



RAZLAGALNO GRADIVO ZA NOVINARJE

ZDRAVNIKI – AKTIVNI DRŽAVLJANI!

I. ALI SE POSLANCI DRŽAVNEGA ZBORA RS ZAVEDAJO ODGOVORNOSTI IN POSLEDIC ZA PREBIVALCE SLOVENIJE, KO BODO GLASOVALI ZA SPREJEM ZAKONA O ZDRAVSTVENI DEJAVNOSTI?

1. ZAKONODAJNI POSTOPEK ZA SPREJEM ZAKONA O ZDRAVSTVENI DEJAVNOSTI JE ZGREŠEN

Kot izhaja iz obrazložitve predloga Zakona o zdravstveni dejavnosti, sta glavna razloga za njegov sprejem:

- ureditev pogojev za izvajanje zdravstvene dejavnosti in
- ureditev postopka podeljevanja koncesij.

Zakon pogojev za izvajanje dejavnosti sploh ne določa, ampak njihovo urejanje prepušča podzakonskim aktom. Postopek podeljevanja koncesij pa je skorajda v celoti prepisan iz trenutno veljavnega Zakona o javno – zasebnem partnerstvu, ki se za zdravstvo uporablja že od leta 2007 dalje.

Zakon o javno – zasebnem partnerstvu je trenutno v fazi spreminjanja (na vladi), pripravlja pa se tudi nov Zakon o podeljevanju koncesij. Oba predpisa bi se, kot krovna postopkovna zakona, morala uporabljati tudi za koncesije v zdravstvu, Zakon o zdravstveni dejavnosti pa bi moral urediti zgolj nekaj specifičnih vprašanj, pri katerih je potreben odstop (v zdravstveni zakonodaji) od sistemske ureditve javno – zasebnih partnerstev. **Zato je zakonodajni pristop, po katerem se sedaj sprejema Zakon o zdravstveni dejavnosti, čez nekaj tednov pa se bosta sprejemala še splošnejša, oziroma krovna predpisa (Zakon o javno – zasebnem partnerstvu in Zakon o podeljevanju koncesij), popolnoma zgrešen.**

2. PREDLOG ZAKONA O ZDRAVSTVENI DEJAVNOSTI NE SPOŠTUJE EVROPSKEGA PRAVA

Izvajanje javne zdravstvene službe, kot je organizirano v Sloveniji, sodi po Pogodbi o delovanju EU pod pojem opravljanja **storitev splošnega gospodarskega pomena**. Izvajalci istih storitev (splošnega gospodarskega pomena) morajo biti obravnavani enakopravno, kar izključuje prednostno pravico enega tipa izvajalcev (javni zavodi) do izvajanja novih programov zdravstvenih storitev. **Favorizirana obravnava javnih zavodov predstavlja po evropskem pravu nedovoljeno državno pomoč, ki izkrivlja konkurenco med ponudniki v škodo končnim uporabnikom zdravstvenih storitev.** Evropsko pravo namreč ni namenjeno samo sebi, ampak preko institutov, ki sestavljajo konkurenčni pravni okvir, varuje vse državljane Evropske unije pred omejevalnimi ukrepi, ki s ciljem zaščite poslovnih interesov določenih

ponudnikov storitev (primer zdravstvenih zavodov), zmanjšujejo konkurenco na trgu. Če je konkurenca med ponudniki okrnjena, prejmejo bolniki pri istem obsegu javnega financiranja manj zdravstvenih storitev, kot bi jih sicer lahko prejeli.

Slovenija je že dobro desetletje del Evropske unije, zato se zdi nepredstavljivo, da morajo zdravniške organizacije s pravnimi mnenji svojemu zakonodajalcu dokazovati, da naš zdravstveni sistem (tako kot npr. avstrijski, nemški, slovaški ali belgijski) ni v ničemer izključen iz uporabe prava EU ter da so bili argumenti, na katere Ministrstvo za zdravje opira svoja nasprotna stališča, pred Sodiščem EU že pred več desetletji zavrjeni.

3. PREDLOG ZAKONA O ZDRAVSTVENI DEJAVNOSTI ZLORABLJA POJEM JAVNEGA ZDRAVSTVA V POLITIČNE NAMENE

Javno zdravstvo predstavljajo javno financirane zdravstvene storitve, ne glede na način njihovega izvajanja. Iz vidika dostopnosti bolnikov do javnega zdravstva je zato vseeno, kakšen pravni status imajo izvajalci storitev. Pravni status izvajalcev je zgolj organizacijsko vprašanje izvajanja javne službe, ki ni v nobeni povezavi s solidarnostnim načinom zagotavljanja javno financiranih zdravstvenih storitev. Slednje je zagotovljeno z drugim Zakonom o zdravstveni varstvu in zdravstvenem zavarovanju, v katerega Zakon o zdravstveni dejavnosti (ki ureja zgolj organizacijo izvajalcev) doslej ni posegal. Koncesije zato ne morejo na noben način ogroziti »načela solidarnosti« v javnem zdravstvu.

V razvitih evropskih državah zagotavljajo pretežni del storitev v osnovnem (javnem) zdravstvu manjši zasebni izvajalci (primer Avstrija, Nemčija), ki za to sploh ne potrebujejo koncesij, pa vendar nihče ne dvomi, da gre za razvite socialne države z javnim zdravstvom, ki temelji na načelih solidarnosti.

Za politične potrebe se velikokrat vzpostavlja enačaj med javnim zdravstvom in javnimi zavodi, kar vodi do napačnih zakonodajnih rešitev. Primer tega je obravnava zdravstvenih domov - v preteklih dveh letih so (kljub sicer slabemu stanju v javnem zdravstvu) skupaj ustvarili 25 milijonov EUR presežka prihodkov nad odhodki (dobička). S tem denarjem bi letno lahko vzpostavili delovanje skoraj 100 ekip družinske medicine, kar pa se ni zgodilo. Pomemben del presežka so nekatere občine celo prelile v svoje proračune, s čimer je bil (solidarnostno zbran) denar zavarovanih oseb porabljen za druge namene.

4. PREDLOG ZAKONA O ZDRAVSTVENI DEJAVNOSTI OMEJUJE DELO MLADIH ZDRAVNIKOV

Mladi zdravniki, ki po pridobitvi licence na določenem področju, še nimajo pet let delovnih izkušenj, ne bodo mogli opravljati dela kot odgovorni nosilci zdravstvene dejavnosti, kar med drugim pomeni, da ne bodo mogli samostojno delati v ambulanti javnega zavoda (ali drugega delodajalca), če ne bo zagotovljenega nadzora starejšega zdravnika, prav tako ne bodo mogli odpreti zasebne ambulante.

Kdaj je zdravnik sposoben za samostojno delo, je strokovno vprašanje, na katerega je bilo za posamezno področje (specialnost) zdravniške službe že odgovorjeno z določitvijo pogojev za pridobitev licence. Da je potrebno uvesti dodatno petletno obdobje usposabljanja za zdravnike po pridobitvi licence, pa je popolnoma izvirna ideja uradništva na Ministrstvu za zdravje. Takšnega predloga namreč niso podali ne Zdravstveni svet, niti Razširjeni strokovni kolegiji posameznih medicinskih strok, kot najvišji strokovni organi v okviru ministrstva, niti takšnega predloga niso podale posamezne klinike ali drugi izvajalci zdravstvene dejavnosti.

Posledice nepremišljenega ukrepa uradništva bodo dramatične, saj je Zdravniška zbornica v letu 2016 izdala že 236 potrdil o dobrem imenu, ki so pogoj za delo v drugih državah Evropske unije, v letošnjih petih mesecih pa že 114., kar pomeni, da se najmanj toliko zdravnikov trenutno pripravlja na odhod v tujino. Predlagani ukrep je zato le še dodatna vzpodbuda mladim zdravnikom, da se odločajo za odhod v tujino.

5. PREDLOG ZAKONA O ZDRAVSTVENI DEJAVNOSTI ONEMOGOČA PODELJEVANJE NOVIH KONCESIJ IN S TEM ZMANJŠUJE DOSTOPNOST DO ZDRAVSTVENIH STORITEV

Primarna raven – zdravstveni domovi

Pogoji za podeljevanje koncesije so nedorečeni, saj je podelitev vezana na »prsto mesto« v javni zdravstveni mreži. Skladno z zakonom bi javna mreža morala obstajati že od leta 1991 dalje, vendar ni bila nikoli določena in predlog Zakona ne vsebuje nobene nove zahteve (ali vzpodbude), da bi bila tokrat vzpostavljena.

Onemogočanje podeljevanja koncesij postavlja napačne vzpodbude zdravstvenim domovom pri organiziranju dejavnosti v oddaljenih ambulantah (zdravstvenih postajah). Koncesije so trenutno edina alternativna rešitev, s katero lahko pridejo odročnejši kraji (kjer ni ambulante zdravstvenega doma) do lastnega osebnega zdravnika. Ker koncesij (če se zdravstveni dom ne bo strinjal) ne bo mogoče podeliti, se bodo prebivalci teh krajev prisiljeni voziti v večje kraje, kjer se nahajajo centralne stavbe zdravstvenih domov. Slednji bodo, v odsotnosti potencialne konkurence koncesionarjev, lahko pričeli z zapiranjem trenutno delujočih (vendar »nedonosnih«) ambulant v odročnejših krajih. Manjše občine, kot soustanoviteljice javnih zavodov, nimajo dovolj moči (upravljaljskih pravic) v zdravstvenih domovih, da bi se tem trendom zoperstavile, medtem ko pri koncesionarjih tega tveganja ni, saj ne morejo samovoljno spremeniti kraja opravljanja dejavnosti.

Sekundarna raven – specialistične diagnostične in terapevtske storitve

Na sekundarnem nivoju se bo omejitev podeljevanja koncesij odrazila v dodatnem daljšanju čakalnih dob, saj se s koncesijami zagotavljajo nujno potrebne kapacitete za izvajanje diagnostičnih in terapevtskih storitev. Nazoren primer tega je neuspešen program vlade za skrajševanje čakalnih dob v letu 2016. Za izbrane posege z dolgo čakalno dobo (koronografije, operacije hrbtenice, operacije rame, artroplastika kolena, posegi in operacije na perifernem žilju, operacije dimeljskih kil, EMG) je vlada v letu 2016 namenila 7,9 milijonov EUR, od tega pretežni delež bolnišnicam. V okviru programa bi denimo UKC Ljubljana moral v letu 2016 dodatno opraviti 71 endoprotez kolena, 70 operacij kil, 500 koronografij, 30 ortopedskih operacij rame in 65 operacij hrbtenice, vendar je realiziral zgolj 53% (ali 38) endoprotez kolena, nobene operacije kile, 9% (ali 44) koronografij, 57% (ali 17) ortopedskih operacij rame ter nobene operacije hrbtenice. Na ravni celotne države je ostalo nerealiziranih kar 43% koronografij, 26% posegov in operacij na hrbtenici, 26% EMG, 19% operacij kil, 8% ortopedskih operacij rame in 6% endoprotez kolena. Koncesionarji, ki so sodelovali v projektu, so realizirali od 91% do (večinoma) 100% dogovorjenega programa dodatnih storitev. Gre za nazoren primer podaljševanja čakalnih dob zaradi uveljavljanja prednostne pravice javnih zavodov do izvajanja zdravstvenih storitev.

Trajanje koncesij

Trajanje koncesije je omejeno na 15 let, kar izključuje vse tiste koncesije, pri katerih se investirana sredstva lastniku v tako kratkem obdobju ne morejo povrniti. **Na ta način je dobesedno onemogočeno ustanavljanje večjih zasebnih zmogljivosti, kar predstavlja unikum v evropskem merilu.** Slovenija bo ena redkih držav (celo v svetovnem merilu) brez zasebnih bolnišnic.

6. FINANČNE POSLEDICE PREDLOGA ZAKONA O ZDRAVSTVENI DEJAVNOSTI

Koncesija, kot oblika javno – zasebnega partnerstva, pomeni investiranje zasebnih sredstev za izvajanje javne zdravstvene službe. Koncesionar in javni zavod namreč opravljata isti program zdravstvenih

storitev, pri čemer mora koncesionar za investicijo (v prostore in opremo) poskrbeti sam, v javni zavod pa je potrebno investirati denar iz državnega oziroma občinskih proračunov. **Na ta način so koncesionarji za delovanje javne zdravstvene službe do sedaj vložili vsaj 450 milijonov EUR. Toliko sredstev so na ta račun prihranili davkoplačevalci.**

Postopna ukinitve koncesij, ki jo zakona prinaša, pomeni izgubo vseh zasebnih investicij za delovanje javnega sistema.

7. DELITEV MED JAVNIM IN ZASEBNIM ZDRAVSTVOM

Potreba po »jasni delitvi med javnim in zasebnim zdravstvom« je ena izmed najbolj izrabljenih političnih fraz, saj ni bila še nikoli uporabljena v kontekstu delitve med javnimi zavodi in zasebnimi dobavitelji zdravil, medicinske opreme, pripomočkov, IT storitev, gradbenih del itd.

Tako zakon posveča izjemno pozornost popoldanskemu delu zdravnikov, prav nič pa se denimo ne ukvarja z vprašanjem, katere (nemedicinske) storitve je javni zavod sploh dolžan samostojno opravljati in kaj lahko prepusti najetim zunanjim izvajalcem. Zakon tudi ne določa, koliko zasebne (samoplačniške) dejavnosti lahko izvajajo javni zavodi in kakšne mehanizme »delitve med javnim in zasebnim« je potrebno vzpostaviti, da javni zavodi ne bodo z opremo (ki jo je plačala država za izvajanje javne službe) ustvarjali dobičkov s samoplačniškimi storitvami. Kar zadeva denimo investicije, bi dosledna izpeljava delitve med »javnim in zasebnim zdravstvom« pomenila, da koncesionarji za izvajanje javne službe sploh ne bi vlagali svojih sredstev (kot to tudi velja v urejenih evropskih državah), ampak bi od države prejeli enak obseg investicijskih sredstev, kot ga za izvajanje enakih programov zdravstvenih storitev prejmejo javni zavodi.

II. ZMOGLJIVOSTI ZASEBNIH ZDRAVNIKOV IN ZOBOZDRAVNIKOV

V gradivu podajamo temeljne podatke o zmogljivostih zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov.

Ob zagotovitvi dodatnega plačila ZZS:

- bi lahko zasebni zdravniki na **primarni ravni**, ki obsega ambulante družinske medicine, otroške in šolske dispanzerje, dispanzerje za žene, zobozdravstvene storitve za odrasle in mladin opravili 245 dodatnih programov, kar predstavlja več kot 10% obstoječih programov.
- V **specialistični ambulantni dejavnosti**, bi lahko zasebniki opravili 111 dodatnih specialistično ambulantnih programov, kar predstavlja 7% obstoječih programov.
- Pri **terapevtskih posegih** bi lahko zasebniki opravili 51.297 dodatnih terapevtskih programov, kar predstavlja 15% vseh realiziranih bolnišničnih primerov v Sloveniji.
- Pri **diagnostičnih posegih**, bi lahko zasebni zdravniki opravili 52.468 dodatnih diagnostičnih posegov.

III. MLADI ZDRAVNIKI

Mladi zdravniki odločno nasprotujejo centralizaciji zdravstva, saj ta prinaša razpad primarnega zdravstva in premik zdravljenja v večja središča, sekundarne in terciarne zdravstvene centre ter njihovo preobremenitev. Prav tako mladi zdravniki nasprotujejo diskriminaciji mladih specialistov z odvzemom nosilnosti zdravstvene dejavnosti, ki ga uvaja predlog Zakona o zdravstveni dejavnosti. Po mnenju mladih

zdravnikov bo to pripeljalo do ohromitve zdravstvene dejavnosti, kjer so v tem trenutku ravno mladi zdravniki z licenco nosilci zdravstvene dejavnosti. Ob uvedbi Zakona o zdravstveni dejavnosti bi na primer v Bolnišnici Topolšica kar trije oddelki ostali brez zdravstvene dejavnosti. Predlog bo še dodatno spodbudil premik mladih specialistov v večje centre, kar bo dodatno zmanjšalo priliv novih zdravnikov v periferne, sicer že tako deficitarne, zdravstvene ustanove. Mladi zdravniki odločno nasprotujejo nerazumljivemu poseganju države v usposobljenost in kompetence mladih specialistov in s tem povzročanje diskriminacije zdravniškega poklica glede na ostale poklice. Mladi zdravniki kot sporno ocenjujejo tudi omejevanje podeljevanja koncesij, ker bo to znatno poslabšalo dostopnost do zdravstvenih storitev.

IV. PREDLOG ZAKONA O ZDRAVSTVENI DEJAVNOSTI BO POSPEŠIL ODHODE SLOVENSКИH ZDRAVNIKOV V TUJINO

