

**Iniciativa Glas ljudstva****Ljubljana, 28. marec 2023**

Poslancem Državnega zbora pošiljamo Predlog zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o nujnih ukrepih za zagotovitev stabilnosti zdravstvenega sistema s pozivom, naj s svojimi podpisi omogočijo obravnavo in sprejem tega zakona po rednem postopku na podlagi 114. in 115. člena Poslovnika Državnega zbora.

**Priloga:**

Predlog zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o nujnih ukrepih za zagotovitev stabilnosti zdravstvenega sistema

**Za Inicijativo Glas ljudstva**

## **PREDLOG ZAKONA O SPREMEMBAH IN DOPOLNITVAH ZAKONA O NUJNIH UKREPIH ZA ZAGOTOVITEV STABILNOSTI ZDRAVSTVENEGA SISTEMA (ZNUZSZS)**

### **UVOD**

Splošno dostopna zdravstvena dejavnost je ena izmed ključnih pridobitev evropskih demokracij po 2. svetovni vojni. Posebnost vzhodnoevropskega sistema pa so na primarni ravni predstavljali zdravstveni domovi. Zdravstveni domovi predstavljajo enotno vstopno točko v celotni zdravstveni sistem. V zdravstvenih domovih naj bi bile tako dostopne vse storitve, ki jih prebivalci potrebujejo za uveljavljanje svojih potreb na primarni ravni (npr. rentgen, laboratorij, fizioterapija, neposredno dostopen sekundarni nivo ambulantnega zdravstva...). Dejansko gre za koncept, ki so ga v Združenem kraljestvu začeli uvajati v javni upravi Šele v začetku 90. let 20. stoletja.

V Sloveniji smo zdravstveno dejavnost opredelili kot javno službo. Deloma je to posledica ureditve iz časov SFRJ, ko je bilo zdravstvo del ti. dejavnosti posebnega družbenega pomena. Opredelitev zdravstvene dejavnosti kot javne službe ima še naslednje posledice:

- zakonsko pomeni enako dostopnost vseh državljanov do storitev, ki so predmet javne službe ter ustrezno upravno-pravno varstvo te pravice (kar je učinkoviteje in hitreje kot sodno varstvo v primeru pogodbenih odnosov);
- državi omogoča neposredne in takojšnje ukrepe na področju izvajanja dejavnosti, ker ni potrebno spreminjati zakona ali pogodb (ta značilnost je prišla do izraza v epidemiji COVID-19, ko je država lahko vplivala na prilagajanje sistema preko vodstev zavodov ter organov upravljanja javnih zavodov);
- pomeni jasno politično in pravno odgovornost države in lokalnih skupnosti, da zagotavlja nemoteno in nepretrgano izvajanje dejavnosti, pri čemer stroške le-tega krije tudi iz proračunov;
- za uporabnike pomeni zagotavljanje enake storitve ne glede na območje bivanja ter finančno moč posamezne lokalne skupnosti oz. lokalnih skupnosti;
- država, lokalne skupnosti in nosilci javnih služb so odgovorni za razvoj dejavnosti glede na potrebe (in ne samo za njihovo izvajanje);
- dejavnost je podvržena dodatnemu političnemu nadzoru tako izvoljenih predstavnikov kot tudi uporabnikov.

Gre za sistem, ki je pravno dobro zastavljen, vendar pa je zaradi neustreznega nadzora in številnih parcialnih interesov postal neučinkovit.

### **OCENA STANJA IN RAZLOGI ZA SPREJEM PREDLOGA ZAKONA**

Ključni problemi na področju zdravstvenega varstva, kot jih čutijo državljanji in državljanke, so nedopustno dolge čakalne dobe, veliko število pacientov brez izbranega osebnega zdravnika, beg zdravnikov iz javnega v zasebni sektor, delo v dvojni praksi, neurejena koncesionarska dejavnost, preskakovanje čakalnih vrst in naraščajoča privatizacija zdravstva.

Pomemben razlog za to stanje, ki dosega razsežnosti krize, je tako po mnenju laične kot strokovne javnosti vdor zasebnega interesa v javno zdravstvo. Medtem ko mora javni sektor zagotavljati dobre in dostopne storitve za vse, ki jih potrebujejo, je interes zasebnega sektorja dobiček. Zasebni sektor parazitira na javnem tako, da mu odvzema zdravnike in drugo osebje, prepušča pa mu socialne

izdatke za tisti del svojih kadrov, ki delajo v dvojni praksi. Javni zdravniki, ki prehajajo med zasebnike, za seboj puščajo kadrovske osiromašene javne zdravstvene zavode.

Z namenom odpravljanja organizacijskih slabosti zdravstvenega sistema in nedopustno dolgih čakalnih dob ter ob ključnem cilju zagotoviti enakopravno, primerno, kakovostno in varno zdravstveno obravnavo je Državni zbor septembra 2022 sprejel Zakon o nujnih ukrepih za zagotovitev stabilnosti zdravstvenega sistema. Eno od pomembnejših določil je bilo oblikovanje finančnih vzpodbud za izvajalce zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe. 15. člen tega zakona določa, da se »izvajalcem zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe, ki v okviru svojih zmogljivosti (kader, oprema, prostor) izvajajo zdravstvene storitve nad obsegom programa, dogovorjenim z Zavodom (v nadaljnjem besedilu: redni obseg programa zdravstvene dejavnosti), zagotovi plačilo po realizaciji za vse tako opravljene zdravstvene storitve brez sklenitve posebne pisne pogodbe«. Zakon tudi določa, da se prvi učinki predstavijo konec marca 2023.

Analiza preliminarnih rezultatov kaže, da so se v letu 2022 v primerjavi s prejšnjimi leti razmere poslabšale. Od letne kvote 100 milijonov je bilo doslej porabljenih 79 milijonov dodatnega denarja. Od tega so javni zavodi potrošili 51 milijonov, zasebni pa 28 milijonov. Če o kapaciteti obeh sektorjev sklepamo iz finančne vrednosti njihovih rednih programov, ki je 1:7, delitev dodatnega denarja v razmerju 1 : 2 pomeni, da se je dodatni denar prednostno pretakal v zasebni sektor.

Ključni kriterij, ki ga interventni zakon določa kot merilo svoje uspešnosti ali neuspešnosti, je število pacientov, ki nedopustno dolgo čakajo na določeno storitev. Leta 2019 je bilo takih pacientov 75 tisoč, leta 2021 88 tisoč, leta 2022 pa 117 tisoč: torej 33 % več kot leto poprej.

Število bolnišničnih obravnav je med letoma 2019 in 2021 (to leto je epidemija še trajala) zmanjšalo od 345 na 314 tisoč, leta 2022 poraslo na 330 tisoč. Kljub dodatnim sredstvom so torej bolnišnice hospitalizirale kar 15 tisoč manj bolnikov kot v letu pred epidemijo. Celotno znižanje gre na račun javnih izvajalcev, saj so zasebniki število obravnav povečali za 2700. V nekaterih panogah, kjer so čakalne dobe najdaljše, je opazna selitev storitev v zasebni sektor. Število ortopedskih operacij se je med letoma 2019 in 2022 v javnih bolnišnicah zmanjšalo za okroglo 250, v zasebnem sektorju pa poraslo za dobrih petsto. Povedano drugače: leta 2019 so v javnih bolnišnicah opravili devetkrat več ortopedskih operacij kot v zasebnih, leta 2022 pa samo še petkrat več. Število posegov na odprtem srcu in velikih žilah se je med letoma 2019 in 2022 v javnem sistemu zmanjšalo za okroglo 440, v zasebnem sektorju pa je poraslo za 880.

V letu 2022 se je v javnem sektorju število prvih pregledov v specialistični dejavnosti povečalo za 4 odstotke v primerjavi s covidnim letom 2021, vendar je bilo obenem za 60 000 pregledov manjše kot leta 2019. Koncesionarji so opravili 27000 pregledov več, skupno število pa še vedno zaostaja za letom 2019 za 2,5 odstotka.

Povečuje se tudi število pacientov brez izbranega osebnega zdravnika. Konec novembra 2022 je bilo takih pacientov 132 tisoč, konec februarja 2023 pa 140 tisoč. Tudi če upoštevamo, da je bilo med tema datumoma približno 4700 oseb vključenih v ambulate za neopredeljene in ambulate za boljšo dostopnost, se stanje še naprej poslabšuje.

**Povezava med zmanjšanjem števila določenih storitev v javnem sektorju in porastom v zasebnem je tako pogosta, da ne more biti dvoma o njeni vzročnosti: v javnih zavodih se je storilnost zmanjšala, čakalne dobe so se podaljšale, javni zdravniki pa se selijo h koncesionarjem, kjer so bolj plačani in kjer izvajajo praviloma manj tvegane in bolj donosne storitve. Neselektivna vzpodbuda ni povečala števila najbolj potrebnih storitev, temveč najbolj profitabilnih. Povečan**

**obseg dela pri zasebnikih pretežno zagotavljajo javni zdravniki z dvojno prakso, v javnih ustanovah pa se število pacientov, ki čakajo nedopustno dolgo, povečuje.**

Opazni so še drugi negativni vplivi:

- **neselektivno plačevanje katerihkoli in vseh storitev** ukinja splošni princip koordinirane alokacije razpoložljivih javnih sredstev in razdira mrežo javnega zdravstva na primarni in sekundarni ravni;
- **dodatno financiranje ne sledi potrebam prebivalstva na določenem območju;**
- **povečal se je obseg selitev zdravnikov iz javnega sektorja v zasebni;**
- **povečujejo se medregijske razlike v številu zdravstvenih delavcev in neenaka dostopnost do storitev v primarnem zdravstvenem varstvu;**
- **pacienti so se primorani za družinskimi zdravniki seliti na oddaljena območja.**

Dodatne težave povzročajo **stihijsko podeljevanje koncesij** in **opredelitev ustavnega sodišča**, da so v okviru sedanje zakonodaje to **profitne dejavnosti**.

## **CILJI ZAKONA**

Cilj zakona je **spremeniti in dopolniti nekatera določila** Zakona o nujnih ukrepih za zagotovitev stabilnosti zdravstvenega sistema in s tem omiliti slabosti pri izvajanju javne zdravstvene dejavnosti, kot so nedopustno dolge čakalne dobe, veliko število pacientov brez izbranega osebnega zdravnika, neučinkovita izraba zmogljivosti (kader, oprema, prostor), beg zdravnikov iz javnega v zasebni sektor, delo v dvojni praksi, neurejena koncesionarska dejavnost in preskakovanja čakalnih vrst.

Oba zakona sta interventna in njuna določila veljajo do navedenih datumov oziroma do sprejetja ustreznih sistemskih zakonov.

Predlagane spremembe zagotavljajo ciljano uporabo dodatnih finančnih sredstev za skrajševanje čakalnih dob za najbolj nujne storitve in izbiro izbranega osebnega zdravnika, pri čemer odpravljajo okoliščine, ki zdravnike iz javnih zavodov motivirajo za prehajanje v zasebni sektor.

Zakon uvaja ukrepe, ki bodo omogočili, da se vsem pacientom zagotovi stalnega osebnega zdravnika. Ti ukrepi, od katerih je večino mogoče uveljaviti v obdobju nekaj mesecev, spadajo v tri skupine: a) razbremenitev družinskega zdravnika nekaterih administrativnih in strokovnih zadožitev, b) vključitev drugih zdravstvenih delavcev in sodelavcev v time v primarnem zdravstvenem varstvu in c) vzpodbudno nagrajevanje za člane timov, ki sprejemajo v obravnavo večje število pacientov.

Zakon ciljano usmerja dodatna sredstva k storitvam, pri katerih je dolga čakalna doba posebej nedopustna. To so prvi pregledi in diagnostične storitve v specialističnih ambulantah v primeru, da čakalna doba presega 1 mesec, s čimer zakon cilja na odpravo preskakovanja čakalnih vrst s pomočjo dodatnih zavarovanj ali plačili iz žepa. Med take storitve spadajo tudi storitve z dolgo čakalno dobo, zaradi katerih so pacienti v bolniškem staležu in storitve za otroke in osebe s posebnimi potrebami. Zakon predvideva tudi prednostne redne obravnave pacientov, pri katerih ima obravnava velik vpliv na prognozo, delazmožnost in kakovost življenja (bolniki z rakom, kroničnimi nenalezljivimi boleznimi, poškodbami in poklicnimi boleznimi).

Zakon nalaga pristojnemu ministru pripravo enovitega in enotnega koncesijskega akta za vse ravni zdravstvenega varstva za območje celotne države. To bo zagotovilo enako obravnavo koncesionarjev ter uporabnikov ne glede na občino, v kateri koncesionar izvaja svojo dejavnost. Nedorečenost sedanjih koncesijskih aktov in koncesijskih pogodb omogoča občinam »inovativne pristope,« ki

ustvarjajo neenakost med državljani, kar pomeni tudi kršitev ustavnega načela enakosti pred zakonom. Zakon zaustavlja možnost podeljevanja koncesij, dokler ne bosta s strani države pripravljena vzorca koncesijskega akta in koncesijske pogodbe.

## **II. BESEDILO ČLENOV**

### **1. člen**

#### **(vsebina)**

S tem interventnim zakonom se za odpravo slabosti pri izvajanju javne zdravstvene dejavnosti, kot so nedopustno dolge čakalne dobe, veliko število pacientov brez izbranega osebnega zdravnika, neučinkovita izraba zmogljivosti (kader, oprema, prostor), beg zdravnikov iz javnega v zasebni sektor, delo v dvojni praksi, neurejena koncesionarska dejavnost in in mešanje tržne dejavnosti z javno službo v zdravstveni dejavnosti spreminja in dopolnjuje začasne ukrepe Zakona o nujnih ukrepih za zagotovitev stabilnosti zdravstvenega sistema.

### **2. člen**

Besedilo 15. člena se nadomesti z novimi členi 15.a, 15.b in 15.c, ki glasijo:

#### **15. a člen**

(preseganje rednega obsega programa zdravstvene dejavnosti v sekundarnem zdravstvenem varstvu)

- (1) Za namen povečane dostopnosti do zdravstvenih storitev in odprave oziroma skrajševanja čakalnih dob za prve specialistične preglede in izbrane zdravstvene storitve v sekundarnem zdravstvenem varstvu se izvajalcem zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe, ki v okviru svojih zmogljivosti (kader, oprema, prostor) izvajajo zdravstvene storitve nad obsegom programa, dogovorjenim z Zavodom (v nadaljnjem besedilu: redni obseg programa zdravstvene dejavnosti), zagotovi plačilo po realizaciji s sklenitvijo posebne pisne pogodbe z ministrstvom za zdravje za naslednje zdravstvene storitve:
  - prve preglede v specialistični ambulanti v primeru, da čakalna doba presega 1 mesec;
  - diagnostične storitve v primeru, da čakalna doba presega 1 mesec;
  - storitve z dolgo čakalno dobo, zaradi katerih so pacienti v bolniškem staležu;
  - storitve za otroke in osebe s posebnimi potrebami;
  - prednostne redne obravnave pacientov, pri katerih ima obravnava velik vpliv na prognozo, delazmožnost in kakovost življenja (bolniki z rakom, kroničnimi nenalezljivimi boleznimi, poškodbami in poklicnimi boleznimi).
- (2) Vir podatkov o čakalni dobi in čakajočih so podatki iz centralnega sistema eNaročanje. Nacionalni inštitut za javno zdravje redno zagotavlja podatke o stanju števila čakajočih in čakalnih dobah po posameznih stopnjah nujnosti in vrstah zdravstvenih dejavnosti na podlagi predhodno prečiščenih čakalnih seznamov. Izvajalci zdravstvene dejavnosti so odgovorni za usklajenost podatkov o čakalni dobi in čakajočih v lokalnih sistemih glede na centralni sistem eNaročanje. Nacionalni inštitut za javno zdravje objavlja poročila o čakalni dobi in številu čakajočih v lokalnih sistemih izvajalcev glede na centralni sistem eNaročanja mesečno do 10. dne v mesecu za pretekli mesec na svoji spletni strani.

- (3) Zdravstveni svet v roku enega meseca pripravi kriterije kot pripomoček za oceno, v kakšnih primerih je mogoče pacienta, ki je predviden za obravnavo po rednem programu, obravnavati hitreje.
- (4) Javni zdravstveni zavodi pripravijo in predložijo Ministrstvu za zdravje v roku enega meseca za posamezne skupine zdravstvenih delavcev podatke o času, ki so ga dejansko prebili na delovnem mestu, ter času odsotnosti zaradi dopustov, bolezni, izobraževanj in drugih razlogov. Ločeno naj prikažejo delo zdravstvenih delavcev v izobraževalnem procesu (sekundariji, specializanti, pripravniki).
- (5) Javni zdravstveni zavodi in koncesionarji pripravijo in v roku enega meseca predložijo Ministrstvu za zdravje seznam opravljenih in plačanih storitev s strani ZZS v zadnjem letu in jih pretvorijo v čas, porabljen za njihovo izvedbo. Pri tiskem delu upoštevajo porabljeni čas vseh članov tima. Pri delu na bolnišničnem oddelku upoštevajo čas, potreben za enega hospitaliziranega bolnika za dan hospitalizacije, pri ambulantnih pregledih pa čas za prvi in kontrolni pregled. Ločeno naj prikažejo obseg raziskovalnega in pedagoškega dela ter drugih dejavnosti, ki niso neposredno povezane z delom za bolnike.
- (6) Ministrstvo za zdravje analizira razlike med podatki iz tretjega in četrtega odstavka tega člena in na podlagi primerjav med izvajalci določi normativ za redno delovno obveznost, ki ga sestavljajo storitve, ki jih je mogoče evidentirati. Ta normativ je podlaga za dodatno nagrajevanje.
- (7) Izvajalci iz prvega odstavka (zavodi, oddelki zavodov in posamezniki) lahko zahtevajo dodatno plačilo za zdravstvene storitve iz prvega odstavka, če so predhodno v celoti izpolnili redni obseg programa teh storitev.
- (8) Posamezen zdravstveni delavec je lahko nagrajen iz naslova preseganja rednega programa, če izpolnjuje redne delovne obveznosti oziroma interni delovni normativ, o čemer vodi dnevnik, ki ga potrdi nadrejeni zdravstveni delavec.
- (9) Izvajalec zdravstvene dejavnosti s koncesijo (koncesionar) predloži Ministrstvu za zdravje seznam zdravstvenih delavcev, ki jih zaposluje za redni ali skrajšani delovni čas, in seznam zdravstvenih delavcev, zaposlenih v javnih zavodih, ki jih plačuje na druge načine. Seznam je pogoj za dodatno nagrajevanje dela koncesionarja preko odobrenega programa, napačni podatki pa so razlog za prekinitev koncesijske pogodbe.
- (10) Za izvajanje zdravstvenih storitev preko odobrenega rednega programa koncesionar ne more zaposliti zdravstvenih delavcev, ki so ali so bili zaposleni v javnih zdravstvenih zavodih, prej kot v dveh letih po prekinitvi rednega delovnega razmerja v teh zavodih. V utemeljenih primerih lahko izjemo od te zahteve odobri minister za zdravje.
- (11) Zdravstveni delavec, ki je zaposlen v javnem zdravstvenem zavodu ali drugem javnem zavodu iz šestega odstavka 8. člena Zakona o zdravstveni dejavnosti (ZZD) lahko izven rednega delovnega časa opravlja delo pri drugem izvajalcu zdravstvene dejavnosti ali kot izvajalec zdravstvene dejavnosti ob izpolnjevanju pogojev iz 53.b člena ZZD, pri čemer se dodaja pogoj, da mu lastna ustanova ni mogla omogočiti osem urnega dela na teden na kateremkoli od delovišč, ki ustrezajo njegovemu strokovnem področju, kar mora direktor ustanove utemeljiti in o tem poročati ministru za zdravje.

- (12) Direktorji javnih zdravstveni zavodov preverijo, ali obstoječa dovoljenja za delo pri drugem izvajalcu ustrezajo pogojem 9. odstavka tega člena in 53.b člena ZZDej. Če ugotovijo, da pogoji za izdajo soglasja niso izpolnjeni, soglasje prekličejo oziroma ga ne obnovijo po njegovem izteku.
- (13) Izvajanje zdravstvenih storitev nad rednim obsegom programa zdravstvene dejavnosti spremlja ZZZS, ki ministru za zdravje posreduje mesečna poročila o obsegu izvajanja zdravstvenih storitev iz tega člena. Podrobnejšo vsebino in način poročanja določi minister za zdravje.
- (14) Za ugotavljanje zadostnega obsega odprave oziroma skrajšanja čakalnih dob se uporabljajo naslednja merila:
- število čakajočih pacientov nad najdaljšo dopustno čakalno dobo po posameznih stopnjah nujnosti
  - čakalne dobe na prvi pregled v specialistični ambulanti,
  - čakalne dobe na diagnostične storitve,
  - število čakajočih pacientov po posameznih stopnjah nujnosti
- (15) Če je pacientu predlagana izvedba zdravstvene storitve znotraj najdaljše dopustne čakalne dobe pri določenem izvajalcu zdravstvene dejavnosti, vendar pacient izvedbo zdravstvene storitve pri tem izvajalcu odkloni, se ga za potrebe ugotavljanja izpolnjevanja merila iz prejšnjega odstavka ne šteje kot čakajočega pacienta.

#### 15. b člen

(preseganje rednega obsega programa zdravstvene dejavnosti v primarnem zdravstvenem varstvu)

- (1) Za zagotovitev dostopnosti do izbranega družinskega zdravnika, pediatra in ginekologa se izvajalcem zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe, ki v okviru svojih zmogljivosti (kader, oprema, prostor) izvajajo zdravstvene storitve nad obsegom programa, dogovorjenim z Zavodom (v nadaljnjem besedilu: redni obseg programa zdravstvene dejavnosti), zagotovi plačilo po realizaciji brez sklenitve posebne pisne pogodbe za naslednje zdravstvene storitve:
- opredeljevanje novih pacientov nad glavarinskim normativom posamezne stroke na področjih, kjer je mreža timov družinske medicine ter zdravstvenega varstva žensk, otrok in mladine deficitarna.
- (2) ZZZS določi ciljno nacionalno in regionalno mrežo timov družinske medicine ter zdravstvenega varstva žensk, otrok in mladine, ki temeljijo na številu prebivalcev in geografski dostopnosti, pri čemer upošteva obstoječe kapacitete izvajalcev v javni mreži ter jo primerja z obstoječim stanjem. Ugotovljena odstopanja obvezno upošteva pri dodeljevanju dodatnih sredstev za povečanje dostopnosti storitev na deficitarnih območjih.
- (3) Podatke o številu pacientov brez izbranega osebnega zdravnika objavlja ZZZS na svoji spletni strani.
- (4) Izvajalci v javni mreži na primarni ravni na deficitarnem območju lahko skupno povečajo svojo dejavnost v tolikšnem obsegu, da imajo vsi pacienti na tem območju svojega izbranega zdravnika.

- (5) Dejavnosti izbranega zdravnika za paciente določenega območja ni mogoče izvajati na drugem območju. Izjema so pacienti, ki pri dnevnih migracijah gravitirajo na druga območja ali obstajajo drugi osebni utemeljeni razlogi za opredeljevanje v drugem območju.
- (6) Določijo se naslednje razbremenitve dela timov družinske medicine:
- V program vseh specializacij klinične medicine se po 3. letu specializacije uvede 4 mesečno delo v primarnem zdravstvenem varstvu.
  - Zdravnik lahko obravnava in obračuna pri enem pregledu bolnika več bolezni in storitev hkrati.
  - Uvede se trajna napotnica, katere veljavnost lahko napotni specialist ukine z obvestilom zdravniku napotovalcu.
  - Farmacevt v lekarni lahko podaljša veljavnost obnovljivega recepta za kronično terapijo za eno leto.
  - Poleg obnovljive naročilnice za medicinske pripomočke lahko zdravnik izda naročilnico z navedbo njenega trajanja.
  - Bolnik lahko uveljavlja pri delodajalcu in brez pregleda pri zdravniku začasno zadržanost od dela za obdobje do 3 dni v skupnem trajanju 15 dni na leto.
  - Urejanje bolniškega staleža nad 6 mesecev se v roku 6 mesecev prenese na specialiste medicine dela, prometa in športa.
  - Bolniški stalež v zvezi z nosečnostjo in porodom lahko odobrijo tudi ginekologi v primarnem zdravstvenem varstvu.
- (7) Prag, nad katerim je mogoče odklanjati opredeljevanje novih pacientov, določa razmerja med številom pacientov in številom zdravnikov (specialistov družinske medicine, pediatrije in ginekologije). Izvajalci so do tega praga dolžni opredeljevati paciente.
- (8) Ob prenehanju izvajanja dejavnosti na primarni ravni je koncesionar zavezan, da v sodelovanju z ministrstvom za zdravje in ZZS poskrbi za prenos svojih opredeljenih bolnikov na drugega izvajalca.

#### 15.c člen

(izvajanje zdravstvenih storitev nad rednim obsegom programa zdravstvene dejavnosti izven mreže javne zdravstvene službe)

- (1) Če izvajalci zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe do 31. junija 2023 ne zagotovijo zadostnega obsega odprave oziroma skrajšanja čakalnih dob, ki presegajo najdaljšo dopustno čakalno dobo, kar Vlada ugotovi s posebnim sklepom, Zavod v nadaljnjih 30 dneh od izdanega sklepa izvede javni poziv, s katerim v izvajanje zdravstvenih storitev iz 1. odstavka 15. člena dodatno vključi izvajalce zdravstvene dejavnosti izven mreže javne zdravstvene službe (zasebni izvajalci brez koncesije).
- (2) Zasebni izvajalci brez koncesije, ki kandidirajo za izvajanje storitev iz prejšnjega odstavka, storitve javne zdravstvene službe izvajajo zgolj pri izvajalcih javne zdravstvene službe. Storitve, ki so predmet javne zdravstvene službe, ni možno izvajati izven mreže javne zdravstvene službe.

#### 15. č člen



(plačilo za preseganje rednega obsega programa zdravstvene dejavnosti)

- (1) Izvajalcem zdravstvene dejavnosti se zagotovi plačilo za preseganje rednega obsega programa zdravstvene dejavnosti glede na obseg opravljenih zdravstvenih storitev, upoštevajoč standarde storitev in cene, dogovorjene v programu storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja v skladu z zakonom, ki ureja zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje.
- (2) Specialistom družinske medicine se za vsakega opredeljenega pacienta nad 2000 količniki prizna plačilo 3 eur mesečno bruto do najvišjega dodatnega bruto zneska 4000 €. Ob upoštevanju razmerij med prejemki se na enak način poveča dodatek za druge člane tima družinske medicine.
- (3) Sredstva za povečanje obsega programa oziroma izvedbo zdravstvenih storitev iz tega člena zagotavlja proračun Republike Slovenije. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije izstavlja zahteve za izplačilo sredstev iz proračuna, skupaj z dokazili, kvartalno, in sicer do konca meseca maja za prvi kvartal, do konca meseca septembra za drugi kvartal in do konca meseca novembra za tretji kvartal. Končna obveznost državnega proračuna do Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za posamezno koledarsko leto se ugotovi na podlagi končnega letnega obračuna zdravstvenih storitev iz tega člena. Zavod zahtevek za izplačilo, skupaj z dokazili, izstavi do konca februarja za preteklo leto. Zahtevki se plačajo Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije v osmih dneh po prejemu zahtevka.«.«.

### **3. člen**

Za 15. č členom se vnese nov 16. člen z naslednjim besedilom:

#### **16. člen**

(omejitev podeljevanja koncesij)

- (1) Minister za zdravje pripravi enovit vzorec koncesijskega akta in koncesijske pogodbe, pri čemer mora upoštevati varstvo javnega interesa in varstvo uporabnikov.
- (2) Do izdaje aktov iz prejšnjega odstavka podeljevanje koncesij ni možno.
- (3) Širitev obsega koncesijske pogodbe je možna zgolj z novim javnim naročilom.

### **4. člen**

Členi 16 do 25 se preštevilčijo v člene 17 do 26.