ZDRAVNIŠKA ZBORNICA SLOVENIJE
MEDICAL CHAMBER OF SLOVENIA
Dunajska cesta 162, 1000 Ljubljana
gp.zzs@zzs-mcs.si
+386 (0) 1 30 72 100

014-95/2020-64

Državni zbor RS

Številka: 014-95/2020-64
Datum: 10. 02. 2025

ZADEVA: Pripombe na Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstveni dejavnosti, EPA: 1917-IX

Spoštovani,

Zdravniška zbornica Slovenije (v nadaljevanju: Zbornica) v nadaljevanju podaja svoje stališče glede Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstveni dejavnosti, EPA: 1917-IX (v nadaljevanju: predlog zakona).

Predlog zakona, kot je bil dan v javno razpravo in ki je bil v bistvenem podoben predlogu zakona, kot je zdaj vložen v Državni zbor, 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 vztraja, da predlog zakona tudi v trenutni obliki ni primeren za nadaljnjo obravnavo, saj je od javne razprave uvedel še nove institute in dopolnitve, ki so notranje neskladne in v praksi neizvedljive. Zbornica v nadaljevanju podaja komentarje k posameznim členom, v katerih se opredeljuje do rešitev, ki so bile predvidene že v predlogu zakona, kot je bil dan v javno razpravo, kot tudi do novih rešitev.

K 2. členu

Zbornica ne vidi posebne potrebe po dodatnem normiranju, da morajo izvajalci zdravstvene dejavnosti zdravstveno dejavnost vpisati v ustrezen register in zanjo pridobiti dovoljenje, saj to izhaja že iz obstoječe zakonodaje. 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. Obvezo registracije določa Zakon o gospodarskih družbah, Zakon o preprečevanju dela in zaposlovanja na črno pa prepoveduje opravljanje dejavnosti brez izpolnjevanja pogojev za to. 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.

Smiselno enako velja za v predlogu zakona izpostavljene dileme, da nekateri izvajalci zdravstvene dejavnosti opravljajo delo pri drugih izvajalcih na podlagi pogodb civilnega prava, ki imajo vse lastnosti delovnega razmerja. Delovnopravna 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, ZDR-1) ter predvideva ustrezne posledice (prekrškovne in delovnopravne) za kršitev te prepovedi. Problematiko odvisnih razmerij nadalje ureja davčnopravna 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.

K 3. členu

Predlog zakona v zvezi z dovoljenjem za opravljanje zdravstvene dejavnosti med drugim prinaša novost, da bo moral izvajalec v 30 dneh od registracije dejavnosti v poslovnem registru vložiti vlogo za izdajo dovoljenja za opravljanje zdravstvene dejavnosti. Zbornica predlaga črtanje tega roka, saj zanj ni videti razumnega razloga. Izvajalcu mora biti namreč omogočeno, da se vpiše v poslovni register bistveno prej, kot ima namen začeti z opravljanjem zdravstvene dejavnosti. Izvajalec mora imeti na voljo dovolj časa, da uredi prostore, zagotovi kadre, pridobi opremo in materiale itd. Čas, ki je potreben za zagotovitev navedenega, pa je odvisen od različnih okoliščin, tako na strani izvajalca kot z vidika vrste dejavnosti, ki jo ima namen izvajati.

Posledično je ključna zgolj obveznost, kot velja že po veljavnih predpisih, da izvajalec pred dejanskim začetkom izvajanja zdravstvene dejavnost pridobi dovoljenje ministrstva, ne glede na to, kdaj jo je registriral. Predmetna ureditev je očitno sporna tudi z vidika, da vsem že ustanovljenim subjektom onemogoča pridobitev dovoljenja za izvajanje zdravstvene dejavnosti. Nenazadnje tudi sam predlog zakona določa nove subjekte, ki bodo izvajali zdravstveno dejavnosti in to celo v okviru javne zdravstvene mreže (javni visokošolski zavodi itd.). Pri tem pa ti subjekti obstajajo že vrsto let in so seveda že zamudili rok za pridobitev dovoljenja za izvajanje zdravstvene dejavnosti kot ga predvideva predlog zakona. Zakonodajalec mora tako v prehodnih določbah urediti ustrezno prehodno obdobje za vse subjekte, ki so ob njegovi uveljavitvi že registrirani v poslovnem registru z vidika roka, v katerem lahko vložijo vlogo za izdajo dovoljenja za opravljanje zdravstvene dejavnosti.

Odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti je institut, ki ga je leta 2017 v ZZDej uredila novela ZZDej-K. Ta je v 3.a členu opredelila odgovornosti odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti, predlog zakona pa odgovornemu nosilcu nekoliko drugače podeljuje pristojnost za organizacijo delovnih procesov in za sistemsko vzpostavitev pogojev glede strokovnega, kakovostnega in varnega opravljanja vrste zdravstvene dejavnosti, za katero je izdano dovoljenje. Pri tem se po predlogu zakona šteje, da je v javnem zavodu odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti strokovni direktor zavoda, strokovni vodja ali vodja organizacijske enote za vrsto zdravstvene dejavnosti, za katero se izdaja dovoljenje.

Predlog zakona s tako ureditvijo vnaša vrsto nejasnosti v delitev pristojnosti med direktorjem in navedenimi subjekti oziroma odgovornemu nosilcu daje pravico do posega v odločitve direktorja. Nosilci navedenih funkcij iz zakona tako ne morejo več razumljivo razbrati svojih pristojnosti in odgovornosti, kar nasprotuje načelu pravne varnosti in predvidljivosti. S tem pa predlog zakona tudi otežuje učinkovito in pregledno vodenje javnih zavodov in drugih izvajalcev. Iz ureditve nadalje niti 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.

Iz obrazložitve predloga zakona nadalje izhaja, da naj bi predlog zakona opustil vezanost odgovornega nosilca na posamezno vrsto zdravstvene dejavnosti in bi bilo omogočeno imenovanje odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti na ravni izvajalca za vse vrste zdravstvene dejavnosti, ki jih ta izvaja. A v določbi, ki ureja pogoje za pridobitev dovoljenja (4. odstavek spremenjenega 3.a člena) je še vedno predvideno, da ima izvajalec določenega odgovornega nosilca, ki ima pristojnosti glede vrste zdravstvene dejavnosti, za katero se izdaja dovoljenje, in ki je pri izvajalcu zaposlen za polni delovni čas ali za krajši delovni čas, sorazmerno glede na predviden obseg izvajanja vrste zdravstvene dejavnosti, za katero se izdaja dovoljenje. Zbornica tako predlaga, da se bolj izrecno oziroma dosledno določi, da odgovorni nosilec ni več vezan na vrsto zdravstvene dejavnosti, pač pa je lahko posamezna oseba odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti za vse vrste zdravstvenih dejavnosti, ki jih izvaja izvajalec.

V primeru javnih zavodov, ko se šteje, da je odgovorni nosilec strokovni direktor, pa Zbornica opozarja, da po predlogu zakona v zdravstvenih zavodih, katerih ustanovitelj je samoupravna lokalna skupnost, strokovni direktor ne rabi biti zdravnik. Navedeno pomeni, da po predlagani ureditvi tudi odgovorni nosilec vseh vrst zdravstvenih dejavnosti tega javnega zavoda sploh ne bi bil zdravnik. Namen zakona je očitno v tem, da je za izvajanje zdravniških dejavnosti odgovorni nosilec zdravnik, zato se predlagana ureditev v tem delu ne izide.

Predlog zakona nadalje določa, da mora biti odgovorni nosilec pri izvajalcu zaposlen za polni delovni čas ali za krajši delovni čas, sorazmerno glede na predviden obseg izvajanja vrste zdravstvene dejavnosti, za katero se izdaja dovoljenje, vendar ne manj kot osem ur tedensko. Zbornica opozarja, da izvajalci, ki so fizične osebe (zasebni zdravstveni delavec in samostojni podjetnik) in hkrati sami odgovorni nosilci, niso zaposleni in torej ne morejo izpolniti navedenega pogoja. To je tudi razlog, da že veljavni ZZDej določa, da ta časovna omejitev zaposlitve ne velja v primeru izvajalca zdravstvene dejavnosti, ki je fizična oseba, ko je sam izvajalec zdravstvene dejavnosti odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti. Zbornica predlaga, da se ta izjema ohrani tudi v predlogu zakona. V nasprotnem primeru predlog zakona za celoten zdravstven sistem ukinja določeno obliko izvajalcev, kar pa glede na obrazložitev zakona ni njegov namen.

Zbornica nadalje ponovno predlaga, da se opravi analizo, ali je odgovornemu nosilcu, kot institutu, ki obstaja že več let, mogoče pripisati kakšen pozitiven doprinos k zdravstveni obravnavi pacientov. Če 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 ukinitev v celoti in ne zgolj njegove prilagoditve. Kot izhaja tudi iz samega predloga zakona

imajo namreč v praksi številni izvajalci težave z zagotovitvijo odgovornih nosilcev. To pa je tudi razlog, da se je do sedaj prehodno obdobje za njihovo imenovanje vztrajno zamikalo.

Ob tem velja dodati, da ima izvajalec ločeno od obveznosti imenovanja odgovornega nosilca obveznost zagotoviti ustrezen in usposobljen kader, ki dejansko izvaja zdravstvene storitve, kar je ključen vidik za zagotovitev varne in kakovostne zdravstvene obravnave. Vsak izvajalec ima nadalje vodstvo, ki je pristojno za organizacijo dela in v pristojnosti katerega bo po oceni Zbornice po predlagani ureditvi posegal institut odgovornega nosilca, kot pojasnjeno zgoraj. Poleg navedenega bodo po predlogu zakona koncesionarji morali določiti tudi dejanskega lastnika, na katerega bo vezana koncesija. Predlog zakona pri tem določa, da je dejanski lastnik fizična oseba, ki je končni lastnik koncesionarja ali ga nadzira ali kako drugače obvladuje, ali fizična oseba, v imenu katere se vrsta zdravstvene dejavnosti, ki je predmet koncesije, opravlja. Predmetna definicija je očitno nedodelana in zajema vse od lastnika, vodstva, odgovornega nosilca ali dejanskega izvajalca zdravstvene dejavnosti. Predlog zakona tako navkljub znani problematičnosti izvajanja instituta odgovornega nosilca uvaja še dodatne nove institute, ki bodo v praksi neizvedljivi oziroma bodo otežili izvajanje zdravstvene dejavnosti z dodatno birokratizacijo, pri čemer ni videti, kako bi ta lahko prispevala k bolj varni in kakovostni zdravstveni obravnavi pacientov. Pri tem velja dodati, da od 18. 12. 2024 velja tudi nov Zakon o zagotavljanju kakovosti v zdravstvu (ZZKZ), ki naj bi celovito uredil pogoje za zagotavljanje varnosti in kakovosti v zdravstvu, vključno z določitvijo subjektov, ki so v okviru izvajalca za to pristojni.

Zbornica posledično predlaga ponovno in natančno preučitev vseh subjektov, ki naj bi po predlogu zakona in ob upoštevanju že veljavnega ZZKZ delovali v okviru posameznega izvajalca, zlasti z vidika njihovih pristojnosti oziroma same smotrnosti uvajanja novih institutov z nedodelanimi oziroma prekrivajočimi se pristojnostmi.

Zbornica nadalje poudarja, da je Ustavno sodišče RS v odločbi U-I-198/19-25 z dne 05. 01. 2023 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. 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 RS), saj gre za določitev pogoja za opravljanje določenega dela. Tak poseg v ustavno pravico pa po presoji Ustavnega sodišča RS ni bil primeren ukrep za dosego zasledovanega cilja, zato je Ustavno sodišče določbo kot neustavno razveljavilo. Tudi v predlogu zakona predviden pogoj dveh let delovnih izkušenj z vodenjem ali sodelovanjem v zdravstvenem timu pri izvajanju zdravstvene dejavnosti, za katero se izdaja dovoljenje, ni nujen ukrep za zagotovitev zadostnih vodstvenih kompetenc odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti, saj to ni edini (oziroma najblažji) način, s katerim bi se zagotovile navedene kompetence. Poleg tega navedeni pogoj ni niti sorazmeren, saj prekomerno posega v pravico zobozdravnika oziroma zdravnika do proste izbire zaposlitve. Določba je tudi diskriminatorna do mladih zdravnikov in zobozdravnikov, ki šele vstopajo na trg dela, in zato ne morejo imeti vodstvenih izkušenj, četudi so v celoti usposobljeni za samostojno delo (imajo licenco). Takšna ureditev onemogoča mlajšim zdravnikom tudi vstop v deficitarne

dejavnosti, kot je družinska medicina, kjer bi polno usposobljeni mladi zdravniki lahko delali kot koncesionarji, a sedaj tega ne bodo mogli. Hkrati bodo mladi zdravniki in zobozdravniki brez takšnih omejitev zasebno dejavnost lahko opravljali v tujini. Iz obrazložitve predloga zakona nadalje izhaja, da bodo vlagatelji izpolnjevanje pogoja delovnih izkušenj izkazovali z lastno izjavo in morebitnimi prilogami (npr. življenjepis). V samem besedilu predloga zakona pa je navedeno, da se delovne izkušnje dokazuje s potrdilom pristojnih institucij (npr. pisna izvaja delodajalca). Zbornica ocenjuje, da zahteva po predložitvi izjave (predhodnega) delodajalca ni ustrezna niti primerna, pač pa bi morala zadostovati izjava vlagatelja. V primeru, da izjava v posameznem primeru ne bi zadostovala, pa uradna oseba, ki vodi postopek, seveda lahko zahteva dopolnitev vloge.

Predlog novele zakona nadalje določa, da vrste zdravstvenih storitev, ki sodijo v posamezno vrsto zdravstvene dejavnosti, povezane z obračunskimi modeli, ki jih pridobi od Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) za posamezno vrsto zdravstvene dejavnosti, določi Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) v soglasju z ministrom za zdravje. Zbornica opozarja, da je predmetna določba v nasprotju z Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ), ki določa, da se vsi deležniki skupno dogovorijo o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja in navedeno torej ni v pristojnosti ZZZS, NIJZ ali ministrstva za zdravje. Zaradi uskladitve z ZZVZZ, ki je krovni zakon za urejanje financiranja zdravstvenih storitev v javni mreži, Zbornica predlaga, da predlog zakona v tej določbi vsebuje zgolj navedbo, da so obračunski modeli urejeni v splošnem dogovoru.

Določitev vrst zdravstvenih storitev, ki sodijo v posamezno vrsto zdravstvene dejavnosti, pa 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 upoštevajoč 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 prepoznava 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, upoštevajoč hiter razvoj novih vrst zdravstvenih posegov in tehnik, bi po mnenju Zbornice lahko bistveno otežilo delovanje številnih izvajalcev ter okrnilo pravico pacientov do celovite in pravočasne zdravstvene obravnave. Takšna rigidna ureditev bo povzročila, da številni izvajalci, ki so polno usposobljeni za določene posege, teh ne bodo več mogli izvajati, če storitve ne bodo navedene na seznamu NIJZ, kar pomeni nazadovanje razvoja zdravniške stroke in oviro za njen napredek. Hkrati velja opozoriti, da znotraj praktično vsake vrste zdravstvene dejavnosti obstajajo določene zdravstvene storitve, ki jih zagotavljajo zgolj nekateri izvajalci. Po predlagani ureditvi izvajalci, ki ne izvajajo vseh zdravstvenih storitev, ki bi bile navedene v okviru posamezne vrste zdravstvene dejavnosti, najverjetneje sploh ne bi mogli pridobiti dovoljenja za izvajanje te vrste zdravstvene dejavnosti, kar bi bistveno zmanjšalo dostopnost do zdravstvenih storitev za paciente.

Po oceni Zbornice je neustrezno tudi, da bi vrste zdravstvenih storitev, ki sodijo v posamezno vrsto zdravstvene dejavnosti, določal NIJZ v soglasju z ministrom za zdravje in ne stroka. Taka ureditev bi bila 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. Pristojnosti NIJZ pa določa 23.a člen ZZDej, pri čemer pa te niso analogne niti ne dajejo NIJZ-ju podatkov ali podlag za izvajanje s predlogom zakona predvidene nove pristojnosti v zvezi z določitvijo vrst zdravstvenih storitev.

Zbornica nadalje opozarja, da je nesprejemljivo, da se zahteva izdaja novega dovoljenja za izvajanje zdravstvene dejavnosti v primeru spremembe pravnega statusa izvajalca, spremembe naziva izvajalca, spremembe vrste zdravstvene dejavnosti ali spremembe prostorov, če novi prostori še niso verificirani. Sprememba firme (naziva) izvajalca seveda na noben način ne vpliva na okoliščine, ki so relevantne z vidika dovoljenja za izvajanje zdravstvene dejavnosti. Posledično se zastavlja vprašanje, kaj bo ministrstvo sploh presojalo ob izdaji novega dovoljenja zaradi spremenjene firme. Ministrstvo namreč seveda nima podlage za morebitno zavrnitev izdaje dovoljenja z vidika firme, ki jo je izvajalec določil in že registriral pri organu registracije. 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.

Predlog zakona tudi predvideva, da podrobnejše pogoje za prostore in opremo za opravljanje posamezne vrste zdravstvene dejavnosti ter postopek njihove verifikacije določi minister, pristojen za zdravje. Hkrati je predvideno, da delovna področja, kompetence in kvalifikacijo (izobrazba in usposobljenost) zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev, ki se zahtevajo za odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti za posamezno zdravstveno dejavnost, 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 glede prostorov in opreme ne določa pogojev, 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, zlasti pa je navedeno pomanjkljivo urejeno tudi glede odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti. 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 4. členu

Zbornica predlaga 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 in tudi predlog zakona namreč 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, ne 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.

Prav tako ni smiselna ureditev, da se izvajalcu odvzame dovoljenje, če ne začne opravljati zdravstvene dejavnosti v 30 dneh od datuma začetka opravljanja zdravstvene dejavnosti, navedenega v dovoljenju za opravljanje zdravstvene dejavnosti. Različne objektivne okoliščine lahko izvajalcu onemogočijo začetek opravljanja zdravstvene dejavnosti v predvidenem roku, primeroma bolezen izvajalca, zamude z dobavo opreme ali materialov potrebnih za izvajanje zdravstvene dejavnosti itd. Izvajalcu, ki torej še vedno izpolnjuje vse pogoje za izdajo dovoljenja za opravljanje zdravstvene dejavnosti, bi bilo v takem primeru po predlogu zakona torej odvzeto dovoljenje za opravljanje zdravstvene dejavnosti in bi bil primoran zaprositi za novo dovoljenje, četudi se nobena relevantna okoliščina ni spremenila od pridobitve prvega. Tovrstna ureditev

predstavlja nesprejemljive birokratske obremenitve za izvajalce nenazadnje pa tudi za ministrstvo za zdravje hkrati pa zmanjšuje dostopnost do zdravstvenih storitev.

Predlog zakona v 3. in 4. členu (ki spreminjata 3.a in 3.b člen Zakona o zdravstveni dejavnosti) na več mestih predvideva povezovanje vrste zdravstvene dejavnosti, za katero se izdaja dovoljenje, z enotno krovno šifro Standardne klasifikacije dejavnosti (v nadaljnjem besedilu: SKD), s katero bo vlagatelj registriral svojo zdravstveno dejavnost v poslovnem registru, kar se navede tudi v samem dovoljenju. Kot izhaja iz obrazložitve predloga zakona je cilj predlagane ureditve, da je ta podatek poenoten z vpisom v AJPES in da so izvajalci zdravstvene dejavnosti registrirani pod šifro, za katero imajo izdano tudi dovoljenje za opravljanje zdravstvene dejavnosti. Predlog zakona primeroma določa tudi, da če ministrstvo za zdravje na podlagi primerjave evidence iz 3.c člena tega zakona in podatkov iz poslovnega registra ugotovi, da ima subjekt v poslovnem registru vpisano vrsto zdravstvene dejavnosti, nima pa dovoljenja za opravljanje te zdravstvene dejavnosti (niti ni v roku vložena vloga za izdajo tega dovoljenja), o tem med drugim nemudoma obvesti pristojni registrski organ, ki po uradni dolžnosti pri navedenem subjektu izvede postopek izbrisa te vrste zdravstvene dejavnosti iz poslovnega registra.

Zbornica opozarja, da tovrstno poenostavljeno enačenje vrst zdravstvene dejavnosti in šifer SKD ni mogoče, saj so slednje praviloma širše. Posledično bi izbris (celotne) šifre SKD v poslovnem registru, v primeru, da izvajalec nima dovoljenja za posamezno vrsto zdravstvene dejavnosti, predstavljal nedopusten poseg v pravni položaj izvajalca in njegovo svobodno gospodarsko pobudo.

K 5. členu

Predlog zakona predvideva, da ministrstvo za zdravje v zbirki podatkov NIJZ 16 vodi evidenco dovoljenj za opravljanje zdravstvene dejavnosti, vključno z dovoljenji, ki se izdajo zasebnim zdravstvenim delavcem. Zbornica ocenjuje, da bi moralo ministrstvo za zdravje kot organ, ki dovoljenja izdaja, primarni register oziroma uradno evidenco le teh voditi v okviru ministrstva in ne v zbirki, ki je v skupnem upravljanju z NIJZ. Nenazadnje skupno upravljanje obema upravljalcema omogoča spreminjane podatkov v evidenci, kar pa seveda ni ustrezno. Vsakršno spremembo z vidika izvajanja zdravstvene dejavnosti (primeroma lokacija) bi moral namreč odobriti pristojni organ, ministrstvo za zdravje, in jo ustrezno zavesti v svoji lastni evidenci. Temu pa bi lahko šele sledila uskladitev podatka v evidenci NIJZ.

K 6. členu

Zbornica predlaga, da se v predlogu zakona bolj jasno določi, da izvajalec zdravstvene dejavnosti ob prenehanju lahko predlaga izvajalca, ki bo prevzel zdravstveno dokumentacijo in nadaljeval zdravstveno obravnavo pacientov, ni pa tega dolžan storiti. S tem bi predlog zakona upošteval različne okoliščine, ki lahko izvajalcem v praksi onemogočajo predlaganje prevzemnika (hude bolezni, invalidnosti, smrt itd.). Če prevzemnik zdravstvene dokumentacije ni predlagan in posledično ni določen, pa naj v skladu s predlogom zakona zdravstveno dokumentacijo prevzame NIJZ. Takšna ureditev bi učinkovito preprečila nastanek nepričakovanih zapletov ob prenehanju dejavnosti ter zagotovila nemoten prenos zdravstvenih podatkov in nadaljevanje oskrbe pacientov.

Poleg navedenega je nesprejemljivo, da predlog zakona ne upošteva, da lahko izredne okoliščine (npr. nenadna huda bolezen zdravnika) onemogočajo pravočasno obveščanje s strani izvajalca in za to predvideva odgovornost za prekršek. Zbornica predlaga, da zakonodajalec določbo preuredi na

način, da doda okoliščine, v katerih je izvajalec prost obveznosti obveščanja (npr. nenadna huda bolezen zdravnika).

K 7. členu

Predlog zakona ni notranje skladen, saj v skladu s 7. členom mrežo javne zdravstvene službe sestavljajo javni zdravstveni zavodi, koncesionarji, NIJZ, NLZOH in javni visokošolski zavodi s področja zdravstva, kadar opravljajo zdravstveno dejavnost kot javno službo ter vojaška zdravstvena enota. V skladu s 23. členom pa se kot javna zdravstvena služba izvaja tudi zdravstvena dejavnost medicine dela, prometa in športa, ki se opravlja za potrebe izvajanja programa preventivnega zdravstvenega varstva, in zdravstvena dejavnost, ki jo javni visokošolski in drugi zavodi, katerih ustanovitelj je Republika Slovenija, kot podporno zdravstveno dejavnost opravljajo za potrebe javnih zavodov (npr. dejavnost javnega zdravja, patologija, patoanatomska dejavnost, sodna medicina, klinična mikrobiologija, laboratorijska genetika, dejavnost medicine dela, prometa in športa). Z vidika medicine dela, prometa in športa tako ni nujno, da gre za javne visokošolske zavode s področja zdravstva, saj že iz obrazložitve izhaja, da se določba nanaša na Fakulteto za šport, zato je potrebno uskladiti oziroma razširiti opredelitev javne zdravstvene mreže iz 7. člena predloga zakona.

Zbornica nadalje predlaga razmislek o ustreznosti taksativnega določanja izvajalcev v mreži javne zdravstvene službe, saj ima opredelitev izvajalcev v javni zdravstveni mreži pomembne posledice zlasti v luči predloga zakona, ki med drugim predvideva, da bo zaposlenim v javnih zavodih (razen izjem) 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 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.

Zbornica nadalje opozarja na neustreznost določbe, da izvajalec zdravstvene dejavnosti v okviru dovoljenja za opravljanje zdravstvene dejavnosti nudi pacientu celostno zdravstveno obravnavo, kar pomeni, da ga obravnava kot celoto in se ne osredotoča le na njegovo posamezno bolezen ali poškodbo. Za ta namen izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe v zdravstveno obravnavo vključuje zdravstvene delavce in zdravstvene sodelavce različnih poklicev v zdravstveni dejavnosti, ki opravljajo zdravstvene storitve kot osnovno (tj. zdravljenje in zdravstvena nega) oziroma podporno zdravstveno dejavnost (tj. laboratorijska, rentgenska in druga diagnostika, zobotehnika, reševalni prevozi, zdravstvena ali medicinska rehabilitacija, fizioterapija, delovna terapija, paliativna obravnava itd.) z namenom, da se pacientu zagotovi najboljša možna zdravstvena obravnava.

Zbornica ocenjuje, da je tovrstno pravilo razumljivo z vidika obravnave posameznega pacienta, kadar objektivne možnosti izvajalca to omogočajo. Določba je torej ustrezen opis poteka zdravstvene obravnave, ko so pogoji za to dani, vendar pa normiranje navedenega na zakonski ravni ni primerno. Tovrstne zakonske zahteve bi namreč dodatno omejile delovanje manjših izvajalcev ambulantne dejavnosti na sekundarni ravni, ki zaradi omejenih virov ne bi mogli zagotavljati celostne obravnave v obsegu, kot ga predvideva predlog zakona. Namesto da bi se razpoložljive zdravstvene kapacitete optimalno izkoristile, bi predvidena ureditev povzročila zmanjšanje razpoložljivih kapacitet in posledično poslabšanje dostopnosti pacientov do zdravstvenih storitev.

Predlagatelj zakona je v obrazložitvi tudi sam navedel, da je pravica pacientov do celostne obravnave v javni mreži zdravstvene dejavnosti že urejena v 15.a členu Zakona o pacientovih pravicah (ZPacP), kjer se določa, da mora izvajalec pacientu zagotoviti celostno skrb tako, da se mu ne nalagajo dodatne obremenitve, ki bi jih izvajalec lahko opravil hitreje in preprosteje. Predlog zakona pa bi torej predmetno določbo še razširil. Kot predlagatelj sam navaja je torej sedež te materije v ZPacP, zato po oceni Zbornice urejanje navedenega v predlogu zakona ni ustrezno in presega njegov normativni okvir. Določbo je zato nujno prilagoditi, da ne bo vodila v negativne posledice kot je zmanjševanje dostopnosti pacientov do zdravstvenih storitev, ter da bo usklajena z normativno strukturo obstoječe zakonodaje.

Predlog zakona uvaja zdravstvene regije, in sicer je zdravstvena regija določeno zaokroženo geografsko območje, ki pokriva več sosednjih občin. Zdravstvene regije, vključno z opredelitvijo njihovega območja in načina delovanja, po predlogu zakona določi Vlada Republike Slovenije. V zvezi z navedenim je potrebno opozoriti, da iz obrazložitve predloga zakona izhaja, da naj bi bile zdravstvene regije neke vrste organ, ki bi dejansko deloval in izvajal določene naloge. A iz določb zakona to ni razvidno, saj zdravstvene regije predstavljajo zgolj kriterij zamejitve primeroma z vidika delovanja koncesionarja, možnosti povezovanja javnih zavodov itd. Zdravstvene regije v samem besedilu predloga zakona tako nimajo osnovnega lastnega namena in smisla, saj ta gotovo ne more biti izključno v omejevanju izvajalcev z vidika možnosti sodelovanja in delovanja zgolj na določenem geografskem območju. Poleg tega predlagatelj ne pojasni, zakaj se lahko zdravstveni delavec vključuje v program neprekinjenega zdravstvenega varstva skladno s 35. členom novele tudi v sosednjih regijah, koncesijska dejavnost pa mora biti nujno v posamezni regiji. Takšno omejevanje koncesionarjev lahko vodi v nedostopnost zdravnikov za paciente ter neustavno omejevanje svobode dela zdravnikov in zobozdravnikov. Pri tem Zbornica dodaja, da je potrebno zagotoviti enake kriterije dostopnosti pacientov do zdravstvenih storitev in posledično na meje regij po enakih kriterijih vezati delovanje vseh izvajalcev, ne le koncesionarjev. Zgolj v tem primeru bo dosežen namen določitve zdravstvenih regij, kot izhaja iz predloga zakona, zlasti v povezavi z določitvijo mreže javne zdravstvene službe.

Poleg navedenega Zbornica opozarja, da predlagatelj sploh ni določno opredelil, kako bodo zdravstvene regije organizirane, saj je v obrazložitvi predloga moč zaslediti, da bodo verjetno organizirane po območnih enotah ZZZS ali pa po območnih enotah NIJZ. Navedeni delitvi pa se pomembno razlikujeta, saj se NIJZ deli na 9 območnih enot, ZZZS pa na 10 (pri ZZZS je dodana OE Krško, območje le-te pri delitvi NIJZ spada deloma v celjsko deloma v novomeško enoto). Zbornica pri tem ocenjuje, da upravno-geografska struktura, ki je ustrezna za delovanje NIJZ oziroma ZZZS, ni nujno primerna osnova za organizacijo izvajalcev zdravstvene dejavnosti. Navedeno velja zlasti z vidika, da enotam NIJZ in ZZZS ni onemogočeno sodelovanje med posameznimi enotami, kot po predlogu zakona velja za izvajalce zdravstvene dejavnosti, ki pa bodo torej omejeni na zdravstvene regije.

Zbornica tako primeroma izpostavlja, da glede na območne enote ZZZS OE Ljubljana denimo obsega tudi občini Idrija in Cerkno, ki upravno, sodno, kulturno, geografsko in zgodovinsko spadata na Severnoprimorsko in nikakor ne v Ljubljansko regijo. Ljudje iz teh krajev so tako regionalno vezani na Primorsko, ne pa na osrednjeslovensko oziroma Ljubljansko regijo. Podobno velja tudi za umestitev Zgornjesavinjske doline pod Ravne na Koroškem, saj je Zgornjesavinjska dolina že vse od razpada Avstroogrske monarhije dalje zaradi orografskih pregrad geografsko, kulturno in upravno bolj vezana na Celje kot na Koroško. Zbornica posledično predlaga razmislek o ustrezni določitvi zdravstvenih regij, saj so nanje vezane pomembne posledice z vidika delovanja in sodelovanja izvajalcev.

Predlog zakona nadalje predvideva, da minimalni obseg zdravstvenih storitev znotraj posamezne vrste zdravstvene dejavnosti, s katerim je zagotovljeno strokovno, kakovostno in varno opravljanje te dejavnosti, na predlog strokovnega telesa, pristojnega za kakovost v zdravstvu, določi minister, pristojen za zdravje. Zbornica opozarja, da Zakon o zagotavljanju kakovosti v zdravstvu (ZZKZ) kot sistemski predpis iz tega področja ne predvideva navedene pristojnosti Sveta za kakovost. Nadalje Zbornica opozarja, da navedeno merilo za vključitev v javno zdravstveno mrežo ni dovolj določno in kot tako predstavlja tveganje za pravno varnost in predvidljivost. Iz dikcije merila namreč ni razvidno, ali se nanaša na kvantitativni vidik obsega zdravstvenih storitev (torej številčno koliko storitev določene vrste mora opraviti izvajalec) ali na kvalitativni vidik obsega storitev (torej koliko različnih vrst zdravstvenih storitev bo moral zagotavljati izvajalec v okviru posamezne vrste zdravstvene dejavnosti). V obeh primerih Zbornica opozarja, da se lahko s previsoko oziroma neprimerno oblikovanimi zahtevami dostopnost do zdravstvenih storitev zmanjša. Ukrep namreč ne sme imeti za posledico, da določeni manjši izvajalci ne bi mogli izvajati določene vrste zdravstvene dejavnosti zgolj ker ne morejo zagotavljati posamezne zdravstvene storitev, ki sodi v to vrsto dejavnosti, oziroma ker te storitve zaradi manjših potreb pacientov ne morejo zagotavljati v zahtevanem obsegu.

K 8. členu

V skladu z 8. členom predloga zakona naj bi mreža javne zdravstvene službe vsebovala tudi predviden obseg programa po zdravstvenih regijah. 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 Republike Slovenija. Zbornica opozarja, da je taka ureditev neprimerna oziroma predstavlja odstop od celovite ureditve te materije v Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Hkrati je ureditev tudi notranje neskladna, saj že 7. člen predloga zakona določa, da se na podlagi mreže obseg programa določi, kot to določa ZZVZZ, torej v splošnem dogovoru.

Predlog zakona nadalje predvideva, da lahko v določenih primerih mrežo javne zdravstvene službe osnovne zdravstvene dejavnosti zagotavlja Republika Slovenija, med drugim za ogrožene skupine prebivalstva oziroma skupine prebivalstva s specifičnimi zdravstvenimi potrebami. Zbornica ocenjuje, da gre za nedodelan ukrep, ki se notranje ne izide, saj predlog zakona ne daje podlage oziroma konkretnih pristojnosti, preko katerih bi lahko država zagotavljala mrežo javne zdravstvene službe tudi na primarni ravni. 25. člen ZZDej, v katerega predlog zakona ne posega, namreč določa, da lahko javni zdravstveni zavod na primarni ravni ustanovi (zgolj) samoupravna lokalna skupnost.

Zbornica ponovno opozarja, da je javnim zavodom nujno omogočiti sodelovanje z drugimi izvajalci znotraj in 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. 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 nadalje ocenjuje, da dodatne omejitve glede možnih oblik sodelovanja vodstvom javnih zavodov onemogočajo učinkovito upravljanje zavodov oziroma njihov kadrovski

management. Za nadomestitev pomanjkanja zdravstvenih delavcev na vseh ravneh in področjih zdravstvene dejavnosti Zbornica tudi ponovno predlaga vzpostavitev novega instituta pomožnega izvajalca zdravstvenih storitev.

Predlog zakona nadalje ni niti notranje skladen, saj v spremenjenem 5. členu ZZDej javnim zavodom sploh ne omogoča sklepanja pogodb s koncesionarji, četudi novi 51.a člen ZZDej predvideva, da koncesionarji in javni zavodi (izvajalci NZV) sklepajo pogodbe o vključevanju v NZV. Nadalje predlog zakona onemogoča javnim zavodom, da bi s koncesionarji sklenili pogodbe za zagotovitev medsebojnega nadomeščanja v času odsotnosti zdravstvenih delavcev (letni dopusti, izobraževanja itd.). To je v praksi zelo pogosta oblika pogodbenega sodelovanja zlasti za nadomeščanje izbranih osebnih zdravnikov, kjer zaradi pomanjkanja kadra ni mogoče zagotoviti nadomeščanja po drugih pravnih podlagah. Ker pa po predlogu zakona ne bo mogoča, bo okrnjena pravice pacientov do pravočasne in dostopne zdravstvene obravnave.

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 kadrovsko 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 sklepanje pogodb z več izvajalci, hkrati pa naj se zagotovi tudi stimulativne ukrepe za zaposlene, ki bi bili pripravljeni delati na drugih lokacijah.

Določba o izjemoma dopustnem sklepanju pogodb o zaposlitvi s krajšim delovnim časom oziroma za dopolnilno delo kliničnega javnega zavoda, z zdravnikom ali zobozdravnikom vrhunskim strokovnjakom, se po mnenju Zbornice logično ne izide, hkrati pa je tudi vsebinsko neprimerna. Glede na dikcijo določbe bo torej javni zavod lahko sklepal pogodbe o zaposlitvi s krajšim delovnim časom oziroma za dopolnilno delo zgolj z zdravnikom oziroma zobozdravnikom, ki ni zaposlen v javni zdravstveni mreži (in izpolnjuje dodatne pogoje). Tako oblikovana določba pa pomeni, da

javni zavod navedenih pogodb ne bo mogel sklepati z zdravniki in zobozdravniki, ki pa so že zaposleni v javni zdravstveni mreži, kar je seveda v nasprotju z namenom zakona.

Predmetna določba nadalje v bistvenem dopušča, da minister prek določitve nabora zdravstvenih storitev, ki jih lahko opravlja tak zdravnik, natančno določi, kdo se bo smel zaposliti v javnem zavodu, kar je nedopustno vmešavanje politike v konkretne kadrovske odločitve posameznega javnega zdravstvenega zavoda. Prav tako ni smiselna omejitev možnosti zaposlovanja zdravnikov in zobozdravnikov, ki delajo izven javne mreže, zgolj na javne zavode, ki imajo naziv kliničnosti, saj ta naziv sam po sebi ni povezan z zaposlitvijo strokovnjaka, pač pa s pedagoškimi, raziskovalnimi, strokovnimi, kadrovskimi in drugimi pogoji. Ker te nazive podeljuje ministrstvo za zdravje po pravilniku, ki ga sprejme minister za zdravje, je tudi pri tem vidna možnost neposrednega vpliva politike na konkretne kadrovske odločitve javnega zavoda.

Novela bistveno omejuje tudi delo zdravnikov in zobozdravnikov zunaj javne zdravstvene mreže, saj je delo le-teh v javnih zavodih omejeno zgolj na vrhunske strokovnjake z najmanj 20 let delovnih izkušenj, ki uvajajo nove metode diagnostike, preventive in zdravljenja, pri čemer se bodo smeli zaposliti s krajšim delovnim časom ali skleniti pogodbo o zaposlitvi za dopolnilno delo z javnim zavodom, ki nosi naziv kliničnosti in zgolj za nekatere zdravstvene storitve, ki jih bo določil minister za zdravje. Za takšno ureditev ni videti razumnega razloga, saj namesto, da bi vrhunskim zdravnikom omogočila opravljanje dodatnega dela zunaj javnega zavoda, jih praktično sili, da v celoti zapustijo javne zavode in se nato dopolnilno ter zgolj začasno (za največ 12 mesecev z možnostjo podaljšanja) zaposlijo nazaj v istem javnem zavodu, če želijo kombinirati zaposlitev. Hkrati bo po novi ureditvi primeroma zaposlenim pri koncesionarju zgolj s soglasjem njihovega delodajalca dovoljeno opravljanje dopolnilnega dela v javnem zavodu, med tem ko bodo za zaposlene izven javne zdravstvene mreže veljali predstavljeni bistveno strožji pogoji (da gre za vrhunskega strokovnjaka itd.). Za navedeno ni videti razumnega razloga, saj naj bi bil cilj predloga zakona ravno v okrepitvi kadrov v javnih zavodih oziroma javni zdravstveni mreži, ne v dodatnem omejevanju vključevanja kadrov v delo javnih zavodov.

Sporne so tudi določbe o povezovanju javnih zavodov. Predlog zakona sicer določa, da s pogodbami o medsebojnem sodelovanju ne pride do prenosa programa ali dela programa, a je v nadaljevanju vseeno navedeno, da je predmet teh pogodb med drugim tudi izvajanje zdravstvenih storitev zaradi zagotovitve polne realizacije programa. Po oceni Zbornice bi moral biti vsak javni zavod odgovoren za realizacijo svojega programa. V primeru, da realizacije programa ne more zgotoviti, pa bi moral imeti možnost program pridobiti drugi izvajalec, ki ima kapacitete (zlasti kadre) za njegovo realizacijo. Predlagana ureditev, ko bi bil program enega javnega zavoda lahko (delno ali v celoti) realiziran s kapacitetami drugega javnega zavoda, nasprotuje preglednosti javne zdravstvene mreže, kar je en od ciljev, ki jih zasleduje predlog zakona.

Prav tako ureditev ni niti notranje skladna, saj 7. odstavek spremenjenega 5. člena ZZDej predvideva, da se za povezovanje javnih zavodih zahteva soglasje ustanovitelja in uskladitev ustanovitvenih aktov. Naslednji odstavek pa brez utemeljenega razloga predstavlja odstop od predstavljene ureditve in s tem v zelo široko definiranih primerih omogoča povezovanje javnih zavodov brez slehernih varovalk, kot so soglasje ustanovitelja oziroma uskladitev ustanovitvenih aktov.

Poleg navedenega Zbornica ugotavlja, da druga alineja točke a) osmega odstavka spremenjenega 5. člena ZZDej predstavlja izjemo od pravil o vezanosti dovoljenja za izvajanje zdravstvene dejavnosti na veljavno verifikacijo prostorov in opreme, ki jih uvaja novela. Pri tem za tako izjemo ni videti stvarnega ali razumnega razloga, zato predstavlja nedovoljeno neenako obravnavo javnih zavodov napram vsem drugim izvajalcem. Predlog zakona namreč predvideva, da v primeru dogovora o zagotavljanju prostorov in opreme med javnimi zavodi ministrstvo po uradni dolžnosti izda spremembo dovoljenja zaradi spremembe lokacije izvajanja zdravstvene dejavnosti, torej brez zahteve po veljavni verifikacijski listini za prostore in opremo. Gre za nedopusten obid pravil o verifikaciji prostorov, brez časovne ali druge omejitve, ki bi zagotavljala načelo sorazmernosti, pa tudi brez ustrezne utemeljitve, ki bi opravičevala takšno razlikovanje. Točka a) osmega odstavka spremenjenega 5. člena ZZDej tudi ne omejuje povezovanja med javnimi zavodi na zdravstveno regijo, kar bi lahko vplivalo na primernost mreže javne zdravstvene službe in posledično zahtevalo spremembo te mreže.

Poleg tega določba druge alineje točke a) predstavlja nesistemski odstop od Zakona o stvarnem premoženju države in samoupravnih lokalnih skupnosti (ZSPDSLS-1), brez vsakršne obrazložitve, zakaj bi bila potrebna specialna ureditev za oddajo prostorov med javnimi zavodi. ZSPDSLS-1 pri tem kot posle upravljanja s stvarnim premoženjem države pozna zlasti oddajo v najem (za plačilo ustrezne najemnine), oddajo v občasno uporabo in oddajo v brezplačno uporabo. Pri tem pa ni jasno, ali navedena določba v predlogu zakona govori o najemnem razmerju ali o brezplačni uporabi, saj določba govori zgolj o plačilu amortizacije in povrnitvi stroškov energentov in vzdrževanja, brez omembe najemnine. Opozoriti velja tudi, da uporabniki, ki sklenejo pogodbo o brezplačni uporabi nepremičnega premoženja, skladno s četrtim odstavkom 68. člena ZSPDSLS-1 krijejo obratovalne stroške, stroške manjših vzdrževalnih del, stroške zavarovanja in druge stroške, za katere se stranki dogovorita s pogodbo. V tem delu torej druga alineja točke a) osmega odstavka spremenjenega 5. člena ZZDej predstavlja odstop od splošne ureditev. Ob navedenem nadalje ni videti logičnega razloga, zakaj bi uporabnik prostorov kril amortizacijo nepremičnine, ki ni v njegovi lasti, pač pa v lasti države oziroma lokalne skupnosti. Poleg navedenega pa je vsaj nenavadno, da se tovrstna vsebina, katere *sedes materiae* je nedvomno v ZSPDSLS-1, ureja v področni zdravstveni zakonodaji, kar povzroča pravno nejasnost predpisov.

Zbornica nadalje ocenjuje, da več določb osmega odstavka spremenjenega 5. člena ZZDej (primeroma tretja alineja točke a)) pomeni nedopusten odstop od pravil o javnem naročanju. Relevantne določbe odstopajo od pravil javnega naročanja iz ZJN-3 oziroma Direktive 2014/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 26. februarja 2014 o javnem naročanju in razveljavitvi Direktive 2004/18/ES, saj med drugim neutemeljeno vnaprej izključujejo potencialne ponudnike podpornih zdravstvenih dejavnosti, ki niso javni zavodi. Taka ureditev pa praktično negira temeljna načela javnega naročanja (načelo enake obravnave ponudnikov, načelo transparentnosti in načelo zagotavljanja konkurence) in posledično posega v načelo gospodarnosti, učinkovitosti in uspešnosti.

Tudi točka d) osmega odstavka spremenjenega 5. člena ZZDej predstavlja odstop od obveznih pravil javnega naročanja. Tudi ta določba namreč dopušča sklepanje pogodb o medsebojnem sodelovanju oziroma podjemnih pogodb med javnim zavodom in izvajalcem zdravstvene dejavnosti, pri čemer niso upoštevana pravila javnega naročanja v primeru preseganja praga, kar je po mnenju Zbornice tako pri zagotavljanju nenujnih reševalnih prevozov kot tudi pri storitvah

zobotehnike kar verjetno. Pri tem Zbornica opozarja na prepoved drobljenja javnih naročil iz četrtega odstavka 24. člena ZJN-3. Po oceni Zbornice nadalje ni videti stvarnega in razumnega razloga za določitev izjeme zgolj za zagotavljanje nenujnih reševalnih prevozov in zobotehnike. Nenazadnje je tudi veliko drugih (podpornih) zdravstvenih storitev, ki jih med drugim tudi zaradi predlagane novele ne bo mogoče zagotoviti znotraj javne mreže, kar bi ogrožalo zdravstveno obravnavo. Pri zagotavljanju zobotehnike nadalje tudi ni smiselno omejevanje na pogodbe o medsebojnem sodelovanju oziroma podjemne pogodbe, saj se zobotehnika lahko zagotavlja tudi po prodajnih pogodbah.

Nadalje ni ustrezna določba 10. odstavka spremenjenega 5. člena predloga zakona, ki se nanaša na pogodbe iz 8. odstavka istega člena in določa, da lahko izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe plačilo izvajanja posamezne vrste zdravstvene dejavnosti ali vrste zdravstvenih storitev drugemu izvajalcu zdravstvene dejavnosti zagotovi največ do višine, do katere je upravičen, če bi te storitve opravil sam, na podlagi pogodbe o financiranju zdravstvene dejavnosti oziroma do višine, ki jo določa cenik Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. 8. odstavek predmetnega člena namreč ureja le pogodbe, ki jih sklepajo javni zavodi, zato se tudi zgolj na te izvajalce lahko nanaša omejitev iz 10. odstavka, in ne na (vse) izvajalce v javni zdravstveni mreži.

Zbornica nadalje ocenjuje, da je potrebno vezati začetek uporabe določb spremenjenega 5. člena zakona, ki se nanašajo na pogodbeno sodelovanje javnih zavodov, na določitev zdravstvenih regij. Te bo v skladu s prehodnimi določbami predloga zakona Vlada Republike Slovenije določila najpozneje v šestih mesecih od uveljavitve tega zakona. Do določitve zdravstvenih regij izvajanje spremenjenega 5. člena namreč ni mogoče, saj ta možnost pogodbenega sodelovanja javnih zavodov veže na območje posamezne zdravstvene regije. Do določitve le-teh pa se mora torej še naprej uporabljati trenutno veljavni ZZDej, v delu, ki ureja pogodbeno sodelovanje javnih zavodov, zlasti v 7. odstavku 53.c člena ZZDej.

K 11. členu

Zbornica opozarja na potencialno spornost določbe, da bolnišnica, ki izvaja specialistično bolnišnično dejavnost v obliki dnevne bolnišnične obravnave, za potrebe zagotavljanja neprekinjenega zdravstvenega varstva lastnim pacientom sklene pogodbo o medsebojnem sodelovanju s specialno, splošno ali univerzitetno bolnišnico, v okviru katere dogovori tudi višino in način plačila, ki ga dnevna bolnišnica zagotovi splošni, specialni ali univerzitetni bolnišnici za opravljene zdravstvene storitve. V primeru, da bi se za te paciente zahtevalo, da se neprekinjeno zdravstveno varstvo uveljavlja izključno pri sopogodbeniku dnevne bolnišnice, bi to lahko predstavljajo 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 sopogodbeniku financira dnevna bolnišnica (in ne ZZZS) pa gre tudi za finančno nevzdržno, diskriminatorno in nesistematično 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.

K 13. členu

Zbornica v zvezi s 13. členom predloga zakona ugotavlja, da spremembe nazivov kliničnosti ne prispevajo k napredku medicinske stroke, temveč jo zavirajo. Če bo naziv kliničnosti za posamezno medicinsko področje lahko podeljen le enemu nosilcu v državi, bo to oviralo znanstveni razvoj in

povzročilo dejansko ukinitev terciarne ravni zdravstvene oskrbe, za vsaj enega od največjih javnih zdravstvenih zavodov, ki jo trenutno zakonito izvajajo (npr. UKC Ljubljana ali UKC Maribor). ZZDej namreč v 17. členu določa, da dejavnost klinik, kliničnih inštitutov in kliničnih oddelkov vključuje znanstvenoraziskovalno in izobraževalno delo za medicinske fakultete ter izvajanje najzahtevnejših zdravstvenih storitev na ambulantni ali bolnišnični način.

Kot primer lahko navedemo Pediatrično kliniko UKC Ljubljana in Kliniko za pediatrijo UKC Maribor, ki imata obe naziv klinike za področje pediatrije. Če bi zaradi spremembe zakona Pediatrična klinika UKC Ljubljana izgubila naziv klinike, ne bi več imela pravne podlage za opravljanje ključnih nalog terciarne ravni. Posledično bi bilo bistveno oteženo tudi praktično usposabljanje ljubljanskih študentov medicine pri vajah iz pediatrije, saj bi morali zaradi te ureditve praktični pouk opravljati drugje po državi. Poleg zgoraj omenjene Pediatrične klinike imamo v Sloveniji še veliko takih primerov, npr. Klinika za interno medicino v UKC Maribor in Interna klinika v UKC Ljubljana, ki sta obe nosilki naziva klinika na področju interne medicine itd.) Predlagatelj tega očitno ni upošteval, saj obrazložitev predloga zakona nakazuje, kot da za vsako medicinsko področje v Sloveniji obstaja le ena klinika.

Pravilnik o pogojih in postopku za pridobitev naziva klinika, klinični inštitut ali klinični oddelek sicer predvideva odvzem naziva kliniki, ki ne izpolnjuje več pogojev, vendar niti zakon niti pravilnik ne določa, katera od več klinik za isto medicinsko strokovno področje bi ohranila naziv in katera bi ga izgubila. To ustvarja pravno praznino, saj predlog zakona ne vsebuje prehodnih določb za obstoječe nosilce nazivov.

Dodatno težavo predstavlja dejstvo, da predlog zakona kršitev pravil o uporabi kliničnih nazivov opredeljuje kot prekršek, za katerega so predpisane visoke globe (od 3.000 do 50.000 EUR za pravne osebe in od 300 do 5.000 EUR za odgovorne osebe). Takšna ureditev pa ni skladna z načelom pravne določnosti (lex certa), ki je temelj kaznovalnega prava.

K 16. členu

Zbornica uvodoma predlaga, da se v določbah glede sveta zavoda in direktorja v 16. in 17. členu predloga novele jasno navede, da urejajo izključno javne zdravstvene zavode.

Zbornica nadalje opozarja, da je pri članih sveta zavoda potrebno razlikovati med predstavniki poklicnih organizacij, ki lahko s svojim znanjem in izkušnjami predstavljajo doprinos h kakovostnem vodenju, in predstavniki drugih subjektov, kjer bi bil videz nepristranskosti opravljanja funkcije lahko okrnjen. Zbornica zato predlaga, da se v predmetni določbi črta omejitev, da član sveta zavoda ne bi mogel biti predstavnik poklicnih združenj ali zbornic, in se omejitev ohrani le za predstavnike subjektov, pri katerih bi se lahko objektivno ustvaril videz pristranskosti.

K 17. členu

Omejitev, da direktor in strokovni direktor ne smeta biti izvajalca zdravstvene dejavnosti in da nimata soglasja za opravljanje zdravstvenih storitev iz prvega odstavka 53.b člena tega zakona ali soglasja za sklenitev pogodbe o zaposlitvi s krajšim delovnim časom (vključno z dopolnilnim delom) pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti izven mreže javne zdravstvene službe ali pri koncesionarju, je očitno diskriminatorna in kot taka neutemeljena. Če je namreč namen zakonodajalca, da omeji konkurenčno dejavnost zaposlenih na vodstvenih položajih v javnih zavodih, bi morala ta prepoved dela biti absolutna – torej direktor ne bi smel delati pri nobenem drugem izvajalcu zdravstvene dejavnosti (javnem zavodu). Taka prepoved torej niti ni primerna za dosego svojega namena in tako predstavlja diskriminatoren in nedopusten poseg v direktorjevo svobodo dela.

Prav tako ni ustrezno, da se za direktorje oziroma strokovnega direktorja zdravstvenega doma, ki ga ustanovi samoupravna lokalna skupnost, zahteva zgolj 7. raven izobrazbe po slovenskem ogrodju kvalifikacij (torej samo diploma) zdravstvene smeri, saj to predstavlja neutemeljeno razlikovanje v primerjavi s (strokovnim) direktorjem drugih javnih zdravstvenih zavodov. Nadalje tudi ni primerno oziroma je notranje neskladno, da je strokovni direktor javnega zdravstvenega zavoda, ki je po tej noveli tudi odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti, nekdo, ki ni zdravnik. Zdravnik je namreč tisti, ki je v skladu z ZZdrS temeljni odgovorni nosilec opravljanja zdravstvene dejavnosti, zato lahko zgolj zdravnik oziroma zobozdravnik, zagotavlja strokovno in učinkovito vodenje strokovnega dela zdravstvenega zavoda

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 18. členu

Predlagani nov 29.c člen med drugim določa omejitve za osebo, ki opravlja naloge vodenja organizacijske enote, neposredno podrejene direktorju zdravstvenega zavoda ali strokovnemu direktorju zdravstvenega zavoda (npr. vodja oddelka, vodja službe), za katero med drugim določa, da: (i.) mora biti zaposlena v javnem zdravstvenem zavodu za najmanj 60 odstotkov polnega delovnega časa; (ii.) ne sme biti izvajalec zdravstvene dejavnosti ali imeti soglasja za opravljanje zdravstvenih storitev iz prvega odstavka 53.b člena tega zakona ali soglasja za dopolnilno delo pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti izven mreže javne zdravstvene službe ali pri koncesionarju in (iii.) ne sme imeti lastniškega deleža v pravni ali fizični osebi, s katero zdravstveni zavod poslovno sodeluje ali ki bi predstavljala konkurenco zdravstvenemu zavodu, v katerem opravlja funkcijo. Zbornica meni, da so navedene zahteve prestroge za osebo, ki opravlja zgolj naloge vodenja organizacijske enote in ki ni odgovorna za poslovanje celotnega zavoda. Zbornica ne najde utemeljenega razloga za take omejitve zato ocenjuje, da gre za nedopusten poseg v svobodo dela oziroma svobodno gospodarsko pobudo.

K 23. 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.

Predlagana nova ureditev 38. člen ZZDej 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 omejitev 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.[1]

Tržno naravnanost 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.[2] 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, presegla določeno najvišjo ceno. To bi pomenilo ukinitev 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, 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 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.[3]

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

---

[1] 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.«.
[2] Komentar Ustave RS, urednik: Avbelj M., komentar 74. člena, Nova Gorica : Nova univerza, Evropska pravna fakulteta, 2019 (Ljubljana).
[3] 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.

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 ZZZS.

Predlagana določba glede na navedeno ni primerna za dosego 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 (npr. s povečanjem števila koncesij ali pa zaposlitvami in povečanjem storitev znotraj 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 zdravstvenih potreb prebivalstva 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.[4] 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).

Sporno je tudi, da je že na zakonski ravni določeno, da lahko Vlada RS določi najvišjo dovoljeno ceno do največ 150 odstotkov cene, ki jo za zdravstveno storitev zagotavlja obvezno zdravstveno zavarovanje. Ta cena bi lahko kvečjemu predstavljala spodnjo mejo za določitev cene. Po predlagani ureditvi pa bo tako Vlada lahko za tržne zdravstvene storitve določila tudi ceno, ki je nižja od cene, ki jo za zdravstveno storitev zagotavlja obvezno zdravstveno zavarovanje. Navedeno bi pomenilo, da bodo izvajalci v javni zdravstveni mreži za storitev, katere cena je na trgu regulirana, prejemali večje plačilo kot pa izvajalci izven javne zdravstvene mreže. Predlagana ureditev je očitno diskriminatorna in predstavlja nesorazmeren poseg v pravico do svobodne gospodarske pobude.

Zbornica nadalje opozarja, da je z vidika določitve storitev, katerih cene bodo predmet regulacije, nujno določiti tudi standarde in normative teh storitev. Primeroma, za storitve, ki se zagotavljajo v breme obveznega zavarovanja, se v skladu s 26. členom ZZVZZ standarde in normative določi v Pravilih obveznega zdravstvenega zavarovanja. Na smiselno enak način je potrebno urediti tudi regulacijo cen tržnih zdravstvenih storitev. Razumljivo je namreč, da lahko država določi maksimalne cene le za standardne storitve, s čimer se bo sledilo namenu ukrepa. Regulacija cen

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

pa seveda ni dopustna za storitve, ki so zaradi uporabljenih materialov in tehnik nadstandardne, ter kot take ne sodijo med pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Zbornica posebej tudi poudarja, da Zakon o kontroli cen (ZKC) 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 ZKC. Ta 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.*[5] 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. 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.

Predlog zakona določa, da se zdravstvena dejavnost medicine dela, prometa in športa, ki se opravlja za potrebe izvajanja programa preventivnega zdravstvenega varstva, in zdravstvena dejavnost, ki jo javni visokošolski in drugi zavodi, katerih ustanovitelj je Republika Slovenija, kot podporno zdravstveno dejavnost opravljajo za potrebe javnih zavodov (npr. dejavnost javnega zdravja, patologija, patoanatomska dejavnost, sodna medicina, klinična mikrobiologija, laboratorijska genetika, dejavnost medicine dela, prometa in športa) izvaja kot javna zdravstvena služba. Zbornica ocenjuje, da je potrebno v predmetni določbi bolj jasno določiti, katere storitve predmetni subjekti izvajajo kot javno zdravstveno službo, torej v breme sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja v skladu s področnimi predpisi. Potrebna je torej zlasti razmejitev

[5] Glej: Ustavnopravna vprašanja kontrole cen naftnih derivatov, Zagorc Saša, URL: https://journals.um.si/index.php/anali-pazu-hd/article/download/1696/1447/.

storitev medicine dela, prometa in športa, ki so predmet urejanja iz tega člena, od drugih storitev, ki jih ti izvajalci izvajajo v breme sredstev naročnikov.

Zbornica še ugotavlja, da je v novem sedmem odstavku 38. člena ministru dano zakonsko pooblastilo za določanje cen storitev medicine dela, prometa in športa glede zdravstvenih storitev, ki jih zagotavlja obvezno zdravstveno zavarovanje, in cen zdravstvene dejavnosti, ki jo javni visokošolski in drugi zavodi, katerih ustanovitelj je Republika Slovenija, kot podporno zdravstveno dejavnost opravljajo za potrebe javnih zavodov (npr. dejavnost javnega zdravja, patologija, patoanatomska dejavnost, sodna medicina, klinična mikrobiologija, laboratorijska genetika, dejavnost medicine dela, prometa in športa). Zbornica v prvi vrsti opozarja, da je materija določanja cen za storitve v javni zdravstveni mreži celovito urejena v ZZVZZ in sicer se te določajo v okviru splošnega dogovora, ki ga sprejmejo vsi deležniki oziroma v Uredbi Vlade. Relevantna določba vnaša izjemo glede določitve cen storitev v javni zdravstveni mreži za navedene storitve, pri čemer pa za specialno ureditev ni videti stvarnega in razumnega razloga niti ta ni razviden iz obrazložitve predloga zakona. Predlog zakona nadalje ministru daje *bianco* pooblastilo za izdajo podzakonskega akta brez nikakršnih omejitev. Zbornica predlaga, da se na zakonski ravni zapiše vsaj okvirne kriterije, ki jih mora minister spoštovati ko določa cene.

K 24. 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 državi enake obveznosti glede njihovega izvajanja, hkrati pa tudi enak dostop do njih. Zakon mora zagotoviti enakovreden in enakopraven položaj vseh izvajalcev v mreži javne zdravstvene službe, primeroma z izrecno določbo, da izvajalci zdravstvene dejavnosti s koncesijo izvajajo storitve v mreži javne zdravstvene službe pod enakimi pogoji kot javni zavodi ter s črtanjem določb iz katerih izhaja, da imajo javni zavodi prednost pri pridobitvi programa za izvajanje storitev v mreži javne zdravstvene službe.

Zbornica nadalje ocenjuje, da je nujno podaljšanje obdobja podelitve koncesij. 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. Upoštevajoč dejstvo, da se koncesije podeljujejo za določen čas, pa Zbornica predlaga, da enak mehanizem velja tudi za programe, ki jih izvajajo javni zavodi.

Ker bo po predlogu koncesija po novem vezana na osebo (prek odgovornega nosilca oziroma še bolj prek dejanskega lastnika), Zbornica predlaga, naj se pri določanju trajanja koncesije upoštevajo osebne okoliščine na strani koncesionarja, ne glede na to, ali je koncesija podeljena pravni ali fizični osebi. V praksi se obdobje podelitve koncesije namreč pogosto izteče zgolj nekaj let preden bi odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti izpolnil pogoje za starostno upokojitev. Kot delavec pred upokojitvijo (delavec, ki je dopolnil starost 58 let ali delavec, ki mu do izpolnitve pogojev za starostno upokojitev manjka do pet let pokojninske dobe) bi bil tak delavec po splošnih delovnopravnih predpisih (114. člen Zakona o delovnih razmerjih) varovana kategorija, ki ji delodajalec ne bi mogel odpovedati pogodbe o zaposlitvi iz poslovnega razloga. Koncesionar pa ni

deležen nobenega posebnega varstva, četudi lahko koncesija predstavlja večji del njegove dejavnosti in njeno prenehanje praktično pomeni izgubo zaposlitve. Zbornica zato predlaga specialno izjemo glede možnosti podaljšanja koncesije za predstavljeno varovano kategorijo. V primeru, da je odgovorni nosilec koncesije ob predvidenem prenehanju koncesije varovana kategorija po Zakonu o delovnih razmerjih naj se koncesija po samem zakonu podaljša do njegove izpolnitve pogojev za starostno upokojitev. Zbornica ocenjuje, da bi taka ureditve predstavljala ustrezno ravnovesje med pravicami varovanih kategorij delavcev, pravicami pacientov do kontinuirane zdravstvene obravnave ter možnostjo drugih izvajalcev, da konkurirajo za novo koncesijo po izteku obstoječe.

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.

Predlog zakona v 24. členu določa, da koncesija ni predmet dedovanja ali druge oblike pravnega prometa ter da je pravni posel s koncesijami ničen. Poleg tega določa, da je koncesija vezana na izvajalca zdravstvene dejavnosti: če se pravni status (pravnoorganizacijska oblika izvajalca) ali dejanski lastnik izvajalca zdravstvene dejavnosti v času trajanja koncesije spremeni, se koncesija odvzame.

Zbornica pri tem opozarja, da novo besedilo 44.č člena zakona določa, da mora ponudnik za pridobitev koncesije med drugim izpolnjevati pogoj, da mu v zadnjih petih letih ni bila odvzeta koncesija iz razlogov iz prvega odstavka 44.j člena tega zakona. Po predlogu zakona bo koncedent v skladu s 44.j členom zakona z odločbo odvzel koncesijo tudi v primeru, da bo koncesionar prenesel koncesijo na tretjo osebo oziroma če se v času trajanja koncesijskega razmerja spremeni pravni status oziroma dejanski lastnik koncesionarja v nasprotju s tretjim odstavkom 42. člena tega zakona. Navedeno torej pomeni, da bo v primeru spremembe pravnoorganizacijske oblike oziroma dejanskega lastnika koncesionarju koncesija odvzeta, nato pa mu bo za pet let onemogočena pridobitev nove koncesije. Predmetna ureditev je seveda povsem nesprejemljiva. Zbornica predlaga črtanje celotne ureditve glede vezanosti koncesije na pravni status in dejanskega lastnika iz v nadaljevanju predstavljenih razlogov. V primeru ohranitve tega pogoja pa je nujno črtanje pogoja za pridobitev koncesije, ki se nanaša na morebitne predhodne odvzeme koncesije. Tudi predlagatelj zakona v obrazložitvi na več mestih zatrjuje, da se bodo koncesionarji, ki jim je bila zaradi navedenih sprememb koncesija odvzeta, lahko (takoj) prijavili na nov razpis za pridobitev koncesije.

Predlagana ureditev po mnenju Zbornice predstavlja ustavno nedopusten poseg v svobodno gospodarsko pobudo, saj je koncesionarjem z njo v celoti odvzeta svoboda organiziranja poslovanja. Koncesionar tako v obdobju trajanja koncesije ne bo mogel spremeniti svoje statusne oblike oziroma dejanskega lastnika, saj mu bo ob tem prenehala koncesija, kar lahko pomeni tudi (prisilno) prenehanje njegove dejavnosti, če je to njegova edina dejavnost. Pri tem Zbornica še izpostavlja nedopustne posledice za paciente, saj bodo zgolj zaradi statusnega preoblikovanja koncesionarja ali spremembe dejanskega lastnika koncesionarja ostali brez zdravstvene oskrbe v lokalnem okolju, kar krši pravico pacientov do zdravstvenega varstva in do socialne varnosti.

Predlog zakona nadalje predvideva odvzem koncesije v primeru spremembe dejanskega lastnika, ki ga definira *kot fizično osebo, ki je končni lastnik koncesionarja ali ga nadzira ali kako drugače obvladuje, ali fizična oseba, v imenu katere se vrsta zdravstvene dejavnosti, ki je predmet koncesije,*

opravlja. Zbornica uvodoma opozarja, da definicija ni razumljiva, saj našteva zelo različne subjekte kot potencialne dejanske lastnike. Navedeno kaže na dejstvo, da predlagatelj zakona očitno ni v zadostni meri razdelal namena instituta in se najverjetneje niti ne zaveda vseh posledic njegove morebitne uvedbe. Zbornica posledično predlaga, da ministrstvo v prvi vrsti opravi analizo ustreznosti in same nujnosti uvedbe tovrstnega instituta z vidika podeljevanja koncesij v zdravstvu (poleg že obstoječega, a v praksi zelo problematičnega instituta odgovornega nosilca). Po oceni Zbornice bi lahko imela uvedba dodatnega instituta dejanskega lastnika brez ustreznih predhodnih analiz in razumevanja sistemskih implikacij izrazito negativne posledice za delovanje javne zdravstvene mreže.

Prav tako predlog zakona z zagroženim odvzemom koncesije v primeru spremembe dejanskega lastnika med trajanjem koncesije nedopustno posega v pravico do zasebne lastnine in svobodno gospodarsko pobudo, saj imetnikom poslovnih deležev ali ustanoviteljskih pravic v koncesionarju dejansko onemogoča razpolaganje z njihovimi premoženjskimi pravicami ter izvajanje gospodarske dejavnosti. 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 opozarja, da predlog zakona ob že tako preobremenjenem zdravstvenem sistemu in dolgih čakalnih dobah tvega bistveno okrnitev mreže javne zdravstvene službe in paciente izpostavlja tveganju, da bodo v primeru vsakršne spremembe (npr. smrti) dejanskega lastnika koncesionarja, ki je lahko tudi druga oseba kot (zobo)zdravnik, vsaj začasno (ali celo pet let) ostali brez koncesionarja, kar nasprotuje ustavnima pravicama pacientov do zdravstvenega varstva in do socialne varnosti.

Iz obrazložitve predloga zakona izhaja, da predlagatelj želi z navedenimi omejitvami zaščititi zakonitost in namenskost porabe sredstev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (OZZ) ter zagotoviti učinkovitost in enakopravnost kandidatov v transparentnih postopkih podeljevanja koncesij in preprečiti *de facto* prenose koncesij. Vendar odvzem koncesije v primeru spremembe dejanskega lastnika ali pravnega statusa koncesionarja ni niti primerno niti nujno in niti sorazmerno sredstvo za dosego teh ciljev.

Sama vezanost koncesije na dejanskega lastnika in določeno statusno obliko ne vodi proti zagotavljanju zakonitosti in namenskosti porabe sredstev OZZ, pa tudi sicer *per se* ne zagotavlja učinkovitosti in enakopravnosti kandidatov pri podeljevanju koncesij, saj navedene okoliščine sploh niso merilo oziroma pogoj za pridobitev koncesije. Opisani posegi v svobodno gospodarsko pobudo koncesionarjev in njihovo lastninsko pravico niso niti nujni za dosego zasledovanih ciljev, saj se lahko te cilje doseže z milejšimi ukrepi, npr. z regulacijo pogojev, ki jih mora koncesionar izpolnjevati ves čas podeljene koncesije. Predlagana ureditev ni niti sorazmerno sredstvo za dosego zasledovanih ciljev, saj prekomerno posega v svobodno gospodarsko pobudo in lastninsko pravico koncedentov, oziroma ju v primeru, da koncesijska dejavnost predstavlja pretežni del ali celotno poslovanje koncesionarja, celo izniči.

Sicer pa že obstoječa ureditev predvideva, da se mora koncedent strinjati s prenosom koncesije v okviru statusnega preoblikovanja. Če se ne strinja, lahko zavrne izdajo soglasja in s tem prepreči

prenos koncesije. Po mnenju Zbornice je predstavljena trenutna ureditev ustrezna. 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.). Po obstoječi ureditvi (v katero predlog zakona ne posega) se lahko med koncesijo s soglasjem koncedenta nadalje spremeni tudi odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti. Zbornica ocenjuje, da je na enak način potrebno omogočiti tudi spremembo dejanskega lastnika, saj gre za osebo, ki neposredno sploh nima vpliva na izvajanje zdravstvene dejavnosti in za katero zakon ne predvideva nobenih pogojev v postopku podelitve koncesije.

Po predlagani ureditvi bi bil tako koncedent, četudi bi se strinjal s spremembo pravnega statusa ali spremembo dejanskega lastnika koncesionarja, dolžan izvesti nov postopek podelitve koncesije, pri čemer bi koncesijo (v primeru črtanja pogoja, da 5 let ne more pridobiti koncesije, ki je po oceni Zbornice nujno) najverjetneje ponovno dobil obstoječi koncesionar, saj bi še vedno v enaki meri izpolnjeval pogoje in merila za podelitev koncesije. Navedena ureditev bi tako predstavljala izključno administrativno in časovno obremenitev, ki pa je zlasti v škodo pacientov, saj je okrnjena kontinuiranost njihove zdravstvene oskrbe. Zbornica ocenjuje, da je potrebno nujno zagotoviti možnost prenosa koncesije v primeru statusnega preoblikovanja izvajalca oziroma spremembe dejanskega lastnika tekom podeljene koncesije.

Predlog novele nadalje določa tudi, da lahko koncesionar izvaja zdravstveno dejavnost izven obsega podeljene koncesijske dejavnosti le kot tržno zdravstveno dejavnost v skladu z dovoljenjem za opravljanje zdravstvene dejavnosti in smiselno upoštevajoč pogoje iz drugega odstavka 31. člena tega zakona (torej pogoje za tržno dejavnost za javne zdravstvene zavode). Ta med drugim določa, da javni zavod morebitni presežek prihodkov nad odhodki porabi v skladu z aktom o ustanovitvi za opravljanje in razvoj zdravstvene dejavnosti v tem zavodu. V zvezi z navedenim velja poudariti, da je Ustavno sodišče podobno omejevanje razpolaganja koncesionarjev z dobičkom od koncesijske dejavnosti z odločbo št. U-I-194/17-21 z dne 15. 11. 2018 že razveljavilo, zato predlagana ureditev v tem delu ni ustrezna oziroma dopustna.

Zbornica nadalje opozarja, da je relevantna določba pomensko odprta in nejasna, saj zapoveduje smiselno upoštevanje pravil in pogojev za opravljanje tržne dejavnosti s strani javnega zavoda iz drugega odstavka 31. člena zakona, ki pa lahko precej posežejo v svobodo koncesionarja pri opravljanju zasebne prakse. Takšno sklicevanje na ureditev bi bilo potrebno omejiti zgolj na bistvene določbe, ki so nujno potrebne za zagotovitev ciljev zakona, ne pa pavšalno, neobrazloženo in neutemeljeno enačiti koncesionarjev z javnimi zdravstvenimi zavodi pri opravljanju tržne zdravstvene dejavnosti. Tržna dejavnost koncesionarjev bi bila po predlogu zakona tako smiselno pogojena s pravili, ki veljajo za javne zavode, kar predstavlja administrativno obremenjevanje izvajalcev (z izpolnjevanjem pravil, ki so specifična javnemu sektorju) brez vsakršne dodane vrednosti za uporabnike storitev – paciente.

K 25. 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 nadalje ocenjuje, da je potrebno zagotoviti enakopravno obravnavo izvajalcev v javni zdravstveni mreži torej koncesionarjev in javnih zdravstvenih zavodov. Posledično ni dopustno, da se pred podelitvijo koncesije preveri, ali lahko katerikoli javni zavod v okviru iste zdravstvene regije prevzame obseg programa te koncesijske dejavnosti. 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 javni zavodi pogosto izrazijo pripravljenost za prevzem programa ob podelitvi oziroma poteku koncesije, brez da bi imeli za to zagotovljene ustrezne kapacitete in kadre.

Predmetna ureditev je nadalje sporna tudi z vidika, da se obveznost preverjanja prevzema programa nanaša na katerikoli javni zavod v celotni zdravstveni regiji. Zbornica opozarja, da v skladu s tretjim odstavkom 9. člena veljavnega ZZDej zdravstveni dom lahko izvaja specialistično ambulantno dejavnost zgolj izjemoma za področja, ki niso vezana na bolnišnično zdravljenje, v skladu z mrežo javne zdravstvene službe. Posledično predlog zakona z zahtevo, da se pripravljenost prevzema programa preveri pri vseh javnih zavodih v regiji, zaobide oziroma brez razumnega razloga odstopa od splošnih pravil o ravneh izvajanja zdravstvene dejavnosti. Taka ureditev pa bi z vidika zdravstvenih regij pomenila tudi, da bi morala, če bi se uporabljal model regij po območnih enotah ZZZS, npr. občina Hrastnik pred podelitvijo nove koncesije preveriti možnost prevzema programa v morebitnih javnih zavodih v skoraj dve uri in pol oddaljeni Osilnici ali Cerknem, ne pa v 20 minut oddaljenem Laškem. Opisano razmejevanje po mnenju Zbornice ni smiselno in razumno, sploh glede na to, da se lahko zdravstveni delavec vključuje v program neprekinjenega zdravstvenega varstva skladno s 35. členom novele tudi v sosednjih regijah.

Iz enakega razloga je nerazumljivo tudi omejevanje opravljanja koncesije na posamezne zdravstvene regije, kot je določeno v 27. členu predloga novele. Kraj izvajanja koncesijske dejavnosti bi moral biti prepuščen dogovoru med koncesionarjem in koncedentem. Pri tem za koncesije na primarni ravni že velja vezanost na posamezno samoupravno lokalno skupnost, za koncesije na sekundarni ravni pa bo država določilo mrežo javne zdravstvene službe in območje koncesijske dejavnosti. Posledično ni potrebna zakonska omejitev na meje zdravstvene regije.

K 26. in 27. 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 (ZUP) 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 je podal zgolj pavšalno obrazložitev, zakaj bi bilo potrebno v

postopku podelitve koncesij odstopiti od splošnih pravil upravnega prava, saj pravi, da razlog za tak odstop od ZUP izhaja iz varovanja javnega interesa (javne mreže) in javnega financiranja. Morebitna domneva nesoglasja v primeru neizpolnjevanja pogojev za koncesijo ima namreč manjše negativne posledice (oziroma jih nima, saj se postopek lahko ponovi), medtem ko ima domneva soglasja v takem primeru lahko znatne in težko popravljive posledice.

Po oceni Zbornice 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 zasebništva 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. Varovanje javnega interesa (javne mreže) in javnega financiranja pa lahko ministrstvo enostavno zagotovi z ažurnim izvajanjem svojih zakonskih nalog. Pri tem 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 onemogočeno 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, ter ureditev, da država podeli koncesijo na primarni ravni, če občine ne dosežejo dogovora v (po novem obveznem) skupnem postopku podelitve koncesije, 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 na sekundarni ravni 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 opozarja, da se Uredba pogosto spreminja, zato morda ni smiselno, da se njeno vsebino prenaša v zakon, ki pa ga je težje spremeniti. Za koncesije na primarni ravni pa predlog zakona predvideva še višji minimalni obseg opravljanja koncesijske dejavnosti in sicer v višini 0,50 programa. Po oceni Zbornice ni videti utemeljenega razloga za strožje zahteve za koncesije na primarni ravni. Zaradi pomanjkanja zdravnikov bi morali imeti ravno koncedenti na primarni ravni več fleksibilnosti in torej tudi možnost podelitve koncesije za manjši obseg programa od 0,50. Navedeno velja zlasti ob predlagani ureditvi, da pred potekom veljavnosti koncesije koncedent preveri, ali lahko javni zavod (tudi zgolj delno) prevzame program. V primeru prenehanja koncesije v obsegu 0,50 programa bo torej javni zavod lahko prevzel le 0,10 programa, s tem pa v celoti onemogočil podelitev koncesije,

saj bo ostal prost program (zgolj) 0,40. Seveda pa bo izpad predmetnega programa pomenil bistveno zmanjšanje dostopnosti do zdravstvenih storitev v javni zdravstveni mreži, zato predlagana ureditev ni primerna. V praksi so pogosti tudi primeri, ko ima izvajalec zobozdravstva kombinacijo dveh različnih programov, vsakega v manjšem obsegu (odraslo in mladinsko zobozdravstvo). Navedeno je praviloma želja koncedenta, saj je tako zagotovljena boljša dostopnost do zdravstvenih storitev za njegove občane. Predlog zakona pa bo brez utemeljenega razloga onemogočil tako zagotavljanje zdravstvenih storitev v javni zdravstveni mreži, četudi v praksi dobro deluje.

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, pri čemer pogosto zgolj podaljša postopke podelitve koncesij. V praksi se namreč za vsak javni razpis praviloma sprejme samostojni koncesijski akt in torej ne pride do večjega števila javnih razpisov na podlagi enega koncesijskega akta, čemur je bil institut sicer namenjen.

K 28. členu

Predlog zakona predvideva, da mora ponudnik vse pogoje za pridobitev in opravljanje koncesije izpolnjevati že ob vložitvi ponudbe za pridobitev koncesije. Pogoji so številni in med drugim zahtevajo dovoljenje za opravljanje zdravstvene dejavnosti (predpostavka za pridobitev dovoljenja so ustrezni prostori in oprema), zaposlitev vseh kadrov, ki so financirani v primeru pridobitve koncesije itd. Zahteva, da bi moral ponudnik vse pogoje izpolnjevati že ob vložitvi ponudbe, je nevzdržna in *de facto* onemogoča pridobitev koncesije zdravnikom, ki šele začenjajo svojo dejavnost oziroma ki bi želeli izvajati zgolj koncesijsko dejavnosti, če bi uspeli pridobiti koncesijo (torej nimajo že obstoječe samoplačniške ambulante). Neživljenjsko je namreč pričakovati, da bo primeroma zdravnik specialist družinske medicine kupil ali najel ordinacijo, jo opremil, zaposlil vse kadre, nato pa se šele potegoval za pridobitev koncesije, pri čemer vedno obstaja tveganje, da bo koncesijo dobil drug ponudnik. Posledično je mogoče pričakovati, da se bodo za koncesije po novi ureditvi potegovale zgolj večje korporacije, ki si lahko privoščijo tovrstne finančne vložke še pred pridobitvijo koncesije oziroma finančna tveganja, ki so s tem povezana. Zbornica zato predlaga, da se ohrani obstoječa ureditev, po kateri mora ponudnik določene pogoje izpolnjevati ob vložitvi ponudbe, druge pred sklenitvijo koncesijske pogodbe, določene pa šele ob začetku opravljanje koncesijske dejavnosti.

Predlog zakona določa, da mora ponudnik za pridobitev koncesije izpolnjevati (med drugim) pogoj, da z nadzorom iz prvega odstavka 76. člena tega zakona ugotovljene kršitve glede opravljanja zdravstvene dejavnosti v zadnjih petih letih od vložitve ponudbe, pri čemer je v predlogu zakona po vsej verjetnosti izpadlo besedilo »ni bilo«, pravilno bi se torej pogoj moral glasiti: da z nadzorom iz prvega odstavka 76. člena tega zakona *ni bilo* ugotovljene kršitve glede opravljanja zdravstvene dejavnosti v zadnjih petih letih od vložitve ponudbe.

A v zvezi s takim pogojem Zbornica opozarja, da ZZDej v členih, ki urejajo nadzore, ne predvideva posebne postavke »v nadzoru ugotovljenih kršitev«, pač pa izvajalci nadzorov v svojih evidencah vodijo »odrejene ukrepe«. V izogib dvomu Zbornica pojasnjuje, da se v evidencah vodijo tudi podatki o ugotovljenih nepravilnostih in pomanjkljivostih. A velja opozoriti, da so v nadzorih zelo

pogosto ugotovljene določene pomanjkljivosti oziroma možnosti za izboljšavo (pogosto zgolj z vidika organizacije dela, administrativnih vidikov itd.). Predmetne kategorije tako nikakor ni mogoče enačiti z ugotovitvijo kršitev v nadzoru, niti ni dopustno odreči podelitve koncesije zgolj iz razloga ugotovljenih pomanjkljivosti. Z vidika podelitve koncesije so tako lahko relevantni le odrejeni ukrepi, ki pa se odredijo (zgolj) v primeru ugotovljenih kršitev. Ker pa je sam namen nadzora v odreditvi ukrepov, na podlagi katerih se lahko izvajalci uskladijo z zahtevanimi standardi delovanja, po oceni zbornice sama odreditev ukrepov ne bi smela onemogočiti pridobitve koncesije, pač pa je problematično šele, če se izvajalec ne uskladi z odrejenimi ukrepi. Tudi predlog zakona v 4. točki prvega odstavka spremenjenega 3.b člena ZZDej predvideva odvzem dovoljenja (le) če izvajalec v roku ne odpravi pomanjkljivosti, zaradi katerih bi lahko prišlo do neposredne nevarnosti za zdravje pacientov, ugotovljene z nadzorom iz prvega odstavka 76. člena tega zakona.

Zbornica z namenom notranje skladnosti predloga zakona predlaga poenotenje terminologije in predlaga, da naj se pogoj glasi: »*da je v primeru odrejenih ukrepov v roku odpravil pomanjkljivosti, zaradi katerih bi lahko prišlo do neposredne nevarnosti za zdravje pacientov, ugotovljene z nadzorom iz prvega odstavka 76. člena tega zakona v zadnjih petih letih od vložitve ponudbe.*«

Zbornica ponovno poudarja tudi nujnost črtanja pogoja za pridobitev nove koncesije, da ponudniku v zadnjih petih letih ni bila odvzeta koncesija, če je šlo za odvzem zaradi spremembe pravnoorganizacijske oblike in dejanskega lastnika. Tak pogoj se namreč, kot bolj podrobno pojasnjeno zgoraj, logično ne izide oziroma predstavlja očitno nesorazmeren poseg v svobodno gospodarsko pobudo in zasebno lastnino.

Predlog zakona nadalje dodaja obveznost, da ponudnik oziroma koncesionar meri dnevno delovno obremenitev zaposlenih, smiselno upoštevajoč 51.c člen tega zakona. Zbornica v zvezi z navedenim opozarja, da je nadzor nad učinkovitostjo njegovih delavcev v sferi koncesionarja, ta pa tudi nosi ves riziko glede navedenega, saj iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja prejme plačilo (le) za izvedene storitve oziroma realiziran program. Posledično ni dopustno niti smiselno, da se na zakonski ravni dodajajo obveznosti, ki posegajo v razmerje med delavci in delodajalci izven javnega sektorja, ki nimajo neposrednega vpliva na porabo javnih sredstev.

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

Zbornica nadalje izpostavlja, da predlog zakona v praksi tudi ni izvedljiv. Ukrep med drugim 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. V primeru odsotnosti koncesionarja oziroma pri njemu zaposlenih zdravstvenih delavcev oziroma sodelavcev (bolniška odsotnost, letni dopust itd.), je nadalje 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. 7. točka prvega odstavka spremenjenega 44.f člena sicer predvideva, da koncesionar in koncedent v koncesijski pogodbi uredita možnost začasnega nadomeščanja po podjemni pogodbi, a bi po oceni Zbornice moral že zakon urejati možnost, da se koncesijske storitve zagotavljajo tudi drugih zakonitih pravnih podlagah. Nadalje 7. točka prvega odstavka spremenjenega 44.f člena za zagotovitev nadomeščanja predvideva sklepanje (zgolj) podjemnih pogodb, kar kaže na očitno nerazumevanje predlagatelja, kako se nadomeščanje v praksi dejansko izvaja. Zaradi pomanjkanja kadrov, zlasti na primarni ravni, se nadomeščanje ne zagotavlja preko podjemnih pogodb torej na način, da bi se v delo koncesionarja začasno vključil dodaten zdravstveni delavec, pač pa se za potrebe nadomeščanja vedno povezujejo izvajalci med seboj. Pogosto tako javni zavodi in koncesionarji med seboj dogovorijo nadomeščanje, ki pa poteka na način, da primeroma v času odsotnosti koncesionarja vloge nadomestnega zdravnika opravljajo zaposleni v javnih zavodih in obratno. Pogosto se na lokalni ravni nadalje organizirajo posebne oblike sodelovanja med izvajalci, ki povečujejo dostopnost do zdravstvenih storitev (primeroma dežurne zobozdravstvene službe). Po predlogu zakona tako sodelovanje ne bo mogoče, zato izvajalci v javni zdravstveni mreži zaradi pomanjkanja kadrov najverjetneje sploh ne bodo mogli zagotoviti nadomestnega zdravnika v času svoje odsotnosti, hkrati pa bodo onemogočene lokalne oblike sodelovanja, ki v praksi sicer zelo dobro delujejo.

Zbornica nadalje opozarja na nesprejemljivost določbe, da če tekom izvajanja koncesije pride do zmanjšanja števila zaposlenih zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev, koncedent izda spremembo koncesijske odločbe, s katero zmanjša obseg programa podeljene koncesije. Če zmanjšanje presega minimalni obseg opravljanja koncesijske dejavnosti, pa se koncesija z odpovednim rokom treh mesecev odvzame. Zbornica opozarja, da po naravi stvari pri koncesionarjih lahko pride do začasnega zmanjšanja števila zaposlenih, a navedeno ne bi smelo pomeniti takojšnjega zmanjšanja obsega programa, dokler koncesionar uspe v tem prehodnem obdobju zagotovi ustrezno nadomeščanje na drugih zakonitih podlagah. Predlagana ureditev bi pomembno posegla v pravice pacientov do dostopne in kontinuirane zdravstvene obravnave, zato Zbornica predlaga njeno črtanje.

K 31. členu

Predlog zakona predvideva, da se v koncesijski pogodbi določi vrsto in obseg programa zdravstvene dejavnosti ter vrsto in obseg programa zdravstvenih storitev, ki so predmet koncesije. Zbornica je že opozorila na neustreznost drobljenja vrst zdravstvene dejavnosti na zdravstvene storitve, ki sodijo v posamezno vrsto zdravstvene dejavnosti. Takšnega reguliranja ne pozna nobena druga država in bi v primeru uveljavitve lahko bistveno zaviralo razvoj zdravstvene stroke. Navedeno pa še toliko bolj velja za koncesijsko dejavnost. Zbornica opozarja, da mora biti koncesionarju, ki pridobi koncesijo za določeno vrsto zdravstvene dejavnosti, nujno omogočeno izvajanje vseh zdravstvenih storitev, ki po pravilih stroke sodijo v to vrsto oziroma vseh storitev, za katere je strokovno usposobljen (sodijo v njegovo licenco). Po oceni Zbornice tako ni dopustno, da bi se na ravni koncesijske pogodbe določilo, da četudi je koncesionar pridobil koncesijo za določeno vrsto

zdravstvene dejavnosti, sme v okviru nje izvajati zgolj posamezne zdravstvene storitve. Takšna ureditev bi bila notranje neskladna s siceršnjo ureditvijo podelitve koncesij oziroma izvajanja zdravstvenih storitev v javni zdravstveni mreži, zlasti pa bi zmanjšala dostopnost do kvalitetne in celovite zdravstvene obravnave v javni zdravstveni mreži.

Predlog zakona predvideva, da se v koncesijski pogodbi določi obveznost koncesionarja glede zagotavljanja podatkov za potrebe nadzora iz 76. člena tega zakona in omogočanja nemotenega opravljanja nadzora. Zbornica pojasnjuje, 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 nadzorstev lahko vodilo v neenotno prakso glede nadzorov, ki bi lahko bila tudi sporna z vidika varstva osebnih podatkov. Pri zdravstveni dejavnosti se namreč 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.

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 ZPacP, ZZVZZ, Pravila OZZ 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.

Predlog zakona nadalje določa, da koncedent in koncesionar v koncesijski pogodbi uredita obveznost, da se koncesijski program izvaja le z zdravstvenimi delavci in zdravstvenimi sodelavci, zaposlenimi pri koncesionarju, razen za primer začasnega nadomeščanja koncesionarja oziroma pri njem zaposlenih, ko se lahko sklene podjemna pogodba z zdravstvenim delavcem, zaposlenim pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti v ali izven mreže javne zdravstvene službe, oziroma z zasebnim

zdravstvenim delavcem kot samozaposlenim, ne pa s samostojnim podjetnikom posameznikom. Zbornica v zvezi z navedenim poudarja, da ni videti stvarnega in razumnega razloga za neenako obravnavo zasebnega zdravstvenega delavca kot samozaposlenega in samostojnega podjetnika posameznika, saj gre v bistvenem za enako obliko izvajanja zdravstvene dejavnosti. Neustreznost predlagane ureditve z vidika nadomeščanja oziroma možnih oblik sodelovanja pa je Zbornica bolj podrobno pojasnila že v komentarju k 8. in 28. členu.

Po predlogu zakona se v koncesijski pogodbi določi tudi obveznost koncesionarja, da zagotovi hrambo zdravstvene dokumentacije pacientov in krije morebitne stroške te hrambe. Zbornica predlaga črtanje te določbe. V času izvajanje koncesijske dejavnosti je koncesionar že neposredno na podlagi področnih predpisov dolžan zagotoviti ustrezno ravnanje z zdravstveno dokumentacijo. Za primer prenehanja izvajalca pa predlog zakona celovito in enotno ureja ravnanja z zdravstveno dokumentacijo v novem 3.č členu ZZDej. Dodatno urejanje te materije v koncesijskih pogodbah pa bi vodilo v neenotno in nepregledno prakso ravnanja z zdravstveno dokumentacijo pacientov.

Zbornica nadalje predlaga, da se v primeru ohranitve instituta dejanskega lastnika oziroma omejitve statusnega preoblikovanja doda kot nebistvene spremembe koncesijskega razmerja, ki so torej možne tekom koncesijskega razmerja s soglasjem koncedenta, tudi spremembe dejanskega lastnika oziroma pravnoorganizacijske oblike. Po oceni Zbornice namreč ni videti stvarnega in razumnega razloga, zakaj predlog zakona primeroma dopušča spremembo odgovornega nosilca ne pa tudi dejanskega lastnika, ki ima še manjši vpliv na izvajanje koncesijske zdravstvene dejavnosti.

Predlog zakona po novem ureja tudi vsebino pogodbe o financiranju koncesijske dejavnosti, ki jo skleneta koncesionar in ZZZS. V zvezi s predvideno pogodbo o financiranju koncesijske dejavnosti Zbornica opozarja, da je ZZVZZ sistemski zakon s tega področja, ki celovito in enotno ureja sklepanje pogodbe z izvajalci v javni zdravstveni mreži, ta materija pa se dodatno ureja v splošnem dogovoru, ki ga sklenejo deležniki na podlagi ZZVZZ. Predlagatelj v predlogu zakona ne obrazloži, zakaj to materijo delno prenaša v drug predpis, ki torej ni krovni zakon glede financiranja zdravstvenih storitev v javni zdravstveni mreži. Pri tem velja opozoriti, da bodo po predlogu zakona v ZZDej urejene le pogodbe, ki jih ZZZS sklepa s koncesionarji, pogodbe med ZZZS in drugimi izvajalci pa ostajajo urejene v ZZVZZ, kar ob odsotnosti določb o razmerju med ZZDej in ZZVZZ pripelje do neskladnosti.

Z vidika financiranja javne zdravstvene službe je tako pogodba o financiranju storitev povsem nesistematičen odstop od sistema iz krovnega ZZVZZ. Ta določba sedaj za različne izvajalce zdravstvene dejavnosti v javni mreži prinaša različne režime, saj bodo koncesionarji drugače obravnavani kot javni zavodi. Pri tem novela nalaga koncesionarjem dodatne obveznosti (npr. poročanje ZZZS-ju o stroških storitev), ki jih javni zavodi sploh nimajo. Ravno pri javnih zavodih pa je zagotovljeno kritje izgub iz javnih virov, če stroški storitev presegajo prihodke zavoda, kar spet predstavlja neutemeljeno razlikovanje.

K 33. členu

Predlog zakona predvideva, da lahko koncedent koncesionarju odvzame koncesijo, če ta neupravičeno (v nasprotju z obveznostjo iz 16. točke prvega odstavka 44.f člena tega zakona) odklanja bolnike, ki želijo opraviti zdravstveno storitev, za katero ima podeljeno koncesijo. Že v komentarju k 31. 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 zanjo 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 pogojev za opravljanje koncesijske dejavnosti iz prvega odstavka 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 35. členu

Predlog zakona predvideva, da se (vsi) zdravstveni delavci zaposleni pri zdravstvenem zavodu, koncesionarji oziroma zdravstveni delavci zaposleni pri koncesionarju, vključijo v program zagotavljanja neprekinjenega zdravstvenega varstva na območju zdravstvene regije, kjer opravljajo zdravstvene storitve oziroma sosednjih zdravstvenih regij, in sicer pri izvajalcu neprekinjenega zdravstvenega varstva. Predlog zakona pa ne določa kriterijev za določitev obsega, v katerem so se zdravstveni delavci dolžni vključevati v neprekinjeno zdravstveno varstvo, niti ni povsem jasno, ali gre za obveznost posameznega zdravstvenega delavca ali njegovega delodajalca, ki sklene pogodbo z izvajalcem NZV. Po mnenju Zbornice bi bilo potrebno v predlog ukrepa vključiti tudi bolj natančne strokovne omejitve in opredelitve glede vključevanja v neprekinjeno zdravstveno varstvo.

Predlog zakona nadalje 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 dosedanjo enotno ureditev, da nadomeščanje zagotovi izvajalec neprekinjenega zdravstvenega varstva.

Predlog zakona v novem 51.b členu predvideva, da se za zdravstvenega delavca ali zdravstvenega sodelavca, zaposlenega v javnem zavodu, meri dnevna delovna obremenitev glede na število opravljenih zdravstvenih storitev, upoštevajoč njihovo zahtevnost in kompleksnost, in sicer:

- v rednem delovnem času,
- v času, ko opravlja nadurno delo in dežurstvo,
- v času, ko opravlja dopolnilno delo pri lastnem delodajalcu,
- v času, ko opravlja delo na podlagi podjemne pogodbe pri lastnem delodajalcu,
- v času, ko opravlja tržno zdravstveno dejavnost.

Obseg minimalne mesečne delovne obremenitve, ki zagotavlja polno in kontinuirano delovno obremenitev zaposlenega, naj bi bil pri tem sestavni del pogodbe o zaposlitvi in se kot merilo upošteva za načrtovanje dela in organizacijo delovnih procesov.

Predlog zakona tako zgolj deklarativno napoveduje merjenje učinkovitosti zdravstvenih delavcev, vendar brez konkretnih izpeljav. To je seveda lažje napovedati kot pa izvesti, zlasti ker bi morali biti osnovni nastavki za takšne spremembe vključeni v pravkar sprejeti Zakon o zagotavljanju kakovosti v zdravstvu, na katerega pa se ta predlog v ničemer ne naslanja. Če bi bil sistem, kot si ga predstavlja predlagatelj, nekritično uveden, bi lahko javni sektor prevzel negativne finančne spodbude, ki bi ga vodile k izbiranju lažjih pacientov oziroma storitev ali celo zmanjševanju kakovosti storitev s pretiranim povečanjem števila obravnav. Takšna tveganja so očitna, saj država na področju razvoja in vzpostavitve takšnih sistemov doslej ni storila nobenih vsebinskih premikov, kar dodatno poudarja nepremišljenost in odsotnost strateškega pristopa k uvedbi teh novosti. Po mnenju zbornice je nadzor nad izvajanjem storitev potreben, a bi moral biti zanj v prvi vrsti pristojen in odgovoren izvajalec oziroma vodje posameznih enot v okviru njega.

Zbornica opozarja, da je predmetni člen neustrezen, saj zgolj s pavšalno omembo zahtevnosti in kompleksnosti storitev ne upošteva specifičnosti in raznolikosti dela zdravnikov, ki vključuje visoko intelektualno obremenitev, nepredvidljiv delovni proces, hitro odločanje v kompleksnih situacijah, etične dileme ter časovno zahtevno delo z dokumentacijo, timsko sodelovanje in koordinacijo z drugimi specialisti. Vse navedeno onemogoča enostavno kvantitativno merjenje učinkovitosti, kot si ga je zamislil predlagatelj zakona.

Tuje izkušnje kažejo, da avtomatizirano merjenje učinkovitosti ne upošteva kompleksnosti kliničnega dela in nepredvidljivih situacij, kar vodi do poenostavljenih ocen, ki ne odražajo dejanskega prispevka zdravnikov. Ocenjevanje na podlagi kvantitativnih kazalnikov, kot je število obravnav, spodbuja manj poglobljeno delo in s tem slabša kakovost zdravstvene oskrbe.

Uvedba tovrstnega nadzora predstavlja nesorazmeren poseg v ustavno pravico do zasebnosti (35. člen Ustave RS). Takšen sistem nadzora, ki ni primerljiv z nobeno drugo dejavnostjo v javnem sektorju, je še posebej nenavaden glede na naravo dela intelektualnih poklicev, kjer se pričakuje visoka stopnja avtonomije in zaupanja. Nadzor, ki pretirano posega v vsakodnevno delo zdravnikov, je poniževalen do zdravniškega poklica in ne upošteva specifičnih zahtev njihovega dela, kar lahko vodi v demoralizacijo, dolgoročno slabi razvoj poklica, škodi njegovemu ugledu in mladim daje slabo spodbudo za vstop v zdravniški poklic.

Poleg tega predlog zakona predvideva možnost, da se s pogodbo o zaposlitvi odstopi od ureditve, ki je že določena v Kolektivni pogodbi za zdravnike in zobozdravnike, ki napotuje na spoštovanje Modre knjige standardov in normativov, na katero je vlada v okviru kolektivnega pogajanja pristala kot na zavezujočo ureditev maksimalnih obremenitev zdravnikov. Takšno odstopanje je nedopustno poseganje v kolektivno dogovarjanje, saj zakon ne more zahtevati sklepanja pogodb o zaposlitvi, ki ne upoštevajo dogovorjenih standardov iz kolektivne pogodbe. Predmetna ureditev je tudi notranje neskladna, saj predlog zakona v 37. členu določa, da kot minimalni standard v javnem zavodu velja standard, določen v kolektivni pogodbi s področja zdravstva.

Novela uvaja obveznost merjenja dnevne delovne obremenitve in poročanja tudi za koncesionarje, kar znova predstavlja nepotrebno dodatno administrativno obremenjevanje koncesionarjev na škodo pacientov. Pri tem je potrebno vzeti v obzir, da velika večina koncesionarjev dela v osnovnem zdravstvu, tudi na področju družinske medicine in pediatrije, ki se splošno sooča s perečim problemom hudega pomanjkanja zdravnikov. Takšno nepremišljeno nalaganje dodatnega dela skupaj z resnimi omejitvami dela koncesionarjev gre ravno v nasprotju z zavezo države, da bodo

zdravniki administrativno razbremenjeni. Vse navedeno bo povzročilo, da bodo številni starejši zdravniki, ki še vztrajajo v koncesijskih razmerjih, pahnjeni v upokojitev, kar bo neposredno povečalo krizo z neopredeljenimi pacienti in zmanjšalo dostopnost javnega zdravstvenega sistema.

Upoštevajoč vse navedeno Zbornica ugotavlja, da je nujno črtanje predlaganega novega 51.b člena.

K 36. 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 (drugem javnem zavodu) po podjemni pogodbi, 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. Taka ureditev bi bila namreč diskriminatorna ter bi predstavljala nesorazmerni poseg v svobodo dela. Zlasti pa je taka ureditev v nasprotju s ciljem, ki ga zasleduje predlog zakona, da bi zdravstveni delavci čim več storitev opravili pri lastnem delodajalcu (javnem zavodu).

Predlog zakona nadalje predvideva, da organizacijo in financiranje neprekinjenega zdravstvenega varstva, posamezne oblike dela, s katerimi se ta zagotavlja, merila za njihovo razmejitev, način uvajanja novih zdravstvenih delavcev v organizacijo neprekinjenega zdravstvenega varstva, evidentiranje opravljenih zdravstvenih in drugih storitev (analizo obremenjenosti zdravstvenih delavcev), 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 37. 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 izpostavljamo, da so v Franciji reforme 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.[6] Zdravniki

[6] 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

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).[7] Zdravniki, ki so zaposleni v univerzitetnih bolnišnicah in izvajajo pedagoške aktivnosti, lahko nadalje v svoje zasebne namene uporabljajo bolnišnične prostore, ki so javni.[8] 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.[9] Tudi vse naslednje države so v raziskave OECD, Health System Characteristics Survey 2023,[10] navedle, da je t.i. dvojna praksa, torej sočasno delo v javnem in zasebnem sektorju, pri njih dovoljena: Avstralija, Belgija, Kostarika, Češka, Estonija, Nemčija, 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 uslužbence oziroma zaposlene v RS. 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 ureditve 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 delovnopravna 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

---

[7] 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

[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] 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_HSCS2023%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

[10] URL: https://dataexplorer.oecd.org/vis?tm=dual&pg=0&snb=4&df[ds]=dsDisseminateFinalDMZ&df[id]=DSD_HSCS2023%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

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 prestanega testa sorazmernosti, ki pa ga dodatne omejitve, kot jih predvideva predlog zakona, po oceni Zbornice ne prestanejo. 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. Če 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 drugi 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.

Zbornica zato predlaga, da se iz vseh zgoraj predstavljenih pogojev v petem odstavku spremenjenega 53.b člena doda še dodatna izjema in sicer, da se soglasje lahko izda tudi za opravljanje zdravstvenih storitev v okviru tržne zdravstvene dejavnosti pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti v okviru mreže javne zdravstvene službe ali izven nje, če s tem ne bo povzročena škoda javnemu zavodu oziroma motnja pri opravljanju dejavnosti javnega zavoda. Zgolj s tako dopolnitvijo bi bil ukrep lahko sorazmeren oziroma skladen s siceršnjo ureditvijo konkurenčne prepovedi, ki velja za vse druge delavce v Republiki Sloveniji.

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. 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 ZZZS ne krije iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, v javnih zdravstvenih zavodih pa se sploh ne izvajajo. Predstavniki zobozdravnikov primeroma izpostavljajo, da ZZZS 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 opeklin 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 celostno 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 odločiti 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.

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, delavec pa ima praviloma sklenjeno delovno razmerje za nedoločen čas (zgolj izjemoma za določen čas, če so izpolnjeni pogoji iz ZDR-1). Posledično ni vzdržno, niti za delavca, niti za delodajalca, da je vsakih 6 do 12 mesecev izpostavljen tveganju, 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 in tudi zdravstvenega delavca po 89. členu ZZDej.

Zbornica posledično predlaga, da se ureditev iz 53.b člena ZZDej ne nanaša na opravljanje zdravstvenih storitev v okviru delovnega razmerja, zlasti ne v primeru delnih zaposlitev za krajši delovni čas od polnega. 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, ker po tem členu sklepa podjemno pogodbo samo javni zavod, 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 moralo 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.

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, Zbornica ocenjuje, da je na mestu odprava časovne omejitve izdanih soglasij na največ 12 mesecev. 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 do dvanajstih 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 soglasje. 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.

Po predlogu zakona se soglasje izda, 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). Opozoriti velja tudi, da je termin *enake storitve* preširok, saj je lahko posamezna storitev oziroma pacient v določenem oziru specifičen in je zato potrebna vključitev določenega zunanjega delavca, kar pa ne bi smelo preprečiti izdaje soglasja zaposlenim za primerljive storitve, ki pa vseeno niso enake (z vidika težavnosti, kompleksnosti itd.). 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 anesteziologa, je vsem zaposlenim anesteziologom v UKC Ljubljana preklicano soglasje za delo pri drugih izvajalcih v javni zdravstveni mreži. Z eno samo sklenitvijo podjemne pogodbe se torej 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 novih pogojev za izdajo 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, za katero se izdaja soglasje, v posameznem koledarskem letu realizira celotni program, dogovorjen z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije (preračunano kvartalno). Po oceni Zbornice je nesprejemljivo, da bi bilo zdravstvenemu delavcu, ki je realiziral svoj program, onemogočena pridobitev soglasja, ker 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 ZZZS eno leto, zato ni ustrezno ugotavljanje realizacije v krajšem časovnem obdobju.

Predlog zakona nadalje določa, da se soglasje izda le, če zdravstveni delavec ne odklanja nadurnega dela, stalne pripravljenosti, dežurstva, vključevanja v neprekinjeno zdravstveno varstvo in morebitnih drugih oblik dela pri delodajalcu, pri čemer se za delavce, ki sodijo v kategorijo, za katere zakon, ki ureja delovna razmerja, določa posebno varstvo, upošteva zgolj omejitve glede nočnega dela. Zbornica opozarja, da tovrstna določba nedopustno posega v varovane kategorije po ZDR-1, 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 nadurnim delom. Predlog zakona namreč zahteva, da tudi te kategorije opravljajo nadurno delo, če želijo soglasje za popoldansko delo pri drugem izvajalcu. Predlagatelj zakona pa se pri tem očitno ne zaveda zahtevnosti nadurnega dela v npr. neprekinjenem zdravstvenem varstvu. NZV predstavlja najbolj stresno in zahtevno delo za vse skupine zdravstvenih delavcev. Zdravniki, ki zaradi starosti prenehajo opravljati nadurno delo, 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, bolj rutinskemu delu (pri drugem delodajalcu). 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 pripravljeni. 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.

Zbornica ne vidi stvarnega in razumnega razloga, zakaj zdravstveni delavec, ki je delno zaposlen v javnem zavodu delno pa pri drugem izvajalcu (znotraj ali izven javne zdravstvene mreže), ne bi mogel pridobiti soglasja za dopolnilno delo ali za delo preko podjemne pogodbe primeroma v drugem javnem zavodu. Po oceni Zbornice torej ni smotrno, da lahko zdravstveni delavec soglasje za dodatno delo pridobi le v primeru polne zaposlitve pri enem ali več javnih zavodih, pač pa bi se moralo vsem zdravstvenim delavcem, ki so pripravljeni in zmožni zagotavljati dodatne storitve v okviru javne zdravstvene mreže, to omogočiti. Zbornica zato predlaga črtanje predmetne določbe, v primeru ohranitve pa naj se omejitev nanaša na zdravstvene delavce, ki niso zaposleni za polni delovni čas v okviru javne zdravstvene mreže. V primeru delne zaposlitve v javnem zavodu in delne pri koncesionarju je zdravstvenemu delavcu tako nujno omogočiti pridobitev soglasja za izvajanje še dodatnih storitev v okviru javne zdravstvene mreže.

Nadalje predlog zakona ustvarja nedopustno razlikovanje med zdravniki oz. zobozdravniki, ki so zaposleni v enem javnem zavodu in tistimi, ki so zaposleni v dveh ali več javnih zavodih skupno do polnega delovnega časa. Slednji bodo namreč potrebovali soglasje vsakega izmed javnih zavodov za delo pri drugem javnem zavodu, ob tem pa bo za njih veljala prepoved, da pri drugem zavodu ne smejo opravljati tržne zdravstvene dejavnosti. Navedeno pomeni, da zdravnik zaposlen za 30 % polnega delovnega časa v enem, 70 % polnega delovnega časa pa v drugem javnem zavodu, ne more delati tržne dejavnosti v nobenem izmed teh dveh javnih zavodov (njegovih delodajalcev), če pa je zaposlen zgolj v enem javnem zavodu, pa lahko pri tem opravlja delo tudi v tržni dejavnosti.

Glede na navedeno zbornica predlaga, da se ohrani trenutno veljavna ureditev, po kateri lahko zdravstveni delavci, ki so zaposleni v javnih zavodih, opravljajo tudi delo izven javne mreže, saj se s tem povečuje dostopnost pacientov do zdravstvenih storitev in se hkrati ne povzroča nikakršne škode delovanju javnega zdravstvenega sistema.

Po predlogu zakona zdravstveni delavec oziroma zdravstveni sodelavec, ki mu je bilo soglasje v določenih primerih preklicano, v šestih mesecih od preklica ne glede na izpolnjevanje ne more pridobiti novega soglasja za delo pri drugem izvajalcu zdravstvene dejavnosti v okviru mreže javne zdravstvene službe. En od primerov, ko se zdravstvenemu delavcu soglasje prekliče in mu je onemogočena pridobitev novega, je tudi, če ne sporoči obsega realiziranih ur opravljanja zdravstvenih storitev pri drugem izvajalcu zdravstvene dejavnosti v okviru javne zdravstvene mreže. Pri tem pa te podatke tako v evidenco NIJZ kot tudi javnemu zavodu (delodajalcu) sporoča že izvajalec, pri katerem zdravstveni delavec opravlja delo na podlagi podjemne pogodbe, torej gre za podvojeno obveznost sporočanja podatkov. Ne glede na navedeno bo zdravstvenemu delavcu, ki morebiti pozabi še sam sporočit te podatke, odvzeto soglasje in mu bo za šest mesecev prepovedana pridobitev novega. Hkrati v tem primeru zdravstveni delavec odgovarja tudi za prekršek. Zbornica ocenjuje da gre za nesorazmerno prepoved, ki pretirano posega v pravice zdravstvenih delavcev, hkrati pa zmanjšuje dostopnost do zdravstvenih storitev v javni zdravstveni mreži.

V petem odstavku spremenjenega 53.b člena, ki predstavlja izjemo od siceršnje ureditve izdaje soglasja v tem členu, manjka navedba, da lahko delodajalec izda soglasje tudi ne glede na zahteve in omejitve iz prvega odstavka tega člena. V prvem odstavku je namreč določena omejitev, da zdravstveni delavec ne sme opravljati storitev v okviru tržne zdravstvene dejavnosti. Peti odstavek pa očitno odstopa tudi od te omejitve, saj omogoča izvajanje določenih storitev izven javne zdravstvene mreže (storitev medicine dela, prometa in športa, zdravstvenega varstva na prireditvah itd.), zato je potrebna tudi navedba prvega odstavka v petem odstavku spremenjenega 53.b člena.

Zbornica nadalje opozarja na neprimernost določbe, da soglasja ni mogoče izdati zdravstvenemu delavcu ali zdravstvenemu sodelavcu, ki pri javnem zavodu dela krajši delovni čas skladu s predpisi o pokojninskem in invalidskem zavarovanju, zdravstvenem zavarovanju ali starševskem varstvu oziroma zaradi potreb usklajevanja poklicnega in zasebnega življenja. Primeroma, posamezni zdravstveni delavec je bil že pred nastankom invalidnosti zaposlen pri dveh delodajalcih (primeroma dveh javnih zavodih), skupno do polne zaposlitve. Po pridobitvi pravice do dela s krajšim delovnim časom zaradi invalidnosti pa ima tak zdravstveni delavec seveda pravico še naprej ostati zaposlen pri obeh delodajalcih in torej zgolj sorazmerno zmanjšati obseg zaposlitve pri vsakem izmed njih. Predlog zakona pa bo takemu zdravstvenemu delavcu v celoti onemogočil pridobitev vzajemnih soglasij za delo pri drugem delodajalcu in mu s tem onemogočil, da še naprej ostane zaposlen v obeh javnih zavodih. Predlagana ureditev tako diskriminira zdravstvene delavce na podlagi osebnih okoliščin (zdravstvenega stanja, starševstva itd.), kar ni dopustno, zato Zbornica predlaga črtanje predmetne določbe.

K 38. členu

Predlog zakona 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 dnevni delovni obremenitvi zdravstvenih delavcev oziroma zdravstvenih sodelavcev in podatkovne analize stroškov po vrstah zdravstvenih dejavnosti izhaja, da ni mogoče skleniti pogodbe o zaposlitvi za polni ali krajši delovni čas ali za dopolnilno delo in konkretna podjemna pogodba javnemu zavodu prinaša korist z vidika časa, strokovnosti, kakovosti in varnosti 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.

Nadalje ni ustrezna določba, da mora zdravstveni delavec oziroma sodelavec pred sklenitvijo podjemne pogodbe predložiti soglasje za delo iz 53.b člena tega zakona. Soglasje iz 53.b člena lahko namreč pridobi le zdravstveni delavec zaposlen v javnem zavodu. Zdravstveni delavci, zaposleni pri drugih izvajalcih, primeroma pri koncesionarju, pa tako ne morejo predložiti soglasja iz 53.b člena. Zbornica zato predlaga, da se ohrani smiselno enako določbo, kot jo vsebuje že veljavni zakon in sicer: *Zdravstveni delavec iz prvega odstavka prejšnjega člena pred sklenitvijo podjemne pogodbe predloži veljavno soglasje za delo pri drugem javnem zdravstvenem zavodu.*

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 bolj ugodno davčno obravnavo podjemnih pogodb, ki jih javni zavodi sklepajo z lastnimi zdravstvenimi delavci, kar ustvarja nedopustno davčno razlikovanje napram podjemnim pogodbam, ki jih drugi izvajalci sklepajo za tovrstne storitve, kot tudi napram podjemnim pogodbam, ki jih sklepa javni zavod, a ne z lastnim zaposlenim, pač pa z drugimi zdravstvenimi delavci in sodelavci. Zbornica ocenjuje, da bi se morala tovrstna bolj ugodna davčna obravnava zagotoviti za vse podjemne pogodbe, ki jih sklepajo izvajalci zdravstvene dejavnosti.

Pri tem se posebni davek na določene prejemke od izplačil na podlagi podjemnih ne plačuje le, če javni zavod dosega zastavljene letne cilje, ki sledijo namenu iz prvega odstavka tega člena, o čemer ministrstvo, pristojno za zdravje, izda potrdilo, ki velja za posamezno koledarsko leto. Podrobnejša merila za določitev letnih ciljev javnega zavoda, način letnega preverjanja njihove realizacije in način poročanja določi minister, pristojen za zdravje, v soglasju z ministrom, pristojnim za finance. Zbornica ugotavlja, da predlog zakona ne določa letnih ciljev niti meril za njihovo določitev. Posledično bo prepuščeno diskreciji ministrstva za zdravje, da določi le-te oziroma da določi javne zavode, ki bodo lahko s svojimi zaposlenimi sklepali davčno bolj ugodne podjemne pogodbe. Tovrstno arbitrarno urejanje predstavlja neprimeren poseg politike v delovanje javnih zavodov, zato Zbornica predlaga črtanje relevantnih določb. Vsem javnim zavodom naj bo torej omogočeno sklepanje davčno bolj ugodnih podjemnih pogodb z lastnimi zaposlenimi, pod pogoji iz spremenjenega 53.c člena zakona.

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 mankov 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.

Ob vsem navedenem pa Zbornica izpostavlja, da predlagatelj ni stvarno utemeljil vzroka za izrecno izključevanje samostojnih podjetnikov posameznikov kot statusne oblike od sklepanja podjemnih pogodb. Zbornica meni, da je takšno neargumentirano in samovoljno izključevanje samostojnih podjetnikov posameznikov pravno nedopustno. Svoboda gospodarske pobude namreč veleva, da se specifično gospodarsko dejavnost oziroma pravnoorganizacijsko obliko sme omejevati le, če so za to podani utemeljeni razlogi javnega interesa, ki pa jih v konkretnem primeru predlagatelj zakona ni uspel izkazati. Načelo enakosti nadalje od zakonodajalca zahteva, da enaka razmerja ureja enako in različna različno. V zvezi z navedenim Zbornica opozarja, da predlagatelj zakona na več mestih neenako obravnava samostojne podjetnike posameznike in zasebne zdravstvene delavce, četudi gre v bistvenem za enaki oziroma primerljivi pravnoorganizacijski obliki.

K 39. členu

Predlog zakona predvideva, da zdravstveni delavec svojemu delodajalcu najpozneje do 15. 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 v okviru mreže javne zdravstvene službe na podlagi izdanega soglasja (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 oziroma zdravstveni sodelavec 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 oziroma zdravstveni sodelavec (tedensko in mesečno, s prikazom števila ur po dnevih ter časom začetka in konca opravljanja dela)* javnemu zavodu, ki je soglasje podal, do 15. v mesecu za pretekli mesec, in sicer za vsak mesec veljavnosti podjemne pogodbe ter jih sproti vnaša v zbirko NIJZ 16.

Zbornica ocenjuje, da gre za dvojno poročanje v bistvenem 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 in se torej obveznost poročanja prenese od zdravstvenega delavca na izključno izvajalca zdravstvene dejavnosti.

K 40. 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 delovnopravnih omejitev pri obeh izvajalcih, kjer zdravstveni delavec opravlja delo.

Zbornica ocenjuje, da celoten predlog zakona vsebuje številne prepovedi in omejitve za zdravstvene delavce, pri tem pa predlog zakona ne vsebuje praktično nobenega konkretnega ukrepa, ki bi povečal privlačnost zaposlitve in dela v javnih zdravstvenih zavodih. Predlog zakona je v prejšnjih verzijah namreč predvideval vsaj dodatek za večje število opredeljenih pacientov in posebno ureditev delovne uspešnosti za zaposlene v zdravstvu. V zadnji verziji predlog zakona pa ta navedenega ne ureja več, pač pa predvideva zgolj, da se bodo določbe, ki urejajo del plače za delovno uspešnost iz novega Zakona o skupnih temeljih sistema plač v javnem sektorju (ZSTSPJS) lahko za zaposlene v zdravstvenih zavodih začele uporabljati že pred 1. januarjem 2026, pod pogojem, da se pred začetkom uporabe teh določb v skladu s 74. členom ZSTSPJS v kolektivni pogodbi dejavnosti ali poklica uveljavijo kriteriji za določitev dela plače za delovno uspešnost. Zakon torej uporabo navedenih določb veže na sklenitev ustrezne kolektivne pogodbe in zdravstvenim delavcem neposredno ne zagotavlja nobene oblike nagrajevanja. Predlog zakona tudi predvideva, da z dnem začetka uporabe teh določb preneha veljati 16. člen Zakona o nujnih ukrepih za zagotovitev stabilnosti zdravstvenega sistema, ki sicer do 31. decembra 2026 predvideva dodatek za povečan obseg dela za posebne obremenitve.

Zbornica ocenjuje, da je črtanje posebnega dodatka za povečan obseg dela za posebne obremenitve zelo nestimulativno za zdravstvene delavce, saj ni pričakovati, da bi se zmanjšal obseg njihovega dela, pri čemer pa bo ukinjeno plačilo za tak povečan obseg dela. Takšna predčasna ukinitev dodatka bi lahko pomenila tudi poseg v pričakovane pravice zaposlenih.

Zbornica nadalje opozarja, da predlog zakona predvideva, da podrobnejša navodila za porabo dodatnih sredstev za del plače za delovno uspešnost, upoštevajoč poslovno uspešnost javnega zavoda, strokovnost, kakovost in varnost izvajanja zdravstvenih storitev ter razvojno naravnanost javnega zavoda, določi minister, pristojen za zdravje. Zbornica opozarja, da bi moral predlog zakona vodstvu javnih zavodov omogočiti učinkoviti kadrovski management in več diskrecije pri nagrajevanju javnih zavodov. Namesto tega pa predlog zakona predvideva še dodaten prenos pristojnosti na ministrstvo za zdravje, ki bo torej lahko določilo, kateri javni zavod in na kakšen način lahko porabi dodatna sredstva.

K 41. 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, kar izhaja tudi iz spremenjenega enajstega odstavka 3.a člena ZZDej.

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 42. členu

Zbornica opozarja, da bo po predlogu zakona prekršek tako omogočanje opravljanja 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 43. členu

Neprimerna in tudi v očitnem nasprotju s sistemom slovenskega in modernega evropskega kaznovalnega prava, ki temelji na subjektivni odgovornosti posameznika, je prekrškovna določba, ki določa zdravstvenega delavca ali sodelavca kot odgovornega za prekršek, če opravlja zdravstvene storitve pri drugem izvajalcu zdravstvene dejavnosti v nasprotju z določbami o soglasju (53.b člen zakona), saj to soglasje poda delodajalec na podlagi lastne ocene predpisanih pogojev. Edini, ki je lahko odgovoren za kršitev zakona, je torej delodajalec, nikakor pa zakona ne krši zdravstveni delavec ali sodelavec, saj si on ne izdaja sam soglasja. Še bolj problematičen pa je ta prekršek, če se slučajno izkaže, da zdravstveni delavec ne izpolnjuje pogojev zato, ker delodajalec kadarkoli v obdobju izdanega soglasja za istovrstne zdravstvene storitve sklene podjemno pogodbo z drugim zunanjim zdravstvenim delavcem. Iz zakonskih določb izhaja, da bi zdravstveni delavec tudi v tem primeru lahko odgovarjal za prekršek, ki pa bi v celoti izviral iz sfere delodajalca.

Problematična je tudi prekrškovna določba za zdravstvenega delavca ali sodelavca, ki opravlja zdravstvene storitve na podlagi soglasja v času dnevnega ali tedenskega počitka ali v času izrabe letnega dopusta. Predmetna omejitev je namreč zgolj en izmed pogojev za izdajo soglasja, v predlogu pa je tudi predvideno, da se izdano soglasje prekliče, če delavcu ni omogočen dnevni ali tedenski počitek ali letni dopust. Predlog zakona delavcu ne prepoveduje opravljanja storitev v času dnevnega in tedenskega počitka oziroma letnega dopusta, saj bi to predstavljalo nedopustno poseganje v svobodo dela posameznega zdravstvenega delavca, prav to pa v bistvu naredi prekrškovna določba. Tudi splošna delovnopravna zakonodaja (ZDR-1) ne pozna primerljive določbe, saj za kršitev dnevnega ali tedenskega počitka predvideva prekršek samo za delodajalca, ne pa za delavca, ki lahko prosto razpolaga s svojim prostim časom.

Zdravstveni delavec bo lahko za prekršek odgovarjal tudi, če ne sporoči podatkov o dejanskem obsegu ur opravljanja zdravstvenih storitev svojemu delodajalcu, četudi slednji iste podatke

pridobi tudi od izvajalca pri katerem zdravstveni delavec opravlja delo na podlagi podjemne pogodbe. Novo določeni prekrški za zdravstvene delavce in sodelavce tako predvidevajo precej strog kaznovalni okvir, ki ni skladen s siceršnjimi globami za primerljive prekrške s področja delovnega prava, kot so predvideni v Zakonu o delovnih razmerjih. Predlagatelj zakona ni v ničemer utemeljil razlogov za takšno odstopanje, takšno razlikovanje pa krši prepoved diskriminacije, kar je še posebej problematično v kaznovalnem pravu. Širši kaznovalni okvir za zdravstvene delavcev, zaposlene v javnih zavodih, pa še zmanjšuje privlačnost zaposlitve v javnem sektorju, kar je v nasprotju z namenom predloga zakona.

K 44. in 45. členu

Zbornica opozarja, da je potrebno v prehodnih 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 in zasebni zdravstveni delavci, vpisani v register zasebnih zdravstvenih delavcev pred uveljavitvijo tega zakona vložiti vlogo za verifikacijo. 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 s takrat veljavnimi pogoji za pridobitev dovoljenja. Posledično je nesprejemljivo pričakovati, da se bodo uskladili z novimi pogoji, ki so lahko bistveno drugačni. Uskladitev namreč lahko zahteva tudi obsežne gradbene posege, nakupe dodatne opreme in podobno, kar je lahko neizvedljivo v predvidenih kratkih rokih, hkrati pa lahko 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 zaradi resnih razlogov v javnem interesu zaradi zagotavljanja varne in kakovostne zdravstvene obravnave, 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.

Po predlogu zakona bo minister za zdravje šele v dveh mesecih od uveljavitve zakona določil zdravstvene storitve, ki jih bo lahko opravljal vrhunski strokovnjak iz točke c) osmega odstavka spremenjenega 5. člena. Nadalje bo zdravstvene regije, v okviru katerih se bodo lahko povezovali javni zavodi, Vlada Republike Slovenije določila v šestih mesecih od uveljavitve tega zakona. Do določitve vsega navedenega pa predlog zakona torej onemogoča vsakršno sodelovanje javnih zavodov z drugimi izvajalci (tudi drugimi javnimi zavodi) ter vključevanje kadra, zaposlenega pri zasebnih izvajalcih. Zakon nadalje brez prehodnega obdobja zdravstvenim delavcem, zaposlenim v javnih zavodih, onemogoča pridobitev soglasja za izvajanje storitev izven javne zdravstvene mreže. Zbornica ocenjuje, da bi predlagana ureditev brez ustrezno dolgega prehodnega obdobja lahko ogrozilo delovanje celotnega zdravstvenega sistema, hkrati pa tudi pomembno poseglo v finančno stabilnost posameznih zdravstvenih delavcev. Zbornica zato predlaga, da se vsaj do določitve zdravstvenih regij in storitev, ki jih lahko opravlja vrhunski strokovnjak, še naprej uporablja trenutno veljavni ZZDej, v delu, ki ureja pogodbeno sodelovanje javnih zavodov oziroma delo zdravstvenih delavcev, zaposlenih v javnih zavodih, pri drugih izvajalcih.

Zbornica nadalje opozarja na neustrezno dikcijo prehodne določbe: *Soglasja zdravstvenim delavcem, zaposlenim pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti v okviru mreže javne zdravstvene službe,*

iz 53.b člena zakona, veljavna na dan uveljavitve tega zakona, ostanejo v veljavi do poteka veljavnosti, vendar ne dlje kot do 31. decembra 2025. Bolj ustrezna dikcija, ker 53.b člen zakona ne ureja soglasij, ki jih izdajajo (vsi) izvajalci v mreži javne zdravstvene službe, bi bila: *Soglasja zdravstvenim delavcem iz 53.b člena zakona, veljavna na dan uveljavitve tega zakona, ostanejo v veljavi do poteka veljavnosti, vendar ne dlje kot do 31. decembra 2025.*

Predlog zakona nadalje predvideva, da koncesionarji, ki opravljajo zdravstveno dejavnost na podlagi koncesijske odločbe in koncesijske pogodbe, ki je bila sklenjena pred uveljavitvijo tega zakona, v 12 mesecih od uveljavitve tega zakona koncedentu sporočijo podatke o odgovornem nosilcu zdravstvene dejavnosti iz spremenjenega 3.a člena zakona za posamezno vrsto zdravstvene dejavnosti, ki je predmet koncesije, in obsegu koncesijske dejavnosti iz spremenjenega 44.e člena zakona. Če koncesionar v roku ne uskladi koncesijske pogodbe, koncesijska pogodba po samem zakonu preneha veljati po izteku trimesečnega odpovednega roka. Zbornica opozarja, da gre za nerazumljivo obveznost, saj bi moral biti obseg koncesijske dejavnosti po veljavnih predpisih že določen v koncesijski dokumentaciji, zato ni jasno, kateri obseg oziroma zakaj bi ga morali koncesionarji sporočati koncedentu.

Zbornica nadalje ocenjuje, da je določitev obsega za koncesijske pogodbe, sklenjene pred uveljavitvijo Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 64/17), ki obsega koncesijske dejavnosti nimajo določene, določena arbitrarno in predstavlja nedopusten poseg v pridobljene pravice koncesionarjev. Po predlogu zakona se za njih kot obseg koncesijske dejavnosti šteje obseg, določen s pogodbo o financiranju koncesijske dejavnosti, veljavno neposredno po sklenitvi koncesijske pogodbe iz prejšnjega stavka. Zbornica ocenjuje, da ni primerna navezava na pogodbo o financiranju, ki je bila sklenjena pred več kot 7 leti in ki se je lahko v tem obdobju bistveno spremenila. Kot relevanten obseg bi se tako lahko štelo kvečjemu obseg, določen s pogodbo o financiranju koncesijske dejavnosti, sklenjeno ob uveljavitvi tega zakona.

K 47. in 48. členu

Z dnem uveljavitve tega zakona preneha veljati 41.e člen Zakona o zdravniški službi, ki določa, da koncesionar med svojo odsotnostjo v okviru svojega ordinacijskega časa zagotovi, da zdravniško službo opravi zdravnik z isto strokovno usposobljenostjo, ki ga nadomešča (v nadaljnjem besedilu: nadomestni zdravnik). Ne glede na prejšnji stavek sme biti koncesionar brez nadomestnega zdravnika odsoten skupno največ 14 dni na leto, od tega največ dva delovna dneva zaporedoma. Omejitev ne velja za primer bolniške odsotnosti z dela. O svoji odsotnosti in nadomestnem zdravniku koncesionar ustrezno obvesti bolnike.

Zbornica ocenjuje, da črtanje predmetne določbe, zlasti v delu, ki ureja pravico koncesionarja do odsotnosti brez nadomestnega zdravnika, ni utemeljeno, saj predlog zakona ne ureja predmetne materije. Koncesionarju pa je v izjemnih okoliščinah seveda potrebno še naprej omogočiti odsotnost tudi, če ne more zagotoviti nadomestnega zdravnika (primeroma zaradi bolezni).

Zbornica nadalje opozarja, da predlog zakona Pravilnik o merilih za določitev višine plačila opravljanja zdravstvenih storitev po podjemni pogodbi ali drugih pogodbah civilnega prava (Uradni list RS, št. 15/17) navaja tako kot predpis, ki z dnem uveljavitve tega zakona preneha veljati, ki pa se do uveljavitve ustreznih predpisov, izdanih na podlagi tega zakona, uporablja še naprej, kolikor niso v nasprotju s tem zakonom, kot tudi kot predpis, ki z dnem uveljavitve tega zakona še naprej velja.

Zbornica ponovno tudi opozarja, da je potrebno določiti daljše roke za začetek uporabe določb, ki onemogočajo sodelovanje javnih zavodov z zasebnimi izvajalci in pri njih zaposlenimi zdravstvenimi delavci.

Nadalje je po oceni Zbornice potrebno črtati določilo, da se bolj ugodna davčna obravnava podjemnih pogodb, ki jih javni zavodi sklepajo z lastnimi zaposlenimi (določba sedmega odstavka spremenjenega 53.c člena zakona) začne uporabljati z dnem uveljavitve predpisa iz sedmega odstavka spremenjenega 53.c člena zakona in velja zgolj do 31. decembra 2026. Zbornica poudarja, da bi moral biti ukrep trajne narave, saj predstavlja eno od redkih stimulacij za zaposlene v javnih zavodih. Hkrati začetek uporabe ni niti notranje skladen, saj 45. člen predloga zakona določa, da se prvo preverjanje ciljev v skladu s sedmim odstavkom spremenjenega 53.c člena zakona izvede januarja 2026, do začetka tega preverjanja pa se posebni davek na določene prejemke od izplačil na podlagi podjemnih pogodb iz sedmega odstavka spremenjenega 53.c člena zakona ne plačuje, če javni zavod sklepa te podjemne pogodbe na način, ki sledi namenu iz prvega odstavka spremenjenega 53.c člena zakona.

Sklepno

Zbornica ocenjuje, da je predlog zakona na več mestih notranje neskladen in v pravni red vnaša nove institute ter ukrepe, ki niso premišljeni in dodelani. Zbornice meni, da iz navedenega razloga predlog zakona ni zrel za nadaljnjo obravnavo in je nujna priprava novega predloga, ki bo dejansko lahko dosegel zastavljene cilje krepitve javnega zdravstvenega sistema.

S spoštovanjem,

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

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

prof. dr. Bojana Beović, dr. med.
Predsednica

Vročiti (elektronsko):

- Državni zbor RS, gp@dz-rs.si