



ZDRAVNIŠKA ZBORNICA SLOVENIJE
MEDICAL CHAMBER OF SLOVENIA

Dunajska cesta 162, 1000 Ljubljana

✉ gp.zzs@zgs-mcs.si

📞 +386 (0) 1 30 72 100



014-95/2020-42

Ministrstvo za zdravje RS

Številka: 014-95/2020-42

Datum: 15. 10. 2024

ZADEVA: Pripombe na Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstveni dejavnosti, EVA: 2024-2711-0060

Spoštovani,

Zdravniška zbornica Slovenije (v nadaljevanju: Zbornica) v nadaljevanju podaja svoje stališče glede Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstveni dejavnosti, EVA: 2024-2711-0060 (v nadaljevanju: predlog zakon).

Predlog zakona je obravnavala Skupščina Zdravniške zbornice Slovenije na 117. redni seji in sprejela naslednji sklep:

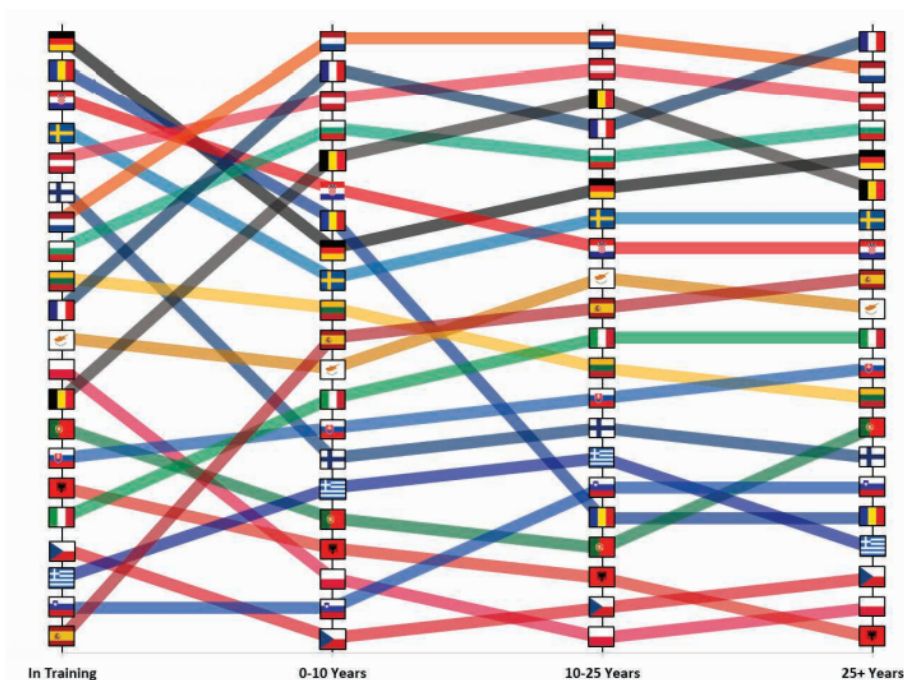
Sklep: Skupščina Zdravniške zbornice Slovenije zavrača predlog sprememb Zakona o zdravstveni dejavnosti in ocenjuje, da v trenutni obliki ni primeren za nadaljnjo obravnavo. V primeru sprejetja predloga v trenutni obliki predlagatelj zakona prevzema vso odgovornost za njegove škodljive posledice.

Zbornica poudarja, da predlog zakona navkljub zatrjevanim ciljem ni usmerjen v povečanje produktivnosti znotraj javne mreže, niti ne išče rešitev v smislu večje dostopnosti do zdravstvenih storitev. Nasprotno, predlog zakona s številnimi predlaganimi omejitvami in pogoji predstavlja tveganje za destimulativni učinek na delovanje zdravstvenega sistema. Uvajanje sistema prepovedi in zahtev po ekskluzivnem delu zaposlenih v javnih zavodih, brez izboljšanja pogojev za delo in drugih sistemskih ukrepov, ki bi omogočili boljše upravljanje javnih zavodov, ima lahko po oceni Zbornice ravno nasprotni učinek od želenega. Upoštevajoč navedeno, Zbornica predlaga umik predloga zakona v trenutni obliki in bolj natančno predhodno analizo, kakšni bi lahko bili potencialni učinki vsakega od predlaganih ukrepov, zlasti, ali predlagani ukrepi sploh lahko služijo dosegi želenih ciljev.

Zbornica pri tem posebej izpostavlja, da je v uvodu predloga zakona na več mestih poudarjeno, da naj bi se zaposlene v javnih zavodih spodbujalo oziroma motiviralo za delo pri lastnem delodajalcu. Pri tem pa predlog zakona po oceni zbornice ne vsebuje praktično nobenega konkretnega ukrepa, ki bi povečal privlačnost zaposlitve in dela v javnih zdravstvenih zavodih. Uvod predloga zakona primeroma govori o bolj plačanih nadurah in o bolj ugodni obdavčitvi podjemnih pogodb, pri čemer naj bi se razliko zaradi nižje obdavčitve izplačalo kot višjo urno postavko. A v samem besedilu predloga zakona ni zaslediti določb, ki bi urejale navedeno. Prav tako ni predviden noben

sistemski ukrep za izboljšanje delovanja in pogojev dela v javnih zavodih. Delo zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev, zaposlenih v javnih zavodih, bo po predlogu zakona tako v večji meri omejeno na njihovega osnovnega delodajalca, za katerega pa sploh ni nujno, da ima zadostne kapacitete (prostore, opremo in kadre), da bo zmožen organizirati izvedbo večjega števila obravnav in posegov.

Zbornica zato ocenjuje, da je namesto predvidenih ukrepov potrebno zagotoviti najbolj optimalno izkoriščenost vseh obstoječih virov, s katerimi naš sistem že razpolaga. Pri tem so zagotovo najbolj dragoceni ter najtežje nadomestljivi vir zdravstveni kadri. Omejevanje tistih, ki so pripravljeni in zmožni delati več, kot to predvideva predlog zakona, pa bo imelo za posledico še večje pomanjkanje kadra in slabšo dostopnost do zdravstvenih storitev za vse paciente. Pri tem tudi ne moremo računati na pomoč zdravstvenih delavcev iz tujine, saj je teh, glede na potrebe javnih zavodov, že sedaj premalo. Od leta 2018 do 2023 se je v register Zbornice vpisalo, torej začelo delati kot zdravniki, 69 zdravnikov iz tujine, kar je precej manj kot ocenjeni odhodi zdravnikov v tujino. Prav tako pa lahko pričakujemo, da bo tudi interes tujih zdravnikov za delo pri nas v bodoče še manjši, saj so predpisi in posledično pogoji dela, ki so (pre)slabi za domače zdravstvene delavce, (pre)slabi tudi za tuje. V tem oziru Zbornica predlagatelju zakona predlaga tudi seznanitev z belo knjigo o delovnih pogojih evropskih zdravnikov (European Doctors Working Conditions, A FEMS White Book, sept. 2024), ki jo je izdala European Federation of Salaried Doctors (FEMS).¹ Primeroma izpostavljam graf, iz katerega so razvidni najbolj plačani javni zdravstveni sistemi za zdravnike v Evropi (plače prilagojene glede na pariteto kupne moči):



Po oceni Zbornice je nujno tudi zavedanje, da so določene stroke specifične v smislu, da sploh ni mogoče v okviru javne zdravstvene mreže izvajati vseh storitev, ki sodijo v to stroko. Zdravstveni delavci teh specialnosti zato praviloma delujejo pri več izvajalcih (znotraj in izven javne

¹ Dostopna na povezavi:

https://www.fems.net/images/Fems_documents/Documents/2024/FEMS_Digital_1.pdf

zdravstvene mreže). S tem jim je omogočen stik s širšim naborom storitev in lahko strokovno napredujejo, kar je pozitivno tudi za njihovo delo v javnem zavodu. Prepoved takega dela bi za zdravstvene delavce pomenila strokovno degradacijo in jim izjemno zmanjšala motivacijo, da bi ostali zaposleni v javnih zdravstvenih zavodih. Njihov odhod iz javnih zavodov, ki so ga številni predstavniki tovrstnih strok že napovedali, pa bo znižalo dostopnost do zdravstvenih storitev za vse paciente. Zdravstveni sistem si namreč ne more privoščiti, da se storitve teh specialnosti zaradi pomanjkanja specialistov sploh ne bi več izvajale v javnih zavodih in bi bili pacienti primorani pomoč iskati v tujini oziroma bi morali biti podvrženim dodatnim operacijam (primeroma, ker ne bi bila več možna sočasna rekonstrukcije dojke ob onkološkem posegu itd.).

Zbornica nadalje izpostavlja, da predlog zakona na več mestih postavlja zahtevo, da izvajalec zdravstveno dejavnost opravlja (izključno) v svojem imenu in za svoj račun. Zbornica opozarja, da naš pravni red za nobeno drugo dejavnost (ne za gospodarske dejavnosti ne za javne službe) ne določa takih omejitev, niti ni po vedenju Zbornice take regulacije moč najti v drugih pravnih redih. Razlog za navedeno je preprost, vsaj izvajalec katerekoli dejavnosti namreč vedno deluje v svojem imenu in za svoj račun. To velja tudi v primeru, kadar sam ne zagotovi celotnega proizvoda ali celotne storitve za končnega uporabnika. Primeroma izvajalec laboratorijske dejavnosti (če ostanemo v okvirih zdravstvene dejavnosti) po naravi stvari praviloma ne opravi končne storitve za uporabnika (pacienta), pač pa storitev vedno opravi za izvajalca zdravstvene dejavnosti, ki jo bo vključil v svojo celovito storitev za končnega uporabnika (pacienta). Tudi v opisanem razmerju pa izvajalec laboratorijske dejavnosti še vedno deluje v svojem imenu in za svoj račun, četudi je v razmerju do končnega uporabnika "podizvajalec" dela končne storitve. Za morebitno delovanje v tujem imenu in za tuj račun pa se vsi izvajalci (lahko) poslužujejo istih institutov, kot jih ureja Obligacijski zakonik (zastopanje na podlagi pooblastila, gestija itd.). Ni pa ustrezno, da poskuša predlog zakona s termini obligacijskega prava (delovanje v svojem imenu in za svoj račun) regulirati izvajanje zdravstvene dejavnosti kot take. Ta se kot pojasnjeno po naravi stvari v določenih segmentih izvaja na način, da storitev ni neposredno zagotovljena končnemu uporabniku, kar pa ne pomeni, da ne gre za delovanje v svojem imenu in za svoj račun.

Zbornica nadalje ocenjuje, da predlog zakona predvideva birokratizacijo številnih procesov javnih zavodov, kar bo gotovo predstavljalo dodatne administrativne obremenitve. Zaradi njihove kompleksnosti bodo naloge najverjetneje zaupane zunanjim izvajalcem oziroma se bo bistveno povečalo število zaposlenih v podpornih službah javnih zavodov (pravni, kadrovski, računovodski itd.). Navedeno pa po oceni Zbornice pomeni, da se bodo bistveno povečala tudi finančna sredstva, ki jih bo moral javni zavod nameniti za te storitve, namesto da bi jih namenil za svojo primarno dejavnost, za katero je ustanovljen, torej za zagotavljanje, razvoj in širjenje svoje zdravstvene dejavnosti. Ob tem Zbornica opozarja, da bi se morale analize in evidence, ki jih predvideva predlog zakona, v večji meri opirati na podatke, ki se že zbirajo v obstoječih zalednih informacijskih sistemih.

K 1. členu

Iz predloga zakona izhaja, da naj bi zahteva, da izvajalec najprej pridobi dovoljenje za izvajanje zdravstvene dejavnosti, šele nato pa se registrira v poslovnem registru, naslovila situacije, ki se dogajajo v praksi, da izvajalci ne pridobijo dovoljenja za izvajanje zdravstvene dejavnosti, četudi so to že po veljavnih predpisih dolžni storiti. Zbornica glede na tako zastavljen cilj ocenjuje, da

predlagani ukrepi v zvezi z dovoljenjem za izvajanje zdravstvene dejavnosti niso ustrezni. Zakon o zdravstveni dejavnosti (v nadaljevanju: ZZDej) že sedaj vsebuje jasno določbo, da so lahko izvajalci zdravstvene dejavnosti (zgolj) domače in tuje pravne in fizične osebe, ki so pridobile dovoljenje ministrstva, pristojnega za zdravje, za opravljanje zdravstvene dejavnosti. Opravljanje zdravstvene dejavnosti brez dovoljenja iz prvega odstavka 3.a člena ZZDej pa je že po obstoječi ureditvi prekršek, ki se kaznuje z globo. Normativna ureditev obveznosti pridobitve dovoljenja je tako po oceni Zbornice ustrezna in ni videti utemeljenih razlogov za njeno spreminjanje.

Če je cilj ukrepa zagotoviti večje spoštovanje obstoječe ureditve, pa Zbornica predlaga, da ministrstvo to naslovi v okviru delovanja pristojnih inšpekcijskih in prekrškovnih organov oziroma z informiranjem izvajalcev o njihovih dolžnostih. Za dosego cilja so tako na voljo številni blažji ukrepi, ki ne zahtevajo spremembe zakonodaje oziroma posega v pravni položaj izvajalcev. Velja namreč poudariti, da je ustanovitev pravnoorganizacijske oblike, skupaj z registracijo njenih dejavnosti, nujen prvi korak, ki novonastalemu izvajalcu šele omogoči, da začne izpolnjevati pogoje za pridobitev dovoljenja, torej nakup prostorov, opreme, zaposlovanje kadrov itd. Pri tem mora ministrstvo v postopku pridobitve dovoljenja pri izvajalcu preveriti tudi ustreznost prostorov, kar je relativno dolgotrajen postopek, saj zahteva sestavo in usklajevanje s komisijo. Zahteva po izpolnjevanju vseh pogojev za pridobitev dovoljenja še pred ustanovitvijo in registracijo tako ni smiselna niti mogoča.

Zbornici tudi ni znano, da bi bil predpogoj za registracijo katerekoli druge dejavnosti pridobitev dovoljenja oziroma predhodno izpolnjevanje vseh pogojev za njeno izvajanje. Nasprotno, sistem registracije v Republiki Sloveniji je odprt. Vsak lahko torej registrira poljubno dejavnost, njegova dolžnost pa je, da pred začetkom njenega izvajanja pridobi ustrezna dovoljenja. V nasprotnem primeru lahko odgovarja za prekršek.

Smiselno enako velja za v predlogu zakona izpostavljene dileme, da nekateri izvajalci zdravstveno dejavnost opravljajo delo pri drugih izvajalcih na podlagi pogodb civilnega prava, ki imajo vse lastnosti delovnega razmerja. Delovnoppravna zakonodaja za vse poklice in dejavnosti enako ureja prepoved, da če obstajajo elementi delovnega razmerja, se delo ne sme opravljati na podlagi pogodb civilnega prava (13. člen Zakona o delovnih razmerjih) ter predvideva ustrezne posledice (prekrškovne in delovnoppravne) za kršitev te prepovedi. Problematiko odvisnih razmerij nadalje ureja davčnoppravna zakonodaja. Zbornica posledično ocenjuje, da ni nobene potrebe po specialni ureditvi izpostavljenih dilem za področje zdravstvene dejavnosti, saj je njihova splošna normativna ureditev že ustrezna in zadostna. Ob tem velja opozoriti, da se številne druge poklicne skupine v praksi večkrat srečujejo s problematiko odvisnih razmerij, primeroma v novinarstvu, odvetništvu itd. pa se zakonodajalec ni odločil za specialno normiranje njihovega delovanja.

Zbornica ocenjuje, da ima dostavek, da je izvajalec zdravstvene dejavnosti dolžan zdravstveno dejavnost izvajati v svojem imenu in za svoj račun, lahko širše implikacije, kot si predlagatelj zakona morda predstavlja. Tovrstna določba namreč onemogoča vsakršno povezovanje oziroma sodelovanje med izvajalci zdravstvene dejavnosti (primeroma pri nadomeščanju odsotnih zdravnikov v javni zdravstveni mreži v času bolniške odsotnosti, letnih dopustov itd.). Navedeno pa bo bistveno zmanjšalo dostopnost do zdravstvenih storitev za paciente. Določba ni niti notranje skladna, saj že sam predlog zakona na več mestih predvideva sodelovanje (spremenjeni 5. člen ZZDej) oziroma celo stalno zagotavljanje dela zdravstvene dejavnosti preko drugega izvajalca

zdravstvene dejavnosti. Primeroma spremenjeno besedilo 15. člena ZZDej določa, da izvajalec specialistično bolnišnične dejavnosti sam oziroma na podlagi pogodbe o sodelovanju prek drugega izvajalca zdravstvene dejavnosti zagotovi nujno medicinsko pomoč, medicinsko rehabilitacijo, preskrbo s krvjo in krvnimi pripravki in dejavnosti patologije. Ta izvajalec torej ne bo deloval v svojem imenu in za svoj račun (kot to razume predlagatelj zakona), pač pa za izvajalca specialistično bolnišnične dejavnosti, s katerim je sklenil pogodbo o poslovnem sodelovanju. Smiselno enako velja tudi za vključevanje koncesionarjev v neprekinjeno zdravstveno varstvo. Tovrstno sodelovanje med izvajalci je po oceni Zbornice nujno za delovanje zdravstvenega sistema, zato je potrebno črtanje zahteve po delovanju izključno v svojem imenu in za svoj račun.

Zbornica pri tem še dodaja, da konkretno zdravstveno storitev pacientu zagotovi posamezni zdravstveni delavec, kot fizična oseba, ne glede na svojstvo, v katerem deluje (kot s.p. ali kot zaposlen pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti, ki je lahko s.p, d.o.o., javni zavod itd.). Na posameznega zdravstvenega delavca se tudi nanašajo obveznosti glede seznanitve pacienta, kdo sodeluje pri njegovem zdravljenju, kot jih določa Zakon o pacientovih pravicah (23. člen). Navedeno posledično ne more biti argument za zahtevo, da mora izvajalec delovati izključno v svojem imenu. Ni namreč videti, kako bi lahko sodelovanje med izvajalci samo po sebi poseglo v pravico pacientov do obveščeniosti glede konkretnih zdravstvenih delavcev, ki izvedejo zdravstvene storitve.

Zbornica nadalje opozarja na neustreznost naslednje določbe: »Zdravstvene storitve, ki jih izvajajo javni zdravstveni zavodi in zavodi iz 8. člena tega zakona na nepridobiten način, in dejavnost, ki jo izvajajo kot tržno dejavnost, se opravlja tako, da presežek prihodkov nad odhodki ta zavod porabi za opravljanje in razvoj zdravstvene dejavnosti.« Predlog zakona je v tem delu namreč deskriptiven, kar pa ni ustrezen nomotehničen pristop, saj morajo biti predpisi po svoji vsebini normativni, torej morajo določati pravice in obveznosti subjektov.

Zbornica tudi opozarja, da določba, da nadzor nad izvajanjem javne zdravstvene službe opravlja država, omejuje možne oblike nadzora le na nadzore, ki jih izvajajo ministrstva oziroma organi v sestavi. S tem so torej izključene vse druge oblike nadzorov, kot jih določa ta zakon.

K 2. členu

Odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti je institut, ki ga je leta 2017 v ZZDej uredila novela ZZDej-K. Ta je v 3.a členu opredelila dolžnosti odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti, zakon (niti trenutni predlog zakona) pa odgovornemu nosilcu izrecno ne podeli nobenih pristojnosti oziroma ne ureja, kako naj le-ta zagotavlja ustreznost področij, za katera je odgovoren. Prav tako iz ureditve ni mogoče razbrati, za kakšno odgovornost odgovornega nosilca gre, ali je to delovnopravna, odškodninska, prekrškovna, kazenska ali druga odgovornost. Nadalje iz ZZDej izrecno niti ne izhaja, kdaj je zdravnik imenovan za odgovornega nosilca in kdaj oziroma kako ta status preneha. Kot izhaja iz samega predloga zakona imajo v praksi številni izvajalci nadalje težave z zagotovitvijo odgovornih nosilcev. To pa je tudi razlog, da se prehodno obdobje za njihovo imenovanje vztrajno zamika. V nasprotnem primeru namreč grozi, da nekatere bolnišnice in zdravstveni domovi določenih dejavnosti ne bodo več mogli opravljati.

Zbornica ocenjuje, da zgolj združevanje odgovornih nosilcev po področjih zdravstvene dejavnosti ne bo odpravilo izpostavljenih težav. Zbornica predlaga, da ministrstvo opravi analizo, ali je odgovornemu nosilcu, kot institutu, ki obstaja že več let, mogoče pripisati kakšen pozitiven doprinos k zdravstveni obravnavi pacientov. V primeru, da se izkaže, da je odgovorni nosilec zgolj institut na papirju brez neposrednega in dejanskega vpliva na kakovost izvajanja zdravstvene dejavnosti pri izvajalcu, pa Zbornica predlaga njegovo ukinitve. Ob tem velja dodati, da ima izvajalec ločeno od obveznosti imenovanja odgovornega nosilca obveznost zagotoviti ustrezen in usposobljen kader, ki dejansko izvaja zdravstvene storitve. Navedeno je po oceni Zbornice ključna obveznost izvajalcev, ne pa imenovanje odgovornega nosilca, ki je vezan na šifrant vrst zdravstvenih dejavnosti oziroma po novem področij.

Zbornica nadalje poudarja, da je Ustavno sodišče ugotovilo protiustavnost določitve pogoja treh oziroma petih let delovnih izkušenj odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti v 3.a členu ZZDej ter je člen v tem delu razveljavilo (U-I-198/19). Ustavno sodišče je poudarilo, da če zdravnik, ki sicer izpolnjuje pogoje za samostojno opravljanje zdravniške službe po ZZdrS, ne izpolnjuje hkrati pogojev, predpisanih za odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti, ne more samostojno opravljati zdravstvene dejavnosti, tj. ne more začeti opravljati zasebne zdravstvene dejavnosti kot zasebni zdravnik in se posledično tudi prijavljati na razpise koncesij. Tako določen pogoj za samostojno opravljanje zdravniške dejavnosti posledično pomeni poseg v pravico do proste izbire zaposlitve (drugi odstavek 49. člena Ustave), saj gre za določitev pogoja za opravljanje določenega dela. Tak poseg v ustavno pravico pa po presoji Ustavnega sodišča ni bil primeren ukrep za doseg o zasledovanega cilja, zato je Ustavno sodišče določbo kot neustavno razveljavilo.

Zbornica posledično ugotavlja, da tudi v predlogu zakona predviden pogoj dveh let delovnih izkušenj v zdravstvenem timu pri izvajanju vrste oziroma področja zdravstvene dejavnosti, za katerega se izdaja dovoljenje, iz razlogov, ki jih je navedlo Ustavno sodišče, ni primeren niti dopusten. V primeru njegove uveljavitve kljub neustavnosti, pa bi se po oceni Zbornice morale upoštevati vse delovne izkušnje, torej tudi tiste, pridobljene pred izpolnjevanjem pogojev za samostojno opravljanje poklica.

Po mnenju Zbornice nadalje ni ustrezna zahteva, da mora biti v primeru izvajalca zdravstvene dejavnosti, ki je fizična oseba, kot odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti sam zaposlen za polni delovni čas. Za vse druge izvajalce pa je zahtevano le, da imajo določenega odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti, ki je pri njih zaposlen za najmanj osem ur tedensko na posameznem področju zdravstvene dejavnosti. Za izvajalca, ki je fizična oseba, se torej zahteva (samo)zaposlitev za polni delovni čas, pri vseh drugih izvajalcih pa zadostuje zaposlitev odgovornega nosilca zgolj za osem ur tedensko. Predlagana ureditev bi pomenila, da je posamezni zdravnik, ki je zaposlen za polovični delovni čas pri enem izvajalcu, v preostalem pa samozaposlen, lahko odgovorni nosilec pri izvajalcu, pri katerem je zaposlen za krajši delovni čas, ne more biti pa odgovorni nosilec v lastnem s.p.-ju. Prav tako primeroma oseba s popoldanskim s.p.-jem ne bi mogla biti odgovorna nosilka v lastnem s.p.-ju, lahko pa bi zaposlila drugega zdravnika zgolj za osem ur na teden, ki bi bil lahko imenovan za odgovornega nosilca.

Zbornica ocenjuje, da je tudi izvajalcem, ki so fizične osebe, potrebno omogočiti delno zaposlitev drugje, primeroma pri drugem izvajalcu zdravstvene dejavnosti ali pa izven zdravstvene dejavnosti, primeroma pedagoško delo na fakulteti. Predlagana ureditev je očitno

diskriminatorna, saj ni videti stvarnega in razumnega razloga za neenako obravnavo izvajalca, ki je fizična oseba, napram vsem drugim izvajalcem. Zbornica zato predlaga, da se pogoji glede zaposlitve odgovornega nosilca, če ne bo prišlo do črtanja tega instituta, izenačijo za vse izvajalce zdravstvene dejavnosti.

Predlog zakona določa, da se vrste zdravstvene dejavnosti, združene po področjih zdravstvene dejavnosti, določi upošteva razvrstitev zdravstvene dejavnosti za posamezno raven zdravstvene dejavnosti v skladu s tem zakonom ter upošteva vrste specializacij zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev oziroma njihova delovna področja. Pri tem ostaja v veljavi določba, da minister, pristojen za zdravje, določi vrste zdravstvene dejavnosti, za katere se izdaja dovoljenje za opravljanje zdravstvene dejavnosti. Iz obrazložitve predloga zakona pa izhaja, da bo posamezna področja določil minister za zdravje v sodelovanju z Zdravniško zbornico Slovenije in drugimi strokovnimi združenji. Zbornica predlaga, da se navedeno vključi tudi v besedilo zakona, saj je nujno sodelovanje stroke pri določanju področji zdravstvene dejavnosti. Iz obrazložitve predloga zakona namreč izhajajo nekatere nejasnosti glede predvidene razvrstitve vrst po področjih, hkrati pa tudi ni jasno, kaj pomeni, če je za določeno področje navedeno, da se opravlja na terciarni ravni zdravstvene dejavnosti. Navedeno namreč ne bi smelo pomeniti, da to izključuje tudi izvajanje te zdravstvene dejavnosti na sekundarni ravni.

Predlog zakona nadalje določa, da Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije za vsako vrsto zdravstvene dejavnosti določi vrste zdravstvenih storitev, ki sodijo v posamezno vrsto zdravstvene dejavnosti. Zbornica ocenjuje, da predmetni predlog nasprotuje ciljem, ki se zasledujejo s predhodnim predlogom, naj se odgovorne nosilce združuje po področjih (ne vrstah) zdravstvene dejavnosti. Določitev vrst zdravstvenih storitev, ki sodijo v posamezno vrsto zdravstvene dejavnosti, po oceni Zbornice vodi v dodatno omejevanje oziroma birokratizacijo pri izvajanju zdravstvenih dejavnosti.

Iz uvoda predloga zakona izhaja, da naj bi se v pritožbah zoper odločbe ZIRS v postopku nadzora nad opravljanjem zdravstvene dejavnosti kršitelji pogosto sklicevali, da ni abstraktnega pravnega akta, ki bi določal, pod katero zdravstveno dejavnost sodi posamezna zdravstvena storitev (npr. meritev gleženjskega indeksa), in da npr. Šifrant VZS ni abstraktni pravni akt, na katera bi organi lahko oprli svojo odločitev. V luči tega predlagatelj meni, da je povezavo med vrsto zdravstvene dejavnosti (VZD) in vrstami zdravstvenih storitev (VZS) potrebno urediti.

Zbornica ocenjuje, da navedeno ni in ne more biti primeren razlog za tovrstno restriktivno normiranje vrst zdravstvenih dejavnosti. Obseg storitev, ki jih lahko izvaja zdravnik, je vprašanje njegove licence in morebitnih pridobljenih posebnih znanj v skladu z 38.a členom ZZdrS. Licenca pomeni dovoljenje za samostojno opravljanje zdravniške službe na določenem strokovnem področju, in dokazuje strokovno usposobljenost zdravnika za samostojno opravljanje zdravniške službe. Treba je torej šteti, da je zdravnik usposobljen (vsaj) za samostojno izvajanje zdravstvenih posegov in obravnavanje pacientov s področja, za katerega ima licenco oz. na katerem se je specializiral. Mejo tako pridobljenih kompetenc pa postavlja program posamezne specializacije, zaradi česar je vsebina tega programa tudi velikega pomena pri ugotavljanju, ali zdravnik pri opravljanju zdravniške službe ostaja znotraj meja licence, ali pa je to prekoračil. Vendar pa tudi sami programi specializacij vseh spretnosti in znanj, ki jih pridobi zdravnik po opravljeni določeni specializaciji, ne opredeljujejo povsem določno in taksativno, zato se pri licenci z vsakega področja

lahko pojavijo zdravstveni posegi in tehnike, glede katerih ni povsem jasno, ali v določeno specializacijo spadajo ali ne. Posebej velja tudi opozoriti, da splošni zobozdravnik lahko opravlja številne zobozdravstvene storitve, ki jih sicer izvajajo zobozdravniki z opravljeno specializacijo, le posamezne zobozdravstvene storitve pa so upoštevaloč pravila doktrine in stroke pridržane specialistom.

V območju teh nejasnih mej licence je dolžnost posameznega zdravnika, da presodi, ali je za določen zdravstveni poseg usposobljen ali ne, v skladu z določbo prvega odstavka 3. člena ZZdrS: *»Zdravnik je pri sprejemanju strokovnih odločitev neodvisen. Zdravnik svobodno izbere način zdravljenja, ki je v danih okoliščinah najprimernejši.«* ter 5. člena Kodeksa zdravniške etike: *»Zdravnik prepozna meje svojega znanja in dela. Kadar je potrebno, priporoči ali poišče dodatno mnenje ali pomoč.«*

Posledično po oceni Zbornice ni videti, kako bi bilo lahko mogoče in kaj bi bil lahko doprinos taksativnega opredeljevanja storitev, ki sodijo v posamezno vrsto zdravstvene dejavnosti. Zbornici tudi ni znano, da bi primerjalno pravno katerakoli druga država imela tovrstno ureditev taksativnega določanja vrst zdravstvenih storitev, ki sodijo v določeno vrsto zdravstvene dejavnosti. Dosledno uveljavljanje tovrstnega omejevanja, upoštevaloč hiter razvoj novih vrst zdravstvenih posegov in tehnik, bi po mnenju Zbornice lahko bistveno otežilo delovanje številnih izvajalcev ter okrnilo pravico pacientov do celovite obravnave.

Po oceni Zbornice je posebej neustrezno, da bi vrste zdravstvenih storitev, ki sodijo v posamezno vrsto zdravstvene dejavnosti, določal Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije in ne stroka. Zavod je namreč (zgolj) nosilec zdravstvenega zavarovanja, VZS in VZD pa se po 3.a členu določajo za vse izvajalce zdravstvene dejavnosti, torej tudi tiste izven javne zdravstvene mreže. Taka ureditev bi bila tudi v nasprotju z določbami ZZDej, ki določajo, da je Zdravstveni svet najvišji strokovni usklajevalni organ na področju zdravstvenega varstva, razširjeni strokovni kolegij pa najvišji strokovni organ na posameznem področju.

Zbornica nadalje opozarja, da je nesprejemljivo, da se zahteva izdaja novega dovoljenja za izvajanje zdravstvene dejavnosti v primeru spremembe pravnega statusa izvajalca, pri čemer naj bi se sem štela tudi sprememba naziva oziroma sedeža izvajalca. Sprememba firme (naziva) izvajalca, kot tudi sprememba sedeža seveda ne predstavljata spremembe pravnega statusa izvajalca, hkrati pa tudi na noben način ne vplivata na okoliščine, ki so relevantne z vidika dovoljenja za izvajanje zdravstvene dejavnosti. Posledično je nedopustno, da bi bil izvajalec v tem primeru primoran pridobiti novo dovoljenje za izvajanje zdravstvene dejavnosti. V izogib dvomu Zbornica še pojasnjuje, da sta identifikaciji izvajalca namenjeni matična in davčna številka. Zbornica nadalje ne vidi razloga, zakaj predlog zakona tudi v primeru spremembe vrste zdravstvene dejavnosti zahteva pridobitev novega dovoljenja in ne zadostuje več zgolj sprememba obstoječega dovoljenja, kot to določa veljavni ZZDej.

Zbornica predlaga tudi črtanje določbe, da izvajalec zdravstvene dejavnosti do izdaje spremenjenega ali novega dovoljenja za opravljanje zdravstvene dejavnosti na podlagi tega (11.) odstavka zdravstvene dejavnosti ne sme opravljati. Določba je redundantna, saj že po veljavni ureditvi ni dopustno izvajanje zdravstvene dejavnosti primeroma na novi lokaciji brez predhodne uskladitve dovoljenja za izvajanje zdravstvene dejavnosti. Že veljavni 3.b člen namreč predvideva,

da ministrstvo izvajalcu odvzame dovoljenje, če ta opravlja zdravstveno dejavnost v nasprotju z izdanim dovoljenjem. Nova določba, ki jo vsebuje predlog zakona, tudi ni ustrezno oblikovana, saj se bere, kot da izvajalec do izdaje spremenjenega ali novega dovoljenja sploh ne sme izvajati zdravstvene dejavnosti, torej niti pod pogoji iz veljavnega dovoljenja za izvajanje zdravstvene dejavnosti. Navedeno pa seveda ni ustrezno niti dopustno, zato Zbornica predlaga črtanje te določbe. V primeru ohranitve te določbe pa Zbornica ocenjuje, da je nujno dodati tudi rok, v katerem mora ministrstvo izdati spremenjeno ali novo dovoljenje.

Predlog zakona tudi predvideva, da podrobnejše pogoje za odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti in kadre (zdravstvene delavce in zdravstvene sodelavce) iz druge alineje četrtega odstavka tega člena, pogoje za prostore in opremo iz tretje alineje četrtega odstavka tega člena za izvajanje posamezne vrste oziroma področja zdravstvene dejavnosti, način preverjanja izpolnjevanja tehničnih predpogojev za vključevanje v enotni informacijski sistem iz četrte alineje četrtega odstavka tega člena ter postopek njihove verifikacije določi minister, pristojen za zdravje.

Zbornica opozarja, da se pravilniki kot podzakonski predpisi sprejemajo izključno za izvrševanje zakona. Zato so na zakon vezani tako, da v vsebinskem smislu ne smejo določati ničesar brez zakonske podlage in zunaj vsebinskih okvirov, ki morajo biti v zakonu izrecno določeni ali iz njega vsaj z razlago ugotovljivi, temveč smejo vsebovati le določbe o izvrševanju posameznih zakonskih določb. Zbornica ugotavlja, da predlog zakona ne določa pogojev, primeroma glede odgovornega nosilca ali kadrov, ki bi jih moral pravilnik bolj podrobno urediti. Predlog zakona prav tako ne določa, na kakšen način oziroma v kakšnih vsebinskih okvirjih sme pravilnik navedeno urediti. Zbornica posledično ocenjuje, da predlagatelj predloga zakona ne predvideva, da bo pravilnik zgolj podrobnejše opredeljeval zakonske pogoje, ampak nanj dejansko prenaša izvirno zakonsko materijo (določanja pogojev). Takšen način urejanja zakonske materije pa nasprotuje načelu zakonitosti in načelu delitve oblasti. Zbornica zato opozarja, da je nujno vse pogoje za izvajanje zdravstvene dejavnosti urediti na ravni zakona.

K 3. členu

Zbornica predlaga črtanje določbe, da ministrstvo izvajalcu odvzame dovoljenje za izvajanje zdravstvene dejavnosti v primeru, da zdravstvene dejavnosti ne opravlja v svojem imenu in za svoj račun. Poleg neustreznosti same zahteve, da mora izvajalec delovati izključno v svojem imenu in za svoj račun (komentar k 1. členu), po oceni Zbornice tako delovanje tudi ni primerljivo z drugimi primeri, ko je predviden odvzem dovoljenja. Ta je primeroma predviden, če je izvajalcu s pravnomočno sodbo oziroma dokončno odločbo prepovedano opravljanje zdravstvene dejavnosti ali v primeru, da v roku ne odpravi pomanjkljivosti, zaradi katere bi lahko prišlo do neposredne nevarnosti za zdravje ljudi, ugotovljene z nadzorom v skladu s tem zakonom. Ostali primeri torej praviloma predvidevajo neko zunanjo presojo neustreznosti ravnanja izvajalca (sodno ali v okviru nadzorov po ZZDej), kot tudi dodatne okoliščine glede intenzivnosti kršitve (da bi lahko prišlo do neposredne nevarnosti za zdravje ljudi, da pomanjkljivosti niso odpravljene v roku itd.). Po oceni Zbornice posledično ni dopustno, da pa bi bil ministrstvu omogočen odvzem dovoljenja tudi v primeru zgolj posameznega povezovanja z drugim izvajalcem (primeroma za nadomeščanje odsotnega izvajalca itd.), brez vsakršne zunanje presoje, brez roka za odpravo kršitev ter zlasti brez presoje, ali je tako dejanje sploh na kakršenkoli način poseglo v pravice pacientov do pravočasne,

varne in kakovostne zdravstvene obravnave (ali je morebiti celo pripomoglo k njenemu zagotavljanju).

Zbornica predlaga tudi črtanje določbe, da ministrstvo izvajalcu odvzame dovoljenje, če ta v roku iz enajstega odstavka 3.a člena ne sporoči spremembe podatkov, ki vplivajo na dovoljenje za opravljanje zdravstvene dejavnosti. Veljavni ZZDej, kot tudi predlog zakona, že določata, da se dovoljenje izvajalcu odvzame, če opravlja zdravstveno dejavnost v nasprotju z izdanim dovoljenjem za opravljanje zdravstvene dejavnosti. Če torej izvajalec začne opravljati dejavnost na novi lokaciji, brez da bi to sporočil ministrstvu in uskladil svoje dovoljenje, to predstavlja opravljanje dejavnosti v nasprotju z izdanim dovoljenjem in bo izvajalcu že iz tega razloga odvzeto dovoljenje. Po oceni Zbornice bi šlo v primeru nove določbe glede obveščanja ministrstva za dvojno normiranje iste kršitve, kar pa je redundantno in zmanjšuje jasnost predpisov.

K 4. členu

Po predlogu zakona naj bi evidenca dovoljenj za opravljanje zdravstvene dejavnosti poleg vrste vsebovala tudi navedbo področja zdravstvene dejavnosti. Pri tem pa iz obrazložitve predloga zakona izhaja naslednje: *Pri vrsti zdravstveni dejavnosti se dodaja področje zdravstvene dejavnosti, saj je vrsta zdravstvene dejavnosti velikokrat presplošna. To pomeni, da se npr. evidenca dopolnjuje na način, da v kolikor izvajalec zdravstvene dejavnosti opravlja specialistično zunajbolnišnično zdravstveno dejavnost – radiologijo v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti, se sedaj kot področje dela doda še npr. MR, CT, UZ, RTG.* Zbornica poudarja, da je na vseh drugih mestih v predlogu zakona področje zdravstvene dejavnosti opredeljeno širše od posamezne vrste zdravstvene dejavnosti. Predlog zakona namreč vsebuje izrecno določbo, da se vrste zdravstvene dejavnosti, *združene po področjih* zdravstvene dejavnosti, določi upošteva razvrstitev zdravstvene dejavnosti za posamezno raven zdravstvene dejavnosti v skladu s tem zakonom ter upošteva vrste specializacij zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev oziroma njihova delovna področja. Zbornica upoštevač navedeno poudarja, da je v dovoljenju (in posledično evidenci dovoljenj) dopustno določiti zgolj področje, v katerega sodi vrsta zdravstvene dejavnosti, za katero ima izvajalec dovoljenje. Ni pa dopustno, da bi se izvajalcu v okviru vrste zdravstvene dejavnosti, za katero je pridobil dovoljenje, postavljalo omejitve, na katerih področjih lahko dela, primeroma z navajanjem vrst zdravstvenih storitev. Tovrstno urejanje bi predstavljalo še večje drobljenje vrst zdravstvene dejavnosti, kar je v nasprotju s cilji, ki jih zasleduje predlog zakona.

K 6. členu

Predlog zakona določa, da mrežo javne zdravstvene službe sestavljajo javni zdravstveni zavodi in drugi zavodi iz 8. člena tega zakona, po potrebi in na način, kot to določa ta zakon, pa jo dopolnjujejo izvajalci zdravstvene dejavnosti s koncesijo. Zbornica poudarja, da je tovrstna opredelitev izvajalcev v mreži javne zdravstvene službe nesprejemljiva. Zakon mora zagotoviti enakovreden in enakopraven položaj vseh izvajalcev v mreži javne zdravstvene službe, primeroma z jasno določbo, da izvajalci zdravstvene dejavnosti s koncesijo izvajajo storitve v mreži javne zdravstvene službe pod enakimi pogoji kot javni zavodi.

Zbornica nadalje predlaga razmislek o ustreznosti taksativnega določanja izvajalcev v mreži javne zdravstvene službe. Po predlogu zakona mrežo javne zdravstvene službe sestavljajo (zgolj) javni

zdravstveni zavodi, drugi zavodi iz 8. člena zakona ter izvajalci zdravstvene dejavnosti s koncesijo. Med izvajalce v mreži javne zdravstvene službe pa po predlogu zakona niso vključene fakultete, četudi te izvajajo strokovno zdravstveno dejavnost (primeroma Inštitut za patologijo, Inštitut za sodno medicino, Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo v okviru MF Univerze v Ljubljani). Smiselno enako velja za NLZOH in NIJZ. Predlagana določitev izvajalcev je prav tako v nasprotju s 7. členom ZZdrS, ki določa, da se zdravniška delovna mesta v mreži javne zdravstvene službe razporedijo po strokovnih področjih, med drugim tudi v oddelkih medicinskih fakultet.

Zbornica opozarja, da ima opredelitev izvajalcev v javni zdravstveni mreži pomembne posledice zlasti v luči predloga zakona, ki med drugim predvideva, da bo zaposlenim v javnih zavodih dovoljeno izvajanje zdravstvenih storitev zgolj pri drugem izvajalcu zdravstvene dejavnosti znotraj javne zdravstvene mreže. Zaposlenim v javnih zavodih bi bilo po predlogu zakona tako v celoti onemogočeno izvajanje zdravstvenih storitev pri medicinskih fakultetah in drugih izvajalcih, ki niso vključeni med taksativno naštete izvajalce v mreži javne zdravstvene službe. Navedeno bi seveda lahko pomembno oviralo delovanje teh subjektov, zato Zbornica predlaga črtanje določbe, ki taksativno določa izvajalce v javni zdravstveni mreži, ter svetuje večjo previdnost pri normiranju tako pomembnih vprašanj.

K 7. členu

V skladu s 6. členom predloga zakona naj bi mreža javne zdravstvene službe določala izvajalce po območjih (zdravstvenih regijah), področjih in vrstah zdravstvene dejavnosti ter obsegu programa. Navedeno po razumevanju Zbornice pomeni, da se vsebine, ki se sicer določajo v splošnem dogovoru oziroma uredbi Vlade (obsegi programov zdravstvenih storitev) prenašajo v mrežo javne zdravstvene službe, ki jo, upoštevajoč merila iz prejšnjega člena, na predlog ministra, pristojnega za zdravje, določi Vlada Republika Slovenija. Zbornica opozarja, da je taka ureditev neprimerna in bo pomenila bistveno poslabšanje dostopnosti do zdravstvenih storitev. Predlog zakona namreč predvideva, da Vlada Republike Slovenije na predlog ministra, pristojnega za zdravje, mrežo preveri vsakih pet let, kar ni ustrezno za prilagajanje hitro spreminjajočim se potrebam prebivalstva.

Zbornici nadalje ni razumljivo, zakaj predlog zakona predvideva, da se lahko zgolj izvajalci zdravstvene dejavnosti znotraj javne zdravstvene mreže povezujejo pri izvajanju zdravstvene dejavnosti in sicer tako, da izvajajo konzultacije oziroma neposredno sodelujejo pri izvajanju zdravstvenih storitev. Zbornica ocenjuje, da je nujno omogočiti tudi sodelovanje z izvajalci izven javne zdravstvene mreže upoštevajoč znano pomanjkanje kadrov v javni mreži. Predvidena ureditev po oceni Zbornice predstavlja nedopustno omejevanje svobodne gospodarske pobude oziroma tistih, ki so pripravljeni in zmožni delati več. Zbornica nadalje ocenjuje, da dodatne omejitve glede možnih oblik sodelovanja vodstvu javnih zavodov onemogočajo učinkovito upravljanje zavodov oziroma njihov kadrovski management. Takšno omejevanje pa bo imelo za posledico še večje pomanjkanje kadra in slabšo dostopnost do (zobo)zdravstvenih storitev ter lahko v določenih segmentih pomembno ovira delovanje javnih zavodov. Tovrstni ukrepi so po oceni Zbornice lahko na mestu le v primeru zadostnih kadrovskih kapacitet znotraj javnih zavodov. Zbornica zato predlaga, da naj bo vodstvu javnih zavodov zagotovljena večja avtonomija glede kadrovanja, za svojo večjo odgovornost pa naj prejmejo tudi primerno plačilo.

Nadalje izpostavljamo, da je sodelovanje med vsemi izvajalci tako znotraj kot izven javne zdravstvene mreže pomembno tudi z vidika prenosa znanj in izkušenj. Predstavniki zobozdravnikov pri tem opozarjajo, da lahko zlasti na področju zobozdravstva pričakujemo izrazito negativne posledice, saj zobozdravniki lažje izstopijo iz javnega zdravstvenega sistema, mladi pa nimajo pomislekov glede odhoda v tujino. V primeru uresničitve predlaganih ukrepov tako obstaja tveganje, da na področju zobozdravstva ne bo več javne mreže. Prav tako poudarjajo, da lahko z izvajanjem dejavnosti v prostorih drugih izvajalcev in z njihovo opremo, zobozdravniki pridobivajo obširno praktično znanje z drugo opremo in tehnologijo ter s tem pridobivajo dodatno znanje oziroma izkušnje.

Po oceni Zbornice je torej potrebno zagotoviti optimalno izkoriščenost vseh obstoječih virov, s katerimi naš sistem že razpolaga (tako izven kot znotraj javne zdravstvene mreže). Ob tem pa je nujno potrebno zagotoviti tudi spoštovanje 49. člena Ustave RS, ki zagotavlja svobodo dela in prepoveduje prisilno delo, ter spoštovanje načela zakonitosti in legalitete. Zdravnikom morajo biti zagotovljene njihove pravice iz delovnega razmerja ter pravna varnost in predvidljivost glede kraja, časa in vsebine njihovega dela. Zbornica poudarja, da problematike pomanjkanja zdravstvenega kadra in drugih znanih problemov javnih zavodov ni dopustno reševati s prisilnimi ukrepi, ki bi predstavljali kršitev pravic zaposlenih v javnih zavodih, kot izhajajo iz veljavnih predpisov. Po oceni Zbornice lahko predlagani ukrep povezovanja javnih zavodov, ki torej zmanjšuje predvidljivost glede kraja, časa in vsebine dela, še dodatno zmanjšuje privlačnost zaposlitve v javnih zavodih. Takšnega ukrepa, glede na obstoječe kadrovske stanje v javnem zdravstvu, zato ni mogoče podpreti. Če je cilj ukrepa, da se lahko omogoči delo zdravstvenih delavcev na različnih lokacijah, Zbornica predlaga, da se zagotovi manj omejujočo ureditev možnih oblik sodelovanja. Zdravstvenim delavcem naj se omogoči delo pri več izvajalcih, hkrati pa naj se zagotovi tudi stimulative ukrepe za zaposlene, ki bi bili pripravljene delati na drugih lokacijah.

K 10. členu

Zbornica ponovno opozarja, da je predlog zakona notranje neskladen. Kljub novi zahtevi iz 1. člena, da so izvajalci dolžni delati izključno v svojem imenu in za svoj račun, se namreč očitno tudi predlagatelj zakona zaveda, da je sodelovanje med izvajalci nujno za delovanje zdravstvenega sistema. Predlog zakona tako v 10. členu izrecno določa, da lahko izvajalec specialistično bolnišnične dejavnosti določene zdravstvene storitve zagotavlja preko drugega izvajalca na podlagi pogodbe o sodelovanju. Kot izhaja tudi iz predloga zakona tako sodelovanje zagotavlja učinkovitejšo izrabo materialnih in kadrovske virov pa tudi večjo strokovnost, kakovost in varnost opravljenih storitev. Zbornica posledično predlaga črtanje sporne določbe iz 1. člena predloga zakona.

Zbornica tudi opozarja, da ni primerno zaostrovanje pogojev za izvajalce specialistično bolnišnične dejavnosti glede storitev, ki so jih dolžni zagotoviti sami in storitev, ki jih lahko izvajajo preko drugega izvajalca zdravstvene dejavnosti. Zbornica nadalje predlaga, da za dnevne bolnišnice veljajo prilagojeni pogoji, torej širši nabor storitev, ki jih lahko zagotovijo pogodbeno preko drugega izvajalca zdravstvene dejavnosti.

K 11. členu

Zbornica uvodoma predlaga, da se pri ureditvi splošne in specialne bolnišnice uporabi definicija iz Direktiva 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 9. marca 2011 o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu, torej da vključuje prenočitev zadevnega pacienta v bolnišnici vsaj za eno noč.

Zbornica nadalje izpostavlja, da po predlogu zakona glede na spremenjeno definicijo splošne bolnišnice ni več zahtevano, da bi ta imela zagotovljene zmogljivosti za pediatrijo, ginekologijo ali porodniško dejavnosti. Zbornica ocenjuje, da taka sprememba ni ustrezna, v kolikor bi poslabšala dostopnost do zdravstvenih storitev.

Po oceni Zbornice nadalje dejstvo, da določena zdravstvena stanja ne zahtevajo nepretrganega bivanja v bolnišnici oziroma zahtevajo terapevtsko možnost med celodnevno hospitalizacijo in ambulantnim zdravljenjem, morda ne narekuje ustanovitve posebne oblike izvajalca specialistično bolnišnične dejavnosti, izključno za taka stanja. Pri tem je definicija dnevne bolnišnice pomensko odprta oziroma deskriptivna, kar po oceni Zbornice ni ustrezno. Zakon bi moral določiti bolj konkretna merila in kriterije za razločevanje med zdravstvenimi stanji, ki zahtevajo ambulantno zdravljenje in stanji, ki zahtevajo (po novem kriteriju sicer manj kot celodnevno) hospitalizacijo, torej bolnišnično zdravljenje.

Zbornica posebej opozarja na potencialno spornost določbe, da dnevna bolnišnica sklene pogodbo o sodelovanju z najbližjo splošno ali specialno bolnišnico, ki ji po potrebi zagotovi neprekinjeno zdravstveno varstvo za vrsto zdravstvene dejavnosti, ki jo dnevna bolnišnica opravlja, in za bolnike, ki so v njeni zdravstveni obravnavi. V primeru, da bi se za paciente dnevnih bolnišnic zahtevalo, da neprekinjeno zdravstveno varstvo uveljavljajo izključno pri sopogodbenu dnevnih bolnišnic, bi to lahko predstavljalo kršitev pravice pacientov do proste izbire izvajalca, kar je še posebej nedopustno v primeru nujnih stanj. V primeru, da bi bilo nadalje zahtevano, da obravnavo pacienta pri sopogodbenu financira dnevna bolnišnica (in ne ZZS) pa gre tudi za finančno nevzdržno in diskriminatorno ureditev. Za noben drug primer zdravstvene obravnave namreč ni zahtevano, da bi javni zavod, ki je obravnaval zaplet po posegu, stroške take obravnave zaračunal izvajalcu, ki je izvedel prvotni poseg.

Predlog zakona tudi določa, da merila, na podlagi katerih se razvrščajo bolnišnice v Republiki Sloveniji glede na svojo dejavnost in so podlaga za sklepanje dogovora o programu storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja iz zakona, ki ureja zdravstveno zavarovanje, določi minister, pristojen za zdravje. Zbornica opozarja na spornost predlagane določbe, saj je za koncesionarje namreč celotna materija glede programa urejena v koncesijski dokumentaciji. Zbornica posledično ne vidi, kako so lahko merila ministrstva podlaga za sklepanje dogovora o programu storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja.

K 15. členu

Zbornica predlaga, da se v določbah jasno navede, da urejajo izključno javne zdravstvene zavode. Zbornica nadalje predlaga, da se doda določilo, da mora biti strokovni vodja pri izvajalcih, pri katerih se opravlja zdravniška služba, zdravnik oziroma zobozdravnik, saj je lahko le v tem primeru

zagotovljeno strokovno in učinkovito vodenje strokovnega dela zdravstvenega zavoda. Zdravnik je namreč tisti, ki je v skladu z ZZdrS temeljni odgovorni nosilec opravljanja zdravstvene dejavnosti.

Zbornica opozarja tudi na spornost določbe, da se kot potrdilo, da ima posameznik kompetence, znanje in strokovno usposobljenost, potrebno za vodenje zdravstvenega zavoda, avtomatično prizna tudi potrdilo visokošolskega zavoda, ki ima v Republiki Sloveniji akreditiran študijski program s področja managementa v zdravstvu. Zbornica predlaga črtanje navedenega in enotno ureditev za vsa potrdila, torej da ustreznost usposabljanja z vidika njegove vsebine in trajanja s sklepom potrdi ministrstvo, pristojno za zdravje.

K 19. členu

Zbornica opozarja, da je določba 19. člena, ki ureja tržno dejavnost javnih zavodov, mestoma nejasna in se logično ne izide z določbo 20. člena, ki ureja možnost določitve najvišje dovoljene cene zdravstvenih storitev za izvajalce izven javne mreže. 19. člen predloga zakona namreč zahteva od javnih zavodov, da cene določijo na način, da je zagotovljen presežek prihodkov nad odhodki, torej, da je zagotovljen dobiček. Če je namen določbe 20. člena predloga zakona, da se cene samoplačniških storitev regulirajo za zaščito potrošnikov, bi moralo navedeno (še toliko bolj) veljati tudi za javne zdravstvene zavode pri izvajanju tržne zdravstvene dejavnosti.

Zbornica nadalje predlaga, da se zaposlenim v javnih zavodih omogoči opravljanje tržne zdravstvene dejavnosti pri lastnem delodajalcu tudi na podlagi podjemne pogodbe. Namen predloga zakona, glede na obrazložitev predlagatelja, je namreč, da se zdravstvenim delavcem omogoči čim večje izvajanje zdravstvenih storitev pri lastnem delodajalcu.

K 20. členu

Zbornica uvodoma pojasnjuje, da je materija določitve cen, ki niso predmet obveznega zdravstvenega zavarovanja, že urejena v 67. členu ZZdrS. Ta določa, da metodologijo za določanje cen zdravniških storitev, ki niso predmet obveznega zdravstvenega zavarovanja, določi minister na predlog Zbornice.

Zbornica opozarja tudi na neustrezno dikcijo določbe 20. člena, ki določa, da izvajalci zdravstvene dejavnosti izven javne mreže na trgu svobodno oblikujejo cene zdravstvenih storitev, Vlada pa jih lahko izjemoma omeji. Predmetna ureditev bi se morala pravilno glasiti, da izvajalci zdravstvene dejavnosti svobodno oblikujejo cene zdravstvenih storitev, ki jih izvajajo izven javne mreže na trgu. Ureditev se namreč nanaša na storitve, ki se opravljajo izven javne zdravstvene mreže, ne na izvajalce, ki so (v celoti) izven javne zdravstvene mreže.

Predlagana določba novega tretjega odstavka 38. člena ZZDej pa pomeni poseg v 74. člen Ustave RS, ki določa, da je gospodarska pobuda svobodna, pri čemer so prepovedana dejanja, ki v nasprotju z zakonom omejujejo konkurenco. Svobodna gospodarska pobuda je torej človekova pravica, ki izhaja tudi iz pravice do zasebne lastnine (33. člen Ustave RS). Ustava RS pa dopušča omejitve te pravice le, v kolikor je to nujno potrebno za varstvo javne koristi ali človekovih pravic drugih.

V Zakonu o preprečevanju omejevanja konkurence (ZPOMK-2) je v 107. členu določeno, da Vlada RS in državni organi ne smejo omejevati prostega nastopanja podjetji na trgu. Za omejevanje

prostega nastopanja podjetij na trgu se štejejo splošni in posamični akti in dejanja, s katerimi se v nasprotju z ustavo in zakonom omejujejo svobodna menjava blaga in storitev, svoboden vstop na trg, svobodno nastopanje na trgu ali s katerimi se kako drugače preprečuje konkurenca. V nadaljnjih členih ZPOMK-2 (108. do 115. člen) so določene izjeme oz. omejitve glede oblastvenih posegov v svobodno gospodarsko pobudo.

Zbornica meni, da s konkretnim predlogom dopolnitve 38. člen ZZDej niso izpolnjeni pogoji, ki izhajajo Ustave RS in ZPOMK-2 (npr. 2. odstavek 108. člena ZPOMK-2). V nadaljevanju predstavljamo temeljne argumente za takšno stališče, pri katerih smo upoštevali tudi ustavnosodno teorijo in prakso.²

Tržno naravnost gospodarskega sistema je zgolj izjemoma mogoče omejiti upoštevajoč načelo socialne države (2. člen) ter z namenom varstva (drugih) človekovih pravic. Pri tem pa splošno načelo sorazmernosti od zakonodajalca zahteva, da sprejema take ukrepe, ki bodo čim manj posegli v pravico do svobodne gospodarske pobude in z njo povezano pravico do zasebne lastnine.³ Predlagani ukrep očitno ni ustaven, saj predlagatelj zakona ne poda nobenega argumenta, ki bi izkazoval njegovo primernost, nujnost in sorazmernost v ožjem smislu.

Zbornica pojasnjuje, da zasebni izvajalci zdravstvenih storitev delujejo prosto na trgu. Z izvajanjem dejavnosti imajo izvajalci različne stroške, ki jih krijejo sami, zato morajo imeti tudi možnost sami določati cene svojih storitev. Določitev najvišjih cen zdravstvenih storitev bi pomenila, da se iz trga umakne vse kakovostnejše storitve, katerih cena bi, zaradi uporabljenih materialov, opreme ali kompetenc izvajalca, preseгла določeno najvišjo ceno. To bi pomenilo ukinitve določenega segmenta trga, kar pa ni sprejemljivo, ne za izvajalce, ne za paciente, ki bi želeli prejeti tovrstne storitve. Poudarjamo torej, da je izvajanje zdravstvenih storitev kompleksna dejavnost, v okviru katere ponudniki lahko ponujajo izrazito različno kakovost in obseg iste zdravstvene storitve. Regulacija cene konkretne zdravstvene storitve tako bolj strokovne in izkušene izvajalce zdravstvene dejavnosti, ki opravljajo storitve zunaj javne mreže, sili, da ponudijo slabšo zdravstveno storitev, česar si niti sami pacienti, ki uporabljajo njihove storitve, ne želijo. Konkurenčna prednost oz. njihova *differéntia específica*, zaradi katere je tudi cena zdravstvene storitve višja, bo tako popolnoma zanemarjena. V primeru omejevanja cen na območju Slovenije bi to lahko tudi spodbudilo odhod izvajalcev in pacientov v tujino, saj bodo tam lahko v okviru proste konkurence ponujali oz. prejeli željene zdravstvene storitve po tržni ceni. V povezavi z regulacijo cen je nenazadnje potrebno izpostaviti prakso Evropskega sodišča za človekove pravice (ESČP), ki je pri v določanju najvišjih cen, ki jih lahko zaračunajo zasebni subjekti, zaznalo kršitev

² Primeroma:

Odločba Ustavnega sodišča RS U-I-145/93 z dne 17.03.1994:

»Ustavno sodišče pri tem poudarja, da gre pri ukrepih določanja cen oziroma pri ukrepih državne kontrole cen za poseg države v svobodno oblikovanje cen na trgu in torej za dovoljeno poseganje države v svobodno podjetniško iniciativo. Ker pa gre za interventne ukrepe države, je potrebno seveda ob vsakem sprejemu ukrepa določitve cen posebej oceniti, ali so podani pogoji za predpisovanje posameznega ukrepa. To je treba oceniti tudi v vsakem primeru, kadar predpiše vlada podaljšanje določenega ukrepa oziroma kadar ob izteku veljavnosti prejšnjega uveljavi nov vsebinsko enak ukrep. Nikakor ne bi bilo v skladu z načelom svobodnega oblikovanja cen, če bi država spremenila začasne ukrepe določitve cen v trajen sistem.«.

³ Komentar Ustave RS, urednik: Avbelj M., komentar 74. člena, Nova Gorica : Nova univerza, Evropska pravna fakulteta, 2019 (Ljubljana).

pravice do zasebne lastnine iz 1. člena 1. Protokola k Evropski konvenciji o človekovih pravicah. ESČP je poudarilo, da takšni ukrepi vzpostavljajo nesorazmerno breme za zasebne subjekte.⁴

Zbornica ocenjuje, da ima država za zaščito ranljivih skupin na voljo več drugih bolj primernih in učinkovitih ukrepov. Namen ščitenja ranljivih skupin bo v prvi vrsti dosežen z vzpostavitvijo učinkovite javne mreže z ustrezno košarico pravic, v kateri naj se zgotovijo realne cene. Zbornica poudarja, da bi morale biti vsem prebivalcem zdravstvene storitve, ki so nujne za zadovoljevanje potreb ljudi in katerih pomanjkanje bi lahko povzročilo resno zdravstveno škodo, zagotovljene v okviru javne zdravstvene mreže v breme ZZS.

Predlagana določba glede na navedeno ni primerna za doseg cilja, ki naj bi glede na obrazložitev predloga ZZDej-N bil v varovanju javnega interesa in varovanju javnega zdravja (z namenom, da se prepreči oškodovanje pacientov). Prav tako predlog zakona ne upošteva načela nujnosti posega, saj bi lahko zasledovani cilj dosegel na drugačen način, ki ne bi posegal v pravico do svobodne gospodarske pobude in pravico do zasebne lastnine izvajalcev zdravstvene dejavnosti zunaj javne zdravstvene mreže.

V primeru, da pa se pri posameznih ranljivih skupinah vseeno ugotovi otežen dostop do določenih ključnih zdravstvenih storitev, pa naj država zanje zagotovi ustrezno finančno pomoč oziroma subvencije, s čimer se zagotovi spoštovanje načela sorazmernosti v ožjem pomenu besede. Ni pa torej ustavno dopustno, da se finančno breme tovrstne pomoči prevali na izvajalce s splošnim omejevanjem konkurence in delovanja na trgu.

Zbornica pri tem poudarja, da je potrebno tudi bolj natančno definirati in ovrednotiti tiste zdravstvene storitve, ki so nujne za zaščito zdravja in življenja prebivalcev in naj bi jim bilo iz tega razloga dopustno določiti najvišje dovoljene cene. Dikcija iz predloga zakona (zdravstvene storitve, ki so nujne za zadovoljevanje potreb ljudi in katerih pomanjkanje bi lahko povzročilo resno zdravstveno škodo) je po oceni Zbornice preširoka, kar lahko predstavlja kršitev načela jasnosti in določnosti predpisov. Praksa Evropskega sodišča za človekove pravice zgolj izjemoma dopušča široko zakonsko delegacijo pooblastil na izvršne organe v države, pri čemer se ta pooblastila ne smejo izvrševati na podlagi nepojasnljive politike, posamezniku pa morajo biti dostopna procesna sredstva, s katerimi bi lahko preprečil nepošteno uporabo oblasti.⁵ Zbornica glede na preširoko in nedoločno dikcijo predloga dopolnitve 38. člena ZZDej ocenjuje, da bi bilo pooblastilo v ZZDej za sprejem podzakonskega predpisa lahko v nasprotju z Ustavo RS in Evropsko konvencijo o človekovih pravicah (EKČP).

Zbornica posebej tudi poudarja, da Zakon o kontroli cen določa postopek in pogoje za ukrepe kontrole cene. Po oceni Zbornice ni ustrezno niti potrebno specialno urejanje navedenega v predlogu zakona za področje zdravstvenih storitev. Pri tem velja izpostaviti, da morajo biti tudi v primeru parcialne specialne ureditve še vedno izpolnjeni vsi pogoji iz Zakona o kontroli cen. Ta

⁴ Sodna praksa ESČŠ izhaja iz »Guide on Article 1 of Protocol No. 1 to the European Convention on Human Rights«, URL: https://ks.echr.coe.int/documents/d/echr-ks/guide_art_1_protocol_1_eng, točka 327.

⁵ Sodba ESČP Hentrich v France, št. 1316/88, z dne 22. 9. 2004. Povzeto iz: Ustavnoppravna vprašanja kontrole cen naftnih derivatov, Zagorc Saša, URL: <https://journals.um.si/index.php/anali-pazu-hd/article/download/1696/1447/>.

med drugim v tretjem odstavku 3. člena določa, da smejo državni organi v posameznem primeru uporabiti le take ukrepe kontrole cen, ki:

- so nujni glede na razlog ukrepa,
- v najmanjši meri omejujejo konkurenco in so najbližji normalnim tržnim razmeram ter
- najhitreje pripeljejo do odprave razlogov za ukrepe kontrole cen.

Pri tem morajo biti kontrole cene nujno tudi začasne narave. *Bistveno sporočilo tretjega odstavka 3. člena ZKC ni zgolj v opredelitvi testa sorazmernosti, prilagojenega specifikam državnega urejanja kontrole cen, temveč v zakonodajalčevi samo-omejitvi polja široke politične presoje pri določitvi in izvrševanju ekonomske politike.*⁶ Zbornica ocenjuje, da je predmetna ureditev ustrezna za morebitne izjemne primere, ko bi bila zahtevana kontrola cen zdravstvenih storitev, zato predlaga črtanje specialne ureditve navedenega v predlogu ZZDej-N. Pri tem zbornica upošteva načelo sorazmernost poudarja, da predlagana dopolnitev 38. člena ZZDej ne vsebuje časovne omejitve ukrepa regulacije cen zdravstvenih storitev. Če so ukrepi regulacije cen dopuščeni trajno, bi dejansko *contra constitutionem* prišlo do bistvene konceptualne spremembe vrednostne podstatii slovenske ustavnosti.⁷ Določba je sporna tudi v delu, ki se nanaša na oglaševanje zdravstvenih storitev, katerim je regulirana cena, nad to ceno, saj se prepoved ne bo nanašala na tuje izvajalce, ki pa bodo lahko prosto oglaševali svoje storitve, tudi po višji ceni.

Zbornice v zvezi z na novo določeno obveznostjo izstavitve računa za opravljeno zdravstveno storitev uporabniku oziroma zavarovalnici neposredno po opravljeni storitvi pojasnjuje, da predmetno materijo urejajo drugi veljavni predpisi, ki pa po vedenju Zbornice ne določajo obveznosti izstavitve računa neposredno po vsaki opravljeni storitvi. Posledično ni ustrezno, da bi se tovrstne specialne zahteve, ki predstavljajo odstop od splošne davčnopravne zakonodaje, določale za izvajalce zdravstvene dejavnosti. Zasebni izvajalci morajo imeti možnost lastne organizacije svojega finančnega poslovanja. Upoštevati je potrebno tudi naravo izvajanja zdravstvenih storitev. Določene zdravstvene storitve se namreč izvajajo skozi daljše časovno obdobje, zato morajo imeti izvajalci možnost račun izstaviti periodično (primeroma enkrat na mesec za vse terapije v tem obdobju) oziroma ob zaključku zdravljenja. Po oceni Zbornice nadalje ni ustrezno, da bi bila kršitev obveznosti izdaje računa predvidena kot prekršek po ZZDej. Področje izdaje računov in morebitne sankcije za njihovo neizdajo namreč že celovito urejajo davčni predpisi.

V zvezi z zahtevo, da se zasebna dejavnost izvaja izključno v svojem imenu in za svoj račun pa Zbornica izpostavlja pripombe, ki jih je že podala k 1. členu predloga zakona oziroma v uvodu zgoraj.

⁶ Glej: Ustavnoppravna vprašanja kontrole cen naftnih derivatov, Zagorc Saša, URL: <https://journals.um.si/index.php/anali-pazu-hd/article/download/1696/1447/>.

⁷ Glej: Ustavnoppravna vprašanja kontrole cen naftnih derivatov, Zagorc Saša, URL: <https://journals.um.si/index.php/anali-pazu-hd/article/download/1696/1447/>.

K 21. členu

Zbornica uvodoma poudarja, da sistem podeljevanja koncesij ni primeren oziroma optimalen način zagotavljanja zdravstvenih storitev v mreži javne zdravstvene službe. Ta bo po predlogu zakona vsebovala tudi obseg programov, zato bi bilo potrebno zagotoviti, da bi imeli vsi izvajalci v RS enake obveznosti glede njihovega izvajanja hkrati pa tudi enak dostop do njih. V primeru ohranitve sistema koncesij pa Zbornica predlaga, da se podaljša obdobje njihove podelitve. Ker je po odločitvi Ustavnega sodišča RS onemogočeno podaljšanje koncesij, je po oceni Zbornice potrebno zagotoviti, da so te lahko že podeljene za daljše časovno obdobje. Zbornica predlaga zgledovanje po lekarniški dejavnosti, ker je možna podelitev koncesije za obdobje do 30 let. Taka ureditev bo zagotovila večjo in zlasti neprekinjeno dostopnost do zdravstvenih storitev za paciente ter zagotovila večje pravno varstvo za zaposlene pri koncesionarju. Koncesionarju pa bodo tudi omogočene dodatne investicije v prostore in opremo za izvajanje koncesijskih storitev, kar bo zagotovilo bolj kakovostno izvajanje zdravstvenih storitev.

Po mnenju Zbornice bi morala imeti pri podeljevanju koncesije ključno beseda stroka, ki bi lahko opravila presojo, kateri ponudnik bo lahko zagotovil najbolj kakovostno in strokovno izvajanje koncesijskih storitev. Zbornica zato predlaga, da bi moral biti obvezni član komisije za podelitev koncesij tudi predstavnik Zbornice, kot predstavnik stroke.

Zbornica ocenjuje, da je potrebno zagotoviti možnost prenosa koncesije v primeru statusnega preoblikovanja izvajalca. Po mnenju Zbornice je ustrezna trenutna ureditev, po kateri je to dopustno s predhodnim soglasjem koncedenta. Pri statusnem preoblikovanju podjetnika namreč na družbo preide podjetje podjetnika ter pravice in obveznosti podjetnika v zvezi s podjetjem. Družba kot univerzalni pravni naslednik vstopi v vsa pravna razmerja v zvezi s prenesenim podjetjem podjetnika. Prav s prenosom koncesije na tako družbo pa se zagotavlja ohranjanje mreže javne zdravstvene službe, saj bo pacientom še naprej storitve zagotavljal izvajalec, na katerega so prešle vse pravice podjetnika (lastništvo ordinacije, zaposleni itd.). Zbornica posledično ne vidi, kakšen cilj bi lahko zasledovala absolutna prepoved prenosa koncesije v primeru statusnega preoblikovanja. V primeru, da se koncedent s prenosom koncesije ne strinja, lahko že po trenutni ureditvi zavrne izdajo soglasja in s tem prepreči prenos koncesije. Po predlagani ureditvi pa bi bil koncedent, četudi bi se strinjal s statusnim preoblikovanjem koncesionarja, dolžan izvesti nov postopek podelitve koncesije. Navedeno predstavlja administrativno in časovno obremenitev, ki pa je zlasti v škodo pacientov, saj je okrnjena kontinuiranost njihove zdravstvene oskrbe.

Tudi v zvezi z vezanostjo koncesije na lastniško strukturo v trenutku izdaje koncesijske odločbe, Zbornica ocenjuje, da gre za pretiran poseg v svobodno gospodarsko pobudo, kot jo zagotavlja 74. člen Ustave RS. Koncesija, kot javno zasebno partnerstvo, predvideva združitev zasebnega kapitala in javnega interesa, pri čemer pa je potrebno med njima poiskati ravnovesje oziroma kompromis. Pri tem je potrebno tudi upoštevati, da koncesionarji praviloma le del svoje dejavnosti izvajajo v okviru koncesije, v preostalem delu pa praviloma še vedno delujejo tudi na trgu. Prepoved prenosa poslovnih deležev za čas koncesije tako nedvomno predstavlja poseg v svobodno gospodarsko pobudo, saj omejuje poslovne subjekte v celoti, ne zgolj z vidika izvajanja koncesije.

Zbornica pri tem ugotavlja, da predlagatelj zakona ukrep obrazloži zgolj s pavšalno navedbo, da je namen te določbe preprečiti prodaje poslovnih deležev koncesionarjev. Navedeno samo po sebi

seveda ni legitimen cilj, ki bo omogočal poseg v ustavno zagotovljeno pravico do svobodne gospodarske pobude. Ta bi bil dopusten le, če bi prestal strogi test sorazmernosti, katerega prvi pogoj je, da gre za primeren ukrep za doseganje legitimnega cilja. Predlagatelj zakona pa ne navede, niti ni po oceni Zbornice videti, katere legitimne cilje in na kakšen način bi lahko zasledoval predlagani ukrep. Lastniška struktura koncesionarja namreč ni element, ki bi nujno vplival na kvaliteto ali strokovnost izvajanja koncesijskih storitev, pač pa so z vidika izvajanja koncesijskih storitev pomembni drugi vidiki (kadri, oprema, prostori itd.). Zbornica ob tem poudarja, da do spremembe lastniške strukture v praksi lahko pride tudi v primerih, ko se lastnik koncesionarja primeroma odloči, da bo pri sebi zaposlene zdravnike, ki izvajajo tudi koncesijske storitev, nagradil z določenim poslovnim deležem v pravni osebi. Na ta način lahko motivira svoje zaposlene in pacientom zagotovi še bolj kakovostno in kontinuirano zdravstveno obravnavo, saj imajo tudi njegovi zaposleni zdravniki večjo motivacijo za dobro delovanje koncesionarja. Po predlogu zakona pa bi bila tudi taka razpolaganja s poslovnimi deleži prepovedana. Tudi primerjalnopravno po vedenju Zbornice ni najti primerljive ureditev tovrstnega omejevanja lastniške strukture koncesionarjev.

K 22. členu

Po oceni Zbornice je potrebno preučiti možnost podaljšanja koncesij na način, ki bi predstavljal čim manjše administrativno breme za koncedente in obstoječe koncesionarje. Zbornica zato predlaga mehanizem, po katerem naj koncedent pred njenim prenehanjem z javnim pozivom ugotovi interes in zmožnost morebitnih drugih izvajalcev za izvajanje koncesijske dejavnosti. V primeru, da nihče ne izrazi interesa oziroma izkaže zmožnosti za njeno izvajanje, naj se koncesionarju omogoči podaljšanje obdobja podeljene koncesije. Le v primeru, da se ugotovi obstoj drugih pripravljenih in zmožnih izvajalcev, pa naj se izvede nov postopek podelitve koncesije. Takšna ureditev bi varovala tudi pravice pacientov, saj so v praksi pacienti zaradi prenehanja koncesij pogosto določeno obdobje brez zdravnika, prav tako se s tem prekine odnos zaupanja z zdravnikom, kar je osnova opravljanja zdravniškega poklica.

Zbornica tudi predlaga, da se zagotovi enakopravna obravnava koncesionarjev in javnih zdravstvenih zavodov. Upoštevajoč dejstvo, da se koncesije podeljujejo za določen čas, Zbornica predlaga, da enak mehanizem velja tudi za programe, ki jih izvajajo javni zavodi. Po oceni Zbornice je namreč potrebno zagotoviti, da programe izvajajo tisti izvajalci, ki lahko pacientom zagotovijo najboljše storitve z vidika kakovosti, varnosti in dostopnosti zdravstvene obravnave, ne glede na organizacijsko obliko. Pri tem imajo javni zavodi pogosto večje število programov, a brez kadra, ki bi jih izvajal (glede na nedavno poročanje medijev tudi po 11 programov z zgolj sedmimi zaposlenimi zdravniki, od tega tremi na starševskem dopustu, trije pa so podali odpoved). Javni zavodi nadalje pogosto izrazijo pripravljenost tudi za prevzem dodatnih programov ob podelitve oziroma poteku koncesije, brez da bi imeli za to zagotovljene ustrezne kapacitete in kadre.

K 23. in 24. členu

Predlog zakona predvideva poseg v 44. člen ZZDej, ki določa, da koncesijo za opravljanje javne zdravstvene službe na primarni ravni zdravstvene dejavnosti podeli občina s soglasjem ministrstva, pristojnega za zdravje ter 44.a člen, ki določa, da mora občina na koncesijski akt predhodno pridobiti soglasje ministrstva, pristojnega za zdravje in Zavoda za zdravstveno zavarovanje

Slovenije. Predlog zakona glede zahtevanih soglasij dodaja določilo, da se pri tem šteje, da soglasje ni podano, če ni dano v 30 dneh od prejema.

Zbornica uvodoma poudarja, da Zakon o splošnem upravnem postopku za vse upravne postopke enotno določa, da mora organ, čigar soglasje je potrebno za odločbo, dati soglasje najkasneje v 15 dneh od dneva, ko je bilo od njega to zahtevano. Če ta organ v tem roku ne sporoči organu, za katerega je določeno, da izda odločbo, niti da daje soglasje niti da ga odreka, se šteje, da je soglasje dal. Predlagatelj zakona ni podal nobene obrazložitve, zakaj bi bilo potrebno v postopku podelitve koncesij odstopiti od splošnih pravil upravnega prava.

Po oceni Zbornice nadalje niti ni ustrezno, da lahko neaktivnost pristojnih deležnikov prepreči podelitev koncesije. Praksa podeljevanja koncesij v preteklosti namreč kaže, da je ministrstvo le redko odzivno v postopkih podelitve koncesij na primarni ravni in se torej te praviloma podeljujejo na podlagi domneve izdanega soglasja. Že samo ministrstvo je tudi večkrat priznalo, da se na področju koncesij oziroma zasebnništva srečuje z administrativnimi izzivi, ki pogosto rezultirajo v zaostankih v upravnih postopkih. Iz tega razloga je primeroma interventni Zakon o nujnih ukrepih za zajezitev širjenja in blaženja posledic nalezljive bolezni COVID-19 na področju zdravstva črtal obveznost, da je en član komisije, ki opravi ogled prostorov v postopku izdaje dovoljenja za izvajanje zdravstvene dejavnosti, zaposlen na ministrstvu.

Zbornica ocenjuje, da obstaja tveganje za stabilnost delovanja zdravstvenega sistema, če bodo na neaktivnost ministrstva vezane tovrstne pravne posledice. Zbornica zato predlaga, da se ohrani nasprotna domneva, torej da se v primeru neizdaje soglasja šteje, da je to podano. Pri tem pa se lahko rok za odločitev o podaji soglasja po potrebi v zakonu tudi ustrezno podaljša. Alternativno Zbornica predlaga izrecno izključitev vsake posledice, ki bi bila vezana na potek roka za podajo soglasja. V primeru neodzivnosti ministrstva je namreč za vse vpletene še vedno bolj ugodno, da ministrstvo odloči o podaji soglasja, četudi v daljšem roku, kot pa da se že po 30 dneh šteje, da soglasje ni podano in se s tem ustavi celotni postopek podelitve koncesije.

Zbornica ob tem opozarja, da Ustava RS zagotavlja tudi pravico do lokalne samouprave. Po predlogu zakona pa je v primeru neaktivnosti ministrstva občinam dejansko onemogočano zagotavljanje javne zdravstvene mreže, kar pa je njihova zakonska dolžnost. Tak poseg v lokalno samoupravo pa po oceni Zbornice ni utemeljen niti dopusten. Tudi nova določba, da minister, pristojen za zdravje, na osrednjem spletnem mestu organov državne uprave objavi vzorec koncesijskega akta, ki ga občina upošteva pri pripravi občinskega odloka iz drugega odstavka tega člena, bi po oceni Zbornice lahko predstavljala poseg v ustavno zagotovljeno pravico do lokalne samouprave.

Predlagatelj zakona nadalje pojasnjuje, da z določitvijo minimalnega obsega opravljanja koncesijske dejavnosti v višini 0,20 programa sledi ureditvi v Uredbi o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivostih, potrebnih za njegovo izvajanje, in obsegu sredstev za leto 2024 (Uradni list RS, št. 14/24, 30/24, 47/24). Zbornica pa opozarja, da se Uredba pogosto spreminja, zato morda ni smiselno, da se njeno vsebino prenaša v zakon, ki pa ga je težje spremeniti.

Zbornica nadalje izpostavlja, da je praksa podeljevanja koncesij pokazala, da je javni razpis, ki ga ureja 44.b člen ZZDej, pogosto v večji meri le prepis koncesijskega akta iz 44.a člena ZZDej.

Zbornica posledično predlaga razmislek, ali bi z namenom večje učinkovitosti podeljevanja koncesij in administrativne razbremenitev bilo na mestu črtanje koncesijskega akta in ohranitev le javnega razpisa. Koncesijski akt je po Zakonu o javni zasebnem partnerstvu namreč fakultativen. Četudi ga je ZZDej leta 2017 določil kot obveznega, pa praksa podeljevanja koncesije do danes še ni utemeljila morebitne smiselnosti tega ukrepa.

K 25. členu

Predlog zakona določa, da mora imeti koncesionar celotno obdobje koncesije zaposleno ustrezno število usposobljenih zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev, ki izpolnjujejo pogoje iz tega zakona ali zakona, ki ureja zdravniško službo, in bodo opravljali zdravstvene storitve, ki so predmet koncesije. Po predlogu zakona koncesionar torej ne bo več mogel zdravstvenih storitev, ki so predmet koncesije, zagotavljati preko zdravstvenih delavcev in sodelavcev, ki bi se vključevalo po drugih zakonitih pravnih podlagah, primeroma preko podjemne pogodbe.

Zbornica uvodoma poudarja, da je predmetna zahteva diskriminatorna, saj velja zgolj za koncesionarje ne pa tudi za druge izvajalce znotraj mreže javne zdravstvene službe, torej javne zdravstvene zavode. Nasprotno, za slednje predlog zakona celo širi možnost sklepanja podjemnih pogodb z zdravstvenimi delavci in sodelavci, vključno z lastnimi zaposlenimi.

Zbornica opozarja, da načelo enakosti iz 14. člena Ustave RS zahteva, da zakonodajalec bistveno enaka razmerja ureja enako in različna različno, pri čemer mora imeti za različno obravnavo razumen, iz narave predmeta urejanja izhajajoč razlog. Ker gre pri obeh oblikah izvajalcev za izvajanje zdravstvenih storitev v javni zdravstveni mreži, po oceni Zbornice ni videti stvarnega in razumnega razloga za neenako obravnavo oziroma za strožje pogoje glede pravne podlage, po kateri lahko zdravstveni delavci in sodelavci izvajajo koncesijske storitve pri koncesionarju.

Zbornica nadalje izpostavlja, da predlog zakona v praksi tudi ni izvedljiv. V primeru odsotnosti koncesionarja oziroma pri njemu zaposlenih zdravstvenih delavcev oziroma sodelavcev (bolniška odsotnost, letni dopust itd.), je namreč nujno, da se v izvajanje koncesijskih storitev lahko vključi nadomestne zdravnike oziroma zdravstvene delavce. Pri tem v primeru krajših oziroma občasnih odsotnosti seveda ni možna zaposlitev, zato je nujno, da je na voljo druga primerna in zakonita pravna podlaga za tovrstno delo, torej podjemna pogodba.

Navedeno zlasti velja v luči predloga zakona, ki z zahtevo, da vsak izvajalec dela izključno v lastnem imenu in za svoj račun, onemogoča, da bi se nadomeščanje zagotovilo s sodelovanjem z drugim izvajalcem zdravstvene dejavnosti. Po uveljavitvi predloga zakona v trenutni obliki, se namreč dva koncesionarja (niti javni zavod in koncesionar) ne bosta več mogla dogovoriti za medsebojno nadomeščata v času njunih odsotnosti, saj v tem primeru ne gre za delo izvajalca v lastnem imenu in za svoj račun. Z uveljavitvijo dodatne prepovedi dela zdravstvenih delavcev in sodelavcev na drugih zakonitih podlagah (tj. podjemni pogodbi) pri koncesionarjih, pa bo torej v celoti onemogočeno izvajanje koncesijskih storitev v času odsotnosti koncesionarja in njegovih zaposlenih, saj ta sploh ne bo imel več na voljo zakonitega načina za zagotovitev nadomeščanja. Navedeno pa bo bistveno zmanjšalo dostopnost do zdravstvenih storitev za paciente.

Ukrep nadalje onemogoča izvajanje različnih oblik usposabljanja pri koncesionarju, saj onemogoča, da bi pri njem koncesijske storitve opravljal primeroma specializant, ki je na kroženju

in je zaposlen pri drugem izvajalcu. Zbornica opozarja, da je to zlasti problematično z vidika družinske medicine, kjer večji del specializacije sloni na koncesionarjih, zato bi poleg splošnega pomanjkanja specializantov nastal še organizacijski problem z vidika prostih kapacitet za tekoče izvajanje specializacije.

Ukrep predstavlja tudi nedopusten poseg v svobodno gospodarsko pobudo, katera vključuje možnost učinkovitega in prilagodljivega kadrovskega upravljanja glede na potrebe.

V 44.č člen se nadalje dodaja dodatni pogoj, da mora koncesionar izpolnjevati pogoje iz prvega odstavka tega člena celotno obdobje podelitve koncesije. To vključuje tudi pogoj, da ponudnik (koncesionar) ni v postopkih pred organi pristojne zbornice ali strokovnega združenja zaradi kršitev v zvezi z opravljanjem poklica, o čemer predloži potrdilo pristojne zbornice ali strokovnega združenja. Zbornica v zvezi z navedenim pogojem uvodoma izpostavlja, da ga sploh ni mogoče preverjati za ponudnika, ki je pravna oseba. V skladu s stališčem ministrstva za zdravje se v tem primeru pogoj nanaša na odgovornega nosilca.

Pri tem pa je po naši oceni potrebno ohraniti dosedanje ureditev, da mora ponudnik (če je fizična oseba) ali odgovorni nosilec, če gre za pravno osebo, ta pogoj izpolnjevati ob vložitvi ponudbe. Vsak zdravnik ali zobozdravnik se namreč lahko kdaj znajde v postopkih pred organi zbornice. To pa še ne pomeni, da je nujno izvršil kršitev v zvezi z opravljanjem poklica. Navedeno se namreč šele ugotavlja v postopkih pred organi zbornice. Kot v kazenskem postopku pa tudi tu velja domneva nedolžnosti. Posledično ni dopustno, da bi mu v primeru zgolj postopka, ne pa tudi dejansko ugotovljene kršitve, grozil odvzem koncesije.

Zbornica upoštevajoč navedeno tudi predlaga, da naj se pogoj spremeni na način, da ne bo več relevantno, ali je ponudnik oziroma odgovorni nosilec v postopkih pred organi zbornice, pač pa, ali so organi Zbornice z dokončno odločitvijo ugotovili kršitev v zvezi z opravljanjem poklica. Zgolj navedeno je namreč po oceni Zbornice pravno relevantno dejstvo, ki lahko prepreči podelitev koncesije oziroma utemeljuje njen morebitni odvzem.

K 26. členu

Predlog zakona predvideva, da je merilo za izbiro koncesionarja strokovna usposobljenost, izkušnje in reference odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti za vsak posamezen program zdravstvene dejavnosti oziroma posamezno vrsto zdravstvenih storitev specialistične bolnišnične dejavnosti, ki so predmet koncesije. Zbornica opozarja, da dikcija ni ustrezna, saj veljavni ZZDej v določbah, v katere predlog zakona ne posega, določa, da je odgovorni nosilec imenovan za vrsto zdravstvene dejavnosti, v katero sodi program zdravstvene dejavnosti oziroma sodijo storitve specialistične bolnišnične dejavnosti, ki so predmet koncesije. Predlog zakona pa z vidika dovoljenja celo določa, da odgovorni nosilec ne bo več imenovan za vrsto, pač pa za (širše) področje zdravstvene dejavnosti. Upoštevajoč navedeno ni ustrezna dikcija z vidika meril za izbiro koncesionarja, da se upošteva reference odgovornega nosilca za vsak posamezen program zdravstvene dejavnosti. Taka določitev odgovornega nosilca bi bila tudi v nasprotju s samim namenom instituta odgovornega nosilca. Ta je namreč v tem, da je ena oseba odgovorna za celotno vrsto (oziroma po novem področje) zdravstvene dejavnosti z vidika organizacije dela, ustreznosti prostorov, opreme, materialov in kadrov za izvajanje posamezne vrste zdravstvene dejavnosti ter za sistemsko vzpostavitev pogojev za strokovno, kakovostno in varno izvajanje

posamezne vrste zdravstvene dejavnosti. Namen instituta bi bil tako izvotljen, če bi bilo pri izvajalcu določenih več odgovornih nosilcev za posamezno vrsto zdravstvene dejavnosti (kolikor je pri izvajalcu programov).

K 28. členu

Predlog zakona predvideva, da se v koncesijski pogodbi določi obveznost koncesionarja glede zagotavljanja podatkov za potrebe nadzora in omogočanja nemotenega opravljanja nadzora. Zbornica ocenjuje, da določba ni dovolj jasna in določna, saj ni navedeno, na katere nadzore se nanaša, oziroma komu in katere podatke bi moral koncesionar zagotavljati za potrebe nadzora. Zbornica pri tem poudarja, da se pri zdravstveni dejavnosti obdelujejo občutljivi osebni podatki. Njihovega razkritja pa ni mogoče urediti v pogodbi med koncedentom in koncesionarjem, pač pa mora biti za tako obdelavo pravna podlaga določena že na ravni zakona, hkrati pa morajo biti spoštovane tudi vse določbe in načela prava varstva osebnih podatkov.

Zbornica dodaja, da so nadzori v zdravstvu celovito urejeni v IX. poglavju ZZDej (Nadzorstvo), pri čemer že 76. člen določa, da mora izvajalec zdravstvene dejavnosti in njegovi zaposleni ali pogodbeni zdravstveni delavci oziroma zdravstveni sodelavci omogočiti nemoteno opravljanje nadzora. Kršitev navedenega pa je tudi prekršek po 88. členu ZZDej. Posledično po oceni Zbornice ni potrebno niti primerno, da bi se nadzorstvo urejalo tudi v koncesijski pogodbi, zlasti pa bi tako urejanje nadzorov lahko vodilo v neenotno prakso glede nadzorov, ki bi lahko bila tudi sporna z vidika varstva osebnih podatkov.

Predlog zakona nadalje predvideva, da se v koncesijski pogodbi določi obveznost koncesionarja, da sprejema vse bolnike, ki želijo pri njem uveljaviti zdravstveno storitev, ki jo zagotavlja obvezno zdravstveno zavarovanje, ne glede na njihovo zdravstveno stanje, pri čemer take bolnike v primeru obstoja čakalne dobe uvrsti na čakalni seznam v skladu s predpisi, ki urejajo naročanje in upravljanje čakalnih seznamov. Zbornica poudarja, da postopek izbire zdravnika oziroma izvajalca ter pravice do uveljavljanja zdravstvenih storitev v javni zdravstveni mreži urejajo Zakon o pacientovih pravicah, Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja itd. Predmetni predpisi pa določajo, sicer ozke, izjeme, ko lahko v primeru utemeljenih razlogov izvajalec oziroma zdravnik zavrne pacientovo izbiro (ker pri njem evidentirano število zavarovanih oseb že presega število, ki ga določa dogovor, ker bi bilo zdravljenje predvidoma manj uspešno oziroma nemogoče itd.). Zbornica pri tem poudarja, da gre za poenoteno ureditev, ki velja tako za zaposlene pri koncesionarjih kot tudi za zaposlene v javnih zavodih.

Upoštevajoč navedeno Zbornica predlaga črtanje dodatne obveznosti koncesionarjev glede sprejemanja vseh bolnikov. Alternativno pa Zbornica predlaga, da se predmetna obveznost prilagodi na način, da mora koncesionar sprejemati vse bolnike, ki želijo pri njem uveljaviti zdravstveno storitev, ki jo zagotavlja obvezno zdravstveno zavarovanje, *v skladu s predpisi, ki urejajo izbiro in izjeme od proste izbire zdravnika oziroma izvajalca*, ne glede na njihovo zdravstveno stanje, pri čemer take bolnike v primeru obstoja čakalne dobe uvrsti na čakalni seznam v skladu s predpisi, ki urejajo naročanje in upravljanje čakalnih seznamov. Ta materija vključno z morebitnimi izjemami je namreč že celovito in enotno urejena v navedenih predpisih za vse izvajalce, zato bi bilo po oceni Zbornice diskriminatorno, da bi za koncesionarje veljala strožja ureditev glede sprejemanja bolnikov. Za različno obravnavo napram drugim izvajalcem v javni

zdravstveni mreži namreč ni videti nobenega stvarnega in razumnega razloga. Obveznost neomejenega opredeljevanja oziroma sprejemanja pacientov pa bi predstavljala tudi nevarnost za pravice pacientov do varne, kakovostne, pravočasne in strokovne zdravstvene obravnave.

K 30. členu

Predlog zakona predvideva, da lahko koncedent koncesionarju odvzame koncesijo, če ta neupravičeno (v nasprotju z obveznostjo iz osemnajste alineje prvega odstavka 44.f člena tega zakona) odklanja bolnike, ki želijo opraviti zdravstveno storitev, za katero ima podeljeno koncesijo. Že v komentarju k 28. členu je pojasnjena neustreznost tovrstne obveznosti, vse navedeno pa še toliko bolj velja v primeru, da je na kršitev vezana možnost odvzema koncesije. Zbornica poudarja, da se lahko odklonitev šteje za neupravičeno le, če je v nasprotju z zgoraj navedenimi predpisi, ki urejajo pravico do proste izbire zdravnika oziroma izvajalca. Ni pa torej dopustno, da bi se pri koncesionarjih vsaka odklonitev pacienta štela za neupravičeno, četudi so zanj izpolnjeni v predpisih določeni pogoji (primeroma, ker pri zdravniku evidentirano število zavarovanih oseb že presega število, ki ga določa dogovor).

Zbornica nadalje predlaga tudi črtanje določbe, da se lahko koncesija odvzame, če koncesionar v roku 15 dni koncedentu ne sporoči sprememb, povezanih z izpolnjevanjem pogojev za izdajo dovoljenja za opravljanje zdravstvene dejavnosti ali koncesijske odločbe ali če koncesionar v roku iz šestega odstavka 44.f člena tega zakona ne sporoči sprememb, vezanih na izpolnjevanje pogojev iz 44.č člena tega zakona. Zbornica, smiselno enako kot pri dovoljenju, pojasnjuje, da gre za dvojno normiranje iste kršitve, kar pa je redundantno in zmanjšuje jasnost predpisov. Koncedent lahko namreč odvzame koncesijo že po veljavnemu ZZDej, če koncesionar ne izpolnjuje pogojev za opravljanje koncesijske dejavnosti iz 44.č člena tega zakona, zato ni potrebe, da bi bila kršitev podana tudi v primeru ne obveščanja glede navedenega. Nadalje Zbornica poudarja, da bi preširoko razumevanje dolžnosti obveščanja lahko vodilo v nevzdržno situacijo. Sprememba, vezana na izpolnjevanje pogojev iz 44.č člena tega zakona, bi bila primeroma lahko vsaka sprememba zaposlitve pri koncesionarju. Zagotovo pa ni potrebno, da bi koncesionar koncedenta obveščal o vsaki spremembi zaposlitve zdravstvenih delavcev in sodelavcev pri njem. Zlasti pa odsotnost obveščanja o taki spremembi ne more predstavljati kršitve, ki bi lahko predstavljala razlog za odvzem koncesije, dokler koncesionar še vedno izpolnjuje vse pogoje iz 44.č člena (gre torej primeroma zgolj za situacijo, da je pri koncesionarju prenehala zaposlitev eni medicinski sestri, a je koncesionar že zaposlil drugo).

K 32. člen

Predlog zakona predvideva, da se (vsi) zdravstveni delavci ali zdravstveni sodelavci, ki opravljajo zdravstvene storitve v okviru mreže javne zdravstvene službe, vključijo v program zagotavljanja dežurne zdravniške službe in nujne medicinske pomoči (v nadaljnjem besedilu: neprekinjeno zdravstveno varstvo) na območju, kjer opravlja zdravstvene storitve, in sicer pri izvajalcu neprekinjenega zdravstvenega varstva.

Zbornica uvodoma opozarja, da smiselno enako ureditev za zdravnike že določa veljavni 44. člen ZZdrS. Zbornica pa pri tem ocenjuje, da ni ustrezno, da se tovrstna materija ureja s programom, ki ga vsako leto sprejme minister. Iz ZZdrS niti iz predlaganega novega 51.a člena ZZDej namreč ne izhaja dovolj jasna opredelitev neprekinjenega zdravstvenega varstva, niti merila in kriteriji, po

katerih lahko minister za zdravje v programu določi obveznosti izvajalcev oziroma zdravnikov, obseg neprekinjenega zdravstvenega varstva itd. Predlagani ukrep zato ne nudi zadostnega pravnega varstva zdravnikov, saj njihove obveznosti po predlaganem ukrepu niso v zadostni meri določene in predvidljive. Po mnenju Zbornice bi bilo potrebno v predlog ukrepa vključiti bolj natančne strokovne kot tudi delovnopravne omejitve in opredelitve.

Zbornica pri tem opozarja, da bi moral minister glede na prehodne določbe interventnega zakona, ki je spremenil 44. člen ZZdrS, program za leto 2024 določiti najpozneje do 31. marca 2024, a po našem vedenju tega do danes še ni storil. Ker se ukrep že sedaj ne izvaja v praksi, po mnenju Zbornice ne more biti ustrezen. Očitno namreč obstojijo določeni razlogi, zaradi katerih tovrstno urejanje NZV ni mogoče. Zbornica zato predlaga, da se obveznosti glede vključevanja v NZV celovito uredijo že na ravni zakona. Taka ureditev bi bila tudi v skladu z načelom zakonitosti, ki zahteva, da se pravice in obveznosti subjektov določajo z zakoni, podzakonski akti (primeroma Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči) pa lahko le bolj podrobno uredijo njihovo izvrševanje.

Predlog zakona nadalje predvideva črtanje določbe, da *ob odsotnosti zdravstvenega delavca ali zdravstvenega sodelavca, ki je predviden za zagotavljanje neprekinjenega zdravstvenega varstva, priskrbi nadomestnega zdravstvenega delavca ali zdravstvenega sodelavca izvajalec neprekinjenega zdravstvenega varstva*. Namesto tega predlog zakona predvideva, da bo vprašanje nadomeščanja urejeno v pogodbi med izvajalcem NVZ in delodajalcem zdravstvenega delavca. Zbornica ocenjuje, da tovrstna ureditev ni ustrezna, saj je torej ureditev nadomeščanja odvisna od pogajanj med strankama pogodbe. Navedeno lahko vodi v neenako obravnavo oziroma različne prakse organizacije nadomeščanj, kar lahko zmanjša učinkovitost zagotavljanja neprekinjenega zdravstvenega varstva. Po oceni Zbornice je zato potrebno ohraniti dosedanje enotno ureditev, da nadomeščanje zagotovi izvajalec neprekinjenega zdravstvenega varstva.

K 33. členu

Po oceni Zbornice ni videti utemeljenega razloga, zakaj bi se zdravstveni delavec, zaposlen v javnem zavodu, lahko vključeval v neprekinjeno zdravstveno varstvo pri drugem izvajalcu preko podjemne pogodbe (celo brez omejitev iz 53.b člena), pri lastnem delodajalcu pa mu je to onemogočeno. Zbornica posledično predlaga črtanje omejitve, da NZV ni mogoče zagotavljati na podlagi podjemne pogodbe z lastnim zaposlenim.

Predlog zakona nadalje predvideva, da organizacijo in financiranje neprekinjenega zdravstvenega varstva, posamezne oblike dela, s katerimi se ta zagotavlja, merila za njihovo razmejitev, evidentiranje opravljenih zdravstvenih in drugih storitev (analizo obremenjenosti zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev), evidentiranje oblik dela izvajanja neprekinjenega zdravstvenega varstva in merila za povezovanje izvajalcev neprekinjenega zdravstvenega varstva po posameznih strokovnih področjih ali območjih podrobneje določi minister, pristojen za zdravje.

Zbornica v zvezi z navedenim opozarja, da je Pravilnik o organizaciji neprekinjenega zdravstvenega varstva (Uradni list RS, št. 94/10) vseboval smiselno enako vsebino, kot je predvidena po prejšnjem odstavku, torej analizo obremenjenosti ter posledično razmejitev med posameznimi oblikami dela, s katerimi se ta zagotavlja. Predmetni Pravilnik pa je bil leta 2017 razveljavljen, ker je bila njegova ureditev s strani ministrstva očitno spoznana kot neustrezna. Predlagatelj zakona pa pri tem ne obrazloži, zakaj ponovno vzpostavlja tovrstno ureditev oziroma kaj se je v vmesnem času

spremenilo, da je zdaj mnenja, da je taka ureditev primerna in potrebna. Zbornica v primeru odsotnosti utemeljenih in konkretiziranih razlogov za ponovno ureditev te materije v podzakonskem predpisu predlaga črtanje relevantne določbe predloga zakona.

K 34. členu

Zbornica uvodoma poudarja, da bi po naši oceni predlagani ukrep dodatnega omejevanja zaposlenih v javnih zdravstvenih zavodih lahko še dodatno destabiliziral javni zdravstveni sistem. Četudi je namen ukrepa zagotoviti več kadra javnim zavodom, bi bil učinek lahko ravno nasproten in bi prinesel dodatne odhode zdravnikov v zasebni sektor. Delo zdravnikov, ki so zaposleni v javnih zdravstvenih zavodih, namreč ni ustrezno vrednoteno, zato je ob dodatnem omejevanju možnosti dodatnega dela mogoče pričakovati, da se bodo raje odločali za zaposlitev (izključno) v zasebnem sektorju.

V zvezi s predlaganim ukrepom primerjalno izpostavljam, da so na primer v Franciji reforme prav nasprotno z namenom krepitve zdravstvenega sistema leta 2021 zvišale plače vsem bolnišničnim delavcem med povprečno 15 % in 20 % ter še dodatno omilile oziroma znižale pogoje za sočasno zasebno prakso za zdravnike, zaposlene v javnih bolnišnicah.⁸ Zdravniki v javnih bolnišnicah imajo tako možnost sočasnega opravljanja tudi zasebne dejavnosti, reforma pa je prav tako povečala prihodke zdravnikov, zaposlenih v javnih bolnišnicah, ki se 100 % zavežejo javni službi brez kakršnekoli zasebne prakse (+1500 EUR).⁹ Zdravniki, ki so zaposleni v univerzitetnih bolnišnicah in izvajajo pedagoške aktivnosti, lahko nadalje v svoje zasebne namene uporabljajo bolnišnične prostore, ki so javni.¹⁰ Tudi v Avstriji delo v javni bolnišnici ne izključuje možnosti dela v zasebnem sektorju oz. samozaposlitve. Če je zdravnik zaposlen kot javni uslužbenec, mu je torej vseeno dovoljeno opravljati zasebno zdravstveno dejavnost, morebitna drugačna ureditev se lahko dogovori v pogodbi o zaposlitvi.¹¹ Tudi vse naslednje države so v raziskave OECD, Health System Characteristics Survey 2023,¹² navedle, da je t.i. dvojna praksa, torej sočasno delo v javnem in zasebnem sektorju, pri njih dovoljena: Avstralija, Belgija, Kostarika, Češka, Estonija, Nemčija,

⁸ Or Z, Gandré C, Seppänen AV, Hernández-Quevedo C, Webb E, Michel M, Chevreul K. France: Health system review, France, 2023, URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/371027/9789289059442-eng.pdf?sequence=4> str. 83

⁹ Or Z, Gandré C, Seppänen AV, Hernández-Quevedo C, Webb E, Michel M, Chevreul K. France: Health system review, France, 2023, URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/371027/9789289059442-eng.pdf?sequence=4> str. 113

¹⁰ Or Z, Gandré C, Seppänen AV, Hernández-Quevedo C, Webb E, Michel M, Chevreul K. France: Health system review, France, 2023, URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/371027/9789289059442-eng.pdf?sequence=4>, str. 83.

¹¹ Povzeto po OECD, Health System Characteristics Survey 2023, URL: [https://dataexplorer.oecd.org/vis?tm=dual&pg=0&snb=4&df\[ds\]=dsDisseminateFinalDMZ&df\[id\]=DSD_HS_CS2023%40](https://dataexplorer.oecd.org/vis?tm=dual&pg=0&snb=4&df[ds]=dsDisseminateFinalDMZ&df[id]=DSD_HS_CS2023%40)

DF_HSCS2023&df[ag]=OECD.ELS.HD&df[vs]=1.0&dq=.Q1ITEM1%2BQ1ITEM2%2BQ1ITEM3%2BQ1ITEM4%2BQ2%2BQ2SUBITEM1%2BQ3%2BQ4%2BQ5%2BQ7&to[TIME]=false

¹² URL:

[https://dataexplorer.oecd.org/vis?tm=dual&pg=0&snb=4&df\[ds\]=dsDisseminateFinalDMZ&df\[id\]=DSD_HS_CS2023%40](https://dataexplorer.oecd.org/vis?tm=dual&pg=0&snb=4&df[ds]=dsDisseminateFinalDMZ&df[id]=DSD_HS_CS2023%40)

DF_HSCS2023&df[ag]=OECD.ELS.HD&df[vs]=1.0&dq=.Q1ITEM1%2BQ1ITEM2%2BQ1ITEM3%2BQ1ITEM4%2BQ2%2BQ2SUBITEM1%2BQ3%2BQ4%2BQ5%2BQ7&to[TIME]=false

Grčija, Madžarska, Islandija, Izrael, Japonska, Latvija, Litva, Luksemburg, Nizozemska, Norveška, Poljska, Portugalska, Slovaška, Španija, Švedska, Švica, Združeno Kraljestvo in Bolgarija.

Zbornica posledično predlaga, naj ukrepi temeljijo na vzpodbudi za delo v javnih zavodih (primeroma možnost sklenitve pogodbe o zaposlitvi v javnem zavodu s strožjo konkurenčno prepovedjo v zameno za višje plačilo) namesto na prepovedih za delo drugod.

Zbornica pri tem izpostavlja, da so pogoji za izdajo soglasja za delo pri drugem izvajalcu že po obstoječi ureditvi bistveno strožji, kot to velja za vse ostale javne uslužbenke oziroma zaposlene v RS. Vsakršno dodatno omejitev oziroma pogoj Zbornica zato ocenjuje kot neustrezen in nedopusten.

ZDR-1 namreč določa, da med trajanjem delovnega razmerja delavec ne sme brez pisnega soglasja delodajalca za svoj ali tuj račun opravljati del ali sklepati poslov, ki sodijo v dejavnost, ki jo dejansko opravlja delodajalec in pomenijo ali bi lahko pomenili za delodajalca konkurenco. ZDR-1 torej zahteva, da gre za dejansko konkurenco delodajalcu. ZZDej pa tega vsebinskega pogoja ne pozna, pač pa zaposlenim v javnih zavodih prepoveduje oziroma omejuje opravljanje vseh zdravstvenih storitev, ne glede na to, ali njihovo izvajanje za delodajalca sploh predstavlja konkurenco. Takšna ureditev je, kolikor omejuje opravljanje dela v primerih, ki ne pomenijo konkurenčne dejavnosti po 39. členu ZDR-1, v očitnem nasprotju z določbo 49. člena Ustave RS (svoboda dela) in 74. členom Ustave RS (svobodna gospodarska pobuda). Ureditev po ZZDej je strožja od splošne ureditev po ZDR-1 tudi z vidika dejstva, da je opravljanje zdravstvenih storitev v nasprotju z ZZDej razlog za izredno odpoved pogodbe o zaposlitve. Ta določba predstavlja nesorazmerno sankcijo za zaposlene zdravstvene delavce v javnih zavodih, saj delovnoppravna zakonodaja tega odpovednega razloga ne pozna.

Tudi omejitev, da bi zdravstveni delavec, zaposlen v javnem zdravstvenem zavodu, lahko zdravstvene storitve opravljal zgolj pri drugem izvajalcu zdravstvene dejavnosti znotraj javne zdravstvene mreže oziroma mu je prepovedano opravljanje samoplačniških zdravstvenih storitev pri drugem izvajalcu znotraj javne zdravstvene mreže ali pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti, ki ni del javne zdravstvene mreže, po oceni Zbornice predstavlja nedopusten poseg v ustavno zagotovljeno pravico do svobode dela in svobodno gospodarsko pobudo. Pravica do svobode dela, v katero ukrep dodatno posega, delavcu med drugim zagotavlja, da se bo svobodno odločal o tem, kako bo po opravi svojih delovnih obveznosti pri delodajalcu porabil svoj preostanek časa in delovne energije (Ustavno sodišče RS, odločba U-I-81/97). Poseg v to pravico je možen le na podlagi prestopnega testa sorazmernosti, ki pa ga dodatne omejitve, kot jih predvideva predlog zakona, po oceni Zbornice ne prestopajo. Predlagana ureditev tudi krši načelo enakosti. Predlog ZZDej namreč različno obravnava dva pravno primerljiva položaja, to je opravljanje zdravstvenih storitev delavca, zaposlenega v javnem zavodu, pri izvajalcu v javni zdravstveni mreži ali pri izvajalcu izven nje. Omenjena položaja sta z vidika varovanja interesov delodajalca (izključno temu je institut prepovedi konkurence tudi namenjen) identična, saj delavec javnemu zavodu, v katerem je zaposlen, konkurira na enak način in v enakem obsegu, če opravlja konkurenčno dejavnost pri drugem javnem zavodu ali pri zasebnem izvajalcu brez koncesije. V kolikor pride do konkurenčne dejavnosti, je namreč za javni zavod vseeno, ali mu konkurira drug javni zavod ali zasebni izvajalec brez koncesije. S tega vidika bi bila logična kvečjemu obratna rešitev, po kateri bi predlog za

opravljanje dejavnosti pri zasebnemu izvajalcu brez koncesije določil manj omejitev, saj takšen izvajalec ne more konkurirati javnemu zavodu v okviru storitev javne službe.

Načelo pravne enakosti iz 14. člena URS predpostavlja enako obravnavo primerljivih pravnih položajev, pri čemer ne gre zgolj za enakost pred zakonom, kot izrecno določa 2. odstavek 14. člena, ampak je potrebno upoštevati tudi zahtevo po enakosti v zakonu – to pomeni, da zakon na abstraktni ravni ne sme različno obravnavati pravnih položajev, ki so si po bistvenih lastnostih primerljivi. Kot je bilo izkazano zgoraj, se zdravstveni delavci, zaposleni v javnem zavodu, ki želijo dodatno delo opravljati v drugem javnem zavodu ali pri drugem izvajalcu izven javne zdravstvene mreže, nahajajo v povsem primerljivem pravnem položaju, kar zadeva dopustnost opravljanja konkurenčne dejavnosti. Zato zakonodajalec nima ustavne podlage za manj ugodno obravnavo delavcev, ki želijo konkurenčno dejavnost opravljati pri zasebnih izvajalcih.

Ob tem Zbornica dodaja, da bi moralo biti tudi v interesu javnih zavodov, da bi bilo njihovim zaposlenim omogočeno tudi delo izven javne zdravstvene mreže oziroma v različnih zdravstvenih okoljih. Pogosto namreč prav s takim delom pridobivajo nova znanja in izkušnje s področja najbolj sodobnih in naprednih metod zdravljenja, to znanje pa lahko kasneje uporabijo pri svojem delu v javnih zavodih. Zdravstveni delavci v številnih primerih pri drugih izvajalcih izven javne zdravstvene mreže izvajajo storitve, ki jih ZZS ne krije iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, v javnih zdravstvenih zavodih pa se sploh ne izvajajo. Predstavniki zobozdravnikov primeroma izpostavljajo, da ZZS krije ortodontsko zdravljenje samo pri otrocih in mladostnikih, ki so do dopolnjenega 16. leta uvrščeni v čakalni seznam, ne krije pa ortodontskega zdravljenja odraslih. Ortodontsko zdravljenje odraslih se ne izvaja v javnih zdravstvenih zavodih in ga lahko ortodont, ki je zaposlen v javnem zavodu, izvaja le pri zasebnem izvajalcu (ob soglasju delodajalca). Podobno velja za storitve povezane z zobnimi vsadki (implantati), odstranjevanjem benignih izrastkov, storitve estetskega (zobo)zdravstva itd.

Posebej velja izpostaviti tudi problematičnost ukrepa za področje plastične, rekonstrukcijske in estetske kirurgije, ki izvaja tudi ključne posege za kvaliteto življenja in zdravje pacientov (primeroma prirojene razvojne anomalije obraza ali ustne votline pri otroku, rekonstrukcije ob onkoloških posegih, plastična kirurgija v primeru opeklina itd.).

Potrebno je namreč zavedanje, da so določene stroke specifične v smislu, da vse storitve, ki se izvajajo v okviru določene specialnosti, niso krite iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in jih sploh ni mogoče izvajati v okviru javne zdravstvene mreže. Zdravstveni delavci teh specialnosti zato praviloma delujejo pri več izvajalcih (znotraj in izven javne zdravstvene mreže), da jim je omogočen stik s širšim naborom storitev. Pri opravljanju takih storitev zdravstveni delavci namreč strokovno napredujejo, so v stiku z najsodobnejšimi postopki oziroma materiali in pridobivajo dodatne izkušnje, ki so koristne za njihovo celotno strokovno usposobljenost, torej pozitivne tudi pri delu v javnem zavodu. Prepoved takega dela bi za zdravstvene delavce pomenila strokovno degradacijo in jim izjemno zmanjšala motivacijo, da bi ostali zaposleni v javnih zdravstvenih zavodih. Številni predstavniki tovrstnih strok so že napovedali, da če bodo primorani izbirati med izključno delom v javnih zavodih in delom pri zasebnih izvajalcih, se bodo v večji meri odločili za delo pri slednjih. To pa je nesprejemljivo, saj bo pomembno oviralo delovanje javnih zavodov in znižalo dostopnost do zdravstvenih storitev za vse paciente. Zdravstveni sistem si namreč ne more privoščiti, da se storitve teh specialnosti zaradi pomanjkanja specialistov sploh ne bi več izvajale v

javnih zavodih (četudi se le del storitev izvaja v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja). Pacienti bi bili v tem primeru primorani pomoč iskati v tujini, pogosto pa bi bili podvrženi tudi dodatnim operacijam, namesto primeroma sočasne izvedbe rekonstrukcije dojk ob onkološkem posegu itd. S tem ukrepom bi uničili več desetletne dosežke na področju razvoja številnih medicinskih strok. Posamezne stroke se pri razvoju namreč dopolnjujejo, zato ni mogoče opustiti izvajanja posamezne stroke v terciarni ustanovi in pričakovati, da to ne bo imelo negativnega vpliva na skupni razvoj vseh medicinskih strok. Taki nepremišljeni ukrepi bodo vodili v spiralo strokovnega nazadovanja celotnega zdravstvenega sistema.

Zbornica nadalje opozarja, da predlagana ureditev prepoveduje opravljanje samoplačniških storitev tudi tistim zdravstvenim delavcem, ki že v javnem zavodu opravljajo (izključno) samoplačniške zdravstvene storitve. Zbornica posledično predlaga razmislek glede ureditve posebnega položaja takih zdravstvenih delavcev, zlasti gre za specialiste medicine dela, prometa in športa. Ti namreč storitev sploh ne morejo izvajati v javni zdravstveni mreži, zato jim je s predlogom zakona dejansko onemogočeno izvajanje zdravstvenih storitev pri drugih izvajalcih.

Zbornica nadalje konkretno predlaga, naj predlagana nova ureditev iz 53.b člena ZZDej ne velja za delo na podlagi pogodbe o zaposlitvi, zlasti ne za zaposlene, ki so javnih zavodih zaposleni za krajši delovni čas. Po oceni Zbornice namreč ni dopustno, da mora zdravstveni delavec, ki je zaposlen v dveh javnih zavodih, pri vsakem za polovični delovni čas, pridobivati soglasja obeh delodajalcev za delo pri drugem delodajalcu. Navedeno velja zlasti upoštevajoč, da soglasje velja zgolj za določen čas (po novi ureditvi največ šest mesecev), delavec pa ima praviloma sklenjeno delovno razmerje za nedoločen čas (zgolj izjemoma za določen čas, če so izpolnjeni pogoji iz Zakona o delovnih razmerjih). Posledično ni vzdržno, niti za delavca, niti za delodajalca, da je vsakih 6 mesecev tveganje, da posamezni delodajalec ne bo izdal soglasja za delo pri drugem delodajalcu. V primeru neizdanega soglasja pa drugi delodajalec ne bo smel omogočiti opravljanja zdravstvenih storitev svojemu lastnemu delavcu. Veljavni 53.a člen ZZDej, v katerega predlog zakona ne posega, namreč določa, da je prepovedano omogočanje opravljanja zdravstvenih storitev zdravstvenemu delavcu, ki ne izpolnjuje pogojev, določenih s tem zakonom. Izvajalec zdravstvene dejavnosti, ki omogoča opravljanje zdravstvenih storitev zdravstvenemu delavcu iz prejšnjega stavka, mora predhodno preveriti izpolnjevanje pogojev iz tega zakona. Če izvajalec omogoči opravljanje zdravstvenih storitev v nasprotju s tretjim odstavkom 53.a člena ZZDej, pa je to tudi prekršek izvajalca po 88. členu ZZDej.

Vse navedeno še dodatno oteži nova določba, da zdravstvenemu delavcu, ki v javnem zavodu ni zaposlen polni delovni čas, delodajalec po prejemu vloge za izdajo soglasja za delo iz prvega odstavka tega člena predhodno ponudi sklenitev pogodbe o zaposlitvi za preostali delovni čas do polnega. Če zdravstveni delavec ponudbo zavrne, se šteje, da soglasje ni podano. Tovrstna določba torej v celoti onemogoča vsakršno delno zaposlitev. Delodajalec bo namreč zdravstvenemu delavcu po našem razumevanju vedno dolžan ponuditi pogodbo za polni delovni čas, ne glede na to, ali sploh ima potrebo in pogoje za zaposlitev delavca za polni delovni čas (ali ima sredstva, program, prostore, opremo, kadre itd.). Ta zahteva po avtomatični izstavitvi pogodbe o zaposlitvi za polni delovni čas iz navedenih razlogov že sama po sebi ni sprejemljiva. A če se zdravstveni delavec ne bo zaposlil za polni delovni čas, mu tudi soglasje ni podano, kar pomeni, da mu je prepovedana delna zaposlitev pri drugem izvajalcu v javni zdravstveni mreži. Če pa bi zdravstveni delavec sprejel polno zaposlitev pri prvem delodajalcu, pa seveda sploh nima več možnosti, da bi

se delno zaposlil pri drugem izvajalcu. Predlog zakona torej v celoti onemogoča delne zaposlitve pri več delodajalcih za zaposlene v javnih zavodih.

Tovrstna ureditev seveda ni sprejemljiva ne za izvajalce ne za zdravstvene delavce. Zdravstvenim delavcem mora biti tudi z vidika celovite strokovne usposobljenosti še naprej omogočeno delovanje v različnih zdravstvenih okoljih. Možnost dela tako na primarni kot na sekundarni ravni zdravstvenim delavcem primeroma daje možnost za delo z bolj naprednimi tehnikami ter jim omogoča stik s širšim spektrom posegov in storitev. Primeroma, radiologom je omogočeno pridobivanja izkušenj z naprednimi slikovnimi modalitetami, kot sta računalniška tomografija (CT) in magnetna resonanca (MRI), ki ju na primarni ravni zdravstvene oskrbe večinoma ni. Zagotavljanje dostopa do celotnega nabora diagnostičnih orodij in modalitet je ključno za to, da zdravstveni delavci postanejo usposobljeni in prilagodljivi strokovnjaki, ki so zmožni učinkovito zadostiti potrebam sodobnega zdravstvenega sistema.

Zbornica posledično predlaga črtanje določbe, da se ureditev iz 53.b člena ZZDej nanaša tudi na opravljanje zdravstvenih storitev v okviru delovnega razmerja. Predlagana ureditev naj torej velja izključno za podjemne pogodbe, ki jih zdravstveni delavec, zaposlen v javnem zavodu, sklepa z drugimi izvajalci zdravstvene dejavnosti. Zbornica pri tem opozarja, da ni ustrezna dikcija, da lahko zdravstveni delavec sklene podjemno pogodbo iz 53.c člena tega zakona. Zdravstveni delavec s koncesionarjem namreč ne sklene podjemne pogodbe iz 53.c člena tega zakona, zato se mora sklic na ta člen v 53.b členu črtati.

V izogib dvomu Zbornica še pojasnjuje, da ni niti potrebno, da bi 53.b člen urejal dopolnilno delo. Že veljavni ZZdrS v 41.c členu namreč ureja dopolnilno delo zdravnikov in določa, da zdravnik, ki v okviru mreže javne zdravstvene službe dela polni delovni čas pri enem ali več delodajalcih, sme izjemoma za opravljanje dopolnilnega dela skleniti pogodbo o zaposlitvi z drugim delodajalcem v okviru mreže javne zdravstvene službe, vendar največ za osem ur na teden, po poprejšnjem soglasju delodajalcev, pri katerih je zaposlen s polnim delovnim časom. Že v predmetnem členu je torej urejena tako časovna omejitev kot pogoj soglasja delodajalca, zato ni potrebno normiranje dopolnilnega dela v 53.b členu. Zbornica pri tem ocenjuje, da bi morale za vsako dopolnilno delo veljati enako, kot velja za dopolnilno delo pri lastnem delodajalcu po novem 53.d členu, torej da se lahko zdravstvenemu delavcu v času opravljanja dopolnilnega dela izda soglasje za delo pri drugem izvajalcu zdravstvene dejavnosti iz 53.b člena tega zakona največ v obsegu osem ur tedensko, pod pogojem, da se s tem ne onemogoča izrabe minimalnega počitka ali letnega dopusta. Dopolnilno delo se torej v nobenem primeru ne bi smelo šteti v kvoto ur iz 53.b člena.

Zbornica nadalje ponovno opozarja, da po predlogu zakona mrežo javne zdravstvene službe sestavljajo (zgolj) javni zdravstveni zavodi, drugi zavodi iz 8. člena zakona ter izvajalci zdravstvene dejavnosti s koncesijo. Med izvajalce v mreži javne zdravstvene službe pa po predlogu zakona torej niso vključene medicinske fakultete, niti NLZOH, NIJZ itd. Predlog zakona v trenutni obliki tako v celoti prepoveduje, da bi zaposleni v javnih zavodih pri teh subjektih opravljali zdravstvene storitve. Ob tem je potrebno opozoriti na specifično pedagoškega dela na medicinskih fakultetah, ki v okviru kliničnih vaj vključuje tudi izvajanje zdravstvenih storitev pacientom, četudi v okviru pedagoškega procesa. Onemogočanje takega dela bi imelo kritične posledice za delovanje medicinskih fakultet, posledično pa tudi za možnost usposabljanja novih kadrov, ki jih naš zdravstveni sistem nujno potrebuje. Tudi v primeru, da se ustrezno razširi krog izvajalcev, pri

katerih lahko zaposleni v javnih zavodih opravljajo zdravstvene storitve po 53.b členu, pa ta člen še vedno dejansko onemogoča vsakršno delno zaposlitev. Nekdo, ki je polovično zaposlen v javnem zavodu, bi moral za polovično zaposlitev na medicinski fakulteti (v okviru katere opravlja zdravstvene storitve) pridobiti soglasje javnega zavoda. Javni zavod je v tem primeru dolžan ponuditi polno zaposlitev, če jo delavec zavrne, pa se šteje, da soglasje ni podano. Po predlogu zakona delavec torej sploh ne more pridobiti soglasja za delno zaposlitev, niti na medicinskih fakultetah. Smiselno enako velja v primeru, da zaposleni v javnem zavodu v okviru delne zaposlitve na medicinski fakulteti sicer ne opravlja zdravstvenih storitev, jih pa želi dodano izvajati pri tretjem izvajalcu primeroma na podlagi podjemne pogodbe. Tudi v tem primeru je za pridobitev soglasja primoran sprejeti polno zaposlitev v javnem zavodu in s tem prenehati z zaposlitvijo na medicinski fakulteti. Predlog zakona tako postavlja zdravnike, tudi tiste, ki predstavljajo akademski in raziskovalni vrh slovenske medicine, pred nedostojno dilemo, da se opredelijo le za pedagoško delo ali pa le za klinično delo. Pri tem je potrebno omeniti, da kvalitetno pedagoško delo nujno izhaja iz kvalitetnega kliničnega dela. Zbornica zato, kot že pojasnjeno, predlaga, da se delo po pogodbi o zaposlitvi v celoti izvzame iz ureditve po 53.b členu.

Zbornica nadalje predlaga, naj se ohrani dosedanja ureditev, da se soglasje izdaja za 12 mesecev, saj je šest mesecev prekratko obdobje, tudi upoštevajoč dejstvo, da so ZZS normativi za izvajanje programov preračunani za eno leto. Tako kratek rok izdanih soglasij namreč ovira organizacijo dela v javni zdravstveni mreži, hkrati pa predstavlja administrativne obremenitve za izvajalce, ki morajo soglasja izdajati. Upoštevajoč vse nove omejitve za izdajo soglasij, možnosti njihovega preklica in dejstvo, da se bodo po novem storitve lahko izvajale zgolj v javni zdravstveni mreži, pa Zbornica ocenjuje, da je na mestu celo odprava časovne omejitve izdanih soglasij. Ta naj torej veljajo do preklica. Navedeno je tudi v interesu pacientov, saj bo omogočeno boljše načrtovanje in organizacija izvajanja zdravstvenih storitev v javni zdravstveni mreži. Iz enakih razlogov Zbornica predlaga tudi razmislek o odpravi oziroma dvigu omejitve, da lahko zdravstveni delavec po tem členu dela največ v obsegu osem ur na teden v povprečju šestih mesecev.

Zbornica nadalje nasprotuje domnevi, da se v primeru, da soglasje ni izdano v roku 30 dni od prejema vloge, šteje, da soglasje ni podano. Delodajalec lahko soglasje zavrne le, če niso izpolnjeni pogoji za njegovo izdajo. Delavec pa ima pravico vedeti, kateri pogoji niso izpolnjeni, torej ima pravico prejeti obrazloženo odločitev delodajalca o zavrnitvi izdaje soglasja. Le tako bo delavcu omogočeno, da presodi, ali je zavrnitev utemeljena, ali pa bo morebiti potrebno uveljavljanje pravnih sredstev zoper odločitev delodajalca.

Prav tako po oceni Zbornice ni ustrezna določba, da mora zdravstveni delavec pridobiti soglasje delodajalca po tem zakonu tudi v primeru, ko delo namerava opravljati v tujini.

Predlog zakona predvideva, da se soglasje za delo pri drugem izvajalcu zdravstvene dejavnosti znotraj javne zdravstvene mreže lahko izda le za zdravstvenega delavca, za katerega se vodi analiza delovne obremenitve v rednem delovnem času najmanj tri mesece pred odločanjem o izdaji soglasja in celotno obdobje veljavnosti soglasja. Način evidentiranja delovnih obremenitev in pripravo analize določi minister, pristojen za zdravje. Predlog zakona pa ne določa obveznosti delodajalcev, da vodijo analizo delovne obremenitve, odločitev navedenega je torej v pristojnosti delodajalca. Delavcu bi bilo tako lahko onemogočena pridobitev soglasja v primeru, da delodajalec ne bi pristopil k vodenju analize delovne obremenitve, kar pa ni dopustno. Zbornica posledično

predlaga črtanje predmetnega pogoja za izdajo soglasja, saj je v celoti v sferi delodajalca in delavec nanj nima vpliva.

Smiselno enako velja glede novega pogoja, da se soglasje, če izda javni zavod sam nima potrebe po dodatnem, dopolnilnem delu oziroma delu, ki presega obveznost iz polnega delovnega časa zdravstvenega delavca, pri čemer se šteje, da javni zavod potrebo po tem delu ima, če kadarkoli v obdobju izdanega soglasja za istovrstne zdravstvene storitve sklene podjemno pogodbo iz 53.c člena tega zakona z zdravstvenim delavcem, ki ni zaposlen pri njem. Odločitev ali, s kom in za katere storitve bo javni zavod sklenil podjemno pogodbo, je v izključni pristojnosti javnega zavoda, zato ni dopustno, da ima negativne posledice za vse njegove delavce (jim je onemogočena pridobitev soglasja). Zbornica pri tem poudarja, da se predlagatelj zakona morda ne zaveda implikacij tovrstne določbe v primeru večjih izvajalcev. V primeru, da se spremenijo okoliščine iz te alineje (torej javni zavod za istovrstne zdravstvene storitve sklene podjemno pogodbo iz 53.c člena tega zakona z zdravstvenim delavcem, ki ni zaposlen pri njem) se namreč prekličejo vsa soglasja izdana pri njem zaposlenim zdravstvenim delavcem za te storitve. Navedeno pomeni, da v primeru, če en oddelek UKC Ljubljana vključi v svoje delo preko podjemne pogodbe primeroma upokojenega anesteziologa, je vsem zaposlenim anesteziologom v UKC Ljubljana preklicano soglasje za delo pri drugih izvajalcih v javni zdravstveni mreži. Zdravstveni delavci, katerim je bilo soglasje preklicano, pa v skladu z novo določbo predloga zakona v šestih mesecih od preklica ne glede na izpolnjevanje pogojev iz tega člena ne morejo pridobiti novega soglasja za delo pri drugem izvajalcu zdravstvene dejavnosti znotraj javne zdravstvene mreže. Z eno samo sklenitvijo podjemne pogodbe se torej lahko za šest mesecev onemogoči delo vseh zaposlenih, ki opravljajo istovrstne storitve, pri drugih izvajalcih v javni zdravstveni mreži, vključno torej z delom v vseh drugih javnih zavodih. Pri tem gre za zdravstvene delavce, katerih delo je javni zavod oziroma koncesionar že pričakoval in temu ustrezno organiziral delo, naročil paciente itd. V primeru preklica soglasij pa bo javni zavod oziroma koncesionar primoran odpovedati vse naročene oziroma načrtovane posege in s tem poseči v pravice pacientov do pravočasne in kakovostne zdravstvene obravnave. Po mnenju Zbornice ni videti, kako bi lahko javni zdravstveni sistem preživel predlagano novo ureditev, zato Zbornica ocenjuje, da je nujno črtanje tako novih pogojev za izdajo soglasja, kot tudi pogoja, da šest mesecev ni mogoče pridobiti novega soglasja.

Tudi ostali novi pogoji za izdajo soglasja so namreč sporni. Predlog zakona tako predvideva, da se delavcu izda soglasje le če javni zavod za vrsto zdravstvene dejavnosti oziroma vrsto zdravstvenih storitev, za katero se izdaja soglasje, v posameznem koledarskem letu realizira celotni program, dogovorjen z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije (upoštevajoč trimesečno realizacijo). Zbornica uvodoma poudarja, da je velika razlika, ali se zahteva realiziran program za celotno vrsto zdravstvene dejavnosti ali za vrsto zdravstvenih storitev. Nadalje je po oceni Zbornice nesprejemljivo, da bi bilo zdravstvenemu delavcu, ki je realiziral svoj program, onemogočena pridobitev soglasja iz razloga, da drugi delavci, ki opravljajo enako vrsto zdravstvene dejavnosti, niso dosegli realizacije. Pri tem Zbornica opozarja, da lahko tudi objektivni razlogi na strani javnega zavoda onemogočajo realizacijo celotnega programa na ravni izvajalca (pomanjkanje prostora, opreme, drugega kadra, ne tistega, ki želi izdano soglasje itd.). Posledično ni dopustno, da je delavcu onemogočena izdaja soglasja za delo pri drugem izvajalcu, četudi sploh ne more prispevati k realizaciji celotnega programa pri lastnem delodajalcu. Hkrati Zbornica izpostavlja, da je obračunsko obdobje ZZS eno leto, zato ni ustrezno ugotavljanje realizacije v krajšem časovnem obdobju.

Predlog zakona nadalje določa, da se soglasje izda le, če zdravstveni delavec, ne glede na morebitno uvrstitev v varovano kategorijo delavcev v skladu z zakonom, ki ureja delovna razmerja, ne odklanja izmenskega dela, nadurnega dela, stalne pripravljenosti, dežurstva, vključevanja v neprekinjeno zdravstveno varstvo in morebitnih drugih oblik dela pri delodajalcu. Zbornica opozarja, da tovrstna določba nedopustno posega v varovane kategorije po Zakonu o delovnih razmerjih, torej starejše delavce, starše itd. Zdravstveni delavci in sodelavci bodo po predlogu zakona edina izjema v RS, za katero ne bo veljalo predmetno varstvo pred nočnim in nadurnim delom.

Predlog zakona namreč zahteva, da tudi te kategorije opravljajo nadurno in nočno delo, če želijo soglasje za popoldansko delo pri drugem izvajalcu. Predlagatelj zakona pa se pri tem očitno ne zaveda zahtevnosti dela v nočnih dežurstvih oziroma v neprekinjenem zdravstvenem varstvu. NZV predstavlja najbolj stresno in zahtevno delo za vse skupine zdravstvenih delavcev. Zdravniki, ki zaradi starosti prenehajo opravljati dežurno službo, so po svojih fizičnih in mentalnih sposobnostih za takšne obremenitve težje zmogljivi in jim je posledično nujno zagotoviti enako varstvo, kot ga uživajo vsi drugi delavci v RS. Pri tem pa bi lahko taisti zdravnik s svojimi izkušnjami in znanjem še vedno pomembno prispeval k ambulantnemu delu tekom dneva. Zbornici zato ni razumljivo, zakaj bi predlagatelj zakona, upoštevajoč znano stanje čakalnih dob, v celoti onemogočil njihov prispevek k delu v javni mreži, za katerega so še zmožni in na srečo tudi pripravljani. Tovrsten poseg v varovane kategorije delavcev pa po oceni Zbornice tudi ne prestane testa sorazmernosti in je kot tak neustaven.

Zbornica nadalje ocenjuje, da ni primerno, da bi se v soglasju navajalo število ur na teden, ki jih lahko zdravstveni delavec na podlagi izdanega soglasja opravi pri drugem izvajalcu zdravstvene dejavnosti znotraj javne zdravstvene mreže, saj ta omejitev izhaja že iz samega zakona.

K 35. členu

Zbornica uvodoma opozarja na neustreznost pogojev, pod katerimi lahko javni zavod sklene podjemno pogodbo. Predlog zakona primeroma določa, da se z delom po podjemni pogodbi izvajajo (le) vrste zdravstvenih storitev, pri katerih so presežene najdaljše dopustne čakalne dobe. Zbornica opozarja, da je s tako oblikovanim pogojem, kljub znani preobremenjenosti oziroma pomanjkanju primeroma družinskih zdravnikov, izključena možnost preko podjemne pogodbe opravljati storitve na primarni ravni, saj se tam ne vodijo čakalne dobe. Prav tako javni zavod primeroma ne bo mogel skleniti podjemne pogodbe za izvajanje storitev medicine dela, prometa in športa, saj gre za storitev, ki se izvaja izključno izven javne zdravstvene mreže. Iz predloga zakona tudi ni jasno, ali je za sklenitev podjemne pogodbe zahtevano, da so pri tem konkretnem javnem zavodu za to vrsto zdravstvenih storitev presežene najdaljše dopustne čakalne dobe, ali se upošteva tudi dejstvo, da so za to storitev pri drugih izvajalcih presežene najdaljše dopustne čakalne dobe.

Glede pogoja, da je lastni zaposleni zdravstveni delavec v rednem delovnem času opravil vse svoje delovne obveznosti v skladu z učinkovitim merjenjem delovne obveznosti pa Zbornica opozarja, da je to lahko pogoj le za sklenitev pogodbe z dotičnim zdravstvenim delavcem. Navedeno torej ne more vplivati na možnost javnega zavoda, da z drugimi zdravstvenimi delavci sklepa podjemne pogodbe.

Predlog zakona nadalje zahteva, da pred sklenitvijo podjemne pogodbe javni zavod opravi analizo, s katero dokaže stroškovno upravičenost sklenitve podjemne pogodbe, pri čemer se šteje, da je podjemna pogodba stroškovno upravičena, če iz podatkov o efektivni obremenjenosti zdravstvenih delavcev in podatkovne analize stroškov po vrstah zdravstvenih dejavnosti izhaja, da konkretna podjemna pogodba javnemu zavodu prinaša korist z vidika časa, stroškovne učinkovitosti in kakovosti zdravstvene obravnave oziroma zdravstvenih storitev, ki so predmet pogodbe. Zbornica opozarja, da predmetna določba ne dosega zahtevanih standardov jasnosti predpisov, hkrati pa v okviru stroškovne učinkovitosti navaja dejavnike, ki z njo niso neposredno povezani.

Predlog zakona predvideva, da bo morala podjemna pogodba vsebovati tudi največje dovoljeno število ur, ki jih zdravstveni delavec lahko opravi na podlagi podjemne pogodbe dnevno in tedensko. Dosedanja ureditev je predvidevala, da se v pogodbi določi ocena ur, ki se bodo opravile na podlagi podjemne pogodbe. Zbornica ocenjuje, da je dosedanja ureditev bolj ustrezna, saj javnemu zavodu dopušča več prilagodljivosti glede na njegove trenutne potrebe. Določitev največjega števila ur na dnevni in tedenski ravni, ki se lahko opravi po podjemni pogodbi, bi predstavljala preveč restriktivno omejitev razmerja, ki je namenjeno prav občasnemu in začasnemu delu, glede na potrebe javnega zavoda.

Predlog zakona nadalje določa, da se pri določanju obsega oziroma števila ur tedensko opravljenega dela na podlagi podjemne pogodbe pri lastnem delodajalcu upošteva zahteve glede minimalnega počitka, ki jih določa ta zakon oziroma zakon, ki ureja delovna razmerja, in možnost izrabe letnega dopusta. Zbornica opozarja, da imata ZZDej in ZDR-1 različne zahteve glede dnevnega in tedenskega počitka, zato ni na mestu tovrstna pavšalna zahteva, da morata biti spoštovana oba.

Predlog zakona nadalje določa bolj ugodno davčno obravnavo podjemnih pogodb, ki jih javni zavodi sklepajo z lastnimi zdravstvenimi delavci. Zbornica ocenjuje, da bi se morala tovrstna bolj ugodna davčna obravnava zagotoviti za vse podjemne pogodbe, ki jih sklepajo izvajalci zdravstvene dejavnosti. Zbornica pa nadalje poudarja, da predlog zakona sicer na več mestih omenja nagrajevanje zdravstvenih delavcev, zaposlenih v javnih zavodih, a ne vsebuje nobene konkretne določbe, ki bi izboljšala njihov položaj. Predlog zakona namreč predvideva, da se sredstva, namenjena posebnemu davku na prejemke, v celoti nameni za povečanje obsega opravljanja dejavnosti tega zavoda oziroma za sklepanje teh podjemnih pogodb. Bolj ugodna davčna obravnava bo torej v korist javnega zavoda in ne bo rezultirala v večjem neto plačilu za posameznega zdravstvenega delavca. Zbornica poudarja, da je nujno zagotoviti ustrezno motivacijo za zdravstvene delavce, ki so pripravljene in zmožni delati več pri lastnem delodajalcu.

Predlog zakona nadalje določa, da se javni zavodi lahko med seboj pogodbeno dogovorijo o opravljanju zdravstvenih storitev. Plačilo zdravstvenih delavcev za namen pogodbenega sodelovanja iz prejšnjega stavka, zaradi opravljenega večjega obsega zdravstvenih storitev, se zagotovi kot del plače za delovno uspešnost, pri čemer lahko kot vir sredstev predstavljajo tudi sredstva, ki jih zavodi iz prejšnjega stavka med seboj prenesejo na podlagi pogodbe o sodelovanju. Zbornica ponovno poudarja, da tovrstno povezovanje med javnimi zavodi ne sme poseči v pravno varnost zdravstvenih delavcev glede kraja in vsebine njihovega dela po pogodbi o zaposlitvi. Nadalje Zbornice poudarja, da je za delovanje javnega zdravstva nujno, da se omogoči pogodbeno

dogovarjanje med vsemi izvajalci zdravstvene dejavnosti, ne zgolj med javnimi zavodi. Zbornica tudi predlaga, da se plačilo zdravstvenih delavcev za namen pogodbenega sodelovanja, zaradi opravljenega večjega obsega zdravstvenih storitev, zagotovi preko vseh zakonitih pravnih podlag, ki jih predvideva predlog zakona, torej tudi preko podjemne pogodbe, ki jo zdravstveni delavec sklene z lastnim delodajalcem.

Glede na to, da predlog zakona omogoča bolj ugodno davčno obravnavo pogodb, ki jih javni zavod sklepa z zdravstvenimi delavci, pa Zbornica ocenjuje, da bi se ob primerljivih davčnih učinkih lahko več doseglo z drugačnim instrumentom, tj. da bi zdravnikom omogočili bolj prosto sodelovanje z javnimi zavodi v statusni obliki, ki bi bila prilagojena potrebam v zdravstvu.

Za nadomestitev pomanjkanja zdravstvenih delavcev na vseh ravneh in področjih zdravstvene dejavnosti se zato predlaga vzpostavitev novega instituta pomožnega izvajalca zdravstvenih storitev (v nadaljevanju: pomožni izvajalec). Status pomožnega izvajalca bi zdravstvenim delavcem omogočil preprost in ne birokratiziran način opravljanja dodatnega dela, o čemer bi se izvajalci zdravstvene dejavnosti prosto dogovarjali. Tako bi jih bilo omogočeno bolj fleksibilno delo v javnem in zasebnem sektorju, posledično pa bi se skupna ponudba dela na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti povečala.

Status pomožnega izvajalca bi odpravil ovire, ki jih pozna ZZDej za pridobitev dovoljenja za izvajanje zdravstvene dejavnosti. V primeru pomožnih izvajalcev namreč pridobitev dovoljenja ne bi bila potrebna, saj bi ti na podlagi pogodbe o zdravstvenih storitvah delo opravljali za izvajalce zdravstvene dejavnosti, ki takšno dovoljenje že imajo. Pomožni izvajalci bi za izvajanje storitev zdravniške službe potrebovali le odprtje s.p., izpolnjevanje pogojev za samostojno opravljanje zdravniške službe in priglasitev opravljanja dejavnosti ministrstvu za zdravje. Pravna podlaga, na kateri bi pomožni izvajalec izvajal storitve, bi bila pogodba o zdravstvenih storitvah, kot posebna vrsta podjemne pogodbe. Ta bi vsebovala posebne obvezne sestavine, ki jih podjemna pogodba, kot je urejena v zakonu, ki ureja obligacijska razmerja, sicer ne zahteva. Storitve bi lahko naročali tako javni kot zasebni izvajalci zdravstvene dejavnosti, kar veljavni ZZDej (za javne izvajalce) precej omejuje.

Tako bi lahko zdravstveni delavci kot pomožni izvajalci določenih zdravstvenih storitev in podpornih procesov pomembno prispevali k zapolnjevanju manjkov v zagotavljanju neprekinjenega zdravstvenega varstva in izvedbi nekaterih storitev, kjer so čakalne dobe najdaljše. Institut pomožnega izvajalca bi pripomogel k prožnosti in učinkovitosti zdravstvenega sistema. Takšen način urejanja razmerij med pomožnimi izvajalci in izvajalci zdravstvene dejavnosti (tako javnimi kot zasebnimi) se lahko namreč hitro in učinkovito prilagaja potrebam uporabnikov in drugih deležnikov v zdravstvu. Gre torej za administrativno enostavno orodje za vodstva zavodov in zdravnike, vse s ciljem največjega možnega motiviranja vseh razpoložljivih strokovnih kapacitet, da se vključijo v reševanje javnega zdravstva. Tak ukrep bi pritegnil tudi mlade, ki bolj cenijo fleksibilnost dela.

Z namenom zagotavljanja čim večje motivacije za delo zdravstvenih delavcev, bi zakon v zvezi s tem institutom izrecno določal tudi, da se dohodek, ki bi ga pridobil na tej podlagi, ne šteje kot dohodek iz zaposlitve temveč kot dohodek iz opravljanja dejavnosti. Pri tem gre za davčno nevtralno rešitev, saj je določena opustitev davčnih bremen za delodajalce v predlogu zakona že predvidena.

K 36. členu

Predlog zakona predvideva, da zdravstveni delavec svojemu delodajalcu najpozneje do osmega v mesecu za pretekli mesec, in sicer za vsak mesec veljavnega soglasja iz 53.b člena tega zakona, posreduje naslednje podatke: *obseg realiziranih ur opravljanja zdravstvenih storitev pri drugem izvajalcu zdravstvene dejavnosti znotraj javne zdravstvene mreže na podlagi izdanega soglasja iz 53.b člena tega zakona (tedensko in mesečno, s prikazom števila ur po dnevih ter časom začetka in konca opravljanja dela).*

Izvajalec zdravstvene dejavnosti znotraj javne zdravstvene mreže, pri katerem zdravstveni delavec opravlja delo na podlagi podjemne pogodbe, pa posreduje naslednje podatke: *obseg realiziranih ur opravljanja zdravstvenih storitev, ki jih na podlagi sklenjene podjemne pogodbe opravlja zdravstveni delavec (tedensko in mesečno, s prikazom števila ur po dnevih ter časom začetka in konca opravljanja dela)* javnemu zavodu, ki je soglasje podal, do osmega v mesecu za pretekli mesec, in sicer za vsak mesec veljavnosti podjemne pogodbe iz prejšnjega člena ter jih sproti v Register izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev v zdravstvu (Evidenca gibanja zdravstvenih delavcev in mreža zdravstvenih zavodov), ki jo vodi Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Zbornica ocenjuje, da gre za dvojno poročanje bistveno enakih podatkov tako s strani zdravstvenega delavca, kot izvajalca, pri katerem zdravstveni delavec opravlja delo na podlagi podjemne pogodbe. Ker gre za nepotrebno podvajanje obveznosti Zbornica predlaga, da se črta določba, ki ureja poročanje s strani zdravstvenega delavca. Tudi iz obrazložitve predloga zakona namreč izhaja, da naj bi bil namen spremenjene ureditev, da se obveznost poročanja prenese od zdravstvenega delavca na izvajalca zdravstvene dejavnosti.

K 37. členu

V zvezi z možnostjo dopolnilnega dela pri lastnem delodajalcu Zbornica predlaga prilagoditev člena na način, da bo to omogočeno tudi zdravstvenim delavcem, ki so delno zaposleni v enem, delno pa v drugem javnem zavodu. Zbornica ocenjuje, da je potrebno tudi tem zdravstvenim delavcem omogočiti dopolnilno zaposlitev pri kateremkoli izmed teh dveh javnih zavodov, pri katerih so že zaposleni (skupno) do polnega delovnega časa. Trenutna dikcija predloga zakona namreč omogoča dopolnilno delo le pri (enem) delodajalcu, pri katerem je zdravstveni delavec zaposlen za polni delovni čas.

Zbornica v izogib dvoma še poudarja, da mora predmetna ureditev dopolnilnega dela po novem 53.d členu predstavljati še dodatno možnost dopolnilnega dela (pri lastnem delodajalcu) in ne posega v obstoječo ureditev iz 41.c člena ZZdrS, ki ureja dopolnilno delo pri drugih delodajalcih v okviru javne zdravstvene mreže.

Nadalje Zbornica predlaga, da se v luči drugih sprememb, ki jih predvideva predlog zakona, omogoči dopolnilna zaposlitev tudi izven javne zdravstvene mreže. Taka ureditev bi omogočila pregledne in jasno razmejene odnose med delom, ki ga posamezni zdravstveni delavec opravi v javni zdravstveni mreži ter delom, ki ga opravi izven javne zdravstvene mreže. Podlaga za obe obliki dela bi bila namreč pogodba o zaposlitvi, kar bi zagotovilo spoštovanje vseh delovnopравниh omejitev pri obeh izvajalcih, kjer zdravstveni delavec opravlja delo.

V zvezi z dodatkom za večje število opredeljenih pa Zbornica poudarja, da ga je nujno potrebno zagotoviti za vse zdravstvene dejavnosti na primarni ravni, torej tudi za zobozdravnike, ginekologe, kot tudi zdravnike, ki opravljajo delo v domovih za starejše. Vse navedene dejavnosti so namreč bistveno preobremenjene, zato je na mestu določena spodbuda za dodatno opredeljevanje pacientov, navedeno pa bo zagotovilo tudi večjo dostopnost do zdravstvenih storitev.

Zbornica nadalje izpostavlja, da so predvidena sredstva za zagotavljanje dodatka preizka in predlaga, da se zagotovijo dodatna sredstva iz proračuna. Predlog zakona namreč izrecno tudi določa, da izvajalec pri izplačilu ne sme preseči mase predvidenih sredstev ali izplačati sredstev v skladu s tem členom, če v programu storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja sredstva niso več zagotovljena. Navedeno pomeni, da četudi je dodatek na zakonski ravni predviden in zagotovljen, v praksi ne bo izplačan, če v programu storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja sredstva zanj ne bodo več zagotovljena. Taka ureditev predstavlja nedopusten poseg v pravno varnost posameznih zdravstvenih delavcev, ki jim torej ne bo v naprej znano, ali bodo prejeli izplačilo dodatka, kljub izpolnjevanju pogojev zanj.

Zbornica tudi poudarja, da je dodatek namenjen za dodatno opredeljevanje. Pri tem pa mora biti zdravstvenim delavcem, ki poleg dodatnega opredeljevanja opravijo tudi bistveno večji obseg storitev, še vedno omogočeno prejemanje delovne uspešnosti iz naslova povečanega obsega dela ali druge možnostjo nagrajevanja za zdravstvene storitve, opravljene v ambulantah.

Zbornica še dodaja, da četudi so dodatne spodbude dobrodošle, je v trenutni situaciji nujno zagotoviti razbremenitve zdravnikov, namesto (izključno) nagrajevanja dodatnih obremenitev. Te lahko namreč na dolgi rok povzročijo še dodatne odhode zdravnikov zaradi preobremenjenosti.

K 38. členu

Predlog zakona določa, da ima pri opravljanju nalog inšpekcijskega nadzora inšpekcijski organ poleg pooblastil, določenih v zakonu, ki ureja inšpekcijski nadzor, tudi pooblastila, da prepove opravljanje zdravstvene dejavnosti do izdaje spremenjenega ali novega dovoljenja za opravljanje zdravstvene dejavnosti iz enajstega odstavka 3.a člena tega zakona. Zbornica opozarja, da navedeno ni ustrezno, izvajalec namreč lahko do izdaje spremenjenega dovoljenja še vedno izvaja zdravstveno dejavnost pod pogoji iz veljavnega dovoljenja, torej primeroma na lokaciji, za katero že ima izdano dovoljenje.

Nadalje tudi ni ustrezno pooblastilo, da inšpekcijski organ prepove opravljanje dela zdravstvenemu delavcu, ki ni posredoval podatkov za vpis v evidenco oziroma ni posredoval resničnih podatkov iz 53.č člena tega zakona. Tovrstni ukrepi morajo biti namreč časovno omejeni in usmerjeni k odpravi pomanjkljivosti, čemur pa izpostavljena določba ne zadosti.

K 39. členu

Zbornica opozarja, da bo po predlogu zakona prekršek tako omogočanje opravljanje dela zdravstvenemu delavcu na podlagi soglasja v nasprotju s 53.b členom tega zakona kot tudi omogočanje opravljanja zdravstvenih storitev v nasprotju z drugim odstavkom 53.a člena tega zakona (ta določa: *Prepovedano je omogočanje opravljanja zdravstvenih storitev zdravstvenemu delavcu, ki ne izpolnjuje pogojev, določenih s tem zakonom. Izvajalec zdravstvene dejavnosti, ki omogoča opravljanje zdravstvenih storitev zdravstvenemu delavcu iz prejšnjega odstavka, mora*

predhodno preveriti izpolnjevanje pogojev iz tega zakona.). Zbornica ocenjuje, da gre za v bistvenem za enake obveznosti (in posledično kršitve), zato ni dopustno podvajanje prekrškov.

K 40. členu

Po oceni Zbornice ni ustrezno, da je po predlogu zakona prekršek posameznega zdravstvenega delavca, če delodajalec (javni zavod) z njim sklene podjemno pogodbo ali pogodbo za dopolnilno delo v nasprotju z določbami tega zakona. Javni zavod je namreč dolžan preveriti, če so izpolnjeni vsi pogoji za sklenitev podjemne pogodbe z lastnim zaposlenim oziroma pogodbe za dopolnilno delo, zato mora biti njegova tudi prekrškovna odgovornost za morebitno kršitev.

K 42. in 43. členu

Zbornica opozarja, da predlog zakona tako v 42. členu kot v 43. členu vsebuje določbe glede uskladitve dovoljenja za izvajanje zdravstvene dejavnosti oziroma zasebnih zdravstvenih delavcev, pri čemer člena vsebujeta različne roke za uskladitev in mestoma neustrezne sklice na določbe zakona. Zbornica opozarja, da je potrebno v predhodnih določbah jasno in pregledno urediti obveznosti subjektov ter jim določiti dovolj dolg rok za uskladitev s spremembami zakona.

Predlog zakona v prehodnih določbah predvideva, da morajo izvajalci zdravstvene dejavnosti, ki so pridobili dovoljenje za opravljanje zdravstvene dejavnosti pred uveljavitvijo tega zakona ali so bili vpisani v register zasebnih zdravstvenih delavcev pred uveljavitvijo tega zakona v šestih mesecih od uveljavitve predpisa, s katerim bo minister določil podrobnejše pogoje za kadre, prostore in opremo ter postopek njihove verifikacije za izvajanje posamezne vrste zdravstvene dejavnosti, vložiti vlogo za uskladitev pogojev, ki se nanašajo na prostore, opremo in kader za izvajanje posamezne vrste oziroma področja zdravstvene dejavnosti. Vsi izvajalci, ki že imajo dovoljenje, vključno z javnimi zavodi, se bodo torej po predlogu zakona v določenem roku morali uskladiti z novimi pogoji glede prostorov, opreme itd. Zbornica opozarja, da navedeno predstavlja nedopusten poseg v pridobljene pravice oziroma pravni položaj izvajalcev. Ti so zgradili in opremili svoje ordinacije v skladu z veljavnimi pogoji za pridobitev dovoljenja. Posledično je nesprejemljivo pričakovati, da se bodo uskladili z novimi pogoji, ki so lahko bistveno drugačni, sploh v tako kratkem roku 6 mesecev. Uskladitev namreč lahko zahteva tudi obsežne gradbene posege, nakupe dodatne opreme in podobno, kar je lahko neizvedljivo v roku 6 mesecev, hkrati pa predstavlja veliko finančno breme za izvajalca. Zbornica zato predlaga, da se črta obveznost izvajalcev, ki so že pridobili dovoljenje, da se uskladijo z novimi pogoji. Tudi ZZDej-K, ki je prav tako predvideval nov pravilnik, ki bo določal pogoje glede prostorov in opreme, ni vseboval zahteve, da bi se morali z njim uskladiti tudi izvajalci, ki so že pridobili dovoljenje pred njegovo uveljavitvijo. V primeru, da predlagatelj uskladitev ocenjuje kot nujno, pa naj se zagotovi ustrezno dolgo prehodno obdobje za uskladitev. Zbornica primeroma izpostavlja, da Zakon o izenačevanju možnosti invalidov (ZIMI) določa, da se primerno prilagoditev obstoječih objektov v javni rabi zagotovi v 15 letih po uveljavitvi tega zakona.

V zvezi z obveznostjo koncesionarjev, da v roku treh mesecev od uveljavitve zakona koncedentu sporočijo podatke o odgovornem nosilcu zdravstvene dejavnosti za posamezni zdravstveni program oziroma za posamezno vrsto zdravstvenih storitev specialistične bolnišnične dejavnosti, Zbornica ponovno opozarja, da je odgovorni nosilec imenovan za vrsto zdravstvene dejavnosti. V primeru imenovanja odgovornega nosilca za vsak program, bi bil namen instituta v celoti izvotljen.

Zbornica nadalje izpostavlja, da bi avtomatično prenehanje vseh soglasij za opravljanje zdravstvene dejavnosti pri izvajalcih izven javne zdravstvene mreže z dnem uveljavitve tega zakona lahko ogrozilo delovanje celotnega zdravstvenega sistema, hkrati pa tudi pomembno poseglo v finančno stabilnost posameznih zdravstvenih delavcev. Navedeno velja zlasti upoštevajoč, da so soglasja izdana za določeno časovno obdobje, zato so imeli tako zdravstveni delavci kot izvajalci, pri katerih ti opravljajo storitve, razumno pričakovanje, da bo v obdobju izdanega soglasja mogoče izvajanje storitev pod pogoji iz izdanega soglasja. Zbornica zato predlaga, da se prehodna določba spremeni na način, da izdana soglasja veljajo do poteka njihovega obdobja veljavnosti.

Glede pripojitve Zdravstvenega doma za študente Univerze v Ljubljani k Zdravstvenemu domu Ljubljana pa Zbornica ocenjuje, da je potrebno ohraniti samostojni zdravstveni dom za študente. Ta namreč zagotavlja celovito zdravstveno oskrbo mladostniško študentski populaciji, ki je izpostavljena specifičnim tveganjem ter zdravstvenim obremenitvam in ki biva v kraju študija zgolj začasno. V primeru njegove ukinitve Zbornica ocenjuje, da obstaja tveganje za poslabšanje ravni zdravstvenega varstva, ki je zagotovljeno študentom.

Sklepno

Zbornica na tem mestu ponovno izpostavlja, da je Skupščina Zdravniške zbornice Slovenije, kot njen najvišji organ, sprejela sklep, da predlog zakona zavrača in ocenjuje, da v trenutni obliki ni primeren za nadaljnjo obravnavo. Zbornica pričakuje, da bo ministrstvo sklepu sledilo in predlog zakona umaknilo. Iz zgoraj predstavljenih razlogov je namreč nujna priprava novega predloga, ki bo dejansko lahko dosegel zastavljene cilje krepitve javnega zdravstvenega sistema. V primeru umika predloga zakona in priprave nove različice je Zbornica pripravljena tvorno sodelovati.

S spoštovanjem,

Pripravil-a:
Larisa Vrtačnik Jarc, mag. prav.
Pravnik I



Peter Renčel univ. dipl. prav.
Vodja oddelka za pravne zadeve



Tina Šapec, univ. dipl. prav.
Generalna sekretarka



Vročiti (elektronsko):

- Ministrstvo za zdravje RS, gp.mz@gov.si