano, ali se je Ministrstvo za zdravje odločilo za uvedbo systemskega ali upravnega nadzora, ali je bil ta že izveden, niti kakšni so njegovi izsledki. V času pisanja je zadnji objavljeni program rednih upravnih nadzorov, objavljen na spletni strani pristojnega urada za leto 2021, zadnje poročilo o izvajanju upravnih in systemskih nadzorov pa za leto 2019 (Ministrstvo za zdravje 2021). Morebitni zunanji pobudnik takšnega nadzora, kot omenjeno zgoraj, tudi ni opredeljen kot relevantni deležnik in ni predvideno, da bi prejel končno poročilo. Zato je še toliko bolj pomembno, da nadzorni organi ažurno, kot jim to nalaga pravilnik, objavljajo plane nadzorov in njihove izsledke (poročila) na svojih spletnih straneh.

4.3.6 Šesti korak

Če pacient meni, da so bile njegove pravice resno kršene, lahko sproži pravdni postopek na sodišču in – na primer - zahteva odškodnino (ZPacP, člen 48). Obstaja tudi možnost upravnega spora pred Upravnim sodiščem, zoper akt organa, ki je na primer, v nasprotju z zakonom in omejuje pravice, predpisane z njim (ZUS-1). Ta možnost je kot zadnje pravno varstvo po preostalem postopku, opisanem v zakonu, naveden tudi v ZpacP (ZPacP, člen 79).

Pravni sistem je v Sloveniji tak, da sodno reševanje sporov okoli medicinske oskrbe ni vedno hitro ali enostavno. Že v informacijskih publikacijah za zavarovance jih od sodnih postopkov odvračajo:

»Če pacientu ne uspe doseči pravic v drugih postopkih, lahko svoje z zakonom priznane pravice v vsakem primeru uveljavlja v sodnem postopku. Če gre za pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, v sporih odloča delovno in socialno sodišče (na primer zaradi neizplačila nadomestila plače v času odsotnosti zaradi bolezni). Če gre za druge pravice pacienta, o tem odloča okrajno oziroma okrožno sodišče (na primer odškodnina zaradi kršitve pojasnilne dolžnosti). Začetek postopka pred sodiščem naj bo skrajna pot, saj so sodni postopki zapleteni, dragi in dolgotrajni. Žal je sodna pot zlasti pri odškodninskih

zahtevkih skoraj neizbežna, saj bo priznanje zdravniške napake redko, posledično bo skoraj nemogoče doseči izvensodni sporazum« (Zveza potrošnikov Slovenije 2024, 23).

Praktični primer

Družina gospoda P. Se za sodno pot ni odločila iz zgoraj navedenih razlogov, dodatno pa še zato, ker je na koncu gospod P. ustrezno oskrbo dobil in bi bilo vsaj težko izkazati pravni interes za tožbo (oziroma da je nastala kakršnakoli škoda).

4.4 Prekrivanje delovnega prava in zakonodaje izpolnjevanja pravic do zdravstvene nege

V zgornjem besedilo je bilo osvetljeno, kaj v pravnih in strokovnih dokumentih piše o obsegu in vsebini dela diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu. V nadaljevanju bo v pričujočem delu raziskano, kako se lahko pravni in drugi dokumenti, ki to opisujejo, stikajo ali prekrivajo z ZDR-1 in kako tesno so pravni in strokovni dokumenti s tega področja pravzaprav povezani.

Najprej bo prikazan rezultat iskanja sodne prakse, opisan v poglavju o metodah, in ker gre za eno samo najdeno sodbo, je bilo v namene boljše argumentacije ad-hoc opravljeno še širše in manj strukturirano dodatno iskanje sodne prakse na področju izvajalcev zdravstvene dejavnosti zdravstvene nege in kršitev ZDR-1. Dodatni dve najdeni odločitvi sodišč bosta v nadaljevanju, po najrelevantnejši sodbi Pdp 668/98, najdeni z izvirnim algoritmom, podani kot širši okvir razmišljanja.

Sodba Višjega delovnega in socialnega sodišča Pdp 668/98 obravnava primer diplomirane medicinske sestre, ki je v dežurni ambulanti samostojno opravila odstranitev odmrlega tkiva pri pacientki, ne da bi prejela navodilo ali odobritev zdravnika. Sodba potrjuje odločitev disciplinske komisije, da se medicinski sestri izreče najstrožji disciplinski ukrep – prenehanje delovnega razmerja. Glavni razlog za to je bilo prekoračenje pooblastil, saj je samostojno izvedla medicinski poseg (odstranitev odmrlega tkiva) brez odobritve zdravnika, čeprav je morala izvajati le odrejeno delo. Poleg tega je bila ugotovljena še vrsta drugih hujših kršitev delovnih obveznosti, ki so

bistveno motile delovni proces. Pritožbeno sodišče je zavrnilo njeno pritožbo in potrdilo sodbo sodišča prve stopnje, saj je ugotovilo, da je bila odločitev pravilna tako glede dejanskega stanja kot uporabe materialnega prava (VDSS Sodba Pdp 668/98, 19. 10. 2000).

Drugih primerov sodne prakse, kjer bi bile vpletene diplomirane medicinske sestre kot kršiteljice ZDR-1 kljub dodatnemu in razširjenemu iskanju ni bilo moč najti. Kot opisano zgoraj, je po nestrukturiranem ad-hoc iskanju bilo mogoče najti še dve za pričujoče delo potencialno relevantni sodni odločitvi.

V prvi sodbi je tožena stranka (delodajalec) tožniku (zaposlenemu tehniku zdravstvene nege) izdala pisno opozorilo na izpolnjevanje obveznosti in možnost odpovedi pogodbe o zaposlitvi zaradi več nepravilnih ravnanj pri delu. Očitana so mu bila naslednja dejanja: priprava napačne infuzije, ker ni preveril podatkov na temperaturnem listu, vpletenost v konflikt z diplomirano medicinsko sestro, pri čemer je povzdignil glas v prisotnosti pacientov, staršev in zaposlenih, neresnično poročanje o času aplikacije inhalacije pacientki, opustitev dolžnosti obveščanja dežurne medicinske sestre o predpisani terapiji, zaradi česar je pacient terapijo prejel z večurno zamudo. Kasneje je tožnik tudi neupravičeno izostal z dela, kar je predstavljalo hujšo kršitev temeljne delovne obveznosti po 33. členu ZDR-1. Zaradi navedenih kršitev je delodajalec podal redno odpoved pogodbe o zaposlitvi iz krivdnega razloga po 89. členu ZDR-1 (VDSS Sodba Pdp 610/15, 16. 7. 2015).

V drugem primeru je medicinska sestra prejela izredno odpoved pogodbe o zaposlitvi, ker je med delom brez dovoljenja odprla predal nočne omarice varovanja in iz njega vzela 20 evrov. Delodajalec je sum kraje preverjal z detektivom, ki je uporabil past z označenimi bankovci in videonadzor. Tožnica je trdila, da so bili dokazi pridobljeni nezakonito, saj naj bi bili v nasprotju z njeno pravico do zasebnosti in določbami zakonov o varstvu osebnih podatkov ter detektivski dejavnosti. Vrhovno sodišče je revizijo tožnice zavrnilo in potrdilo odločitve nižjih sodišč, ki so ugotovile, da je bila izredna odpoved zakonita (VSRS Sodba VIII Ips 2/18, 30. 5. 2018).

Za namene pričujočega dela je tako posredno uporabna le prva sodba (VDS Sodba Pdp 668/98, 19. 10. 2000), saj obravnava razmerje med ZDR-1, izvajalko zdravstvene oskrbe, ki sicer ni patronažna medicinska sestra, je pa diplomirana medicinska sestra (enaka stopnja izobrazbe in bi, vsaj v teoriji, lahko nastopala kot patronažna medicinska sestra) in neupoštevanjem navodil. Kako je mogoče razmišljanje iz te sodbe misliti v kontekstu pričujočega dela, bo podano v nadaljevanju.

Preostali dve sodbi lahko služita kot splošen okvir razmišljanja, da so tudi zdravstveni delavci ljudje in lahko imajo podobne prednosti in slabosti kot splošna populacija, vključno s kršitvami delovnopravne zakonodaje.

Delovni nalog izbranega zdravnika za izvajanje kurativnih posegov v patronažni službi je uradno navodilo, ki ga izda osebni zdravnik pacienta. Ta nalog določa, katere kurativne storitve in posege naj patronažna medicinska sestra opravi pri pacientu na domu. Na podlagi tega naloga medicinska sestra izvaja zdravstveno nego, ki vključuje različne kurativne aktivnosti, kot so oskrba ran, aplikacija injekcij, nadzor vitalnih funkcij in podobno. Poleg tega patronažna medicinska sestra na domu pacientu pomaga pri izvajanju temeljnih življenjskih aktivnosti (Zavrl Džananović 2018b, 23).

Zbornica-zveza zdravstvene in babiške nege med temeljne življenjske aktivnosti šteje 14 življenjskih aktivnosti: dihanje; prehranjevanje in pitje; odvajanje in izločanje; gibanje in ustrezna lega; spanje in počitek; oblačenje; vzdrževanje normalne telesne temperature; čistoča in nega telesa; izogibanje nevarnostim v okolju; odnosi z ljudmi in izražanje čustev, občutkov in doživljanj duševne, duhovne, socialne in seksualne potrebe; izražanje verskih čustev; koristno delo; razvedrilo, rekreacija; učenje, pridobivanje znanja o razvoju in zdravju (Kramar 2022).

Delovni nalog je torej ključni dokument, ki omogoča patronažni medicinski sestri izvajanje kurativnih posegov na domu pacienta, skladno z navodili izbranega zdravnika (Zavrl Džananović 2018b). Nacionalni inštitut za javno zdravje navaja, da ugotovitev, da je samo v sedmih patronažnih varstvih v negovalni tim ustrezno umeščen tehnik zdravstvene nege, sama po sebi ponuja logičen odgovor, da je v vseh ostalih patronažnih

varstvih celostno izvajanje zdravstvene nege bolnika v domeni diplomirane medicinske sestre (Zavrl Džananović 2018b, 23).

Ignoriranje navodil zdravnika glede izvajanja kurativnih posegov v patronažni službi, bi lahko pomenilo kršitev določb Zakona o delovnih razmerjih (ZDR-1). Spodaj so navedeni ključni členi, relevantni za pričujoče delo:

Člen 34 – upoštevanje delodajalčevih navodil

Temeljna značilnost delovnega razmerja je delavčeva podrejenost delodajalcu – delavec je dolžan delo vestno (ZDR-1, člen 33) opravljati po navodilih in pod nadzorom delodajalca in ta obveznost izhaja že iz same narave pogodbenega razmerja. Delodajalec je dolžan organizirati, voditi in nadzirati delovni proces ter prevzemati poslovno tveganje, delavec pa se je dolžan vključiti v proces z upoštevanjem delodajalčevih navodil (Bagari et al. 2024, 243). Upoštevanje delodajalčevih navodil je v zakonu uvrščeno takoj za delavčevo obveznostjo opravljanja dela, zakonodajalec pa je v ta člen vnesel tudi omejitev obveznosti delavca, da upošteva delodajalčeve zahteve oziroma navodila. Delavcu ni treba spoštovati navodil, ki so moralno ali etično sporna ali bi pomenila prekršek ali kaznivo dejanje (Bagari et al. 2024, 244). V Komentarju ZDR-1 (Bagari et al. 2024, 244) glede te omejitve izrecno pokažejo tudi na Zakon o javnih uslužbencih, kjer je za namene pričujočega dela relevantno (saj so Zdravstveni domovi, znotraj katerih je organizirana patronažna služba, javni zavodi in s tem del javnega sektorja (ZJU, 1)), da lahko javni uslužbenec zahteva pisno odredbo ali pisno navodilo, če meni, da je vsebina ustne nejasna ali bi njena izvršitev pomenila protipravno ravnanje ali povzročila škodo. V tem primeru je potem javni uslužbenec prost odškodninske in disciplinske odgovornosti. Nadalje javni uslužbenec lahko odkloni izvršitev odredbe/navodila, če bi pomenila protipravno dejanje. Če pa bi pomenila kaznivo dejanje, pa jo mora odkloniti (Bagari et al. 2024, 244; ZJU, člen 94). Omenjeni komentar omeni še ZVZD-1, ki delavcu daje tudi pravico odkloniti delo, če mu s tem grozi neposredna nevarnost za življenje ali zdravje (Bagari et al. 2024, 245; ZVZD-1, člen 52). V primeru neupoštevanja navodil lahko delodajalec sproži postopke za disciplinsko in odškodninsko odgovornost delavca (Bagari et al. 2024, 245; ZDR-1, člen 172–180) ter postopke za redno ali izredno odpoved pogodbe o zaposlitvi (Bagari et al. 2024, 245; ZDR-1, člen 82–111).

Ta člen je po mnenju avtorja tega dela za pričujoče delo relevanten, ker obravnava obveznost zaposlenih, da delo opravljajo po navodilih delodajalca oziroma nadrejenih. V primeru patronažne sestre je manifestacija takšnega nadrejenega znotraj zdravstvenega doma zdravnik, ki je ugotovil potrebo po izvajanju določenih storitev zdravstvene nege pri posameznem zavarovancu v sistemu obveznega zdravstvenega zavarovanja ter v namene zadostitve tem identificiranim potrebam izdal delovni nalog, ki bi ga bilo mogoče misliti tudi skozi v zgornjem besedilu opisano pisno navodilo iz drugega zakona. Opisuje tudi situacije, ko zaposleni lahko zavrne izvajanje navodil ter kdo nosi posledice izvajanja neustreznih navodil v katerih situacijah in kaj so posledice neizvajanja ustreznih navodil za zaposlenega, kar je pravzaprav opis situacije neizvajanja opravil zdravstvene nege v patronažni službi, opisanih na delovnem nalogu.

Člen 37 - prepoved škodljivega ravnanja

Prepoved povzročanja škode je eno temeljnih načel pogodbenega prava (Bagari et al. 2024, 253). Ta prepoved v smislu Zakona o delovnih razmerjih ni neomejena, temveč se nanaša samo na dejanja, ki realno ali potencialno škodujejo poslovnim interesom delodajalca glede na naravo dela, ki ga zaposleni opravlja (Bagari et al. 2024, 254). Kar je pomembno je, da ta prepoved ni omejena samo na delovni čas pri delodajalcu, temveč tudi zunaj nje in da niso vsi zaposleni v enakem položaju glede izpostavljenosti povzročanju škode (npr. vodilni delavci so temu potencialno bolj izpostavljeni) (Bagari et al. 2024, 254). Če delavec stori škodljivo dejanje, lahko odgovarja disciplinsko in odškodninsko, glede na težo kršitve pa ima lahko za posledico tudi redno ali izredno odpoved pogodbe o zaposlitvi (Bagari et al. 2024, 254).

Ta člen je po mnenju avtorja pričujočega dela relevanten, ker opisuje, kaj so škodljiva ravnanja zaposlenega in jih prepoveduje. Za pričujoče delo sta pomembni vsaj dve dimenziji: zaupanje in poslovna škoda. Uspešne zdravstvene obravnave so odvisne od zaupanja. Na področju patronažne zdravstvene nege na domu vzpostavitev zaupanja v odnosu med diplomirano medicinsko sestro in pacientom spodbuja vključenost pacienta v proces lastnega zdravljenja. Predpogoji zaupanja v odnosu med diplomirano medicinsko sestro in pacientom so: zadovoljevanje prepoznane potrebe, spoštovanje osebe, spoštovanje njenega časa, kontinuiteta oskrbe in prvi obisk (Leslie in Lonneman

2016). Dimenzije zaupanja med diplomirano medicinsko sestro in pacientom v okviru zdravstvene nege na domu so komunikacija, povezanost in vzajemnost. Kadar diplomirana medicinska sestra in pacient vzpostavita medsebojno zaupanje, pacient kaže boljšo prilagoditev in sodelovanje pri izboljševanju zdravja, izraža občutek varnosti in kaže pripravljenost za vzpostavljanje dodatnih zaupljivih odnosov (Leslie in Lonneman 2016). Ovire za zaupen odnos vključujejo pomanjkanje spoštovanja ter nekompetentno in/ali neetično oskrbo (Leslie in Lonneman 2016). Skozi prizmo pričujoče naloge je razumno misliti, da zavračanje izvajanja pisnih navodil napram zavarovancem ne vzbuja zaupanja v delodajalca, pri katerem je zavračajoči zaposlen in ne v poklicno skupino kot tako ter da to škodi tako delodajalcu kot poklicni skupini.

Nadalje se z neizvajanjem storitev, ki so plačljive s strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije z veliko verjetnostjo delodajalcu povzroča tudi direktna poslovna škoda, ker neopravljenih opravil zdravstvene nege ne morejo obračunati in jih dobiti plačane.

Člen 89 – razlogi za redno odpoved

Uvodoma, odpoved pomeni pravico, da lahko ena pogodbeni stranka neodvisno od volje druge stranke enostransko povzroči prenehanje pogodbe o zaposlitvi in posledično delovnega razmerja, in to samo v celoti (Bagari et al. 2024, 553–554). Ker je delovno razmerje razmerje daljšega veka, je odpoved pogodbe o zaposlitvi na voljo tako delojemalcu kot delodajalcu, le da je pravna ureditev za vsako stran in vrsto odpovedi različna (Bagari et al. 2024, 553–603). Zakon o delovnih razmerjih v členih 82 – 111 ureja odpoved pogodbe o zaposlitvi, zato v nadaljevanju krajši pregled zakonskih okoliščin 89. člena ZDR-1. Ta razlikuje med redno odpovedjo, pri kateri nastopi prenehanje pogodbe po preteku določenega časa (odpovedni rok) in izredno odpovedjo, pri kateri ni odpovednega roka in je dopustna le v taksativno naštetih primerih (Bagari et al. 2024, 553–554). Zaradi varstva delojemalca kot šibkejše stranke so se oblikovale norme, ki ga ščitijo (saj je delovno razmerje v večini primerov glavni vir preživljanja sebe in družine, op. a.) ter tako omejujejo svobodo delodajalca. Delojemalec, po drugi strani, v svoji svobodi odpovedi ni omejen (Bagari et al. 2024, 553). Redna odpoved pogodbe o zaposlitvi je urejena zlasti v 89. členu; za odpoved mora obstajati utemeljen razlog s strani

delodajalca (ki nosi tudi dokazno breme zanj (ZDR-1, člen 84), op. a.), delojemalec pa lahko pogodbo redno odpove kadarkoli, za oba pa velja spoštovanje odpovednega roka (Bagari et al. 2024, 554). Izredna odpoved pogodbe o zaposlitvi (brez odpovednega roka) je urejena v 109. členu. Obe strani morata ob uporabi te možnosti izkazati obstoj enega od v zakonu naštetih razlogov zanj, kar bo opisano v nadaljevanju (Bagari et al. 2024, 554; ZDR-1, člen 84). Posebej velja omeniti še to, da je delojemalec po zakonu zaščiten tudi pred različnimi vrstami diskriminacije, tudi pri uporabi pravice odpovedi delovnega razmerja s strani delodajalca (Bagari et al. 2024, 558).

Razlogi za redno odpoved pogodbe o zaposlitvi delavcu s strani delodajalca so torej omejeni z vsebinskimi pogoji (poslovni razlog, razlog nesposobnosti, krivdni razlog, nezmožnost zaradi invalidnosti, neuspešno poskusno delo), splošno definiranimi v 89. členu zakona, definicije pa konkretizira sodna praksa od primera do primera (Bagari et al. 2024, 604). Redna odpoved o zaposlitvi pomeni skrajni ukrep, ko so drugi možni ukrepi (za ohranitev delovnega razmerja in sozvočno nadaljevanje op.a.), odpovedali (Bagari et al. 2024, 557–567). Ukrepi oziroma obveznosti delodajalca pred odpovedjo so opisani v 85. členu zakona (ZDR-1, člen 85) in sicer: v primeru nameravane redne odpovedi pogodbe iz krivdnega razloga mora delodajalec delojemalca predhodno pisno opozoriti na izpolnjevanje obveznosti in na možnost odpovedi, če bo še naprej kršil svoje obveznosti (ne nujno enakega tipa (Bagari et al. 2024, 574)). Čas od ugotovitve kršitve (ugotovitev kršitve ni nujno enako seznanitvi z njo) do pisnega opozorila je zakonsko omejen, enako je omejen čas učinkovanja takšnega opozorila, v katerem imajo nadaljnje kršitve lahko za posledico redno odpoved pogodbe o zaposlitvi iz krivdnih razlogov (Bagari et al. 2024, 571). Pred redno odpovedjo zaradi razloga nesposobnosti ali krivdnega razloga (in pred izredno odpovedjo zaposlitve) mora delodajalec delojemalca vnaprej pisno sezniniti z očitanimi kršitvami ali opustitvami obveznosti ter na zahtevo načeloma omogočiti zagovor delojemalca (po katerem lahko delodajalec po presoji prekliče ali potrdi pisno opozorilo, pisno, v zakonsko določenem roku), lahko tudi z izrečeno disciplinsko sankcijo, s katero delodajalec delojemalca tudi opozori na možnost odpovedi zaposlitve ob nadaljevanju kršitev (Bagari et al. 2024, 571–575). Po 86. členu ZDR-1, ima delojemalec pravico od delodajalca pred odpovedjo pogodbe o zaposlitvi zahtevati tudi obveščanje sindikata/sveta delavcev/delavskega zaupnika. Negativno mnenje teh lahko delodajalec upošteva ali ne (Bagari et al. 2024, 585). Delodajalec ima

možnost, da sledi postopku redne odpovedi delovnega razmerja (s sistemom opozoril in dovoljevanjem časa za morebitne izboljšave sodelovanja) tudi, če so izpolnjeni zakonski pogoji za izredno odpoved delovnega razmerja (Bagari et al. 2024, 573).

Po mnenju avtorja pričujočega dela, je 89. člen ZDR in zgoraj opisane zakonske okoliščine, v katerih se lahko uveljavi in način uveljavitve relevanten gledajoč skozi prizmo možnosti, ki se nudijo delodajalcu, ko nastopijo kršitve ali opustitve dolžnosti iz naslova delovnega razmerja. Še posebej je v smislu pričujočega dela pomemben vidik nedoseganja pričakovanih izidov dela, kadar delojemalec dela ne opravlja pravočasno, strokovno in kvalitetno, opisano v razdelku razloga nesposobnosti in kršenje pogodbenih ali drugih obveznosti iz delovnega razmerja, opisanih v razdelku krivdnega razloga odpovedi pogodbe o zaposlitve s strani delodajalca (ZDR-1, člen 89).

Pri presoji razloga nesposobnosti se izhaja iz pogodbene narave delovnega razmerja in upošteva, katere obveznosti izhajajo za delojemalca iz njega ter ugotavlja, ali jih ta izpolnjuje ali ne (Bagari et al. 2024, 606). Če svojih obveznosti ne izpolnjuje ali jih ne izpolnjuje pravilno, potem je lahko podan ta odpovedni razlog, če je vzrok za neizpolnjevanje obveznosti bodisi subjektivna (če delojemalec ni dovolj spreten, nima dovolj znanja ipd. – v luči praktičnega primer bi to lahko bilo nepoznavanje lastnega delokroga ali bolnikovih pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, op. a.) ali objektivna nesposobnost (neizpolnjevanje predpisanih pogojev za opravljanje določenega dela – v luči pričujočega dela bi to bilo, na primer, neposredovanje ustrezne licence za delo v zdravstveni negi, op.a.) delojemalca (Bagari et al. 2024, 606). Pri presoji razloga nesposobnosti je potrebno upoštevati tudi, ali je delodajalec delojemalcu zagotavljal ustrezno usposabljanje, izpopolnjevanje in izobraževanje, ki mu omogoča ohranjanje in razvijanje sposobnosti za opravljanje svojega dela (kot je zahtevano po 170. členu ZDR-1). To je še zlasti pomembno dandanes, ko je razvoj na mnogih področjih izjemno hiter in zahteva prilagajanje (Bagari et al. 2024, 607). V smislu opisanega praktičnega primera se zdi, da so v neizpolnjevanje delovnih nalog oziroma odločanje njihovem neizpolnjevanju kljub pisnim navodilom bile vpletene tudi vodstvene strukture (vodja enote, strokovna vodja in direktorica zavoda) drugačnega oddelka od tistega, ki je znotraj svojih delovnih procesov ugotovil potrebo po določenih opravilih v smislu pravic iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja in njih izvedbo pisno naložil patronažni

službi. To po mnenju avtorja kaže na notranja neskladja, verjetno tudi omejeno poznavanje področne zakonodaje in pravic zavarovancev, morda tudi slabega razumevanja vloge diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu. Kot opisano, drugje v pričujočem delu, je delokrog diplomirane medicinske sestre zelo natančno popisan na ravni dokumentov stroke zdravstvene nege (Železnik et al. 2011, 24–49), pravice zavarovancev, ki jih ta strokovno oblikovani delokrog naslavlja, pa v zakonu in pravilih obveznega zdravstvenega zavarovanja (PISRS, člen 26; ZZVZZ, člen 23). Na napačno razlago delokroga je mogoče sklepati tudi po analizah opravljenega dela, kot prikazuje Slika 1, kjer so zajeta tudi opravila, ki jih je v praktičnem primeru patronažna služba označila kot nekaj, česar oni ne počno, pa jih drugod vendarle razumejo kot svoje delo. Po mnenju avtorja bi bilo sicer možno utemeljiti razlog nesposobnosti posamezni diplomirani medicinski sestri v patronažnem zdravstvenem varstvu, vpleteni v praktični primer, vendar upošteva dejstvo, da so se zelo verjetno zmotne razlage delokroga dotičnega profila oklepali tudi njeni neposredno nadrejeni, ki bi v procesu postopanja po korakih v smislu redne odpovedi delovnega razmerja iz razloga nesposobnosti, morali biti tisti, ki bi morebitno nesposobnost v luči ZDR-1 morali zaznati, jo ugotoviti, nanjo odreagirati ter reakcijo utemeljiti, ne obstaja mehanizem, ki bi to utemeljevanje uveljavil.

Pri krivdnem razlogu za redno odpoved pogodbe o zaposlitvi je izpostavljena kršitev obveznosti. Zaradi splošne definicije, kaj bi to lahko bilo v zakonu, je pogosto težko ločiti med razlogom nesposobnosti in krivdnim razlogom. Prav tako pa se pojavljajo težave pri razmejevanju redne odpovedi iz krivdnega razloga in izredno odpovedjo (Bagari et al. 2024, 607). Za namene veljavnosti krivdnega razloga redne odpovedi ZDR-1 ne določa, kakšna točno mora biti krivda delojemalca, zato se smiselno uporablja splošna pravila civilnega prava v Obligacijskem zakoniku (Bagari et al. 2024, 607). ZDR-1 jasneje odreja razloge za izredno odpoved, kar bo opisano v nadaljevanju. Po analogiji zapisanemu zgoraj, je avtorju nejasno, kako bi lahko ta sicer utemeljiv razlog za redno odpoved pogodbe o zaposlitvi aplicirali vpleteni v praktični primer, upošteva dejstvo, da so se zelo verjetno netočne razlage delokroga diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu oklepali tudi njeni neposredno nadrejeni. Ti bi v procesu postopanja po korakih v smislu redne odpovedi delovnega razmerja iz krivdnega razloga morali biti tisti, ki bi krivdo oziroma kršitev obveznosti morali zaznati, jo ugotoviti, nanjo odreagirati ter reakcijo utemeljiti. Po mnenju avtorja je vsaj težko pričakovati, da bi se našle struktur, ki

bi preizprašale lastnosti vodij po Obligacijskem zakoniku in posledično po ZDR-1 ter zahtevale izvajanje predpisov »od zgoraj navzdol« zaradi, zdi se, razširjenega nepoznavanja materije.

Člen 110: izredna odpoved delodajalca – razlogi na strani delavca

Kot že omenjeno, je izredna odpoved pogodbe o zaposlitvi (brez nujnega odpovednega roka in s takojšnjim učinkovanjem), urejena v 109. členu in naslednjih in pomeni rezultat hudih inkongruentnosti med pogodbenikoma, ki imajo za posledico situacijo, da delovnega razmerja ni moč nadaljevati niti do izteka odpovednega roka (ali izteka pogodbe za določen čas)(Bagari et al. 2024, 743). Obe strani morata ob uporabi te možnosti izkazati obstoj enega od v zakonu izrecno naštetih razlogov zanjo (Bagari et al. 2024, 554). Te razloge je zakonodajalec štel za skrajne, takšne, ki bi naredili nadaljevanje pogodbe o zaposlitvi ob upoštevanju interesov in okoliščin vpletenih nevzdržno (Bagari et al. 2024, 743). Izredna odpoved pogodbe o zaposlitvi je zakonita samo, če gre za kršitev, ki po svoji teži in pomenu kot naštetu v zakonu onemogoča nadaljevanje delovnega razmerja (dva pogoja za zakonitost, op.a.) (Bagari et al. 2024, 743). Delodajalec lahko za kršitev izbere tudi pot redne odpovedi pogodbe o zaposlitvi iz krivdnega razloga, vendar ne takoj (odpovedni rok) in ne za prvo kršitev (Bagari et al. 2024, 743). Predhodno delodajalčevo pisno opozarjanje na izpolnjevanje obveznosti in možnost odpovedi se ne zahteva (Bagari et al. 2024, 744). Tudi zakonsko določeni časovni okvir za podajo izredne odpovedi pogodbe o zaposlitvi je krajši od tistega za redno odpoved, saj je utemeljeno pričakovati, da bo vsaka stran kar najhitreje ravnala v svojem najboljšem interesu in hitro ustrezno reagirala. Ni pa nujno, da, tudi ob zelo hudih kršitvah, katerakoli stranka izbere to pot prenehanja sodelovanja (lahko se odloči za redno odpoved ali situacijo drugače rešita, lahko tudi z neukrepanjem) (Bagari et al. 2024, 744). Ker je glede na stopnjevitost sankcij v delovnem pravu izredna odpoved predvidena le za najhujše kršitve, je pogosto težko razmejiti med tistimi kršitvami, ki upravičujejo izredno odpoved in tistimi, ki bi upravičevala katero od milejših sankcij. Sodna praksa je, tudi zaradi nenadnosti in stresnosti za vse vpletene, bogata in se še razvija (Bagari et al. 2024, 745).

Delodajalec lahko delavcu izredno odpove pogodbo o zaposlitvi, če ima delojemalčeva kršitev obveznosti iz delovnega razmerja vse znake kaznivega dejanja, če delojemalec naklepoma ali iz hude malomarnosti huje krši obveznosti iz delovnega razmerja, če je lagal o izpolnjevanju pogojev za opravljanje dela, če najmanj pet dni zaporedoma neopravičeno ne pride na delo, če mu je po pravnomočni odločbi prepovedano opravljati določena dela v delovnem razmerju ali če mu je izrečen vzgojni, varnostni ali varstveni ukrep oziroma sankcija za prekršek, zaradi katerega ne more opravljati dela dalj kot šest mesecev, ali če mora biti zaradi prestajanja zaporne kazni več kot šest mesecev odsoten, če odkloni prehod in opravljanje dela pri delodajalcu prevzemniku, če se v roku petih delovnih dni po prenehanju razlogov za suspenz pogodbe o zaposlitvi neopravičeno ne vrne na delo, če v času odsotnosti z dela zaradi bolezni ali poškodbe ne spoštuje navodil pristojnega zdravnika ali zdravstvene komisije ali če v tem času opravlja pridobitno delo ali če brez odobritve pristojnega zdravnika, imenovanega zdravnika ali zdravstvene komisije odpotuje iz kraja svojega bivanja (ZDR-1, člen 110). Ravnanje delavca, ki ga ni mogoče uvrstiti med naštete razloge, ne more biti podlaga za izredno odpoved delodajalca in bi bila takšna izredna odpoved nezakonita (Bagari et al. 2024, 754). Delodajalcu ni potrebno izrecno pravno opredeliti razloga za odpoved, mora pa ustrezno opredeliti dejanske okoliščine kršitve, ki morajo biti konkretne in po vsebini ustrezati vsaj enemu izmed predpisanih razlogov (Bagari et al. 2024, 755). Pri delojemalcu ni mogoče vsakega odstopanja od pričakovanega ravnanja šteti za hujšo kršitev, odločilno je, kakšnega pomena je za vpletene obveznost, ki bi jo zaposleni moral opraviti (pa tega ni naredil ali je to naredil prepozno). Če ni kršitev res huda, lahko delodajalec ukrepa z milejšimi sankcijami (Bagari et al. 2024, 757). Za namene pričujočega dela bo v nadaljevanju nekoliko natančneje razdelana druga alineja 110. člena ZDR-1.

V drugi alineji je urejen najširši razlog za izredno odpoved, delavčevo hujšo kršitev pogodbenih in/ali drugih obveznosti iz delovnega razmerja, storjeno naklepoma ali iz hude malomarnosti. Pojem »kršitve pogodbenih ali drugih obveznosti iz delovnega razmerja« je zelo širok in ZDR-1 posebne definicije ne vsebuje. Delavčeve obveznosti izhajajo neposredno iz pogodbe o zaposlitvi, ZDR-1 pa opredeljuje tudi obveznost opravljanja dela, obveznost obveščanja, prepoved škodljivega ravnanja, varovanje poslovne skrivnosti, prepoved konkurence. Ob tem delavce zavezujejo drugi zakoni,

podzakonski akti, kodeksi ravnanja za posamezne poklice in notranji akti delodajalca (Bagari et al. 2024, 757). Iz sodne prakse je mogoče razbrati, kdaj je kršitev hujša: npr. pri kršitvah, povezanih z rokovanjem z denarjem, predpisano izdajo računov, vozovnic, ravnanjem določenih izpostavljenih poklicev, če gre ta kršitev, ki materialno in/ali moralno lahko škoduje delodajalcu ali kadar ravnanje močno odstopa od sprejemljivega ravnanja v delovnem okolju (Bagari et al. 2024, 757–758). Drugi pogoj za obstoj razloga za izredno odpoved po tej alineji je, da kršitev nastane naklepoma ali iz hude malomarnosti. Če delavec ve, kako bi moral ravnati, pa kljub temu ravna drugače, to pomeni, da se svojega ravnanja zaveda in ga torej hoče storiti, torej krši naklepoma. Huda malomarnost pomeni zanemarjanje skrbnosti, ki se pričakuje od povprečnega delavca na istem ali podobnem delovnem mestu. Delavci, ki so na svojem delovnem področju strokovnjaki, pa morajo ravnati s skrbnostjo dobrega strokovnjaka (OZ, člen 6), torej za njih velja višji prag poklicne skrbnosti v smislu ravnanja po pravilih stroke in po običajih. Delodajalec nosi dokazno breme v primeru spora (Bagari et al. 2024, 758).

Skozi prizmo praktičnega primera v pričujočem delu je torej najpomembnejša druga alineja 110. člena ZDR-1, ki delavčevo hujšo kršitev pogodbenih in/ali drugih obveznosti iz delovnega razmerja, storjeno naklepoma ali iz hude malomarnosti uvršča med zakonite razloge za obstoj razloga za izredno odpoved. Ločeno mora biti izpolnjen še drugi pogoj, nezmožnost nadaljevanja sodelovanja do siceršnjega izteka pogodbe o zaposlitvi po drugih mehanizmi. Pomembna je razlaga obsega izvorov »pogodbenih ali drugih obveznosti iz delovnega razmerja«, podana zgoraj, ki poudarja pomen pravnega in strokovnega konteksta, v katerem se delavec in delodajalec nahajata. V luči presojanja morebitne kršitve teh obveznosti pri diplomirani medicinski sestri v patronažnem varstvu je tako kršitev mogoče misliti tudi skozi druge akte, ne samo ZDR-1, temveč tudi in predvsem strokovne kodekse, ki so za nekatere poklice odločilnega pomena. Stanovsko združenje zaposlenih v zdravstveni negi je tak dokument izdalo (Železnik et al. 2011), prav tako pa so obveznosti poklicne skupine ograjene s pravicami zavarovancev, v kateri službi (v najširšem pomenu besede) so (PISRS, člen 26; ZZVZZ, člen 23). Po avtorjevem mnenju pa bi bilo pri praktičnem primeru težko misliti, da je bila sicer zelo verjetno prisotna kršitev posamezne diplomirane medicinske sestre tako huda, da bi bil podan razlog po drugi alineji 110. člena ZDR-1, saj bi jo bilo mogoče odpraviti z milejšimi ukrepi. Pomembna je tudi zgoraj podana razlaga malomarnosti strokovnjakov, kar

diplomirane medicinske sestre so, po OZ, ki jim nalaga delo po pravilih stroke in običajih, ki so v praktičnem primeru dobro oblikovani in prikazani v pričujočem besedilu na drugih mestih. Po avtorjevem mnenju bi bilo težko posamezni medicinski sestri v patronažni službi iz praktičnega primera očitati hudo malomarnost, saj se zdi, da v lastni organizaciji nima oslombe, ki bi ji omogočala poznavanje pravil stroke ali poznavanje od nje zahtevala. Tako nobeden od potrebnih pogojev za obstoj razloga za izredno odpoved po drugi alineji ne bi bil izpolnjen.

Člen 172 – Disciplinska odgovornost

V tem členu je opredeljena disciplinska odgovornost delavca ter katere ukrepe lahko izreče delodajalec kot disciplinske sankcije. Delojemalec je disciplinsko odgovoren za kršitev pogodbenih ali drugih obveznosti. Te so enake narave in obsega kot opisano zgoraj pri členu 110 (Bagari et al. 2024, 1114). Kršitev obveznosti lahko pomeni podlago za ugotavljanje disciplinske odgovornosti, lahko pa tudi podlago za ugotavljanje krivdnih razlogov za odpoved pogodbe o zaposlitvi. Za razmejitev med obema je bistveno, da mora pri odpovedi zaposlitve delodajalec dokazati, da kršitev pomeni utemeljen razlog za odpoved pogodbe o zaposlitvi po 89. členu ZDR-1, ki onemogoča nadaljevanje dela pod pogoji iz pogodbe o zaposlitvi (Bagari et al. 2024, 1115), kot opisano v besedilu zgoraj. Disciplinska odgovornost je krivdna, subjektivna oblika odgovornosti (npr. po svoji krivdi ne izpolnjuje svojih obveznosti). Ta člen določa tudi disciplinske sankcije, ki so začasnega trajanja in predvsem opominjalne in premoženjske narave (Bagari et al. 2024, 1115). Omejene so lahko s kolektivnimi pogodbami (npr. če v kolektivni pogodbi ni izrecno navedene premoženjske sankcije, potem je edina možna sankcija opomin) ter so, če so premoženjske sankcije dopustne, tudi izvršilne (Bagari et al. 2024, 1115). V nadaljevanju določbe 173.-176. člena določajo sam disciplinski postopek (Bagari et al. 2024, 1117; ZDR-1, člen 173–176), ki je po formi podoben postopku ob sprožitvi postopka redne odpovedi pogodbe o zaposlitve iz krivdnega razloga.

Misleč praktični primer bi po mnenju avtorja subjektivno krivdno odgovornost za neizvajanje naloženih opravil posamezni medicinski sestri v patronažnem varstvu bilo mogoče očitati – razumno je pričakovati, da pozna strokovne in druge dokumente, ki regulirajo njeno delo, in da pozna pravice zavarovancev obveznega zdravstvenega

zavarovanja. Kot pri zgoraj obdelanih členih ZDR-1 pa nastane problem, da morajo omenjeno materijo poznati tudi strukture v organizaciji nad njenim delovnim mestom, ki so pristojne za ugotavljanje neskladnosti ter ustrezno zakonito postopanje, če se zanj odločijo, pa temu očitno ni tako.

5. Zaključek

V jedru predmetnega dela je bila pregledana pravna in strokovna materija, ki opredeljuje raziskovalne cilje pričujočega dela. Obe materiji se medsebojno prepletata, še posebej v poklicih, v katerih delujejo strokovnjaki. Avtor pričujočega dela ugotavlja, da je materija pravno urejena razdrobljeno in da zelo verjetno zaradi razdrobljenosti prihaja do notranjih protislovij znotraj področja (zgoraj opisani primer NADZ/PATR/9 iz »vprašanja in odgovori« tipa dokumenta najnižje ravni Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije 2024), mnenje Zakonodajno-pravne službe (Državni zbor 2025) in zelo verjetno tudi v samo-dojemanju vloge in dela diplomiranih medicinskih sester v patronažni službi in pri njihovih nadrejenih v organizacijah, kjer delajo. Raziskava v okviru magistrskega dela Andreje Šavc je med 27 patronažnimi medicinskimi sestrami koroške regije anketa o poznavanju pravic pacientov glede na samooceno anketiranih patronažnih medicinskih sester pokazalo, da jih petnajst (56 %) meni, da poznajo nekaj pravic pacientov, enajst (41 %) jih meni, da poznajo pravice pacientov zelo dobro in ena (4 %) pozna pravice pacientov zelo slabo. Glede vsebine so se najslabše odrezale pri poznavanju pravice do svobodne izbire izvajalca in pravice do enakopravnega dostopa pri zdravstveni oskrbi (Šavc 2015). Ko so bile anketirane patronažne medicinske sestre naprošene, naj navedejo nekaj zakonov s pravicami pacientov, jih je 16 (59 %) navedlo ZPacP, ZVOP (Zakon o varstvu osebnih podatkov, op.a.) so navedle 3 (11 %), 2 (7 %) sta navedli ZZVZZ, ena (4 %) je navedla Ustavo RS, Pravilnik o pisni izjavi volje pacienta, Pravilnik o čakalnih dobah, Pravilnik o mediaciji v zdravstvu in Mednarodne deklaracije o pravicah pacientov (Šavc 2015). Kot je razvidno iz zbranih podatkov Šavc, je le 7% anketiranih navedlo katerega izmed področnih zakonov, ki urejajo pravice do storitev, kar je po mnenju avtorja tega dela zaskrbljujoče. V slovenski zakonodaji se na pravice pacientov sicer nanašajo zlasti naslednji predpisi: Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ), Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP), Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja. Na pravice pacientov se nanašajo še nekateri drugi predpisi, na primer: Zakon o zdravstveni dejavnosti, Zakon o nalezljivih boleznih (Zveza potrošnikov Slovenije 2024).

Po mnenju avtorja tega dela je nenavadno tudi, da plani upravnih nadzorov ustreznega državnega organa niso pregledno in pravočasno objavljeni, kot to zahteva ustreznih pravilnik (Pravilnik o upravnem nadzoru v zdravstvu 2018, člen 4), niti niso ažurno objavljena letna poročila o opravljenih nadzorih ustreznega državnega organa (Ministrstvo za zdravje 2021; Pravilnik o upravnem nadzoru v zdravstvu 2018, člen 13). To po mnenju avtorja preprečuje učenje iz morebitnih napak za preostale deležnike v sistemu, hkrati pa preprečuje postopno oblikovanje jasnega razumevanja veljavnih pravil (skozi postopek, podoben izdelani sodni praksi). Strokovno združenje – Zbornica letna poročila strokovnih nadzorov s svetovanjem redno objavlja v obliki analiz javno na svojih spletnih straneh (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije 2025c; Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije 2025d). Pomemben vidik je tudi, da morebitni »zunanjí pobudnik« nadzorov ni predviden kot relevantni deležnik in ni predvideno, da bi v pregled ali končno branje prejel izsledke nadzora¹⁰.

Kot je bilo zapisano v uvodu, je v celoti gledano slovenski zdravstveni sistem nekoliko izven uveljavljenih modelov (je pa pretežno Bismarckov), kar otežuje primerjave z drugimi državami in prenos tujih rešitev v slovenski zdravstveni sistem. Zato je potrebno zelo dobro poznati lokalne posebnosti za uveljavljanje morebitnih sprememb (Grad in Bolka 2024). Razdrobljenost in implicitna urejenost posameznih medsebojno prepletajočih se področij ustvarja tudi motnje v pravni varnosti, kot v svojem mnenju

¹⁰ Zainteresirani »zunanjí pobudnik« bi lahko zahteval kopijo poročila pri organu po Zakonu o dostopu do informacij javnega značaja. Ta določa postopek, ki vsakomur omogoča prost dostop in ponovno uporabo informacij javnega značaja, s katerimi razpolagajo državni organi, organi lokalnih skupnosti, javne agencije, javni skladi ter druge osebe javnega prava, nosilci javnih pooblastil in izvajalci javnih služb (ZDIJZ, člen 4). Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije je nosilka javnih pooblastil (ZZDej, člen 87c). Namen ZDIJZ je zagotoviti javnost in odprtost delovanja teh organov ter omogočiti fizičnim in pravnim osebam uresničevanje pravice do pridobivanja informacij javnega značaja, pri čemer si morajo organi prizadevati za čim večjo obveščenost javnosti o svojem delu (ZDIJZ, člen 2). Informacija javnega značaja je vsaka informacija, ki izvira iz delovnega področja organa in se nahaja v obliki dokumenta, zadeve, dosjeja, registra, evidence ali drugega dokumentarnega gradiva, ki ga je organ izdelal sam, v sodelovanju z drugim organom ali pridobil od drugih oseb (ZDIJZ, člen 4).

ugotavlja tudi Zakonodajno-pravna služba Državnega zbora Republike Slovenije v svojem mnenju o zadnji noveli Zakona o zdravstveni dejavnosti: »Tako je v Zakonu o interventnih ukrepih na področju zdravstva, dela in sociale ter z zdravstvom povezanih vsebin kot odstop od Zakona o zdravstveni dejavnosti še vedno določena trajna sistemska ureditev, ki se nanaša na izvajanje zdravstvene dejavnosti v posebnih pogojih, ter odstop od določb, ki urejajo pristojnost za opravljanje upravnega nadzora in odrejanje sistemskega nadzora. ZPS (zakonodajno-pravna služba, op.a.) je v svojih mnenjih že večkrat opozorila, da je oblikovanje odstopov od določb sistemskih zakonov, katerih trajanje ni omejeno na določeno časovno obdobje, neustrezno, saj imajo taki trajni odstopi po svoji vsebini značaj zakonske spremembe (novele) in zahtevajo ustrezno sistemske ureditev v področni zakonodaji. Navedeno zmanjšuje pravno varnost in možnost naslovnikov, da so v celoti seznanjeni s svojim pravnim položajem ter pravicami in obveznostmi, ki jih imajo (2. člen Ustave)« (Državni zbor 2025).

Prav tako je Ustavno sodišče že večkrat poudarilo, da lahko sistem pravic iz zdravstvenega varstva in v tem okviru tudi njihove omejitve ureja le zakon, ki mora v temelju urediti tudi način uresničevanja pravic. Podzakonski akt pa sme zakonsko normo razčleniti le do te mere, da s tem sam ne opredeljuje izvirno pravic in obveznosti in da zlasti z zakonom urejenih pravic in obveznosti ne zožuje (Odločba o razveljavitvi 50., 51. in 52. člena Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja 2022).

V fokusu pričujočega dela je bilo raziskati, kako lahko nezagotavljanje dostopa do pravice do zdravstvene oskrbe na praktičnem primeru patronažne službe odseva v ZDR-1 in iz tega zakona izhajajočih posledicah. Na kratko, za izvajanje kurativnih posegov v patronažni zdravstveni negi mora patronažna služba in diplomirana medicinska sestra v njej prejeti pisni delovni nalog bolnikovega izbranega zdravnika. V smislu ZDR-1 in ZJU je ta delovni nalog mogoče misliti v smislu pisnega navodila nadrejenega, ki ima tudi pravno težo v smislu odgovornosti glede izvajanja na tak način izražene volje nadrejenega. Neizvajanje nalog iz pisnega navodila bi moralo izpolnjevati določene pogoje, da bi bilo zakonsko dopustno (npr. biti kaznivo dejanje).

Če se neizvajanje kljub neizpolnjevanju takšnih zakonskih pogojev zgodi, potem lahko pomeni kršitev osnovne premise pogodbe o zaposlitvi in delovnega razmerja in bi v

načelu moral biti razlog za katerega izmed ukrepov v naboru ZDR-1, ki so mišljeni kot ukrepi za korekcijo smeri. Če bi bilo neizvajanje pisnih navodil izjemno hudo (recimo, da bi ogrožalo življenja) in nadaljnje sodelovanje ne bi bilo več možno (verjetno nobena zdravstvena ustanova ne more sodelovati z delavci, ki ogrožajo življenja ljudi, za katere bi morali skrbeti), bi to lahko bil tudi razlog za izredno odpoved s strani delodajalca.

Problem, na katerega pokaže tudi pričujoče delo pa je, da očitno obstajajo delovna okolja, ki ne prepoznavajo zgornjega logičnega toka oziroma sklepanja in ob kršitvah ni nobenih posledic. To je sicer legitimna odločitev delodajalca, vendar v dotičnem primeru trči ob pravico do uveljavljanja ustavno zagotovljene pravice do zdravstvenega varstva, zato bi po mnenju avtorja pričujočega dela morali vsi akterji še posebej dobro poznati mejna področja, pa jih očitno ne.

V zaključku se vračamo k raziskovalnim ciljem pričujočega dela s kratkim povzetkom najdb:

1. Prvi raziskovalni cilj je bil, ugotoviti vlogo patronažnih medicinskih sester pri pomoči (starostniku na domu) ter predvsem opredeliti pravni okvir, ki to vlogo v pravnem smislu definira,

Kot že omenjeno, Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju definira, da je patronažna služba del zdravstvene dejavnosti na primarni ravni:

Osnovna zdravstvena dejavnost vključuje patronažne obiske, zdravstveno nego, zdravljenje in rehabilitacijo bolnikov na domu ter oskrbo oseb v socialnovarstvenih in drugih zavodih (ZZVZZ, člen 7). Te storitve so sestavni del nalog, ki jih izvajajo zdravstveni domovi, ki so z njimi tudi definirani in se brez zagotavljanja teh storitev ne bi mogli imenovati zdravstveni domovi - kot javni zavodi zagotavljajo preventivno zdravstveno varstvo za vse skupine prebivalcev, splošno oziroma družinsko medicino, zobozdravstvo, zdravstveno varstvo žensk, otrok in mladine ter patronažno službo, kot določa zakonodaja (ZZVZZ, člen 9).

Tudi na podzakonski ravni se veriži zelo podoben, če ne enak opis: dejavnost zdravstvene nege, kamor sodi tudi patronažna služba, je opredeljena tudi v Pravilih obveznega

zdravstvenega zavarovanja. Ta določajo, da imajo zavarovane osebe pravico do storitev osnovne zdravstvene dejavnosti, med katere sodi tudi zdravstvena nega, razen v primeru, ko so jim v okviru obveznega zavarovanja za dolgotrajno oskrbo priznane primerljive storitve zdravstvene nege, povezane z osnovnimi dnevnimi opravili (PISRS, člen 26).

Reči je mogoče, da sta zakon in pravila široko zastavljena, vendar po mnenju avtorja tega dela dobro umeščata področje patronažnega varstva znotraj sistema zdravstvenega varstva. Glede na širino diktije v Zakonu od zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju in v Pravilih obveznega zdravstvenega varstva, je mogoče razumeti, da je zakonodajalec predvidel (to mišljenje je na primer, mogoče podpreti tudi z OZ, kot opisano zgoraj v dokumentu), da so vsebinske razprave, kaj točno so opravila, njih obseg in globina, v patronažnem zdravstvenem varstvu, v domeni strokovnih združenj. In res, strokovno združenje medicinskih sester, Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih Tehnikov Slovenije je nalogo vzela resno in v dokumentu z naslovom Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu zelo obširno definirala aktivnosti diplomirane medicinske sestre v patronažnem zdravstvenem varstvu, kot opisano zgoraj (Železnik et al. 2011). Dodatno so zelo dobro definirali tudi, kaj pomenijo posamezni elementi bolnikovih potreb, na primer osnovnih življenjskih, kot opisano prej v dokumentu. Po mnenju avtorja tega dela je pomembno ugotoviti, da se delovanje patronažne službe in patronažnih medicinskih sester v njej, na nekaterih področjih dotika in prekriva s sistemom socialne oskrbe prebivalcev. Vendar je mogoče za to presečišče iz zakonov in podzakonskih aktov razbrati bistveno razliko: razlika med njima je, da se socialna oskrba dogaja »spontano«, torej, ko potrebo identificira uporabnik ali druge službe, ki skrbijo za dobrobit državljanov, vključno s patronažno službo. Zdravstvena nega pa se izvaja izključno po navodilu (z delovnim nalogom) zdravnika in je lahko iste narave kot nekatera opravila socialnih oskrbovalcev. Ta razlika je podana implicitno, uporabnik mora materijo poznati širše, da jo razume.

2. Drugi raziskovalni cilj je bil, opredeliti, kaj bi lahko šlo narobe pri uveljavljanju definiranih pravic in kakšne so možne pritožbene poti uporabnika storitev v takšnem primeru,

Iz teoretske podlage, opisane zgoraj, in glede na opisani praktični primer, so v grobem stvari, ki bi lahko šle narobe, naslednje:

Nep priznavanje pravice – Izvajalec zdravstvenih storitev napačno presodi, da zavarovanec do določene pravice ni upravičen, bodisi zaradi nepoznavanja zakonodaje bodisi napačne interpretacije pravil.

Težave pri izvedbi – Čeprav je pravica priznana, lahko pride do zamud pri zagotavljanju storitve, pomanjkanja terminov ali organizacijskih zapletov (npr. napačno vodenje čakalnih vrst, administrativne napake).

Neustrezen odnos – Zavarovanec se lahko sooči z neprijaznim ali neprofesionalnim pristopom zdravstvenih delavcev, ki otežuje uveljavljanje pravic in ustvarja občutek neenake obravnave.

Dodatne administrativne ovire – Zahteve po nepotrebnih dokumentaciji, nepravilno izpolnjeni obrazci ali nejasna navodila lahko vodijo do zavrnitve ali zavlačevanja postopka.

Pritožbeni postopek – Če zavarovanec želi uveljavljati pritožbo na katerokoli od stopenj, se lahko sooči s slabo dostopnimi informacijami, dolgotrajnimi postopki in zapletenimi pravnimi določili, kar lahko odvrta od iskanja pravice.

V nalogi so bile opisane možne pritožbene poti po Zakonu o pacientovih pravicah (na primer pritožba pri izvajalcu), možna sodna pot in pot preprečevanja istovrstnih napak v prihodnje s sprožitvijo nadzornih dejanj pristojnih institucij (inšpekcijski nadzor, pritožba pri Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije, strokovni nadzor s svetovanjem pri ustreznem strokovnem združenju, upravni nadzor in kombinacija slednjih dveh kot sistemski nadzor kot dejanji Ministrstva za zdravje). Avtorju pričujočega dela se zdi zanimivo, da ne izvajalec ne Zdravstveni inšpektorat ni prepoznal problema kot področje uresničevanja pacientovih pravic, kar potrjuje prej v besedilu zapisano sklepanje, da ta zakon zelo verjetno ni pravi za tak tip situacije. Takšno razmišljanje potrjuje tudi preje v besedilu opisana sodna praksa pri iztoževanju pravic iz obveznega zdravstvenega

zavarovanja, kjer se odločitve oslanjajo predvsem na Zakon o zdravstvenem varstvu in zavarovanju ter Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja.

3. Tretji raziskovalni cilj je bil, opredeliti, ali imajo kršitve dolžnosti patronažnih medicinskih sester lahko tudi posledice z delovnopravnega vidika, specifično na primeru nepoznavanja lastne delovne vloge patronažne medicinske sestre

Zgoraj opisana Sodba Višjega delovnega in socialnega sodišča Pdp 668/98 obravnava primer medicinske sestre, ki je v dežurni ambulanti samostojno opravila odstranitev odmrlega tkiva pri pacientki, ne da bi prejela navodilo ali odobritev zdravnika. Na kratko, posledica takšnega ukrepanja je bilo prenehanje delovnega razmerja z glavnim razlogom prekoračenja pooblastil (VDS Sodba Pdp 668/98, 19. 10. 2000).

Per analogiam je po mnenju avtorja pričujočega dela mogoče sklepati, da bi sodišče tudi v primeru izrecnega navodila, kaj naj medicinska sestra stori s strani zdravnika, kar za patronažno sestro predstavlja dokument »delovni nalog«, kot opisano zgoraj, utegnilo odločiti enako in z enakim razmislekom, da si je prisvojila pooblastila, ki jih nima.

Tudi, če bi bil nalog formalno neustrežno izpolnjen, uporabnik ob neprimerno izdanih nalogih ne sme utrpeti škode (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije 2018) in formalne napake morajo biti urejene paralelno znotraj sistema.

Strokovna odločitev, čemu zdravnik predpiše delovni nalog, ni predmet pričujočega dela, ima pa lahko mnogo dimenzij, na primer preprečevanje hospitalizacije, ki ima lahko pri starostnikih, še posebej tistih s kognitivnim upadom, hude posledice, in se jih uporablja res samo v primerih, ko druge možnosti ni (Creditor 2000; Guijarro et al. 2010; Sanon 2020; Shepperd et al. 2009).

V zgornjem besedilu so že bili omenjeni člani ZDR-1, ki bi prišli v prav pri premisleku o tem, ali ima ignoriranje navodil lahko delovnopravne posledice: člen 34 , člen 37 , člen 89, člen 110 in člen 172. Na tem mestu je pomembno še posebej izpostaviti drugo alinejo 89. člena, ki poudari pomen strokovnosti in s tem s strani strokovnih združenj definiranih dokumentov, kar je natančneje razdelano pri opisu 110 člena ZDR-1 zgoraj, ki se naj bi jih člani določene poklicne skupine držali (za strokovnjake, tudi diplomirane medicinske

sestre velja višji standard poklicne skrbnosti po OZ, kot opisano), saj so med razlogi za redno odpoved delovnega razmerja tudi nedoseganje pričakovanih delovnih rezultatov, ker delavec dela ne opravlja pravočasno, strokovno in kvalitetno; prav tako pa neizpolnjevanje formalnih pogojev za opravljanje dela, določenih z zakoni in drugimi predpisi (npr. ohranjanje licence, če je ta potrebna, op. a.), zaradi česar delavec ne izpolnjuje obveznosti iz delovnega razmerja (ZDR-1, člen 89).

Bistvena ugotovitev pregleda pravne materije je, da jo mora poznati ne samo dotični strokovnjak oziroma strokovjakinja na dotičnem delovnem mestu, v pričujočem primeru diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu, temveč tudi njihovi nadrejeni oziroma organizacijske strukture pri delodajalcu, kjer so zaposlene/-i, saj drugače ni mogoče pričakovati prepoznavanja morebitnih kršitev, ugotovitve njihovega obstoja ter pravilne izbire korekcijskih postopkov; po ZDR-1 na primer od najmilejšega disciplinskega opomina preko redne odpovedi do izredne odpovedi pogodbe o zaposlitvi ob najtežjih kršitvah z najhujšimi posledicami za nadaljevanje delovnega razmerja.

4. Četrty raziskovalni cilj je bil, za ilustracijo uporabiti dejanski primer uveljavljanja pravic in kaj je šlo narobe, z opisom rezultatov uveljavljanja pritožbenih oziroma nadzornih poti.

V opisanem praktičnem primeru je mogoče videti, da so se težave začele že pri prepoznavanju pacientove pravice iz Obveznega zdravstvenega zavarovanja kot take. Nadalje vključene vodje dopisovanja niso prepoznale kot pritožbo ali nanjo ustrezno odreagirale po Zakonu o pacientovih pravicah. Ker je družina gospoda P. na koncu vendarle prepričala izvajalca v pravilno izvajanje pravil v praksi, in je gospod P. storitve, ki mu pripadajo, tudi dobil, bi bilo definiranje individualnega pravnega interesa za sodno pot v najboljšem primeru težavno. Da pa se prepreči podobne situacije za druge uporabnike, so sprožili nadzorna dejanja ustreznih inštitucij, kot opisano zgoraj: Zahteva za nadzor je bila poslana Zdravstvenemu inšpektoratu, Zavodu za zdravstveno Zavarovanje Slovenije, Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije ter Ministrstvu za zdravje. Izhod zadnjih dveh nadzornih dejanj v času pisanja tega dela še ni znan, ostali pa so sproti opisani v besedilu zgoraj. Problematično je, da zunanji

pobudniki nadzorov niso relevantni deležniki in niso vključeni v pregled ali končno prebiranje poročila. Dodatna ovira je še neažurno objavljanje poročil nadzorov, kar po mnenju avtorja onemogoča sprotno učenje in omogoča ponavljanje istih napak v nedogled.

V nadaljevanju bo strnjeno predstavljen rezultat kabinetne raziskave po točkah, kar bo vodilo do sprejemanja ali zavračanja hipotez:

H1: Patronažna služba in delo patronažne medicinske sestre je zelo natančno definirana po svojem obsegu in vsebini.

Na zakonski ravni je na široko opredeljeno, kaj so pravice zavarovancev iz Obveznega zdravstvenega zavarovanja glede patronažne službe. Za razumevanje dikcije zakona je potrebno poznavanje tudi področnih strokovnih vsebin, ki so razdelane v detajle. Pravice zavarovancev so urejene razdrobljeno in za tolmačenje je potrebno poznavanje več sosednjih zakonov in podzakonskih aktov (pravilnikov). V mikro-detajlih je delo diplomirane patronažne sestre opredeljeno v dokumentu »Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu« (Železnik et al. 2011), ki, kot je pokazano v besedilu zgoraj in pri hipotezi H3 spodaj, ni samostojen dokument, temveč je vpet v siceršnji pravni red, ki ureja dotično področje. Najmanjši skupni imenovalec širšega pravnega reda bi lahko bil OZ, ki omenja skrbnost dobrega strokovnjaka, kar diplomirane medicinske sestre v patronažni službi prav gotovo so, in kot take so zavezane k ravnanju z večjo skrbnostjo, po pravilih stroke in po običajih (OZ, člen 6). Ta člen medsebojno pravno poveže strokovne dokumente Zbornice-Zveze in ZDR-1.

Hipotezo H1 Je tako mogoče potrditi, četudi bi si bilo mogoče želeli manj razdrobljene in jasnejše pravne ureditve z vsaj eksplicitno odkazano uporabo dokumentov strokovnih združenj v področnih zakonih za razumevanje zakonske dikcije.

H2: Pacient/uporabnik storitev ima na voljo jasne poti do uveljavljanja svojih pravic.

Zakon o pacientovih pravicah je glede pritožbenih poti jasen. Ni pa popolnoma transparentno dostopno, kaj lahko posameznik naredi, če ugotovi sistemsko napako in želi pristojne nanjo opozoriti in jo pomagati odpraviti za prihodnje uporabnike v podobni

situaciji. Kot opisano zgoraj, se sistem nadzorov ne zdi naravnan tako, da bi omogočal stalno učenje in izboljševanje temveč bolj kot svetovalni servis potencialnim kršiteljem. Informacije o tem, kdo lahko zahteva nadzorna dejanja, kdaj in kako, so razdrobljene. Nadzorne institucije tudi ali ravna ne logično in nepopolno, kot v primeru poziva k nadzoru ZZZS, ali pa izjavijo, da niso nadzorni in se naj s problemom ukvarja neka druga institucija, kot v primeru dopisa Zdravstvenega inšpektorata. Problematično je tudi, da pacient, če sproži postopke nadzora (strokovni nadzor s svetovanjem ali upravni nadzor ali sistemski nadzor) ni relevantni deležnik in na nadaljnje postopke nima vpliva, v njih ni udeležen in ni predvideno, da bi v kateremkoli koraku prejel poročilo o nadzoru.

Hipotezo H2 je tako mogoče potrditi le deloma, ker je ZpacP jasen.

H3: Neizpolnjevanje del in nalog, kot so definirana za patronažno medicinsko sestro v drugih pravnih aktih, lahko ima pravne posledice v smislu delovnega prava (ZDR-1).

Delavčeve obveznosti izhajajo neposredno iz pogodbe o zaposlitvi, ZDR-1 pa opredeljuje tudi obveznost opravljanja dela, obveznost obveščanja, prepoved škodljivega ravnanja, varovanje poslovne skrivnosti, prepoved konkurence. Ob tem delavce zavezujejo še drugi zakoni, podzakonski akti, kodeksi ravnanja za posamezne poklice in notranji akti delodajalca (Bagari et al. 2024, 757). Zgoraj so že bili omenjeni členi ZDR-1, ki bi prišli v prav pri premisleku o morebitnih delovnopravnih posledicah: člen 34 , člen 37 , člen 89, člen 110 in člen 172. Avtor bi želel še posebej izpostaviti drugo alinejo 89. člena, ki poudari pomen strokovnega opravljanja dela z grožnjo redne odpovedi delovnega razmerja, če temu ni tako (ZDR-1, člen 89) in drugo alinejo 110. člena ZDR-1, kot opisano zgoraj v besedilu. Ta člena sta po avtorjevem mnenju vez med ZDR-1 in dokumenti in zakoni, ki opisujejo strokovno delo patronažnih medicinskih sester, na primer že omenjeni dokument »Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu (Železnik et al. 2011), Zakon o zdravstvenem varstvu in zavarovanju in Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja. V razumevanje in razlago je mogoče vpeti je tudi Obligacijski zakonik, ki posebno skrb dobrega strokovnjaka nalaga – strokovnjakom, kar diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu nedvomno so (OZ, člen 6).

Hipotezo H3 je tako mogoče potrditi.

Povsem na koncu pričujočega dela sledi nekaj predlogov za izboljšanje pravnih okvirjev in praks v patronažni službi.

Kot prvi in osnovni predlog za izboljšavo je po mnenju avtorja pričujočega dela potrebno navesti izobraževanje za vse deležnike – diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu, vodje patronažne službe in direktorje zdravstvenih domov o uporabnikovih pravicah iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Iz raziskave, ki jo je opravila Šavc (Šavc 2015) in opisanega praktičnega primera izhaja, da je na tem področju še dosti prostora za izboljšave. Kot ugotavlja tudi Perušek (2015) v svojem magistrskem delu, patronažne medicinske sestre kot ključno podporo družinskim oskrbovalcem izpostavljajo informiranje o razpoložljivi pomoči drugih služb, usposabljanje za nego ter možnost pogovora o izzivih oskrbe. Pri svojem delu poudarjajo dostojanstveno obravnavo starejših, strokovno usposobljenost in izboljšanje kakovosti njihovega življenja. Hkrati ugotavlja visoka pričakovanja do družinskih oskrbovalcev – večina patronažnih medicinskih sester meni, da bi morali aktivno sodelovati pri oskrbi, če živijo z oskrbovancem. Prav tako pričakujejo, da se po pridobitvi ustreznega znanja vključijo v izvajanje tudi bolj zahtevnih negovalnih nalog. Kljub temu mnogi oskrbovalci nimajo izbire pri prevzemu te vloge, pogosto niso dovolj usposobljeni ali pa niso zmožni oskrbe (Perušek 2015).

Nadaljnji predlog za izboljšavo je aktivacija informiranih uporabnikov. Nikomur ne koristijo, če se dnevno srečujemo z anomalijami sistema in ob njih zamahnemo v roko, češ, naj se nekdo drug ukvarja s tem. Če enako naredimo vsi, potem nikoli ne more biti boljše. Pomembno je torej tudi izobraževanje uporabnikov storitev, da poznajo svoje pravice in kaj narediti, če stvari ne gredo po pričakovanjih.

Na strani pristojnih nadzornih organov bi bilo nujno redno in transparentno objavljanje rezultatov nadzorov – ne z vidika kaznovanja vpletenih, temveč z vidika systemskega učenja, da lahko napako najdeno pri enem izvajalcu, odpravijo tudi drugi. Kot omenjeno v tekstu, je mogoče ažurna letna poročila oziroma letno analizo nadzorov najti le pri Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

In kot zadnji predlog za izboljšavo, glede na to, da ima ne-strokovnost dokaj jasne in predvidene posledice po ZDR-1, bi tudi s pričujočega področja bilo potrebno oblikovati sodno prakso, v navezavi s prej omenjeno aktivacijo opolnomočenih uporabnikov, ki bo nadaljevala proces vse bolj in bolj natančnega razumevanja pravne ureditve. Kot je razvidno iz pregleda pravnih in strokovnih dokumentov v pričujočem delu in predstavitve praktičnega primera, je povsem mogoče, da v dokumentih višje ali nižje ravni piše nekaj, v praksi pa se izvaja (ali ne izvaja) nekaj povsem drugega.

6. Reference

- AARC Consortium. 2021. Situation analysis: National context of Quality of care, patient safety and clinical risk management and patient compensation, julij. <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/4-ZBIRKE/Programi-in-projekti/Podpora-izboljsanju-kakovosti-zdravstvenega-varstva-in-varnosti-bolnikov-v-Sloveniji/situacijska-analiza.pdf> (pridobljeno 5. 5. 2025).
- Albreht, Tit. 2011. Slovenian health care in transition: Studies on the changes in the Slovenian health care system from 1985 until 2010: PhD thesis. Ljubljana: National Institute of Public Health of Slovenia. <https://dare.uva.nl/search?identifier=bb42a0d3-8bc7-4fe8-9fee-f5e8bebc5dd2> (pridobljeno 5. 5. 2025).
- Albreht, Tit; Klazinga, Niek. 2010. Balancing equity and efficiency through health care policies in Slovenia during the period 1990-2008. *Slovenian Journal of Public Health* 49, št. 2: 49–60.
- Albreht, Tit; Pribaković Brinovec, Radivoje; Jošar, Dušan; Poldrugovac, Mircha; Kostnapfel, Tatja; Zaletel, Metka; Pantei, Dimitra; Maresso, Anna. 2016. Slovenia: Health system review. *Health Systems in Transition* 18, št. 3: 1–207. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/330245/HiT-18-3-2016-eng.pdf?sequence=5> (pridobljeno 5. 5. 2025).
- Bagari, Sara; Bečan, Irena; Belopavlovič, Nataša; Debelak, Marijan; Kogej Dmitrovič, Biserka; Korpič-Horvat, Etelka; Kresal, Barbara; Kresal Šoltes, Katarina; Mežnar, Špela; Polajžar, Aljoša; Senčur Peček, Darja; Šetinc Tekavc, Martina; Tancer Verboten, Mojca. 2024. *Zakon o delovnih razmerjih: (ZDR-1): s komentarjem*. Ljubljana: Lexpera, GV založba.
- Bauernschuster, Stefan; Driva, Anastasia; Hornung, Erik. 2020. Bismarck's Health Insurance and the Mortality Decline. *Journal of the European Economic Association* 18, št. 5: 2561–2607.
- Creditor, Morton C. 2000. Hazards of Hospitalization of the Elderly. *Annals of Internal Medicine* 118, št. 3: 219–223.
- Državni zbor. 2025. Mnenje o Predlogu zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstveni dejavnosti (ZZDej-N), druga obravnava, EPA 1917-IX. Državni zbor, 25. februar. <https://imss.dz-rs.si/IMiS/ImisAdmin.nsf/ImisnetAgent?OpenAgent>

- &2&DZ-MSS-01/46ac144c3c5f0ca26f7a969e9c6cdd97582adba36cd72d9b03c3d0675cf8e3ce (pridobljeno 5. 5. 2025).
- Grad, Diana; Bolka, Anka. 2024. Zdravstveni sistemi v Evropi in kam umestiti Slovenijo. Občasnik 29, št. 1: 4–5.
- Guijarro, Ricardo; San Román, Carlos M.; Gómez-Huelgas, Ricardo; Villalobos, Aurora; Martín, Magdalena; Guil, María; Martínez-González, Miguel-Ángel; Toledo, Juan B. 2010. Impact of Dementia on Hospitalization. *Neuroepidemiology* 35, št. 2: 101–108.
- Ivanc, Blaž. 2011a. Opredelitev in razmerje do drugih ustavnih določb. Komentar Ustave Republike Slovenije. <http://e-kurs.si/komentar/opredelitev-in-razmerje-do-drugih-ustavnih-dolocb-65/> (pridobljeno 5. 5. 2025).
- Ivanc, Blaž. 2011b. Področje varovanja. Komentar Ustave Republike Slovenije. <http://e-kurs.si/komentar/podrocje-varovanja-44/> (pridobljeno 5. 5. 2025).
- Kirurški sanatorij Rožna dolina. 2014. Obvestilo za paciente o možnih načinih za vložitev pritožbe. Kirurški sanatorij Rožna dolina, 1. januar. https://www.kirurski-sanatorij.si/sites/default/files/imce/obvestilo_za_paciente_o_monih_nainih_za_vloit_ev_pritobe.pdf (pridobljeno 5. 5. 2025).
- Kozun-Cieslak, Grazyna; Zdrazil, Pavel. 2021. Efficiency of Healthcare Systems in the European Union States – Who Performs Better – Bismarckians or Beveridgeans? *European Research Studies Journal* 24, št. 2: 397–411.
- Kramar, Zdenka. 2022. Zdravstvena nega od teorije do prakse. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Kresal, Barbara. 2002a. Omejitve in dopustnost omejitev. Komentar Ustave Republike Slovenije, 2002. <http://e-kurs.si/komentar/omejitve-in-dopustnost-omejitev-4/> (pridobljeno 5. 5. 2025).
- Kresal, Barbara. 2002b. Opredelitev pojma in razmerje do drugih ustavnih določb. Komentar Ustave Republike Slovenije. <http://e-kurs.si/komentar/opredelitev-pojma-in-razmerje-do-drugih-ustavnih-dolocb-3/> (pridobljeno 5. 5. 2025).
- Kresal, Barbara. 2002c. Področje varovanja. Komentar Ustave Republike Slovenije. <http://e-kurs.si/komentar/podrocje-varovanja-21/> (pridobljeno 5. 5. 2025).
- Leslie, Jamie Lynn; Lonneman, William. 2016. Promoting Trust in the Registered Nurse-Patient Relationship. *Home Healthcare Now* 34, št. 1: 38–42.

- Ministrstvo za zdravje. 2021. Nadzori v zdravstvu. Ministrstvo za zdravje, 22. marec. <https://www.gov.si teme/nadzori-v-zdravstvu/> (pridobljeno 5. 5. 2025).
- Obligacijski zakonik (OZ), Uradni list RS, št. 97/07 – uradno prečiščeno besedilo, 64/16 – odl. US in 20/18 – OROZ631.
- Odločba o razveljavitvi 50., 51. in 52. člena Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja, Uradni list RS, št. 142/22.
- Odločba Ustavnega sodišča Republike Slovenije št. U-I-50/97 z dne 16. 12 1999.
- Perušek, Anica. 2015. Vloga patronažnih medicinskih sester pri pomoči družinskim oskrbovalcem starejših oseb: magistrsko delo. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice.
- Pogodba o delovanju Evropske unije z dne 13. decembra 2007 – prečiščena različica (PDEU), Uradni list EU, št. C 202/06.
- Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (PISRS), Uradni list RS, št. 79/94, 73/95, 39/96, 70/96, 47/97, 3/98, 3/98, 51/98 – odl. US, 73/98 – odl. US, 90/98, 6/99 – popr., 109/99 – odl. US, 61/00, 64/00 – popr., 91/00 – popr., 59/02, 18/03, 30/03, 35/03 – popr., 78/03, 84/04, 44/05, 86/06, 90/06 – popr., 64/07, 33/08, 7/09, 88/09, 30/11, 49/12, 106/12, 99/13 – ZSVarPre-C, 25/14 – odl. US, 25/14, 85/14, 10/17 – ŽČmIS, 64/18, 4/20, 42/21 – odl. US, 61/21, 159/21 – ZZVZZ-P, 183/21, 196/21 – ZDOsk, 142/22 – odl. US, 163/22, 124/23 in 82/24.
- Pravilnik o izvajanju strokovnega nadzora s svetovanjem v dejavnosti zdravstvene in babiške nege, Uradni list RS, št. 3/16 in 64/17 – ZZDej-K.
- Pravilnik o nadzoru nad izvajalci zdravstvenih storitev, Uradni list RS, št. 15/24.
- Pravilnik o sistemskega nadzoru v zdravstvu, Uradni list RS, št. 39/18 in 122/22.
- Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev pomoč družini na domu, socialni servis, institucionalno varstvo in vodenje in varstvo ter zaposlitev pod posebnimi pogoji, Uradni list RS, št. 47/24 in 56/25.
- Pravilnik o upravnem nadzoru v zdravstvu, Uradni list RS, št. 39/18, 122/22 in 22/23.
- Sanon, Martine. 2020. Hazards of Hospitalization. V: Geriatric Practice: A Competency Based Approach to Caring for Older Adults, 403–423. Ur. Audrey Chun. Cham: Springer.
- Shepperd, Sasha; Doll, Helen; Angus, Robert M.; Clarke, Mike J.; Iliffe, Steve; Kalra, Lalit; Aimonio Ricauda, Nicoletta; Tibaldi, Vittoria; Wilson, Andrew D. 2009. Avoiding hospital admission through provision of hospital care at home: a systematic

- review and meta-analysis of individual patient data. Canadian Medical Association Journal 180, št. 2: 175–182.
- Shufani, Nizar. 2023. Does the Type of Healthcare Financing Systems Matter for Efficiency? Journal of Health Management 25, št. 1: 87–96.
- Sklep Višjega delovnega in socialnega sodišča št. Psp 473/18 z dne 14. 3. 2019. [https://www.sodnapraksa.si/?q=pravice%20obveznega%20zdravstvenega&database\[SOVS\]=SOVS&database\[IESP\]=IESP&database\[VDSS\]=VDSS&database\[UPRS\]=UPRS&database\[SEU\]=SEU&database\[NEGM\]=NEGM&database\[SOSC\]=SOSC&database\[SOPM\]=SOPM&_submit=i%C5%A1%C4%8Di&rowsPerPage=20&page=1&id=2015081111428618](https://www.sodnapraksa.si/?q=pravice%20obveznega%20zdravstvenega&database[SOVS]=SOVS&database[IESP]=IESP&database[VDSS]=VDSS&database[UPRS]=UPRS&database[SEU]=SEU&database[NEGM]=NEGM&database[SOSC]=SOSC&database[SOPM]=SOPM&_submit=i%C5%A1%C4%8Di&rowsPerPage=20&page=1&id=2015081111428618) (pridobljeno 5. 5. 2025).
- Sklep Vrhovnega sodišča št. VIII Ips 67/15 z dne 14. 10. 2015. [https://www.sodnapraksa.si/?q=pravice%20obveznega%20zdravstvenega&database\[SOVS\]=SOVS&database\[IESP\]=IESP&database\[VDSS\]=VDSS&database\[UPRS\]=UPRS&database\[SEU\]=SEU&database\[NEGM\]=NEGM&database\[SOSC\]=SOSC&database\[SOPM\]=SOPM&_submit=i%C5%A1%C4%8Di&rowsPerPage=20&page=1&id=2015081111389676](https://www.sodnapraksa.si/?q=pravice%20obveznega%20zdravstvenega&database[SOVS]=SOVS&database[IESP]=IESP&database[VDSS]=VDSS&database[UPRS]=UPRS&database[SEU]=SEU&database[NEGM]=NEGM&database[SOSC]=SOSC&database[SOPM]=SOPM&_submit=i%C5%A1%C4%8Di&rowsPerPage=20&page=1&id=2015081111389676) (pridobljeno 5. 5. 2025).
- Sklepi Sveta o skupnih vrednotah in načelih zdravstvenih sistemov Evropske unije, Uradni list EU, št. C 146/06.
- Sodba Višjega delovnega in socialnega sodišča št. Pdp 610/15 z dne 16. 7. 2015. [https://www.sodnapraksa.si/?q=medicinska%20sestra%20infuzija&database\[SOVS\]=SOVS&database\[IESP\]=IESP&database\[VDSS\]=VDSS&database\[UPRS\]=UPRS&database\[SEU\]=SEU&database\[NEGM\]=NEGM&database\[SOSC\]=SOSC&database\[SOPM\]=SOPM&_submit=i%C5%A1%C4%8Di&rowsPerPage=20&page=0&id=2015081111388935](https://www.sodnapraksa.si/?q=medicinska%20sestra%20infuzija&database[SOVS]=SOVS&database[IESP]=IESP&database[VDSS]=VDSS&database[UPRS]=UPRS&database[SEU]=SEU&database[NEGM]=NEGM&database[SOSC]=SOSC&database[SOPM]=SOPM&_submit=i%C5%A1%C4%8Di&rowsPerPage=20&page=0&id=2015081111388935) (pridobljeno 5. 5. 2025).
- Sodba Višjega delovnega in socialnega sodišča št. Pdp 668/98 z dne 19. 10. 2000. [https://www.sodnapraksa.si/?q=patronažna*&database\[SOVS\]=SOVS&database\[IESP\]=IESP&database\[VDSS\]=VDSS&database\[UPRS\]=UPRS&database\[SEU\]=SEU&database\[NEGM\]=NEGM&database\[SOSC\]=SOSC&database\[SOPM\]=SOPM&_submit=išči&rowsPerPage=20&page=0&id=52918](https://www.sodnapraksa.si/?q=patronažna*&database[SOVS]=SOVS&database[IESP]=IESP&database[VDSS]=VDSS&database[UPRS]=UPRS&database[SEU]=SEU&database[NEGM]=NEGM&database[SOSC]=SOSC&database[SOPM]=SOPM&_submit=išči&rowsPerPage=20&page=0&id=52918) (pridobljeno 5. 5. 2025).
- Sodba Višjega delovnega in socialnega sodišča št. Psp 160/15 z dne 21. 5. 2015. [https://www.sodnapraksa.si/?q=pravice%20obveznega%20zdravstvenega&database\[SOVS\]=SOVS&database\[IESP\]=IESP&database\[VDSS\]=VDSS&database\[UPRS\]=UPRS&database\[SEU\]=SEU&database\[NEGM\]=NEGM&database\[SOSC\]=SOSC&database\[SOPM\]=SOPM&_submit=i%C5%A1%C4%8Di&rowsPerPage=20&page=1&id=2015081111428618](https://www.sodnapraksa.si/?q=pravice%20obveznega%20zdravstvenega&database[SOVS]=SOVS&database[IESP]=IESP&database[VDSS]=VDSS&database[UPRS]=UPRS&database[SEU]=SEU&database[NEGM]=NEGM&database[SOSC]=SOSC&database[SOPM]=SOPM&_submit=i%C5%A1%C4%8Di&rowsPerPage=20&page=1&id=2015081111428618) (pridobljeno 5. 5. 2025).

- OSC&database[SOPM]=SOPM&_submit=i%C5%A1%C4%8Di&rowsPerPage=20&page=0&id=2015081111383296 (pridobljeno 5. 5. 2025).
- Sodba Vrhovnega sodišča Republike Slovenije št. VIII Ips 2/18 z dne 30. 5. 2018. [https://www.sodnapraksa.si/search.php?q=medicinska%20sestra%20iz%20denarnice&database\[SOVS\]=SOVS&database\[IESP\]=IESP&database\[VDSS\]=VDSS&database\[UPRS\]=UPRS&database\[SEU\]=SEU&database\[NEGM\]=NEGM&database\[SOSC\]=SOSC&database\[SOPM\]=SOPM&_submit=i%C5%A1%C4%8Di&rowsPerPage=20&page=0&id=2015081111419548](https://www.sodnapraksa.si/search.php?q=medicinska%20sestra%20iz%20denarnice&database[SOVS]=SOVS&database[IESP]=IESP&database[VDSS]=VDSS&database[UPRS]=UPRS&database[SEU]=SEU&database[NEGM]=NEGM&database[SOSC]=SOSC&database[SOPM]=SOPM&_submit=i%C5%A1%C4%8Di&rowsPerPage=20&page=0&id=2015081111419548) (pridobljeno 5. 5. 2025).
- Šavc, Andreja. 2015. Prepoznavanje pravic in dolžnosti pacientov v patronažni zdravstveni negi: magistrsko delo. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
- Unger, Jean-Pierre; De Paepe, Pierre. 2019. Commercial Health Care Financing: The Cause of U.S., Dutch, and Swiss Health Systems Inefficiency? *International Journal of Health Services* 49, št. 3: 431–456.
- Ustava Republike Slovenije (URS), Uradni list RS, št. 33/91-I, 42/97 – UZS68, 66/00 – UZ80, 24/03 – UZ3a, 47, 68, 69/04 – UZ14, 69/04 – UZ43, 69/04 – UZ50, 68/06 – UZ121,140,143, 47/13 – UZ148, 47/13 – UZ90,97,99, 75/16 – UZ70a in 92/21 – UZ62a.
- Vrhnjak, Blaž. 2024. Res moramo biti družba „ne da se“? *Isis* 33, št. 10: 35–36.
- Vrhnjak, Sabina. 2024. (OSEBNA IZPOVED) (Ne)dostojno staranje: Zgodba o “popolni” družini - in klavrnih možnostih oskrbe starejših na domu. Večer, 10. avgust. <https://vecer.com/v-soboto/osebna-izpoved-nedostojno-staranje-zgodba-o-popolni-druzini---in-klavrnih-moznostih-oskrbe-starejsih-na-domu-10363016> (pridobljeno 5. 5. 2025).
- Zakon o arhivskem gradivu, ki vsebuje osebne podatke o zdravljenju pacienta (ZAGOPP), Uradni list RS, št. 85/16.
- Zakon o delovnih razmerjih (ZDR-1), Uradni list RS, št. 21/13, 78/13 – popr., 47/15 – ZZSDT, 33/16 – PZ-F, 52/16, 15/17 – odl. US, 22/19 – ZPosS, 81/19, 203/20 – ZIUPOPDVE, 119/21 – ZČmIS-A, 202/21 – odl. US, 15/22, 54/22 – ZUPŠ-1, 114/23 in 136/23 – ZIUZDS.
- Zakon o dolgotrajni oskrbi (ZDOsk-1), Uradni list RS, št. 84/23, 112/24 in 44/25.

Zakon o dostopu do informacij javnega značaja (ZDIJZ), Uradni list RS, št. 51/06 – uradno prečiščeno besedilo, 117/06 – ZDavP-2, 23/14, 50/14, 19/15 – odl. US, 102/15, 7/18, 141/22 in 40/25 – ZInfV-1.

Zakon o Informacijskem pooblaščenju (ZInfP), Uradni list RS, št. 113/05 in 51/07 – ZUstS-A.

Zakon o inšpekciji dela (ZID-1), Uradni list RS, št. 19/14 in 55/17.

Zakon o interventnih ukrepih na področju zdravstva, dela in sociale ter z zdravstvom povezanih vsebin (ZIUZDS), Uradni list RS, št. 136/23, 35/24 – ZZdrS-J, 102/24 – ZZKZ, 112/24 – ZDIUZDZ in 32/25 – ZZDej-N.

Zakon o javnih uslužbencih (ZJU), Uradni list RS, št. 63/07 – uradno prečiščeno besedilo, 65/08, 69/08 – ZTFI-A, 69/08 – ZZavar-E, 40/12 – ZUJF, 158/20 – ZIntPK-C, 203/20 – ZIUPOPDVE, 202/21 – odl. US, 3/22 – ZDeb in 32/25 – ZJU-1.

Zakon o osebni asistenci (ZOA), Uradni list RS, št. 10/17, 31/18 in 172/21.

Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP), Uradni list RS, št. 15/08, 55/17, 177/20 in 100/22 – ZNUZSZS.

Zakon o priznavanju poklicnih kvalifikacij zdravnik, zdravnik specialist, doktor dentalne medicine in doktor dentalne medicine specialist (ZPPKZ), Uradni list RS, št. 107/10, 40/17 – ZZdrS-F, 203/20 – ZIUPOPDVE, 136/23 – ZIUZDS in 40/25 – ZPPKZD.

Zakon o skupnih temeljih sistema plač v javnem sektorju (ZSTSPJS), Uradni list RS, št. 0 – neuradno prečiščeno besedilo.

Zakon o upravnem sporu (ZUS-1), Uradni list RS, št. 105/06, 107/09 – odl. US, 62/10, 98/11 – odl. US, 109/12, 10/17 – ZPP-E in 49/23.

Zakon o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD-1), Uradni list RS, št. 43/11.

Zakon o zagotavljanju kakovosti v zdravstvu (ZZKZ), Uradni list RS, št. 102/24.

Zakon o zdravniški službi (ZZdrS), Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 58/08, 107/10 – ZPPKZ, 40/12 – ZUJF, 88/16 – ZdZPZD, 40/17, 64/17 – ZZDej-K, 49/18, 66/19, 199/21, 136/23 – ZIUZDS, 35/24, 32/25 – ZZDej-N in 40/25 – ZPPKZD.

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ), 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, 78/23 in 32/25 – ZZDej-N.

Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej), Uradni list RS, št. 23/05 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 23/08, 58/08 – ZZdrS-E, 77/08 – ZDZdr, 40/12 – ZUJF, 14/13, 88/16 – ZdZPZD, 64/17, 1/19 – odl. US, 73/19, 82/20, 152/20 – ZZUOOP, 203/20 – ZIUPOPDVE, 112/21 – ZNUPZ, 196/21 – ZDOsk, 100/22 – ZNUZSZS, 132/22 – odl. US, 141/22 – ZNUNBZ, 14/23 – odl. US, 84/23 – ZDOsk-1, 102/24 – ZZKZ in 32/25.

Zakon o zdravstveni inšpekciji (ZZdrl), Uradni list RS, št. 59/06 – uradno prečiščeno besedilo, 40/14 – ZIN-B, 196/21 – ZDOsk in 29/22.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. 2018. Navodilo za uveljavljanje pravic do zdravstvenih storitev z delovnim nalogom. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 17. oktober. https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://api.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/9e46fcaa320cd541c1256e92003c515d/%24FILE/Navodilo%2520za%2520uveljavljanje%2520pravic%2520z%2520delovnim%2520nalogom-2018.docx&ved=2ahUKEwiI5qSylYOPAxXJTkEAHV s0DawQFnoECBYQAQ&u sg=AOvVaw2_JE7voN0lWnw-z-pOk7mc (pridobljeno 5. 5. 2025).

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. 2024. Navodilo za obračun, vprašanja in odgovori, št. 1/2024. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. <https://www.zzzs.si/?id=126&detail=93FF1AE396D7D88EC1258B410045DCCC> (pridobljeno 5. 5. 2025).

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. 2025a. Pravno varstvo. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. <https://zavarovanec.zzzs.si/pravno-varstvo/> (pridobljeno 5. 5. 2025).

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. 2025b. Šifranti. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. <https://partner.zzzs.si/sifranti/> (pridobljeno 5. 5. 2025).

Zavrl Džananović, Darinka. 2018a. Izvajalci patronažne dejavnosti v Sloveniji v letu 2017. Nacionalni Inštitut za javno zdravje RS. <https://nijz.si/publikacije/izvajalci-patronazne-dejavnosti-v-sloveniji-v-letu-2017/> (pridobljeno 5. 5. 2025).

Zavrl Džananović, Darinka. 2018b. Patronažni negovalni tim in starostna struktura prebivalcev. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

- Zavrl Džananović, Darinka. 2019. Delovanje patronažnega zdravstvenega varstva Slovenije v letih 2014 do 2019 - kadri in odziv stroke na demografske spremembe. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Zavrl Džananović, Darinka. 2021. Patronažno zdravstveno varstvo Slovenije: zaposleni in analiza opravljenega dela. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Zavrl Džananović, Darinka. 2022. 10 let patronažnega zdravstvenega varstva Slovenije (primerjalna analiza). Nacionalni Inštitut za javno zdravje RS. https://nijz.si/wp-content/uploads/2022/07/analiza_pzv_2012_2021.pdf (pridobljeno 5. 5. 2025).
- Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. 2016. Mnenje Zbornice – Zveze o aplikaciji insulina na bolnikovem domu s strani socialnega oskrbovalca. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 11. julij. <https://arhiv.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2019/10/Mnenje-o-aplikaciji-insulina-na-bolnikovem-domu.pdf> (pridobljeno 5. 5. 2025).
- Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. 2025a. Mnenje o zdravstveni in »laični negi« v socialnovarstvenih zavodih. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 22. januar. <https://zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/01-1-Mnenje-o-zdravstveni-in-laicni-negi-v-socialnovarstvenih-zavodih-Zbornica-Zveza.pdf> (pridobljeno 5. 5. 2025).
- Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. 2025b. Program rednih strokovnih nadzorov s svetovanjem v dejavnosti zdravstvene in babiške nege za leto 2025. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 12. februar. <https://arhiv.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2025/02/Program-rednih-strokovnih-nadzorov-za-leto-2025.pdf> (pridobljeno 5. 5. 2025).
- Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. 2025c. Izvajanje strokovnih nadzorov s svetovanjem v dejavnosti zdravstvene in babiške nege. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih

sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. <https://www.zbornica-zveza.si/register-licence-javna-pooblastila/strokovni-nadzori-s-svetovanjem/> (pridobljeno 5. 5. 2025).

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. 2025d. Analiza strokovnih nadzorov s svetovanjem v dejavnosti zdravstvene in babiške nege v obdobju od 1. 1. 2024 do 31. 12. 2024. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 11. april. <https://zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/Analiza-strokovnih-nadzorov-Zbornice-Zveza-za-MZ-za-leto-2024-Zbornica-Zveza.pdf> (pridobljeno 5. 5. 2025).

Zdravstveni dom Radlje ob Dravi. 2006. Pravilnik o vodenju pritožbenih postopkov v zdravstvenem domu Radlje ob Dravi. Radlje ob Dravi: Zdravstveni dom Radlje ob Dravi.

Zveza potrošnikov Slovenije. 2024. Kaj morate vedeti o vaših pravicah v zdravstvu. Zveza potrošnikov Slovenije. https://www.zps.si/uploads/content/Pravice%20potro%C5%A1nikov/Pravice%20pacientov/Pravice_zdravstvo_final_web.pdf (pridobljeno 5. 5. 2025).

Železnik, Danica; Horvat, Martina; Panikvar-Žlahtič, Karmen; Filej, Bojana; Vidmar, Irena. 2011. Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

7. Grafične priloge

7.1 Slike

Slika 1: Opravljene strokovne storitve pri kurativnih obiskih v dejavnosti
patronažnega zdravstvenega varstva. (vir: Zavrl Džananović 2021, 73).....19

7.2 Preglednice

Tabela 1: Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu. (vir: Železnik et al.
2011).....27

8. Priloge

Priloga 1: Dopis ZIRS



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE
ZDRAVSTVENI INŠPEKTORAT RS
Območna enota Celje in Dravograd
Kidričeva ulica 24 B, 3000 Celje

T: 03 425 80 40
E: gp-oece.zirs@gov.si
www.zi.gov.si

ZDRAVNIŠKA ZBORNICA SLOVENIJE
DUNAJSKA CESTA 162
1000 LJUBLJANA

Številka: 0618-442/2024-2
Datum: 18.9.2024

ZADEVA: predlog za izvedbo nadzora nad izvajanjem patronažne službe v ZD – veza
vaš dokument št. 014-61/2024-1 z dne 5. 9. 2024

Spoštovani,

Obveščamo vas, da je Zdravstveni inšpektorat Republike Slovenije prejel vaš predlog za izvedbo nadzora nad izvajanjem patronažne službe v ZD .

Iz vsebine je razvidno, da gre za predmet nazora, ki presega pristojnosti ZIRS. Vaš predlog se nanaša na vsebine, katerih nadzore izvajajo drugi pristojni organi, na katere pa ste predlog že naslovili.

Lepo pozdravljeni,

Pooblaščen uradna oseba

Vodja območne enote

Vročiti:

- ZDRAVNIŠKA ZBORNICA SLOVENIJE, DUNAJSKA CESTA 162, 1000 LJUBLJANA – elektronska pošta gc@zds-mcs.si



Stran 1 od 1

Priloga 2: Dopis ZZZS


Zavod za zdravstveno
zavarovanje Slovenije


Območna enota Ravne na Koroškem
Ob Suhi 11 B
2390 Ravne na Koroškem




Tel.: 02 82 10 100
E-pošta: oerv@zzzs.si
www.zzzs.si

Številka: 1721-2/2024-RV/12
Datum: 23. 10. 2024

Zdravniška zbornica Slovenije
Dunajska cesta 162
1000 Ljubljana
Slovenija

Zadeva: Predlog za izvedbo nadzora nad izvajanjem patronažne službe v ZD Radlje

Z dopisom št. 014-61/2024-1 z dne 5. 9. 2024 ste nas seznanili z navedbami vašega člana g. [REDACTED] da v patronažni službi Zdravstvenega doma [REDACTED] (v nadaljevanju: ZD [REDACTED]) odklanjajo naročila nekaterih storitev patronažne službe, to je storitev zdravstvene nege na domu pacienta. Opisal in opozoril je na obravnavo svojega očeta, g. [REDACTED], pri čemer je bilo izpostavljeno tudi, da »uvodno zavračanje izvedbe navedenih storitev kaže na možnost sistematičnega omejevanja izvedbe zdravstvenih storitev, do katerih so pacienti upravičeni na podlagi veljavnih predpisov«. Glede na to, da primer vašega člana kaže na morebitno kršitev pravil stroke in veljavnih predpisov, ste predlagali tudi ukrepanje s strani ZZZS.

Na podlagi preveritve zadeve ugotavljamo, da je že iz prilog g. [REDACTED] razvidno, da je za svojega očeta želel večinoma storitve, ki ne sodijo v okvir patronažne oskrbe in zdravstvene nege na domu, pač pa v okvir pomoči na domu, saj navaja, da njegov oče »potrebuje pomoč pri vsakdanjih opravilih, kot je tuširanje, britje, včasih pri oblačenju in menjavi pleničk ter nadzor pri tem, da pije in je.« in da sicer imajo »zagotovljeno pomoč negovalke na domu, ravno v tem terminu pa bo na dopustu, oče pa potrebuje nekoga za pomoč pri teh opravilih.«

Vaš član je kljub razlagi, kaj sodi v okvir obveznega zdravstvenega zavarovanja in kaj v pomoč na domu, ki je financirana iz drugih virov, ki smo mu jo podali tako osebna zdravnica g. [REDACTED] kot patronažna služba ZD [REDACTED] in Območna enota ZZZS Ravne na Koroškem, vztrajal pri izvedbi patronažnih obiskov.

Osebna zdravnica je pri g. [REDACTED] zaradi vztrajanja svojcev, opravila hišni obisk in izdala delovni nalog za patronažno službo, na osnovi katerega je patronažna služba ZD [REDACTED] obiske pri gospodu tudi izvedla in jih nato obračunala v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Z vodstvom ZD [REDACTED] je bil izveden razgovor, na katerem so pojasnili, da v ZD [REDACTED] nudijo vse zdravstvene storitve, tako tudi zdravstveno nego na domu in patronažno zdravstveno obravnavo, vsem osebam, ki te storitve potrebujejo in jim skladno s predpisi pripadajo, da pa so v konkretnem primeru prvotno zavračali željo svojcev ravno iz razloga, ker so le-ti želeli storitve, ki sodijo v delokrog področja pomoči na domu in ki niso pravica iz obveznega

zdravstvenega zavarovanja. Obiske patronažne sestre so nato na osnovi delovnega naloga, izdanega s strani osebne zdravnice, izvedli, pri čemer so ob vsakem obisku želeli vključiti svojce (soprogo), a pri tem niso bili uspešni.

Po zagotovilih vodstva ZD [REDACTED] gre pri izpostavljenem dogodku za edini tovrstni primer in da nikakor ne gre za očitano sistemsko omejevanje izvedbe zdravstvenih storitev, do katerih so pacienti upravičeni.

Ker je iz dokumentacije in razgovora z ZD [REDACTED] bilo razvidno, da pri patronažnih obiskih pri g. [REDACTED] ni šlo vselej za zdravstveno nego, so v ZD [REDACTED] na naš poziv stornirali obračun obravnave za dneve, ko so bile opravljene storitve, ki ne sodijo v zdravstveno nego na domu.

Na osnovi gornjih ugotovitev smo pozvali tudi osebno zdravnico g. [REDACTED] da je pri predpisovanju pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja dolžna spoštovati in upoštevati področno zakonodajo in predpise.

Dodajamo še, da zoper patronažno službo ZD [REDACTED] na ZZS doslej ni bila prejeta nobena pritožba.

Če zaključimo, zavarovana oseba g. [REDACTED] je s strani patronažne službe ZD [REDACTED] prejela bistveno več storitev, kot je pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, ZD [REDACTED] pa izvajanja storitev zdravstvene nege na domu in/ali patronažne oskrbe ne zavrača nikomur, ki je do teh storitev upravičen.

Zavedamo se izpostavljene problematike s strani vašega člana, vendar moramo ZZS in njeni pogodbeni partnerji zagotavljati zavarovanim osebam tiste pravice, ki jim pripadajo iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja, in to po načelu enakosti pri zdravstveni obravnavi.

S spoštovanjem.

Pripravila:

[REDACTED]
vodja oddelka

mag. [REDACTED]

vodja - direktorica
[REDACTED]

