

# **Predlog Zakona za povečanje dostopnosti do zdravstvenih storitev in okrepitvi javne zdravstvene mreže (ZPDDSOM)**

## **Uvod**

Ministrstvo za zdravje je dne 20. 1. 2023 predstavilo analizo stanja na področju zdravstva v Sloveniji, iz katere je razvidno, da brez korenitih sistemskih sprememb sledi neizbežen kolaps slovenskega zdravstvenega sistema. Ta se v prvi vrsti sooča s pomanjkanjem delovne sile, kar je najbolj očitno na področju zagotavljanja dostopnosti do osebnih zdravnikov. Brez izbranega osebnega zdravnika je po analizi 132.185 zavarovanih oseb.<sup>1</sup> Pri tem se delež takih oseb po posameznih izpostavah Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju ZZVS) močno razlikuje. Najvišji je v Ljubljani, kjer je 25 % zavarovanih oseb brez izbranega osebnega zdravnika. Iz analize je razvidno, da v Sloveniji po podatkih zbornice primanjkuje 450 ambulant družinske medicine, po oceni ZZVS pa 290. Primanjkljaj je občutno večji ob upoštevanju podatkov o pokritosti prebivalstva z družinskimi zdravniki na ravni Evropske unije, po katerih bi morali za doseganje evropskega povprečja zagotoviti kar 770 dodatnih družinskih zdravnikov, pri čemer je sicer treba upoštevati, da po ugotovitvah analize nekatere države na primarnem nivoju ne zagotavljajo pediatrov in ginekologov in tudi to vlogo opravljajo družinski zdravniki. Pri tem se bo zaradi staranja prebivalstva potreba po timih družinske medicine v prihodnjih letih znatno povečevala. Izrazito pomanjkanje zdravnikov je tudi na področju urgentne medicine, kjer je po izsledkih analize v urgentnih centrih bolnišnic zaposlenih manj kot 20 specialistov urgentne medicine, čeprav bi jih potrebovali več kot 300. Tako Slovenija po številu zdravnikov na prebivalca močno zaostaja za večino držav Evropske unije. Dostop do zdravstvenih storitev pa je otežen tudi z vidika čakanja na opravo storitev, pri čemer se število čakajočih povečuje. Po analizi je bilo na dan 1. 1. 2023 skupno število čakajočih na prvi pregled in opravo terapevtsko-diagnosticskih storitev 260.750, kar je za 4 % več čakajočih kot na dan 1. 1. 2022. Od tega je bilo kar 43 % (112.121) čakajočih nad dopustno čakalno dobo. Ob tem čas, ki bi ga lahko zdravstveno osebje namenilo zdravstveni obravnavi pacientov, dodatno omejujejo številne pogosto nepotrebne in nesmiselne administrativne obremenitve, med drugim v obliki vnašanja podatkov v informacijske sisteme. Ti so po izsledkih analize med seboj razdrobljeni in nepovezani, saj zdravstveni domovi uporabljajo več kot 30 različnih informacijskih rešitev, prav tako se po posameznih bolnišnicah med seboj razlikujejo bolnišnični informacijski sistemi. Zato kljub velikemu številu zbranih podatkov digitalizacija zdravstva ne prinaša želenih učinkov in ne omogoča učinkovitega organiziranja mreže zdravstvene dejavnosti. Zdravstvo je poleg navedenega soočeno še s pomanjkljivim nadzorom kakovosti, pri čemer na številnih področjih ni sprejetih enotnih smernic obravnave, iz katerih bi izhajali ustrezni standardi kakovosti. Zato je po ugotovitvah analize nujna vzpostavitev organa, ki bi med drugim oblikoval in spremljal kazalnike kakovosti in varnosti v zdravstveni dejavnosti, določal način spremljanja preprečljivih škodnih dogodkov, nadzoroval doseganje kakovosti izvajalcev zdravstvene dejavnosti in opravljal druge s tem povezane naloge. Normalno delovanje slovenskega zdravstvenega sistema pa otežuje tudi neoptimalna organizacija javnih zdravstvenih zavodov, ki ne omogoča ustreznih kadrovskega vzpodbud. Tako je bilo tudi poslovanje javnih zdravstvenih zavodov v lanskem letu slabše kot leto pred tem, in sicer je po analizi ministrstva v prvem polletju prejšnjega leta kar 30 javnih zdravstvenih zavodov izkazovalo negativen poslovni izid, skupen presežek odhodkov nad prihodki pa je znašal 49.941,117 evrov. Poleg navedenega so imeli javni zdravstveni zavodi ob koncu prvega polletja prejšnjega leta še za 71.485,481 evrov neporavnanih zapadlih obveznosti.

---

<sup>1</sup> Številka na dan 30. 11. 2022; vključuje zavarovane osebe s stalnim ali začasnim bivališčem v Republiki Sloveniji, tuje državljanke z začasnim bivališčem ter zavarovane osebe z delodajalcem v Sloveniji in brez stalnega in začasnega prebivališča (vir: Ministrstvo za zdravje: Pregled stanja na področju zdravstva v Sloveniji, januar 2023).

Posledica zgoraj opisanih težav je, da se slovensko zdravstvo sooča z velikimi težavami pri zagotavljanju hitre, varne in predvsem dostopne zdravstvene oskrbe prebivalcem, kot izhaja iz 51. člena Ustave Republike Slovenije (Uradni list RS/I, št. 33/1991, Uradni list RS, št. 42/1997 - UZS68 in nasl.; v nadaljevanju Ustava). Država je ta vprašanja sicer deloma naslovila z Zakonom o nujnih ukrepih za zajezitev širjenja in blaženja posledic nalezljive bolezni COVID-19 na področju zdravstva (Uradni list RS, št. 141/2022), s predlaganim zakonom pa se z namenom zagotoviti ustrezne izboljšave zdravstvenega sistema, ki bi temeljil na načelih spoštovanja pacientovih pravic, učinkovitosti, večje dostopnosti do zdravstvenih storitev in čimbolj enakopravnega dostopa celotnega prebivalstva do zdravstvenih storitev ne glede na kraj prebivanja, predlaga celovita reforma izvajanja zdravstvene dejavnosti, kot je trenutno urejena v Zakonu o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 9/1992 in nasl.; v nadaljevanju ZZDej), Zakonu o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 15/2008 in nasl.; v nadaljevanju ZPacP), Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 9/1992 in nasl.; v nadaljevanju ZZVZZ) in Zakonu o javnem naročanju (Uradni list RS, št. 91/15 in nasl.; v nadaljevanju ZJN-3), ki bo omogočila doseglo opisanih ciljev in v čim večji meri rešila težave, s katerimi se trenutno sooča slovensko zdravstvo. Tako so vsi ukrepi reforme usmerjeni v izgradnjo sistema, v katerega središče bodo z vidika kakovostne, varne in dostopne obravnave postavljeni pacienti.

## **Cilji, načela in pglavitne rešitve predloga zakona**

### ***Cilj***

Predlagani zakon zasleduje naslednje cilje:

- reforma upravljanja in preoblikovanje javnih zdravstvenih zavodov s ciljem izboljšanja pogojev za delovanje javnih izvajalcev;
- fleksibilnejši sistem financiranja zdravstvenih storitev glede na spreminjajoče se potrebe pacientov;
- povečanje agregatne ponudbe dela zdravnikov z uvedbo instituta neodvisnega ponudnika zdravstvenih storitev;
- normativno ogrožje za administrativno razbremenitev zdravnikov;
- vzpostavitev neodvisne agencije za kakovost in podporo digitalizaciji v zdravstvu;
- povečanje transparentnosti postopkov javnega naročanja na področju medicinske opreme in medicinskih pripomočkov.

### ***Načela***

Načela, ki se zasledujejo s tem zakonom, so zlasti načelo spoštovanja človekovega dostojanstva, načelo spoštovanja pacientovih pravic ter načelo spoštovanja pacientovega časa. Načelo spoštovanja pacientovega časa, ki je konkretizacija prvih dveh načel, zahteva od države in izvajalcev zdravstvene dejavnosti, da zagotovijo čim hitrejšo zdravljenje pacienta. Pravočasnost je eden izmed elementov kakovostne zdravstvene oskrbe, saj pacienti upravičeno pričakujejo, da bodo čim prej obravnavani. Glavni namen načela spoštovanja pacientovega časa je zagotavljanje jasnega in enakopravnega obravnavanja vseh pacientov. Zakonska zagotovitev dodatnih sredstev in vključitev dodatnih kapacitet za izvajanje javne zdravstvene službe ter dodatno delo neodvisnih ponudnikov zdravniških storitev bodo skrajšali čakalno dobo ter tako zagotovili spoštovanje zgornjih načel.

### **Poglavitne rešitve**

## ***Povečanje transparentnosti postopkov javnega naročanja na področju medicinske opreme in medicinskih pripomočkov***

S predlaganimi spremembami in dopolnitvami Zakona o javnem naročanju (Uradni list RS, št. 91/15, Uradni list Evropske unije, št. 307/15, 307/15, 337/17, 337/17, Uradni list RS, št. 14/18, 69/19 - skl. US, Uradni list Evropske unije, št. 279/19, 279/19, Uradni list RS, št. 49/20 - ZIUZEOP, 80/20 - ZIUOOPE, 152/20 - ZZUOOP, 175/20 - ZIUOPDVE, 15/21 - ZDUOP, 112/21 - ZNUPZ, 206/21 - ZDUPŠOP, 121/21, Uradni list Evropske unije, št. 398/21, 398/21, Uradni list RS, št. 10/22, 74/22 - odl. US, 100/22 - ZNUZSZS, 141/22 - ZNUNBZ, 158/22 - ZNPOVCE) se bo za potrebe izvajanja javnih naročil na področju medicinske opreme in medicinskih pripomočkov zagotovilo prilagojene mehanizme oddajanja javnih naročil, s ciljem povečanja transparentnosti in zagotavljanja cen, ki so karseda blizu realnim cenam na evropskem trgu. Nekatere od predlaganih rešitev so bile v ZJN-3 že implementirane z novelo ZJN-3C (Uradni list RS, št. 10/22), vendar so bile pozneje z Zakonom o nujnih ukrepih za zagotovitev stabilnosti zdravstvenega sistema (Uradni list RS, št. 100/22, 141/22; v nadaljevanju ZNUZSZS) črtane zaradi zatrevane neskladnosti s pravom Evropske unije. S predlaganimi spremembami in dopolnitvami ZJN-3 se tako sledi istim ciljem, kot so vodili sprejem novele ZJN-3C, pri tem pa se zagotavlja tudi skladnost z direktivami Evropske unije, predvsem Direktivo 2014/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 26. februarja 2014 o javnem naročanju in razveljavitvi Direktive 2004/18/ES (v nadaljevanju Direktiva 2014/24/EU).

Z zakonom se tako predlaga ponovna vzpostavitev referenčnih cen pri javnem naročanju na področju medicinskih pripomočkov in medicinske opreme, ki jih določa novoustanovljena Agencija za kakovost in podporo digitalizaciji v zdravstvu (v nadaljevanju Agencija). Namen instituta referenčne cene je zagotavljati naročnikom jasno informacijo o tem, kakšna je realna tržna cena različnega blaga, glede katerega poteka javno naročanje, s čimer se bo lahko preprečilo oddana naročila s področja zdravstva po ekscesno visokih cenah. Slednje bodo naročniki lahko preprečili tako, da že v dokumentaciji v zvezi z javnim naročilom izrecno določijo, da ponudba, katere cena za več kot 10 odstotkov presega referenčno ceno, ni dopustna. Uporaba referenčne cene pa ne bo mogoča (in posledično niti obvezna) v primerih, ko ta (še) ne bo znana v času oddajanja javnega naročila in v specifičnih situacijah (izrazito majhno število ponudnikov, nujnost naročila ipd.), ko bi opredelitev vsake ponudbe, ki presega referenčno ceno za 10 odstotkov, lahko vodila v to, da naročnika ne bo mogel (pravočasno) oddati javnega naročila.

Pomemben ukrep na področju javnega naročanja je tudi vzpostavitev dodatnega mehanizma za oddajo javnega naročila v primeru, ko prvi postopek oddaje javnega naročila ni uspešen. V primeru, da vrednost naročila ne dosega evropskih pragov in je torej potrebno upoštevati le načela javnega naročanja, ki izhajajo iz Direktive 2014/24/EU, bo naročnik v primeru neuspešno oddanega naročila (denimo ker noben od prijavljenih ponudnikov ni oddal ponudbe z ustrežno ceno) lahko poskusil javno naročilo oddati v okviru postopka s pogajanji brez predhodne objave na enotnem trgu Evropske unije in, če v tem postopku prejme ponudbo, ki ustreza kriterijem (torej presega referenčno ceno za največ 10 odstotkov), o tem obvesti ponudnike iz predhodno neuspešnega postopka. Ti bodo nato imeli 48 ur časa, da podajo novo ponudbo, naročnik pa bo izbral najugodnejšo. Če naročnik tudi na ta način ne bo mogel dobiti ponudbe, ki bi presegala referenčno ceno za največ 10 odstotkov, se šteje, da ni prejel nobene dopustne ponudbe in bo moral postopek oddaje javnega naročila ponoviti.

Zakon določa tudi, da če naročnik že odda javno naročilo, pa pozneje ugotovi, da je na trgu mogoče isto blago dobiti ceneje, o tem obvesti ponudnika, ki ima nato 30 dni časa, da svojo ceno ustrezno zniža glede še neizvedenega dela javnega naročila. Če tega ne stori, ima naročnik možnost odstopiti od pogodbe o izvedbi javnega naročila.

V primerih javnih naročil, katerih vrednost presega mejne vrednosti za uporabo Direktive 2014/24/EU in je zato pri pravnem urejanju tega področja potrebno ostajati v njenih okvirih, se s tem zakonom predlaga spodbuditev naročnikov, da neuspešnega javnega naročila v tem primeru ne ponavljajo, pač pa ga izvedejo v okviru katerega od drugih postopkov javnega naročanja, ki jih za to predvidevata ZJN-3 in Direktiva 2014/24/EU. V praksi bo to najpogosteje konkurenčni postopek s pogajanjem iz 44. člena ZJN-3. Tako bo naročnik v primeru, da so vse ponudbe v prvotnem postopku oddaje javnega naročila bile nedopustne (denimo zaradi previsoko postavljene cene), lahko objavil obvestilo o javnem naročilu in pozval vse zainteresirane ponudnike k podaji prijav za udeležbo v postopku javnega naročanja. V tej fazi bo lahko iskal morebitne ponudnike tudi na enotnem evropskem trgu, če bo ocenil, da bodo ti lahko ponudili dopustno ponudbo in jih povabil k vključitvi v postopek oddaje javnega naročila. Naročnik nato preveri, ali vsi prijavljeni ponudniki izpolnjujejo pogoje za sodelovanje v postopku (75. člen ZJN-3), nato pa vse ali nekatere med njimi (lahko tudi samo enega) povabi k oddaji prve ponudbe. Prva ponudba oz. prve ponudbe so nato temelj za nadaljnja pogajanja z vsemi ostalimi ponudniki, v okviru katerih imajo možnost ponuditi ugodnejšo ceno (oz. predložiti boljšo ponudbo po kakšnem drugem kriteriju, če je naročnik določil več kriterijev). Ko naročnik želi pogajanja zaključiti, o tem obvesti vse ponudnike in jim določi rok za predložitev zadnjih ponudb. Naročilo nato odda najugodnejšemu ponudniku. Predlagani zakon v opisano ureditev bistveno ne posega, določa zgolj izrecno možnost naročnika, da v okviru zbiranja prijav za sodelovanje na enotnem evropskem trgu tudi sam poskuša pridobiti zainteresirane ponudnike in jih povabiti v postopek, v katerem bodo nato lahko dali ponudbo.

### ***Reforma upravljanja in preoblikovanje javnih zdravstvenih zavodov s ciljem izboljšanja pogojev za delovanje javnih izvajalcev***

Predlagamo preoblikovanje zastarele oblike upravljanja zdravstvenih domov in bolnišnic, ki so sedaj organizirani v obliki javnih zavodov, v ustrežnejšo obliko, ki bo menedžmentu na področjih, kjer so zasebni izvajalci bolj konkurenčni od javnih zavodov, zagotavljala ustrezno fleksibilnost in potrebna orodja za sprejemanje poslovnih odločitev, s čimer se bodo izboljšali pogoji za njihovo delovanje. Hkrati bo menedžment, ki bo lahko sam ustrezneje nagrajen za uspešno upravljanje, tudi odgovoren za rezultate svojega dela. Navedeno preoblikovanje se ne nanaša na tiste javne zavode, pri katerih zaradi njihove stroge specializiranosti za določeno področje oz. temeljnega poudarka na znanstveno-raziskovalnem delu to ne bi bilo primerno (denimo NIJZ, Zavod za transfuzijsko medicino ipd.).

Javne zavode kot statusno obliko oseb javnega prava je uredil Zakon o zavodih (Uradni list RS - stari, št. 12/1991, Uradni list RS/I, št. 17/1991 - ZUDE, Uradni list RS, št. 55/1992 - ZVDK in nasl.; v nadaljevanju ZZ), ki je v javne zavode preoblikoval nekdanje organizacije združenega dela, ki so opravljale dejavnosti posebnega družbenega pomena na področju družbenih dejavnosti. Javni zavodi so samostojne pravne osebe, pri katerih pa je večina njihovega premoženja v lasti ustanovitelja in z njim zavod zgolj upravlja. Navedeno pomeni, da je za premoženje in s tem naložbe ter razvoj na področju javnih služb odgovoren ustanovitelj in ne poslovodstvo, s čimer se hromi menedžerski položaj direktorja.<sup>2</sup> Ta je manj učinkovit od direktorja gospodarske družbe tudi zato, ker se v javnih zavodih funkciji poslovodstva in nadzora prepletata med svetom zavoda in direktorjem, ki nima nekaterih ključnih pristojnosti in je tako poslovodni organ v zelo omejen obsegu.<sup>3</sup> Posledica takšne ureditve je nejasna odgovornost za poslovodske odločitve in nižja kakovost poslovođenja. Poleg tega

---

<sup>2</sup> Bohinc R. in Tičar B.: Pravo zavodov, Univerza na Primorskem, Fakulteta za management, Koper 2012, str. 6-7 in str. 75.

<sup>3</sup> Bohinc R.: Korporativno upravljanje javnih zavodov v Republiki Sloveniji, Podjetje in delo, 2020 (št. 6-7).

sedanja ureditev plač zaposlenih zaradi vezanosti na relativno tog sistem plač v javnem sektorju ne omogoča stimulativenega nagrajevanja, kar je sicer pomemben del kadrovskega menedžmenta. Zato je tudi na tem področju nujna manj rigidna ureditev, ki bo menedžerjem dala na voljo ustrezna orodja za nagrajevanje zaposlenih. Vse navedeno velja tudi za javne zdravstvene zavode. Rešitev, ki bo poleg stimulativnejšega sistema nagrajevanja omogočila tudi bolj učinkovito korporativno upravljanje z jasno določitvijo in razmejitvijo pristojnosti ter odgovornosti posameznih organov, je zato v preoblikovanju javnih zdravstvenih zavodov v gospodarske družbe. Upravljanje gospodarskih družb namreč temelji na sodobnih načelih korporativnega upravljanja, v skladu s katerimi so jasno določena razmerja med posameznimi organi družbe, njihove pristojnosti in odgovornosti.

Možnost preoblikovanja javnega zavoda v gospodarsko družbo je predvidel že 51. člen ZZ, po katerem lahko ustanovitelj zavoda odloči, da se zavod ali njegova organizacijska enota organizira kot podjetje. Kasneje je Zakon o javnih financah (Uradni list RS, št. 79/1999 in nasl.; v nadaljevanju ZJF) takšno preoblikovanje dejansko preprečeval, saj je bilo v skladu z 80.j členom zakona preoblikovanje mogoče le pod pogojem, da bi to dovoljeval posebni zakon za urejanje izvajanja javne službe na določenem področju, ter da je preoblikovanje v skladu z nacionalnim programom, ki ga za posamezno področje sprejme Državni zbor. Ker pa takšni posebni zakoni in nacionalni programi niso bili sprejeti, je bilo preoblikovanje javnih zavodov dejansko omogočeno s sprejemom in uveljavitvijo Zakona o javno-zasebnem partnerstvu (Uradni list RS, št. 127/2006 in nasl.; v nadaljevanju ZJZP), vendar do preoblikovanj javnih zavodov po tem zakonu v praksi ni prihajalo.<sup>4</sup> Navedeni zakon je razveljavil 80.j člen ZJF in v 144. členu prehodnih določb uredil možnost preoblikovanja javnih zavodov s smiselno uporabo določb zakona o preoblikovanju javnih podjetij in podelitvi koncesije javnim podjetjem, ki se preoblikujejo v gospodarsko družbo. Vendar pa je imela navedena določba triletno veljavo (do marca 2010), zato predlagamo njeno ponovno uveljavitev za področje zdravstva. Ta bo omogočila, da se bodo s smiselno uporabo prvega odstavka 141. člena ZJZP javni zavodi preoblikovali v gospodarske družbe v skladu Zakonom o gospodarskih družbah (Uradni list RS, št. 42/2006, in nasl.; v nadaljevanju ZGD-1). Tako preoblikovane družbe bodo v 100 % lasti države ali samoupravne lokalne skupnosti, zato ni tveganja, da bi država oziroma lokalna skupnost nad njimi izgubila nadzor. Pri tem predlagamo enoletni rok od uveljavitve določbe, v katerem mora ustanovitelj sprejeti odločitev o preoblikovanju, sicer se javni zavod preoblikuje na podlagi samega zakona.

Opisano preoblikovanje pomeni spremembo pravnoorganizacijske oblike javnega zavoda kot osebe javnega prava v gospodarsko družbo, ki posluje skladno z ZGD-1. Enako kot to že velja za koncesionarje, ki so organizirani v gospodarske družbe. ZGD-1 za preoblikovanje javnih zavodov v gospodarske družbe določa smiselno uporabo določb zakona o preoblikovanju delniške družbe v druge družbe, s tem da je za sklep o preoblikovanju poleg sklepa pristojnega organa zavoda v skladu z aktom o ustanovitvi ali statutom med drugim potrebno še soglasje ustanoviteljev, katerih ustanoviteljski deleži znašajo devet desetin (666. člen ZGD-1). Navedena določba bi narekovala, da sklep o preoblikovanju sprejme svet zavoda kot njegov pristojni organ, ustanovitelj pa bi k sklepu dal soglasje. Vendar v skladu s 141. členom ZJZP, ki napotuje na smiselno uporabo določb ZGD-1, o vrsti preoblikovanja odloči ustanovitelj, zato predlagamo ureditev, po kateri sklep o preoblikovanju sprejme ustanovitelj in ne svet zavoda. Temeljne odločitve v preoblikovanem subjektu skladno z ZGD-1 sprejemajo organi družbe, ki jih je treba imenovati pred izvedbo vpisa preoblikovanja v sodni register. Pri tem bo upravljavna struktura družbe odvisna od njene oblike in izbranega sistema upravljanja. Tako na primer v enoosebni družbi z omejeno odgovornostjo, ki ima enega ustanovitelja, sklepe sprejema edini družbenik sam (na lokalni ravni je to občinski svet, na državni pa Vlada RS). V zvezi z upravljanjem gospodarskih družb, ki so se

---

<sup>4</sup> Tičar B.: Statusno preoblikovanje javnih zavodov po predlogu novega Zakona o negospodarskih javnih službah, Podjetje in delo, 2010 (št. 8).

preoblikovale iz javnih zdravstvenih zavodov, katerih ustanovitelj je RS (v skladu z drugim odstavkom 25. člena ZZDej so to javni zdravstveni zavodi na sekundarni in terciarni ravni), se predlaga zgledovanje po ureditvi upravljanja javnih podjetij, kot to izhaja iz Zakona o gospodarskih javnih službah (Uradni list RS, št. 32/1993 in nasl.; v nadaljevanju ZGJS), ki glede tega nadalje odkazuje na uporabo ZGD-1.

Glede na navedeno je tako pomembna posledica preoblikovanja javnega zavoda, da bo nepremičninsko premoženje v lasti države oziroma lokalne skupnosti, ki ga imajo trenutno javni zavodi le v upravljanju na podlagi Zakona o stvarnem premoženju države in samoupravnih lokalnih skupnosti (Uradni list RS, št. 11/2018 in nasl.), postalo last gospodarske družbe. Tako bodo izenačeni z zasebnim izvajalci zdravstvene dejavnosti tudi z vidika lastništva premoženja.

V primeru preoblikovanja v gospodarsko družbo pa se spremeni tudi pravni položaj zaposlenih, ki ne bi več bili javni uslužbenci, zato zanje ne bi veljale določbe Zakona o javnih uslužbencih (Uradni list RS, št. 56/2002 in nasl.; v nadaljevanju ZJU) in ureditev plačnega sistema v javnem sektorju v skladu Zakonom o sistemu plač v javnem sektorju (Uradni list RS, št. 56/2002 in nasl.; v nadaljevanju ZSPJS). Navedeno pomeni, da se pravni položaj zaposlenih izenači s položajem zaposlenih v gospodarstvu, delovna razmerja pa se oblikujejo po splošni delovni zakonodaji (Zakon o delovnih razmerjih) ter kolektivnih pogodbah.<sup>5</sup> S tem bo omogočeno večje stimulatивно nagrajevanje zaposlenih, saj ne veljajo omejitve 3. člena ZSPJS, po katerem javnemu uslužbencu ni mogoče določiti drugačne plače od predpisane.

Primerjava bistvenih značilnosti javnih zavodov, javnih podjetij in gospodarskih družb:

	<b>Javni zavod</b>	<b>Javno podjetje</b>	<b>Gospodarska družba s koncesijo</b>
<b>Namen ustanovitve</b>	ZZ: opravljanje javne službe, če cilj ni pridobivanje dobička.	ZGJS: izvajanje gospodarske javne službe.	ZGD-1: opravljanje pridobitne dejavnosti.
<b>Upravljanje</b>	ZZ način imenovanja organov prepušča področnim zakonom oziroma aktu o ustanovitvi ali statutu zavoda.  Na podlagi ZZDej ustanoviteljske pravice izvršuje Vlada RS oziroma občinski svet, če ni s predpisi s področja lokalne samouprave določeno drugače.	Po ZGD-1 in upošteva ZLS <sup>6</sup> , če podjetje ustanovi občina; in upošteva ZSDH-1 <sup>7</sup> , če podjetje ustanovi država.	Po ZGD-1.
<b>Zavezanec po ZSPJS (1. in 2. člen)</b>	Da: velja za javne uslužbenca v javnem sektorju, kamor izrecno sodijo javni zavodi.	Ne: javna podjetja in gospodarske družbe, v katerih ima večinski delež oziroma prevladujoč vpliv država ali lokalna skupnost, niso del javnega sektorja po ZSPJS.	Ne. }
<b>Prejemki</b>	Po Uredbi o plačah direktorjev	Po ZPPOGD <sup>10</sup> :	Omejitve po ZPPOGD ne

<sup>5</sup> Bohinc R. in Tičar B.: Pravo zavodov, Univerza na Primorskem – Fakulteta za management, Koper 2012, str. 93-94.

<sup>6</sup> Zakon o lokalni samoupravi (Uradni list RS, št. 72/1993 in nasl.).

<sup>7</sup> Zakon o Slovenskem državnem holdingu (Uradni list RS, št. 25/2014 in nasl.).

<sup>10</sup> Zakon o prejemkih poslovodnih oseb v gospodarskih družbah v večinski lasti Republike Slovenije in samoupravnih lokalnih skupnosti (Uradni list RS, št. 21/2010 in nasl.).

<b>vodstva</b>	v javnem sektorju <sup>8</sup> – za direktorje. Sejnine in povračila stroškov članom sveta po Uredbi o sejinah in povračilih stroškov v javnih skladih, javnih agencijah, javnih zavodih in javnih gospodarskih zavodih. <sup>9</sup>	velja za gospodarske družbe, v katerih so neposredno ali posredno imetnice večinskega deleža RS oziroma samoupravne lokalne skupnosti. Ter upošteva Uredbo o določitvi najvišjih razmerij za osnovna plačila ter višine spremenljivih prejemkov direktorjev. <sup>11</sup>	veljajo, razen če ima država ali lokalna skupnost v družbi večinski delež. Sicer se prejemki določajo upošteva določbe ZGD-1.
<b>Odškod. odgovornost vodstva</b>	ZZ ne ureja odgovornosti direktorja in sveta zavoda, zato po splošnih pravilih OZ. <sup>12</sup>  Po ZFPPIPP smiselno. <sup>13</sup> }	Po ZGD-1. }  Po ZFPPIPP. }	Po ZGD-1 (solidarna odgovornost družbi).  Po ZFPPIPP (odgovornost upnikom, z omejitvijo višine).
<b>Zavezanec po ZJN-3 (9. člen)</b>	Da: zavezanci so osebe javnega prava, kamor izrecno sodijo javni zavodi.	Da: zavezanci so tudi druge osebe javnega prava: - ki so ustanovljene z namenom zadovoljevanja potreb splošnega interesa, ki niso industrijske ali poslovne narave, - ki so pravne osebe in - jo v več kot 50% financirajo osebe javnega prava ali pa so pod njihovim upravljavskim nadzorom oziroma če lahko imenujejo več kot polovico članov upravnega, vodstvenega ali nadzornega organa podjetja.	Ne. Razen če ima v gospodarski družbi oseba javnega prava neposredno ali posredno prevladujoč vpliv in družba hkrati izpolnjuje pogoje za osebo javnega prava ali izvaja relevantno infrastrukturno dejavnost.

### ***Fleksibilnejši sistem financiranja zdravstvenih storitev glede na spreminjajoče se potrebe pacientov in preoblikovanje sistema koncesij***

Trenutni sistem financiranja zdravstvenih storitev je neučinkovit in se zaradi svoje nefleksibilnosti težko prilagaja spreminjajočim se potrebam po različnih zdravstvenih storitvah. Razlog za to je že v nepotrebnem podvajanju mehanizmov predvidevanja obsega potreb in financiranja zdravstvenih storitev, ki ju vzpostavljata ZZDej in ZZVZZ.

ZZDej tako v 5. členu nalaga državi in samoupravnim lokalnim skupnostim dolžnost zagotavljanja mreže javne zdravstvene službe, kar pomeni dolžnost države in samoupravnih lokalnih skupnosti ugotavljati, kakšen obseg potreb po zdravstveni oskrbi ima prebivalstvo na določenem območju in glede na takšen (zaradi preseljevanja, staranja prebivalstva itd.) spreminjajoč se obseg potreb

<sup>8</sup> Uredba o plačah direktorjev v javnem sektorju (Uradni list RS, št. 68/2017 in nasl.).

<sup>9</sup> Uredba o sejinah in povračilih stroškov v javnih skladih, javnih agencijah, javnih zavodih in javnih gospodarskih zavodih (Uradni list RS, št.16/2009 in nasl.).

<sup>11</sup> Uredba o določitvi najvišjih razmerij za osnovna plačila ter višine spremenljivih prejemkov direktorjev (Uradni list RS, št. 34/2010 in nasl.).

<sup>12</sup> Obligacijski zakonik (Uradni list RS, št. 83/2001 in nasl.).

<sup>13</sup> Zakon o finančnem poslovanju, postopkih zaradi insolventnosti in prisilnem prenehanju (Uradni list RS, št. 126/2007 in nasl.). Na podlagi 27. člena se določbe 2. poglavja, kamor sodijo tudi določbe o odškodninski odgovornosti članov vodenja in nadzora, smiselno uporabljajo tudi za javne zavode.

zagotavljati ustrezen nivo zdravstvene oskrbe z ustanavljanjem in financiranjem zdravstvenih zavodov in, kadar ti ne zmorejo zadovoljiti vseh potreb prebivalstva, podeljevanjem koncesij za opravljanje zdravstvene dejavnosti (42. člen ZZDej). Sočasno s tem pa stanje javnega zdravstva in spreminjanje potreb po zdravstveni oskrbi ugotavlja tudi ZZS, ki skladno s tem pripravlja predlog splošnega dogovora (drugi odstavek 63. člena ZZVZZ), na podlagi sprejetega dogovora pa nato objavlja razpise za podelitev pravice opravljanja zdravstvenih storitev v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja in na tej podlagi sklepa pogodbe z zdravstvenimi in drugimi zavodi (64. člen ZZDej). Ti razpisi se sicer z uvedbo novele ZZDej-K ne uporabljajo tudi za koncesionarje, vendar pa je ZZS še vedno udeležen tudi pri postopkih podeljevanja koncesij, kjer se za izdajo koncesijskega akta zahteva njegovo soglasje (drugi in tretji odstavek 44.a člena ZZDej), ZZS pa nato tudi sklepa pogodbe glede vrste in obsega izvajanja zdravstvenih dejavnosti z izvajalci, ki jim je bila podeljena koncesija (tretji odstavek 44.f člena ZZDej).

Opisana ureditev torej pomeni podvajanje obveznosti glede ugotavljanja potrebe po izvajanju (posamezne vrste) zdravstvenih storitev na določenem območju med državo (in lokalnimi skupnostmi) na eni strani, ter ZZS na drugi. Skladno s 63. členom ZZVZZ se v splošnem dogovoru določa kapacitete in predvideno potrebno količino zdravstvenih storitev, s tem pa se določi tudi obseg javno financiranih storitev. Vse večje količine različnih zdravstvenih storitev, ki še niso podeljene posameznim izvajalcem zdravstvene dejavnosti, nato ZZS podeli z razpisi skladno s 64. členom ZZVZZ oz. glede njih daje soglasja h podelitvam koncesij, če se bodo te večje količine izvedle preko koncesije.

Z namenom rešitve te problematike podvajanja struktur ugotavljanja potreb po zdravstvenih storitvah na določenem območju se predlaga reforma sistema financiranja javnega zdravstvenega sistema na tak način, da se vzpostavi enoten sistem dodeljevanja zdravstvenih storitev, ki jih bo potrebno izvesti, z razpisi ZZS-ja, kar pri dodeljevanju teh storitev zasebnim izvajalcem pomeni ukinitve nepotrebne koraka podeljevanja koncesije preko občine oz. države. ZZS bi tako na podlagi izhodišč iz vsakokratnega splošnega dogovora objavljal razpise za podelitev pravice opravljanja zdravstvenih storitev v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja, na katere bi se lahko prijavljali vsi izvajalci zdravstvene dejavnosti (torej tako v javna podjetja preoblikovani javni zdravstveni zavodi kot tudi zasebni izvajalci zdravstvenih storitev). Obseg zdravstvenih storitev, ki bi jih moral posamezen izvajalec zdravstvene dejavnosti izvesti, bi tako bil odvisen od njegovega uspeha na razpisu ZZS-ja. Postopek izvedbe razpisa bo v celoti usklajen z določbami ZJZP, z vsemi zasebnimi izvajalci zdravstvene dejavnosti pa bi se na podlagi uspeha na razpisu v obsegu, v katerem je ta izvajalec uspel na razpisu, sklenila koncesijska pogodba.

Po predlagani ureditvi bi tako vlogo koncedenta v celoti prevzel ZZS, ki bi na podlagi ugotovljenih potreb po zdravstvenih storitvah objavil razpise za podelitev pravice opravljanja zdravstvenih storitev v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja, za katere bi se pod enakimi pogoji lahko potegovali tako zdravstveni domovi in bolnišnice (preoblikovani v javna podjetja) kot tudi vsi drugi izvajalci zdravstvene dejavnosti, ki bi za izvajanje določenih zdravstvenih storitev izpolnjevali ustrezne pogoje (npr. dovoljenje za opravljanje zdravstvene dejavnosti na relevantnem področju). Zakon bi tudi že okvirno določal kriterije za izbor na razpisu (prednost bi moral imeti izvajalec, ki bi zagotavljal največjo korist za paciente glede na usposobljenost njegovega kadra in ustreznost njegove opremljenosti, glede na njegovo lokacijo in dostopnost, itd.). Določitev konkretnih pogojev za vsak razpis posebej pa bo prepuščena ZZS-ju, ki bi tako lahko upošteval posebnosti razpisa za posamezno področje zdravstvenih storitev.

Ob tem je potrebno poudariti, da takšna prilagoditev sistema koncesij ne bo vplivala na službo nujne medicinske pomoči (v nadaljevanju služba NMP), saj bodo slednje še naprej izvajali (v javna podjetja preoblikovani) zdravstveni zavodi v skladu z mrežo, ki je opredeljena v prilogi št. 1 Pravilnika o službi



nujne medicinske pomoči (Uradni list RS, št. 81/15 in 93/15 – popr.). Vplivala pa ne bo niti na položaj osebnih zdravnikov, saj bo zdravstvena oskrba na primarni ravni še naprej potekala in se financirala na enak način in pod enakimi pogoji, kot doslej.

Opisana prilagoditev sistema podeljevanja koncesij tudi ne bo vplivala na obstoječe koncesionarje in zdravstvene zavode ter obstoječe dogovore z ZZS glede količine podeljenih storitev posameznemu izvajalcu. S prehodno določbo bodo namreč neposredno na podlagi zakona vse trenutne koncesije spremenjene v koncesije po novi ureditvi z veljavnostjo za najmanj enako obdobje, kot je bilo obdobje veljavnosti prejšnjih.

### ***Povečanje agregatne ponudbe dela zdravnikov z uvedbo instituta neodvisnega ponudnika zdravstvenih storitev***

Za nadomestitev pomanjkanja zdravnikov na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti se predlaga vzpostavitev novega instituta neodvisnega ponudnika zdravstvenih storitev (v nadaljevanju neodvisni ponudnik). S preprosto in ne zbirokratizirano ureditvijo nove pravne oblike dela zdravnika bodo lahko ti enostavno pridobili status neodvisnega ponudnika, ki bo obstoječim zdravnikom z licenco omogočil opravljanje dodatnega dela, o čemer se bodo z izvajalci zdravstvene dejavnosti prosto dogovarjali. Tako bo zdravnikom omogočeno bolj fleksibilno delo v javnem in zasebnem sektorju, posledično pa se bo skupna ponudba dela na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti povečala.

Status neodvisnega ponudnika zdravniške službe odpravlja ovire, ki jih pozna ZZDej za pridobitev dovoljenja za izvajanje zdravstvene dejavnosti. V primeru neodvisnih ponudnikov namreč pridobitev dovoljenja ni potrebna, saj bodo storitve na podlagi pogodbe o zdravstvenih storitvah opravljali za izvajalce zdravstvene dejavnosti, ki takšno dovoljenje že imajo. Neodvisni ponudniki bodo za izvajanje storitev zdravniške službe potrebovali le odprtje s.p., izpolnjevanje pogojev za samostojno opravljanje zdravniške službe in prigrasitev opravljanja dejavnosti ministrstvu za zdravje. Pravna podlaga, na kateri bo neodvisni ponudnik izvajal storitve zdravniške službe, bo pogodba o zdravstvenih storitvah, kar predstavlja posebno vrsto podjemne pogodbe, saj vsebuje posebne obvezne sestavine, ki jih podjemna pogodba, kot je urejena v zakonu, ki ureja obligacijska razmerja, sicer ne zahteva. Storitve zdravniške službe bodo na podlagi tega zakona lahko naročali tako javni kot zasebni izvajalci zdravstvene dejavnosti, kar je do sedaj Zakon o zdravstveni dejavnosti (za javne izvajalce) precej omejeval. Zakon bi s tem zagotavljal večjo fleksibilnost tako neodvisnemu ponudniku kot tudi izvajalcem zdravstvene dejavnosti ter večjo motivacijo za delo zdravnikov.

Z namenom zagotavljanja čim večje motivacije za delo zdravnikov 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. Ukrep davčne razbremenitve zdravnikov za potrebe reševanja stanja na področju zdravstva že vsebujejo nekateri interventni zakoni s področja zdravstva, denimo sedmi odstavek 15. člena ZNUZSZS.

### ***Uvedba normativnega mehanizma za administrativno razbremenitev***

Z namenom olajšanja dostopa do zdravnika in zagotavljanja čim večjega obsega zdravstvenih storitev se predlaga tudi vzpostavitev normativnega ogrođa za administrativno razbremenitev zdravnikov, ki bi se kazal v obliki zakonskega pooblastila ministru za zdravje, da s pravilnikom določi, katera administrativna opravila in obveznosti, ki so jih skladno z akti za izvrševanje javnega pooblastila ZZS-ja dolžni izvajati izvajalci zdravstvene dejavnosti, se prenesejo v izvajanje samemu ZZS-ju. Na tak način bo torej mogoče z izvajalcev na ZZS prenesti le tiste naloge in opravila, ki jih v celoti ureja ZZS s svojimi splošnimi akti za izvrševanje javnega pooblastila, ne pa morebitnih obveznosti, ki jih izvajalcem nalagajo različni zakoni, denimo ZPacP. Poleg opisanega pooblastila ministru za določanje,

katere naloge se z izvajalcev zdravstvene dejavnosti prenesejo na ZZS, bo zakon določil tudi, da mora ZZS v roku enega meseca po sprejetju ministrovega pravilnika uskladiti svoje splošne akte za izvrševanje javnega pooblastila s pravilnikom tako, da opravi ustrezen prenos administrativnih nalog in opravil. V primeru, da ZZS ne bi uskladil svojih pravil in drugih splošnih aktov s pravilnikom ZZS, bo možna tudi sprožitev postopka za presojo ustavnosti po splošnih pravilih iz 5. alineje prvega odstavka 160. člena Ustave, ki določa, da Ustavno sodišče odloča o skladnosti splošnih aktov, izdanih za izvrševanje javnih pooblastil, z ustavo, zakoni in podzakonskimi predpisi. Zakon bo izrecno določal še pristojnost ministra sprožiti ustrezen postopek za presojo ustavnosti.

Primer prenosa nalog na ZZS, ki ga bo na tej podlagi lahko opravil minister, je denimo drugačna ureditev uveljavljanja pravice do povračila prevoznih stroškov. Po trenutni ureditvi o navedeni pravici odloča ZZS na podlagi zahteve za povračilo stroškov, kateri mora biti priloženo potrdilo o upravičenosti do potnih stroškov, ki ga izda zdravnik. Ta v skladu z Navodili za uveljavljanje pravice zavarovanih oseb do potnih stroškov in spremstva (št.: 0072-27/2018-DI/1, z dne 17. 10. 2018, s spremembami) v potrdilu med drugim navede kraj najbližjega izvajalca, če mu je znan, sicer pa napiše, na katero zdravstveno storitev pri napotnem zdravniku določene vrste specialnosti je zavarovana oseba napotena. V slednjem primeru ZZS sam ugotavlja, kateri izvajalec je najbližji. Navedeno pomeni, da ZZS že zdaj izvaja del administrativnega dela v zvezi s priznavanjem pravice do potnih stroškov. Glede na navedeno in upošteva, da ZZS razpolaga s podatki o izvajalci zdravstvenih storitev in opravljenih storitvah, ter da lahko skladno z 247. členom Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 79/94 in nasl.), v postopku odločanja o tej pravici poleg potrdila o upravičenosti do potnih stroškov zahteva tudi drugo dokumentacijo, ki je potrebna v postopku odločanja, trenutna ureditev izdajanja potrdil pomeni nepotrebno administrativno zadolžitev zdravnikov. Minister bo lahko s svojim pravilnikom odločanje o pravici do povračila stroškov v celoti prenesel na ZZS, ki s tem v zvezi ne bi več zahteval potrdila zdravnika, temveč bi za odločitev potrebne podatke pridobil sam. Takšna ureditev poleg administrativne razbremenitve zdravnikov predstavlja tudi vzpodbudo zavodu, da za odločanje potrebne sisteme ureja bolj učinkovito, s čimer se bodo zmanjšali stroški poslovanja.

Zakon ali ministrov pravilnik bosta lahko v zvezi s posamezno nalogo ali opravilom, kjer je to praktično mogoče, določila tudi, da se ZZS in izvajalec dogovorita, da ju še naprej izvaja izvajalec namesto ZZS, slednji pa mu za izvajanje teh nalog in opravil plačuje določeno nadomestilo, ki bo predmet dogovora med njima.

Poleg zgoraj opisanih zdravnike obremenjuje številna druga administrativna opravila in obveznosti. Prva zaradi njihove številnosti in raznovrstnosti pa jih ni mogoče vseh ustrezno opredeliti s predpisi in pri tem določiti, kdo naj jih opravlja. Zato za njihovo urejanje predlagamo dinamičen normativni mehanizem, v okviru katerega je minister kot odgovoren za urejanje zdravstvenega področja pooblaščen, da ZZS-ju kot enemu izmed osrednjih deležnikov v javnem zdravstvenem sistemu naloži, da opravi obveznosti v okviru svojih pristojnosti, s čimer bo prispeval k cilju razbremenitve izvajalcev zdravstvene dejavnosti.

V luči zgoraj opisane administrativne razbremenitve zdravnikov (na primarnem nivoju) se predlaga tudi prenos odločanja o začasni odsotnosti od dela zaradi bolezni ali poškodbe v celoti na ZZS (torej tudi za obdobje prvih 20 dni, v katerem je doslej o začasni odsotnosti odločal osebni zdravnik). Na tak način bo mogoče bistveno razbremeniti osebne zdravnike in jim s tem omogočiti varno in strokovno obravnavo večjega števila pacientov. Poenostavitve se sicer predlaga tudi pri odločanju imenovanih zdravnikov ZZS o začasni odsotnosti od dela, saj bodo v primeru ugoditve lahko izdali odločbo v obliki uradnega zaznamka in o tem obvestili zavarovanca in delodajalca; v primeru zavrnitve pa bodo lahko

izdali odločbo na predpisanem obrazcu, zaradi česar v teh postopkih ne bodo po nepotrebnem obremenjeni z administrativnimi opravili.

### ***Poenostavitev ureditve napotovanja bolnika na specialistično oziroma bolnišnično obravnavo***

#### *1. alternativa*

Z namenom administrativne razbremenitve zdravnikov se uvaja tudi sprememba sistema napotovanja, po kateri bo lahko za potrebe napotnice služil tudi izvid zdravnika. Če bo tako zdravnik v okviru pregleda ugotovil, da je za celovito zdravstveno obravnavo potreben tudi pregled pri drugem zdravniku (specialistu), bo to ustrezno navedel na izvidu, pacient pa si bo lahko zagotovil pregled pri drugem zdravniku kar na podlagi takšnega izvida. Sprememba predvideva tudi dejansko ukinitve različnih pooblastil za zdravstveno obravnavo in sistema njihovega prenosa, saj bo odslej vsakemu zdravniku, ki obravnava bolnika, omogočeno napotiti ga na obravnavo k drugemu zdravniku (specialistu), če je to potrebno zaradi zdravstvenega stanja bolnika oz. zaradi zagotavljanja racionalnosti dela. To velja tudi v primeru, da je pacient zdravstveno obravnavo uveljavljal pri določenem zdravniku samoplačniško. Tudi v tem primeru bo lahko nadaljnjo zdravstveno obravnavo na podlagi napotitve uveljavljal znotraj javne zdravstvene mreže.

#### *2. alternativa*

Z namenom administrativne razbremenitve zdravnikov se poenostavlja obstoječi sistem napotovanja na nadaljnjo (specialistično) zdravstveno obravnavo. Tako se bo štelo, da osebni zdravnik z izdajo napotne listine avtomatično prenese na napotnega zdravnika vsa pooblastila, ki so potrebna za celovito in uspešno zdravstveno obravnavo pacienta napotni zdravnik pa lahko na podlagi te napotitve izvede nadaljnjo napotitev pacienta k drugemu zdravniku specialistu. Opisano bo veljalo tudi, če pacient zdravstvene obravnave, na katero ga je napotil osebni zdravnik, ne bo uveljavljal znotraj mreže javne zdravstvene službe, pač pa pri zasebnem izvajalcu zdravstvene dejavnosti. Če je potrebna še nadaljnja napotitev k drugemu specialistu, bo tako bolnik to nadaljnjo napotitev še vedno lahko izvedel v okviru mreže javne zdravstvene službe.

### ***Vzpostavitev neodvisne agencije za kakovost in podporo digitalizaciji v zdravstvu***

Predlaga se tudi vzpostavitev javne agencije za kakovost in podporo digitalizaciji v zdravstvu (v nadaljevanju Agencija), ki bi delovala kot neodvisno najvišje strokovno telo, katerega pristojnosti bi bile na podlagi predlogov klinik, strokovnih združenj, izvajalcev zdravstvene dejavnosti, zbornic in drugih deležnikov oblikovati strokovne smernice na posameznem področju zdravstvene dejavnosti. V tem okviru bi Agencija oblikovala vsebino posameznih področij zdravstvenih storitev s stališča njihove izvedljivosti, enakomernega razvoja vseh strok in načela enake dostopnosti, pri čemer bi upoštevala tudi materialne zmožnosti zdravstvenega sistema in na tej podlagi določala prioritete pri izvajanju zdravstvenih storitev na različnih področjih. Poleg navedenega bi Agencija zbirala podatke s področja kakovosti in varnosti v zdravstvu, oblikovala kazalnike kakovosti in varnosti v zdravstvu, skrbela za pripravo kliničnih smernic, sprejemala smernice za določitev načina spremljanja tveganj in škodnih dogodkov ter spremljala pojavnost neugodnih izidov zdravljenja ter skrbela za njihovo podrobno analizo. Na podlagi tako zbranih podatkov bi Agencija tudi nadzorovala doseganje kakovosti izvajalcev zdravstvene dejavnosti, sprejemala priporočila za preprečitev škodnih dogodkov pri zdravstveni obravnavi in obravnavala druga pomembna vprašanja s področja zdravstvenega varstva. Na Agencijo bi prav tako preneslo izvajanje upravnih in sistemskih nadzorov, ki jih sedaj izvaja Urad za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu kot organ v sestavi Ministrstva za zdravje. V ta namen bi Agencija

tudi sama določala postopek in način izvajanja nadzorov. Agencija bo namreč najvišje strokovno telo na področju kakovosti v zdravstvu, zato je najbolj primeren organ za izvajanje takšnih nadzorov, katerih namen je zagotavljanje zakonitosti, strokovnosti, kakovosti in varnosti dela izvajalcev zdravstvene dejavnosti.

Poleg navedenega je ena izmed pglavitnih nalog Agencije spremljanje stanja digitalizacije in priprava strokovnih podlag za digitalizacijo v zdravstvu. Na tem področju se namreč dogajajo pomembni premiki tudi na ravni Evropske unije, ki vzpostavlja skupni evropski zdravstveni podatkovni prostor. Predlog Uredbe Evropskega parlamenta in Sveta o evropskem zdravstvenem podatkovnem prostoru z dne 3. 5. 2022 vzpostavlja okvir za izmenjavo zdravstvenih podatkov in določa jasna pravila, skupne standarde in prakse, infrastrukturo in okvir upravljanja za uporabo elektronskih zdravstvenih podatkov s strani pacientov ter za raziskave, inovacije, oblikovanje politik, varnost pacientov, statistiko in regulativne namene. Poglavitni cilji so tako med drugim krepitev vloge posameznikov z boljšim digitalnim dostopom do njihovih elektronskih osebnih zdravstvenih podatkov in nadzorom nad njimi tako na nacionalni ravni kot ravni Evropske unije ter podpora prostemu gibanju in oblikovanju pravega enotnega trga sistemov za vodenje elektronskih zdravstvenih zapisov, ustreznih medicinskih pripomočkov in sistemov umetne inteligence velikega tveganja.

Ob trenutni slabi izkoriščenosti potenciala modernih informacijskih tehnologij in neučinkovite koordinacije uporabe zdravstvenih podatkov je za doseg ciljev v okviru evropskega zdravstvenega prostora nujna vzpostavitev Agencije, ki bo delovala kot stičišče digitalnega razvoja in medicinske stroke. Agencija bo tako s sodelovanjem stroke pripravljala strokovne podlage za digitalizacijo, ki bodo med drugim omogočile ustrezno uskladitev z navedeno uredbo, saj bo ta po sprejetju zavezujoča. Le tako bosta v prihodnosti zagotovljena ustrezen nivo razvoja digitalizacije zdravstva in možnost sledenja razvoju medicine v svetu.

Polega vzpostavitve Agencije se predlaga tudi prenos pristojnosti razširjenih strokovni kolegijev, ki se s tem zakonom ukinjajo, na novoustanovljene strokovne svete, ki bi imeli podobne pristojnosti kot dosedanji razširjeni strokovni kolegiji, delovali pa bi v okviru Slovenskega zdravniškega društva, pri čemer bi jim materialno, pravno in drugo potrebno podlago za delo zagotovila Agencija. Vzpostavlja se tudi pravni okvir sodelovanja med Agencijo, strokovnimi sveti in zdravstvenim svetom, ki deluje v okviru ministrstva za zdravje.

### ***Enakopravna obravnava zasebnih izvajalcev zdravstvene dejavnosti brez koncesije***

Predlagamo spremembo ZZVZZ tako, da se bo zagotovila delna refundacija stroškov zdravstvenih storitev, ki bi jih za zavarovano osebo izvedel slovenski zasebni izvajalec zdravstvene dejavnosti brez koncesije. Predlaga se višina delne refundacije takšnih stroškov zavarovane osebe v višini 80 % vrednosti zdravstvene storitve, ki jo sicer iz obveznega ter dopolnilnega zavarovanja krijejo ZZS oz. ponudniki dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja.<sup>15</sup> Če bi npr. zavarovana oseba pri zasebnem izvajalcu zdravstvene dejavnosti brez koncesije opravila zdravstveno storitev, za izvedbo katere bi izvajalec zdravstvene dejavnosti v javni mreži dobil iz obveznega in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja 100 eurov, bi zavarovana oseba, ki je storitev opravila pri zasebnem izvajalcu zdravstvene dejavnosti brez koncesije, dobila povrnjenih 80 eurov.

S takšnim predlogom se tako še vedno zasleduje spodbujanje zavarovanih oseb, da zdravstvene storitve izvedejo v javni mreži, hkrati pa se zagotavlja enaka obravnava zasebnih izvajalcev zdravstvene dejavnosti brez koncesije v Sloveniji in v drugih državah članicah EU. Zasebni izvajalci zdravstvene dejavnosti brez koncesije v Sloveniji so namreč po trenutni ureditvi iz ZZVZZ v neenakopravnem

položaju napram zasebnim izvajalcem zdravstvene dejavnosti brez koncesije v drugih državah članicah Evropske unije. Slovenska zavarovana oseba namreč lahko v primeru odhoda na zdravljenje v drugo državo članico Evropske unije izbere tudi zasebne izvajalce brez koncesije in bo kljub temu s strani ZZS prejela povračila stroškov v tujini opravljenih zdravstvenih storitev. V primeru, ko bi slovenska zavarovana oseba te storitve opravila pri zasebnem izvajalcu zdravstvene dejavnosti brez koncesije v Sloveniji, stroškov izvedenih storitev ne bi dobila povrnjenih. Takšna ureditev (obrnjeno) diskriminira oz. v neenakopraven položaj postavlja zasebne izvajalce zdravstvene dejavnosti brez koncesije v Sloveniji ter jih posredno sili v prenos ordinacije oz. ambulante čez mejo, kar je po mnenju teorije očitno znak za zakonodajalca, da je treba nekaj spremeniti.<sup>14</sup>

### **Ocena finančnih posledic predloga zakona za državni proračun in druga javna finančna sredstva**

Glede na naloge, ki jih bo opravljala Agencija, so za njeno delovanje potrebna sredstva za zaposlitev 90 visoko usposobljenih kadrov, kot so strokovnjaki s področja zdravstva, analitike, statistike, informatike in drugih primerljivih strokovnih profilov za podporo visoko specializiranemu delu Agencije. Predvideva se, da jih bo 30 v povprečno 35. plačilnem razredu, 25 v povprečno 45. plačilnem razredu, 20 v povprečno 50. plačilnem razredu in 15 v povprečno 55. plačilnem razredu. Ocenjuje se, da bo za kadre (plače, dodatke, regrese in ostale stroške) letno potrebno zagotoviti 3.559.287,00 evrov. Za izdatke za naročilo storitev za potrebe izvajanja temeljnih pristojnosti Agencije in za podporo delovanju strokovnih svetov in za materialne stroške delovanja Agencije se predvideva še 4,7 milijona evrov letno.

Posledice za proračun bo predstavljal tudi prenos financiranja dela zdravstvene dejavnosti na terciarni ravni, ki se nanaša na znanstvenoraziskovalno in vzgojnoizobraževalno delo za medicinsko fakulteto in druge visoke in višje šole (programi učenja, usposabljanja za posebna znanja, razvoja in raziskovanja ter vzpostavitve in koordiniranje nacionalnih evidenc in nacionalnega registra bolezni). Glede na podatke ZZS je izvajanje tega dela zdravstvene dejavnosti na terciarni ravni v letu 2022 znašalo 31,454 milijona evrov, kar predstavlja približno 0.06025% bruto družbenega proizvoda v letu 2021.

### **Navedba, da so sredstva za izvajanje zakona v državnem proračunu zagotovljena, če predlog zakona predvideva porabo proračunskih sredstev v obdobju, za katero je bil državni proračun že sprejet**

Sredstva za izvajanje zakona bodo zagotovljena z rebalansom ali spremembami državnega proračuna.

### **Prikaz ureditve v drugih pravnih sistemih in prilagojenost predlagane ureditve pravu Evropske Unije**

#### ***Skladnost s pravnim redom Evropske Unije***

Zakon ureja predmet urejanja prava Evropske Unije v delu, v katerem spreminja ZJN-3.

Področje javnega naročanja se ureja tako na nivoju Evropske unije kot na nivoju držav članic. Direktiva 2014/23/EU, ki je že implementirana v naš pravn red z ZJN-3, ne omejuje možnosti naročanja neposredno pri proizvajalcih ali oblikovanja referenčne cene, s čimer bi se omejilo možnosti nesorazmernosti cen medicinsko tehničnih pripomočkov in zdravil.

Da bi imela podjetja po vsej Evropski uniji enake konkurenčne pogoje, je določena minimalna harmonizacija pravil o javnem naročanju blaga, dela in storitev. Ta pravila so države prenesle v

---

<sup>14</sup> Uveljavljanje pravic do zdravljenja v tujini, Rajko Pirnat, URL: [https://cip.gov.si/media/1266/pravosodni\\_bilten\\_2014-4.pdf](https://cip.gov.si/media/1266/pravosodni_bilten_2014-4.pdf), str. 131-132.

nacionalne zakonodaje in veljajo za javna naročila nad določenim zneskom, medtem ko za nižje zneske veljajo nacionalni predpisi. Tudi ti nacionalni predpisi pa morajo upoštevati splošna načela prava EU.

Evropske direktive o javnem naročanju torej pokrivajo razpise, za katere se predvideva, da bodo nad določeno vrednostjo.<sup>15</sup> Temeljna načela vseh direktiv s tega področja pa so: transparentnost, enakost obravnavanja gospodarskih subjektov, prosta konkurenca in dobro vodenje postopkov.

Temeljna ali najpomembnejša je Direktiva<sup>16</sup> 2014/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 26. februarja 2014 o javnem naročanju in razveljavitvi Direktive 2004/18/ES. Javno naročanje v smislu te direktive pomeni pridobitev gradenj, blaga ali storitev s pogodbo o izvedbi javnega naročila s strani enega ali več javnih naročnikov od gospodarskih subjektov, ki jih ti javni naročniki izberejo, ne glede na to, ali so gradnje, blago ali storitve predvidene za javni namen (1(2) člen Direktive).

Direktiva predvideva naslednje postopke:

- Odprti postopek (v odprtem postopku lahko kdorkoli predloži celotno ponudbo. Ta postopek se najpogosteje uporablja).
- Omejeni postopek (v omejenem postopku lahko sodeluje vsakdo, vendar lahko ponudbo predložijo samo ponudniki, ki so predhodno izbrani).
- Konkurenčni postopek s pogajanjem (v njem lahko sodeluje vsakdo, vendar bodo samo predhodno izbrani ponudniki povabljeni, da predložijo prve ponudbe in da se pogajajo. Naročniki lahko ta postopek uporabijo samo, kadar so potrebna pogajanja zaradi posebne ali zapletene narave naročila. Naročniki v obrambnem in varnostnem ter vodnem, energetske in prometnem sektorju ter sektorju poštnih storitev ga lahko uporabijo kot standardni postopek).
- Konkurenčni dialog. Ta postopek lahko naročnik uporabi, če želi predlagati način za obravnavanje potrebe, ki jo opredeli.
- Partnerstvo za inovacije (gre za potrebo po inovativnih proizvodih oz. storitvah, ki še niso dostopni na trgu).
- Postopek s pogajanjem brez predhodne objave. Ta postopek je dovoljen le, če v odprtem ali omejenem postopku ni oddana nobena ponudba, nobena ustrezna ponudba (pri čemer nedopustna ponudba ne pomeni tudi, da gre za neustrezno ponudbo), če gradnje, blago ali storitve lahko zagotovi samo določeni gospodarski subjekt in kolikor je to nujno potrebno, če zaradi skrajne nujnosti, nastale kot posledica dogodkov, ki jih javni naročnik ni mogel predvideti, rokov za odprte postopke ali omejene postopke ali konkurenčne postopke s pogajanjem ni mogoče upoštevati.

Sicer pa ima vsak postopek svoja pravila. Odprti postopek je v javnih naročilih med vsemi postopki najbolj splošen. Naročniki ga tudi najpogosteje uporabljajo, velja pa za vse vrste javnih naročil. Naročnik lahko na podlagi pravil in njihovih omejitev sam odloči o tem, kateri postopek bo izbral za posamezno javno naročilo. Pomembno je, da naročnik dobro pozna zakonodajo in tako izbere postopek, ki je najbolj primeren in v skladu z zakonodajo.

---

<sup>15</sup> Glej drugi odstavek 22. člena ZJN-3.

<sup>16</sup> Dostopna na: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SL/TXT/HTML/?uri=CELEX:32014L0024&from=SL>, dne 24. 1. 2023.

Predlagane spremembe ZJN-3 v domet direktive 2014/24/EU ne posegajo, saj bo na njihovi podlagi naročniku omogočeno, da v primeru neuspešnega odprtega ali drugega z ZJN-3 in to direktivo določenega postopka poskusi oddati naročilo za nakup medicinskih pripomočkov in opreme z iskanjem ponudnikov na evropskem trgu, ki predmet javnega naročila ponujajo po ceni, ki je največ 10% višja od referenčne cene za ta predmet (torej ugotovljene tržne cene za ta predmet na enotnem evropskem trgu). S takšnim ponudnikom lahko nato naročnik začne postopek s pogajanjem brez predhodne objave, če v tem postopku pridobi sprejemljivo ceno, pa o tem seznanjeni ponudniki, ki so sodelovali v predhodnem postopku in jim omogoči ponuditi nižjo ali enako ceno, naročilo pa odda najugodnejšemu ponudniku. Ker bo opisani postopek uporabljen le pod mejnimi vrednostmi, ki jih za svojo uporabo določa direktiva, je pa sicer skladen s splošnimi načeli prava EU glede javnega naročanja, je predlagana ureditev skladna s pravom EU. V primeru, da so pri javnem naročilu mejne vrednosti za uporabo direktive presežene, pa spremembe ZJN-3 določajo le dopolnitev ureditve glede konkurenčnega postopka s pogajanjem na način, da bi naročnike spodbudil k uporabi tega postopka v primeru neuspeha z odprtim postopkom, vsebinsko pa v pravila glede postopkov ne posega.

## **Prikaz ureditve v državah članicah Evropske Unije**

### **Zvezna republika Avstrija**

#### *Financiranje*

V Avstriji je 99,9% ljudi vključenih v javni sistem zdravstvenega zavarovanja, od tega približno 76% zavarovanih oseb vplačuje prispevke za zdravstveno zavarovanje, 24% pa ima pravico brez da bi se od njih zahtevalo plačevanje nadomestila (npr. otroci). Vplačila v javni sistem zdravstvenega zavarovanja so obvezna, njihova višina pa je odvisna od višine plačila za delo ter vrste dela. Javni sistem zdravstvenega zavarovanja krije večji obseg potrebnih zdravstvenih storitev, za nekatere storitve (npr. bolnišnično bivanje, zdravljenje izven javne zdravstvene mreže, nekatera zdravila) morajo pacienti doplačati. Višina doplačila variira med 2,1% in 12% celotne cene zdravstvene storitve.<sup>17</sup> Sistem javnega zdravstvenega zavarovanja temelji na principu tripartitnosti – zavarovanci, delodajalci, uporabniki in ponudniki zdravstvenih storitev posredno sodelujejo pri vodenju ter organizaciji sistema.<sup>18</sup>

Financiranje zdravstvenega sistema v Avstriji je zaradi delitev pristojnosti med dežele (*länder*) in zvezno vlado drugačno kot v Sloveniji. Reforma (financiranja) zdravstvenega sistema je leta 2005 ustanovila Zvezno zdravstveno agencijo oz. *Bundesgesundheitsagentur* (v nadaljevanju BGA), katere namen je zagotavljanje in deljenje javnih sredstev zavodom in bolnišnicam na področju zdravstva, ter Zvezno zdravstveno komisijo oz. *Bundesgesundheitskommission* (v nadaljevanju BGK), ki pa je bila leta 2017 nadomeščena z Bundes-Zielsteuerungskommission (v nadaljevanju B-ZK), katere namen je sprejemanje odločitev. Na deželni ravni so za financiranje zdravstvenega sistema zadolženi deželni zdravstveni skladi (v nadaljevanju: LGF). Z ustavno spremembo 15.a člena Ustavnega zakona Avstrije je dolžnost organizacije bolnišničnega zdravljenja in njegovega financiranja deljena – stvar dogovora in pogajanj zvezne vlade in dežel. Na podlagi pogajanj je dosežen dogovor o alokaciji sredstev – dogovor o finančnih prilivih za bolnišnično zdravljenje v razmerju zvezna raven-dežele. Poleg

---

<sup>17</sup> HSPM, Health Systems in Transition (HiT) profile of Austria, URL: <https://www.hspm.org/countries/austria08012013/livinghit.aspx?Section=3.3%20Overview%20of%20the%20statutory%20financing%20system&Type=Section>.

<sup>18</sup> Florian Bachner in ostali, Austria Health system review (2018), str. 29.

ministrstva za zdravstvo, ki je odgovorno za nadzor sistema javnega zdravstvenega zavarovanja, ima pomembno vlogo tudi ministrstvo za finance, čigar predstavniki so del B-ZK.<sup>19</sup>

Avstrijski zdravstveni sistem je razmeroma drag – približno 4515 evrov na prebivalca, kar je za 1344 evrov nad povprečjem EU ter predstavlja 10,2 % državnega BDP. Delež odhodkov v BDP za zdravstvene storitve se načeloma konstantno povečuje. Več kot 75% zdravstvenih storitev je kritih iz javnih sredstev. Ponudniki bolnišničnih storitev za akutna obolenja (*acute care hospital providers*) so v pretežnem delu financirani preko *Diagnosis Related Group (DRG)*.<sup>20</sup> Večina ponudnikov zdravstvenih storitev za akutne zdravstvene primere je javnih ali zasebnih zavodov, ki so financirani s strani LGF. Ponudniki ambulantne nege, ki imajo sklenjeno pogodbo o izvajanju javnih zdravstvenih storitev, so v večini financirani iz sredstev javnega zdravstvenega zavarovanja. Pacienti, ki grejo k ponudniku izven javne mreže, morajo za storitev plačati iz lastnega žepa, vendar lahko nato zahtevajo poplačilo 80% vrednosti storitve.<sup>21</sup>

Leta 1997 je Avstrija na področju bolnišničnega zdravljenja v javnih in zasebnih nepridobitnih bolnišnicah ter zasebnih pridobitnih bolnišnicah uvedla sistem, ki temelji na DRG načelu – bolnišnica ne dobi povrnjenih dejanskih stroškov zdravstvene storitve, ampak pavšalni znesek. Sistem je bil uveden z namenom povečanja transparentnosti financiranja in je nadomestil sistem temelječ na *per diem* načelu. Poleg tega so javne in zasebne nepridobitne bolnišnice financirane s strani njihovih lastnikov, v primeru da pride do presežka odhodkov nad prihodki. Trenutni sistem je razdeljen na zvezno raven in raven dežel, ki omogoča, da dežele sprejmejo njim prilagojena pravila. Višina sredstev, ki jih dobi bolnišnica je odvisna od tako imenovanih DRG oz. LDF točk – glede na število točk je določena višina plačila za pacienta, ki ga bo prejela bolnišnica. Postopek določanja višine točk je trifazni:

- v prvi fazi se pacienti razdeli na tiste, ki potrebujejo zdravljenje, ali tiste, ki potrebujejo diagnosticiranje,
- v drugi fazi so pacienti klasificirani v eno izmed 422 skupin, v vsaki skupini so že okvirno določeno stroški na pacienta,
- v tretji fazi so pacienti dodatno klasificirani v eno izmed 976 podskupin, kjer so precej natančno – glede na osebne lastnosti pacienta – določeni okvirni stroški do plačila katerih bo upravičena bolnišnica.

Višina plačila je poleg števila točk glede na pacienta odvisna od:

- ureditve področja na zvezni ravni,
- višine sredstev v deželnih zdravstvenih skladih oz. *Landesgesundheitsfonds* (LGF).<sup>22</sup>

Tudi zdravljenja za neaktuna obolenja so financirana s strani LGF. Način plačila izvajalcem zdravstvenih storitev do leta 2017 ni bil enoten. Z unifikacijo in končanjem prehodnega obdobja pa naj bi v letu 2019 obveljal enotni sistem financiranja, ki bo prav tako temeljil na DRG načelu. Vendar bo le 50%

---

<sup>19</sup> Florian Bachner in ostali, Austria Health system review (2018), str. 24-28, 87.

<sup>20</sup> O *Diagnostic related group* financiranju glej: <https://www.verywellhealth.com/drg-101-what-is-a-drg-how-does-it-work-3916755>.

<sup>21</sup> Florian Bachner in ostali, Austria Health system review (2018), str. 70-71

<sup>22</sup> Florian Bachner in ostali, Austria Health system review (2018), str. 103-106.



vrednosti storitve financirane na takem principu, preostalih 50% pa bo financiranih na podlagi fiksnega zneska določenega s strani LGF.<sup>23</sup>

#### Čakalne dobe

Avstrija je ena izmed držav, ki se je po podatkih Health Consumer Powerhouse-a uvrstila v t. i. Club 800, kar pomeni, da je dosegla vsaj 800 od maksimalnih 1000 točk, ki jih je mogoče doseči v raziskavi. Raziskava, katere namen je ugotavljanje stanja čakalnih dob, kaže, da je Avstrija v zadnjem obdobju skrajšala čakalno dobo in izboljšala svoje rezultate iz prejšnjih let.<sup>24</sup> Podatki v zvezi z dostopom pacienta do splošnega zdravnika na isti dan, ko se pojavi potreba, Avstrijo uvrščajo v drugo polovico držav (šest mest za Slovenijo). Vendar raziskava ugotavlja, da ni logične korelacije med višino sredstev, ki jih država nameni v svojem BDP za zdravstvo, obsegom storitev, gostoto mreže ponudnikov primarnih zdravstvenih storitev ter rezultati v zvezi z dostopom pacienta do splošnega zdravnika na isti dan. Glede čakalne dobe na ne nujno operacijo (*elective surgery*) raziskava uvršča Avstrijo v zadnjo tretjino evalviranih držav (dve mesti pred Slovenijo). V zvezi s čakalno dobo za ne nujen (*non acute*) CT pregled se je Avstrija sicer res ponovno uvrstila v drugo polovico evalviranih držav, vendar pa pred Slovenijo, ki je v tem pogledu zasedla zadnje mesto, saj morajo pacienti načeloma čakati več kot 21 dni.<sup>25</sup>

#### Status zdravnika<sup>26</sup>

V avstrijskem ambulantnem sektorju (tj. na primarni in na sekundarni ravni) so zdravniki večinsko samozaposleni.

Za svoje delo so samozaposleni zdravniki plačani tako, da vsako storitev, ki jo opravijo, zaračunajo neposredno nosilcu zdravstvenega zavarovanja (ang. statutory health insurance funds). Višina zneskov, ki jih prejmejo zdravniki, močno variira glede na vrsto zdravstvene dejavnosti in glede na potrebe v določenem časovnem obdobju.

Delo v javni bolnišnici ne izključuje možnosti dela v zasebnem sektorju oz. samozaposlitve. Tudi, če je zdravnik zaposlen na terciarnem nivoju kot javni uslužbenec, mu je dovoljeno opravljati zasebno dejavnost v ambulanti.<sup>27</sup>

Avstrija zagotavlja letne investicije v ambulantni sektor, čeprav so zdravniki večinoma samozaposlene osebe. Stroške za nakup zdravstvene opreme sicer založi samozaposleni zdravnik, vendar mu jih organizacija zdravstvenega zavarovanja naknadno povrne. Za investicije v ambulante na primarnem nivoju so v Avstriji z zakonom iz leta 2017 namenili 200 milijonov evrov.<sup>28</sup>

Po številu zdravnikov na prebivalca – 5,1 zdravnika na 1000 prebivalcev – je Avstrija druga v Evropski uniji.<sup>29</sup> Sistem omogoča dobre pogoje za opravljanja dela zdravnikov in jim nudi visoko motivacijo za opravo svojega dela. Dobri pogoji za delo se kažejo tudi v zadovoljstvu pacientov, saj je kar 98

---

<sup>23</sup> Florian Bachner in ostali, Austria Health system review (2018), str. 106.

<sup>24</sup> HCP, Euro Health Consumer Index 2018, URL: <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf>, str. 11.

<sup>25</sup> HCP, Euro Health Consumer Index 2018, URL: <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf>, str. 59.-64.

<sup>26</sup> Povzeto po OECD Health System Characteristics, URL: <https://www.oecd.org/els/health-systems/characteristics.htm>, ter Florian Bachner in ostali, Austria Health system review (2018).

<sup>27</sup> Florian Bachner in drugi, Austria Health system review (2018), str. 112.

<sup>28</sup> Florian Bachner in drugi, Austria Health system review (2018), str. 64.

<sup>29</sup> Florian Bachner in drugi, Austria Health system review (2018), str. 218.

odstotkov pacientov zdravstvene storitve ambulantne oskrbe ocenilo kot zadovoljujoče oz. zelo zadovoljujoče.<sup>30</sup>

## **Zvezna republika Nemčija**

### *Financiranje*

Tudi v Nemčiji je 99,9% ljudi vključenih v sistem javnega zdravstvenega zavarovanja. Vplačila v javni sistem zdravstvenega zavarovanja so obvezna, njihova višina pa je odvisna od višina plačila za delo ter vrste dela. Zdravstveno zavarovanje je sestavljeno iz javnih skladov (*Public Funds*), v katere je vključenih 88% zavarovancev, in zasebnih obveznih zavarovanj v katere je vključenih 12% zavarovancev.<sup>31</sup> Sistem zdravstvenega zavarovanja predstavlja glavni vir financiranja zdravstvenih storitev.

Financiranje zdravstvenega sistema v Nemčiji je zaradi delitev pristojnosti med dežele (*länder*) in zvezno vlado, drugačno kot v Sloveniji. Poleg Bundestag-a in deželnih parlamentov je na podlagi načela samoregulacije velik del pristojnosti delegiran različnim organizacijam (npr. skladom), v katere so vključeni zavarovanci in ponudniki zdravstvenih storitev. V sistemu zdravstvenega zavarovanja ti kvazi-javni subjekti pomembno vplivajo na delovanje in financiranje zdravstvenega sistema. Na državni ravni za organizacijo in izvajanje zakonov skrbi ministrstvo za zdravje, ki samo in preko kvazi-javnih subjektov skrbi za nadzor izvajalcev zdravstvenih storitev in zdravstvenih delavcev. Na ravni dežel so za nadzor in delovanje sistema pristojna deželna ministrstva, pristojna za zdravje, ki skrbijo za nadzor deželnih zdravstvenih skladov. Pomembna lastnost nemškega sistema ponudnikov zdravstvenih storitev je tudi relativno toga delitev na sektor ambulantnega zdravljenja in sektor bolnišničnega zdravljenja. Relativno toga delitev se kaže zlasti v načinu financiranja in nadzoru ponudnikov zdravstvenih storitev. Tretji steber javnega zdravstvenega sistema predstavlja dolgotrajna oskrba.<sup>32</sup>

### *Čakalne dobe*

Čakalne dobe v Nemčiji so relativno kratke. Po podatkih Commonwealth Fund-a je 83% pacientov za napotitev k specialistu čakalo manj kot štiri tedne. 70% prebivalcev udeleženih v anketi je poročalo, da je čakalo manj kot en mesec na ne nujno operacijo (*elective surgery*). Nobena oseba vključena v anketo pa po podatkih iz leta 2010 ni čakala na ne nujno operacijo štiri mesece ali več.<sup>33</sup>

Po podatkih Kassenärztliche Bundesvereinigung (v nadaljevanju: KBV) je 56% zavarovancev v javnem zdravstvenem sistemu čakalo en teden ali manj na zdravniško napotitev, samo 13% naj bi jih čakalo več kot tri tedne.<sup>34</sup> Povprečen čas na zdravniško napotitev naj bi bil po podatkih Leibniz-Institut für

---

<sup>30</sup> Florian Bachner in drugi, Austria Health system review (2018), str. 205.

<sup>31</sup> OECD, Health system Characteristics, URL: <https://qdd.oecd.org/subject.aspx?Subject=hsc>.

<sup>32</sup> Reinhard Busse in drugi, Germany Health system review, URL: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/255932/HiT-Germany.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/255932/HiT-Germany.pdf?ua=1), str. 17-45.

<sup>33</sup> Commonwealth Fund, 2010 International Health Policy Survey in Eleven Countries, URL: [https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/\\_media\\_files\\_publications\\_chartbook\\_2010\\_pdf\\_2010\\_ihp\\_survey\\_chartpack\\_full\\_12022010.pdf](https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/_media_files_publications_chartbook_2010_pdf_2010_ihp_survey_chartpack_full_12022010.pdf).

<sup>34</sup> KBV, Waiting times, URL: <https://translate.google.com/translate?depth=1&hl=en&prev=search&rurl=translate.google.ca&sl=de&u=http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/24045.php>.

Wirtschaftsforschung 19 dni. V raziskavi inštitut ugotavlja tudi, da je povprečen čakalni čas zasebno zavarovanih oseb štirikrat krajši kot povprečen čas javno zavarovanih oseb.<sup>35</sup>

Zadnji podatki Health Consumer Powerhouse-a, ki točkuje države glede na stanje čakalnih dob, kažejo, da je Nemčija v t. i. Club-u 800, kar pomeni, da je dosegla vsaj 800 od maksimalno 1000 točk, ki jih je mogoče doseči v raziskavi. Raziskava ugotavlja, da je Nemčija država, kjer se pacient lahko obrne praktično na vsakega (javnega ali zasebnega) ponudnika zdravstvenih storitev in bo za svoje zdravljenje v večjem delu povrnjen. Poleg tega je opazen napredek pri odpravljanju tradicionalnih težav nemškega zdravstva (tj. veliko število majhnih splošnih bolnišnic).<sup>36</sup>

#### *Status zdravnika*<sup>37</sup>

V Nemčiji večino zdravnikov na primarni in sekundarni ravni opravlja zdravstveno dejavnost kot samostojno pridobitno dejavnost. Od teh jih 85 odstotkov deluje v okviru javnega sistema, pri čemer lahko vedno opravljajo tudi zasebno zdravstveno dejavnost. Delež zdravnikov, ki deluje v javnem sistemu, se je v letih od 1990 do leta 2012 povečal za 36 odstotkov. Tako samo štirje odstotki zdravnikov še vedno deluje zgolj v zasebnem sektorju.

Zdravniki so za opravljeno delo v javnem zdravstvenem sistemu plačani v skladu s številom opravljenih storitev, kar nudi zdravniku večjo motivacijo za delo. Na državni ravni je vrednost storitev ovrednotena v točkah – večje je število točk za posamezno storitev večje je plačilo, saj je vrednost točke na državni ravni ovrednotena v evrih. Zdravniki vsako četrletje poročajo, koliko storitev so opravili, kar jim po predhodnem nakazilu s strani nosilca zdravstvenega zavarovanja plača regionalno združenje zdravnikov, če so vključeni v shemo javnega zdravstvenega sistema.<sup>38</sup>

#### **Kraljevina Danska**

Kraljevina Danska ima zdravstveni sistem reguliran na treh ravneh – na ravni države, dežel in občin. Vse tri ravni imajo predstavniske organe, njihova tradicija decentralizacije pa daje kar nekaj pristojnosti regijam in občinam. Na državni ravni sta glavna organa parlament ter ministrstva oz. organi v njihovi sestavi. Državna raven sprejema zakone in skrbi za splošno koordinacijo ter nadzor nad deželnim in občinskim izvajanjem zakonodaje. Pet regij skrbi za delovanje sistema na primarni in sekundarni ravni – večina bolnišnic je v lasti in pod upravljanjem regij. Regije v teh bolnišnicah zaposlujejo zdravnike zaposlene, medtem ko so splošni zdravniki načeloma zasebniki, ki pa dobijo plačila za svoje storitve v večini s strani regij.<sup>39</sup>

#### *Financiranje*

Do leta 2007 je bil danski zdravstveni sistem financiran iz progresivnega davka na dohodek fizičnih oseb ter proporcionalnega davka na nepremičnine. Od leta 2007 dalje pa je danski zdravstveni sistem

---

<sup>35</sup> Nils Heinrich in drugi, Waiting Times for Outpatient Treatment in Germany: New Experimental Evidence from Primary Data, URL: <https://doi.org/10.1515/jbnst-2018-0025>, str. 386.

<sup>36</sup> HCP, Euro Health Consumer Index 2018, URL: <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf>, str. 12.

<sup>37</sup> Povzeto po OECD Health System Characteristics, URL: <https://www.oecd.org/els/health-systems/characteristics.htm>, ter Reinhard Busse in Miriam Blümel (2014). Health system review.

<sup>38</sup> Reinhard Busse in Miriam Blümel, Germany health system review (2014), [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/255932/HiT-Germany.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/255932/HiT-Germany.pdf?ua=1), str. 151-152.

<sup>39</sup> Martin Strandberg-Larsen in drugi, Denmark Health system review, URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107881/E91190.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, str. xv-xvi.

na državni ravni financiran preko namenskega proporcionalnega obdavčenja. Prihodki od davkov so nato razdeljeni preko mehanizma alokacije:

- na državni ravni: preko pogajanj med ministrstvom za zdravje, ministrstvom za finance in regionalnimi oz. mestnimi sveti, ki pa jih predstavljata združenji regionalnih oz. mestnih svetov in
- na regionalni ravni oz. lokalni ravni: preko pogajanj regionalnih oz. mestnih svetov z državnimi organi.<sup>40</sup>

Vsaka regija oz. občina dobi s strani državne vlade sredstva glede na svoje demografske in socialne lastnosti. Sredstva, ki jih nameni država, predstavljajo 77% vseh virov financiranja regij oz. občin. Preostala sredstva financiranja regije oz. občine pretežno pridobijo preko kombinacije lokalnih oz. regionalnih davkov.

Stroški za danski zdravstveni sistem predstavljajo 10,4% njihovega BDP, kar je 1,5% več kot je povprečje držav OECD. Javni viri financiranja predstavljajo 84,3% vseh stroškov za zdravstvo.<sup>41</sup> Poleg javnih virov financiranja, se prebivalci lahko vključijo v prostovoljna zdravstvena zavarovanja, ki pokrivajo stroške, ki jih javni viri ne pokrivajo (npr. fizioterapija, nekatere zobozdravstvene storitve, zdravila).

Vsi, ki imajo na Danskem prijavljeno stalno prebivališče, so upravičeni do javnih zdravstvenih storitev.<sup>42</sup>

#### *Status zdravnika*

Najstarejši del zasebnega sektorja danskega zdravstvenega sistema predstavljajo samozaposleni zdravniki na primarni ravni. Poleg njih so pogosto samozaposleni tudi specialisti, psihoterapevti, psihologi, kiropraktiki in drugi.<sup>43</sup>

Država ima na področju zdravstvenega sistema zelo omejene pristojnosti. Glavno vlogo pri zagotavljanju zdravstvene oskrbe imajo regije, ki med drugim skrbijo tudi za plačilo samozaposlenih zdravnikov in njihovega dela v javnem sektorju.<sup>44</sup>

Samozaposleni zdravniki so v večjem delu plačani na podlagi opravljenih storitev. Cene teh storitev se oblikujejo preko pogajanj med regijo ter poklicno organizacijo zdravnikov.<sup>45</sup> To velja v celoti za samozaposlene specialiste, medtem ko je plačilo samozaposlenih zdravnikov na primarni ravni sestavljeno tudi iz glavarine, ki predstavlja okoli tretjino njihovega plačila. Zgolj majhen delež prihodkov predstavlja neposredna plačila pacientov za storitve, ki niso pokrite s sredstvi regije. Sistem financiranja samozaposlenih zdravnikov, ki večinoma temelji na plačilu za opravljene storitve,

---

<sup>40</sup> Martin Strandberg-Larsen in drugi, Denmark Health system review, URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107881/E91190.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, str. 51.

<sup>41</sup> OECD, OECD Health Statistics 2015, URL: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Country-Note-DENMARK-OECD-Health-Statistics-2015.pdf>.

<sup>42</sup> IHCSP, The Danish Health Care System, URL: <https://international.commonwealthfund.org/countries/denmark/>.

<sup>43</sup> Maria Olejaz in drugi, Denmark Health system review (2012), URL: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/160519/e96442.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/160519/e96442.pdf), str. 29.

<sup>44</sup> Maria Olejaz in drugi, Denmark Health system review (2012), URL: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/160519/e96442.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/160519/e96442.pdf), str. 38.

<sup>45</sup> Maria Olejaz in drugi, Denmark Health system review (2012), URL: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/160519/e96442.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/160519/e96442.pdf), str. 79.

spodbuja produktivnost samozaposlenih zdravnikov ter motivira zdravnike na primarni ravni za zdravljenje pacienta.<sup>46</sup>

22 odstotkov vseh zdravnikov predstavljajo zdravniki na primarni ravni, od katerih večino opravlja samostojno zdravstveno dejavnost, ki jo opravljajo bodisi sami bodisi v povezovanju z drugimi samozaposlenimi zdravniki. Na Danskem je mogoče zaznati trend, da se več splošnih zdravnikov povezuje v skupne ambulante, ki jih sestavljajo dva do štiri zdravniki ter dve do tri medicinske sestre. To predstavlja prednost predvsem zaradi večje intenzivnosti prenosa in izmenjave znanja, ki vodi v bolj kvalitetno obravnavo pacienta.<sup>47</sup>

Specialisti, ki samostojno opravljajo zdravstveno dejavnost zgolj v zasebnem sektorju in so popolnoma odvisni od plačil s strani pacientov, so na Danskem zelo redki. Večino specialistov na podlagi dogovora z regijo, ki jim omogoča povrnitev stroškov za opravljene storitve, opravlja zdravstvene storitve v javnem zdravstvenem sistemu.<sup>48</sup> Specialistom, ki dejavnost opravljajo za javni zdravstveni sistem v okviru bolnišnice, ureditev ne prepoveduje ali kakorkoli omejuje dela v svoji zasebni ambulanti, dokler opravijo v regionalni licenci določeno število storitev za javni zdravstveni sistem. Kljub temu da omejitev za delo v zasebni ambulanti ni, takšno delo ni pogosto.<sup>49</sup>

#### *Dostop do sekundarne in terciarne ravni*

Prebivalci se lahko svobodno razvrstijo v dve skupini, kar ima različne posledice v zvezi z dostopom do sekundarne ravni. Na terciarni ravni je za obe skupini dostop do zdravljenja enak – preko napotitve splošnega zdravnika. Do izvajalcev zdravstvenih storitev na sekundarni ravni večina prebivalcev dostopa na podlagi napotitve s strani splošnega zdravnika (prva skupina). Le 2% ljudi se odloči za drugo skupino, kjer lahko povsem prosto izbirajo med vsemi splošnimi zdravniki – ni jim potrebno izbrati le enega. Druga skupina ljudi lahko dostopa do sekundarne ravni zdravljenja brez napotitve splošnega zdravnika. Ljudje se za drugo skupino odločajo v manjšem obsegu, saj je potrebno doplačilo pacienta.<sup>50</sup>

#### *Čakalne dobe*

Zadnji podatki Health Consumer Powerhouse-a, ki točkuje države glede na stanje čakalnih dob, kažejo, da je Danska v t. i. Club-u 800, kar pomeni, da je dosegla vsaj 800 od maksimalno 1000 točk, ki se jih lahko doseže v raziskavi – Danska se je uvrstila na četrto mesto. Čakalna doba pacienta na nenujno (*elective*) operacijo je na Danskem ena izmed najkrajših izmed evalviranih držav, saj je Danska zasedla sedmo mesto, kar je 21 mest pred Slovenijo.<sup>51</sup>

## **Republika Češka**

---

<sup>46</sup> Maria Olejaz in drugi, Denmark Health system review (2012), URL: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/160519/e96442.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/160519/e96442.pdf), str. 80.

<sup>47</sup> Maria Olejaz in drugi, Denmark Health system review (2012), URL: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/160519/e96442.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/160519/e96442.pdf), str. 114.

<sup>48</sup> Maria Olejaz in drugi, Denmark Health system review (2012), URL: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/160519/e96442.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/160519/e96442.pdf), str. 114.

<sup>49</sup> Maria Olejaz in drugi, Denmark Health system review (2012), URL: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/160519/e96442.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/160519/e96442.pdf), str. 114.

<sup>50</sup> IHCSP, The Danish Health Care System, URL: <https://international.commonwealthfund.org/countries/denmark/>.

<sup>51</sup> HCP, Euro Health Consumer Index 2018, URL: <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf>, str. 62.

### *Status zdravnika*

Na Češkem je zdravstvena obravnava na primarnem in na sekundarnem nivoju v večini prepuščena samozaposlenim zdravnikom in zobozdravnikom, ki so plačani na podlagi kombinacije glavarine in plačila za storitev. Za zdravstvene storitve, ki niso pokrite z obveznim zdravstvenim zavarovanjem, prejmejo plačilo neposredno od pacientov.<sup>52</sup>

Samozaposleni zdravniki morajo iz sredstev, ki jih prejmejo, plačati tudi vse svoje stroške – stroške najema oz. vzdrževanja prostorov, plač zaposlenih ipd.<sup>53</sup> Samozaposleni zdravniki imajo lahko sklenjenih več pogodb hkrati – istočasno delajo in prejmejo plačilo za delo v javnih zavodih in za delo v svoji zasebni ambulanti.<sup>54</sup>

## **Francoska republika**

### *Status zdravnika*

V Franciji imajo zdravniki možnost istočasno opravljati zdravstveno dejavnost znotraj javnega zdravstvenega sistema in v okviru samozaposlitve.<sup>55</sup> Poleg tega se zdravniki, ki so samozaposleni, lahko povežejo z drugimi zdravniki ter delajo v okviru skupinske prakse. Status samozaposlenih zdravnikov na primarni ravni je okoli 62,5 odstotkov. Na sekundarni ravni je delež samozaposlenih nižji in znaša okoli 40 odstotkov. Enega izmed največjih deležev samozaposlenih oseb v zdravstvenem sektorju predstavljajo zobozdravniki – 90 odstotkov. Zaposleni zobozdravniki pa večinoma delujejo samo v specializiranih zobozdravstvenih centrih.<sup>56</sup> Tudi mnogi specialisti opravljajo zdravstveno dejavnost kot dvojno prakso.<sup>57</sup> To še posebej velja za samozaposlene zdravnike, ki se lahko svobodno odločijo, katerim in koliko zdravstvenim ustanovam bodo dali na voljo svoje storitve. Zdravniki, ki so zaposleni v univerzitetnih bolnišnicah in izvajajo pedagoške aktivnosti, lahko v svoje zasebne namene uporabljajo bolnišnične prostore, ki so javni.<sup>58</sup> Samozaposleni zdravniki v Franciji opravijo večji del ambulantne zdravstvene oskrbe ter oskrbe v zasebnih bolnišnicah.<sup>59</sup>

Vsi samozaposleni zdravniki so plačani neposredno na podlagi opravljenih storitev. Cene storitev so predmet pogajanj med predstavniki socialnega zavarovanja ter predstavniki zdravnikov. Dogovor med njimi mora biti potrjen s strani ministrstva, pristojnega za zdravje, čeprav je v določenih primerih dopustno, da zdravniki zaračunajo več, kot to določa dogovor. Poleg dogovora se sklepajo tudi neposredne pogodbe z zdravniki na primarnem nivoju, v katerih določijo različne metode t. i. *pay-for-*

---

<sup>52</sup> Jan Alexa in drugi, Czech Republic Health system review (2015), URL: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0005/280706/Czech-HiT.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/280706/Czech-HiT.pdf), str. 71-72.

<sup>53</sup> Jan Alexa in drugi, Czech Republic Health system review (2015), URL: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0005/280706/Czech-HiT.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/280706/Czech-HiT.pdf), str. 72, 104

<sup>54</sup> Jan Alexa in drugi, Czech Republic Health system review (2015), URL: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0005/280706/Czech-HiT.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/280706/Czech-HiT.pdf), str. 102.

<sup>55</sup> Karine Chevreul in drugi, France Health systems review (2015), URL: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0011/297938/France-HiT.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/297938/France-HiT.pdf), str. 151.

<sup>56</sup> Karine Chevreul in drugi, France Health systems review (2015), URL: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0011/297938/France-HiT.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/297938/France-HiT.pdf), str. 151.

<sup>57</sup> Karine Chevreul in drugi, France Health systems review (2015), URL: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0011/297938/France-HiT.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/297938/France-HiT.pdf), str. 118.

<sup>58</sup> Karine Chevreul in drugi, France Health systems review (2015), URL: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0011/297938/France-HiT.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/297938/France-HiT.pdf), str. 97.

<sup>59</sup> Karine Chevreul in drugi, France Health systems review (2015), URL: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0011/297938/France-HiT.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/297938/France-HiT.pdf), str. 96.

*performance* – izvajalec je plačan glede na kvaliteto izvedeno storitve – da bi na tak način izboljšali kvaliteto in učinkovitost dela zdravnikov ter dosegali cilje zdravstvene politike.<sup>60</sup>

V skladu z raziskavo, ki jo je opravila Evropska komisija v letu 2014, so prebivalci Francije zelo zadovoljni s francoskim zdravstvenim sistemom, saj je kar 88 odstotkov vprašanih ocenilo sistem kot dober ali zelo dober, k čimer prispeva tudi učinkovitost ter s tem povezana motivacija zdravnikov po kvalitetni zdravstveni oskrbi.<sup>61</sup> To prispeva tudi h krajšim čakalnim dobam, ki v Franciji zato niso problematične.<sup>62</sup>

### **Veliko vojvodstvo Luksemburg**

#### *Status zdravnika*

V Luksemburgu je večina zdravnikov (na vseh ravneh) samozaposlenih.<sup>63</sup> V ambulantnem sektorju, tako na primarni kot tudi na sekundarni ravni, zdravniki opravljajo zdravniško službo kot t.i. liberalni strokovnjaki – brez neposrednega nadzora.

Plačilo za njihove storitve je predmet dogovora med poklicnimi organizacijami in nosilcem zdravstvenega zavarovanja. Zdravniki bodo po izvedbi storitev od nosilca zdravstvenega zavarovanja zahtevali plačilo zanje. Za povrnitev sredstev s strani zdravstvenega zavarovanja iz naslova opravljenih storitev je avtomatsko opravičen vsak zdravnik z licenco ne glede na njegov status – med izvajalcem zdravstvene dejavnosti in nosilcem zdravstvenega zavarovanja je namreč samodejno sklenjena pogodba, ki jih upravičuje do povrnitev iz naslova opravljenih storitev. Vsi zdravniki, ne glede na kakšen način opravljajo svoje delo, so plačani na podlagi opravljenih storitev. V primeru zaposlenih zdravnikov je razlika zgolj v tem, da denar za opravljeno delo prejme direktno bolnišnica, za katero zdravnik dela.<sup>64</sup>

Njihov sistem je zato zelo efektiven, kar se kaže v tem, da za visoko stopnjo zadovoljstva pacientov ni potrebno veliko število zdravnikov – zgolj 2,9 zdravnika na 1000 prebivalcev.<sup>65</sup>

### **Kraljevina Nizozemska**

#### *Status zdravnika*

Nizozemski sistem zaposlovanja zdravnikov je drugačen od drugih, saj bolj neposredno loči status zdravnikov na primarni ravni od statusa specialistov.<sup>66</sup> Večina splošnih zdravnikov je samozaposlenih, ki dejavnost opravljajo sami ali pa se povezujejo z drugimi samozaposlenimi zdravniki, s katerimi opravljajo skupinsko prakso. 28 odstotkov samozaposlenih zdravnikov na primarnem nivoju opravlja

---

<sup>60</sup> Karine Chevreul in drugi, France Health systems review (2015), URL: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0011/297938/France-HiT.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/297938/France-HiT.pdf), str. 60, 97.

<sup>61</sup> Karine Chevreul in drugi, France Health systems review (2015), URL: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0011/297938/France-HiT.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/297938/France-HiT.pdf), str. 181.

<sup>62</sup> Karine Chevreul in drugi, France Health systems review (2015), URL: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0011/297938/France-HiT.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/297938/France-HiT.pdf), str. 182.

<sup>63</sup> OECD, Luxembourg Country Health Profile (2017), URL: <https://www.oecd.org/publications/luxembourg-country-health-profile-2017-9789264283480-en.htm>, str. 7.

<sup>64</sup> OECD, Luxembourg Country Health Profile (2017), URL: <https://www.oecd.org/publications/luxembourg-country-health-profile-2017-9789264283480-en.htm>, str. 7.

<sup>65</sup> OECD, Luxembourg Country Health Profile (2017), URL: <https://www.oecd.org/publications/luxembourg-country-health-profile-2017-9789264283480-en.htm>, str. 8.

<sup>66</sup> Jean-Louis Deniscorresponding , Nicolette van Gestel, Medical doctors in healthcare leadership: theoretical and practical challenges (2016), URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4896273/>.

zdravstveno dejavnost popolnoma samostojno, 39 odstotkov jo opravlja v povezavi z enim samozaposlenim zdravnikom, 33 odstotkov pa jih deluje v skupinski praksi od treh do sedmih samozaposlenih zdravnikov. Majhen del splošnih zdravnikov je zaposlenih pri drugem zdravniku, ki je samozaposlen.<sup>67</sup>

V bolnišnicah je delež samozaposlenih zdravnikov manjši kot na ambulantni ravni – 60 odstotkov – ostali specialisti so v bolnišnicah zaposleni.<sup>68</sup> Specialisti, ki imajo status samozaposlenih zdravnikov znotraj bolnišnične organizacije, imajo z njo sklenjeno pogodbo o opravljanju storitev. V okviru te pogodbe se z bolnišnico neposredno pogajajo glede cene njihovih storitev. Z namenom lažjega pogajanja ter opravljanja storitev se specialisti, ki delujejo znotraj ene bolnišnice, združujejo v skupine iste specialnosti.<sup>69</sup> S pogodbo lahko prosto uredijo tudi način plačila, kar je najpogosteje izvedeno na podlagi SPP (Skupina primerljivih primerov) sistema, na podlagi katerega dobijo bolnišnice sredstva od nosilca zdravstvenega zavarovanja, ali pa, za kar se stranki pogodbe odločata vedno pogosteje, na podlagi letnega proračuna specialistov.<sup>70</sup> Sistem opravljanja zdravstvenih storitev, kot je predlagan znotraj predloga interventnega zakona, je najbližje Nizozemski ureditvi zaposlitve specialistov.

Po podatkih Eurobarometra je bilo 91 odstotkov prebivalcev Nizozemske mnenja, da je njihov zdravstveni sistem dober, 55 odstotkov meni, da je Nizozemski zdravstveni sistem boljši v primerjavi z drugimi državami Evropske unije.<sup>71</sup>

## **Kraljevina Norveška**

### *Status zdravnika*

Na Norveškem imajo samozaposleni zdravniki pomembno vlogo zlasti na področju javnega zdravstvenega sistema na primarni ravni, saj je približno 90 odstotkov samozaposlenih.<sup>72</sup> Ti se pogosto združujejo v skupine do šest zdravnikov z namenom opravljanja zdravstvenih storitev.<sup>73</sup> Kljub temu da so samozaposleni, so te zdravniki neposredno vključeni v javni sistem preko pogodb z lokalno skupnostjo.<sup>74</sup> Te financirajo del stroškov osebnih zdravnikov v glavarini na pacienta, medtem ko preostali delež pokrijejo bodisi pacienti s soprispevkom bodisi nosilci zdravstvenega zavarovanja.<sup>75</sup>

---

<sup>67</sup> Madelon Kronema in ostali, Netherlands Health system review (2016), URL:

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0016/314404/HIT\\_Netherlands.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/314404/HIT_Netherlands.pdf), str. 140-141.

<sup>68</sup> Jean-Louis Deniscorresponding, Nicolette van Gestel, Medical doctors in healthcare leadership: theoretical and practical challenges (2016), URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4896273/>.

<sup>69</sup> Madelon Kronema in ostali, Netherlands Health system review (2016), URL:

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0016/314404/HIT\\_Netherlands.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/314404/HIT_Netherlands.pdf), str. 145.

<sup>70</sup> Wilm Quentin in ostali, Paying hospital specialists: Experiences and lessons from eight high-income countries (2018), URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851018300575#!>.

<sup>71</sup> Madelon Kronema in ostali, Netherlands Health system review (2016), URL:

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0016/314404/HIT\\_Netherlands.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/314404/HIT_Netherlands.pdf), str. 195.

<sup>72</sup> Kurt R. Brekke in ostali, How does the type of remuneration affect physician behaviour? Fixed salary versus fee-for-service (2018), URL: <https://konkurransetilsynet.no/wp-content/uploads/2018/10/Rapport-nr-6-2018-How-does-the-type-of-remuneration-affect-physician-behaviour-Fixed-salary-versus-fee-for-service.pdf>, str. 10.

<sup>73</sup> Anne Lindahl in ostali, The Norwegian Health Care System, URL:

<https://international.commonwealthfund.org/countries/norway/>.

<sup>74</sup> Ånen Ringard, Norway Health system review (2013), URL:

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0018/237204/HiT-Norway.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/237204/HiT-Norway.pdf), str. 22.

<sup>75</sup> Ånen Ringard, Norway Health system review (2013), URL:

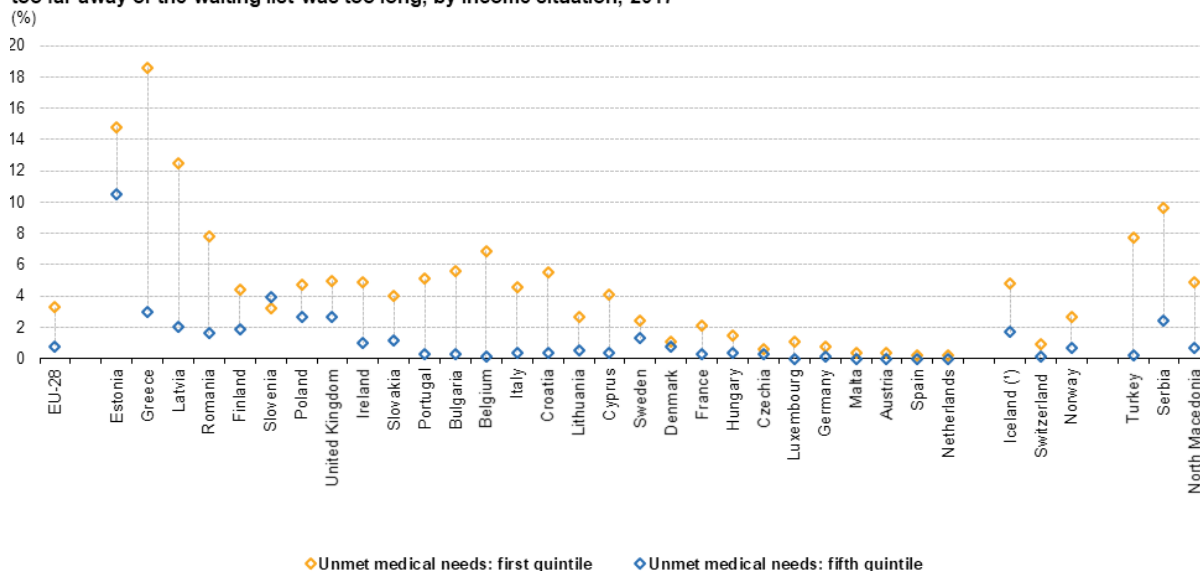
[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0018/237204/HiT-Norway.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/237204/HiT-Norway.pdf), str. 65.



Storitve na sekundarnem nivoju zagotavljajo bolnišnični koncerni, ki so v lasti regionalnih zdravstvenih oblasti ter zasebni samozaposleni specialisti, ki se v javno shemo vključujejo preko pogodbe z eno izmed regionalnih zdravstvenih oblasti.<sup>76</sup>

Po podatkih Eurostata (kot prikazuje spodnji graf) je delež nezadovoljenih potreb pacientov na Norveškem pod povprečjem Evropske unije.

Proportion of the population reporting unmet needs for medical care because care was too expensive, too far away or the waiting list was too long, by income situation, 2017



Vir: Evropska komisija, Delež nezadovoljenih zdravstveni potreb za leto 2017, URL: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Proportion of the population reporting unmet needs for medical care because care was too expensive, too far away or the waiting list was too long, by income situation, 2017 \(%25\) QoL19.png](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Proportion_of_the_population_reporting_unmet_needs_for_medical_care_because_care_was_too_expensive,_too_far_away_or_the_waiting_list_was_too_long,_by_income_situation,_2017_(%25)_QoL19.png).

## Švicarska konfederacija

### Status zdravnika

V Švici zdravstvene storitve na primarni in sekundarni ravni nudijo večinoma zdravniki, ki so samozaposleni. V zadnjem desetletju so se zdravniki začeli povezovati v zdravniške mreže, ki so v organizaciji zasebnih zavarovalnic, saj zavarovalnice na tak način svojim zavarovancem omogočijo zdravstvene storitve.<sup>77</sup>

Poleg pogodbenega povezovanja zdravnikov z zasebnimi zavarovalnicami pa so vsi zdravniki na primarni in na sekundarni ravni, ki samostojno opravljajo dejavnost, upravičeni do povrnitve stroškov za opravo storitev v skladu z obveznim zdravstvenim zavarovanjem. Povrnejo se jim stroški v skladu s sistemom TARMED, ki predstavlja tarife za posamezne vrste izvedenih storitev, ki variirajo med

<sup>76</sup> Ånen Ringard, Norway Health system review (2013), URL: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0018/237204/HiT-Norway.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/237204/HiT-Norway.pdf), str. 104.

<sup>77</sup> Carlo De Pietro in ostali, Switzerland Health system review (2015), URL: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0010/293689/Switzerland-HiT.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/293689/Switzerland-HiT.pdf), str. 155.

različnimi kantoni.<sup>78</sup> Delež povrnitve stroškov zdravstvenih storitev se izvede tudi v glavarini.<sup>79</sup> Samozaposleni zdravniki, ki želijo sodelovati pri opravljanju storitev v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja, dobijo stroške zdravstvenih storitev povrnjene preko sklenitve pogodbe.<sup>80</sup> Storitve, ki niso pokrite z obveznim zdravstvenim zavarovanjem, so lahko financirane s prostovoljnim zdravstvenim zavarovanjem, v okviru katerih se zdravniki ter drugi izvajalci zdravstvene dejavnosti prosto pogajajo o cenah storitev, ki jih povrne zavarovalnica.<sup>81</sup>

Zdravniki, ki svojo samostojno dejavnost opravljajo v ambulanti, pogosto izvajajo storitve tudi v bolnišnicah, kjer izvajajo operacije ali se posvečajo zdravljenju nastanjenih pacientov.<sup>82</sup> Ceno teh storitev določijo specialisti v dogovoru z bolnišnico, s katero sodelujejo, ki dobi plačilo iz zavarovanja pacienta po metodi SPP. Z namenom lažjega pogajanja specialistov z bolnišnicami je švicarsko združenje zdravnikov izdalo katalog, ki vsebuje ceno zdravniških storitev za vsako SPP.<sup>83</sup>

## **Kraljevina Belgija**

### *Status zdravnika*

V Belgiji so zdravniki samozaposleni. To velja tako za zdravnike na primarni ravni kot tudi za specialiste, ki dejavnost opravljajo bodisi sami bodisi v ekipi več zdravnikov.<sup>84</sup> Manj kot 1 odstotek zdravnikov je zaposlenih, od katerih je večina zaposlenih v organizaciji, ki je v njihovi lasti. Plačani so na podlagi opravljenih storitev s strani zdravstvenega zavarovanja (sickness funds) ter s strani pacienta, ki potem zahteva povrnitev stroškov od zdravstvenega zavarovanja. To plačilo je v teoriji izvedeno neposredno zdravniku, vendar pa v praksi svobodni zdravniki sklenejo sporazum z bolnišnico v kateri delajo, da ta za njih sprejema plačila ter zadrži večji del plačil kot odmeno za prostor, opremo, zaposlene ter druge storitve, s katerimi bolnišnica omogoča opravljanje storitev zdravniku. Kakšen bo ta dogovor in koliko sredstev bosta stranki dogovora prepustili zdravniku, je odvisno predvsem od ponudbe in povpraševanja po tem zdravniku ter njegovi specialnosti, od ugleda bolnišnice ter ugleda in izkušenj zdravnika.<sup>85</sup> V skladu z raziskavo iz leta 2010 so zdravniki, ki opravljajo medicinsko-tehnične storitve (npr. radiologija), prepustili okoli 60 odstotkov njihovih prihodkov bolnišnici, medtem ko so zdravniki, ki opravljajo storitve izven te kategorije, prepustili bolnišnici le okoli 20 odstotkov prihodkov.<sup>86</sup>

---

<sup>78</sup> Ur. Dionne S. Kringos in ostali, Building primary care in a changing Europe: Case studies (2015), URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459012/>.

<sup>79</sup> Carlo De Pietro in ostali, Switzerland Health system review (2015), URL: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0010/293689/Switzerland-HiT.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/293689/Switzerland-HiT.pdf), str. 116.

<sup>80</sup> Ur. Dionne S. Kringos in ostali, Building primary care in a changing Europe: Case studies (2015), URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459012/>.

<sup>81</sup> Carlo De Pietro in ostali, Switzerland Health system review (2015), URL: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0010/293689/Switzerland-HiT.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/293689/Switzerland-HiT.pdf), str. 117.

<sup>82</sup> Carlo De Pietro in ostali, Switzerland Health system review (2015), URL: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0010/293689/Switzerland-HiT.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/293689/Switzerland-HiT.pdf), str. 154.

<sup>83</sup> Wilm Quentin in ostali, Paying hospital specialists: Experiences and lessons from eight high-income countries (2018), URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851018300575#!>.

<sup>84</sup> Sophie Gerken in Sherry Merkur, Belgium health systems review (2010), URL: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0014/120425/E94245.PDF](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0014/120425/E94245.PDF), str. 153-154.

<sup>85</sup> Sophie Gerken in Sherry Merkur, Belgium health systems review (2010), URL: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0014/120425/E94245.PDF](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0014/120425/E94245.PDF), str. 111.

<sup>86</sup> Sophie Gerken in Sherry Merkur, Belgium health systems review (2010), URL: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0014/120425/E94245.PDF](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0014/120425/E94245.PDF), str. 112.

Zdravniki v univerzitetnih bolnicah so zaposleni, zato jih za opravljanje zdravstvene dejavnosti motivirajo na drugačne načine (npr. za večanje števila osebja v bolnišnici prejema zaposleni zdravnik dodatke k plači).<sup>87</sup>

Višina cene za posamezne zdravstvene storitve se določi v nacionalnem dogovoru, ki se po obravnavi na Nacionalnem inštitutu za zdravstveno zavarovanje ter potrditvi s strani ministrstva, pristojnega za zdravje, posreduje vsem posameznim zdravnikom v odobritev. Dogovor začne učinkovati, če dogovor potrdi vsaj 40 odstotkov vseh zdravnikov v regiji. Potem ko dogovor začne veljati, morajo vsi zdravniki, ki so ga potrdili, spoštovati cene za storitve, določene v dogovoru, medtem ko zdravniki, ki dogovora niso potrdili, lahko svoje cene postavljajo svobodno. Možno je tudi, da zdravnik delno sprejme dogovor za delo v bolnišnici, medtem ko za svojo zasebno dejavnost dogovora ne sprejme.<sup>88</sup>

## **Presoja posledic na posamezna področja**

### ***Presoja administrativnih posledic***

### ***Presoja posledic na okolje, ki vključuje tudi prostorske in varstvene vidike***

### ***Presoja posledic na gospodarstvo***

### ***Presoja posledic na socialnem področju***

### ***Presoja posledic glede na dokumente razvojnega načrtovanja***

### ***Presoja posledic na druga področja***

## ***Izvajanje sprejetega predpisa***

Izvajanje zakona bodo v okviru svojih pristojnosti zagotavljali Vlada Republike Slovenije, Ministrstvo za zdravje, Ministrstvo za finance ter ZZS.

## ***Podatek o zunanjem strokovnjaku oz. pravni osebi, ki je sodelovala pri pripravi predloga zakona***

Pri pripravi zakona niso sodelovali zunanji strokovnjaki oz. pravne osebe.

---

<sup>87</sup> Sophie Gerkens in Sherry Merkur, Belgium health systems review (2010), URL: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0014/120425/E94245.PDF](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0014/120425/E94245.PDF), str. 112.

<sup>88</sup> Sophie Gerkens in Sherry Merkur, Belgium health systems review (2010), URL: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0014/120425/E94245.PDF](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0014/120425/E94245.PDF), str. 113.

**Navedba, kateri predstavniki predlagatelja bodo sodelovali pri delu državnega zbora in delovnih teles**

**Prikaz sodelovanja javnosti pri pripravi predloga zakona**

## BESEDILO ČLENOV

### I. SPLOŠNE DOLOČBE

#### 1. člen

##### (vsebina in namen zakona)

(1) Ta zakon določa posebne ukrepe za povečanje dostopnosti do zdravstvenih storitev ter za okrepitev sistema javnega zdravstvenega varstva ter spremembe in dopolnitve zakonov, ki urejajo zdravstveno dejavnost, pacientove pravice, obvezno zdravstveno zavarovanje in javno naročanje.

(2) Posebni ukrepi iz prejšnjega odstavka so:

- preoblikovanje javnih zdravstvenih zavodov;
- ureditev statusa neodvisnega ponudnika zdravniške službe;
- ustanovitev neodvisne agencije za kakovost in podporo digitalizaciji v zdravstvu;
- sprememba ureditve napotovanja na zdravstvene storitve.

### II. SPREMEMBE IN DOPOLNITVE ZAKONOV

#### 1. Zakon o zdravstveni dejavnosti

#### 2. člen

(1) V Zakonu o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 23/05 - uradno prečiščeno besedilo, 23/08, 58/08 - ZZdrS-E, 15/08 - ZPacP, 77/08 - (ZDZdr), 40/12 - ZUJF, 14/13, 88/16 - ZdZPZD, 64/17, 1/19 - odl. US, 73/19, 82/20, 152/20 - ZZUOOP, 203/20 - ZIUPOPĐVE, 112/21 - ZNUPZ, 206/21 - ZDUPŠOP, 100/22 - ZNUZSZS, 132/22 - odl. US, 141/22 - ZNUNBZ; v nadaljevanju ZZDej) se za tretjim odstavkom 17. člena doda nov, četrti odstavek, ki se glasi:

»Sredstva za izvajanje zdravstvene dejavnosti na terciarni ravni iz prvega odstavka tega člena se v delu, ki se nanaša na znanstvenoraziskovalno in vzgojnoizobraževalno delo za medicinsko fakulteto in druge visoke in višje šole (programi učenja, usposabljanja za posebna znanja, razvoja in raziskovanja ter vzpostavitve in koordiniranje nacionalnih evidenc in nacionalnega registra bolezni), zagotavljajo iz proračuna Republike Slovenije.«.

#### 3. člen

Črtajo se naslov petega poglavja, ki se glasi »V. KONCESIJA ZA OPRAVLJANJE JAVNE SLUŽBE V ZDRAVSTVENI DEJAVNOSTI« in 41. do 44.k člen.

#### 4. člen

74. člen se črta.

#### 5. člen

Prvi odstavek 75. člena se spremeni tako, da se glasi:

»Zdravstveni svet obravnava teme s področja zdravstvene politike in zdravstvene varstva, ter oblikuje vsebino zdravstvenih programov s stališča njihove izvedljivosti, enakomernega razvoja vseh strok in načela enake dostopnosti, pri čemer lahko sodeluje s strokovnimi sveti. Zdravstveni svet se oblikuje pri ministrstvu, pristojnem za zdravje, iz

predstavnikov zdravstvene stroke, iz vrst svetnikov, višjih svetnikov, fakultetnih učiteljev in drugih priznanih strokovnjakov s področja zdravstvenega varstva, zdravstvene ekonomike in organizacije zdravstvenega varstva.«.

## **2. Zakon o pacientovih pravicah**

### **6. člen**

(1) V Zakonu o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 15/2008 in nasl.; v nadaljevanju ZPacP) se v četrtem odstavku 14.b člena črta druga alineja.

## **3. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju**

### **7. člen**

Za 44.e členom Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 9/1992 in nasl.; v nadaljevanju ZZVZZ) se doda nov pododdelek, ki se glasi »Pravica do povrnitve stroškov zdravljenja v Sloveniji« in nov, 44f. člen, ki se glasi:

#### **»44f. člen**

(1) Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov zdravstvenih storitev, ki so pravica iz obveznega zavarovanja v Republiki Sloveniji in ki jih uveljavi pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti, ki ni vključen v mrežo javne zdravstvene službe:

- na podlagi predhodno izdane napotnice izbranega osebnega zdravnika ali napotnega zdravnika v Republiki Sloveniji do bolnišničnih in specialistično ambulantnih zdravstvenih storitev, vključno v okviru teh storitev predpisanih zdravil in medicinskih pripomočkov, razen za specialistično ambulantne zdravstvene storitve, ki jih zavarovana oseba lahko uveljavi brez napotnice v javni zdravstveni mreži v Republiki Sloveniji,
- na podlagi predhodno predpisanega recepta ali naročilnice izbranega osebnega zdravnika ali napotnega zdravnika ali drugega zdravnika v Republiki Sloveniji, ki ga je za to pooblastil Zavod,
- na podlagi predhodno izdane odločbe Zavoda glede napotitve na zdraviliško zdravljenje, upravičenosti do medicinskega pripomočka pred iztekom trajnostne dobe in pravice do zahtevnejšega medicinskega pripomočka,
- na podlagi predhodno izdane odločbe Zavoda o predhodni odobritvi.

(2) Predhodna odobritev Zavoda iz četrte alineje prejšnjega odstavka je pogoj za uveljavljanje pravice do povračila stroškov naslednjih zdravstvenih storitev:

- bolnišničnih zdravstvenih storitev, ki vključujejo prenočitev zavarovane osebe,
- zdravstvenih storitev, ki zahtevajo uporabo visoko specializirane in drage medicinske infrastrukture ali medicinske opreme.

(3) Ne glede na določbe prvega odstavka tega člena zavarovana oseba ni upravičena do povračila stroškov za:

- zdravstvene storitve na področju dolgotrajne oskrbe, vključno z neakutno bolnišnično obravnavo ter zdravljenjem in nego v socialnovarstvenih zavodih,
- zdravstvene storitve na področju pridobivanja in presaditve delov človeškega telesa,
- zdravstvene storitve na področju presejalnih programov,
- sobivanje enega od staršev, rejnika, skrbnika, zakonca ali zunajzakonskega partnerja, kadar sobiva ob otroku svojega zakonca ali zunajzakonskega partnerja, v zdravstvenem zavodu ali zdravilišču, kot izhaja iz sedemnajste alineje v prvi točki prvega odstavka 23. člena tega zakona,
- medicinske pripomočke, ki so predmet izposoje zaradi potreb pri zdravljenju, negi in rehabilitaciji na domu,
- šolanega psa vodiča, do katerega je upravičena slepa oseba,
- potne stroške in spremstvo.

(4) Predhodna odobritev se zavrne, če:

- je zdravstveno storitev mogoče uveljaviti v okviru najdaljših dopustnih čakalnih dob pri vsaj enem izvajalcu zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji, glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe in na verjetni razvoj bolezni pa za zdravljenje ne bo presežen razumen čas;
- bo zavarovana oseba z zadostno gotovostjo izpostavljena tveganju za varnost, ki se ne more razumeti kot sprejemljivo, pri čemer se upoštevajo tudi morebitne prednosti, ki bi jih zdravstvena storitev, ki je predmet predhodne odobritve, za zavarovano osebo imela;
- bo širša javnost zaradi zdravstvene storitve, ki je predmet predhodne odobritve, z zadostno gotovostjo izpostavljena varnostnemu tveganju ali bo storitev zagotovil izvajalec zdravstvene dejavnosti, glede katerega obstajajo resni in konkretni pomisleki v zvezi s spoštovanjem standardov in smernic glede kakovosti, varnosti in nadzora nad izvajanjem zdravstvenih storitev.

(5) Ministrstvo, pristojno za zdravje, seznanja javnost o nastopu okoliščin za zavrnitev predhodne odobritve iz tretje alineje prejšnjega odstavka na svojih spletnih straneh.

(6) Stroški zdravstvene storitve iz prvega odstavka tega člena se zavarovani osebi povrnejo v višini 80% vrednosti zdravstvene storitve, ki jo sicer iz obveznega ter dopolnilnega zavarovanja krijejo Zavod in zavarovalnice, ki izvajajo dopolnilno zavarovanje, kadar se storitev izvede v mreži javne zdravstvene službe.

(7) Seznam zdravstvenih storitev iz druge alineje drugega odstavka tega člena določi minister, pristojen za zdravje, s predpisom iz sedmega odstavka 44.c člena tega zakona.«.

## **8. člen**

V tretjem odstavku 80. člena se črta tretji stavek.

## **9. člen**

- (1) V 81. členu se v 1. alineja drugega odstavka spremeni tako, da se glasi:
- »-na zahtevo zavarovanca odloča o začasni nezmožnosti za delo iz bolezenskih razlogov za delo;«.
- (2) 2. alineja drugega odstavka se črta.
- (3) Tretji odstavek se črta.
- (4) Četrty odstavek se spremeni tako, da se glasi:
- »Imenovani zdravnik mora v primerih iz prve alineje prejšnjega odstavka odločiti čim hitreje, najpozneje pa v roku treh dni po prejemu zahteve. Kadar ugotovi zahtevo, izda odločbo v obliki uradnega zaznamka (prvi odstavek 218. člena Zakona o upravnem postopku (Uradni list RS, št. 80/1999, 70/2000, 52/2002, 73/2004, 119/2005, 105/2006 - ZUS-1, 126/2007, 65/2008, 8/2010, 82/2013, 36/2020 - ZZUSUDJZ, 61/2020 - ZZUSUDJZ-A, 175/2020 - ZIUOPDVE, 203/2020 - ZIUPOPVE, 3/2022 – Zdeb; v nadaljevanju ZUP)) ter o tem nemudoma obvesti zavarovanca in delodajalca. Če zahtevi ne ugotovi, izda odločbo na predpisanem obrazcu (četrty odstavek 214. člena ZUP), ki ga določi zavod s splošnim aktom iz petega odstavka tega člena.«.

#### **4. Zakon o javnem naročanju**

##### **10. člen**

V Zakonu o javnem naročanju (Uradni list RS, št. 91/15, 14/18, 121/21, 10/22, 74/22 – odl. US in 100/22 – ZNUZSZS; v nadaljevanju ZJN-3) se v 2. členu v prvem odstavku za črtano 27.b točko dodata novi 27.c in 27.č točka, ki se glasita:

»27.c »referenčna cena« na področju javnega naročanja medicinskih pripomočkov in medicinske opreme, ki sledi predmetu, določenim v Uredbi (ES) št. 2195/2002 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 5. novembra 2002 o enotnem besednjaku javnih naročil (CPV) (UL L 340, 16. 12. 2002, str. 1) pomeni cena, ki jo določi Agencija za kakovost in podporo digitalizaciji v zdravstvu (v nadaljevanju Agencija). Naročnik v dokumentaciji v zvezi z oddajo javnega naročila s tega področja lahko določi, da je nedopustna ponudba, katere cena presega referenčno cenno za več kot deset odstotkov;

27.č »centralna cenovna evidenca« na področju javnega naročanja medicinskih pripomočkov in medicinske opreme pomeni enotni informacijski sistem glede cen medicinskih pripomočkov in medicinske opreme v primerljivih državah članicah Evropske unije in glede podatkov o izvedenih nabavah medicinskih pripomočkov in medicinske opreme v Republiki Sloveniji, ki ga zagotavlja Agencija;«.

##### **11. člen**

V 24. členu se za trinajstim odstavkom doda nov štirinajsti odstavek, ki se glasi:

»(14) Za javna naročila medicinskih pripomočkov in medicinske opreme s predmetom po Uredbi (ES) št. 2195/2002 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 5. novembra 2002 o enotnem besednjaku javnih naročil (CPV) (UL L 340, 16. 12. 2002, str. 1) se ocenjena vrednost javnega naročila izračuna tako, da se upošteva cena medicinskih pripomočkov in medicinske opreme v državah članicah Evropske unije, kot izhajajo iz centralne cenovne



evidence in jih odraža referenčna cena iz 27.a točke prvega odstavka 2. člena tega zakona. Metodologijo izračuna cene za posamezne kategorije nabave določi Agencija s svojim splošnim aktom.«.

## **12. člen**

(1) V 32. členu se za šestim odstavkom doda nov sedmi odstavek, ki se glasi:

»(7) Vlada lahko po pridobitvi mnenja Agencije odloči, da se za predmete javnega naročanja s področja zdravstva izvede skupno javno naročanje.«.

(2) Dosedanja sedmi in osmi odstavek postaneta osmi in deveti odstavek.

## **13. člen**

Za šestnajstim odstavkom 44. člena se doda nov, sedemnajsti odstavek, ki se glasi:

»(17) V postopku javnega naročanja medicinskih pripomočkov in medicinske opreme lahko naročnik tudi sam k sodelovanju v konkurenčnem postopku s pogajanji povabi katerikoli gospodarski subjekt z enotnega trga Evropske unije, ki bi lahko podal dopustno ponudbo, če objavi obvestilo o javnem naročilu.«.

## **14. člen**

Za črtanim 47.a členom se doda nov 47.b člen, ki se glasi:

»47.b člen

(izjeme pri postopkih javnega naročanja na področju javnega naročanja medicinskih pripomočkov in medicinske opreme)

(1) Naročnik v postopkih javnega naročanja medicinskih pripomočkov in medicinske opreme, katerih vrednost je nižja od mejnih vrednosti iz drugega odstavka 22. člena tega zakona, v dokumentaciji v zvezi z oddajo javnega naročila objavi referenčno ceno za nabavo medicinskih pripomočkov in medicinske opreme in o tem obvesti Agencijo.

(2) Če cena ponudnika presega referenčno ceno za več kot deset odstotkov, lahko naročnik za nabavo medicinskih pripomočkov in medicinske opreme izvede postopek s pogajanji brez predhodne objave na enotnem trgu Evropske unije. Če naročnik v tem postopku prejme ponudbo z nižjo ceno od ponudb, podanih v predhodnem odprtem ali omejenem postopku, ponudnikom iz predhodnega postopka omogoči, da v 48 urah podajo novo ponudbo z enako ali nižjo ceno. Izbrana je najugodnejša ponudba. Če tudi v tem postopku naročnik ne dobi ponudbe, ki presega referenčno ceno za deset odstotkov ali manj, se šteje, da ni prejel nobene dopustne ponudbe.

(3) O nesorazmerju med ponujeno ceno in referenčno ceno mora naročnik seznaniti Agencijo, ki o tem obvesti Evropsko komisijo. Naročnik o tem seznaniti tudi proizvajalca.

(4) V kolikor naročnik ugotovi, da je na trgu enako blago po nižji ceni, kot pri izbranem ponudniku, mora o tem obvestiti ponudnika. V kolikor ponudnik v 30 dneh od prejema obvestila naročnika ne zniža cen za še neizveden del javnega naročila medicinskih pripomočkov in medicinske opreme, naročnik odstopi od pogodbe o izvedbi javnega

naročila in medicinske pripomočke ter medicinsko opremo nabavi na prostem trgu. Naročnik je dolžan nakup utemeljiti in dokumentirati ter dokumente hraniti pet let. O nakupu na prostem trgu mora naročnik nemudoma obvestiti Agencijo.

(5) Naročnik v postopkih javnega naročanja medicinskih pripomočkov in medicinske opreme je dolžan o vsaki izvedeni nabavi v sedmih delovnih dneh obvestiti Agencijo, pri čemer morajo podatki o nabavi vsebovati vrsto in količino blaga, proizvajalca, dobavitelja, ter datum in ceno nabave, na način, da je razvidna cena posamezne enote nabavljenih izdelkov.

(6) Če se med ali po izvršitvi javnega naročila v primeru, da naročnik ni uporabil postopka iz tega člena, izkaže, da je na enotnem evropskem trgu bilo v času oddaje javnega naročila pridobiti predmet naročila po nižji ceni, kot je bila določena v izvedenem javnem naročilu, je oseba, ki je pri naročniku odgovorna za izvajanje javnih naročil, odgovorna naročniku za škodo v višini razlike med ceno, pridobljeno v postopku oddaje javnega naročila in dokazano nižjo ceno na enotnem evropskem trgu. Odgovorna oseba je odgovorna za škodo iz prejšnjega stavka do višine 150.000 eurov za naročnike, ki ustrezajo pojmu majhne kapitalske družbe iz 55. člena Zakona o gospodarskih družbah (Uradni list RS, št. 65/09 - uradno prečiščeno besedilo, 33/11, 91/11, 100/11 - skl. US, 32/12, 57/12, 44/13 - odl. US, 82/13, 55/15, 15/17, 22/19 - ZPosS, 158/20 - ZIntPK-C, 175/20 - ZIUOPDVE, 18/21; v nadaljevanju ZGD-1), do višine 500.000 eurov za naročnike, ki ustrezajo pojmu srednje kapitalske družbe po 55. členu ZGD-1, in do višine 1.000.000 eurov za naročnike, ki ustrezajo pojmu velike kapitalske družbe po 55. členu ZGD-1. Omejitev odškodninske odgovornosti po prejšnjem stavku ne velja, če je bila škoda povzročena namenoma ali iz hude malomarnosti.

#### **15. člen**

V 64. členu se za drugim odstavkom doda nov tretji odstavek, ki se glasi:

»(3) Agencija na podlagi podatkov centralne cenovne evidence sprotno objavlja na novo pridobljene ali spremenjene referenčne cene.«.

#### **16. člen**

(1) V 84. členu se za drugim odstavkom doda nov tretji odstavek, ki se glasi:

»(3) Za oddajo javnega naročila medicinskih pripomočkov in medicinske opreme naročnik lahko uporabi referenčno ceno kot merilo za oddajo javnega naročila. Določi lahko tudi, da je ponudba s ceno, ki presega referenčno ceno za več kot deset odstotkov, nedopustna. O nesorazmerju med ponujeno ceno in referenčno ceno mora naročnik v primeru neuspešnega postopka oddaje javnega naročila seznaniti Agencijo, ki o tem obvesti Evropsko komisijo. Naročnik o tem seznaniti tudi proizvajalca.«.

(2) Dosedanji tretji do osmi odstavek postanejo četrti do deveti odstavek.

#### **17. člen**

V c) alineji prvega odstavka 96. člena se pika nadomesti s podpičjem in doda nova, d) alineja, ki se glasi:

»d) v primeru iz četrtega odstavka 47.b člena tega zakona.«.

### III. PREOBLIKOVANJE JAVNIH ZAVODOV

#### **18. člen**

##### **(preoblikovanje javnih zdravstvenih zavodov)**

- (1) Obstoječi javni zdravstveni zavodi se preoblikujejo v gospodarsko družbo skladno z zakonom, ki ureja gospodarske družbe (v nadaljevanju: javna podjetja s področja zdravstva).
- (2) Postopek preoblikovanja se začne s sklepom o preoblikovanju javnega zdravstvenega zavoda, ki ga sprejme ustanovitelj.
- (3) V sklepu se določi firma družbe in opredelijo druge značilnosti, ki so nujne za preoblikovanje.
- (4) Če ustanovitelj v roku iz 36. člena tega zakona ne sprejme sklepa o preoblikovanju, ga namesto ustanovitelja, ki je občinski svet, sprejme Vlada Republike Slovenije, namesto ustanovitelja, ki je Vlada Republike Slovenije, pa ga sprejme Državni zbor.
- (5) Subjekt, ki sprejme sklep o preoblikovanju, v roku 30 dni od sprejema sklepa prijavi preoblikovanje pri registrskem organu. Za prijavo preoblikovanja se smiselno uporabljajo določbe zakona, ki ureja gospodarske družbe.
- (6) Določba prvega odstavka tega člena se ne uporablja za javne zavode, navedene v drugem odstavku 8. člena, 21. členu in 23. členu ZZDej.
- (7) Dobiček javnega podjetja s področja zdravstva se lahko namenja izključno opravljanju in razvoju zdravstvene dejavnosti.
- (8) Za gospodarske družbe iz prvega odstavka tega člena se smiselno uporabljajo določbe za javna podjetja iz zakona, ki ureja gospodarske javne službe.

#### **19. člen**

##### **(opravljanje javne zdravstvene službe)**

- (1) Ne glede na določbe zakona, ki ureja statusna vprašanja zavodov, javno podjetje s področja zdravstva z dnem vpisa v register opravlja javno zdravstveno službo v enakem obsegu kot pred preoblikovanjem.
- (2) Dodaten obseg izvajanja javne zdravstvene službe pridobiva javno podjetje s področja zdravstva s kandidiranjem na razpisu iz 29. člena tega zakona.

### IV. NEODVISNI PONUDNIK ZDRAVNIŠKE SLUŽBE

#### **20. člen**

##### **(pojem)**

- (1) Neodvisni ponudnik zdravniške službe (v nadaljnjem besedilu: neodvisni ponudnik) je fizična oseba, ki izpolnjuje pogoje za samostojno opravljanje zdravniške službe, določene v zakonu, ki ureja zdravniško službo in sklene pogodbo o storitvah zdravniške službe z izvajalci zdravstvene dejavnosti iz 23. člena tega zakona.

(2) Neodvisni ponudnik opravlja storitve zdravniške službe preko pravnoorganizacijske oblike podjetnika, po zakonu, ki ureja gospodarske družbe.

(3) Dohodek pridobljen na podlagi pogodbe o storitvah zdravniške službe se ne šteje kot dohodek iz zaposlitve, temveč kot dohodek iz opravljanja dejavnosti.

(4) Za neodvisnega ponudnika se ne uporabljajo pravila o zasebnih zdravstvenih delavcih in zasebni zdravstveni dejavnosti, ki jih določa zakon, ki ureja zdravstveno dejavnost.

(5) Neodvisni ponudnik ne potrebuje dovoljenja za izvajanje zdravstvene dejavnosti iz zakona, ki ureja zdravstveno dejavnost.

## **21. člen**

### **(razmerje med neodvisnim ponudnikom in izvajalci zdravstvene dejavnosti)**

(1) Neodvisni ponudnik sklepa pogodbe o opravljanju storitev zdravniške službe z izvajalci zdravstvene dejavnosti.

(2) Neodvisni ponudnik opravlja storitve zdravniške službe v imenu in za račun izvajalca zdravstvene dejavnosti, s katerim ima sklenjeno pogodbo o opravljanju storitev zdravniške službe.

(3) Neodvisni ponudnik opravlja storitve zdravniške službe osebno in jih ne sme prepusti v opravljanje drugi osebi.

(4) Za škodo, ki jo povzroči neodvisni ponudnik, ko opravlja storitve zdravniške službe, se uporabljajo pravila odškodninske odgovornosti delavca, določena v zakonu, ki ureja delovna razmerja.

(5) Zavarovanje odgovornosti neodvisnega ponudnika, ko opravlja storitve zdravniške službe, krije izvajalec zdravstvenih dejavnosti.

(6) Za javni zavod, s katerim neodvisni ponudnik sklene pogodbo o opravljanju storitev zdravniške službe, se ne uporabljajo pravila o sklepanju podjemnih pogodb, ki so določene v zakonu, ki ureja zdravstveno dejavnost.

## **22. člen**

### **(konkurenčna dejavnost zaposlenih)**

Če je neodvisni ponudnik zaposlen v javnem zavodu, za katerega se uporabljajo pravila o opravljanju konkurenčne dejavnosti, kot jo ureja zakon, ki ureja zdravstveno dejavnost, se zanj uporabljajo pravila o prepovedi konkurence določena v zakonu, ki ureja delovna razmerja.

## **23. člen**

### **(pogodba o storitvah zdravniške službe)**

(1) Neodvisni ponudnik opravlja storitve zdravniške službe na podlagi pogodb o storitvah zdravniške službe.

(2) Neodvisni ponudnik lahko sklene eno ali več pogodb o storitvah zdravniške službe z izvajalci zdravstvene dejavnosti.

(3) Pogodba se sklene za določen ali nedoločen čas. Če je pogodba sklenjena za nedoločen čas je odpovedni rok dva meseca. Ne glede na določbe pogodbe, pogodba o opravljanju storitev zdravniške službe preneha, če neodvisni ponudnik ne izpolnjuje pogojev za samostojno opravljanje zdravniške službe.

(4) Pogodba o opravljanju zdravniške službe vsebuje najmanj naslednje določbe:

- o vrsti, obsegu in načinu izvajanja storitev, ki jih bo za izvajalca zdravstvene dejavnosti opravil neodvisni ponudnik,
- rok za opravo določenega obsega storitev,
- kraj opravljanja storitev,
- plačilo za opravljene storitve,
- zavarovanje poklicne odgovornosti in
- pravice in obveznosti strank v zvezi z zagotavljanjem pogojev za opravljanje teh storitev.

(5) Pogodba, ki ne ureja določb iz prejšnjega odstavka, je nična.

(6) Kolikor ni s tem zakonom drugače določeno, se za pogodbo o storitvah zdravniške službe uporabljajo pravila obligacijskega prava, ki veljajo za podjemno pogodbo.

## **24. člen**

### **(sklenitev pogodbe o storitvah zdravniške službe in evidenca neodvisnih ponudnikov)**

(1) Neodvisni ponudnik in izvajalec zdravstvene dejavnosti o sklenitvi ter vsebini pogodbe odločata svobodno.

(2) Neodvisni ponudnik v 15 dneh po sklenitvi vsake pogodbe o storitvah zdravniške službe priglasi ministrstvu, pristojnemu za zdravje, začetek in čas opravljanja storitev ter firmo in sedež izvajalca zdravstvene dejavnosti, s katerim ima neodvisni ponudnik sklenjeno pogodbo o storitvah zdravniške službe.

(3) Neodvisni ponudnik ne sme pričeti z začetkom opravljanja storitev zdravniške službe, dokler ministrstvu, pristojnemu za zdravje, ne priglasi začetka opravljanja storitev zdravniške službe.

(4) Ministrstvo, pristojno za zdravje, na podlagi priglasitve iz drugega odstavka tega člena, vpiše neodvisnega ponudnika v evidenco neodvisnih ponudnikov.

(5) Za namen spremljanja neodvisnih ponudnikov vodi ministrstvo, pristojno za zdravje, evidenco neodvisnih ponudnikov, ki vsebuje naslednje podatke:

- firmo in sedež neodvisnega ponudnika,
- datum začetka opravljanja storitev zdravniške službe,
- firmo in sedež izvajalca zdravstvene dejavnosti, s katerim ima neodvisni ponudnik sklenjeno pogodbo o storitvah zdravniške službe,
- datum prenehanja opravljanja storitev zdravniške službe.

(6) Ministrstvo, pristojno za zdravje, začne postopek izbrisa iz evidence neodvisnih ponudnikov po uradni dolžnosti, če:

- neodvisni ponudnik v roku enega leta po prenehanju pogodbe ne sklene nove pogodbe o storitvah zdravniške službe ali
- neodvisni ponudnik ne izpolnjuje pogojev, določenih v prvem odstavku 16. člena tega zakona.

## **25. člen**

### **(smiselna uporaba poglavja za zasebnega zdravnika)**

Določbe tega poglavja se smiselno uporabljajo za zasebnega zdravnika, ki ima dovoljenje iz 3.a člena ZZDej oziroma je vpisan v register iz 35. člena ZZDej, ko opravlja storitve zdravniške službe po tem zakonu.

## **V. AGENCIJA ZA KAKOVOST IN PODPORO DIGITALIZACIJI V ZDRAVSTVU**

### **26. člen**

#### **(pojem)**

(1) Agencija za kakovost in podporo digitalizaciji v zdravstvu (v nadaljevanju Agencija) je najvišji neodvisni organ, ki preko svojih pristojnosti skrbi za doseganje čim večje kakovosti in učinkovitosti delovanja zdravstvenega sistema.

(2) Agencija izvaja naslednje naloge:

- usklajuje pripravo strokovnih smernic na posameznih področjih zdravstvene dejavnosti;
- zbira podatke s področja kakovosti in varnosti v zdravstvu;
- oblikuje kazalnike kakovosti in varnosti v zdravstvu;
- določa referenčno ceno iz 27.c točke in vodi centralno cenovno evidenco iz 27.č točke prvega odstavka 2. člena ZJN-3;
- sprejema smernice za določitev načina spremljanja kliničnih tveganj, opozorilnih nevarnih dogodkov in drugih preprečljivih škodljivih dogodkov v zdravstvu;
- spremlja pojavnost neugodnih izidov zdravljenja v pravnih in kazenskih postopkih;
- nadzoruje doseganje kakovosti izvajalcev zdravstvene dejavnosti;
- sprejema priporočila za preprečitev škodljivih dogodkov pri zdravstveni obravnavi;
- sprejema smernice za spremljanje in analiziranje škodljivih dogodkov v zdravstvu;
- pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti zaradi zagotavljanja zakonitosti, strokovnosti, kakovosti in varnosti dela opravlja upravne in sistemske nadzore;
- spremlja stanje digitalizacije ter učinkovitost uporabe informacijskih ter komunikacijskih tehnologij v zdravstvu;
- pripravlja strokovne podlage za digitalizacijo v zdravstvu;

- obravnava druga pomembna vprašanja zdravstvenega varstva.

(3) Glede ustanovitve, financiranja in delovanja Agencije se uporablja zakon, ki ureja delovanje javnih agencij, pri čemer ima ne glede na določbe tega zakona o sestavi sveta javne agencije svet Agencije 9 članov, ki jih imenuje minister, pristojen za zdravje, od katerih imenuje:

- 1 člana na predlog Zdravniške zbornice Slovenije,
- 1 člana na predlog Slovenskega zdravniškega društva,
- 1 člana na predlog Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije,
- 2 člana na predlog združenj pacientov,
- 1 člana na predlog Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije,
- 1 člana na predlog zavarovalnic na področju zdravstva.

## **27. člen**

### **(upravni in sistemski nadzor)**

(1) Agencija iz prvega odstavka 26. člena tega zakona opravlja upravne in sistemske nadzore nad izvajalci zdravstvene dejavnosti v skladu z 80. do 82. členom ZZDej.

(2) Agencija s soglasjem ministra, pristojnega za zdravje, določi postopek in način izvajanja upravnega in sistema nadzora.

## **28. člen**

### **(strokovni sveti)**

(1) Strokovno doktrino o krepitvi zdravja, preprečevanju, ugotavljanju, zdravljenju, zdravstveni negi in rehabilitaciji zbolelih, poškodovanih in oseb z motnjami v telesnem in duševnem razvoju oblikujejo strokovni sveti. Na predlog zdravstvenega sveta lahko strokovni sveti sodelujejo pri izvajanju njegovih nalog.

(2) Strokovni svet je najvišji strokovni organ na posameznem področju, ki usklajuje predloge klinik, strokovnih združenj in zbornic, visokošolskih zavodov, zdravstvenih zavodov ter posameznih strokovnjakov. Agencija za delovanje strokovnih svetov zagotavlja administrativno, pravno, materialno in analitično podporo.

(3) Strokovne svete sestavljajo svetniki, višji svetniki, fakultetni učitelji in drugi priznani strokovnjaki na področju zdravstvenega varstva. Člane strokovnih svetov imenuje Slovensko zdravniško društvo (75. člen Zakona o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 98/1999, 67/2002, 86/2002 - ZOZPEU, 15/2003, 63/2003 - odl. US, 2/2004, 62/2004 - odl. US, 47/2006, 68/2006 - ZSPJS-F, 58/2008, 15/2008 - ZPacP, 107/2010 - ZPPKZ, 40/2012 - ZUJF, 88/2016 - ZdZPZD, 40/2017, 64/2017, 49/2018, 66/2019, 203/2020 - ZIUPOPdVE, 206/2021 - ZDUPŠOP, 199/2021, 141/2022; v nadaljevanju ZZdrS)).

(4) Natančnejšo sestavo in način delovanja strokovnih svetov ter način imenovanja članov iz prejšnjega odstavka po predhodnem soglasju Zdravniške zbornice Slovenije in ministra za zdravje s svojim aktom določi Slovensko zdravniško društvo.

VI. PREOBLIKOVANJE POOBLASTILNIH AKTOV ZA OPRAVLJANJE JAVNE ZDRAVSTVENE  
SLUŽBE

**29. člen**

**(razpis za izvajanje zdravstvenih storitev)**

(1) Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju ZZS) vsako leto objavi razpis na podlagi izhodišč iz 63. in 63.a člena ZZVZZ za sklepanje pogodb o izvajanju zdravstvenih storitev, financiranih iz javnih sredstev.

(2) Na razpisu iz prejšnjega odstavka lahko sodelujejo javni izvajalci zdravstvene dejavnosti, zasebni zdravstveni delavci in druge pravne in fizične osebe, ki imajo dovoljenje za opravljanje zdravstvene dejavnosti.

(3) Javni razpisi iz prvega odstavka tega člena se izvajajo po določbah Zakona o javno-zasebnem partnerstvu (Uradni list RS, št. 127/2006, Uradni list Evropske unije, št. 317/2007 in nasl., v nadaljevanju ZJZP).

**30. člen**

**(vsebina razpisov za izvajanje zdravstvenih storitev)**

(1) Z razpisom iz prejšnjega člena se podeljuje pravica do izvajanja zdravstvenih storitev na določenem področju in v določenem obsegu, kot izhaja iz javnega razpisa, pri čemer se ta pravica podeljuje za obdobje najmanj 15 let, ki je lahko daljše, če je to potrebno zaradi zagotavljanja stabilnosti in varnosti izvajanja storitev, kjer so za njeno izvajanje potrebni večji začetni vložki. Obdobje podelitve iz prejšnjega odstavka se največ enkrat podaljša, če je po njegovem izteku še podana potreba za izvajanje teh storitev. O podaljšanju na predlog izvajalca zdravstvenih storitev odloči ZZS.

(2) Merila za izbor izvajalca zdravstvenih storitev določi ZZS v razpisu, pri čemer je kot merilo vselej potrebno upoštevati možnost zagotavljanja največje koristi za paciente glede na usposobljenost kadra izvajalca in ustreznost njegove opremljenosti ter glede na njegovo lokacijo in dostopnost.

(3) Kadar na razpisu pridobi pravico izvajati zdravstvene storitve izvajalec zdravstvene dejavnosti, s katerim je potrebno pred začetkom opravljanja zdravstvenih storitev še skleniti koncesijsko pogodbo, to pogodbo skladno z določbami ZJZP sklene ZZS kot koncedent z izvajalcem zdravstvenih storitev kot koncesionarjem.

(4) Če se v z razpisom določenim rokom za prijavo ne prijavi noben ponudnik ali če nobena od podanih prijav ne izpolnjuje vseh razpisnih in zakonskih pogojev (v nadaljevanju: ustrezna prijava), ostane razpis še naprej v veljavi, ZZS pa vsaka dva meseca preveri, ali je bila v zvezi z zadevnim razpisom oddana kakšna ponudba. V tem primeru se šteje, da se rok za oddajo prijave izteče po poteku vsakokratnega obdobja 2 mesecev, ob koncu katerega ZZS preverja, ali je prispela kakšna prijava. V primeru prejema vsaj ene ustrezne ponudbe ZZS odloči o podelitvi pravice izvajati zdravstvene storitve na podlagi razpisa. V primeru, da v roku 5 let od objave razpisa ni podana nobena ustreznost prijava, ZZS zaključi razpisni postopek brez podelitve pravice iz prvega odstavka.

(5) V postopkih razpisov izvajanja zdravstvenih storitev iz prejšnjega člena se ne izdaja akt o javno-zasebnem partnerstvu oziroma koncesijski akt.



### **31. člen**

#### **(preoblikovanje obstoječih koncesij)**

(1) Vsa obstoječa koncesijska razmerja se preoblikujejo v koncesijska razmerja med ZZS kot koncedentom in izvajalcem zdravstvene dejavnosti kot koncesionarjem skladno z določbami tega zakona.

(2) Koncesijska razmerja iz prejšnjega odstavka se iztečejo po poteku roka, podaljšanega za obdobje, kakršno je za posamezno vrsto koncesije določeno v četrtem, petem in šestem odstavku 41. člena Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 64/2017; v nadaljevanju ZZDej-K).

## **VII.      NORMATIVNO OGRODJE ZA ADMINISTRATIVNO RAZBREMENITEV ZDRAVNIKOV**

### **32. člen**

(1) Minister za zdravje lahko v zvezi s splošnimi akti ZZS za uresničevanje zdravstvenega zavarovanja in drugimi splošnimi akti ZZS, iz katerih izvajajo obveznosti za izvajalce zdravstvene dejavnosti, paciente in druge deležnike v zdravstvenem sistemu, v pravilniku določi, da mora te obveznosti izvajati sam ZZS oziroma uredi izvajanje navedenih obveznosti na drugačen način, kot je to določil ZZS. Določi lahko tudi, da je prenos obveznosti in nalog neobvezen in jih še naprej izvaja izvajalec zdravstvene dejavnosti ali drug deležnik v zdravstvenem sistemu, in določi višino nadomestila, ki ga mora v tem primeru plačevati ZZS za nadaljnje izvajanje teh nalog in obveznosti.

(2) ZZS mora svoje splošne akte za uresničevanje zdravstvenega zavarovanja in druge splošne akte uskladiti z vsebino pravilnika iz prejšnjega odstavka v roku enega meseca po sprejemu takšnega pravilnika.

(3) V primeru, da ZZS ne poskrbi za pravočasno uskladitev svojih splošnih aktov iz prejšnjega odstavka, lahko minister za zdravje vložijo zahtevo za presojo ustavnosti in zakonitosti teh splošnih aktov pri Ustavnem sodišču.

## **VIII.     SPREMEMBA UREDITVE NAPOTOVANJA K ZDRAVSTVENI OBRAVNAVI PRI SPECIALISTU**

### **33. člen**

(1) Ne glede na tretji in četrti odstavek 80. člena ZZVZZ lahko zavarovana oseba uveljavlja zdravstvene storitve iz obveznega in dopolnilnega zavarovanja pri zdravniku specialistu, ki se nanašajo na diagnostiko in zdravljenje, vključno predpisovanjem zdravil na recept, kot tudi napotitev na bolnišnično zdravljenje (v nadaljevanju napotitev) na podlagi vsakega izvida ali drugega dokumenta osebnega ali drugega zdravnika, iz katerega izhaja takšna potreba glede na bolnikovo zdravstveno stanje oziroma če to narekuje racionalnost dela.

(2) Kot napotna listina v smislu 11.b točke prvega odstavka 2. člena ZPacP oziroma kot napotnica v smislu določb ZZVZZ se šteje vsak dokument iz prejšnjega odstavka tega člena.

*alternativna ureditev \_\_. člen*

(1) Ne glede na tretji in četrti odstavek 80. člena ZZVZZ se šteje, da je osebni zdravnik s prenosom pooblastila za katerokoli od zdravstvenih storitev (diagnostika, zdravljenje in bolnišnično zdravljenje, vse vključno s predpisovanjem zdravil) prenesel tudi vsa ostala pooblastila za zdravstveno obravnavo. Napotni zdravnik lahko ne glede na obseg napotitve s strani osebnega zdravnika prenese pooblastila iz prvega stavka na drugega ustreznega napotnega zdravnika, če to narekuje bolnikovo zdravstveno stanje ali racionalnost dela.

(2) Možnost prenosa pooblastil iz prejšnjega odstavka ima tudi zdravnik specialist, pri komur bolnik ni prejel zdravstvenih storitev v breme javnih sredstev, če je bil na to vrsto zdravstvene obravnave napoten s strani osebnega zdravnika.

## IX. PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE

### 34. člen

#### (ustanovitev agencije)

- (1) Vlada ustanovi agencijo iz prvega odstavka 26. člena tega zakona s prvim januarjem 2024.
- (2) Agencija v treh mesecih po ustanovitvi sprejme pravilnik iz drugega odstavka 27. člena tega zakona. Do sprejema pravilnika se smiselno uporabljajo določbe pravilnikov iz trinajstega odstavka 80. člena in četrtega odstavka 82. člena ZZDej.
- (3) Do sprejema pravilnika iz prejšnjega odstavka izvaja upravne in sistemske nadzore še naprej urad, pristojen za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu.
- (4) Vse postopke upravnih in sistemskih nadzorov, ki so se začeli pred uveljavitvijo pravilnika iz drugega odstavka tega člena, vendar se do uveljavitve še niso dokončali, dokonča urad, pristojen za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu.

### 35. člen

#### (vzpostavitev centralne cenovne evidence)

- (1) Agencija vzpostavi centralno cenovno evidenco iz 10. člena tega zakona v roku treh mesecev po njeni ustanovitvi.
- (2) Do vzpostavitve centralne cenovne evidence in tudi po njeni vzpostavitvi v primeru, da evidenca ne vsebuje referenčne cene glede posameznega predmeta javnega naročila s področja zdravstva, se za oddajo teh naročil uporabijo splošna pravila iz ZJN-3.

### 36. člen

#### (preoblikovanje javnih zavodov v javna podjetja)

Postopki preoblikovanja javnih zavodov v javna podjetja iz 18. člena tega zakona se začnejo v roku enega leta po začetku uporabe tega zakona.

### 37. člen

**(vzpostavitev evidence neodvisnih ponudnikov zdravniške službe)**

Ministrstvo, pristojno za zdravje, vzpostavi evidenco neodvisnih ponudnikov iz 24. člena tega zakona v roku 30 dni od začetka uporabe tega zakona.

**38. člen**

**(akt o sestavi, način delovanja in imenovanju članov strokovnih svetov)**

Slovensko zdravniško društvo sprejme akt iz četrtega odstavka 28. člena tega zakona v roku treh mesecev po ustanovitvi Agencije.

**39. člen**

**(začetek izvajanja razpisov za izvajanje zdravstvenih storitev)**

- (1) ZZS začne z izvajanjem razpisov iz prvega odstavka 29. člena tega zakona s prvim januarjem 2024.
- (2) Koncesijska razmerja se preoblikujejo skladno z 31. členom tega zakona s prvim januarjem 2024.
- (3) Nezaključeni postopki podelitve koncesij po dosedanji ureditvi, ki ne bodo zaključeni do prvega januarja 2024, se ustavijo.

**40. člen**

**(začetek veljavnosti in uporabe)**

- (1) Ta zakon začne veljati petnajsti dan po objavi v uradnem listu.
- (2) Uporabljati se začne trideseti dan po objavi v uradnem listu, razen 2. člena, ki se začne uporabljati s prvim januarjem 2024.

## OBRAZLOŽITEV ČLENOV

### **K 1. členu (vsebina in namen zakona)**

Namen tega zakona je urediti nekatere ukrepe za povečanje dostopnosti do zdravstvenih storitev ter okrepiti sistem javnega zdravstvenega varstva. Hkrati se s tem zakonom spreminja in dopolnjuje zakon, ki ureja zdravstveno dejavnost, ter zakon, ki ureja pacientove pravice.

V drugem odstavku so opredeljeni posamezni ukrepi, ki jih ta zakon predvideva za doseg cilja, opredeljenega v prvem odstavku, in sicer preoblikovanje javnih zdravstvenih zavodov, ureditev statusa neodvisnega ponudnika zdravniške službe, in ustanovitev neodvisne agencije za kakovost v zdravstvu.

### **K 2. členu**

Zakon spreminja ureditev financiranja dela terciarne zdravstvene dejavnosti, ki se nanaša na znanstvenoraziskovalno in vzgojnoizobraževalno delo za medicinsko fakulteto in druge višje ter visoke šole, saj financiranje te iz sredstev ZZZS-ja prenaša na državni proračun.

Financiranje terciarne dejavnosti, ki se nanaša na izvajanje najzahtevnejših zdravstvenih storitev, še naprej ostaja v okviru ZZZS.

### **K 3. členu**

Zakon odpravlja določbe ZZDej, ki urejajo podeljevanje koncesije za opravljanje javne službe v zdravstveni dejavnosti, saj bo to področje urejeno s predlaganim zakonom.

### **K 4. členu**

Črta se 74. člen ZZDej, ki opredeljuje in ureja razširjene strokovne kolegije, saj so njihove pristojnosti v celoti prenesene na novoustanovljene strokovne svete.

### **K 5. členu**

Nekoliko se spreminja opredelitev pristojnosti zdravstvenega sveta na način, da te ne obsegajo več sodelovanja z razširjenimi strokovnimi kolegiji, ki se s tem zakonom ukinjajo, pač pa s strokovnimi sveti.

### **K 6. členu**

V 14.b členu Zakona o pacientovih pravicah se črta druga alineja četrtega odstavka, ki v zvezi z napotnimi listinami določa kategorijo »zelo hitro«. Izkazalo se je, da je preveliko število kategorij pri prioritetah za napotne listine ustvarja nepregleden sistem in je z vidika odvisnosti med stopnjo nujnosti na napotni listini in dejansko hitrostjo obravnave kontraproduktivna.

### **K 7. členu**

Uvaja mehanizem refundiranja zdravstvenih storitev, opravljenih zavarovanim osebam v Sloveniji, vendar izven mreže javne zdravstvene službe (torej pri zasebnih izvajalcih zdravstvene dejavnosti brez koncesije). Ureditev v celoti sledi mehanizmu refundiranja zdravstvenih storitev, opravljenih zavarovanim osebam v drugi državi članici Evropske Unije. Posebnost je le šesti odstavek novega 44f. člena, ki določa, da refundacija znaša 80% vrednosti, ki se za takšno izvedeno storitev prizna v mreži javne zdravstvene službe.

#### **K 8. členu**

S tem zakonom se z namenom razbremenitve osebnih zdravnikov odločanje o bolniški odsotnosti zavarovanih oseb v celoti (torej ne le za obdobje po preteku 20 dni od začetka odsotnosti) prenaša na ZZS, ki o tem odloča po svojih imenovanih zdravnikih. Posledično je potrebno v tretjem odstavku 80. člena ZZVZZ črtati pristojnost osebnega zdravnika odločati o bolniški odsotnosti.

#### **K 9. členu**

S prvim odstavkom se spreminja 1. alineja 81. člena ZZVZZ tako, da se vzpostavi pristojnost imenovanega zdravnika odločati o začasni nezmožnosti za delo od začetka nezmožnosti in ne šele po 20 dneh nezmožnosti.

Drugi odstavek določa črtanje pristojnosti imenovanega zdravnika presojsati odločitev osebnega zdravnika, saj slednji o začasni nezmožnosti ne bodo več odločali.

Tretji odstavek predvideva črtanje tretjega odstavka 81. člena ZZVZZ, ki je določal rok vložitve zahteve za presojo pravilnosti odločitve osebnega zdravnika o začasni nezmožnosti za delo.

S četrtem odstavkom se spreminja četrti odstavek ZZVZZ tako, da se poenostavi oblika odločanja imenovanega zdravnika o bolniški odsotnosti. V primeru, da bo o zahtevi zavarovanca za priznanje začasne nezmožnosti za delo odločil ugodilno, bo lahko o tem izdal odločbo v obliki uradnega zaznamka in o tem obvestil zavarovanca in delodajalca. Če bo zahtevo zavrnil, bo lahko izdal odločbo na obrazcu, ki ga predpiše ZZS. Ta odstavek ureja še rok, v katerem mora odločiti imenovani zdravnik. S tem odstavkom ni poseženo v pravico do pritožbe delodajalca ali zavarovanca zoper odločitev imenovanega zdravnika, saj je ta urejena v 82. členu ZZVZZ, ki se ne spreminja.

#### **K 10. členu**

S tem členom se predlaga nekatere spremembe Zakona o javnem naročanju, ki bi omogočale transparentnejše, uspešnejše in učinkovitejše oddajanje javnih naročil na področju medicinske opreme in pripomočkov. S prvim odstavkom se tako vzpostavlja instituta referenčne cene in centralne cenovne evidence. Prvi pojem pomeni ceno za določena medicinski pripomoček ali opremo, ki jo ugotovi Agencija za kakovost in podporo digitalizaciji v zdravstvu (v nadaljevanju Agencija), in ki odraža dejansko (tržno) ceno za to blago na enotnem evropskem trgu. Drugi pojem pa opredeljuje informacijski mehanizem, ki bo omogočal ažurno spremljanje gibanja cen medicinskih pripomočkov in opreme in redno seznanjanje naročnikov z njimi. Tudi za upravljanje in izvajanje tega bo pristojna Agencija.

#### **K 11. členu**

Ta člen konkretizira način določitve vrednosti naročila v primeru medicinskih pripomočkov in opreme. Pri določitvi tega bo tako potrebno upoštevati referenčno ceno. Seveda v primerih, ko glede kakšnega blaga referenčna cena ne bo postavljena, ta mehanizem za določanje vrednosti naročila ne bo prišel v poštev.

#### **K 12. členu**

Člen predvideva dopolnitev 32. člena ZJN-3 z novim sedmim odstavkom, ki pooblašča Agencijo, da poda mnenje, glede katerih predmetov javnega naročanja na področju zdravstva je smotrno izvesti skupno naročilo. O tem nato na predlog Agencije odloči Vlada.

#### **K 13. členu**

S tem členom se predlaga dopolnitev 44. člena ZJN-3, ki ureja konkurenčni postopek s pogajanji, ki ga naročnik lahko uporabi v primeru neuspešno oddanega javnega naročila v odprtem postopku. Naročnika se s to dopolnitvijo izrecno pooblašča, da v okviru konkurenčnega postopka s pogajanji vključitvi v postopek povabi tudi morebitne ponudnike z enotnega evropskega trga, ki v prvotnem postopku niso sodelovali, vendar bi glede na naročniku znane informacije oz. glede na informacije, pridobljene v okviru neformalnih pogajanj s tem ponudnikom, lahko ponudili nižjo ceno, kot je bila ponujena v okviru predhodnega odprtega postopka.

#### **K 14. členu**

Z novim 47.b členom ZJN-3 se vzpostavlja dodaten mehanizem za oddajo javnega naročila v primeru, ko prvi postopek oddaje javnega naročila ni uspešen. V primeru, da vrednost naročila ne dosega evropskih pragov in je torej potrebno upoštevati le temeljna načela javnega naročanja, ki izhajajo iz Direktive 2014/24/EU, bo naročnik v primeru neuspešno oddanega naročila (denimo ker noben od prijavljenih ponudnikov ni oddal ponudbe z ustrezno ceno) lahko poskusil javno naročilo oddati v okviru postopka s pogajanji brez predhodne objave na enotnem trgu Evropske unije in, če v tem postopku prejme ponudbo, ki ustreza kriterijem (torej presega referenčno ceno za največ 10 odstotkov), o tem obvesti ponudnike iz predhodno neuspešnega postopka. Ti bodo nato imeli 48 ur časa, da podajo novo ponudbo, naročnik pa bo izbral najugodnejšo. Če naročnik tudi na ta način ne bo mogel dobiti ponudbe, ki bi presegala referenčno ceno za največ 10 odstotkov, se šteje, da ni prejel nobene dopustne ponudbe in bo moral postopek oddaje javnega naročila ponoviti.

Zakon določa tudi, da če naročnik že odda javno naročilo, pa pozneje ugotovi, da je na trgu mogoče isto blago dobiti ceneje, o tem obvesti ponudnika, ki ima nato 30 dni časa, da svojo ceno ustrezno zniža glede še neizvedenega dela javnega naročila. Če tega ne stori, ima naročnik možnost odstopiti od pogodbe o izvedbi javnega naročila.

#### **K 15. členu**

Člen vzpostavlja podlago za Agencijo, da sprotno ažurira in objavlja spremembe obstoječih referenčnih cen in na novo določene referenčne cene.

#### **K 16. členu**

V tem členu je vzpostavljena podlaga za določanje referenčne cene kot merila za ocenjevanje ponudb. Poleg tega pa bo ponudnik lahko kot nedopustne označil tudi vse ponudbe, katerih cena presega referenčno ceno za več kot 10 odstotkov, kar kaže na nesorazmerje med ponujeno in realno ceno za medicinske pripomočke in opremo. V primeru, da bi prejel samo takšne ponudbe, bo naročnik lahko nadaljeval postopek po katerem drugem od predpisanih postopkov po ZJN-3 (odvisno tudi od tega, ali je presežen prag za objavo naročila v Uradnem listu EU), o nesorazmerju pa bo tudi moral obvestiti proizvajalca ter Agencijo, ki bo nato obvestila Evropsko komisijo.

#### **K 17. členu**

S točko d) se vzpostavlja nova okoliščina, v kateri je mogoč naročnikov odstop od pogodbe. Gre za redakcijsko dopolnitev, ki je vsebinsko v celoti naslovljena v 12. členu tega zakona.

#### **K 18. členu (preoblikovanje javnih zdravstvenih zavodov)**

Prvi odstavek tega člena določa spremembo pravnoorganizacijska oblike javnega zdravstvenega zavoda kot osebe javnega prava v gospodarsko družbo. Vsa navedena razmerja bodo urejena v skladu z zakonom, ki ureja gospodarske družbe. Na tak način bodo jasno določena razmerja med posameznimi organi družbe, njihove pristojnosti in odgovornosti. Novo nastale družbe bodo lastniki (in ne le upravljalci) svojega premoženja, zaposleni v družbi pa ne bodo več javni uslužbenci.

V skladu z drugim odstavkom tega člena se postopek preoblikovanja začne s sklepom občinskega sveta ali Vlade RS, ki v skladu z Zakonom o zdravstveni dejavnosti uresničujeta ustanoviteljske pravice in obveznosti samoupravne lokalne skupnosti oziroma Republike Slovenije. Pri tem zakon ne določa, da je za preoblikovanje potrebno soglasje drugih subjektov. Ustanovitelju je prepuščeno, da s sklepom o preoblikovanju določi obliko gospodarsko družbe, v katero se bo preoblikoval javni zavod, v praksi pa bo po oceni predlagatelja najbolj ustrezna oblika družbe z omejeno odgovornostjo. Ustanovitelj bo v sprejetem sklepu določil firmo družbe in druge značilnosti, ki so nujne za preoblikovanje in posledično za vpis v register.

Ustanovitelj ima tako možnost, da s sklepom o preoblikovanju sam določi obliko gospodarske družbe in druge značilnosti. To lahko stori v enem letu od začetka uporabe zakona, tako določen rok je namreč po oceni predlagatelja zadosten za sprejem sklepa. Če ustanovitelj v postavljenem roku sklepa o preoblikovanju vseeno ne sprejme, četrti odstavek tega člena določa subjekte, ki sprejmemo sklep namesto njega. Tako sklep o preoblikovanju zavoda, katerega ustanovitelj je samoupravna lokalna skupnost (javni zdravstveni zavodi na primarni ravni), sprejme Vlada RS, sklep o preoblikovanju zavoda, katerega ustanovitelj je država (javni zdravstveni zavodi na sekundarni in terciarni ravni) pa Državni zbor.

Nadalje peti odstavek tega člena določa, da subjekt, ki sprejme sklep o preoblikovanju, tj. bodisi ustanovitelj bodisi Vlada RS ali Državni zbor, v roku 30 dni od sprejema sklepa prijavi preoblikovanje pri registrskem organu. Pri tem se za prijavo preoblikovanja smiselno uporabljajo določbe zakona, ki ureja gospodarske družbe. Tako bo na primer treba hkrati s sklepom o preoblikovanju za vpis prijaviti tudi poslovodje, če se bo zavod preoblikoval v družbo z omejeno odgovornostjo, ter upoštevati druge zahteve za prijavo, kot smiselno izhajajo iz zakona, ki ureja gospodarske družbe.

Določbe zakona o preoblikovanju javnih zdravstvenih zavodov se ne uporabljajo za javne zavode, ki so naštetih v drugem odstavku 8. člena ZZDej, in sicer za socialno varstvene zavode za usposabljanje iz 54. člena Zakona o socialnem varstvu, oskrbne in negovalne domove po zakonu, ki ureja dolgotrajno oskrbo, ter zavode za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s posebnimi potrebami, osnovne šole s prilagojenim programom in domove za učence s posebnimi potrebami iz 18. člena Zakona o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami. Poleg tega se določbe zakona o preoblikovanju ne uporabljajo za javni zavod iz 21. člena ZZDej, to je Zavod RS transfuzijsko medicino (v katerega je bil z odlokom o preoblikovanju št. 0140-103/2018/62 z dne 7. 9. 2018 preoblikovan Zavod RS za transfuzijo krvi). Določbe o preoblikovanju pa se prav tako ne uporabljajo za zavoda iz 23. člena ZZDej - Nacionalni inštitut za javno zdravje in Nacionalni laboratorij za zdravje, okolje in hrano.

Morebitnih dobičkov gospodarskih družb, ki se bodo preoblikovale iz javnih zdravstvenih zavodov, si lastnik (država oziroma lokalna skupnost) ne bo mogel izplačati, ampak jih bo skladno s predlogom moral nameniti za opravljanje in razvoj zdravstvene dejavnosti. Takšen režim velja tudi v trenutni ureditvi v Zakonu o zdravstveni dejavnosti glede presežkov prihodkov nad odhodki javnih zdravstvenih zavodov.

Za gospodarske družbe, ki se bodo preoblikovale iz javnih zavodov, se smiselno uporabljajo določbe za javna podjetja iz zakona, ki ureja gospodarske javne službe.

#### **K 19. členu (opravljanje javne zdravstvene službe)**

Gospodarska družba, ki se je preoblikovala iz javnega zdravstvenega zavoda, z dnem vpisa v register še naprej opravlja javno zdravstveno službo v enakem obsegu kot prej oblikovanjem, in sicer ne glede na določbe zakona, ki ureja statusna vprašanja zavodov. Takšna določba je po oceni predlagatelja nujna, da se zagotovi nemoteno opravljanje javne zdravstvene službe, ki jo tako gospodarska družba opravlja z dnem vpisa v register. Z vpisom v register je namreč preoblikovanje pravno veljavno, saj ima vpis konstitutivni učinek. Izrecno je določen odstop od ureditve zakona, ki ureja statusa vprašanja zavodov. Navedeni zakon namreč kot statusno obliko, ki ji je dana pravica izvajanja javne službe na področju zdravstva, določa le javne zavode.

Z drugim odstavkom je še določeno, da pravico izvajati javno zdravstveno službo v širšem obsegu od obstoječega novonastala javna podjetja pridobivajo na podlagi razpisov iz 29. člena tega zakona.

#### **K 20. členu (pojem)**

Novo poglavje ureja neodvisnega ponudnika storitev zdravniške službe, ki je lahko fizična oseba, če izpolnjuje pogoje za samostojno opravljanje zdravniške službe (licenca).

Neodvisni ponudnik bo lahko opravljal storitve kot samostojni podjetnik posameznik.

Zakon izrecno določa, da se dohodek ne bo štel kot dohodek iz zaposlitve (tj. odvisnega pogodbenega razmerja), ampak kot dohodek iz dejavnosti (tj. neodvisno pogodbeno razmerje).

Neodvisni ponudnik ne bo rabil pridobiti dovoljenja za opravljanje zdravstvene dejavnosti, ki je določen v ZZDej, niti se zanj ne bodo uporabljala pravila o zasebnih zdravstvenih delavcih ter zasebni zdravstveni dejavnosti, saj bo storitve izvajal za druge izvajalce zdravstvene dejavnosti, ki takšno dovoljenje že imajo.



### **K 21. členu (razmerje med neodvisnim ponudnikom in izvajalci zdravstvene dejavnosti)**

Neodvisni ponudnik bo svojo dejavnost opravljal na podlagi pogodb o opravljanju storitev zdravniške službe, ki štejejo za posebno vrsto podjemne pogodbe. Neodvisni ponudnik se bo v razmerju do uporabnikov storitev (tj. pacientov) pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti štel kot del izvajalca zdravstvene dejavnosti. Vse kršitve ali nastalo škodo bodo pacienti še naprej lahko uveljavljali (tudi) proti izvajalcu zdravstvene dejavnosti. V kolikor bo izvajalec zdravstvene dejavnosti pokrili škodo za katero bo odgovoren neodvisen ponudnik, bo izvajalec zdravstvene dejavnosti lahko uveljavljal regresni zahtevek proti neodvisnemu ponudniku, če bo škoda nastala na podlagi njegove hude malomarnosti ali naklepa.

V tretjem, četrtem in petem odstavku je status izvajalca zdravstvenih storitev podoben statusu delodajalca, saj bo neodvisni ponudnik storitve opravljal osebno, izvajalec zdravstvene dejavnosti pa bo moral poskrbeti za ustrezno zavarovanje odgovornosti neodvisnega ponudnika. Izvajalec bo odgovarjal za škodo, ki jo bo povzročil neodvisni ponudnik, če bo opravljal storitve zdravniške službe. Zakon določa izjemo od uporabe pravil 53.c člena Zakona o zdravstveni dejavnosti, saj bi ta onemogočala neodvisnemu ponudniku oziroma javnemu izvajalcu zdravstvenih storitev učinkovito sklepanje pogodb o izvajanju storitev zdravniške službe.

### **K 22. členu (konkurenčna dejavnost zaposlenih)**

Zakon v tem členu ponovno določa izjemo od uporabe pravil ZZDej, saj so pravila tega zakona pretirano omejujoča za neodvisnega ponudnika. Neodvisni ponudnik, ki bo hkrati zaposlen pri javnem zdravstvenem zavodu, bo moral za opravljanje konkurenčne dejavnosti pridobiti le dovoljenje delodajalca, ki ga zahteva zakon o delovnih razmerjih. S tem se zagotovi potrebna fleksibilnost neodvisnega ponudnika.

Zakon določa odstop od pravil, ki omejujejo konkurenčno dejavnost zaposlenih zdravnikov in jih določa zakon, ki ureja zdravstveno dejavnost. Zakon o zdravstveni dejavnosti namreč določa, da je konkurenčno delo zdravnika tudi v primeru soglasja delodajalca omejeno na 8 ur na teden. Odstop od takšne ureditve je zato potreben za zagotovitev potrebnega obsega ponudbe zdravniških storitev, ki je med glavnimi cilji tega zakona.

### **K 23. členu (pogodba o storitvah zdravniške službe)**

Neodvisni ponudnik bo lahko opravljal dejavnost zdravniške službe le na podlagi pogodbe o storitvah zdravniške službe. Pogodba o storitvah zdravniške službe bo posebna vrsta podjemne pogodbe, kjer bosta morali stranki določno urediti pogodbeno razmerje. Določna ureditev pogodbenega razmerja med neodvisnim ponudnikom in izvajalcem zdravstvene dejavnosti ima namen preprečevanja nesoglasji, ki bi lahko vplivala na kontinuiranost izvajanja zdravstvene dejavnosti. Pogodbeni stranki bosta morali tako že vnaprej doreči npr. način, obseg, vrsto, kraj izvajanja storitev zdravniške službe. Glede na to, da gre za posebno vrsto podjemne pogodbe, je čas opravljanja storitev v domeni neodvisnega ponudnika. Bistven je le rok, v katerem bo opravljen določen obseg storitev zdravniške službe. Na podlagi pogodbe bo lahko neodvisen ponudnik sam ustrezno organiziral delo ter zagotovil pravočasno obravnavo pacientov. Zakon sicer določa nekatere posebnosti kjer se pogodba o storitvah zdravniške službe razlikuje od splošnih lastnosti podjemne pogodbe (npr. oseba oprava storitev).

V kolikor vsebina pogodbe ne bo vsebovala sestavin, ki so določene v tem členu, bo pogodba nična.

#### **K 24. členu (sklenitev pogodbe o storitvah zdravniške službe in evidenca neodvisnih ponudnikov)**

Zakon v tem členu sledi načelu avtonomije pri urejanju pogodbenih razmerji. Neodvisni ponudnik in zasebni ali javen izvajalec zdravstvenih storitev bosta pri določanju vsebine pogodbe vezana le na kogentne zakonske določbe (zlasti prejšnjega in tega člena tega zakona), v preostalem pa zanj velja načelo prostega urejanja pogodbenih razmerij.

Za transparentnost in pregled nad neodvisnimi ponudniki drugi odstavek zahteva od neodvisnih ponudnikov, da prigrasijo začetek opravljanja storitve po sklenitvi vsake pogodbe o storitvah zdravniške službe. Ponudniku ni treba pridobiti soglasja ministrstva za zdravje, ampak je za začetek opravljanja storitev potrebna le prigrasitev. Ponudnik lahko začne opravljati storitve zdravniške službe, ko priporočeno pošlje prigrasitev oz., ko neposredno vroči ministrstvu za zdravje.

Zakon ustvarja novo evidenco neodvisnih ponudnikov, kjer se bodo vodili podatki o njih ter o izvajalcih zdravstvene dejavnosti, kjer bodo opravljali storitve zdravniške službe. Pri tem se zakon zgleduje po 3.c členu ZZDej.

#### **K 25. členu (smiselna uporaba poglavja za zasebnega zdravnika)**

Ko zasebni zdravnik opravlja storitve zdravniške službe za izvajalce zdravstvene dejavnosti, je njegov položaj v bistvenem enak položaju neodvisnega ponudnika. Zato zakon za tovrstna razmerja sledi načelu enakosti in določa skladno uporabo pravil tega poglavja za zasebne zdravnike, ko sklepajo pogodbe o opravljanju zdravniške službe.

Smiselna uporaba določb tega poglavja je potrebna, saj nekatere določbe, ki veljajo za neodvisnega ponudnika, niso primerne za uporabo pri zasebnem zdravniku.

Smiselna uporaba določb poglavja o neodvisnem ponudniku tudi za zasebnega zdravnika pa ne izključuje uporabe pravil Zakona o zdravniški službi.

#### **K 26. členu (pojem)**

Ta člen opredeljuje novo Agencijo za kakovost in digitalizacijo v zdravstvu (v nadaljevanju Agencija), ki je neodvisen organ, ki skrbi za doseganje čim večje kakovosti in učinkovitosti delovanja zdravstvenega sistema.

Drugi odstavek opredeljuje naloge Agencije. Te so poleg sprejemanja strokovnih smernic na posameznih področjih zdravstvene dejavnosti tudi zbiranje podatkov s področja kakovosti in varnosti v zdravstvu, oblikovanje ustreznih kazalnikov, smernic in priporočil na tem področju, ter izvajanje upravnih in sistemskih nadzorov. Poleg tega Agencija spremlja stanje in pripravlja strokovne podlage za digitalizacijo v zdravstvu ter določa referenčno ceno v skladu z ZJN-3.

Skladno s tretjim odstavkom bi bila Agencija ustanovljena in bi delovala po pravilih Zakona o javnih agencijah (Uradni list RS, št. 52/02, 51/04 - EZ-A, 33/11 - ZEKom-C). Drugačna je le ureditev imenovanja članov sveta javne agencije, saj ustanovitelj (Republika Slovenija, katere pooblastila bi izvajal minister za zdravje) vanjo samostojno imenoval dva člana, ostalih sedem članov pa imenuje na predlog Zdravniške zbornice Slovenije, Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije, Slovenskega zdravniškega društva, združenj pacientov, ZZS in zavarovalnic s področja zdravstva.

#### **K 27. členu (upravni in sistemski nadzor)**

Člen določa, da sistemske in upravne nadzore po novem izvaja Agencija in ne več urad, pristojen za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu. Agencija nadzore izvaja skladno z določbami zakona, ki ureja zdravstveno dejavnost. Pri tem Agencija sama določi postopek in način izvajanja nadzorov s pravilnikom, h kateremu da soglasje minister, pristojen za zdravje.

#### **K 28. členu (strokovni sveti)**

Člen opredeljuje strokovne svete, ki bi bili po novem strokovna telesa, ki bi prevzela izvajanje pristojnosti, ki so jih doslej izvajali razširjeni strokovni kolegiji.

Tretji odstavek določa sestavo strokovnih svetov, ki se prav tako zgleduje po dobro delujoči obstoječi ureditvi iz ZZDej. Natančnejšo sestavo in opredelitev dela teh teles pa bo s svojim splošnim aktom na podlagi pooblastila iz četrtega odstavka tega člena po predhodnem soglasju Zdravniške zbornice Slovenije in ministra za zdravje določilo Slovensko zdravniško društvo.

#### **K 29. členu (razpis za izvajanje zdravstvenih storitev)**

Zakon v tem členu določa, da ZZZS vsako leto objavi razpis za sklepanje pogodb o izvajanju pogodb o izvajanju zdravstvenih storitev, financiranih iz javnih sredstev. ZZZS razpis objavi na podlagi izhodišč iz 63. in 63.a člena ZZVZZ.

Na razpis se lahko prijavijo vsi izvajalci zdravstvene dejavnosti, tako javni izvajalci zdravstvene dejavnosti kot tudi zasebni zdravstveni delavci in druge pravne in fizične osebe, pod pogojem, da imajo dovoljenje za opravljanje zdravstvene dejavnosti.

Postopki izvedbe javnih razpisov se izvajajo skladno z ZJZP.

#### **K 30. členu (vsebina razpisov za izvajanje zdravstvenih storitev)**

Zakon določa, da ZZZS pravico do izvajanja zdravstvenih storitev na določenem področju podeli z razpisom. Pri tem se pravica podeli za obdobje 15 let, izvajalec zdravstvenih storitev pa lahko predlaga enkratno podaljšanje podelitve pravice. O podaljšanju odloči ZZZS, možno pa je pod pogojem, da je po izteku obdobja podelitve pravice še vedno podana potreba za izvajanje teh zdravstvenih storitev. Tudi samo trajanje pravice je lahko daljše od 15 let, če je to potrebno zaradi narave zdravstvene dejavnosti, ki denimo terja visok začetni vložek, zaradi česar mora biti rok določen, tako, da bo povrnitev tega vložka možna.

Nadalje zakon določa merilo za izbor izvajalca, ki ga je na razpisu vselej potrebno upoštevati, in sicer se vselej upošteva možnost zagotavljanja največje koristi za paciente glede na usposobljenost kadra izvajalca in ustreznost njegove opremljenosti ter glede na njegovo lokacijo in dostopnost. Določitev drugih meril za izbor izvajalca v posameznem razpisu je prepuščena ZZZS.

V primeru, da na razpisu pridobi pravico izvajati zdravstvene storitve izvajalec zdravstvene dejavnosti, s katerim je potrebno pred začetkom opravljanja zdravstvenih storitev še skleniti koncesijsko pogodbo (na primer, ko na razpisu uspe zasebni izvajalec zdravstvene dejavnosti), pogodbo z izvajalcem

zdravstvenih storitev kot koncesionarjem sklne ZZS kot koncedent. Pri tem se za sklenitev pogodbe uporabljajo določbe ZJZP. Takšna ureditev ukinja podeljevanje koncesije preko občine oziroma države, vlogo koncedenta pa v celoti prevzame ZZS.

Zakon določa delni odstop od določb ZJZP, po katerem se predmet, pravice in obveznosti javnega in zasebnega partnerja, postopek izbire zasebnega partnerja in druge sestavine partnerstva (lahko) uredijo z aktom o javno-zasebnem partnerstvu oziroma koncesijskim aktom. V postopku razpisov za izvajanje zdravstvenih storitev se akt o javno-zasebnem partnerstvu oziroma koncesijski akt ne izdaja.

### **K 31. členu (preoblikovanje obstoječih koncesij)**

Obstoječa koncesijska razmerja se v skladu z določbami zakona preoblikujejo v koncesijska razmerja med ZZS kot koncedentom in izvajalcem zdravstvene dejavnosti kot koncesionarjem.

Zakon ureja še podaljšanje obstoječih koncesij v okviru njihovega preoblikovanja, pri čemer se podaljšanje v celoti izvede na način in pod pogoji iz 41. člena Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 64/2017; v nadaljevanju ZZDej-K).

### **K 32. členu**

Člen podeljuje ministru za zdravje izrecno pooblastilo, da s svojim podzakonskim predpisom (pravilnikom) v zvezi s splošnimi akti ZZS za uresničevanje zdravstvenega zavarovanja in drugimi splošnimi akti ZZS, iz katerih izvajajo (praviloma administrativne) obveznosti za izvajalce zdravstvene dejavnosti, paciente in druge deležnike v zdravstvenem sistemu, določi, da mora te obveznosti izvajati sam ZZS oziroma uredi izvajanje navedenih obveznosti na drugačen način, kot je to določil ZZS. V primerih, ko okoliščine to dopuščajo, ima minister možnost s svojim pravilnikom določiti tudi, da takšne obveznosti in naloge še naprej lahko izvaja izvajalec zdravstvene dejavnosti (oziroma drug deležnik, ki so mu naložene s splošnimi akti ZZS, npr. osebni zdravnik ipd.), pri tem pa določi tudi višino nadomestila, ki ga mora ZZS plačevati za nadaljnje izvajanje teh obveznosti in nalog.

Člen tudi določa, da mora ZZS svoja pravila in druge splošne akte z vsakokratnim takšnim pravilnikom ministra uskladiti v roku enega meseca in s tem dejansko prevzeti v izvajanje naloge, ki mu jih je v prevzem naložil minister s svojim pravilnikom (drugi odstavek). Če ZZS tega v predpisanem roku ne bi storil, ima minister skladno s tretjim odstavkom pristojnost zahtevati pri Ustavnem sodišču presojo splošnega akta, ki bi ga ZZS moral uskladiti s pravilnikom ministra.

### **K 33. členu**

Člen ureja spremembo ureditve uveljavljanja pravice do zdravstvene obravnave pri zdravniku specialistu oziroma drugem zdravniku kot osebnem zdravniku, kadar je to potrebno za celotno zdravstveno obravnavo. Zakon z namenom poenostavitve ureditve določa, da je napotitev v smislu 80. člena ZZVZZ možna na podlagi vsakega izvida ali drugega dokumenta osebnega ali drugega zdravnika, iz katerega izhaja takšna potreba glede na bolnikovo zdravstveno stanje oziroma če to narekuje racionalnost dela.

### **K 34. členu (ustanovitev agencije)**

V tem členu je določen rok, v katerem mora Vlada ustanoviti Agencijo za kakovost in podporo digitalizaciji v zdravstvu.

Drugi odstavek določa rok, v katerem mora novoustanovljena Agencija sprejeti pravilnik o izvajanju upravnega in sistemskega nadzora.

#### **K 35. členu (vzpostavitev centralne cenovne evidence)**

Člen določa rok, v katerem je potrebno vzpostaviti centralno cenovno evidenco iz 10. člena tega zakona.

V drugem odstavku tega člena je predvidena uporaba splošnih pravil javnega naročanja tudi na področju naročanja medicinske opreme in pripomočkov, če glede predmeta določenega javnega naročila referenčna cena še ne obstaja.

#### **K 36. členu (preoblikovanje javnih zavodov v javna podjetja)**

Člen določa rok za preoblikovanje javnih zdravstvenih zavodov v javna podjetja na področju zdravstva, kot to predvideva 18. člen tega zakona.

#### **K 37. členu (vzpostavitev evidence neodvisnih ponudnikov zdravniške službe)**

Zakon določa rok, v katerem je ministrstvo za zdravje dolžno vzpostaviti evidenco neodvisnih ponudnikov zdravniške službe.

#### **K 38. členu (akt o sestavi, način delovanja in imenovanju članov strokovnih svetov)**

Člen določa rok, v katerem mora Slovensko zdravniško društvo po predhodnem soglasju ministra za zdravje sprejeti akt o sestavi, način delovanja in imenovanju članov strokovnih svetov.

#### **K 39. členu (začetek izvajanja razpisov za izvajanje zdravstvenih storitev)**

Člen določa roke za začetek podeljevanja pravice izvajati javno zdravstveno službo na področju zdravstva. Do tega roka se uporablja obstoječi sistem, v katerem se ta pravica podeljuje v okviru postopkov oddaje koncesij, skladno s tretjim odstavkom tega člena pa se ti postopki ustavijo, če niso zaključeni do roka iz prvega odstavka.

Drugi odstavek še določa datum preoblikovanja koncesijskih razmerij v obliko, kot jo predvideva nov zakon.

#### **K 40. členu (začetek veljavnosti in uporabe)**

Ta zakon začne veljati petnajsti dan po objavi v uradnem listu, uporabljati pa se začne trideseti dan po objavi, razen 2. člena, ki se začne uporabljati s prvim januarjem 2024.