REPUBLIKA SLOVENIJA
ZAGOVORNIK NAČELA ENAKOSTI

Železna cesta 16, 1000 Ljubljana
01 4735 531
gp@zagovornik-rs.si

Ministrstvo za zdravje
Štefanova ulica 5
1000 Ljubljana

E: gp.mz@gov.si

Številka: 0070-11/2021/1
Datum: 7. 6. 2021

Zadeva: **Priporočilo Zagovornika načela enakosti glede osnutka Predloga Zakona o zagotavljanju sredstev za investicije v slovensko zdravstvo v letih 2021 do 2031 (EVA 2021-2711-0080)**

Spoštovani,

Zagovornik načela enakosti (v nadaljevanju: Zagovornik) podaja priporočilo Ministrstvu za zdravje kot pripravljavcu osnutka Predloga Zakona o zagotavljanju sredstev za investicije v slovensko zdravstvo v letih 2021 do 2031 (ZZSISZ), ki je v javni razpravi. Zagovornik je osnutek proučil z vidika svojih pristojnosti, ki jih določa 21. člen Zakona o varstvu pred diskriminacijo (ZVarD). Zagovornik je proučil izbrane rešitve v osnutku ZZSISZ, zlasti za tiste ljudi, ki so potrebni zdravljenja, torej osebe z določenimi zdravstvenimi stanji, v tem okviru pa tudi za položaj starejših in bolnikov z invalidnostmi ter ljudi, ki se znajdejo v preseku tveganj zaradi teh dveh in morebitnih drugih osebnih okoliščin (npr. slabšega gmotnega položaja ali kraja prebivanja).

Zagovornik podpira ukrepe za povečevanja zmogljivosti slovenskega zdravstvenega sistema, ki bo kadrovsko, prostorsko in logistično močan ter odporen na obremenitve v prihodnosti.

Zagovornik pripravljavcu v ta namen priporoča, da v osnutku predloga ZZSISZ:

1. **določneje opredeli cilje na področju razvoja zadostnih kapacitet negovalnih bolnišnic in negovalnih domov in v tem okviru tudi potreb po ustrezni paliativni oskrbi bolnikov;**
2. **v okviru načrtovanja ukrepov, ki naslavljajo pomanjkanje zdravstvenih delavcev, poleg manka zdravnikov naslovi tudi potrebe po drugem zdravstvenem osebju, kot so medicinske sestre in negovalno osebje ter sprejme ukrepe za trajnostno zagotavljanje teh človeških virov;**
3. **določneje opredeli cilje na področju razvoja in preobrazbe zdravstvenega sistema z informatizacijo, digitalizacijo ter uvajanjem e-zdravja oz. telemedicine ter temu nameni potrebne in zadostne vire;**
4. **določi potrebna namenska sredstva za zagotavljanje dostopnosti vseh zdravstvenih ustanov in njihovih storitev za ljudi z invalidnostmi in druge senzorno, komunikacijsko, gibalno in kognitivno ovirane;**
5. **določi obveznost rednega spremljanja stanja in po potrebi ažurnega usklajevanja sistema investicijskega financiranja s standardi zagotavljanja najvišje dosegljive ravni zdravja preko dostopnega zdravljenja in drugih zdravstvenih storitev.**

Zagovornik zaproša Ministrstvo za zdravje za pisni odziv na njegova priporočila v roku 20 dni.

S spoštovanjem,

Miha Lobnik
ZAGOVORNIK NAČELA ENAKOSTI

Priloga:
- Utemeljitev strokovne službe Zagovornika

V vednost:
- Poslanke in poslanci ter Zakonodajno-pravna služba Državnega zbora (gp@dz-rs.si)
- Varuh človekovih pravic (info@varuh-rs.si)

Poslano:
- naslovniku (po e-pošti),
- zbirka dok. gradiva.

UTEMELJITEV STROKOVNE SLUŽBE ZAGOVORNIKA K PRIPOROČILU št. 0070-11/2021/1

Uvodno pojasnilo

Uvodoma posebej poudarjamo, da pri Zagovorniku podpiramo ukrepe za povečevanje zmogljivosti slovenskega zdravstvenega sistema, ki bo kadrovsko, prostorsko in logistično močan ter odporen na obremenitve v prihodnosti. Gre za krepitev osnovne zdravstvene infrastrukture v Sloveniji, deloma pa tudi infrastrukture sistema dolgotrajne oskrbe. V okviru predloga tega zakona se načrtuje zlasti investicije v nepremičnine – pridobivanje zemljišč, novogradnje in obnova infrastrukture, investicije v opremo ter povečanje stroška plač. Namen zakona ni samo akutna in takojšnja pomoč slovenskemu zdravstvu, ampak tudi, da se slovenski vrhunski medicini omogoči razvojni preboj in ustrezno mesto v mednarodnem prostoru, mdr. z razvojem raziskovalnih in študijskih kapacitet.

Ob tako opredeljenih ciljih opozarjamo, da to niso ključni cilji sami zase, ampak v prvi vrsti predstavljajo nujno potrebne predpostavke za zagotavljanje polnega in enakega uresničevanja človekovih pravic vseh ljudi. Gre torej primarno za uresničevanje in uživanje pravice vsakogar do najvišje možne dosegljive ravni fizičnega in duševnega zdravja in pravice do zdravljenja v primeru bolezni, kar jamči pravica do zdravstvenega varstva, ki jo varuje 51. člen Ustave RS ter 12. člen Mednarodnega pakta o ekonomskih in socialnih pravicah (MPESKP). Gre pa tudi za zagotavljanje uživanja drugih pravic, ki so z njo povezane. Materija torej naslavlja širše vprašanje, kako se bo obravnavalo in zdravilo bolne ljudi, pa tudi zagotavljalo, da ne zbolijo. Znotraj skupine bolnih pa se lahko postavi vprašanje, ali imajo vsi enako oziroma ustrezno obravnavo, npr. starejši, otroci, bolniki z invalidnostmi ter ljudje, ki se znajdejo v preseku tveganj zaradi teh dveh in morebitnih drugih osebnih okoliščin (npr. slabšega gmotnega položaja, kraja prebivanja, neznanja jezika, izobrazbe…). Nekatere od teh skupin ljudi ne smejo biti spregledane zaradi svojih specifičnih potreb, tudi potrebe po prilagojenem obravnavanju, kar osnutek ZZSISZ sicer mestoma upošteva (npr. omenjanje razvoja geriatrije). Sistem mora biti dostopen vsem, ne glede na njihove osebne okoliščine, hkrati pa sposoben naslavljati tudi (zatečene) neenakosti v zdravju ter preprečevati njihovo nastajanje ali vzdrževanje. Raziskava »Prikaz izbranih kazalnikov zdravja in zdravstvenega varstva pri Romih v Sloveniji«, ki jo je izvedel Nacionalni inštitut za javno zdravje je npr. razkrila osupljivo sliko slabega zdravstvenega stanja pripadnikov romske skupnosti, ki živi v Sloveniji. Zagovornik je v letu 2019 zato Ministrstvu za zdravje podal priporočilo, naj pripravi neodvisno, poglobljeno in celovito raziskavo in ugotovi dejavnike vpliva in vzroke za posledico slabše kazalce zdravja in dostopnosti javnozdravstvenih storitev za pripadnike romske skupnosti ter zagotovi izvajanje posebnih ukrepov za izboljšanje stanja.[1]

Predvidene investicije v zdravstveni sistem so le eden v nizu korakov, ki so potrebni, če želimo na srednji in dolgi rok zagotoviti, da naš zdravstveni sistem v prihodnje ne bo več prostorsko, tehnološko in kadrovsko podhranjen in bo (zlasti v primeru izrednih dogodkov kakršno predstavlja pandemija covid-19) zmožen prenesti tudi večje obremenitve in vsem v kar največji meri zagotavljati polno in enako uživanje njihovih pravic. Pri ZZSISZ gre tako »le« za zagotavljanje sredstev za najpomembnejše investicije v slovensko zdravstvo v letih 2021 do 2031 (v nadaljnjem besedilu: investicije), ki so določene z **Resolucijo o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016 – 2025 – Skupaj za družbo zdravja** in s programom o strateških investicijah v znanstveno-izobraževalne ustanove s področja zdravstva, kot to določa 1. člen ZZSISZ. Strategija Skupaj za družbo zdravja se je že prevesila v svojo drugo polovico, zato ob pripravi ZZSISZ priporočamo širše razmisleke. Navedena resolucija **zmanjševanje neenakosti v zdravju jasno opredeljuje kot enega od ključnih in trajnih, vselej aktualnih ciljev** . Strategija Skupaj za družbo zdravja ugotavlja tako neenakosti v zdravju kot neenakosti v kakovosti obravnave med posameznimi skupinami prebivalstva. Zato navaja, da bodo morala biti sprejeta merila (in ukrepi), ki upoštevajo specifične potrebe različnih skupin prebivalstva (starejši, nezaposleni, migranti, etnične skupine, revni – ne glede na to, na katerem območju Slovenije živijo). Pri Zagovorniku se zavedamo, da so za doseganje teh ciljev na voljo tudi drugi, zunanji viri EU, npr. v okviru Instrumenta za okrevanje. Vendar ocenjujemo kot primerno, da **se k doseganju teh ciljev**, ne glede na to od kod se bodo na koncu sredstva dejansko zagotovila, **država jasno in časovno določljivo zaveže z zakonom** kot je ZZSISZ.

[1] Priporočilo je dostopno na http://www.zagovornik.si/zagovornik-nacela-enakosti-ministrstvu-za-zdravje-priporocil-sprejem-posebnih-ukrepov-za-zagotavljanje-enakost-na-podrocju-zdravstvenega-stanja-romske-skupnosti-v-sloveniji/.

1.

Zagovornik pripravljavcu priporoča, da v osnutku predloga ZZSISZ določneje opredeli cilje na področju razvoja zadostnih kapacitet negovalnih bolnišnic in negovalnih domov in v tem okviru tudi potreb po ustrezni paliativni oskrbi bolnikov.

Posebej velja pozdraviti, da je eden od ciljev zakona zapolniti velike in akutne manke na področju zagotavljanja kapacitet negovalnih bolnišnic in negovalnih domov, kar sicer deloma sega na področje dolgotrajne oskrbe. Pri Zagovorniku ta vprašanja budno spremljamo, dodaten uvid v stanje pa smo pridobili zlasti pri pripravi Zagovornikove raziskave »Razmere v domovih za starejše v prvem valu epidemije Covida-19«,[2] s katero smo seznanili tudi Ministrstvo za zdravje, in ob kateri se kaže, da te morajo naloge v veliki meri *ad hoc* prevzemati ti domovi, čeprav za to nimajo ustreznih virov in pogojev.

Vendar pa v obrazložitvi zakonskega predloga ni jasno, v kakšni meri se zagotavlja sredstva za ta namen. Vprašanje je, ali jih je dovolj glede na potrebe oziroma ali so te potrebe ustrezno načrtovane že z Strategijo Skupaj za družbo zdravja, koliko pa te potrebe identificira šele nastajajoči sistemski Zakon o dolgotrajni oskrbi, katera zadnja javnosti znana različica izhaja iz časa javne razprave o njem poleti 2020. V ZZSISZ se izrecno omenja zgolj gradnjo ene negovalne bolnišnice v posavski regiji. Potrebe v oz. pred letom 2016 najverjetneje ne ustrezajo tem, ki se kažejo v obrisih danes, zlasti tudi ob izkušnjah z epidemijo covid-19. Poleg tega ni jasno, ali je v tem okviru načrtovano tudi ustrezno zagotavljanje potrebnih kapacitet za paliativno oskrbo, najmanj oseb, ki so bile pred tem v intenzivnem procesu zdravljenja ter tistih, ki živijo na območjih, kjer je paliativa »manj dostopna in manj dorečena«, kot to zaznava Strategija Skupaj za družbo zdravja.

Posebej poudarjamo, da vse rešitve v luči spoznanj o skupnostni oskrbi niso nujno povezane z izgradnjo kapacitet oskrbe v posebnih prostorih (bolnišnicah, negovalnih domovih), ampak, da je ob ustreznem načrtovanju prožnejših ukrepov (npr. patronažna oskrba, znane so npr. tudi izkušnje s paliativno oskrbo na domu) in rabi naprednih informacijskih in telekomunikacijskih tehnologij (e-zdravje, vključno s telemedicino) možna tudi ustrezna oskrba in zdravljenje v domačem okolju oz. ob ohranjanju čim bolj neodvisnega življenja v skupnosti. Slednje je skladno tudi s procesi dezinstitucionalizacije, ki ne obsega le področja duševnega zdravja. Zagovornik zato priporoča, da se ta vprašanja podrobneje preuči in po potrebi dodatno naslovi. Pri tem naj se upošteva tako spoznanja iz procesa izvajanja obstoječega načrta investicij, procesa načrtovanja dolgotrajne oskrbe, kot tudi izzivov, ki jih je prinesla epidemija covid-19.

[2] Dostopno na http://www.zagovornik.si/raziskave-o-diskriminaciji/.

2.

Zagovornik pripravljavcu priporoča, da v osnutku predloga ZZSISZ v okviru načrtovanja ukrepov, ki naslavljajo pomanjkanje zdravstvenih delavcev, poleg manka zdravnikov, naslovi tudi potrebe po drugem zdravstvenem osebju, kot so medicinske sestre in negovalno osebje ter sprejme ukrepe za trajnostno zagotavljanje teh človeških virov.

Dodatno velja pozdraviti, da je eden od ciljev zakona tudi premostiti pomanjkanje zdravniškega osebja, zlasti na nekaterih področjih (omenja se zlasti zdravnike družinske medicine). Pri tem pa opozarjamo, da se kritično pomanjkanje kadrovskih virov v zdravstvu kaže tudi pri drugem medicinskem osebju ter zlasti v negovalnih poklicih, ki so enako kot zdravniki bistveni in neločljivi del zdravstvenega sistema.

To je med drugim povezano tudi s potrebo po prevrednotenju tega dela in poklicev, ki so sedaj izrazito neupravičeno podcenjeni, celo med najslabše plačanimi poklici, ki terjajo nadpovprečne fizične in psihične napore, hkrati pa celo še nekaj več, empatijo in čut za sočloveka. Pri Zagovorniku se zavedamo, da je za naslavljanje tega problema potrebna široka paleta ukrepov, nikakor ne le investicijskih, vendar je tudi spodbujanje šolanja in usposabljanja za te poklice nujno, temu pa zakonski osnutek po naši oceni ne posveča posebne pozornosti.

Posebej poudarjamo, da tudi strategija Skupaj za družbo zdravja ugotavlja, da je za zagotavljanje dostopnosti do kakovostne obravnave za ranljive skupine prebivalstva in zmanjševanje neenakosti v zdravju ključen razvoj na področju patronažne dejavnosti in zagotavljanja zdravljenja na domu, torej zagotavljanje storitev v skupnosti, kjer so sedanje kapacitete izrazito omejene. Tudi izkušnje izredne situacije, kot je epidemija covid-19, kažejo, da so v sistemu zagotavljanja storitev manj kot prostori in oprema ozko grlo lahko prav zadostni visoko usposobljeni človeški viri.

3.

Zagovornik pripravljavcu priporoča, da v osnutku predloga ZZSISZ določneje opredeli cilje na področju razvoja in preobrazbe zdravstvenega sistema z informatizacijo, digitalizacijo ter uvajanjem e-zdravja oz. telemedicine ter temu nameni potrebne in zadostne vire.

Pri Zagovorniku prav tako pozdravljamo, da je poleg investicij v fizično infrastrukturo pomemben cilj zakona tudi zagotoviti vire za potrebne investicije v opremo, pa tudi informatizacijo in telemedicino. Pri tem pa opozarjamo, da je po ugotovitvah pripravljavca znaten del obstoječe zdravstvene opreme že amortizirane in torej potrebne zamenjave, zato se postavlja vprašanje, koliko je predlog sploh namenjen preseganju zatečenega (nezadovoljivega) stanja mankov ter preprečevanju dodatnega zaostajanja in poslabševanja stanja, koliko pa zares razvojnim vidikom, torej kvalitativnemu napredku oziroma potrebnemu razvojnemu preboju. Pri tem se opira na uvodoma izpostavljene ugotovitve in izkušnje pridobljene v času Covid-19.

Ob navedenem izpostavljamo, da je zagotavljanje ustrezne komunikacije lahko bistvenega pomena za uresničevanje pravice oseb do družinskega in zasebnega življenja, saj obiski bolnikov s strani svojcev in bližnjih niso vselej možni ali dosegljivi (npr. zaradi težav z mobilnostjo, slabim gmotnim položajem). Pri tem se opiramo zlasti na predstavljene primerjalne nemške zglede, ki jih opisuje obrazložitev ZZSISZ. Zdi se, da je znaten del problemov premalo učinkovitega zagotavljanja zdravstvenega varstva pri nas mogoče pripisati tudi pomanjkljivi in neenotni informatizaciji (npr. vprašanja čakalnih vrst, seznamov za cepljenje ipd.) ter zaostajanju pri uporabi možnosti sodobne tehnologije za procese zdravljenja ali nadzora zdravljenja na daljavo (telemedicina). Ne glede na različne razpoložljive vire obeh držav in zatečeno stanje v njunem zdravstvenem sistemu je diskrepanca med sredstvi in cilji pripravljavca ZZSISZ v primerjavi z tistimi nemškega zakonodajalca v Zakonu o programu prihodnosti za bolnišnice (*Gesetz für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser,* glej opis na str.16 obrazložitve ZZSISZ) sprejetega v letu 2020, torej še pred t.i. drugim valom epidemije covid-19, v tem smislu občutna. Ob tem dodatno ocenjujemo, da pripravljavec ZZSISZ že lahko jasno računa celo s precej oprijemljivimi zunanjimi nepovratnimi in povratnimi namenskimi viri EU iz Instrumenta za okrevanje, ki bodo v veliki meri lahko služili tudi za načrtovane investicije.

4.

Zagovornik pripravljavcu priporoča, da v osnutku predloga ZZSISZ določi potrebna namenska sredstva za zagotavljanje dostopnosti vseh zdravstvenih ustanov in njihovih storitev za ljudi z invalidnostmi in druge senzorno, komunikacijsko, gibalno in kognitivno ovirane.

Veljavni strateški načrt zdravstvenega varstva Skupaj za družbo zdravja opozarja na različne neenakosti v zdravju in kot cilj določa njihovo preseganje. Ugotavlja, da k neenakostim v zdravju prispeva tudi slabša dostopnost do kakovostne zdravstvene oskrbe posameznih skupin prebivalstva zaradi njihove drugačne etnične pripadnosti, slabega socialnoekonomskega položaja (revni, brezposelni, osebe v negotovih zaposlitvah, starejši z nizkimi prihodki) ali različnih oblik oviranosti ali odvisnosti. Med determinantami zdravja prepoznava tudi izobrazbo, kulturo in okolje. Poleg ovir pri dostopu, s katerimi se sooča večina prebivalstva (npr. čakalne dobe), imajo ranljive skupine težave tudi zaradi geografske oddaljenosti, neprilagojenosti zdravstvenih ustanov za osebe z različnimi invalidnostmi oz. oviranostmi, doplačil za zdravstvene storitve in zdravila, stigmatizacije, jezikovnih in kulturnih razlik ter neprilagojenosti programov njihovim potrebam. Strategija ugotavlja, da je za te skupine nujna senzibilizacija sistema zdravstvenega varstva za njihove specifične potrebe in prilagoditev tako zdravstvene obravnave kot zdravstvenih programov. Eden ključnih izzivov javnega zdravja je po navedeni strategiji tudi, kako osvestiti in opolnomočiti posameznika in vse ključne institucije, ki lahko s svojim ukrepanjem in aktivnostmi prispevajo k izboljšanju zdravja prebivalstva in zmanjševanju neenakosti v zdravju. Samo informiran in opolnomočen posameznik lahko prevzame odgovornost za svoje lastno zdravje.

Pri Zagovorniku ugotavljamo, da navedena strategija naslavlja tudi dostopnost, a zlasti v geografskem smislu, v smislu kakovostnih storitev ter v finančnem smislu, manj pa z vidika naslavljanja drugih neenakosti v zdravju. Izpostavljamo, da vsi člani družbe, tudi zaradi svojih osebnih okoliščin, tudi pri možnostih sprejemanja informacij povezanih z zdravjem ter pri komunikaciji nimajo enakih potreb, izbir, izhodiščnih možnosti, ne nazadnje tudi nezmožnosti. Zato je treba posvetiti posebno pozornost vprašanju, kako vsem ne le formalno, ampak tudi dejansko zagotoviti dostopne informacije, pa tudi obveščenost v njim razumljivi obliki z namenom zagotoviti vsem pravico do najvišje dosegljive ravni zdravja, pa tudi uresničevanja nekaterih pravic povezanih z zdravljenjem, kot je dajanje privolitve v zdravstvene posege. Pri informiranju, komunikaciji in dostopnosti gre za ključne vidike opolnomočenja ljudi, da lahko za svoje zdravje tako preventivno kot kurativno prevzemajo polno odgovornost in da lahko učinkovito uživajo pravice in storitve zdravstvenega varstva ter enako varstvo pravic v posameznih postopkih. Dostopnost zdravstvenega sistema mora biti zagotovljena vsem, **ne glede na invalidnost ali začasno kognitivno** (spoznavno, mišljenjsko), **senzorno** (vid, sluh, kombinacije), **komunikacijsko** (govor) **ali gibalno oviranost**, ki je nenazadnje lahko tudi začasna posledica (stranski učinek) samega procesa zdravljenja. To posebej poudarjeno terjajo tudi obveznosti po Konvenciji o pravicah invalidov (MKPI).[3]

Zato je treba zagotoviti, da bodo informacije sistematično in na strateško usmerjan način dostopne uporabnikom zdravstvenega sistema na kar najbolj prijazen način, npr. **v več jezikih** (npr. romščina, jeziki ki jih govorijo prosilci za azil, prebivalci države, ki izhajajo iz drugih jezikovnih okolij, znakovni jezik, jezik gluhoslepih), **pisavah** (v nekaterih tujih jezikih, v brajici) **in oblikah sporočanja** (npr. povečan tisk, prilagojeni audio in video načini komunikacije). Zagovornik ocenjuje, da je treba več pozornosti nameniti zlasti tudi zagotavljanju informacij v t. i. lahkem branju za tiste, ki težje berejo, se težje učijo, ki ne znajo tako dobro slovenskega jezika ali imajo druge začasne in trajne oviranosti, ki jim pešajo kognitivne sposobnosti ali imajo intelektualne in psihosocialne invalidnosti ali motnje v duševnem zdravju. Razlaga MKPI terja tudi zagotovitev **informacij v lahkem branju,**[4] kar v praksi ni zagotovljeno. Prav tako velja več pozornosti nameniti obveščanju, prilagojenemu otrokom. Takšno varstvo pravic ljudi z invalidnostmi z zagotavljanjem obveščenosti v naslovnikom dostopnih oblikah zapisa in tehnologijah, ki ustrezajo različnim vrstam invalidnosti, smiselno terjajo 11. člen (nevarne razmere in humanitarne krize), 9. člen (dostopnost) in 21. člen (svoboda izražanja in mnenja ter dostop do informacij) ter 25. člen (pravica do zdravja) MKPI.

[3] Zakon o ratifikaciji Konvencije o pravicah invalidov in Izbirnega protokola h Konvenciji o pravicah invalidov (MKPI), Uradni list RS, št. 47/2008.

[4] Lahko branje je ustaljen izraz za prirejena besedila, zapisana na način, ki omogoča kar najlažje lažje branje in razumevanje in s tem dostopnost za osebe, ki težje berejo, zlasti tudi osebe z intelektualnimi in psihosocialnimi invalidnostmi. Običajno lahko branje poleg teksta vsebuje tudi slikovno gradivo, ki součinkujeta za lažje razumevanje. Referenca v besedilu je točka d.) 2. odstavka 9. člena MKPI, ki ureja dostopnost kot presečno načelo MKPI.

Prilagojene oblike komunikacije deloma, npr. za dostop do pisanj za tiste z nekaterimi senzornimi ovirami, urejata Zakon o izenačevanju možnosti invalidov ali Zakon o slovenskem znakovnem jeziku. Te obveznosti bi veljalo precizirati glede dostopnosti postopkov, vsebine ključne zakonodaje itd. Urediti bi bilo treba tudi možnost **rabe ojačevalne in alternativne komunikacije** (npr. ne le s tehničnimi pripomočki, ampak zlasti tudi morebitno osebno podporo pri razbiranju vsebine sporočil oziroma komunikacije. Po 12. členu MKPI so nedopustne vse sistemske in konkretne ureditve, ki predpostavljajo, da so osebe z intelektualnimi in psihosocialnimi invalidnostmi lahko poslovno oziroma kako drugače nesposobne odločati. Gre za zasuk v, zgodovinsko gledano, trdno zakoreninjenem načinu razumevanja in pojmovanja, zato bi morale države dosedanje **sisteme nadomestnega odločanja** (ko volja skrbnikov nadomesti voljo osebe z intelektualnimi ali psihosocialnimi invalidnostmi) **nadomestiti s konceptom podpornega odločanja**. Pri podpornem odločanju oseba z invalidnostjo ohranja svojo polno avtonomijo in neodvisnost, pri tem pa je deležna podpore tretjega zato, da lažje razume kontekst odločitve, da lažje izrazi svoje želje, potrebe in voljo, oziroma je te lažje razbrati. O podpornem odločanju se je izčrpno izrekel Odbor MKPI v Splošnem komentarju št. 1 k 12. členu MKPI o enakem priznanju pred zakonom.[5] Podporno odločanje je ključno za opolnomočenje te posebno ranljive skupine ljudi, pa tudi ljudi, ki bi se lahko le začasno znašli v posebnih stanjih, ko potrebujejo tako podporo (začasne duševne motnje, vpliv zdravil…).

Posebej velja izpostaviti, da je nujno **treba čimprej dosledno zagotoviti tudi dostopnost grajenega okolja v zdravstvu**, vključno z vprašanji varnosti za primere naravnih in drugih nesreč (npr. evakuacije). Ob tem posebej opozarjamo, da je 9. člen ZIMI, ki ureja uporabo in prilagoditev objektov v javni rabi, a nato odmika maksimalni rok za prilagoditve grajene dostopnosti (na primere rekonstrukcij, najkasneje pa v 15 letih po uveljavitvi ZIMI po 2. odstavku 38. člena ZIMI) v tem delu ustavno sporen in v nasprotju z MKPI, kolikor se nanaša na javne stavbe, v katerih ljudje uresničujejo človekove pravice (kot je to ob obravnavi problema nedostopnih volišč izrecno opazilo Ustavno sodišče RS v v zadevi U-I-156/11). Zakonodaja o grajenih objektih že več kot trideset let zahteva odpravo grajenih ovir, zato je odlašanje pri zagotavljanju polne dostopnosti nesprejemljivo. Ob navedenem velja opozoriti tudi na možnost rabe drugih zunanjih virov EU, npr. tistih, ki ob energetski sanaciji stavb omogočajo tudi odpravo ovir oz. zagotavljanje polne dostopnosti.[6]

Podobna priporočila je Zagovornik podal že večkrat, tudi Ministrstvu za zdravje, npr. ob javni obravnavi osnutka novega Zakona o duševnem zdravju ter Zakona o nalezljivih boleznih. Ob teh in drugih priložnostih, npr. novelah Zakona o lokalnih volitvah ter Zakona o referendumu in ljudski iniciativi ter priporočilom k novemu Akcijskemu programu za invalide 2022-2026,[7] smo posebej opozorili na potrebo po **enotnem in usklajenem zagotavljanju standardov dostopnosti**. Pri Zagovorniku štejemo, da je dostopnost vseh storitev, ki so na voljo javnosti, torej tudi zdravstvenih storitev, **že splošno zapovedana v slovenski zakonodaji, in sicer v 8. členu Zakona o izenačevanju možnosti invalidov (ZIMI)**. Po petem odstavku 8. člena ZIMI je **minimalne zahteve za dostopnost do blaga in storitev, ki so na voljo javnosti** dolžan podrobneje urediti resorni minister z podzakonskim aktom. Čeprav ta predpis še vedno ni sprejet,[8] to ne pomeni, da ZIMI v tem delu ni uporaben.

[5] Glej General comment No 1 (2014), Article 12: Equal recognition before the law, CRPD/C/GC/1, sprejet 11. aprila 2014. Dostopno na: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/GC/1&Lang=en.
[6] V ta namen za spodbujanje črpanja sredstev iz obstoječih skladov EU glej Priporočilo Komisije (EU) 2019/786 z dne 8. maja 2019 o prenovi stavb, dostopno na https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SL/TXT/HTML/?uri=CELEX:32019H0786&from=GA.
[7] Priporočila Zagovornika so dostopna na http://www.zagovornik.si/priporocila-2021-2/.
[8] V skladu s prehodnimi določbami iz 4. odstavka 43. člena ZIMI se je rok za sprejem predpisa iztekel 11.12.2011.

5.

Zagovornik načela enakosti pripravljavcu priporoča, da v osnutku predloga zakona določi tudi obveznost rednega spremljanja stanja in po potrebi ažurnega usklajevanja sistema investicijskega financiranja s standardi zagotavljanja najvišje dosegljive ravni zdravja preko dostopnega zdravljenja in drugih zdravstvenih storitev.

Pri Zagovorniku ocenjujemo, da morajo biti pri urejanju v ZZSISZ na prvem mestu pravice ljudi, storitve zdravstvenega varstva so sredstvo za to, da se pravice zagotovijo, finančni vidiki pa predstavljajo enega od razmislekov pri iskanju načina izvajanja ključnih rešitev, ne pa cilj sam zase. Pri tem velja izpostaviti obveznosti iz 2. člena Mednarodnega pakta o ekonomskih, socialnih in kulturnih pravicah (MPESKP), ki v 2. členu določa, da je država dolžna »v največji mogoči meri izkoristiti vire, s katerimi razpolaga, in z vsemi ustreznimi sredstvi, vštevši zlasti zakonodajne ukrepe, skrbeti, da bi bilo postopoma doseženo polno uresničenje pravic, ki so priznane v tem Paktu«. MPESKP med drugim priznava »pravico do najvišjega dosegljivega standarda fizičnega in duševnega zdravja« (12. člen), hkrati pa države zavezuje, da omogočijo uveljavljanje te (in katerekoli druge pravice iz Pakta) pravice brez kakršnekoli diskriminacije, temelječe na katerikoli osebni okoliščini.

Zavedamo se sicer, da morajo biti rešitve tudi javnofinančno vzdržne. Hkrati pa menimo, da skladno z načelom uporabe vseh razpoložljivih virov, ki med drugim izhaja iz prevzetih mednarodnih obveznosti na področju zagotavljanja spoštovanja socialnih pravic, finančni vidiki ne smejo biti ključno merilo, ki bi določalo vsebino teh pravic.

Navedeno tudi sicer velja za vprašanja omejevanja pravic. Legitimen cilj (in pripisovanje posebnega vrednostnega pomena tem ciljem) sam po sebi ne more nadomestiti konkretne presoje niti o primernosti nekega ukrepa (kavzalna zveza v konkretnem primeru), niti presoje o njegovi nujnosti (neobhodni potrebnosti), niti sam po sebi ne zadošča za sklep o sorazmernosti v ožjem smislu (tehtanje vrednot). Nekateri cilji v določenih kontekstih niso legitimni. Sodna praksa Sodišča EU kaže, da javnofinančni oz. ekonomski razlogi sami po sebi sploh ne morejo pomeniti niti samostojnega, po pravu EU dopustnega cilja, ki bi lahko opravičeval slabše obravnavanje oz. diskriminacijo.[9]

Posebej izpostavljamo tudi na načelo progresivnega zagotavljanja čedalje višje ravni socialnih pravic in s tem **potrebo po spremljanju stanja** (npr. zaradi novih možnosti, ki jih ponuja razvoj tehnologij itd). Zato ocenjujemo, da bi bilo poleg obveznosti skrbnega spremljanja stanja smiselno določiti tudi obveznost **preverjanja standardov zagotavljanja kakovosti zdravstvenih storitev**. Potrebno se je izogniti situacijam, ko zaradi zastarelih, tudi več desetletij starih standardov zagotavljanja nekaterih storitev v domovih za starejše npr. prihaja do situacij, ko ni jasno, kolikokrat dnevno je oseba upravičena do posedanja iz postelje na invalidski voziček[10] ali kako bo v posebnih situacijah (epidemija covid-19) uresničevala pravico do stikov s svojci in bližnjimi (npr. vsaj na daljavo po telefonu ali s kakšno drugo napravo).

[9] Npr. v delovnem pravu - primerjaj s sodbo Sodišča EU (SEU) v zadevi *Gerhard Fuchs in Peter Köhler proti Land Hessen*, C-159/10, C-160/10, z dne 21. 7. 2011, v 74. točki; podobno v statusnem pravu tujcev – v 2. odstavku 17. člena Direktive Sveta 2003/109/ES z dne 25. novembra 2003 o statusu državljanov tretjih držav, ki so rezidenti za daljši čas glede omejitve dostopa do statusa rezidenta to niso legitimni razlogi javnega reda.

[10] Glej primer opisan v Letnem poročilu Zagovornika za leto 2019 str. 91, dostopno na http://www.zagovornik.si/letno-porocilo-2/.