**Dodatno gradivo**

**Pojem javnega zdravstva se prepogosto zlorablja 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 zdravstvene 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 ogrožati »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.

**Omejitve dela mladih zdravnikov v zakonu ne temeljijo na strokovnih podlagah, ampak na prosti presoji uradnikov, ki so zakon pripravili**

Mladi zdravniki, ki  po pridobitvi licence na določenem področju, še nimajo treh let delovnih izkušenj (v osnovnem zdravstvu) oziroma pet let delovnih izkušenj na sekundarnem in terciarnem nivoju, 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 zagotovljen nadzora starejšega zdravnika in 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 za uporabnike storitev dramatične, saj manjši zavodi ne bodo mogli več izvajati redkejših programov zdravstvenih storitev, pri katerih število specialistov na državni ravni ne omogoča, da bi v vsakem zavodu ob mladem specialistu delal še starejši kolega (primer tega so vse zobozdravstvene specialnosti, revmatološke ambulante itd).**

**Omejevanje podeljevanja koncesije vodi v manjšo dostopnost uporabnikov do zdravstvenih storitev**

**Primarna raven – zdravstveni domovi**

Pogoji za podeljevanje koncesije so nedorečeni, saj je podelitev vezana na »prosto 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 (upravljavskih 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.

Zakon vodi v neposredno podražitev javnega zdravstva

Koncesija, kot oblika javno – zasebnega partnerstva, pomeni investiranje zasebnih sredstev z namenom izvajanja 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 600 milijonov EUR. Toliko sredstev so na ta račun prihranili davkoplačevalci**.

Postopna ukinitev koncesij, ki jo zakona prinaša, pomeni izgubo vseh zasebnih investicij za delovanje javnega sistema. Kolikor bo država žele v nadaljevanju izgubljene kapacitete nadomestiti iz lastnih virov, bo morala zato vlagati dodatna sredstva davkoplačevalcev, kar bo vodilo v neposredno podražitev delovanja zdravstvenega sistema.