



Številka: 014-30/2017-1

Datum: 17. 3. 2017

Ministrstvo za zdravje  
Štefanova 5  
1000 Ljubljana

**ZADEVA: Stališče Zdravniške zbornice Slovenije glede nekaterih rešitev v osnutku predloga Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju in zahteva za umik osnutka iz javne razprave**

Spoštovani,

Zdravniška zbornica Slovenije podaja v postavljenem roku za javno razpravo stališče do nekaterih sistemskih rešitev v osnutku predloga Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (v nadaljevanju: predlog ZZZV). Uvodoma se zbornica v celoti pridružuje stališču Združenja mestnih občin Slovenije z dne 21. 2. 2017, ki je opozorilo, da Ministrstvo za zdravje s svojim postopkom oblikovanja predloga zakona ponovno krši vse standarde na področju priprave predpisov, saj se ni držalo niti najbolj osnovnih pravil s področja priprave normativnih aktov, opredeljenih v Resoluciji o normativni dejavnosti, Poslovniku Vlade RS in Poslovniku državnega zbora. Zato je osnutek zakona tako nekakovostno in pomanjkljivo pripravljen (ne vsebuje obrazložitve in niti ocene finančnih učinkov), da se do predlaganih rešitev sploh ni mogoče v celoti opredeliti. Poleg navedenega Zdravniška zbornica posebej izpostavlja tudi kršitev 5. točke 1. odstavka 71. člena Zakona o zdravniški službi, po kateri je bilo Ministrstvo za zdravje dolžno zbornico povabiti k sodelovanju pri pripravi zakona, česar ni storilo.

Ob popolni odsotnosti predstavitve kratkoročnih in dolgoročnih finančnih učinkov predlaganega zakona je iz predloga jasno razvidno, da cilj predlagatelja ni skrb za slovenskega bolnika, temveč vztrajanje na preživelih obliki ene in edine »zdravstvene zavarovalnice« in njej podrejenih javnih zavodov. Izključitev zdravniške stroke je razvidna skozi celoten predlog. Ta se ne ukvarja z urejanjem pogojev za kakovostno, vsem dostopno javno zdravstvo, kar v evropskem žargonu pomeni mrežo javnih in zasebnih izvajalcev, temveč od člena do člena izključuje in zanika zasebne izvajalce. Predlagatelje naj opomnimo, da tudi bistveno bogatejše skandinavske države niso bile sposobne zagotoviti mreže le z javnimi bolnišnicami, v primeru Slovenije pa je mreža, zgrajena pred štiridesetimi leti, bistveno preozka za pokrivanje naraščajočih potreb starajočega se prebivalstva. Nerazumno destimuliranje zasebnih vlaganj v zdravstveno infrastrukturo in s tem v javno zdravstveno mrežo, ki ga predvideva predlog zakona, si lahko razlagamo le kot poskus popolnega iztisa zasebnih izvajalcev iz javne zdravstvene mreže, kar vodi v neizbežno zmanjševanje dostopnosti in s tem v privatizacijo zdravstva. Torej v stanje, ko si bodo morali naši bolniki, zaradi nezmožnosti javnih zavodov, storitve kupovati na trgu in za njih plačevati iz žepa.

Nerazumljiva ignoranca predlagatelja do vzpostavitve mreže izvajalcev, odsotnost volje za ugotavljanje realnega stanja glede dostopnosti do zdravstvenega varstva (čakalne dobe le za izbrane skupine primerov, za večino storitev podatki sploh ne obstajajo) in neupoštevanje stroke pri pripravi tako pomembnega zakona nas napeljujejo k sklepanju, da je cilj predlagateljev popolnoma nasproten s cilji, ki so zapisani v 2. členu tega osnutka predloga zakona.

Edini izmed v 2. členu naštetih ciljev, ki bi ga takšen zakon lahko uspešno dosegel, je popolna nepridobitnost izvajalcev zdravstvene dejavnosti. Po izključitvi zasebnikov iz javne mreže namreč ne bo več nikogar, ki bi moral ustvarjati presežke prihodkov nad odhodki zaradi lastnega obstanka, saj brez presežkov zasebniki nimajo sredstev za redno poslovanje, amortizacijo in razvoj. Ničesar od tega ne potrebujejo javni zavodi, ki so izdatno subvencionirani iz državne in iz občinskih blagajn, skratka vedno lahko poslujejo po nepridobitnem načelu s ciljnimi dobičkom nič evrov. Kako je z nepridobitnostjo in dobički njihovih dobaviteljev, pa je drugo vprašanje, s katerim se predlagatelji zakona ne obremenjujejo.

Zdravniška zbornica je kritična tudi do načina ukinjanja dopolnilnega zavarovanja. Ne glede na to, da pravzaprav nihče ni bil čisto zadovoljen s takšno obliko zavarovanja, je dopolnilno zavarovanje predstavljalo variabilno komponento, na katero se je prenašal nepokriti del storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. V predlagani obliki fiksnih prispevnih stopenj ne bo nikakršnega manevrskega prostora za ukrepanje ob morebitni krizi in s tem povezanim manjšim prilivom v zdravstveno blagajno. V tem primeru bo imel ZZS edino alternativo v krčenju pravic iz zavarovanja. Jasno je, da bodo finančni učinki v prvem letu po uveljavitvi zakona ugodni, saj se predvideva prenos določenih obveznosti iz ZZS na proračun, kar bo kratkoročno zagotovilo več sredstev za izvajanje programov. Dolgoročno pa predlagan model vodi le v zniževanje pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki ga predlagatelj, v želji po političnem obstanku, javno ne uzakoni, pripravi pa teren za krčenje košarice s strani ZZS.

V nadaljevanju bo prikazano, da predlog ZZVZZ pri ureditvi pravic do zdravstvenih storitev ni dosegel zastavljenega cilja, to je dovolj konkretne določitve pravic na ravni zakona, pač pa je le bolj natančno opredelil podzakonske akte, s katerimi bo podrobneje določena končna vsebina zdravstvenih storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Pri tem je predlog ZZVZZ večinoma le povzel (oziroma spravil na raven zakona) de facto ureditev, kot se je že izoblikovala v dosednji praksi izvajanja obveznega zdravstvenega zavarovanja, in ZZS tudi formalno pooblastil za izvajanje večine funkcij (denimo določanje obračunskih modelov), ki jih sicer že izvaja, čeprav za to nima jasne podlage v zakonu. Nova ureditev po predlogu ZZVZZ bo morda dosegla skladnost med že izoblikovano prakso in zakonom, drugo pa je vprašanje, ali bo takšna ureditev zadostila zahtevi Ustave RS po določitvi pravic iz zdravstvenega zavarovanja na ravni zakona (in ne na podzakonski ravni). Po prepričanju Zdravniške zbornice je za celoten segment pravic do zdravstvenih storitev, ki zavzemajo najboljše del porabe denarja iz zdravstvene blagajne, odgovor na to vprašanje nikalen.

Na področju urejanja odnosov med ZZS-jem in izvajalci zdravstvenih storitev predlog zakona ne odpravlja trenutno sporne ureditve, po kateri so vsi slovenski izvajalci dejansko diskriminirani proti tujim ponudnikom. Ti lahko namreč za slovenske zavarovance prosto opravljajo storitve v breme slovenske zdravstvene blagajne, kar slovenskim izvajalcem ni omogočeno. Namesto da bi predlog uredil to nepravilnost, se je odločil eksplicitno navesti, da imajo javni zavodi prednostno pravico pred koncesionarji do izvajanja zdravstvenih storitev v breme obveznega zdravstvenega

zavarovanja, s čimer je sedanjo diskriminacijo nadgradil še z izrecno neenakopravno obravnavo med koncesionarji in javnimi zavodi. S tem zakon neposredno krši ustavno načelo enakosti pred zakonom, predlagatelji pa sporočajo tudi zgoraj opisano vrednostno stališče, da za zasebne zdravnike v javnem zdravstvenem sistemu ni več prostora. Enako velja tudi za Zdravniško zbornico, kot predstavnico njihovih interesov, ki v novem sistemu načrtovanja zdravstvenega varstva nima več nobenega položaja. V nadaljevanju natančno prikazujemo, kako bi se po predlogu zakona vse pristojnosti, ki jih trenutno izvršujejo različni deležniki v sistemu zdravstvenega varstva, prenesle v roke ZZS-ja. Zdravniška zbornica že dlje časa opozarja na resne nepravilnosti v delovanju sistema zdravstvenega zavarovanja, za katere je odgovoren ravno ZZS, zato ne moremo slediti rešitvam v predlogu zakona, ki ZZS pooblašča za ureditev nakopičenih težav.

Podrobne pripombe k ureditvi načina financiranja zdravstvenega varstva bo Zdravniška zbornica podala, ko bo predlagatelj predložil svojo napoved finančnih posledic zakona. Za postopek sprejemanja zdravstvene zakonodaje v demokratični državi 21. stoletja se zdi nepredstavljivo, da poda ministrstvo v javno razpravo predlog nove ureditve financiranja zdravstvenega varstva brez ocenjenih finančnih učinkov.

## **1. Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja**

### Vsebina pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja

Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja so našteje v 42. členu predloga ZZVZZ. Od tega zavzema financiranje zdravstvenih storitev<sup>1</sup> pretežni delež v celotni porabi denarja iz zdravstvene blagajne. Zdravniška zbornica se v nadaljevanju neposredno opredeljuje do ureditve financiranja zdravstvenih storitev.

Predlog ZZVZZ zdravstvenih storitev, do katerih so zavarovanci upravičeni iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, ni definiral. Njihova končna vsebina, ki naj bi se dejansko zagotavljala iz obveznega zavarovanja, bo zaradi tega opredeljena šele, ko bo ZZS sprejel seznam storitev v skladu z 2. odstavkom 46. člena<sup>2</sup> predloga ZZVZZ in ko bodo s podzakonskim aktom določeni standardi pravic v skladu z 2. odstavkom 44. člena predloga ZZVZZ.

### Ustavnopravne zahteve glede določanja pravic iz obveznega zavarovanja

Ureditev načina določanja pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja v predlogu ZZVZZ je očitno neskladna z 2. odstavkom 51. člena<sup>3</sup> Ustave RS, ki zahteva, da so pravice (iz zdravstvenega zavarovanja) določene z zakonom.

Primerjava z obstoječo ureditvijo<sup>4</sup> pokaže, da sedaj veljavni ZZVZZ podeljuje ZZS-ju pooblastilo le za natančnejšo ureditev pravic in postopka njihovega uveljavljanja, ne pa za izvirno določanje

<sup>1</sup> 1. točka 1. odstavka 42. člena predloga ZZVZZ

<sup>2</sup> 2. odstavek 46. člen predloga ZZVZZ določa: »Seznam zdravstvenih storitev iz prejšnjega odstavka in metode njihovega izvajanja določi Zavod izmed zdravstvenih storitev in metod njihovega izvajanja s seznama zdravstvenih storitev, ki ga določi minister na predlog Zdravstvenega sveta v skladu z zakonom, ki ureja zdravstveno dejavnost.«

<sup>3</sup> Ustava RS v 2. odstavku 51. člena določa, da pravice do zdravstvenega varstva iz javnih sredstev določa zakon.

<sup>4</sup> Trenutno veljavni ZZVZZ v 26. členu določa: »Natančnejši obseg zdravstvenih storitev iz prvega odstavka 23. člena ter 23.c člena tega zakona, ki se zagotavljajo v breme obveznega zavarovanja, natančnejši postopek uveljavljanja pravic, standarde in normative določi Zavod v splošnih aktih v soglasju z ministrom, pristojnim za zdravje.«

njihove vsebine. Iz tega razloga je Ustavno sodišče RS v dosedanjih odločitvah štelo za sporno vsako rešitev, pri kateri je ugotovilo, da je bila zakonska materija (določanje pravic) izvirno urejena v podzakonskih aktih.<sup>5</sup>

Trenutno veljavna ureditev zdravstvenega zavarovanja je bila torej po odločitvah ustavnega sodišče sporna v primerih, kadar je ZZS (v soglasju z Ministrstvom za zdravje) prestopil zakonsko pooblastilo za natančnejše opredeljevanje pravic iz obveznega zavarovanja in samostojno uredil določeno pravico (s čimer je posegel v zakonsko materijo, s tem pa kršil ustavo). Predlog ZZVZZ je prav takšen način poseganja v 2. odstavek 51. člena ustave celo izrecno opredelil v 44. členu (standardi) in 46. členu (seznam zdravstvenih storitev), saj je določanje zakonske materije v tem delu neposredno prenesel na podzakonske akte.

### Standardi zdravstvenih storitev

Pri vprašanju določanja vsebine pravic do zdravstvenih storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja sicer ne gre spregledati, da je že obstoječi ZZVZZ določanje »standardov in normativov« pravic prepustil urejanju s podzakonskim aktom,<sup>6</sup> vendar s to razliko, da obstoječi ZZVZZ pojma »standarda pravic« ni definiral (na ravni zakona), v podzakonskem aktu, to je v Pravilih obveznega zdravstvenega zavarovanja, pa so standardi zdravstvenih storitev opredeljeni v zgolj eni določbi<sup>7</sup>, ki nima nobene normativne vrednosti (zato je ni mogoče neposredno uporabljati). Iz tega razloga je potrebno ugotoviti, da v dosednji praksi standardi zdravstvenih storitev niso bili nikoli določeni<sup>8</sup>, zato se vprašanje, ali je takšna ureditev (določanje standardov s podzakonskim aktom) neskladna z 51. členom ustave, še ni resno zastavljalo.

Predlog ZZVZZ od zgoraj navedenega odstopa, saj je v 3. odstavku 44. člena vsebino standarda pravic jasno definiral in s tem opredelil tudi meje zakonskega pooblastila, s katerim urejanje vsebine pravic prenaša na podzakonske akte. Standard pravic predlog ZZVZZ opredeljuje kot natančnejše določene vrste zdravstvene oskrbe, določene metode njihovega izvajanja, njihovi normativi, ostala medicinska, tehnična in druga strokovna opredelitev pravice, njena vrednost in natančnejše določen postopek njenega uveljavljanja. Ob tem ne more biti več nobenega dvoma, da bo dejanska vsebina posameznih pravic (storitev) iz obveznega zdravstvenega zavarovanja opredeljena šele po določitvi seznama storitev (2. odstavek 46. člena predloga ZZVZZ) in ustreznih standardov<sup>9</sup>.

---

<sup>5</sup> V večini primerov se je vprašanje postavilo glede vsebine Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja, de facto pa je obseg pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja v veliki meri opredeljen s posamičnimi obračunskimi modeli zdravstvenih storitev.

<sup>6</sup> 26. člen veljavnega ZZVZZ.

<sup>7</sup> Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (Pravila OZZ) v 1. odstavku 105. člena določajo: »Standardi zdravstvenih storitev v vseh zdravstvenih dejavnostih so strokovno – doktrinarno utemeljene storitve glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe, skladno s presojo zavarovančevega osebnega ali napotnega zdravnika.« Iz tako določenega standarda seveda ni mogoče razbrati, do katere konkretne storitve je zavarovana oseba v konkretnem položaju upravičena.

<sup>8</sup> Izjemoma je kot standard določen le kraj opravljanja storitve v 2. odstavku 109. člena Pravil OZZ, ki pravi: »Za standardne storitve po kraju uveljavljanja štejejo storitve, ki jih zavarovana oseba uveljavlja pri najbližjem ustreznem izvajalcu, upošteva mrežo javne zdravstvene službe.« ter čas izvedbe storitve po 3. odstavku 109. člena Pravil OZZ.

<sup>9</sup> V 4. odstavku 44. člena predloga ZZVZZ je sicer določba o standardih zdravstvene oskrbe, ki naj »vključujejo strokovno-doktrinarno utemeljene zdravstvene storitve, zdravila, živila, medicinske in druge pripomočke glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe v skladu s presojo pristojnega zdravnika, drugega pristojnega zdravstvenega

## Seznam zdravstvenih storitev

Posebej se je potrebno opredeliti do 2. odstavka 46. člena predloga ZVZZ, ki (1) nalaga Zdravstvenemu svetu obveznost predlaganja (najširšega) seznama vseh zdravstvenih storitev, ki se lahko izvajajo v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja, (2) nadalje pooblašča Ministrstvo za zdravje, da določi na podlagi predloga Zdravstvenega sveta (ožji) seznam storitev, (3) ZZS-ju pa podeljuje končno pristojnost, da iz seznama ministrstva izbere, katere storitve bo financiral.

Zgoraj prikazana razporeditev pristojnosti pomeni, da bo najvišji strokovni organ v državi omejen na položaj predlagatelja zdravstvenih storitev in metod njihovega izvajanja, ki se bodo opravljale v breme zdravstvenega zavarovanja, končni seznam storitev pa bo določal ZZS, ki po obstoječi zakonodaji, in tudi predlogu ZVZZ, nima nikakršne pristojnosti za sprejemanje odločitev strokovno-medicinske narave.

Ob tem je predlagana rešitev tudi v očitnem gramatikalnem neskladju z določbo veljavnega 1. odstavka 75. člena Zakona o zdravstveni dejavnosti, ki v drugem stavku določa, da Zdravstveni svet oblikuje vsebino zdravstvenih programov s stališča njihove izvedljivosti, enakomernega razvoja vseh strok in načela enake dostopnosti. Predlog ZVZZ v 2. odstavku 46. člena tako določa, da oblikuje Zdravstveni svet (zgolj) predlog seznama zdravstvenih storitev v skladu z zakonom, ki ureja zdravstveno dejavnost, ta zakon (ZZDej) pa Zdravstvenemu svetu podeljuje bistveno širšo pristojnost oblikovanja vsebine zdravstvenih programov, kar vključuje tudi določitev seznama zdravstvenih storitev in metod njihovega izvajanja.

## Razmerje med seznamom storitev, njihovimi standardi, obračunskimi modeli in vloga HTA

Pri razmerju med seznamom storitev in njihovih standardov je potrebno posebej opozoriti na notranje neskladje v predlogu ZVZZ, saj predstavljata obe materiji neločljivo pravno celoto. Standarda pravic po 3. odstavku 44. člena predloga ZVZZ namreč ni mogoče določiti drugače kot z izbiro posameznih vrst zdravstvene oskrbe iz seznama storitev po 2. odstavku 46. člena predloga ZVZZ. Oziroma drugače povedano, seznam iz 46. člena je zgolj okvir, znotraj katerega bo ZZS določil (ožji) standard po 44. členu predloga ZVZZ, kar pomeni, da zavarovanci sploh ne bodo upravičeni do vseh storitev iz seznama (46. člen).

K temu je potrebno dodati, da na končno vsebino zdravstvenih storitev, ki jo zavarovanci prejmejo od izvajalcev zdravljenja, pomembno vplivajo še obračunski modeli zdravstvenih storitev. Slednji bodo po 227. členu predloga ZVZZ določeni s Programom izvajanje zdravstvenih storitev, ki ga bo sprejemal ZZS. Zdravniška zbornica že dlje časa opozarja na izrazito problematičnost obstoječe ureditve, po kateri si je ZZS v nasprotju z določbo 63. člena veljavnega ZVZZ prisvojil pristojnost za določanje obračunskih modelov.<sup>10</sup> Navedeno vprašanje ni pomembno le z vidika financiranja zdravstvenih storitev, ampak tudi z vidika določanja

---

*delavca ali Zavoda.*« Potrebno je ugotoviti, da je ta določba vsebinsko enaka 1. odstavku 105. člena Pravil OZZ (torej brez uporabne vrednosti, saj standard ne more določati, kaj pacient potrebuje, ampak mora določati, kaj mu pripada v določenem primeru) in hkrati v logičnem nasprotju s 3. odstavkom 44. člena predloga ZVZZ (ki je, za razliko od 4. odstavka, izvedljiv, saj predvideva splošno in abstraktno določitev standardov).

<sup>10</sup> Obračunski modeli zdravstvenih storitev bi morali biti, po sedanji ureditvi v ZVZZ, predmet splošnega dogovora, ki ga vsako leto sprejmejo partnerji iz 63. člena ZVZZ. Namesto tega obračunske modele sprejema upravni odbor ZZS-ja.

končne vsebine zdravstvene obravnave, do katere so zavarovanci upravičeni. Obračunski modeli določajo celotni seznam (šifrant) storitev, ki jih ZZZS plačuje izvajalcem zdravljenja, njihovo ceno ter postopek beleženja (s strani izvajalcev) opravljenih storitev.

V kolikor pride do razkoraka med seznamom storitev (oz. standardom), do katerih so zavarovanci upravičeni v skladu z zakonom (in podzakonskimi akti), in šifrantom storitev, ki jih ZZZS plača izvajalcem zdravljenja (obračunskim modelom), zavarovanci v praksi ostanejo brez zdravstvene obravnave, ki jo deklaratorno zagotavlja določen standard. Pri tem lahko ugotovimo, da so obračunski modeli tudi (še en) pravni mehanizem, s katerim se končna vsebina zdravstvenih pravic de facto določa na podzakonski ravni, zaradi česar je njihova vsebina (tudi danes) lahko dodatno vprašljiva z vidika zgoraj navedenega ustavnega pravila, da morajo biti pravice iz zdravstvenega zavarovanja določene z zakonom.

Zaradi vsega navedenega in na podlagi več desetletij prakse izvajanja zdravstvenega zavarovanja bi predlagatelj zakona moral že davno zaključiti, da končne vsebine zdravstvene obravnave, do katere naj bodo zavarovanci upravičeni, ne more določiti ne Zdravstveni svet, kot »najvišji strokovno usklajevalni organ na področju zdravstvenega varstva«, niti ZZZS (po predlogu ZZVZZ) kot plačnik storitev. Ta vsebina bi morala biti določena z ustreznimi (neodvisnimi) vmesniki (kot so agencije), ki bi na podlagi sodobnih spoznanj s področja vrednotenja zdravstvenih tehnologij iskali ravnotežje med vsemi deležniki v zdravstvenem sistemu. Predlog ZZVZZ, ki ga ministrstvo predstavlja kot reformni zakon, ne vsebuje niti ene določbe v zvezi z vrednotenjem zdravstvenih tehnologij (HTA), kar je ob upoštevanju sodobnih trendov v razvoju zdravstvenih sistemov že skorajda nepredstavljivo.

#### Izločene storitve (pravica do storitev) iz obveznega zdravstvenega zavarovanja

Predlog ZZVZZ je v 45. členu določil krog izključitev pravic do zdravstvenih storitev. Zdravniška zbornica se ne bo opredeljevala do vseh izključenih pravic,<sup>11</sup> iz pravno-sistemskih razlogov pa je potrebno izpostaviti vprašanje pravice do drugega mnenja, glede katerega je Ministrstvo za zdravje v drugem predlogu zakona, ki je bil pravkar v javni razpravi (Zakon o pacientovih pravicah), določilo, da bo uveljavljanje drugega mnenja v okviru obveznega zdravstvene zavarovanja uredil ZZVZZ. Kot kaže, je uveljavljanje pravice »uredil« tako, da je izrecno izključil njeno financiranje iz zdravstvene blagajne. Takšen normativni pristop (hkratkoli določanje pravic v enem zakonu in njihovo črtanje v drugem zakonu) prikazuje popolno neverodostojnost Ministrstva za zdravje, kot predlagatelja zakonov, in prikazuje tudi njegovo nepripravljenost, da bi uredil perečo problematiko v zvezi z uveljavljanjem te pravice, ki obstaja že od sprejetja prvega Zakona o pacientovih pravicah leta 2008.

V 6. točki 45. člena je predlog ZZVZZ kot pravico iz obveznega zdravstvenega zavarovanja izključil tudi medicinske zaplete, ki so nastali kot posledica uveljavljanja zdravstvene oskrbe, ki ni pravica. Gre torej za izključitev možnosti, da bi se zavarovanec »vrnil v javno zdravstvo« zaradi

---

<sup>11</sup> Nekateri izključitve so zagotovo vprašljive iz ustavnega načela, da je Slovenija socialna država. Primer tega je 2. točka 45. člena (zagotavljanja socialne nege v okviru neakutne bolnišnične obravnave), saj je predlog ZZVZZ ob odsotnosti drugih mehanizmov socialne skrbi, za katere bi morala poskrbeti država, stroške bivanja socialno ogroženih oseb v bolnišnicah prenesel na njih same. Vprašljiva je tudi ureditev iz 12. točke 45. člena, ki predstavlja vzpodbudo staršem za obvezno cepljenje otrok – za opustitev cepljenja (dolžnost staršev) bodo sankcionirani necepljeni otroci, za katere bodo odslej vrata javnega zdravstva zaprta. Takšna rešitev odpira očitno vprašanje (ne)sorazmernosti ukrepov.

zdravljenja zapletov, ki so posledica uveljavljanja izrecno izključenih storitev po 45. členu ZZVZZ in tudi vseh ostalih storitev, ki jih zavarovana oseba ni uveljavljala kot pravico iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. To so, poleg samoplačniških storitev, ki jih je zavarovana oseba uveljavljala v višjem standardu (5. odstavek 44. člena predloga ZZVZZ), še vse storitve, ki so sicer opredeljene kot pravica po ZZVZZ-ju, vendar jih zavarovanci bodisi uveljavljajo pri izvajalcih zunaj javne zdravstvene mreže bodisi pri izvajalcih v mreži, vendar ne v okviru zdravstvenega zavarovanja (kot samoplačniki). Da je takšno omejevanje vračanja zavarovanih oseb v javni zdravstveni sistem neskladno z ustavo, je bilo nedvoumno vzpostavljeno z odločbo Ustavnega sodišča RS št. U-I-125/97 z dne 24. 6. 1998, v kateri je izrecno navedeno, da sporna ureditev zavarovanca postavi »v absurden položaj, ko je zaradi izbire zdravnika, ki ga ne veže z Zavodom posebna pogodba, za katerega storitev je plačal polno ceno kljub vplačanim prispevkom obveznega zavarovanja, "kaznovan" še s tem, da mora v celoti plačati še storitve vseh drugih zdravstvenih delavcev, ki jih v svoji situaciji potrebuje.« Nadalje je Ustavno sodišče RS še navedlo, da »takšna ureditev plačevanja storitev izniči pravico do proste izbire zdravnika, zasebne zdravnike pa postavlja v položaj, ki ga zakon ne predvideva.« Novost predlagane izključitve je v tem, da poleg položaja, ki ga je obravnavalo ustavno sodišče (zasebniki brez koncesije), krog izključitev širi še na vse ostale storitve (tudi pri izvajalcih v javni mreži), ki jih zavarovana oseba ni uveljavljala v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja. Ob tem se še dodatno stopnjuje absurdnost ureditve, ki jo je kot takšno izrecno opisalo ustavno sodišče, saj se bodo po drugi strani v javno zdravstvo lahko vrnil vsi pacienti, ki so zdravstvene storitve v breme javne zdravstvene blagajne uveljavljali v tujini – izvajalcem v tujini je namreč omogočeno, da brez vsakršne pogodbe z ZZS-jem opravljajo storitve slovenskim zavarovancem v breme ZZS-ja, pri čemer tudi niso vezani z omejitvami, ki veljajo za domače izvajalce v javni mreži (omejitev programov oz. čakalne dobe). Tako je predlog zakona, namesto da bi zmanjšal diskriminacijo slovenskih izvajalcev proti tujim, za zavarovance uvedel še dodatno vzpodbudo za odhajanje na zdravljenje v tujino.

## **2. Urejanje odnosov med ZZS-jem in izvajalci zdravstvenih storitev**

### Ukinitev splošnega dogovora in uvedba »Programa izvajanja zdravstvenih storitev«

Zdravniška zbornica odločno zavrača rešitve predloga ZZVZZ na področju urejanja odnosov med ZZS-jem in izvajalci, saj je predlog ZZVZZ izključil vse predstavniške organizacije, ki so bile do sedaj pristojne za pogajanja in sprejem vsakoletnega splošnega dogovora.<sup>12</sup> Slednji se nadomešča s t. i. »Programom izvajanja zdravstvenih storitev«, ki bi ga po 224. členu predloga ZZVZZ sprejel svet ZZS-ja za obdobje dveh let. Ukinitev prisojnosti Zdravniške zbornice, da sodeluje v postopku oblikovanja splošnega dogovora, oziroma drugega akta, ki funkcionalno nadomešča ta institut po obstoječem ZZVZZ, je v izrecnem nasprotju z določbo 6. točke 1. odstavka 71. člena Zakona o zdravniški službi, ki pravi, da Zdravniška zbornica soodloča pri določanju izhodišč za sklepanje pogodb z ZZS-jem, ter s 7. točko tega člena, ki pravi, da zbornica zastopa interese zasebnih zdravnikov pri sklepanju pogodb z ZZS-jem. Predlagana

---

<sup>12</sup> Obstoječi ZZVZZ v 1. odstavku 63. člena določa, da »Zavod, pristojne zbornice, združenja zdravstvenih zavodov in drugih zavodov ter organizacij, ki opravljajo zdravstveno dejavnost, ter ministrstvo, pristojno za zdravstvo, se za vsako leto dogovorijo o programu storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, opredelijo zmogljivosti, potrebne za njegovo izvajanje in določijo obseg sredstev. Na tej osnovi določijo izhodišča za izvajanje programov in za oblikovanje cen programov oziroma storitev ter druge podlage za sklepanje pogodb z zdravstvenimi zavodi, drugimi zavodi in organizacijami, ki opravljajo zdravstveno dejavnost ter zasebnimi zdravstvenimi delavci.«

ureditev nadalje nasprotuje tudi splošni pristojnosti zbornice po 5. točki istega člena Zakona o zdravniški službi, ki ji daje pooblastilo za sodelovanje pri pripravi zakonov, planskih dokumentov, kadrovskih načrtov in drugih predpisov s področja zdravstva. Predlog ZZVZZ je torej odpravil vse funkcije Zdravniške zbornice v sistemu urejanja odnosov med ZZS-jem in izvajalci zdravstvenih storitev, ki jih je zbornici podelil Zakon o zdravniški službi. S tem je predlog ZZVZZ odpravil institucionalni položaj, ki ga imajo zdravniki kot temeljni odgovorni nosilci zdravstvene dejavnosti<sup>13</sup> v sistemu izvajanja zdravstvenega zavarovanja.

Predlog ZZVZZ odpravlja tudi pooblastilo, ki ga sedanji zakon daje Vladi RS za odločanje o vprašanih, glede katerih partnerji za sprejem dogovora ne dosežejo soglasja.<sup>14</sup> Takšno pooblastilo bi bilo odslej tudi sicer obsoletno, glede na to, da do nesoglasji ne bo moglo več priti, saj bo o vseh vprašanih odslej odločal ZZS sam. Pri tem bo omejen le še z institutom soglasja, ki bi ga skladno z 228. členom predloga ZZVZZ k programu storitev moralo podati Ministrstvo za zdravje, vendar predlog ministrstvu s tem v zvezi ne daje širšega polja proste presoje, ampak je njegova vloga omejena na ugotavljanje skladnosti programa z izhodišči iz 225. člena predloga ZZVZZ, za katera bo sicer v nadaljevanju pojasnjeno, da ne bodo imela praktično nobene neposredne uporabne vrednosti.

#### Vsebina Programa izvajanja zdravstvenih storitev

Primerjava med vsebino Programa izvajanja zdravstvenih storitev, kot je opredeljena v 2. odstavku 227. člena predloga ZZVZZ, in vsebino vsakokratnih splošnih dogovorov, ki se sklepajo po sedaj veljavnem ZZVZZ, pokaže na vsebinsko ujemanje, pri čemer bo Program izvajanja zdravstvenih storitev vsebinsko širši od aktualnih splošnih dogovorov. Vključeval bo še zahtevane standarde kakovosti, spodbude za doseganje ciljev in sankcije za neizvajanje programa. Zdravniška zbornica posebej opozarja na tretjo alinejo 2. odstavka 227. člena predloga ZZVZZ, ki med sestavine Programa izvajanja zdravstvenih storitev vključuje tudi »način obračunavanja in plačevanja«, torej obračunske modele, glede katerih zbornica v vsakokratnih pogajanjih za sprejem splošnega dogovora že vrsto let izpostavlja, da bi morali biti sprejeti v splošnem dogovoru, namesto s sklepi upravnega odbora ZZS-ja. Vključitev obračunskih modelov v navedeno določbo predloga ZZVZZ zato štejejo za pristanek Ministrstva za zdravje na argumente zbornice, da so obračunski modeli neločljiv predmet pogodbene obveznosti med ZZS-jem in izvajalci in zato (po sedanjem zakonu) ne morejo biti enostransko sprejeti s strani upravnega odbora ZZS-ja, ampak morajo biti sestavni del pogodbenega razmerja med ZZS-jem in izvajalci. Nadalje zbornica posebej opozarja na 9. alinejo 2. odstavka 227. člena predloga ZZVZZ, ki določa pogodbene kazni kot dodano sestavino Programa izvajanja zdravstvenih storitev, s čimer predlagatelj ZZVZZ pritrjuje tudi stališču zbornice, da pogodbene kazni po obstoječem ZZVZZ ne morejo biti predmet splošnega dogovora, saj jih aktualni zakon ne predvideva.

---

<sup>13</sup> Da je zdravnik temeljni odgovorni nosilec opravljanja zdravstvene dejavnosti, določa Zakon o zdravniški službi v 2. odstavku 1. člena.

<sup>14</sup> Pooblastilo Vlade RS za odločanje o spornih vprašanih, glede katerih ni mogoče doseči soglasja med partnerji za sprejem splošnega dogovora (niti po opravljeni arbitraži), določa obstoječi ZZVZZ v 2. odstavku 63. člena: »Če izhodišča iz prejšnjega odstavka niso sprejeta do konca decembra za naslednje leto, odloči o njih najpozneje v enem mesecu arbitražna, ki jo sestavlja enako število predstavnikov Zavoda, predstavnikov pristojnih zbornic in združenj zdravstvenih zavodov ter predstavniki-kov ministrstva, pristojnega za zdravstvo. Če v okviru arbitraže ni mogoče doseči sporazuma, odloči o spornih vprašanih Vlada Republike Slovenije.«



Med vsebino Programa izvajanja zdravstvenih storitev so vključene tudi sestavine, ki bi morale biti po sedaj veljavnem 65. členu ZZZS predmet (individualnih) pogodb, sklenjenih med ZZZS-jem in posameznimi izvajalci.<sup>15</sup> Primerjava med stanjem, kakršno bi moralo biti vzpostavljeno po veljavnem zakonu, dejansko prakso, ki se je izoblikovala pri sklepanju splošnih dogovorov (ti že sedaj urejajo večino vprašanj, ki bi morala biti skladno z zakonom urejena v individualnih pogodbah), in predlogom nove ureditve pokaže, da želi predlagatelj čim več vprašanj, ki bi morala biti predmet urejanja med ZZZS-jem in posamičnim izvajalcem, z zakonom spraviti v Program izvajanja zdravstveni storitev. Cilj takšne ureditve je jasen – izvajalcem odvzeti možnost učinkovitega sodnega varstva zoper enostranske posege ZZZS-ja v njihov pravni položaj. Dosedanja sodna praksa je namreč pokazala, da sodišča ZZZS-ju ne priznavajo pravice do enostranskega poseganja v pogodbene odnose z izvajalci, celo tedaj ne, ko je poseganje sprejeto na ravni aneksa k splošnemu dogovoru.<sup>16</sup> Po predlogu ZZZS bi posamične pogodbe vključevale le še določitev vrste zdravstvene dejavnosti (po šifrantu), cene<sup>17</sup>, ordinacijski čas, rok za izvedbo storitev in čas veljavnosti pogodbe. V 3. odstavku predloga ZZZS se nahaja še izrecna določba, po kateri je Program izvajanja zdravstvenih storitev sestavni del individualne pogodbe. Na ta način bi ZZZS odslej prosto (na podlagi zakona) določal vsebino pogodbenih razmerij z vsemi izvajalci, saj bi bila vsebina pogodbenih odnosov v celoti določena s Programom izvajanja zdravstvenih storitev. Za dodatno zaščito ZZZS-ja pred učinkovitim sodnim varstvom izvajalcev je predlog ZZZS v 228. členu predvidel še možnost interventnega retroaktivnega nižanja cen (do 3 %) v posameznem letu, glede česar je sodna praksa (po sedanji zakonodaji) zavzela negativno stališče (in retroaktivne posege prepovedala), s spremembo zakona pa bodo takšne intervencije možne, čeprav gre za institut, ki nasprotuje vsem temeljnim načelom pogodbenega prava.<sup>18</sup>

### Podlage za sprejem Programa izvajanja zdravstvenih storitev

Skladno z določbo 1. odstavka 225. člena predloga ZZZS so podlaga za sprejem Programa izvajanja zdravstvenih storitev izhodišča in prioritete, ki jih opredeli ministrstvo na podlagi resolucije zdravstvenega varstva, akcijskega načrta iz 7. odstavka 4. člena tega zakona ter potreb zavarovanih oseb in v okviru finančnega načrta zavoda.

#### *A. Resolucija zdravstvenega varstva*

Primerjava z dosedanjim 2. odstavkom 6. člena veljavnega ZZZS<sup>19</sup> pokaže, da je predlagatelj zavzel drugačen pristop pri določitvi Resolucije zdravstvenega varstva. Za njen sprejem je še

---

<sup>15</sup> Veljavni ZZZS v 2. odstavku 65. člena določa: »Pogodbe določajo vrste, obseg in kakovost ter roke za uresničevanje programa oziroma zdravstvenih storitev na podlagi strokovnih standardov za posamezni zavod oziroma organizacijo v celoti ali po dejavnostih oziroma za zasebnega zdravstvenega delavca.« in v 3. odstavku istega člena določa: »V pogodbi se določijo cene programov oziroma storitev, način obračunavanja in plačevanja ter nadzor nad uresničevanjem pogodbe kakor tudi druge medsebojne pravice in obveznosti pogodbenih strank.« V praksi se pogodbe s takšno vsebino ne sklepajo, pač je večina vprašanj urejenih v splošnem dogovoru.

<sup>16</sup> Denimo sodba Višjega sodišča v Ljubljani (VSL sodba I Cpg 665/2013 z dne 1. 4. 2015): »Sprejem aneksa k splošnemu dogovoru brez spremembe pogodbe ne more vplivati na pogodbeno dogovorjene obveznosti toženca, saj se Splošni dogovor ne uporablja neposredno za urejanje odnosov, ki so v pogodbi že izrecno urejena.«

<sup>17</sup> Skladno z 2. alinejo 2. odstavka 227. člena ZZZS bodo cene določene že v Programu izvajanja zdravstvenih storitev, torej ne bodo predmet individualnih pogodb (pogajanja med izvajalci in ZZZS-jem).

<sup>18</sup> Z interventnim nižanjem cen se bo primanjkljaj, ki bi sicer nastal v zdravstveni blagajni in bi ga ZZZS lahko zapolnil s poceni zadolževanjem (kolikor bi zakon predvidel to možnost), prevalil neposredno na izvajalce, ki se zadolžujejo po višjih obrestnih merah.

<sup>19</sup> Po 2. odstavku 6. člena veljavnega ZZZS se dokument imenuje Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva in vsebuje: »strategijo razvoja zdravstvenega varstva; prednostna razvojna področja; naloge in cilje

vedno pristojen Državni zbor RS, spreminja pa se njena vsebina, ki je v veljavnem ZZVZZ opredeljena sorazmerno določno, v predlogu ZZVZZ pa vsebina resolucije ni več opredeljena, ampak predlog pavšalno določa, da jo Državni zbor RS sprejme za uresničevanje nalog iz 2. odstavka 4. člena. V tej določbi so navedene vse naloge, ki jih na področju zdravstvenega varstva izvaja Republika Slovenija, skratka gre za splošen opis pristojnosti države na področju (predvsem normativnega) urejanja delovanja zdravstvenega sistema. Iz tako nedoločne vsebine zakona ni mogoče izpeljati nadaljnega zaključka, kaj naj bo konkretna vsebina Resolucije zdravstvenega varstva, s čimer je vnaprej zagotovljeno, da bo Resolucija vsebinsko prazen dokument. Imela bo torej ravno takšno vsebino, kakršna se je že izoblikovala (kljub jasnim zahtevam veljavnega zakona, kaj naj resolucija določa) v dosedanji praksi izvajanja zakona - vsebina brez konkretnega pomena za načrtovanje sistema zdravstvenega varstva.

### *B. Akcijski načrt*

Predlog ZZVZZ v 6. odstavku 4. člena določa, da sprejem Ministrstvo za zdravje za uresničevanje nalog, določenih v resoluciji, Akcijski načrt zdravstvenega varstva. Ta dokument naj bi temeljil na izhodiščih ekonomske in socialne politike ter makroekonomskih izhodiščih Vlade Republike Slovenije za načrtovanje javnih financ. Predlog zakona ne določa vsebine akcijskega načrta, zato je ob predhodni vsebinski neopredeljenosti Resolucije mogoče kvečjemu zaključiti, da bo Akcijski načrt nekatere cilje iz Resolucije opredelil v kontekstu makroekonomskih izhodišč Vlade RS.

### *C. Izhodišča in prioritete*

Naslednji planski dokument Ministrstva za zdravje za sprejem Programa izvajanja zdravstvenih storitev so »izhodišča in prioritete« iz 225. člena predloga ZZVZZ. Iz položaja umestitve tega dokumenta v predlog zakona je mogoče razbrati, da se izhodišča in prioritete nahajajo med splošnejšim Akcijskim načrtom in podrobnejšim Programom izvajanja zdravstvenih storitev. Ob tem se pokaže očitno notranje neskladje, saj se splošnejši Akcijski načrt sprejema vsako leto,<sup>20</sup> konkretnjša »izhodišča in prioritete« pa se sprejemajo za dve leti.<sup>21</sup> Bolj podroben akt se torej sprejema za daljše obdobje ob splošnejšega, kar je nelogično in tudi neizvedljivo.

### Razmerje med podlagami za sprejem Programa za izvajanje zdravstvenih storitev

Predlog ZZVZZ vzpostavlja povezavo med zgoraj naštetimi dokumenti šele v 1. odstavku 225. člena, ko jih našteva kot sestavne dele podlag za sprejem Programa za izvajanje zdravstvenih storitev, ne pove pa, kakšna so medsebojna razmerja med posameznimi akti. Ključno vsebinsko neskladje je pri vprašanju določanja makroekonomskih izhodišč, saj so v enaki obliki omenjena pri Akcijskem načrtu in pri določanju »izhodišč in prioritete«, ne pa pri Programu za izvajanje zdravstvenih storitev. Natančno branje prvega odstavka 225. člena predloga ZZVZZ, ki določa (končne) podlage za sprejem Programa za izvajanje zdravstvenih storitev, namreč pokaže, da so

---

*zdravstvenega varstva; podlage za razvoj zdravstvenih dejavnosti na posameznih ravneh, vključno z izobraževanjem in izpopolnjevanjem kadrov, ter za razvoj sistema zdravstvenega zavarovanja; specifične potrebe in možnosti zdravstvenega varstva posameznih območij; nosilce nalog za uresničevanje plana zdravstvenega varstva; merila za mrežo javne zdravstvene službe, upošteva dostopnost zdravstvenih storitev po območjih.«*

<sup>20</sup> ZZVZZ v 6. odstavku 4. člena določa, da »ministrstvo sprejme Akcijski načrt za naslednje koledarsko leto v soglasju z ministrstvom, pristojnim za finance, do 31. oktobra tekočega leta. Obstoječi Akcijski načrt se uporablja do sprejema novega Akcijskega načrta.«

<sup>21</sup> 2. odstavek 225. člena predloga ZZVZZ

makroekonomska izhodišča izpuščena, upošteva pa se finančni načrt ZZZS-ja. Po 202. členu predloga ZZVZZ se finančni načrt pripravi po zakonu, ki ureja javne finance, na podlagi izhodišč, ki veljajo za državni proračun. Navedeno pomeni, da so vse določbe o upoštevanju makroekonomskih izhodišč pri načrtovanju zdravstvene porabe namenjene zgolj zamegljevanju dejstva, da bo zgornji limit porabe sredstev iz javne blagajne določal (še naprej) državni proračun, nosilci zdravstvene politike pa bodo (enako kot doslej) odločali le o razporeditvi omejenih sredstev v zdravstveni blagajni. Da bi prišlo na tem področju do kakršnekoli spremembe, bi morali biti vsi predhodno naštetih planski dokumenti – Resolucija, Akcijski načrt in Izhodišča in prioritete – vključeni v postopek sprejemanja državnega proračuna in v tem okviru namenjeni načrtovanju ustrezne višine skupne porabe denarja iz zdravstvene blagajne (v okviru proračuna). Kolikor bi imel predlog ZZVZZ kakršnokoli ambicijo doseči takšen cilj, bi moral opisane rešitve tudi ustrezno normativno izpeljati.

Edini izmed zgoraj naštetih planskih aktov, ki bi lahko (zaradi najvišje stopnje določnosti) vsaj potencialno nalagal vsebinsko osnovo Programu izvajanja zdravstvenih storitev, so Izhodišča in prioritete Ministrstva za zdravje. Vendar primerjava 3. odstavka 225. člena predloga ZZVZZ, ki določa vsebino Izhodišč in prioritete in 2. odstavka 227. člena ZZVZZ, ki določa vsebino Programa izvajanja zdravstvenih storitev, pokaže da je vloga Ministrstva za zdravje omejena le na določanje krovnih usmeritev glede vsebine in količine posameznih vrst storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, končno razporeditev vseh programov in celotno vsebino pogodbenih razmerjih z izvajalci pa bo samostojno določal ZZZS. Ali drugače povedano – predlog zakona nalaga Državnemu zboru, Vladi RS in Ministrstvu za zdravje obveznost sprejemanja »strateških dokumentov«, ki s končnim besedilom Programa izvajanja zdravstvenih storitev (ta bo v celoti definiral pogodbeno razmerja med ZZZS-jem in izvajalci) ne bodo imeli nič skupnega. Ne glede na pomanjkanje ambicij Ministrstva za zdravje, da bi si našlo ustrezno vlogo v upravljanju sistema zdravstvenega varstva, velja opozoriti, da bi sprejetje predloga ZZVZZ pri tem vprašanju ustvarilo očitno neskladje z Zakonom o zdravstveni dejavnosti. Slednji namreč ministrstvu nalaga pristojnost za opredeljevanje mreže javne zdravstvene službe, te funkcije pa ne more izvajati, v kolikor je z ZZVZZ-jem njegova vloga omejena na predlaganje in sprejemanje obsoletnih planskih aktov (Resolucije, Akcijski načrti, Izhodišča in prioritete), brez resnega vpliva na vsebino Programa izvajanja zdravstvenih storitev (ki bo odslej odločal o širitvah programov).

#### Diskriminacija zasebnih izvajalcev proti javnim zavodom pri izbiri izvajalcev javne zdravstvene službe in diskriminacija slovenskih izvajalcev zdravstvenih storitev proti tujim izvajalcem

Predlog ZZVZZ v 4. odstavku 226. člena določa, da če več izvajalcev izpolnjuje zahtevane pogoje, imajo prednost pri izbiri izvajalci, ki dosegajo boljše standarde kakovosti. Ob doseganju enakega standarda kakovosti imajo prednost pri izbiri javni zdravstveni zavodi. Citirana določba predloga zakona je v izrecnem nasprotju z 2. odstavkom 3. člena Zakona o zdravstveni dejavnosti, ki pravi, da zdravstveno dejavnost kot javno službo pod enakimi pogoji opravljajo javni zdravstveni zavodi ter druge pravne in fizične osebe na podlagi koncesije. Zdravniška zbornica je Ministrstvo za zdravje že večkrat opozorila na rešitve v predlaganih predpisih, ki kršijo načelo enakosti pred zakonom iz 2. odstavka 14. člena Ustave RS, vendar tako očitnega primera, da bi predlog zakona izrecno predpisal neenakopravno obravnavo po zakonu enakopravnih izvajalcev, še nismo zasledili.

Nadalje opozarjamo, da predlog zakona še vedno ne odpravlja neenakopravnega položaja vseh slovenskih izvajalcev do tujih ponudnikov zdravstvenih storitev, ki je bil vzpostavljen z implementacijo Direktive 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 9. marca 2011 o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu. Tuji izvajalci lahko namreč po direktivi brez koncesije in tudi brez količinskih omejitev opravljajo zdravstvene storitve za slovenske zavarovance, domačim izvajalcem, ne glede na to, ali so organizirani kot javni zavodi ali zasebni subjekti, pa ta pravica ni priznana.

### **3. Zaključek**

Predlog osnutka zakona je neprimeren za nadaljnjo obravnavo, saj mora ministrstvo nujno odpraviti zgoraj opredeljena neskladja, poleg tega pa mora predlog opremiti tudi z oceno finančnih posledic in ostalimi sestavinami, ki jih mora vsebovati vsak predlog zakona. Zdravniška zbornica nadalje izrecno zahteva, da jo predlagatelj zakona na podlagi Zakona o zdravniški službi vključi v nadaljnjo pripravo predloga.

V kolikor našega mnenja, ki je izključno v korist slovenskega bolnika, ne boste upoštevali, se, kot najvišji organ zdravniške stroke, čutimo dolžne, da v okviru javnih tribun predstavimo svoje nestrinjanje in slovenskega bolnika opozorimo na katastrofalne posledice sprejetja take zakonodaje.

S spoštovanjem in lep pozdrav,

Pripravila:

dr. Matevž Gorenšek, dr. med.  
predsednik Odbora za zasebno dejavnost,  
in Peter Renčel, univ. dipl. prav.  
pravnik I

dr. Zdenka Čebašek - Travnik, dr. med  
predsednica