



Med javno zdravstveno službo in tržnim izvajanjem zdravstvene dejavnosti

Grega Strban*

UDK: 614.2(497.4)

Povzetek: Eno temeljnih vprašanje je, kdo naj bo odgovoren za zagotavljanje varnosti dohodka ob nastanku bolezni ali poškodbe. Oboje lahko predstavlja zasebno tveganje, za katerega je odgovorna oseba sama, njen delodajalec in zasebna zavarovanja, ali socialno tveganje, za katerega varnost zagotavljajo javni sistemi, predvsem sistem socialne varnosti, pa tudi občina in država neposredno. Naš zakonodajalec se je najprej lotil preureditve izvajanja zdravstvene dejavnosti, z namenom povečanja vseh vrst dostopnosti do zdravstvenih storitev in medicinskih stvari. Z vidika obveznega zdravstvenega zavarovanja se je torej najprej osredotočil na postopek uveljavljanja pravic, šele kasneje je predvidena dopolnitev obveznega zdravstvenega zavarovanja. To mora bolj podrobno urediti vsebinske pravice in nadzor nad njihovim uresničevanjem. Pri zakonskem urejanju je treba izhajati iz potreb pacientov in ne zgolj sistema zdravstvene dejavnosti ali njenih izvajalcev.

Ključne besede: zdravstvena dejavnost, mreža javne zdravstvene službe, izvajalec zdravstvene dejavnosti, izvajalec zdravstvenih storitev, obvezno zdravstveno zavarovanje

Between Public Healthcare Provision and Healthcare Market

Abstract: Who should be responsible for providing income security when sickness or injury occur, is one of the fundamental questions. Both may

* Grega Strban, redni profesor in predstojnik Katedre za delovno in socialno pravo na Pravni fakulteti Univerze v Ljubljani in znanstveni svetnik (Senior Research Associate) na Pravni fakulteti Univerze v Johannesburgu.

grega.strban@pf.uni-lj.si

Grega Strban, PhD, Full Professor and Head of Labour and Social Law Department at the Faculty of Law, University of Ljubljana and Senior Research Associate at the University of Johannesburg.

present a private risk, for which responsibility lies with the private person, his or her employer and private insurances, or a social risk, for which security shall be provided by social security scheme, the state and local communities. Slovenian legislature tackled the reshaping of healthcare provision to enhance the access to medical services and medicinal goods, such as medical aids and medicines. From mandatory health insurance point of view, it has focused on the procedure of enforcing the rights first and not their substance. That shall be done with the amendments to the health care and health insurance act at a later stage. Legislative endeavours have to stem from the health needs of inhabitants and not only the health delivery system and healthcare providers as such.

Keywords: *healthcare, public healthcare network, healthcare provision, health services, mandatory health insurance*

1. UVODNA RAZMIŠLJANJA

Zimzeleno vprašanje povezano z zdravstvenim varstvom, pa tudi sicer pravom socialne varnosti je, kdo naj bo odgovoren za zagotavljanje varnosti dohodka ob izpolnitvi določenih splošnih tveganj v življenju, v našem primeru ob nastanku bolezni ali poškodbe. Naj bo to odgovornost pravnih subjektov javnega ali zasebnega prava. Med prvimi so država in lokalne skupnosti kot izvirne pravne osebe javnega prava in zavodi, ki jih te ustanavljajo kot izvedene pravne osebe javnega prava. Med zasebnimi subjekti so to posameznik, njegova družina, delodajalec ali zasebna zavarovanja.

V prvi vrsti (primarno) mora biti država odgovorna za zagotavljanje varnosti, tudi socialne varnosti. K temu jo zavezujejo številni mednarodni pravni akti in nacionalne ustave, tudi slovenska, s pravico do socialne varnosti in pravico do zakonsko urejenega zdravstvenega varstva iz javnih sredstev, torej javnega zdravstvenega varstva.¹

Zdravje je med najpomembnejšimi vrednotami vsakega posameznika ali posameznice in vsake človeške družbe. Je temeljnega pomena za obstoj in svoboden razvoj vsake osebe, ki ji lahko omogoča uresničevanje ostalih

¹ Glej 50. in 51. člen Ustave RS, podrobno G. Strban, 2013, str. 341.

človekovih pravic, med njimi recimo pravic do izobraževanja, dela, zbiranja in združevanja,² in družbe kot celote. Zato zdravje ni le v interesu posamezne osebe, temveč je tudi v javnem, skupnem interesu. Bolezen ali poškodba sta dogodka v življenju, ki se bolj ali manj redno in predvidljivo pojavljata. Predstavljata tako javno, socialno tveganje,³ kot tudi zasebno tveganje. Obstaja več stičnih točk med javnim in zasebnim v zdravstvu.

Prva je oblikovanje solidarne skupnosti, torej, kdo je vključen v krog solidarnosti. Druga je lahko financiranje sistema. Tega že sedaj pretežno financirajo delavci in delodajalci, brez neposredne udeležbe države (zaradi česar je samouprava dvostranska in ne tristranska), del pa delodajalci neposredno (npr. v nekaterih primerih do prvih 30 delovnih dni odsotnosti od dela).⁴ Tretja je lahko upravljanje obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki se lahko zgleduje po zasebnih družbah ali je njim celo prepuščeno upravljanje, npr. v Švici in na Nizozemskem.⁵ Četrta je opredelitev socialnega in zasebnega tveganja (določena ravnanja zavarovanih oseb so lahko izključena iz solidarnosti, recimo povzročitev samopoškodbe ali sodelovanje pri kaznivih dejanjih). Peta je obseg pravic, ki se zagotavljajo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in tistih, ki so prepuščene lastnemu financiranju (neposredno ali s pomočjo ene od različnih vrst zasebnega zdravstvenega zavarovanja). Šesta stična točka med javnim in zasebnim v zdravstvu je s prejšnjo neposredno povezana. Večina (najzahtevnejših) zdravstvenih storitev in dragih medicinskih stvari (recimo, individualizirana zdravila za napredno zdravljenje)⁶ se namreč zagotavlja v mreži javne zdravstvene službe, za katero je značilna solidarnost in enako obravnavanje vseh z enako potrebo zdravstvenega stanja. Nekatere (enake ali preostale zdravstvene storitve) pa so lahko prepuščene zdravstvenemu trgu, ki mora biti tudi urejen ali vsaj nadzorovan s strani države, lokalnih skupnosti in stanovskih organizacij.

² UN, Economic and Social Council, The right to the highest attainable standard of health, 11/08/2000, E/C.12/2000/4 (General Comments). Po drugi strani se argument javnega zdravja uporablja za omejitve človekovih pravic, npr. pravice do svobode gibanja (39. člen Pogodbe o delovanju EU), kar smo izkusili v času epidemije Covid-19.

³ O razvoju socialnih tveganj G. Strban, 2024, 143.

⁴ Glej L. Tičar, P. Končar (ur.) et al., 2025, komentar k 137. členu ZDR-1.

⁵ MISSOC, <https://www.missoc.org/missoc-database/organisation/> (april 2025).

⁶ Nekoliko drugače npr. sodbe VSRS VIII Ips 25/2020, VIII Ips 43/2020, VIII Ips 30/2020, vse z dne 02. 02. 2021, kjer je prednost dana zasebnemu zbiranju sredstev, čeprav bi storitve krilo tudi obvezno zdravstveno zavarovanje.

Pri tem je lahko vprašanje, katera od zadnje omenjenih stičnih točk naj bo tudi izhodiščna. Nekdaj je bila izhodišča točka izvajanje zdravstvene dejavnosti. Najstarejše pravno razmerje v zdravstvenem varstvu je bilo pogodbeno razmerje med pacientom in zdravnikom. Sprva je bilo menjalno razmerje, v katerem sta nastopala pacient kot povpraševalec in zdravnik kot ponudnik zdravniških storitev. Zdravnik se je zavezal opraviti zdravljenje in pacient je takšno storitev nagradil. Honorar ni veljal kot nasprotna, sinalagmatična dajatev. V času rimskega cesarstva in kasneje v občem pravu so bile zdravnikove storitve izvedene zaradi časti (*honeste*), brez plačila. V skladu z naravo zdravniške umetnosti je bila v ospredju dobrobit bolnih in ne pridobitev denarja. Dejansko je bil rimski zdravnik nagrajen s prostovoljnim plačilom, tako imenovanim »honorarium«.⁷ Če je to še zmeraj izhodiščna točka, potem dajemo prednost zasebnemu izvajanju zdravstvene dejavnosti, v katero je v javnem interesu sicer mogoče poseči, in je obvezno zdravstveno zavarovanje reducirano zgolj na enega od plačnikov tovrstne dejavnosti.

Seveda so pravna razmerja danes precej bolj dinamična in pravno razvita. Pomembno je, da posamezna oseba v razmerju do izvajalca zdravstvene dejavnosti ne nastopa povsem sama. Je v pravno urejenem razmerju z nosilcem obveznega zdravstvenega zavarovanja (pri nas Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ZZZS), ta pa je v pravnih razmerjih z različnimi izvajalci zdravstvene dejavnosti, ki ponujajo raznovrstne zdravstvene storitve in medicinske stvari (npr. zdravila in medicinske pripomočke). Zavarovana oseba posameznih ne uveljavlja pri ZZZS, ki jih je sicer dolžan zagotoviti, temveč pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti, ki so vključeni v oskrbo obvezno zdravstveno zavarovanih oseb. Imenujemo jo mreža javne zdravstvene službe, ki jo zagotavljajo občine in država, financira pa predvsem ZZZS z zbranimi prispevki. Mrežo izvajalcev javne zdravstvene službe sestavljajo vsi javni in zasebni izvajalci zdravstvene dejavnosti, ki na podlagi akta o ustanovitvi ali koncesije in pogodbe z ZZZS opravljajo zdravstvene storitve v breme javnih sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja. Ostalo je prepuščeno tržnemu izvajanju zdravstvene dejavnosti.

V tem primeru je v današnjem času izhodiščna točka obvezno zdravstveno zavarovanje, z vsemi značilnostmi, od oblikovanja kroga zavarovanih oseb, financiranja, upravljanja, opredelitve socialnega tveganja ter vrste in obsega pravic. Izvajanje zdravstvene dejavnosti je zgolj postopek uveljavljanja vsebinskih

⁷ D. S. Gurgel, 2000, str. 5.

(materialnih) pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Izhodišče je torej obvezno zdravstveno zavarovanje in izvajanje zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe.

V tem prispevku so analizirane predlagane spremembe Zakona o zdravstveni dejavnosti⁸ (ZZDej-N).⁹ Za pravilno razumevanje razmejitve med javnim in zasebnim organiziranjem zdravstvenega zavarovanja bi bilo treba analizirati tudi predlagane spremembe Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ),¹⁰ ki ureja vsebinske pravice, vlogo ZZZS, krog zavarovanih oseb in način financiranja obveznega zdravstvenega zavarovanja. V času pisanja prispevka, to besedilo še ni bilo objavljeno. Zato se prispevek ne osredotoča na vsebinske vidike obveznega zdravstvenega zavarovanja, temveč na njegove procesne vidike, torej izvajanje zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe.

2. VRSTE IZVAJALCEV JAVNE ZDRAVSTVENE SLUŽBE

Mrežo javne zdravstvene službe morajo sooblikovati država, občine in ZZZS, pa tudi NIJZ (in še kdo), ki lahko zagotovi za oblikovanje mreže pomembne podatke. Temelj je lahko strukturirano povprečje opravljenih storitev v preteklem obdobju. Končno odgovornost (in s tem določitev mreže) pa mora imeti država, ki je po Ustavi zavezana z zakonom urediti pravice do zdravstvenega varstva iz javnih sredstev.¹¹ Mrežo je treba obdobjno prilagajati spreminjajočim se zdravstvenim potrebam prebivalstva in ne zgolj zmožnostim izvajalcev zdravstvene dejavnosti.¹²

Pri tem ZZZS ne sme sodelovati pri oblikovanju mreže javne zdravstvene službe zgolj s predhodnim mnenjem, recimo pri ustanovitvi, spremembi programa ali prenehanju javnega zdravstvenega zavoda na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti.¹³ Ločiti je treba mrežo in koncesijo za opravljanje javne zdravstvene službe, pri podelitvi katere ZZZS ne sodeluje. Koncesija bi morala biti razumljena zgolj kot možnost (pooblastilo) za opravljanje javne zdravstvene službe, dejanska

⁸ ZZDej, Uradni list RS, št. 9/92, s spremembami in dopolnitvami.

⁹ Predlog sprememb in dopolnitev ZZDej, EVA 2024-2711-0060, 16. 1. 2025.

¹⁰ ZZVZZ, Uradni list RS, št. 9/92, s spremembami in dopolnitvami.

¹¹ Glej 2. odstavek 50. člena Ustave RS, Uradni list RS, št. 33/91-I, s spremembami in dopolnitvami.

¹² Več G. Strban, 2024, str. 1204.

¹³ Glej 25. člen ZZDej.

vklučitev vanjo pa nastopi šele, ko se pokaže potreba po zasebnem opravljanju zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe in koncesionar sklene pogodbo z ZZZS. Če pogodbe ne sklene, zdravstvenih storitev za obvezno zdravstveno zavarovane osebe ne more opravljati.¹⁴

Nejasna ločitev nalog pri zagotavljanju mreže javne zdravstvene službe lahko vodi v nerazumne zahteve, da je dolžnost ZZZS določiti izbranega osebnega zdravnika. In če bi moral določiti tega, zakaj še ne vseh ostalih, napotnih zdravnikov. Tovrstna avtoritarna določitev izvajalca zdravstvene dejavnosti in izvajalca zdravstvenih storitev s strani ZZZS, bi bila v neposrednem nasprotju s pravico do proste izbire izvajalca zdravstvene dejavnosti in zdravstvenih storitev.¹⁵ Seveda pa je treba predpisati postopek ravnanja, če ni dovolj izvajalcev, ki bi jih bilo mogoče izbrati v razumnem času, vključno s pritegnitvijo potrebnih zasebnih izvajalcev v mrežo javne zdravstvene službe (pod enakimi pogoji kot so sicer vključeni izvajalci v tej mreži)¹⁶ in pravico do zdravljenja v tujini.¹⁷ Vendar tudi to ne more zadostovati, vse dokler nimamo predpisane zapovedi gospodarnosti in nadzora nad (ne)potrebnostjo izvajanja zdravstvenih storitev.

3. RAZMEJITEV MED JAVNIM IN ZASEBNIM OPRAVLJANJEM ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

Izvajalci zdravstvene dejavnosti in pri njih delujoči izvajalci zdravstvenih storitev morajo izpolnjevati določene splošne pogoje, ne glede na to, katero vrsto zdravstvene dejavnosti opravljajo, tisto v mreži javne zdravstvene službe ali na zdravstvenem trgu. Pogoja sta lahko recimo dovoljenje za opravljanje zdravstvene dejavnosti in vpis v ustrezen register. Zaradi pomena za zdravje prebivalstva, morajo vsi izvajalci izpolnjevati tudi ustrezne kadrovske pogoje, pogoje ustrezne opremljenosti, prostora in poročanja nadzornim organom, ki je namenjeno zagotavljanju varnosti in kakovosti v zdravstvu.¹⁸ Posamezni izvajalci zdravstvenih

¹⁴ Glej 42. člen ZZDej ter 63. in nasl. člene ZZVZZ.

¹⁵ Več A. Oven (ur.) et al., komentar k 9. členu ZPacP (Pravica do proste izbire zdravnika in izvajalca zdravstvene dejavnosti). Glej npr. sklep VDSS, 15/2024, 17.4.2024, SI:VDSS:2024:PSP.15.2024.

¹⁶ G. Strban, 2005.

¹⁷ Izčrpano G. Strban, 2023, str. 332.

¹⁸ Med temi je recimo pošiljanje dokumentacije v Centralni register podatkov o pacientih, spremljanje kazalnikov kakovosti, poročanje zapletov. Glej Zakon o zagotavljanju kakovosti v zdravstvu, ZZKZ, Uradni list RS, št. 102/24.

storitev morajo biti ustrezno usposobljeni in imeti zdravniško licenco.¹⁹ Pri nas je zdravljenje pridržano zdravnikom (zdravniški pridržek), ne pa tudi drugim skupinam, recimo zdravilcem.²⁰

Poleg splošnih so določeni tudi posebni pogoji, ki jih morajo izpolnjevati izvajalci zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe, ne glede na njihovo pravno obliko. Za dodeljeni program zdravstvene dejavnosti bi morali imeti lastne polno zaposlene zdravstvene delavce in sodelavce in spremljati bi morali učinkovito opravljeno delo.²¹ Program se ne bi smel drobiti in bi se moral dodeljevati v celih številkah, izvajalec pa bi moral poskrbeti za njegovo izvedbo v celoti, vključno z morebitnimi zapleti. Sedaj se namreč lahko zgodi, da manjši izvajalci opravijo del storitve, v primeru zapleta ali težjega poteka pa napotijo na UKC, pri čemer oba lahko zaračunata opravljene storitve ZZZS, kljub sistemu pavšalov po skupinah primerljivih primerov (tako imenovano plačilo po SPP, angleško *diagnose related groups* ali DRG).

Na ugotovljeno kakovost (strukturno, postopkovno in izida zdravljenja)²² bi bilo mogoče vezati povečanje (ali zmanjšanje) obsega programa javne zdravstvene službe izvajalca zdravstvene dejavnosti in o stanju kakovosti obveščati paciente. Znotraj izvajalca zdravstvene dejavnosti pa bi moralo biti mogoče nagrajevati najbolj uspešne izvajalce zdravstvenih storitev oziroma njihove oddelke.

Vsi izvajalci zdravstvene dejavnosti morajo biti ustrezno informacijsko povezani, da lahko odločevalci (predvsem ministrstvo za zdravje, občine in ZZZS) dobijo ustrezne podatke, na podlagi katerih lahko posodobijo mrežo javne zdravstvene službe. Izvajalci zdravstvenih storitev morajo biti izobraženi o pomenu mreže javne zdravstvene službe in obveznem zdravstvenem zavarovanju, ki jo financira.²³

V posameznih ureditvah potrebujejo zdravniki posebno dovoljenje, pripustitev ali akreditacijo za sodelovanje pri zdravljenju zavarovanih oseb. Tako v nemški ureditvi zgolj licenca za opravljanje poklica zdravnika, udeležbe ne omogoča. Pri ambulantni oskrbi zavarovanih oseb prevladujejo samostojni zdravniki, psihoterapevti in zobozdravniki, torej tisti z lastno ordinacijo. Le-ti potrebujejo pripustitev, ki je odvisna od izpolnitve subjektivnih in objektivnih pogojev. Števil

¹⁹ Glej zakon o zdravniški službi, ZZdrS, Uradni list RS, št. 98/99, s spremembami in dopolnitvami.

²⁰ Zakon o zdravilstvu, ZZdrav, Uradni list RS, št. 94/07 in 87/11.

²¹ Glej 53.b člen ZZDej, ki določa, kdaj je mogoče dati (ali zavrniti) soglasje za delo pri drugem delodajalcu.

²² V. Prevolnik Rupel, D. Marušič (2021).

²³ G. Strban, 2024, str. 1204.

pripuščenih zdravnikov, ki morajo storitve opravljati osebno, je omejeno (*numerus clausus*). Drugim zdravnikom ali zdravniško vodenim ustanovam se udeležba zagotovi s pooblastilom, ki je lahko krajevno, časovno in vsebinsko omejeno.²⁴

Pri nas je Računsko sodišče že leta 2021²⁵ ugotovilo, da vlada in ministrstva pri zagotavljanju normativne ureditve javne službe in razmejevanja javne službe od drugih dejavnosti javnih zavodov v letih 2016 do 2018 niso bili učinkoviti. Revizijsko poročilo se je nanašalo tudi na izvajanje zdravstvene dejavnosti. Ministrstva in vlada so pripravili novelo ZZDej (ZZDej-N), s katero želijo nasloviti nekatera odprta vprašanja izvajanja zdravstvene dejavnosti.

4. BO PREDLOG ZZDej-N REŠIL VSE ZAGATE?

Predlagatelj je cilje ZZDej-N opredelil kot nadgradnjo vstopnih pogojev v sistem zdravstvene dejavnosti in v mrežo javne zdravstvene službe; učinkovito upravljanje javne mreže; povečanje digitalizacije v zdravstvu; krepitev vloge javnih zavodov; ukinitve oziroma zmanjševanje dvojnih praks v javnih zdravstvenih zavodih; večanje transparentnosti pri opravljanju zdravstvene dejavnosti z vidika vseh deležnikov, vključno z bolj preglednim postopkom podeljevanja koncesij; zmanjšanje nasprotij interesov v javnih zdravstvenih zavodih; stabilizacijo delovanja javnih zdravstvenih zavodov; jasno razmejitev javne in zasebne oziroma tržne (zdravstvene) dejavnosti; povečanje motivacije zdravstvenih delavcev, zaposlenih pri javnem (zdravstvenem) zavodu; povečanje zaupanja v javne (zdravstvene) zavode in zdravstvene delavce.²⁶

4.1. Pogoji za izvajanje zdravstvene dejavnosti

Analizirati je mogoče posamezne ukrepe za doseganje teh ciljev. Tako naj bi se pri pogojih za opravljanje zdravstvene dejavnosti jasno določilo, da morajo imeti izvajalci zdravstvene dejavnosti, ne le dovoljenje ministrstva za zdravje za opravljanje te dejavnosti, temveč to dejavnost tudi vpisano v ustrezni register.

²⁴ O pripustitvi (nem. *Zulassung*) in pooblastitvi (*Ermächtigung*) para. 95 SGB V. G. Strban (2005), str. 246.

²⁵ Računsko sodišče, 2021, str. 29.

²⁶ Predlog ZZDej-N, str. 34.

Šele po vpisu v register, naj bi bilo mogoče v tridesetih dneh zahtevati dovoljenje ministrstva za zdravje. Torej ne bi bila več mogoča pridobitev dovoljenja in odlašanje z vpisom v register. Poleg tega šteje za opravljanje zdravstvene dejavnosti vsakršno opravljanje zdravstvenih storitev.²⁷ Tako naj ne bi bilo več mogoče samostojno opravljanje zdravstvenih storitev, recimo kot samozaposlena oseba brez dovoljenja za opravljanje zdravstvene dejavnosti (in njenega vpisa v ustrezni register).

Predvidena je tudi verifikacija prostorov in opreme, ki se zaključi z obrazloženim mnenjem verifikacijske komisije. Takšna verifikacijska listina naj bi veljala petnajst let, nato pa bi bilo treba verifikacijo opraviti ponovno. Vzpostavljen naj bi bil križni šifrant med vrsto zdravstvene dejavnosti (VZD) in vrstami zdravstvenih storitev (VZS), ki sodijo v njen okvir, kar naj bi prineslo večjo preglednost tako na področju dovoljenj kot tudi koncesij in na področju plačil v mreži javne zdravstvene službe.

Slednja je v predlogu ZZDej-N²⁸ opredeljena kot celovit sistem javne skrbi za zdravje prebivalstva in obsega zdravstvene storitve, katerih trajno, usklajeno in nemoteno opravljanje zagotavljajo v javnem interesu država in samoupravne lokalne skupnosti in ki se, temelječe na načelu solidarnosti in enakopravnega dostopa, zagotavljajo kot pravice obveznega zdravstvenega zavarovanja ter se v celoti ali deloma financirajo iz javnih sredstev, predvsem iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

4.2. Nepridobitnost izvajanja javne zdravstvene službe

Predvideno je, da bi le javni zdravstveni zavodi izvajali zdravstvene storitve v mreži javne zdravstvene službe na nepridobiten način. Ti bi lahko storitve obveznega zdravstvenega zavarovanja in tržno dejavnost, zaradi namena varstva integritete namensko zbranih sredstev opravljali tako, da presežek prihodkov nad odhodki javni zavod porabi za opravljanje in razvoj zdravstvene dejavnosti. Presežek bi lahko porabili za investicije v prostore in opremo (z namenom nenehnega izboljševanja kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave), stroške usposabljanja in stalnega izpopolnjevanja, plač zaposlenih ali za tekoče stroške poslovanja.

²⁷ Spremenjena 3. in 3.a člen ZZDej (2. in 3. člen ZZDej-N).

²⁸ Novi 2. odstavek 3. člena ZZDej (2. člen ZZDej-N).

Stranke koalicije so v zakonodajnem postopku sprejele amandma o nepridobitnosti opravljanja zdravstvenih storitev v mreži javne zdravstvene službe tudi za koncesionarje.²⁹ Z dopolnitvijo so določili porabo dobička presežka prihodkov nad odhodki tudi koncesionarjem, in sicer v delu, ko opravljajo koncesijsko dejavnost. V tem delu izvajajo javno zdravstveno službo, znotraj katere naj bi veljal enak pravni režim za vse izvajalce. Poudarili so, da novela ZZDej sledi nepridobitnemu modelu, ki ob izpolnjevanju zakonskih pogojev dopušča tudi tržno (pridobitno) dejavnost. Koncesionarji namreč v delu, ko ne opravljajo koncesijske dejavnosti, svobodno uresničujejo svoje pridobitne interese, pri čemer jih država ne omejuje. Amandma le zahteva, da se ta dva modela ne prepletata oziroma da prihodki in odhodki iz enega ne prehajajo prosto v drugega, temveč je oboje ločeno in transparentno evidentirano.

Predlagatelj je menil, da ne gre za poseg v pravico do svobodne gospodarske pobude iz 74. člena Ustave, saj se koncesije v zdravstveni dejavnosti ne podeljujejo z namenom omogočanja dobička (oziroma možnostjo njegove uporabe v povsem zasebne namene) in da koncesije v zdravstveni dejavnosti nimajo enake narave kot tiste npr. v gospodarstvu. Ne delujejo na prostem trgu in ne nosijo ekonomskih tveganj (program in plačilo sta zagotovljena neposredno s podpisom pogodbe z ZZS, ki se po veljavni ureditvi mora skleniti po izdaji koncesijske odločbe in sklenitvi koncesijske pogodbe). Prav tako so podeljene brezplačno (ni zahtevane koncesnine), zato ni mogoče pristati na drugačno obravnavo koncesionarjev, kot se obravnavajo javni (zdravstveni) zavodi. Velja dodati, da obvezno zdravstveno zavarovanje plačuje zdravstvene storitve in medicinske stvari, za opremo in druge pogoje pa je odgovoren lastnik nosilca zdravstvene dejavnosti.

Predlagana sprememba ne prepoveduje doseganja presežka prihodkov nad odhodki, zgolj določa režim, kako se presežek lahko uporabi. Namembnost uporabe presežka je določena za javne zdravstvene zavode in koncesionarje v mreži javne zdravstvene službe. Presežek prihodkov je mogoče porabiti za opravljanje in razvoj zdravstvene dejavnosti, in sicer za investicije v prostore in opremo z namenom nenehnega izboljševanja kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave, stroške usposabljanja in stalnega izpopolnjevanja ter plač zaposlenih ali tekoče stroške poslovanja. Sprejeti amandma ne posega v sklop dejavnosti,

²⁹ 1917-IX Amandma (K 2. Členu ZZDej-N) 5. 3. 2025 [Svoboda - Poslanska skupina Svoboda, SD - Poslanska skupina Socialnih demokratov, Levica - Poslanska skupina Levica, sprejet].

ki jo koncesionarji opravljajo kot tržno zdravstveno dejavnost (samoplačniško). V tem delu je namreč javni zavod omejen, ne pa tudi koncesionar.

Naše Ustavno sodišče je o vprašanju razpolaganja s presežki prihodkov nad odhodki delno že odločalo. Sprva se je oprlo predvsem na obliko izvajalca zdravstvene dejavnosti. Ugotovilo je, da so samostojni podjetniki in gospodarske družbe ustanovljeni z namenom tekmovanja na trgu in ustvarjanja dobička lastnikom.³⁰ V naslednji odločbi se je Ustavno sodišče bolj kot na pravnoorganizacijsko obliko izvajalca osredotočilo na vsebino in vrsto opravljanja zdravstvene dejavnosti.³¹ Ugotovilo je, da je zagotavljanje trajnega, kakovostnega in univerzalnega dostopa do storitev javne zdravstvene službe javna korist, ki lahko upraviči poseg v pravico do svobodne gospodarske pobude. Cilj je namenjen varstvu ustavne človekove pravice do zdravstvenega varstva in zagotavljanju javnega zdravja na splošno. Z izpodbijanim ukrepom, ki zagotavlja, da se vsi prihodki iz naslova koncesionirane lekarniške dejavnosti namenijo njenemu nadaljnjemu delovanju in razvoju, je takšno javno korist mogoče učinkovito zagotoviti. Vendar se s prepovedjo prostega razpolaganja z morebitnimi presežki prihodkov nad odhodki zasebnih lekarnarjev, še posebno v delu, v katerem uporabniki plačajo storitve v celoti iz zasebnih sredstev, posega v samo jedro pravice do svobodne gospodarske pobude.

S tem je ustavno sodišče posredno že ločilo med opravljanjem zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe in tržno zdravstveno dejavnostjo, podobno kot ju ločuje Ustava v 51. svojem členu. Obe morata biti ločeni in za vsako velja ločen pravni režim, za javno javnopravni in nedobičkonosen, za tržno zasebnopravni. V nasprotnem primeru, če bi se upoštevala zgolj pravna oblika in ne vrsta dejavnosti, bi lahko bile vse javne službe dobičkonosne (šolstvo, socialno varstvo, dolgotrajna oskrba, *ad absurdum* pa tudi gasilstvo, policija, sodstvo). Zato je nujno upoštevati naravo dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe, ki ne predstavlja trga zdravstvenih storitev, čeprav jo nekateri izvajajo v pravni obliki, ki je sicer namenjena (tudi ali predvsem) tekmovanju na trgu. Še več, nekateri avtorji ugotavljajo, da pogodbeni zdravniki, ki opravljajo javno zdravstveno službo, sploh ne morejo biti samozaposleni, saj niso izpostavljeni

³⁰ Odločba št. U-I-194/17 z dne 22. 3. 2018, Uradni list RS, št. 1/2019 in OdlUS XXIII, 14, SI:USRS:2018:U.I.194.17.

³¹ Odločba št. U-I-59/18 z dne 8. 9. 2022, Uradni list RS, št. 132/2022 in OdlUS XXVII, 20, SI:USRS:2022:U.I.59.18.

ekonomskim priložnostim in tveganjem.³² V mreži javne zdravstvene službe sta namreč program in plačilo zagotovljena ter nista pogojena s tekmovanjem na trgu zdravstvenih storitev. Čeprav se takšna razmejitev zdi jasna in razumna, sta s svojim javnim pismom nekoliko presenetila koalicijska ministra za zdravje in finance, ki sta pozvala k premisleku in dovolitvi dobičkonosnosti koncesionarjev tudi v delu, ko izvajajo zdravstvene storitve v mreži javne zdravstvene službe.³³

4.3. Digitalizacija in regionalizacija

Poleg digitalizacije pri posameznem izvajalcu zdravstvene dejavnosti, je pomembna tudi medsebojna povezljivost. Povezani morajo biti izvajalci in nosilec obveznega zdravstvenega zavarovanja (ZZZS), pa tudi organizacije, ki zbirajo in analizirajo podatke o javnem zdravju (recimo NIJZ) in načrtujejo prihodnje ukrepe (recimo ministrstvo za zdravje).

Tako mora izvajalec zdravstvene dejavnosti za pridobitev dovoljenja ministrstva za zdravje dokazati obstoj ustrezne informacijske tehnologije in izpolnjevati tehnične zahteve za vključitev v enotni zdravstveno-informacijski sistem. Ta naj bi bil organiziran na nacionalni ravni, pri čemer se v sistem mora vključiti najpozneje z dnem začetka opravljanja zdravstvene dejavnosti. Navedena zahteva³⁴ se navezuje na Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (ZZPPZ).³⁵ Ta med drugim določa, da je vsak izvajalec zdravstvene dejavnosti odgovoren za obdelavo podatkov, in sicer v delu, ki se nanaša na zagotavljanje določene zdravstvene oskrbe.

Podatek se posreduje v Centralni register podatkov o pacientih (CRPP) takoj, ko nastane ali se prejme pri izvajanju zdravstvene obravnave ali mrliško pregledne službe, vendar najpozneje do konca delavnika. Podatek posreduje v CRPP izvajalec, ki ga prvi zabeleži, vsi izvajalci pa so dolžni podatke ažurirati v svoji dokumentaciji iz CRPP pred vzpostavitvijo stika s pacientom in tudi preveriti pravilnost kontaktnih podatkov ob vsakem stiku s pacientom, če ta omogoča nedvoumno identifikacijo pacienta. Spremembo kontaktnih podatkov ali načina

³² B. Schulin, 1997, str. 55.

³³ Pismo ministrov predsednici parlamentarnega odbora za zdravstvo, št. 007-988/2024, z dne 24. 3. 2025.

³⁴ Glej predlagano 4. točko 4. odstavka 3.a člena ZZDej.

³⁵ Uradni list RS, št. 65/00 do 112/24 – ZDIUZDZ.

vzpostavitev stika morajo izvajalci posredovati v CRPP prav tako do konca delavnika.³⁶

Seveda pa morajo biti podatki urejeni pregledno, lahko dostopni, pacient pa mora imeti možnost zahtevati popravek neresničnih ali zavajajočih navedb (npr. če bi se kot diagnoza vpisal zgolj specialistični pregled, četudi odstopanje od normalnega stanja ne bi bilo ugotovljeno).

Predlagatelj je poleg posebne ureditve digitalizacije zaznal tudi potrebo po regionalizaciji zdravstvene dejavnosti, s čimer naj bi racionaliziral in konkretiziral mrežo javne zdravstvene službe. Zdravstvene regije predstavljajo novost v organizaciji zdravstvene dejavnosti. Posamezno zdravstveno regijo naj bi združevale socialnomedicinske, epidemiološke, higienske in zdravstvenoekološke značilnosti.³⁷ Pokrivala naj bi krajevno območje več občin, določila pa bi jih vlada z uredbo. Izhajala naj bi iz dveh uveljavljenih regionalizacij na področju zdravstva in sicer devetih območnih enot NIJZ in desetih območnih enot ZZZS.

Regionalizacija lahko sicer pripomore k bolj racionalnemu in učinkovitemu upravljanju mreže javne zdravstvene službe. Poleg sistemskega vidika pa ne sme biti spregledan vidik posameznega pacienta ali pacientke. Paziti je treba, da se dostopnost pacientov iz ene regije, ki bi potrebovali zdravstvene storitve v drugi regiji (recimo zaradi različnega stalnega in začasnega prebivališča, turističnega obiska ali obiska družine v drugem kraju) ne zmanjšuje. Vprašanje je torej, ali so zdravstvene regije namenjene zgolj boljšemu sistemskemu načrtovanju, ali bodo tudi posamezni pacienti in pacientke vezani nanje in omejeni pri pravici do proste izbire izvajalca zdravstvene dejavnosti in (znotraj njega) izvajalca zdravstvenih storitev.

4.4. Upravljanje javnih zdravstvenih zavodov in delo zdravnikov

Po veljavni ureditvi lahko zdravstveni delavec, ki je zaposlen v javnem zdravstvenem zavodu, s soglasjem direktorja, opravlja zdravstvene storitve tudi izven matičnega javnega zdravstvenega zavoda. Predlagatelj ugotavlja, da je v zadnjih letih naraščalo število zdravnikov in nekaterih drugih zdravstvenih delavcev, zaposlenih v javnih zdravstvenih zavodih, ki v prostem času opravljajo zdravstvene storitve

³⁶ Glej 14. in naslednje člene ZZPPZ.

³⁷ Predlog ZZDej-N, str. 15.

kot zasebniki ali pri zasebnikih. To je lahko sporno iz več vidikov. En je varnost in zdravje pri delu, saj te storitve opravljajo v času, ki je namenjen obveznemu dnevnemu ali tedenskemu počitku in izrabi letnega dopusta.

S tem se lahko slabšata predvsem kakovost in varnost zdravstvenih storitev za paciente. Predlagatelj ocenjuje, da obstajajo številne negativne posledice tako imenovane dvojne prakse, torej javnega in zasebnega opravljanja zdravstvenih storitev ene osebe. Nastaja lahko konflikt interesov in usmerjanje pacientov v zasebno izvajanje zdravstvene dejavnosti. Obstajata lahko recimo manjša motiviranost za delo in manjša storilnost v javnih ustanovah, preusmerjanje t. i. lažjih pacientov in donosnejših storitev iz javnega v zasebni sektor in podaljšanje čakalnih dob. Večji interes za zdravljenje lažjih pacientov se lahko kaže tudi v zmanjšani dostopnosti do zdravstvene obravnave težjih bolnikov. Ti pacienti ostajajo v javnem sistemu, kar povečuje stroške mreže javne zdravstvene službe in povzroča izgubo javnim zdravstvenim zavodom, medtem ko zasebniki letno beležijo vse večji dobiček.³⁸

Tudi zato je predlagano merjenje dnevne delovne obremenitve glede na število opravljenih zdravstvenih storitev in določanje minimalne mesečne obremenitve.³⁹ Poleg tega naj bi še naprej veljale nekatere izjeme od splošno določene konkurenčne prepovedi v času delovnega razmerja.⁴⁰ Še zmeraj je potrebno predhodno pisno soglasje delodajalca, to pa bo lahko izdano le za opravljanje zdravstvenih storitev znotraj mreže javne zdravstvene službe, ne pa tudi za tržne zdravstvene storitve. Predlaga se tudi odprava domnevanega soglasja. Torej, ko tridesetdnevni molk delodajalca šteje za izdajo soglasja. Sedaj je predvideno, da mora biti soglasje dano izrecno in molk šteje za zavrnitev soglasja.⁴¹

Soglasje naj bi bilo mogoče izdati le za zdravstvenega delavca oziroma zdravstvenega sodelavca, za katerega javni zavod vodi analizo dnevne delovne obremenitve za redni delovni čas najmanj tri zaporedne mesece pred odločanjem o izdaji soglasja. Izdati bi ga bilo mogoče za največ petino tedenskega polnega delovnega časa (torej osem ur na teden), pri čemer se omejitve lahko upošteva v povprečju šestih ali dvanajstih mesecev.

³⁸ Ibid., str. 25.

³⁹ Predlagani novi 51.b člen ZZDej (35. člen ZZDej-N).

⁴⁰ Glej L. Tičar in P. Končar (ur.) et al., 2025, komentar k 39. členu ZDR-1.

⁴¹ Glej predlog spremembe 53.b člena ZZDej.

Predvideno je tudi posebno soglasje, ki ni vezano na izpolnjevanje dodatnih pogojev. Tovrstno soglasje bo mogoče izdati za opravljanje zdravstvenih storitev neprekinjenega zdravstvenega varstva v drugem javnem zavodu, pri javnem visokošolskem zavodu s področja zdravstva v ustreznem pedagoškem (in znanstvenem) nazivu, za namen zagotavljanja zdravstvenega varstva na javnih prireditvah in shodih, v okviru mobilnega paliativnega tima, ki se financira iz javnih sredstev, pri Rdečem križu Slovenije, Javnem zavodu Republike Slovenije za presaditve organov in tkiv – Slovenija transplant, Policiji, v enotah za zaščito, reševanje in pomoč Uprave Republike Slovenije za zaščito in reševanje, vojaški zdravstveni enoti, v okviru dejavnosti medicine dela, prometa in športa, ter zdravstvenih storitev s področja letalske medicine.

Vprašanje ostaja, ali predlagana ureditev bistveno spreminja in bolj podrobno razmejuje med delom v javnih zdravstvenih zavodih in pri zasebnikih. Večina zasebnikov namreč deluje v mreži javne zdravstvene službe, kjer bo soglasje še zmeraj mogoče pridobiti. Pogoji med javnimi zdravstvenimi zavodi in zasebniki v mreži javne zdravstvene službe niso povsem izenačeni. Bili bi recimo, če bi lahko v mreži javne zdravstvene službe, ne glede na pravo obliko, opravljal zdravstvene storitve le s polno zaposlenimi osebami (pri čemer bi se tudi program moral podeljevati na cele številke in ne drobiti). Ostaja namreč možnost sklepanja civilnih pogodb (avtorskih in podjemnih, ne pa več s samostojnimi podjetniki), v določenih primerih pa tudi (davčno ugodnejših) pogodb pri lastnem delodajalcu.⁴² Ustreznost ukrepa davčnih ugodnosti zgolj za nekatere zdravstvene storitve pri lastnem delodajalcu je lahko še posebej vprašljiva. Predvidena je tudi profesionalizacija vodenja in upravljanja javnih zdravstvenih zavodov. Nekateri pogoji za vodenje in nadzor so predvideni v zakonu, ostalo pa bo mogoče urediti s podzakonskimi akti.

⁴² Glej spremenjeni 53.c člen ZZDej (38. člen ZZDej-N).

5. SKLEPNO

Predlagana posodobitev režima izvajanja različnih vrst zdravstvene dejavnosti je dobrodošla. Predvsem je treba pri ureditvi izhajati iz potreb pacientov in pacientk in ne le sistema zdravstvene dejavnosti ali njenih izvajalcev. Tako se zdijo razumni dodatni pogoji in ureditev dinamične, zdravstvenim potrebam prebivalstva prilagojene mreže javne zdravstvene službe. Ta je izrazito v javnem interesu in vanjo je treba nenehno vlagati, tudi presežke prihodkov nad odhodki. V javnem interesu morajo biti dobro opremljeni in usposobljeni izvajalci zdravstvenih storitev, ki bodo te zagotavljali v informacijsko povezanem in regionalnim potrebam prilagojenem sistemu zdravstvene dejavnosti.

Vendar se s posodobljeno ureditvijo zdravstvene dejavnosti ne sme omejevati dostopnosti do zdravstvenih storitev pacientk in pacientov. To je treba povečevati, tudi z zagotavljanjem zmožnosti izvajalcev, ki morajo storitve opravljati kakovostno in varno. V mreži javne zdravstvene službe mora biti motiv dobrobit obvezno zdravstveno zavarovanih oseb. Tržna zdravstvena dejavnost mora biti urejena ločeno, saj to zahteva tudi naša Ustava.

Vendar samo spremembe in dopolnitve zakona o zdravstveni dejavnosti ne bodo rešile vseh zagat slovenskega zdravstvenega sistema. Enako pomembna je vsebinska (materialna) ureditev pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in določitev zapovedi gospodarnosti, ki se je morajo izvajalci držati v korist obvezno zdravstveno zavarovanih oseb. Samo ti lahko (in morajo) vsebinsko nadzirati porabo tretjega največjega proračuna v državi.

LITERATURA

- Gurgel, Detlef S., *Die Entwicklung des Vertragsärztlichen und Vertragszahnärztlicher Vergütungssystems nach dem Zweiten Weltkrieg*, Schaker Verlag, Aachen 2000.
- Prevolnik Rupel, Valentina; Marušič, Dorjan, *Structure, Processes and Results in Healthcare System in Slovenia*, Intechopen 2021.
- Računsko sodišče, *Revizijsko poročilo Učinkovitost ureditve javne službe*, številka: 320-2/2016/85, Ljubljana, 8. oktobra 2021.
- Schulin, Bertram, *Verfassungsrechtliche Grenzen bei der Umgestaltung des Sozialstaats im Bereich der Gesundheitssicherung*, VSSR, št. 1/1997., str. 43-57.
- Strban, Grega: *Social risks and their development*, in: Marco Mocella, Elena Sychenko (eds): *The quest for labour rights and social justice, Work in a changing world*, Franco Angeli s.r.l., Milano 2024, str. 143-160, <https://series.francoangeli.it/index.php/oa/catalog/view/1202/1264/6790>

- Strban, Grega: Posebnosti pri izvajanju zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe, *Podjetje in delo*, 2024 (50), št. 6-7, str. 1204-1214.
- Strban, Grega: Cross-border healthcare and social security rights, v: Frans Pennings, Gijsbert Vonk (Eds.): *Research Handbook on European Social Security Law*, Second Edition, Edward Elgar Publishing 2023, str. 332-352.
- Strban, Grega: Pravica do socialne varnosti v (ustavno)sodnem odločanju, v: Marijan Pavčnik, Aleš Novak (ur.), *(Ustavno)sodno odločanje*, GV Založba, Ljubljana 2013, str. 341-391.
- Strban Grega: Temelji obveznega zdravstvenega zavarovanja, Cankarjeva založba, Zbirka Scientia Iustitia, Ljubljana, 2005.
- Tičar, Luka (ur.), Končar, Polonca (ur.), *Delovna razmerja : Zakon o delovnih razmerjih (ZDR-1): komentar zakona*. 1. natis, Tax-Fin-Lex: Pravna fakulteta, Ljubljana 2025.
- UN, Economic and Social Council, The right to the highest attainable standard of health, 11/08/2000, E/C.12/2000/4 (General Comments).

Between Public Healthcare Provision and Healthcare Market

Grega Strban*

Summary

Who should be responsible for providing income security when sickness or injury occur, is one of the fundamental legal questions related to the law of social security. Both may present a private risk, for which responsibility lies with the private person, his or her employer and private insurances, or a social risk, for which security shall be provided by social security scheme, the state and local communities. Slovenian legislature tackled the reshaping of healthcare provision to enhance access to medical services and medicinal goods, such as medical aids and medicines.

There are several points of collision between public and private elements in health. From those, who should be within the solidarity circle of a mandatory health insurance (on national health service) scheme, to financing and managing of the system, defining the social risk and benefits provided when it occurs, to healthcare provision, which may be entrusted to public and private providers within a public healthcare system or private health market place. Crucial question is what the point of departure should be. Shall it be healthcare provision and private elements, whereby public health insurance scheme is considered merely as one possible way of financing it. Or should it be the mandatory health insurance, which should secure equitable and equal access to healthcare to all. From mandatory health insurance point of view, the legislature has focused on the procedure of enforcing the rights first and not their substance. That shall be done with the amendments to the health care and health insurance act at a later stage.

It is proposed that public healthcare network shall be more precisely defined and dynamic, assessed every year to respond to the healthcare needs of inhabitants, rather than capacity of healthcare providers. Moreover, the free choice of

* Grega Strban, PhD, Full Professor and Head of Labour and Social Law Department at the Faculty of Law, University of Ljubljana and Senior Research Associate at the University of Johannesburg. grega.strban@pf.uni-lj.si

providers must remain and unreasonable are calls for administratively appointing a medical doctor at primary but also other levels of healthcare provision.

Some general conditions have to be met by all healthcare providers. Other, more specific ones have to be fulfilled by providers in the public healthcare network. They have to be informationally linked between each other and other supervisory, analytical and planning institutions. It is proposed that healthcare provision is organised regionally. Although, regional organisation might prove to have some advantages, it must not reduce access to healthcare to patients outside their healthcare region.

Two proposals are especially controversial among the healthcare providers. They are non-for-profit provision of healthcare within the public healthcare network and work of medical doctors for public and private healthcare providers at the same time. The first has also been considered by the Slovenian Constitutional Court. At first it focused on the legal personality of healthcare providers. If they were organised as private entities, they should be allowed to make profits also within the public healthcare network. However, at a later stage, it distinguished between healthcare provision within the public network and on the private healthcare market. Such substantive distinction reflects the constitutional provision of delineating between public and private healthcare provision. The current legislative proposal emphasises solidarity and equal access to public healthcare.

With the second question, the legislative proposal regulates work of healthcare professionals. They could work within the public healthcare network (at public or private providers) or outside of it, but no longer at the same time. Regulation related to the health and safety provisions as well as quality and safety of healthcare for which a new law has recently been passed.

The current legislative proposal deals with healthcare provision and another one is required to regulate more precisely substantive healthcare rights. In both cases, legislative endeavours must stem from the health needs of inhabitants and not only the health delivery system and healthcare providers as such.