



Datum: 19. 5. 2017

## Državni zbor Republike Slovenije

Na podlagi 5. točke 1. odstavka 71. člena Zakona o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 58/08, 107/10 – ZPPKZ, 40/12 – ZUJF in 88/16 – ZdZPZD) podaja Zdravniška zbornica Slovenije (v nadaljevanju: ZS)

### MNENJE

#### **o Predlogu zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstveni dejavnosti (ZZDej-K),**

#### ***EPA 1930 – VII***

Skladno z zgoraj navedeno določbo Zakona o zdravniški službi ZS sodeluje pri pripravi zakonov, planskih dokumentov, kadrovskih načrtov in drugih predpisov s področja zdravstva. Na tej podlagi ZS podaja stališče Državnemu zboru RS o usklajenosti predloga Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstveni dejavnosti (v nadaljevanju: predlog ZZDej) z evropskim pravnim redom in slovensko ustavo. ZS se opredeljuje tudi do nekaterih zgrešenih nomotehničnih pristopov, ki so bili uporabljeni, in opozarja na notranja nasprotja v predlogu ZZDej ter na neuskklajenost rešitev z drugimi predpisi s področja zdravstva, zaradi česar bo resno ogrožena stabilnost izvajanja javne zdravstvene dejavnosti, v kolikor bo zakon sprejet.

Predlog ZZDej sledi napačnemu izhodišču, da javna zdravstvena služba, kot je organizirana v RS, ne sodi med dejavnosti splošnega gospodarskega pomena po evropskem (konkurenčnem) pravu. Iz tega razloga je predlog ZZDej predvidel prednostno obravnavo javnih zavodov pri izvajanju javne službe, ki je v neposrednem nasprotju s Pogodbo o delovanju Evropske unije. Zaradi napačne definicije javne službe je predlog ZZDej opustil tudi implementacijo dela sekundarne zakonodaje EU, ki bi morala biti v slovenski pravni red že vnesena.

Z uvedbo novega instituta odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti je predlog ZZDej posegel v ustavno pravico mladih zdravstvenih delavcev do svobode dela ter svobodne gospodarske pobude.

Pri ureditvi dovoljenja za opravljanje dejavnosti vsebuje predlog več notranjih neskladij, sicer pa je bistveni del materije, to je določanje pogojev za opravljanje dejavnosti, prenesel na podzakonske akte, kar nasprotuje načelu zakonitosti ter načelu delitve oblasti. Kar zadeva urejanje koncesij, je predlog (brez ustrezne podlage) odstopil od prej omenjenega evropskega konkurenčnega pravnega okvira, oddaljil pa se je tudi od sistemske ureditve nekaterih institutov javno-zasebnega partnerstva (primer koncesijskega akta), zaradi česar ključnih določb na področju urejanja koncesijskih razmerij ne bo mogoče izvajati.

Po oceni ZS lahko predvideni retroaktivni posegi v vzpostavljena razmerja, sistemska neskladja in nedorečenosti v predlogu ZZDej vodijo do resnih zastojev v delovanju javne zdravstvene službe, kar bo neposredno vplivalo na dostopnost zavarovanih oseb do zdravstvenih storitev, ki jo zagotavlja 51. člen Ustave Republike Slovenije (v nadaljevanju: URS). **Zaradi tega podaja ZS v okviru svojih zakonskih**

**pooblastil (71. člen Zakona o zdravniški službi) negativno mnenje k predlogu ZZDej in Državnemu zboru RS predlaga njegovo zavrnitev.**

Sledijo pripombe k posameznim rešitvam v predlogu.

**K 1. členu predloga ZZDej (2. člen novele)**

Pri implementaciji evropskih direktiv je predlog sprememb Zakona o zdravstveni dejavnosti (predlog ZZDej) izpustil Direktivo 2014/23/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 26. februarja 2014 o podeljevanju koncesijskih pogodb. Glede na področje uporabe (priloga IV. direktive) bi moral predlog ZZDej v slovenski pravni red vnesti vsaj določbe iz priloge VI. direktive. Iz predloženega pravnega mnenja (Boštjan Zuljan, univ. dipl. prav., in prof. dr. Rajko Pirnat: Mnenje o predlogu zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstveni dejavnosti, Inštitut za javno upravo pri Pravni fakulteti v Ljubljani, 16. 5. 2017) izhaja, da je potrebno javno zdravstveno službo, kot je organizirana v slovenskem pravnem redu, obravnavati kot izvajanje storitev splošnega gospodarskega pomena po pravu EU. Kar zadeva implementacijo sekundarne zakonodaje EU, to pomeni najmanj prenos navedene direktive (v predvidenem obsegu).

Ob tem je potrebno posebej poudariti, da je država dolžna v nacionalni pravni red prenesti določbe direktive o podeljevanju koncesijskih pogodb, tudi če bi izvajanje zdravstvenih storitev v okviru javne službe organizirala kot opravljanje t. i. »negospodarskih storitev splošnega pomena«. Ne glede na splošno določbo iz 2. odstavka 4. člena direktive je namreč izjema glede obveznosti prenosa, v skladu s tabelo (3. vrstica) iz priloge IV., določena le za dejavnost s šifro (CPV) 75300000-9 (storitve v okviru obveznega socialnega zavarovanja; to je v slovenskem pravnem redu dejavnost Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije), medtem ko za zdravstvene storitve pod šiframi od 85000000-9 do 85323000 (večina zdravstvene dejavnosti, ki jo ureja ZZDej) izključitev ni določena. Med navedenim šiframi je tudi dejavnost farmacije, česar pred kratkim sprejeti Zakon o lekarniški dejavnosti ni upošteval. V kolikor bo določbe direktive izpustil tudi krovni ZZDej, bo zahtevana implementacija direktive za vsa področja zdravstvene dejavnosti izpuščena.

**K 3. členu predloga ZZDej (3. člen novele)**

*1. odstavek – zdravstveno dejavnost lahko domače in tuje pravne in fizične osebe opravljajo na podlagi dovoljenja Ministrstva za zdravje, če izpolnjujejo pogoje, določene s tem zakonom, in s predpisi, izdanimi na njegovi podlagi*

Določba prihaja v neskladje s 35. členom predloga ZZDej, ki pravi, da zdravniki opravljajo zasebno zdravstveno dejavnost na podlagi dovoljenja, ki ga izda Zdravniška zbornica (in ne Ministrstvo za zdravje) v obliki odločbe o registraciji zasebnega zdravnika.

Pravno pravilo, ki ga vsebuje določba, je nelogično formulirano, saj subjekt izvaja zdravstveno dejavnost na podlagi dovoljenja (ministrstva ali Zdravniške zbornice). Dovoljenje pa je lahko izdano le, če izvajalec izpolnjuje predpisane pogoje (3.b člen), zato je ta stavek (o izpolnjevanju pogojev) v 1. odstavku 3. člena odveč.

*2. odstavek – javna zdravstvena služba se izvaja kot negospodarska dejavnost splošnega pomena na nepridobiten način*

Slovenski pravni red definicije »negospodarske dejavnosti splošnega pomena« ne pozna, pač pa gre za pojem iz evropskega konkurenčnega prava, ki označuje storitve (organizirane kot javna služba), ki so izključene iz področja uporabe evropskega konkurenčnega prava. Katere storitve so izključene, je odvisno od načina organizacije javne službe (predvsem od načina financiranja storitev), ne pa od njihovega poimenovanja v domačem pravu. Evropska komisija zdravstvene storitve, ki so v RS organizirane v okviru

javne zdravstvene službe, obravnava kot storitve splošnega gospodarskega pomena (tudi konkretno za Slovenijo), kar posledično pomeni, da bi moral Zakonu o zdravstveni dejavnosti pri urejanju javne službe upoštevati celoten konkurenčno-pravni okvir, kot ga določa evropsko pravo. Pri tem gre za prepoved dodeljevanja nedovoljenih državnih pomoči, pravila o svobodi ustanavljanja, svobodi opravljanja storitev itd. Več o uporabi evropskega prava je pojasnjena v priloženem pravnem mnenju.

Prvotna različica predloga zakona je evropske predpise delno že upoštevala, saj je pri ureditvi koncesij predvidevala delno implementacijo Direktive o podeljevanju koncesijskih pogodb, kar pa je bilo v zadnjem predlogu zakona izpuščeno. Da sodijo zdravstvene storitve med storitve splošnega gospodarskega pomena, je izhajalo tudi iz obrazložitve prejšnje različice predloga. Po javno dostopnih podatkih naj bi se ureditev tega vprašanja spremenila po zaključku »koalicijskega usklajevanja«, zato velja zakonodajalca opozoriti, da evropski pravni red ne pozna možnosti izključitve uporabe na podlagi »koalicijskih usklajevanj« v posamezni državi članici.

Iz določbe nadalje izhaja, da se zdravstvena služba opravlja na nepridobiten način. Predlog sicer ne vsebuje nobene druge določbe, s katero bi bil »nepridobiten način« izvajanja zdravstvene dejavnosti nadalje izpeljan, zato je mogoče zaključiti, da je besedna zveza »izvajanje na nepridobiten način« le dodatek k siceršnji navedbi, da se zdravstvena služba izvaja kot negospodarska dejavnost splošnega pomena. S takšno ubeseditvijo je predlagatelj verjetno želel dodatno poudariti svoje vrednostno stališče do načina izvajanja zdravstvene dejavnosti, ni pa mogoče razbrati, da bi iz nje izhajala kakršnakoli normativna vsebina. Na podlagi navedenega gre zaključiti, da določba ne vsebuje nobenega (dodatnega) pravnega pravila.

### *3. odstavek – opredeljuje dejavnost telemedicine in določa sedež izvajalca te dejavnosti*

Direktiva 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 9. marca 2011 o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu v 3. d členu določa presumpcijo kraja izvedbe storitev telemedicine po sedežu njenega izvajalca. Iz tega (lahko) izhaja pravica zavarovane osebe do povračila stroškov, če je storitev opravljena v tujini, kar je nedvomno materija Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ), ne pa ZZDej. Predlagatelj v obrazložitvi ni podal pojasnila za odstop od sistemskega zakona (ZZVZZ), ki je sicer v pripravi na Ministrstvu za zdravje, in prenos materije v ZZDej.

### **K 3. a členu predloga ZZDej (4. člen novele)**

*2. odstavek – v 3. alineji opredeljuje vlogo odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti (zdravstveni delavec, odgovoren za izvajanje posamezne vrste zdravstvene dejavnosti).*

Določba je v koliziji z 2. odstavkom 1. člena ZZdrS, ki določa, da je vsak zdravnik »temeljni odgovorni nosilec opravljanja zdravstvene dejavnosti«, in 29. členom (obstoječega) ZZDej, ki ureja funkcijo strokovnega vodje zavoda oz. strokovnega sveta (30. člen ZZDej). Predlagatelj v obrazložitvi navaja, da s to določbo ne posega v odgovornost vsakega posameznega zdravstvenega delavca in ne podvaja odgovornosti menedžmenta, vendar so zgoraj navedene določbe že terminološko v koliziji.

Takšen pristop je normativno neustrezen, ne glede na morebitni namen predlagatelja, da bi uvedel »dodatno odgovorno osebo« v proces izvajanja dejavnosti, saj novega instituta pravno – sistemsko ni mogoče vključiti v ostalo ureditev odgovornosti/pristojnosti nosilcev različnih funkcij v zdravstveni zakonodaji. Odgovorni nosilec je po predlogu »odgovoren« hkrati za: organizacijo dela, ustreznost prostorov, opreme, materialov in kadrov ter za strokovno izvajanje posamezne vrste zdravstvene dejavnosti, s čimer je funkcija odgovornega nosilca postavljena v precep med poslovodno funkcijo (organizacijski vidik, kapacitete), glede katere nima nobene pristojnosti (poslovodno funkcijo izvajata direktor in svet zavoda), funkcijo strokovnega vodje (po 29. členu ZZDej) in neposrednega izvajalca

zdravniške službe (1. člen ZZdrS). Predlog zakona ob tem ni reorganiziral nobene izmed naštetih funkcij, s čimer odgovornemu nosilcu zdravstvene dejavnosti ni dodelil oz. nanj ni prenesel nobene pristojnosti (s področja strokovnega vodenja ali poslovođenja), naložil pa mu je odgovornost za vse prej navedene rezultate vodenja zdravstvene dejavnosti pri izvajalcu.

Z uvedbo novega instituta, oziroma funkcije v procesu vodenja zdravstvene dejavnosti, se odpira tudi vprašanje, katere vrste pravne odgovornosti zakon pravzaprav nalaga odgovornemu nosilcu. Že novela v 34. členu (88. člen ZZDej) določa različne prekrške (in globe) za storitve in opustitve, ki sodijo večinoma v krog odgovornosti za organizacijo dela, ustreznost prostorov, opreme, materialov in kadrov ter za strokovno izvajanje posamezne vrste zdravstvene dejavnosti, hkrati je v 3. odstavku 88. člena določeno, da se za prekršek (z globo od 300 do 5000 EUR) kaznuje tudi odgovorna oseba izvajalca zdravstvene dejavnosti. Iz gramatikalne razlage 3. alineje 2. odstavka 3.a člena in (3. odstavka) 88. člena predloga ZZDej izhaja, da je odgovoren za prekrške po 3. odstavku 88. člena ravno nosilec novo uvedene funkcije, torej odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti. Glede na zgoraj pojasnjeno neustrezno umeščenost odgovornega nosilca med ostale nosilce funkcij poslovnega in strokovnega vodenja zdravstvene dejavnosti, je zakon s tem na odgovornega nosilca naložil de facto objektivno odgovornost za vse nepravilnosti pri delovanju izvajalca zdravstvene dejavnosti, ki izpolnjujejo zakonske znake prekrška po 88. členu ZZDej. Odgovornost za prekršek je iz vidika vseh ostalih, zlasti morebitne odškodninske in kazenske odgovornosti, ki preti odgovornemu nosilcu, brez jasne opredelitve njegove funkcije in vloge v zdravstvenem procesu, še najblažja in najbolj predvidljiva oblika odgovornosti, ki jo sicer nosilec te funkcije lahko pričakuje. Tako nepredvidljivo urejanje pravnih razmerij je za zakonsko materijo nesprejemljivo in prihaja v nasprotje že z 2. členom URS, po katerem je Slovenija pravna država.

Nadaljnja pomanjkljivost je tudi v odsotnosti kriterijev glede določitve števila odgovornih nosilcev, ki bi jih moral izvajalec storitev angažirati po tem členu. Gramatikalna razlaga namreč privede do zaključka, da mora imeti na primer en izvajalec z enim programom družinske medicine enega odgovornega nosilca za to področje, enako pa velja tudi za zdravstveni dom s stotimi programi družinske medicine (in takšnim številom zaposlenih družinskih zdravnikov – v več izpostavah). Pri tem se ne spuščamo v (očitno) vsebinsko zgrešenost pristopa, ampak opozarjamo na pomanjkljivo nomotehnično izpeljavo (saj predlagatelj instituta očitno ni imel namena urediti na način iz gornjega primera).

*3. odstavek – določa, da minister za zdravje določi vrste zdravstvene dejavnosti, za katere se izdaja dovoljenja za opravljanje zdravstvene dejavnosti.*

Zakon ministru takšnega pooblastila ne more podeliti, saj je določanje pravic in obveznosti subjektov izključna zakonska materija. Z določitvijo seznama vrst zdravstvenih dejavnosti, za katere se izda dovoljenje za njihovo opravljanje, se namreč določi celoten obseg zdravstvene dejavnosti, ki se v RS lahko izvaja – dejavnosti, ki niso na seznamu, ni dopustno opravljati. Skladno z načelom zakonitosti, lahko vrste dejavnosti, ki se v RS ne smejo opravljati (kot zdravstvena dejavnost), določi le zakon (primer novega 38. člena ZZDej).

Nadalje vsebuje zakon tudi večjo pravno praznino, saj ne določa, katera licenca (odgovornega) nosilca zdravstvene dejavnosti bo potrebna za opravljanje posamezne dejavnosti (iz seznama). Tudi iz predloženega seznama (osnutka podzakonskega akta) izhaja, da je predlagatelj naštel zgolj vrste dejavnosti, brez navedbe potrebnih licenc za njihovo izvajanje. Pri tem vprašanju gre za neposredno (in izvirno) določanje pravic in obveznosti nosilcev posameznih licenc (določitev vrst dejavnosti, ki jih lahko izvajajo), zato gre nedvoumno za zakonsko materijo, ki bi jo moral predlog tudi določno opredeliti. Brez ustrezne odprave te pomanjkljivosti, zakona v praksi ne bo mogoče izvajati.

4. odstavek – *določa obveznost zaposlitve odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti za polni delovni čas, oziroma za krajši delovni čas v sorazmerju z (manjšim) obsegom izvajanja posamezne vrste zdravstvene dejavnosti*

Predlagatelj v obrazložitvi navaja, da zahteva glede zaposlitve odgovornega nosilca (slednji dela ne more opravljati po pogodbi civilnega prava) ni v neskladju s pravico do svobodne gospodarske pobude (74. člen URS). Predlagatelju ni mogoče pritrčiti, saj ukrep ne preneha testa sorazmernosti (nujnost, primernost in sorazmernost v ožjem pomenu). Glede na opisani cilj predlagatelja (stran 74 obrazložitve) – *»Gre za širši javni interes, ki upošteva pravico do kakovostnega in varnega zdravstvenega varstva vsem pacientom pod enakimi pogoji...«* - je predlagani ukrep očitno neprimeren. Takšno obravnavo pacientom lahko namreč zagotovi le izvajalec, ki izvaja po en program določene zdravstvene dejavnosti in ima zaposlenega enega odgovornega nosilca (na program), iz predhodno prikazanega primera pa izhaja, da bo imel izvajalec, ki izvaja 100 istovrstnih programov, zaposlenega le enega odgovornega nosilca, vse ostale zdravnike pa bo lahko angažiral pogodbeno, s čimer cilj predlagatelja po zagotovitvi zdravstvenega varstva vsem pacientom pod enakimi pogoji, očitno ne bo dosežen.

Nomotehnična nedodelanost se kaže tudi v ureditvi obsega zaposlitve, glede na obseg zdravstvene dejavnosti, ki jo izvajalec opravlja. Kolikor izvajalec ni vključen v javno zdravstveno mrežo, ne izvaja nobenega »programa zdravstvene dejavnosti«, zato zahteve glede obsega zaposlitve odgovornega nosilca pri tem izvajalcu ni mogoče vezati na obseg izvajanega programa (drugačnega merila določitve obsega zaposlitve predlog zakona ne pozna). Po drugi strani bi se moral obseg zaposlitve (po nasprotnem razlogovanju) ustrezno zvišati, kolikor izvajalec izvaja več kot en program, kar pa po delovno pravni zakonodaji ni mogoče.

Obveznost zaposlitve odgovornega nosilca pride v nasprotje tudi z določbo 57. člena Pogodbe o delovanju EU, saj izvajalci, ki zakonito poslujejo v drugih državah članicah, ne izpolnjujejo pa pogoja glede zaposlitve odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti, v RS ne bodo pridobili dovoljenja za opravljanje dejavnosti. Kolikor po mnenju predlagatelja takšna zahteva za tuje izvajalce ne velja, gre za ukrep, ki bo domače ponudnike postavil v neenakopraven položaj, ki ga 14. člen URS ne dovoljuje.

5. odstavek – *določa pogoje, ki jih mora izpolnjevati odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti, med ostalim, mora imeti 5 let delovnih izkušenj po pridobitvi licence (1. alineja).*

Zdravstveni delavci s pridobljeno licenco, ki tega dodatnega pogoja ne izpolnjujejo, zdravstvene dejavnosti ne bodo mogli pričeti opravljati kot zasebniki. Kar zadeva dejavnost zdravnikov, prihaja določba v nasprotje s 74. členom Ustave RS (svobodna gospodarska pobuda) – skladno z Zakonom o zdravniški službi je zdravnik temeljni odgovorni nosilec opravljanja zdravstvene dejavnosti (2. odstavek 1. člena ZZdS), licenca pa predstavlja dovoljenje za samostojno opravljanje zdravniške službe (2. odstavek 10. člena ZZdS). Skladno s predlogom bi torej zdravnik določeno dejavnost lahko opravljal samostojno in kot temeljni odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti v delovnem razmerju, ne bi pa mogel iste dejavnosti opravljati kot zasebnik. Iz obrazložitve ne izhaja noben argument, ki bi utemeljil ustavno skladnost takšnega posega (test sorazmernosti).

Omejitev je neskladna tudi z direktivo, ki ureja priznavanje poklicnih kvalifikacij (št. 2005/36/ES), saj direktiva ne predvideva, da zdravniki (iz drugih EU držav) dejavnosti, ki jo lahko na podlagi priznanja poklicne kvalifikacije opravljajo v delovnem razmerju (v RS), ne bi mogli opravljati tudi kot samozaposlene osebe. Kolikor pa velja nasprotno – da zdravniki iz drugih EU držav lahko v RS zdravniško službo opravljajo kot samozaposlene osebe brez omejitve (5 let delovnih izkušenj po pridobljeni licenci), bi prišla predlagana ureditev v nasprotje z načelom pravne enakosti iz 14. člena URS, saj ustava ne dopušča neenakopravnega obravnavanja podobnih pravnih položajev.

V 2. alineji 5. odstavka je kot pogoj za opravljanje funkcije odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti določena okoliščina, da zoper to osebo v zadnjih petih letih niso bili »uvedeni drugi postopki pred organi pristojne zbornice ali strokovnega združenja«. Pojem »drugih postopkov« je povsem neopredeljen, saj ni mogoče razbrati, na katero vrsto kršitev se nanašajo; neustrezna je tudi opredelitev »uvedenih postopkov«, saj bo vsak (tudi neutemeljeno) uveden postopek predstavljal izključitveni razlog za opravljanje funkcije, ne glede na njegov izid (ugotovitev, da ni bilo kršitve). Vprašljiva je tudi vezava negativnih pravnih posledic za posameznika na odločitve strokovnih združenj, torej društev, v katera je posameznik včlanjen na prostovoljni podlagi.

*7. odstavek – navaja nekatere splošne zahteve, ki jih mora izpolnjevati prostor opravljanja zdravstvene dejavnosti*

*12. odstavek - podeljuje pooblastilo ministru za določitev podrobnejših strokovno-tehničnih in drugih pogojev po 3.a členu*

Analiza 7. odstavka pokaže, da predlog dejansko ne določa pogojev, ki jih mora izpolnjevati prostor opravljanja zdravstvene dejavnosti, niti ne določa okvira za postavitev takšnih pogojev, saj bi se pavšalna dikcija (zagotavljanje gradnje v skladu s predpisi, sanitarni pogoji itd.) lahko nanašala na katerokoli dejavnost, oziroma na celoten gospodarski sektor. Tako porozna zakonska opredelitev pogojev torej ne vzpostavlja nobene specifične razlike med zdravstveno in katerokoli drugo dejavnostjo, kar pomeni, da je izvirna določitev pogojev za opravljanje zdravstvene dejavnosti dejansko prepuščena ministru s podzakonskim aktom iz 12. odstavka 3.a člena. Enako velja tudi glede določitve opreme, ki se uporablja pri opravljanju dejavnosti (8. odstavek). Po drugi strani je predlagatelj v določbi 75.b člena zelo natančno opredelil vse sestavine, ki jih mora vsebovati tabla na objektu, v katerem se opravlja zdravstvena dejavnost – takšen pristop bi moral uporabiti tudi pri določitvi pogojev za opravljanje dejavnosti.

Da predlagatelj vsebine podzakonskih aktov ne namerava omejevati zgolj na podrobnejše opredeljevanje zakonskih pogojev, ampak nanje dejansko prenaša izvirno zakonsko materijo (določanja pogojev), izhaja tudi iz uvodnega 1. odstavka 3. člena, ki pravi, da lahko opravljajo subjekti zdravstveno dejavnost, če izpolnjujejo pogoje, *določene z zakonom in s predpisi, izdanimi na njegovi podlagi* (podzakonski akti). Takšen način urejanja zakonske materije nasprotuje načelu zakonitosti in načelu delitve oblasti.

7. odstavek 3.a člena je v navzkrižju s 26. členom obstoječega ZZDej, ki pravi, da minister za zdravje predpiše strokovne in tehnične pogoje, ki jih mora izpolnjevati *zdravstveni zavod*. Ker se predlagani 3.a člen uporablja za vse (statusne) oblike izvajalcev (zavode, gospodarske družbe in ostale), hkrati pa predlog ni posegel v obstoječi 26. člen, je za javne zavode uvedel dve vrsti pogojev za opravljanje dejavnosti (in sprejem dveh pravilnikov z isto materijo – 3.a in 26. člen).

*9. odstavek – za vsak posamičen primer ugotavljanja izpolnjevanja pogojev (glede prostorov in opreme) minister za zdravje imenuje posebno komisijo, ki poda mnenje o izpolnjevanju pogojev v roku 30 dni*

Določba je že jezikovno notranje neskladna, saj v prvem stavku pravi, da izpolnjevanje pogojev *ugotavlja komisija*, v naslednjem pa določa, da komisija *poda mnenje* o izpolnjevanju pogojev. Zakon o splošnem upravnem postopku določa, da dejstva v upravnem postopku ugotavlja uradna oseba, ki vodi postopek (139. člen), pri čemer je samostojna (12. člen).

Komisijo naj bi imenoval minister in ne uradna oseba, ki bo sicer zadolžena za opravljanje procesnih dejanj v posamičnem upravnem postopku. Gre za odstop od splošne ureditve pravil o vodenju upravnega postopka, zato bi moral zakon to procesno razmerje med ministrom in osebo, pooblaščen za vodenje postopka, posebej urediti. Nadalje je potrebno ugotoviti, da v prvem odstavku 3.a člena ni predvidena izdaja odločbe po ministru, kar pomeni, da bo minister lahko svojim zaposlenim podelil pooblastilo za

odločanje na tem področju, ne bo jim pa mogel podeliti pooblastila za izvedbo konkretnega procesnega dejanja v postopku (imenovanje komisije).

Čeprav določba ureja tipično vprašanje ugotavljanja dejstev v upravnem postopku (ugotavljanje izpolnjevanja pogojev za opravljanje dejavnosti), je predlagatelj izrazito odstopil od procesnega reda, določenega z ZUP, za kar ni podal nobenega pojasnila.

*11. odstavek – v primeru statusnega preoblikovanja izvajalec zaprosi za izdajo novega dovoljenja za opravljanje zdravstvene dejavnosti*

Glede na pravno naravo statusnega preoblikovanja po Zakonu o gospodarskih družbah, ki je v tem, da isto podjetje zamenja statusno obliko, nespremenjena pa ohrani vsa »zunanja« (ne-korporacijska) pravna razmerja (univerzalno pravno nasledstvo), bi moral predlagatelj pojasniti, kateri specifični cilj zasleduje s takšno ureditvijo pravne posledice statusnega preoblikovanja. Kolikor takšnih razlogov (v javnem interesu) ni, o utemeljenosti odstopa od siceršnje sistemske ureditve tega instituta (ZGD) ni mogoče govoriti.

### **K 3b. členu predloga ZZDej (4. člen novele)**

*1. odstavek (1. alineja) – izvajalcu ministrstvo odvzame dovoljenje za opravljanje zdravstvene dejavnosti, če ne izpolnjuje pogojev iz 3.a člena*

Pogoji iz 3.a člena večinoma še niso določeni, saj jih bo opredelil šele minister za zdravje s podzakonskim aktom iz zadnjega odstavka 3.a člena. Izvajalci, ki vseh pogojev iz podzakonskega akta ne bodo izpolnjevali, bodo skladno s 1. alinejo 1. odstavka 3.b člena izgubili dovoljenje za opravljanje dejavnosti. Zanje bo podzakonski akt ministrstva učinkoval retroaktivno, saj bodo na podlagi neizpolnjevanja pogojev iz podzakonskega akta, izgubili dovoljenje za opravljanje dejavnosti, ki so ga pridobili ob izpolnjevanju predpisanih pogojev v času izdaje. Skladno z 2. odstavkom 155. člena URS ima lahko povratni učinek le zakon, zato se v ureditvi te določbe ponovno pokaže problematičnost prenašanja pooblastil za določanje zakonske materije na podzakonski akt.

Ker je 3.a člen (5. odstavek) med pogoji določil tudi 5 let delovnih izkušenj za odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti (torej vsakega posameznika, ki opravlja dejavnost kot zasebnik), bodo mladi zdravstveni delavci, ki že opravljajo zasebno zdravstveno dejavnost, vendar novega pogoja ne izpolnjujejo, izgubili dovoljenje za opravljanje dejavnosti (tudi v prehodnih določbah – 38. člen – to vprašanje ni urejeno). Pogoja za (ustavno skladno) retroaktivno veljavnost zakona sta v 2. odstavku 155. člena URS določena kumulativno, in sicer da sprejem takšnega zakona terja javna korist in če se s tem ne posega v pridobljene pravice. Gre za tehtanje med javno koristjo in ustavno zaščitenim pričakovanjem imetnikom predhodno pridobljenih pravic, da se lahko na (obstoječo) pravno ureditev zanesejo. Predlagatelj se do tega vprašanja sploh ni opredelil, zato je težko najti argumente za ustavno skladnost takšnega retroaktivnega poseganja. Do enakega (ustavno spornega) posega pride tudi pri zaposlenih zdravstvenih delavcih, ki bodo (kolikor dela pri delodajalcu ne bo mogoče organizirati drugače) prenehali izpolnjevati pogoje za nadaljnje opravljanje dela pod pogoji iz pogodbe o zaposlitvi, kar vodi v prenehanje delovnega razmerja.

### **K 8. členu predloga ZZDej (5. člen novele)**

*2. odstavek – našteva izvajalce zdravstvene nege in zdravstvene rehabilitacije (obe dejavnosti sodita v osnovno zdravstveno dejavnost)*

Med naštetimi izvajalci zdravstvene nege in zdravstvene rehabilitacije so le izvajalci iz javne zdravstvene mreže, torej izvajalci, ki to dejavnost opravljajo kot javno službo. S tem prihaja določba v nasprotje s 38. členom, ki določa na katerih področjih ni mogoče opravljati zasebne zdravstvene dejavnosti – med temi

področji ni zdravstvene nege in zdravstvene rehabilitacije. Enako velja tudi za 3. odstavek, v katerem so našteje ostale vrste (osnovne in specialistične) zdravstvene dejavnosti, ki jo lahko opravljajo zgolj izvajalci iz 2. odstavka, torej zgolj izvajalci javne zdravstvene službe (čeprav gre za nadaljnje dejavnosti, ki se sicer po zakonu lahko opravljajo kot zasebna služba).

*6. odstavek – izvajalci iz 2. in 4. odstavka, vključno s koncesionarji, opravljajo zdravstveno dejavnost kot javno službo na podlagi odločbe Ministrstva za zdravje*

S to določbo zakon omogoča zasebnim izvajalcem (s katerokoli statusno obliko) pridobitev pooblastila za izvajanje javne zdravstvene službe brez podelitve koncesije in brez izvedbe kakršnegakoli konkurenčnega postopka. Pri tem gre za programe zdravstvenih storitev (osnovno zdravstvo in specialistična zdravstvena dejavnost), za katere morajo ostali zasebni izvajalci pridobiti koncesijo na javnem razpisu, pogoj za njeno podelitev pa je nemožnost izvajanja zadevnega programa s stani javnega zavoda (42. člen). Predlagana rešitev je zato v očitnem nasprotju z načelom pravne enakosti iz 14. člena URS. Objektivnega razloga za neenakopravno obravnavo ni, saj izvajanje javne službe na področju zagotavljanja socialno varstvenih storitev in zdravstvenih storitev ni medsebojno povezano - kot primeroma navaja tudi predlagatelj v komentarju, bodo v domovih za upokojujence osnovno zdravstveno dejavnost (razen zdravstvene nege) še naprej izvajali zdravstveni domovi in zdravniki koncesionarji. Zato bi zakon lahko uredil obveznost razpisa koncesije za izvajanje programov zdravstvenih storitev pri izvajalcih iz tega člena, lahko pa bi predvidel tudi postopek podelitve skupne koncesije za socialnovarstvene in zdravstvene storitve.

Neenakopravna obravnavo zasebnih izvajalcev javne službe po 8. členu v razmerju do ostalih izvajalcev identičnih programov zdravstvenih storitev po 42. členu (koncesionarjev) je podana tudi v dodatnih zahtevah glede izvajanja javne službe (od 44.č člena do 44.k člena), ki zavezujejo zgolj koncesionarje, za zasebne izvajalce (javne službe) iz 8. člena pa ne veljajo.

Predlog zakon je notranje neskladen, saj po 5. členu (obstoječega ZZDej; predlog vanj ne posega) mrežo javne zdravstvene službe na primarni ravni določa in zagotavlja občina oziroma mesto (1. odstavek). RS izjemoma določa in zagotavlja na primarni ravni mrežo javne zdravstvene službe za zdravstveno varstvo študentov (3. odstavek). S spremembo 8. člena je predlog zakona pristojnost Ministrstva za zdravje, da »določa« javno službo v osnovnem zdravstvu, razširil še na izvajalce iz 8. člena, vendar ker ni uredil neskladja s 5. členom, ostaja odprto vprašanje, kakšno bo razmerje med občino in RS glede pooblaščenja izvajalcev za izvajanje osnovne zdravstvene dejavnosti (ali je pristojnost občine izključena oziroma sta pristojna oba organa), ter kateri organ je pristojen za izvajanje nadzora nad izvajalci (občina ali Ministrstvo za zdravje).

#### **K 9. členu predloga ZZDej (6. člen novele)**

*1. odstavek – opredeljuje dejavnosti zdravstvenega doma*

Pri opredelitvi dejavnosti, ki jih izvaja zdravstveni dom, med obveznimi dejavnostim ni več zagotavljanja laboratorijske in druge diagnostike. Predlagatelj v obrazložitvi navaja, da se bodo navedene dejavnosti odslej lahko organizirale racionalneje, za več zdravstvenih domov skupaj, vendar prvi odstavek omogoča tudi drugačno ureditev njihovega izvajanja – zdravstveni domovi bodo lahko storitve, ki jih sami ne izvajajo, pridobili na trgu. Navedeno je pomembno, ker se s predlogom zakona obseg obveznosti izvajanja javne službe za zdravstvene domove (kot jo nalaga 9. člen) zmanjšuje, takšna ureditev pa je očitno neskladna s deklariranim načelnim izhodiščem predlagatelja, po katerem je zdravstveni dom »osrednji nosilec« javne zdravstvene službe na primarni ravni. Z zmanjševanjem obsega dolžnosti izvajanja javne službe zdravstvenim domovom po tem členu prihaja v očitno kolizijo hkratna določitev prednostne pravice zdravstvenih domov (pred koncesionarji) do izvajanja novih programov zdravstvenih storitev (42. člen ZZDej).



## 2. odstavek – *na novo ureja področje zdravstvenega varstva za študente*

Iz jezikovne razlage 2. odstavka izhaja, da zdravstveno dejavnost za študente izvajajo zdravstveni dom za študente ali zdravstveni domovi na območju, kjer študentje obiskujejo visokošolske zavode. S tem določba ne opredeljuje zgolj dejavnosti zdravstvenih domov (za študente), ampak omejujoče opredeljuje upravičene izvajalce javne službe na tem področju – izključuje koncesionarje. S to ureditvijo predlog nasprotuje 38. členu zakona, ki med dejavnostmi, glede katerih ni mogoče podeliti koncesije, zdravstvenega varstva za študente ne našteva. Poleg tega zakon retroaktivno posega v že podeljene koncesije na tem področju. Pogoji za veljavnost takšnega posega v predlogu zakona niso izkazani (155. člen URS).

### **K 10. členu predloga ZZDej (7. člen novele)**

Določba na novo opredeljuje položaj zdravstvene postaje. V nasprotju z obrazložitvijo, da predlagana opredelitev zdravstven postaje bolj jasno določa, da se le-ta organizira znotraj javnega zavoda in ne kot samostojni zavod, obstoječi zakon določa ravno nasprotno – iz 8., 10. in 12. člena obstoječega ZZDej izhaja, da je zdravstvena postaja samostojni zdravstveni zavod, za dejavnosti iz 7. člena, ki jih zdravstvena postaja sama ne izvaja, se povezuje z najbližjim zdravstvenim domom. Ne glede na vzpostavljeno prakso, po kateri so zdravstvene postaje organizirane kot enote zdravstvenih domov, sedanji zakon omogoča vzpostavitev samostojne zdravstvene postaje, predlog sprememb pa to možnost ukinja (in ne zgolj na novo definira).

### **K 35. členu predloga ZZDej (11. člen novele)**

1. odstavek – *zasebni zdravstveni delavec je fizična oseba, ki ni registrirana kot s.p. in opravlja zdravstveno dejavnost*

Definicija je očitno nomotehnično zgrešena, saj je mogoče pod njo subsumirati vsakega zaposlenega zdravstvenega delavca – ni registriran kot s.p. in opravlja samostojno zdravstveno dejavnost.

3. odstavek – *zasebnemu zdravniku izda dovoljenje za opravljanje zdravstvene dejavnosti Zdravniška zbornica v obliki odločbe o vpisu v register zasebnih zdravnikov*

Določba vsebuje terminološko pomanjkljivost, saj vodi Zdravniška zbornica skladno z ZZdrS enoten register zdravnikov, v katerem se posameznega zdravnika (na podlagi vloge in če izpolnjuje pogoje) lahko vpiše kot zasebnika (ni pa ločenega registra zasebnih zdravnikov). Ker predlog tega zakona ne posega v ZZdrS in ne uvaja dodatnega registra (zasebnih zdravnikov), je potrebno terminologijo v določbi spremeniti.

4. odstavek – *ugotavljanje izpolnjevanja pogojev (3.a člen) se izvaja po postopku za izdajo dovoljenja za opravljanje zdravstvene dejavnosti*

Skladno s 35. členom bo postopek registracije zasebnih zdravnikov vodila Zdravniška zbornica. V 9. odstavku 3.a člena predlog predhodno predvideva, da bo komisijo za ugotavljanje izpolnjevanja pogojev (po 3.a členu) imenoval minister za zdravje, in sicer za vsak primer posebej. Predlagatelj je torej predvidel izdajo upravne odločbe s sodelovanjem dveh upravnih organov, pri čemer njunega razmerja ni mogoče podrediti pravilom za izdajo zbirne odločbe (209. člen ZUP), saj ne gre za izdajo odločbe po enem organu s soglasjem ali mnenjem drugega organa, ampak za sui generis postopek, v katerem bo minister za zdravje (en upravni organ) imenoval komisijo, ki bo ugotavljala dejstva v upravnem postopku drugega organa (Zdravniške zbornice). Skladno z ustavnim načelom zakonitosti in določnosti predpisov, takšnega upravnega postopka ne bo mogoče izpeljati brez njegove jasnejše opredelitve v zakonu. Poleg tega bi se moral predlagatelj kritično vprašati, kakšne cilje lahko s takšnim odstopom od sistemske ureditve upravnega postopka sploh doseže.

5. odstavek – *Zdravniška zbornica zasebnemu zdravniku odvzame dovoljenje (z izbrisom iz registra) iz razlogov iz 3.b člena*

Predloga zakona je Zdravniki zbornici določil materialno pravno podlago (razloge) za odvzem dovoljenja izvajalcu (3.b člen), ni pa vzpostavil povezave do določb od 2. do 5. odstavka 3.b člena, ki urejajo postopek odvzema dovoljenja. Iz tega razloga so zasebni zdravniki (v primerjavi z ostalimi statusnimi oblikami – tudi s.p.-ji) postavljeni v manj ugoden položaj, saj je zaradi ne-izenačitve postopkovnih določb zanje odpadla kvantela iz 4. odstavka 3.b člena (opomin pred odvzemom dovoljenja). Zaradi navedenega izvajalcem v primerljivem položaju ni omogočena enakopravna obravnava, kot to veleva načelo enakosti pred zakonom.

### **K 38. členu predloga ZZDej (12. člen novele)**

1. odstavek – *zasebna je tista zdravstvena dejavnost, ki se ne opravlja kot javna zdravstvena služba*

Zdravstvene storitve, ki se izvajajo v okviru javne službe ali zasebne zdravstvene dejavnosti, so v naravi (fizično, materialno) iste storitve, ki jih izvajalci opravljajo za plačilo. Javna služba je zgolj (javno) pravni režim, ki ga vzpostavlja zakon v zvezi z zagotavljanjem nekaterih storitev (ali proizvodnjo blaga) z namenom, da bi določenemu krogu uporabnikov omogočil dostop do storitev pod določenimi pogoji, ki se razlikujejo od običajnih pogojev na trgu (primer definicije javne službe kot pravnega režima: Odločba US št. U-I-48/97 z dne 6. 7. 2000). Izjema velja za (ozek) krog storitev, ki jih zakon lahko iz zasebne iniciative popolnoma izključi (npr. sodna medicina v ožjem pomenu). Za vse ostale storitve velja, da jih lahko uporabnik plača sam neposredno (oz. preko zasebnega zavarovanja) ali posredno, preko javnega sistema zdravstvenega zavarovanja. V drugem primeru uporabnik storitve prejme, če ima status zavarovane osebe in pod pogoji, ki jih opredeljujejo Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju ter na podlagi tega zakona izdana Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Zaradi navedenega se normativni pristop predlagatelja, po katerem je zasebno zdravstveno dejavnost opredelil z nasprotno definicijo: zasebna dejavnost je vse, kar ni javna služba, izkaže za izrazito problematičnega. Javna služba je namreč definirana z javno financiranimi zdravstvenimi storitvami, njihov obseg pa se spreminja, s čimer se bo odslej spreminjala tudi definicija (obsega) zasebne zdravstvene dejavnosti. Javni zdravstveni zavodi bodo postali izvajalci zasebne zdravstvene dejavnosti (sedaj opravljajo »tržno dejavnost«), kar je pojmovno nezdržljivo s sistemsko ureditvijo javnih zavodov.

2. odstavek – *določa področja, na katerih ni mogoče izvajati zasebne zdravstvene dejavnosti*

Spornost definicije se pokaže že v 2. odstavku, ki določa področja, na katerih zasebne zdravstvene dejavnosti ni mogoče opravljati. V 3. točki našteva postopke oploditve z biomedicinsko pomočjo (ravno pri tej točki je predlagatelj podal najširšo obrazložitve): skladno s 37. členom Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja te pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (torej v okviru javne zdravstvene službe) ne morejo uveljavljati denimo ženske, starejše od 43 let. Torej lahko storitev uveljavljajo (pri pooblaščenih izvajalcih) zgolj samoplačniško. Po definiciji iz 1. odstavka sodi tovrstna samoplačniška storitev v zasebno zdravstveno dejavnost, na področju umetnih oploditev z biomedicinsko pomočjo, pa zasebne zdravstvene dejavnosti ni (več) mogoče izvajati (2. odstavek), ne v javnih zavodih niti pri koncesionarjih. S tem je prišel predlog zakona v izrecno nasprotje s 55. členom URS.

V 7. točki 2. odstavka je navedena dejavnost nujne medicinske pomoči. Skladno s Pravilnikom o službi nujne medicinske pomoči zdravstveno varstvo na prireditvah in shodih zagotavljajo izvajalci službe NMP in druge pravne ali fizične osebe, ki so usposobljene za izvajanje nujne medicinske pomoči (21. točka 3. člena pravilnika). Navedenih storitev ni dopustno plačati iz zdravstvene blagajne, ampak je plačnik organizator prireditve (24. člena pravilnika). Organizacija NMP na prireditvah se torej glede vprašanja izvajalcev (lahko

so zasebniki) in plačila storitev (plačnik ni ZZS) razlikuje od preostale dejavnosti nujne medicinske pomoči, zato sodi po definiciji iz 1. odstavka 38. člena med zasebno zdravstveno dejavnost, na podlagi 2. odstavka 38. člena pa se na nobenem področju nujne medicinske pomoči zasebne dejavnosti ne more (več) izvajati.

V 11. točki je navedena dejavnost patologije. Razširjeni strokovni kolegij za patologijo in sodno medicino ter strokovna združenja iz tega področja so že ob prejšnjih različicah predloga zakona pojasnili, da je potrebno razločevati med sodno medicino in patologijo. Medtem ko obstajajo utemeljeni razlogi v javnem interesu za izključitev sodne medicine iz zasebne pobude, pa to ne velja za dejavnost patologije. Slednja sodi v področje laboratorijske medicine in je po vsebini dejavnosti povsem primerljiva z drugimi področji diagnostičnih in kliničnih medicinskih storitev. Ker so storitve patologije praviloma pridružene ostalim (npr. kirurškim) storitvam, s katerimi tvorijo celostno medicinsko obravnavo pacienta, predstavlja prepoved njihovega izvajanja v okviru zasebne dejavnosti oviro na področju opravljanja večjega segmenta zdravstvenih storitev (zunaj javne službe). Takšno omejevanje opravljanja dejavnosti v zakonu ne posega zgolj v pravico do svobodne gospodarske pobude ponudnikov storitev, ampak omejuje tudi pravico pacientov (predvsem oseb brez zdravstvenega zavarovanja) do ustrezne zdravstvene obravnave.

#### **K 42. členu predloga ZZDej (14. člen novele)**

1. odstavek – *koncesija je pooblastilo, ki se podeli fizični in pravni osebi za opravljanje javne zdravstvene službe. Zdravstveno dejavnost na podlagi koncesije opravlja koncesionar v svojem imenu in za svoj račun na podlagi pooblastila koncedenta.*

Predlog ZZDej je koncesijo opredelil kot pooblastilno razmerje, na podlagi katerega pridobi koncesionar pravico opravljanja javno financiranih programov zdravstvenih storitev v obsegu (programa), opredeljenem s koncesijskim aktom in koncesijsko pogodbo. Izhajajoč iz takšne opredelitve koncesije, vsebuje predlog pravno praznino glede pooblastilnega razmerja, ki ga za izvajanje javne službe prejmejo javni zavodi. V 2. odstavku 42. člena predloga je namreč navedeno, da se koncesija lahko podeli, če javni zavod ne izvaja določenega programa (oz. ne zagotavlja ustrezne dostopnosti) v obsegu, kot je določen z mrežo javne službe. Nadalje je v 1. odstavku 44.a člena določeno, da se obseg opravljanja koncesijske dejavnosti opredeli v koncesijskem aktu na podlagi stanja in predvidenega razvoja mreže javne službe.

Glede na osnovno pravilo, po katerem izvajajta koncesionar in javni zavod javno službo pod enakimi pogoji (3. člen), vsebuje predlog zakona pravno praznino, kolikor ne določa akta (ter postopek njegove izdaje), ki je podlaga za vzpostavitev pooblastilnega razmerja med »koncedentom« in javnim zavodom. Takšno pooblastilno razmerje bi lahko izhajalo iz akta o ustanovitvi javnega zavoda (v skladu z Zakonom o zavodih), v katerem ustanovitelj opredeli obseg izvajanja dejavnosti javnega zavoda, vendar pa zdravstveni domovi izvajajo tudi (specialistične) programe na sekundarnem nivoju zdravstvene dejavnosti (za izvajanje teh programov jih občina ne more pooblastiti – ker nima ustrezne stvarne pristojnosti). Po 4. in 5. odstavku 5. člena namreč mrežo javne zdravstvene službe na sekundarnem nivoju določa in zagotavlja RS (ne občine) – čeprav je v novem 3. (prej 4.) odstavku 9. člena (še vedno) določeno, da zdravstveni dom *lahko* izvaja tudi specialistično ambulantno dejavnost, zakon ne predvideva, na kakšen način naj bo to pooblastilno razmerje vzpostavljeno. Zakon torej ne ureja, na kakšen način pristojno Ministrstvo za zdravje odloči, da bo določen program v mreži javne zdravstvene službe izvajal zdravstveni dom in ne koncesionar (ali bolnišnica). Te odločitve Ministrstvo za zdravje ne more opraviti v obliki spremembe akta o ustanovitvi, saj nima ustanoviteljskih pravic v zdravstvenem domu, zakon pa ne predvideva nobenega drugega mehanizma vzpostavitve pooblastilnega razmerja, zato gre za nedopustno pravno praznino v zakonu.

Kadar imajo zdravstvene storitve pravno naravo tržnih storitev po evropskem pravu, ter naravo storitev splošnega gospodarskega pomena, ko se izvajajo v okviru javne službe (za kar nedvomno gre v RS), je obstoj ustrezno opredeljenega akta o pooblastitvi (ti. *entrustment act*) osnovni predpogoj, po katerem je lahko plačilo, ki ga prejmejo izvajalci za opravljanje storitev javne službe, lahko skladno s pravili konkurenčnega

prava (2. odstavek 106. člena Pogodbe o delovanju EU). Zaradi zgoraj opredeljene pravne praznine pri financiranju specialističnih storitev (sekundarni nivo) zdravstvenim domovom, ni izpolnjen niti osnovni kriterij po navedeni določbi Pogodbe o delovanju EU.

*2. odstavek – koncesije se podeli, če koncedent ugotovi, da javni zdravstveni zavod ne more zagotavljati opravljanja zdravstvene dejavnosti v obsegu, kot je določen z mrežo javne zdravstvene službe, oziroma če javni zavod ne more zagotavljati potrebne dostopnosti do zdravstvenih storitev*

Določba opredeljuje prednostno pravico javnih zavodov do izvajanja (programov) javne zdravstvene službe. S tem prihaja določba v nasprotje z 2. odstavkom 3. člena, ki pravi, da opravljajo javni zavodi in koncesionarji zdravstveno dejavnost kot javno službo pod enakimi pogoji. Določba nasprotuje tudi pravilom evropskega konkurenčnega prava, kot izhaja iz priloženega pravnega mnenja.

Predlog ne določa, kateri javni zdravstveni zavod ima po dej določbi prednostno pravico do izvajanja javne zdravstvene službe. Vprašanja se zastavlja zlasti v primeru, ko je koncedent Ministrstvo za zdravje, predmet koncesije pa program ambulantne specialistične dejavnosti (novi 4. odstavek 9. člena ZZDej). Slednjega lahko (pod enakimi pogoji) izvajata tako zdravstveni dom kot tudi bolnišnica – oba izvajalca sta javna zdravstvena zavoda, kar pomeni, da lahko oba uveljavljata pravico do pridobitve javno financiranega programa storitev. Natančneje, za ambulantni program na sekundarni ravni, bi se lahko zavzemalo tudi več zdravstvenih domov, saj območje izvajanja programov ni vezano z mejami posameznih občin. Ministrstvo za zdravje tovrstnih konfliktov ne bo moglo razrešiti v okviru ustanoviteljskih pravic, saj z zdravstvenimi domovi upravljajo občine. Kolikor bo ministrstvo v primeru konflikta (med zdravstvenim domom in bolnišnico) zavzelo stališče, da naj zdravstveni domovi primarno ne opravljajo specialističnega ambulantne dejavnosti (tudi iz obrazložitve izhaja, da je zdravstveni dom osrednji nosilec zdravstvene dejavnosti na primarni ravni zdravstvenega varstva), bo s tem odprlo naslednje vprašanje – na kakšni podlagi naj bi imel zdravstveni dom (kot osrednji izvajalec osnovne zdravstvene dejavnosti) prednostno pravico do programa specialistične ambulantne dejavnosti v razmerju do drugega (zasebnega) izvajalca, ki je ustanovljen in že izvaja izključno določeno vrsto specialistične ambulantne dejavnosti, ki bo predmet »prostega« programa. Ob tem ne gre spregledati, da je pred nekaj leti Ministrstvo za zdravje pripravilo drugačno različico predloga, v katerem je predvidelo, da zdravstveni domovi specialistične dejavnosti sploh ne bi mogli več izvajati, pač pa bi to dejavnost, ki bi bila prostorsko še vedno organizirana v zdravstvenem domu, opravljale bolnišnice.

Kriteriji, po katerih se ugotavlja izpolnjenost pogojev za podelitev koncesije, so nedoločno opredeljeni. Prvi kriterij je nemožnost (javnega zavoda) opravljanja zdravstvene dejavnosti v obsegu, kot je določen z mrežo javne zdravstvene službe. Ministrstvo za zdravje in občine mreže javne zdravstvene dejavnosti (v osnovnem zdravstvu in na ostalih ravneh) še niso določili (v obliki veljavnega pravnega akta). Predlog zakona v ničemer ne posega v določbe, ki urejajo obveznost vzpostavitve mreže, zato objektivno ni mogoče pričakovati, da bo mreža (po 25 letih neizvajanja določb zakona, ki jo urejajo) brez spremembe določb 4. in 5. člena ZZDej kadarkoli vzpostavljena. Nadalje je potrebno opozoriti, da mreža z zakonom ni definirana – predvsem zakon ne pravi, da se z mrežo določi obseg izvajanja določene zdravstvene dejavnosti. Po drugi strani pa Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju v 63. členu določa, da se partnerji za sprejem splošnega dogovora vsako leto dogovorijo o programu storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, opredelijo zmožljivosti, potrebne za njegovo izvajanje in določijo obseg sredstev. Navedeno dodatno omejuje izvajanje predlagane določbe, saj določitev »mreže javno financiranih programov zdravstvenih storitev« ni (v izključni) pristojnosti Ministrstva za zdravje (kot koncedenta), še manj pa ima pri tem vpliva občina (ki ni partner splošnega dogovora). Zato je rešitev v predlogu, kolikor podelitev koncesije veže na pravno nedefiniran pojem mreže javne službe, neizvršljiva.

Pravno nedefiniran je tudi drugi kriterij, in sicer nemožnost javnega zavoda, da bi zagotovil potrebno dostopnost do zdravstvenih storitev. Iz predloga ni mogoče razbrati, ali sta pogoja določena kumulativno ali alternativno. Kolikor javni zavod ne more zagotoviti izvajanja določenega programa, sledi logičen zaključek, da ne more zagotoviti niti ustrezne dostopnosti do zdravstvenih storitev (saj programa sploh ne izvaja). Na tej podlagi je mogoče sklepati, da sta pogoja določena alternativno, torej se koncesijo lahko podeli tudi, če javni zavod program storitev izvaja, vendar na neustrezen način - uporabnikom ne zagotavlja ustrezne dostopnosti. Zato je mogoče pričakovati, da se bo v pravni praksi najpogosteje odpiralo vprašanje, kaj je vsebina pravnega standarda ustrezne dostopnosti do zdravstvenih storitev. Ker je način izvajanja različni programov zdravstvenih storitev (vsebina pravic, kadrovske normativi, itd.) definiran s pravili o financiranju storitev v okviru javne službe, gre pričakovati, da se bo (v odsotnosti zakonskih kriterijev v ZZDej) pravna praksa pri določitvi pomensko odprtega pojma »neustrezne dostopnosti do storitev« opirala pretežno na ta pravila.

Kriterij ne-zagotavljanja ustrezne dostopnosti do zdravstvenih storitev se nanaša na dva pravna položaja, in sicer na dodelitev novih programov zdravstvenih storitev (v tem primeru pride v poštev podelitev koncesije) in na programe, ki jih je javni zavod že prejel v izvajanje. V drugem primeru javni zavod krši obveznost javne službe (ti. *public service obligation*), saj storitev zavarovanim osebam ne zagotavlja pod pogoji, ki bi jih v skladu z režimom javne službe moral zagotoviti. Ker predlog ni uredil postopka, po katerem koncedent začne z ugotavljanjem kršitev obveznosti javne službe (kar je kriterij za podelitev koncesije), vsebuje v tem delu pravno praznino (glej tudi obrazložitev k 44.a členu).

Iz vsega zgoraj navedenega izhaja, da je predviden postopek podeljevanja koncesij nelogičen, saj lahko en *tip izvajalca* (formalno enakopraven izvajalec – 3. člen) pooblastilo za izvajanje programa javne zdravstvene službe (koncesijo) pridobi le pod pogojem, da drugi *tip izvajalca* krši obveznost javne službe (zadevni program izvaja na neustrezen način) oz. vnaprej izkazuje, da obveznosti ne bo mogel izpolniti. Tovrstna obravnava izvajalcev (istih programov!) javne službe ne nasprotuje zgolj evropskemu (konkurenčnemu) pravnemu redu in načelu pravne enakosti iz 14. člena URS, ampak predstavlja tudi poseg v pravico zavarovanih oseb do zdravstvenega varstva iz 51. člena URS. Zakon namreč že vnaprej predvideva organizacijo javne službe, ki zavarovanim osebam ne bo zagotovila optimalne dostopnosti do zdravstvenih storitev – kolikor bi izvajalce obravnaval enakopravno in pogoje za opravljanje javne službe v zdravstvenem zavodu in pri zasebnikih preveril že pred dodelitvijo posameznega programa javnemu zavodu – bi ob istem obsegu javnih sredstev že v izhodišču dosegel večjo dostopnost zavarovanih oseb do zdravstvenih storitev. Ob tem ni nepomembno omeniti, da je konkurenčen postopek izbora izvajalcev programov zdravstvenih storitev predvidel tudi osnutek novega Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (226. člen), ki je bil letos v javni obravnavi. Skladno s tem predlogom bi si izvajalci za določen program konkurirali po kriteriju kakovosti zdravstvenih storitev. Ministrstvo za zdravje je torej sočasno pripravilo dva predloga sprememb zakonodaje, ki vsebujeta večja konceptualna neskladja.

*3. odstavek – koncesije ni predmet prenosa oz. pravnega prometa; pravni posel v nasprotju s to prepovedjo je ničn*

Določba ustvarja notranje neskladje v zakonu, saj je pravni posel v primeru prenosa koncesije ničn (3. odstavek 42. člena), po 6. alineji 1. odstavka 44.j člena pa je prenos razlog, da koncedent z odločbo odvzame koncesijo. Kolikor je pravni posel ničn, potem do prenosa ne more priti, in obratno, kolikor je prenos koncesije lahko uspešno izvršen, pravni posel prenosa ne more biti ničn.

Prenos koncesije je po veljavnem Zakonu o javno - zasebnem partnerstvu dopusten. Kot merilo mednarodne primerljivosti velja omeniti, da možnost prenosa koncesije (zamenjave koncesionarja) pozna tudi direktiva, ki ureja podeljevanje koncesijskih pogodb. Menjava koncesionarja je skladno z direktivo dovoljena, kolikor nov koncesionar izpolnjuje enake pogoje glede izvajanja storitev kot prvotni prejemnik

koncesije. Primerjalni vidik torej pokaže, da omogočajo različni režimi javnih služb široke možnosti prenosa oz. zamenjave izvajalca storitev, kar je v skladu z načelom svobodne gospodarske pobude. Omejujoč zakonodajni pristop v predlogu ZZDej posega v to ustavno pravico (74. URS) koncesionarjev, zato bi moral predlagatelj v obrazložitvi utemeljiti razloge, ki takšno poseganje upravičujejo.

#### **K 43. členu predloga ZZDej (15. člen novele)**

##### *1. odstavek – koncesija se podeli za 15 let*

S postavitvijo nizke zgornje meje obdobja podelitve koncesije je predlog vsebinsko posegel v nabor programov zdravstvenih storitev, ki jih bo mogoče s koncesijo podeliti, saj bodo (iz ekonomskih razlogov) izključene vse tiste koncesije, pri katerih se investirana sredstva ne morejo povrniti v 15 letih. Zaradi te omejitve namena zakona ne bo mogoče doseči, saj zakon za nobeno dejavnost (razen naštetih v 2. odstavku 38. člena) ne predvideva, da se ne bi mogla izvajati na podlagi podeljene koncesije – de facto pa se na podlagi koncesije ne bo moglo izvajati nobene dejavnosti, ki terja večjo naložbo zasebnega partnerja (ki se ne povrne prej kot v 15 letih).

Nadalje je potrebno opozoriti, da je ZZDej krovni (matični) predpis tudi za lekarniško dejavnost, ki je sicer urejana s posebnim zakonom. Ta določa, da se koncesije podeljuje za obdobje od 15 do 30 let (39. člen Zakon o lekarniški dejavnosti). Predlagatelj ne daje ustreznega pojasnila, kateri razlogi v javnem interesu narekujejo različno obravnavo ene podvrste zdravstvene dejavnosti (lekarniške) v razmerju do ostalih, ko gre za vprašanje trajanja koncesijskega razmerja. Ob tem gre opozoriti na stališče ustavnega sodišča, da pravilo *lex posteriori generalis non derogat legi priori speciali* ne velja, kadar je potrebno različne vrste subjektov enako pravno obravnavati (glej denimo odločbo U-I-316/04-6). Navedeno še dodatno potrjuje določba 20. člena predloga ZZDej (9. člen novele), ki učinek Zakona o lekarniški dejavnosti, kot *lex specialis* v razmerju do ZZDej, veže izključno na vprašanje izvajanja lekarniške dejavnosti, ne pa na vsa ostala vprašanja, pri katerih prideta predpisa v kolizijo. Kolikor ZZDej tega vprašanja ne bo drugače uredil, se nakazuje sklep, da bo ZZDej razveljavil ureditev dolžine trajanja koncesijskih razmerij iz Zakona o lekarniški dejavnosti (15-30 let) in jo nadomestil s (splošno) ureditvijo iz 43. člena ZZDej – 15 let.

##### *2. odstavek – ureja podaljšanje koncesije*

Pogoj za podaljšanje koncesije je tudi izpolnjevanje dodatne zahteve (pogoja) iz 2. odstavka 42. člena, kar pomeni popolno izvotlitev pravice do podaljšanja. Določitev takšnega pogoja je sporna iz razlogov, navedenih h komentarju k prejšnjemu členu.

#### **K 44.a členu predloga ZZDej (17. člen novele)**

##### *1. odstavek – ureja vsebino koncesijskega akta*

Predlagatelj v obrazložitvi pojasnjuje, da je koncesijski akt »temeljni dokument postopka podeljevanja koncesij na podlagi systemskega zakona o javno – zasebnem partnerstvu«, kar ne drži. Zakon o javno – zasebnem partnerstvu zahteva izdajo »odločitve o ugotovitvi javnega interesa za sklenitev javno – zasebnega partnerstva« (11. člen), sprejetje koncesijskega akta pa je obvezno le tedaj, ko materialni predpis to izrecno določa (36. člen).

Skladno z obrazložitvijo predloga, bo s koncesijskim aktom koncedent ugotovil izpolnjevanje pogojev za podelitev koncesije iz 2. odstavka 42. člena - njihov obstoj bo moral biti v koncesijskem aktu izkazan in ustrezno obrazložen.

Določba 44.a člen torej opredeljuje postopek ugotavljanja materialnih pogojev iz 42. člena. V komentarju k 42. členu je bilo že pojasnjeno, da se pogoj (ne)zagotavljanja ustrezne dostopnosti do zdravstvenih storitev lahko nanaša na obstoječe programe, ki jih določen javni zavod že izvaja, pri tem pa krši obveznost

javne službe in na bodoče programe, ki jih javni zavod ne bo uspel izvajati. V postopku ugotavljanja pogojev po 42. členu bodo zato konkurirali interesi kandidatov, ki bi lahko prejeli koncesijo in enega (ali več) javnih zavodov. Po napovedi predlagatelja bo koncedent v teh okvirih opravljal presojo, ali so pogoji za podelitev koncesije izpolnjeni, svojo odločitev pa bo sprejel v obliki koncesijskega akta. Iz vsega navedenega izhaja, da si je predlagatelj pod pojmom sprejemanja koncesijskega akta zamislil postopek, ki je bistveno bližje upravnemu postopku, kot pa sprejemanju predpisa, kar je predlagatelj opredelil v nadaljevanju (2. odstavek – koncesijski akt se sprejme v obliki občinskega odloka). Predlagatelj je torej izbral napačen postopek ugotavljanja pogojev za podelitev koncesije. Kar pa zadeva sistemsko umestitev tega instituta, velja izhajati iz dejstva, da je koncesijski akt predpis, sprejet na isti ravni kot bi morala biti določena mreža javne zdravstvene službe (5. člen) - zato se zastavlja vprašanje, ali bo koncesijski akt izdan na podlagi mreže, oziroma bo »mreža« prvič pravno določena šele s sprejetjem koncesijskega akta.

Za izvajalce javne službe je ključno, kdaj bo koncedent sprožil postopek ugotavljanja izpolnjevanja pogojev po tej določbi. Ker ne gre za upravni postopek, ni upravičenega predlagatelja, ki bi postopek sprožil na lastno pobudo, niti zakon ne predpisuje, pod katerimi pogoji mora začeti postopek koncedent sam, ter kakšne so posledice, če postopka ne začne.

Zakon tudi ne opredeljuje, kakšen položaj naj bi v postopku (ugotavljanja izpolnjevanja pogojev za podelitev koncesije) imele stranke, ki sicer izkazujejo pravni interes za sodelovanje v postopku (ne zgolj kandidati za podelitev koncesije, ampak tudi javni zavodi) – po obstoječem 34. členu Zakonu o javno – zasebnem partnerstvu ima predlagatelj začetka postopka položaj ti. promotorja. S tem v zvezi sicer predlagatelj v obrazložitvi kritično navaja, da so se koncesije v preteklosti večkrat podelile na podlagi izkazanega interesa kandidata (za njeno podelitev), nova ureditev pa naj bi to odpravljala. Vendar ne gre spregledati, da nova ureditev s tem odpravlja ravno dolžnost koncedenta (javni partner), da na pobudo zainteresirane stranke prične s postopkom ugotavljanja, ali bi lahko javno službo na določenem področju organiziral na bolj učinkovit način (izboljšal dostopnost do zdravstveni storitev).

Na podlagi navedenega zaključujemo, da je predlagatelj predvidel precejšen odstop od sistemske ureditve koncesijskega akta, kot jo poznata krovni Zakon o javno – zasebnem partnerstvu ter Zakon o gospodarskih javnih službah (ki se trenutno delno uporablja tudi za nekatera postopkovna vprašanja glede koncesij v zdravstvu). Predlagatelj odstopa od sistemske ureditve tudi pri vprašanju začetka postopka za podelitev koncesije (oz. izvedbe javno zasebnega partnerstva). Iz obrazložitve ne izhaja, kakšen cilj naj bi bil z opredeljenimi odstopi dosežen, oziroma, katere specifične prednosti pričakuje predlagatelj od drugačne ureditve zgoraj navedenih institutov.

*2. in 3. odstavek – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije mora podati soglasje h koncesijskemu aktu občine in Vlade RS*

Oprelitev ZZS-ja kot dajalca soglasja (še posebej v razmerju do Vlade RS) je nelogična, saj predlagatelj v obrazložitvi navaja, da bo ZZS (kot financer programa) z izdanim soglasjem potrdil, da so sredstva za izvajanje programa zagotovljena. Skladno z določbo 63. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju se (novi) programi zdravstvenih storitev sprejemajo v splošnem dogovoru (v tem aktu morajo biti zagotovljena tudi sredstva za njihovo izvajanje), v okviru sprejemanja pa ima ZZS položaj zgolj enega izmed pogajalskih partnerjev, končno vsebino splošnega dogovora pa (kolikor med partnerji ni soglasja) določa vlada. Zato bi bila neskladna ureditev, po kateri bi vlada po enem zakonu (ZZVZZ) samostojno določila število novih programov zdravstvenih storitev, ZZS pa bi po drugem zakonu (ZZDej) vladi onemogočil sprejetje koncesijskega akta za iste (in zagotovljene) programe. Navedeno velja tudi za podelitev koncesije na lokalni ravni, saj je kot dajalec soglasja opredeljeno že Ministrstvo za zdravje (minister pa je član vlade). Glede na namen, ki ga zasleduje predlagatelj (zagotovljeno financiranje programov, ki se podeljuje s koncesijo), je torej ureditev instituta izdaje soglasja ZZS-ja neustrezna.

#### 5. odstavek – ureja postopek podelitve koncesije s strani več občin

Predlog v 5. odstavku ureja postopek, kadar koncesijo podeljuje več občin skupaj na podlagi predhodno doseženega soglasja za podelitev koncesije. Zakon ne ureja obrnjenega položaja, ko soglasje ni doseženo. Skladno s 1. odstavkom 5. člena mrežo javne službe na primarni ravni določa in zagotavlja občina, kar predstavlja zakonsko pooblastilo občini, da samostojno ureja način izvajanja javne službe na svojem območju. Slednje vključuje izvajanje pristojnosti po 44.a v zvezi s 42. členom, torej ugotavljanje izpolnjevanja pogojev za podelitev koncesije in sprejem koncesijskega akta, kolikor so pogoji izpolnjeni.

V zvezi z izvajanjem opredeljene pristojnosti občine vsebuje zakon večjo pravno praznino, saj občina nima nobenih pooblastil, na podlagi katerih bi lahko opravila presojo po 44.a členu – določen program zdravstvene dejavnosti, glede katerega bi občina lahko podelila koncesijo, ima namreč v izvajanju zdravstveni dom, ki se nahaja v večji sosednji občini. Tako kot zakon ne predvideva nobenega posebnega akta, s katerim občina pooblasti zdravstveni dom za izvajanje določenega programa zdravstvenih storitev, tako ne predvideva niti akta, s katerim lahko občina zdravstvenemu domu program odvzame ter ga podeli v izvajanje koncesionarju. Predlagatelj v obrazložitvi sicer predvideva, da je takšen akt ravno »koncesijski akt« iz 44.a člena, za kar pa se na primeru manjše občine izkaže, da temu ni tako, saj bi sicer občina z lastnim koncesijskim aktom posegla v pristojnost druge občine do organiziranja javne službe.

Edini mehanizem, po katerem bi občina zdravstvenemu domu lahko odvzela določen program, je sprememba akta o ustanovitvi javnega zavoda, česar pa manjša občina (sama) ne more izvesti. Iz navedenega sledi, da manjša občina (po predlogu zakona) sploh ne more izvrševati z zakonom podeljene izvirne pristojnosti. V praksi to pomeni, da občina, tudi če ima dovolj prebivalcev za vsaj en program zdravstvene dejavnosti, ne more doseči, da bi zdravstveni dom (iz večje sosednje občine) na njenem območju odprl ambulanto niti ne more podeliti koncesije, kar pomeni, da so njeni prebivalci postavljeni v manj ugoden položaj (slabša dostopnost) od občanov sosednje (večje) občine. Ustava v 1. odstavku 140. člena določa, da v pristojnost občine spadajo lokalne zadeve, ki jih občina lahko ureja samostojno in ki zadevajo samo prebivalce občine. Zato ocenjujemo, da predstavlja opisana pomanjkljivost pravno praznino, ki prebivalce manjših občin postavlja v položaj, ki ga 1. odstavek 140. člena URS ne predvideva.

#### **K 44.f členu predloga ZZDej (17. člen novele)**

##### *1. odstavek – določa katera medsebojna razmerja koncedent in koncesionar uredita s koncesijsko pogodbo*

Predlog zakona v 1. odstavku ni zgolj naštel področij urejanja v koncesijski pogodbi, ampak je določil tudi vsebino obveznosti javne službe, ki jo koncesionar izvaja. Pomanjkljivost predloga je v tem, da enake obveznosti javne službe za javne zavode ni določil, kar pomeni, da bodo javni zavodi iste programe zdravstvene dejavnosti lahko (še naprej) izvajali pod drugačnimi pogoji kot koncesionarji, s tem pa zavarovancem zagotavljali nižji nivo kakovosti zdravstvenih storitev. Navedeno izhaja predvsem iz naslednjih alinej:

V 3. alineji je določena obveznost (zaposlitve) odgovornega nosilca za posamezen program zdravstvene dejavnosti, javnim zavodom pa te obveznosti ni potrebno izpolniti (torej ima javni zavod lahko zaposleno manjše število zdravnikov od števila programov, ki ga ZZS financira javnemu zavodu), kar pomeni, da bodo zavarovancem še naprej zagotavljali manjšo dostopnost do zdravstvenih storitev (manj zdravnikov na dani obseg programov) kot koncesionarji.

V 12. alineji je določena obveznost vzpostavitve notranjega nadzora ter sistema kakovosti in varnosti. Gre za ukrepe iz področja zagotavljanja ustrezne kakovosti zdravstvenih storitev, ki za javne zavode ne bodo veljali.



V 14. alineji so določene pogodbene kazni zaradi nepravilnega opravljanja zdravstvene dejavnosti. Gre za ponovno obveznost, ki za javne zavode ne bo veljala – zanje torej predlog zakona ne vzpostavlja finančnih vzpodbud (oz. sankcij) v zvezi z izvajanjem obveznosti javne službe, kar neposredno vpliva na kakovost (oz. dostopnost) storitev, ki jo javni zavodi zagotavljajo uporabnikom. Sicer velja (tudi v zvezi s 4. alinejo – način financiranje koncesijske dejavnosti) opozoriti, da so obligacijska razmerja glede izvajanja obveznosti javne službe, skladno z Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, urejena v pogodbi o izvajanju programa zdravstvenih storitev med ZZS-jem in koncesionarjem. Tudi iz same definicije koncesije po 42. členu predloga izhaja, da je koncesija (zgolj) »pooblastilo«, zato se zastavlja vprašanje, zakaj je predlagatelj odstopil od (sistemske) ureditve urejanja pogodbenega razmerja med izvajalci in ZZS-jem iz krovnega zakona ter nadalje, po kakšnih kriterijih je določil, kateri obligacijski deli razmerja bodo urejeni v koncesijski in kateri v pogodbi o izvajanju programa zdravstvenih storitev. Vsekakor je potrebno upoštevati, da urejanja obligacijskih vprašanj v koncesijski pogodbi (namesto v pogodbi o izvajanju storitev) vodi do neenake obravnave prejemnikov istih zdravstveni storitev, saj so v predpisih o financiranju javne službe določena enotna pravila glede izvajanja posameznih programov, koncesijske pogodbe pa so individualne, zato ne bodo vsebovale identične opredelitve vseh vprašanj, ki so pomembna za izvajanje javne službe. Posledično bo okrnjeno tudi spoštovanje pravice pacientov do proste izbire zdravnika, saj (ob neenakih pogodbah) vsi izvajalci ne bodo izvajali javne službe z isto vsebino.

Z vsem zgoraj navedenim prihaja predlog tudi v direktno nasprotje z določbo 3. člena, po kateri opravljajo vsi izvajalci javno zdravstveno službo pod enakimi pogoji. Očitno ni mogoče govoriti o enakih pogojih, če predlog v 44.f členu izrecno predpisuje obveznosti za izključno en tip izvajalcev, za ostale pa teh obveznosti ni. Pri ostalih izvajalcih govorimo tudi o zasebnikih iz 8. člena, ki bodo zdravstveno dejavnost izvajali na podlagi odločbe Ministrstva za zdravje (ne pa na podlagi koncesije) – zakon za te izvajalce sploh ne predvideva, na kakšen način bodo sklenili pogodbo o izvajanju programa zdravstvenih storitev ter kateri organ in s kakšnim aktom bo pri teh izvajalcih uredil vsebino medsebojnega razmerja, ki je sicer opredeljena po 44.f členu za koncesijska razmerja. Vprašanje se ne zastavlja zgolj v zvezi z zasebniki iz 8. člena, ampak tudi glede javnih zavodov, saj je njihov ustanovitelj in upravljalca (v nekaterih primerih) občina, dovoljenje (pooblastilo) za opravljanje javne službe v zdravstveni dejavnosti pa jim bo po 8. členu podelilo Ministrstvo za zdravje. Kar zadeva izvajalce iz 8. člena, zakon ne vzpostavlja zgolj neenako obravnavo primerljivih položajev (zasebnih izvajalcev javne službe), ampak je predlagatelj izpustil celotno področje urejanja razmerja med izvajalci iz 8. člena in ZZS-jem.

### *3. odstavek – ZZS najpozneje v enem mesecu od podpisa koncesijske pogodbe s koncesionarjem sklene pogodbo o financiranju koncesijske dejavnosti*

Vsebina pogodbenega razmerja med izvajalcem in ZZS-jem je natančno opredeljena v 2. in 3. odstavku 65. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, zato se zastavlja vprašanje, kakšno kontrahirno dolžnost vzpostavlja 3. odstavek 44.f člena predloga, ko pravi, da stranki skleneta »pogodbo o financiranju koncesijske dejavnosti«. Dodatno je potrebno upoštevati tudi določbo 45. člena (novele) ZZDej iz prehodnih določb, ki ureja isto vprašanje, iz njene vsebine pa ne izhaja, da bi se v pogodbi urejala drugačna razmerja (razen izrecno naštetih izključitev), kot so navedena v 64. in 65. členu Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Umestitev določbe iz tega odstavka v člen, ki ureja vsebino koncesijskega razmerja, predstavlja večjo nomotehnično nedoslednost.

### *4. odstavek – spremembe koncesijskega razmerja koncedent odobri v obliki spremembe koncesijske odločbe*

Glede na vsebino urejanja in namen predlagatelja, bi se določba morala glasiti, da se sprememba odobri z upravno odločbo (kolikor se je predlagatelj odločil, da spremembe ni mogoče odobriti v »obliki akta poslovanja«). Dikcija, da se sprememba odobri v obliki spremembe koncesijske odločbe, pa je očitno

zgrešena, saj je izdane odločbe mogoče »spreminjati« le s pravnimi sredstvi, ki jih predvideva Zakon o splošnem upravnem postopku.

#### **K 44.h členu predloga ZZDej (17. člen novele)**

1. odstavek - *Koncesionar vodi ločen izkaz prihodkov in odhodkov ter sredstev in virov sredstev, ki se nanašajo na opravljanje koncesijske dejavnosti, od tistih, ki se nanašajo na opravljanje zasebne zdravstvene dejavnosti, v skladu s predpisi, ki urejajo preglednost finančnih odnosov, in ločeno evidentiranje različnih dejavnosti*

Sedež materije iz te določbe je v Zakonu o preglednosti finančnih odnosov in ločenem evidentiranju različnih dejavnosti (ZPFOLERD-1). Skladno s pragom (prihodkov) iz 12. člena ZPFOLERD-1, noben koncesionar ne pade v področje uporabe tega zakona. Iz obrazložitve predloga ZZDej nasprotno izhaja, da naj bi obveznost vodenja finančnih izkazov iz ZPFOLERD-1 veljala za vse koncesionarje. Pri tem prihajata predpisa v očitno kolizijo, saj predlog ZZDej napotuje na uporabo systemskega ZPFOLERD-1, pri čemer spreminja področje njegove uporabe (odpravlja kriterij/prag višine prihodkov). Predlagatelj ni podal nobene obrazložitve načrtovanemu odstopu od systemske ureditve, ki temelji na direktivi, ki ureja preglednost finančnih odnosov med javnimi podjetji in državami članicami (zakaj je torej odstopil od načina urejanja vprašanja, ki je enotno urejeno za celotno EU). Predlagatelj tudi ni navedel razlogov, zakaj enake obveznosti ni uvedel za vse javne zavode, ki v celoti ustrezajo pojmu javnega podjetja po ZPFOLERD-1. Ravno slednji namreč izvajajo po predlogu zakona (38. člen ZZDej) »zasebno zdravstveno dejavnost« (vse kar ni javna služba, je po 38. členu zasebna dejavnost), in sicer s sredstvi (investicijami), ki so jih prejeli za izvajanje javne službe.

#### **K 44.i in 44.j členu predloga ZZDej (17. člen novele)**

Predlog zakona govori o prenehanju koncesijske pogodbe in o odvzemu koncesije, izpustil pa je ureditev vprašanja prenehanja pooblastilnega razmerja (za izvajanje javne službe), ki ga Ministrstvo za zdravje z aktom o pooblastitvi iz 8. člena predloga dodeli (zasebnim) izvajalcem iz tega člena. Seveda velja opozoriti tudi, da javni zavodi in koncesionarji izvajajo identične programe zdravstvenih storitev po Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, noben predpis pa ne določa, na kakšen način koncedet (oz. pooblastitelj / javni partner) določen program javnemu zavodu lahko odvzame. Tako ostaja še vedno neurejeno vprašanje, na kakšen način Ministrstvo za zdravje (ki določa mrežo na sekundarnem nivoju) odvzame program zdravstvenemu domu, ki je v upravljanju občine (glej tudi komentar k 42. členu).

#### **K 53.a členu predloga ZZDej (19. člen novele)**

1. odstavek – *zdravstveni delavec, zaposlen v javnem zavodu, lahko opravlja zdravstvene storitve pri drugem izvajalcu ali kot zasebnik, pod pogoji, določenimi s tem zakonom*

Sprememba 1. odstavka 53.a člena ZZDej je izpustila navedbo, da zdravstvene storitve, ki jih zdravstveni delavec, zaposlen v javnem zavodu, opravlja pri drugem izvajalcu, pomenijo konkurenčno dejavnost. Ta opredelitev v obstoječem zakonu je seveda pravno sporna, saj o konkurenčni dejavnosti ni mogoče govoriti, kadar niso izpolnjeni kriteriji iz 39. člena Zakona o delovnih razmerjih (če ni dejanske konkurence, ni niti konkurenčne dejavnosti). Čeprav je predlog ZZDej črtal definicijo, po kateri je opravljanje takšnih storitev konkurenčna dejavnost, pa vsebinsko ni prinesel nobene spremembe. Zdravstvenim delavcem je, brez soglasja delodajalca, še vedno prepovedano opravljanja kakršnekoli dejavnosti zunaj obsega delovnega razmerja. 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 URS (svoboda dela) in 74. členom URS (svobodna gospodarska pobuda). Razlogi za poseganje v omenjeni ustavni pravici so (kot navaja predlagatelj v obrazložitvi) v preprečevanju tveganja nasprotja interesov in preprečevanju

korupcijskih tveganj. Očitno gre za neveljavne razloge, saj so ista tveganja podana tudi v primeru, ko je zdravstvenemu delavcu izdano soglasje za opravljanje konkurenčne dejavnosti (3. odstavek 53.b člena), oziroma kadar delavec o opravljanju konkurenčne dejavnosti obvesti svojega delodajalca (1. odstavek 53.b člena). Navedena tveganja tudi niso upoštevana pri določitvi kriterijev po 1. ali 3. odstavku 53.b člena, skladno s katerimi je konkurenčno dejavnost mogoče opravljati. Zaradi navedenega poseganje v zgoraj navedene ustavne pravice delavcev ne preneha biti sorazmernosti, saj predstavljajo omejitve očitno neprimeren ukrep glede na cilj, ki naj bi ga predlagatelj zakona zasledoval.

### *2. odstavek – ureja »omogočanje« opravljanja zdravstvenih storitev zdravstvenemu delavcu*

Določba vsebuje nejasen zapis, saj sta izvajalec zdravstvenih storitev in zdravnik po 53. a členu stranki pogodbenega razmerja. Zato se zastavlja vprašanje, ali pomeni »prepoved omogočanja« opravljanja storitev zgolj prepoved sklenitve pogodbe, ali je prepoved širša in se nanaša na dodaten nedefiniran krog prepovedanih ravnanj, ki jih predlagatelj razume pod pojmom »omogočanja«. Primer tega je oddajanje v najem prostorov, kjer se opravlja zdravstvena dejavnost.

Po 12. alineji 1. odstavka 88. člena je omogočanje opravljanja storitev v nasprotju s 3. odstavkom 53. a člena opredeljeno kot prekršek. Načelo določnosti predpisov terja, da so dejanja, ki jih zakon opredeljuje kot prekršek, jasno določena. Pri gornji definiciji »omogočanja opravljanja« dejavnosti o določnosti prekrška ne moremo govoriti.

### *3. odstavek – opravljanje zdravstvenih storitev v nasprotju z ZZDej je razlog za izredno odpoved pogodbe o zaposlitvi*

Določba (ki jo sicer pozna že sedanji zakon) predvideva nesorazmerno sankcijo za zaposlene zdravstvene delavce, saj delovnopravna zakonodaja tega odpovednega razloga ne pozna. Ob tem velja poudariti, da je potrebno institut izredne odpovedi pogodbe o zaposlitvi uporabljati tako, kot je opredeljen v krovnem Zakonu o delovnih razmerjih, in sicer je izredna odpoved možna, če je odnos med delavcem in delodajalcem porušen do te mere, da delovnega razmerja ni mogoče nadaljevati niti do izteka odpovednega roka. Zato je, tudi po sodni praksi, izredna odpoved predvidena za najhujše kršitve obveznosti iz delovnega razmerja. Za kršitev konkurenčne prepovedi krovni Zakon o delovnih razmerjih takšne sankcije abstraktno ni predvidel, zato se od predlagatelja pričakuje, da bo razloge za odstop od ureditve splošnega instituta natančno pojasnil, posebej zato, ker je izvajanje javne službe v zdravstveni dejavnosti v 3. členu opredelil kot »negospodarsko dejavnost, ki se izvaja na nepridobiten način«. V kolikor bi definicija držala, zaposleni zdravniki že pojmovno ne bi mogli opravljati »konkurenčne dejavnosti« svojemu delodajalcu – če ni trga, ni niti konkurence.

Nadalje je potrebno opozoriti, da je pogoj za zakonitost izredne odpovedi pogodbe o zaposlitvi s strani delodajalca tudi predpostavka, da ob upoštevanju vseh okoliščin in interesov obeh pogodbenih strank, ni mogoče nadaljevati delovnega razmerja do izteka odpovednega roka oziroma do poteka časa, za katerega je bila sklenjena pogodba o zaposlitvi (109. člen ZDR-1). Določitev izredne odpovedi po ZZDej je predvidena kot sankcija za kršitev »javno-pravnega režima« prepovedi dela pri drugem delodajalcu (kot je bilo pojasnjeno pri 1. odstavku, se »prepoved konkurence« razteza na vse storitve in ne zgolj na tiste, ki pomenijo dejansko konkurenco), ki pa v večini primerov ne bo dosegla teže kršitve (delavca v razmerju do delodajalca), ki jo zakon (ZDR-1) zahteva za izredno odpoved pogodbe o zaposlitvi. Zato je institut izredne odpovedi, kot delovnopravna sankcija za javnopravno kršitev prepovedi opravljanja »konkurenčne dejavnosti«, neprimerno orodje urejanja tega razmerja.

Ob upoštevanju dejstva, da je po 6. alineji 89. člena opredeljen prekršek, ki ga stori zdravstveni delavec, ki opravlja zdravstveno dejavnost v nasprotju s 53. b členom ZZDej, se izkaže, da je celotna ureditev sankcij za delavce (ki kršijo prepoved) očitno nesorazmerna. Opravljanje konkurenčne dejavnosti zaposlenih

zdravstvenih delavcev (v nasprotju z ZZDej) je namreč hkrati opredeljeno kot razlog za izredno odpoved pogodbe o zaposlitvi, kar odstopa od splošne ureditve tega instituta, in prekršek, česar primerjalno ni mogoče zaslediti pri nobenem drugem poklicu. Takšna ureditev nedopustno posega hkrati v ustavno pravico do svobode dela (49. člen URS) in pravico do varstva dela po 66. členu URS. Da bi lahko presojali upravičenost poseganja v navedene ustavne pravice (oz. sorazmernost posega), bi moral predlagatelj navesti ustavnopravne dobrine, ki naj bi jih zakon varoval, in opraviti test sorazmernosti. Edina utemeljitev, ki jo ponuja predlagatelj, je navedba iz obrazložitve k 1. odstavku – da s tem preprečuje tveganje za nasprotje interesov in preprečuje korupcijska tveganja, ki se pojavljajo pri delu zdravstvenih delavcev, ki delajo sočasno v javnem sektorju in pri zasebnikih. Kot je bilo predhodno pojasnjeno, je ta argument očitno neutemeljen, saj bi moral zakon za zaščito teh dobrin poiskati ustrezno normativno sredstvo (primerno sredstvo za doseg cilja).

### **K 53. b členu predloga ZZDej (20. člen novele)**

*2. odstavek – ureja obseg dela, ki ga lahko opravi zdravstveni delavec, ki je zaposlen v javnem zavodu, pri drugem izvajalcu*

*3. odstavek – ureja pogoje za izdajo soglasja delavcu iz 2. odstavka*

Predlog ZZDej v 53. b členu ureja pogoje, pod katerimi zdravstveni delavec, zaposlen v javnem zavodu, lahko opravlja zdravstvene storitve kot zasebnik oziroma pri drugem izvajalcu, ki ni javni zavod. Primerjava določb pokaže, da predvideva predlog strožje pogoje za delo zdravstvenega delavca pri drugem izvajalcu, ki ni javni zavod (zahteva soglasje po 3. odstavku), kot veljajo za delo pri drugem javnem zavodu (zadošča obvestitev delodajalca). Poleg navedenega predvideva predlog za delo pri drugem izvajalcu časovno omejitev (8 ur na teden – 2. odstavek), medtem ko enake časovne omejitve ni za delo pri drugem javnem zavodu.

Predlog ZZDej torej različno obravnava dva pravno primerljiva položaja, to je opravljanje zdravstvenih storitev delavca, zaposlenega v javnem zavodu, pri drugem javnem zavodu ali pri zasebnem izvajalcu. 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 koncesionarju. V kolikor pride do konkurenčne dejavnosti, je namreč za javni zavod vseeno, ali mu konkurira drug javni zavod ali koncesionar. S tega vidika bi bila logična kvečjemu obratna rešitev, po kateri bi predlog za opravljanje dejavnosti pri zasebnem izvajalcu brez koncesije določil manj omejitev, saj takšen izvajalec ne more konkurirati javnemu zavodu v okviru storitev javne službe.

Neustrezno je obrazložena tudi različna obravnava glede časovne omejitve dela pri izvajalcu, ki ni javni zavod (8 ur/teden). Predlagatelj navaja, da predstavlja časovna omejitev najdaljši dopusten dodaten obseg dela, upošteva potrebo po počitku. Argumenta ni mogoče sprejeti, saj je z vidika potrebe po počitku vseeno, ali je bilo dodatno delo opravljeno pri drugem javnem zavodu ali zasebnem izvajalcu.

Načelo pravne enakosti iz 14. člena URS predpostavlja enako obravnavo primerljivih pravnih položajev, pri čemer ne gre zgolj za enakost pred zakonom, kot izrecno določa 2. odstavek 14. člena, ampak je potrebno upoštevati tudi zahtevo po enakosti v zakonu – to pomeni, da zakon na abstraktni ravni ne sme različno obravnavati pravnih položajev, ki so si po bistvenih lastnostih primerljivi. Kot je bilo izkazano zgoraj, se zdravstveni delavci, zaposleni v javnem zavodu, ki želijo dodatno delo opravljati v drugem javnem zavodu ali pri drugem izvajalcu, glede kriterijev, ki jih je predlagatelj sam navedel v obrazložitvi, 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. Neenakopravna obravnava pride ponovno tudi v nasprotje s 3. členom

ZZDej, ki pravi, da opravljajo javno službo vsi izvajalci pod enakimi pogoji. V kolikor lahko zakon povzroči delitev trga dela na segment z manj omejitvami (delo za druge javne zavode) in na drugi segment z več omejitvami (delo za druge izvajalce), ne moremo govoriti, da koncesionarji in javni zavodi lahko opravljajo zdravstveno dejavnost kot javno službo pod enakimi pogoji. Zato je zrcalna slika neenakopravne obravnave zdravstvenih delavcev tudi neenakopravna obravnava izvajalcev pri možnostih poslovnega sodelovanja z delavci iz 53. a člena, s čimer se na nedopusten način posega v njihovo ustavno pravico do svobodne gospodarske pobude po 74. členu URS.

#### **K 80. členu predloga ZZDej (31. člen novele)**

Pri ureditvi upravnega nadzora je v 3. alineji 2. odstavka 80. člena predloga določen tudi nadzor zdravstvene obravnave posameznega primera, na podlagi česar se zastavlja vprašanje, ali je namen določbe uvesti strokovni nadzor (v okviru upravnega nadzora). Takšen zaključek nedvomno izhaja iz gramatikalne razlage 3. alineje, podprt pa je tudi z določbo 3. in 4. alineje 5. odstavka (pogovor z zdravstvenimi delavci in bolniki) ter 7. alineje 5. odstavka (fotografiranje in snemanje oseb). Po drugi strani jezikovno jasna določba 1. odstavka 80. člena upravni nadzor omejuje na preverjanje izvajanja predpisov s področja zdravstvene dejavnosti in zavarovanja ter materialnega poslovanja, kar v celoti izključuje možnost opravljanja strokovnega nadzora v okviru upravnega nadzora. Načelo jasnosti (določnosti) predpisov terja, da se opisano neskladje v jezikovni razlagi 1. in 2. odstavka odpravi z določitvijo razumljivejše dikcije 3. alineje 2. odstavka.

#### **K 40. členu novele (prehodne določbe)**

Predlog ZZDej ureja transformacijo obstoječih koncesij, in sicer omejitev njihovega trajanja. Pri tem predlagatelj v obrazložitvi pojasnjuje, da ne gre za poseg v pridobljene pravice ter da poseg ne nasprotuje ustavi.

Transformacija koncesijskega razmerja z odločbo koncedenta je že pojmovno enostranski poseg javnega partnerja v koncesijsko pogodbo in s tem v pridobljene pravice koncesionarja. Ne glede na vprašanje ustavne skladnosti retroaktivnega poseganja v urejena razmerja, je po 2. odstavku 14. člena Zakona o javno-zasebnem partnerstvu opredeljena odškodninska odgovornost koncedenta za enostranske posege v sklenjena javno-zasebna partnerstva. Dejstvo, da bo imel enostranski poseg javnega partnerja podlago v zakonu, takšnega zaključka ne spreminja. Poleg tega bi bila odškodninska odgovornost koncedenta podana tudi, če Zakon o javno-zasebnem partnerstvu tega ne bi določal, saj predstavlja enostranski poseg koncedenta v pogodbo njeno kršitev. Upošteva dejstvo, da privede nedopustno retroaktivno učinkovanje zakona, oziroma enostranski poseg v koncesijsko razmerje, do enake pravne posledice – odškodninske odgovornosti koncedenta, je že vnaprej poznano, da se temu vprašanju koncedenti v nobenem primeru ne bodo mogli izogniti. Iz tega razloga bi bilo smiselno, da bi predlog ZZDej, skupaj s postopkom transformacije koncesijskih razmerij, urediti tudi postopek priznanja odškodnine za enostranski poseg v sklenjeno pogodbo. S tem se bo lahko zmanjšal obseg sodnih postopkov.

Primerjava z rešitvami iz (pred krajšim časom sprejetega) Zakona o lekarniški dejavnosti pokaže, da se trajanje koncesij, ki so jih lekarne prejele pred uveljavitvijo Zakona o javno-zasebnem partnerstvu za nedoločen čas, ni omejilo z najdaljšim obdobjem iz novega zakonu (121. člen). Zavzeti normativni pristop, ki postavlja ostale izvajalce (drugih podvrst zdravstvene dejavnosti) v manj ugoden položaj, nasprotuje načelu enakosti pred zakonom.

#### **K 44. členu novele (prehodne določbe)**

Določba ureja način sklepanja pogodb o izvajanju programov zdravstvenih storitev, in sicer tako, da za koncesionarje izključuje uporabo določenih pravil glede sklenitve pogodb po 64. in 65. členu Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju.

Najprej je potrebno ugotoviti, da se določba nanaša na koncesionarje, ne nanaša pa se na izvajalce iz 8. člena. Nadalje se zastavlja vprašanje, za katere koncesije se določba uporablja – za vse koncesije ali le za tiste, ki so bile podeljene po uveljavitvi zakona, ter kakšen je celoten režim sklepanja teh pogodb – ali je predlog delno izključil uporabo Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju le kar zadeva fazo sklenitve pogodbe, ali za celotno obdobje izvajanja koncesijske dejavnosti (pogodbe se po ZZVZZ namreč sklepajo za določeno obdobje trajanja). Odstop od krovnega predpisa bo v praksi urejanja razmerij pokazal tudi na številne druge pomanjkljivosti. Denimo postopek načrtovanja programa po 63. členu ZZVZZ – skladno s 44. f členom ZZDej bo ZZS z izvajalcem sklenil pogodbo v roku 30 dni od podpisa pogodbe, vendar bo moral imeti za to predhodno zagotovljen program v Splošnem dogovoru iz 63. člena, oziroma bo koncedent lahko podelil koncesijo šele po zagotovitvi programa v Splošnem dogovoru. Iz navedenega sledi, da bi moral predlog ZZDej, kolikor je posegel v 64. in 65. člen ZZVZZ, samostojno urediti tudi vprašanja iz 63. člena in ostalih določb ZZVZZ, ki so neposredno povezane sklenitvijo pogodbe o njihovem izvajanju; primer tega je vprašanje oblikovanja programov zdravstvenih storitev. Če glavna neskladja, ki pri tem nastajajo, ne bodo odpravljena, določbe ne bo mogoče izvrševati.

Pripravil:

Peter Renčel, univ. dipl. prav.

dr. Zdenka Čebašek – Travnik, dr. med.  
predsednica

Priloga:

- Mnenje Inštituta za javno upravo pri Pravni fakulteti v Ljubljani o predlogu zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstveni dejavnosti (16. 5. 2017)