



REPUBLIKA SLOVENIJA

MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

Štefanova 5, 1000 Ljubljana, Slovenija

Tel.: 01-478 60 01

Fax: 01-478 60 58

Datum: 21.02.2007

Pogosta vprašanja in odgovori v zvezi s predlogom ZAKONA O KONCESIJAH ZA IZVAJANJE JAVNE SLUŽBE V ZDRAVSTVENI IN LEKARNIŠKI DEJAVNOSTI IN O SVOBODNIH ZDRAVNIKIH SPECIALISTIH

Zakaj ste se na ministrstvu odločili, da boste pripravili zakon o koncesijah?

Razlogov je več. Prva zakonodaja je bila za to področje sprejeta pred 15 leti in je ostala nespremenjena do danes. S spremembo zakona želimo zagotoviti bolj učinkovito izvajanje javne službe v zdravstveni in lekarniški dejavnosti s spodbujanjem koncesij in drugih oblik javno-zasebnega partnerstva v tej javni službi, zagotoviti pregledno in konkurenčno podeljevanje koncesij za izvajanje javne službe v zdravstveni in lekarniški dejavnosti ter svobodno in samostojno delo zdravnikov specialistov v okviru javne službe v zdravstveni dejavnosti ter ponuditi možnost za vzpostavitev večjega obsega zasebnih vlaganj v izvajanje zdravstvene dejavnosti.

Koncesije sicer niso nič novega. Javno službo na področju zdravstva od leta 1991 opravljajo tako javni zavodi kot zasebnopravni izvajalci s koncesijo - skupaj pa sestavljajo javni zdravstveni sistem. Oboji imajo svoje prednosti in slabosti, medsebojno pa se dobro dopolnjujejo.

Na enak način koncesije se podeljujejo že od leta 1991, vendar pa to področje še ni v zadostni meri usklajeno z zakonodajo Evropske Unije, zato na ministrstvu za zdravje pripravljamo novo zakonodajo.

Kdaj bo ministrstvo pripravilo mrežo izvajalcev zdravstvenih storitev, s pomočjo katere se bo lahko ugotovilo, kje v državi obstaja potreba po koncesionarjih?

Mreža javne zdravstvene službe je pogoj za učinkovito izvajanje zakona in bo zato do začetka njegove uporabe pripravljena. Zakon bo ministrstvu omogočil, da razpisuje koncesije tam, kjer je to potrebno.

Na ministrstvu smo že nekaj mesecev po začetku mandata začeli pripravljati model mreže izvajalcev. Kot temeljni cilj smo si zadali, da mora biti mreža taka, da bo omogočala spreminjanje v vsakem trenutku. Le tako bo lahko omogočala načrtovanje potreb po zdravnikih po vsej Sloveniji v skladu s potrebami prebivalstva.

Trenutno stanje je tako, da je mreža za sekundarno raven narejena kot posnetek stanja na dan 1. 9. 2006. Zbrani so podatki o vseh specialistih in specializantih ter preračunani na 1000 prebivalcev, izračunane so razlike v odstotkih glede na pokritost na 1000 prebivalcev med območnimi enotami Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Pričakujemo še nov spisek koncesionarjev s strani ZZZS.

Trenutno je narejen posnetek stanja za tri skupine zdravnikov v osnovnem zdravstvu: splošne/družinske zdravnike, pediatre in ginekologe, ki so po številu najmočnejši. Posnetek stanja vključuje število opredeljenih bolnikov po starostnih skupinah, spolu ter oddaljenosti od najbližjega zdravnika ter oddaljenost od večjih centrov. Opravljena je bila tudi alternativna analiza količniškega sistema ter simulacija glede oddaljenosti ambulant.

Ali bo mreža omogočala določitev »kritične mase« koncesionarjev v Sloveniji?

Sistem koncesionarstva ne temelji na sistemu omejevanja. Njegove meje in razvoj bosta pokazala razmerje med potrebami prebivalstva in željami posameznikov ter zmožnostmi sistema, da jih kot take sprejme. V tem se postavljamo ob bok evropskim državam, kjer nikjer ne poznajo kakršnih koli tovrstnih omejitev. Mreža javne zdravstvene službe bo omogočila večjo preglednost, podala bo vpogled v dejansko stanje porazdelitve specialistov na različnih ravneh in specialnosti ter prikazala dejansko dostopnost državljanov do storitev. Ob sprejetih optimalnih obremenitvah bomo lahko določili časovne termine, v katerih bi se lahko ciljem približali. Tako bo omogočeno učinkovitejše razpisovanje specializacij po specialnostih in regijah. Omogočeno pa bo tudi, da bodo ministrstvo in tudi občine lahko načrtovali zagotavljanje zdravstvenih programov in storitev optimalno za prebivalce v posamezni regiji in občini.

Koliko zdravnikov se zanima za koncesionarstvo?

Približno polovica vseh: zdaj pa je koncesionarjev 25 odstotkov, skupaj z zobozdravniki.

Ali bo normiranje podeljevanja koncesij zmanjševalo pravice zavarovancev?

Predlagani zakon nikakor ne posega v pravice zavarovancev iz zdravstvenega zavarovanja, ne omogoča razslojevanja prebivalstva, sploh pa ne pomeni dodatnega plačevanja storitev iz zdravstvenega zavarovanja, kot poudarjajo nekateri nasprotniki zakona.

Pacient lahko uveljavlja pravico iz zdravstvenega zavarovanja pri koncesionarju na enak način in pod istimi finančnimi pogoji kot v javnem zavodu. Za enake zdravstvene storitve mu ni potrebno doplačevati ali celo plačevati. Te storitve krije zdravstvena zavarovalnica in dopolnilno zdravstveno zavarovanje.

Ministrstvo za zdravje si bo z ukrepi in dopolnjevanjem zakonodaje še naprej prizadevalo za evropsko primerljiv nivo obsega in kakovosti zdravstvenih storitev v javni zdravstveni mreži iz obveznega zdravstvenega zavarovanja za vse državljane. Javno zdravstvo torej s koncesijami le pridobiva, saj se s tem povečuje konkurenca med dobrimi zdravniki, bogati se zdravstvena mreža z zasebnimi vlaganji v prostore in opremo, povečuje se učinkovito in smotrno poslovanje.

Ministrstvo za zdravje zaključuje tudi dopolnitve v zakonodaji - zakon o pacientovih pravicah - kar bo omogočilo učinkovit nadzor tako medicinske stroke kot zdravstvene zavarovalnice pri koncesionarjih kot javnih zdravstvenih zavodih s ciljem preprečevanja in obravnavanja

primerov kršitev in uporabo ustreznih sankcij, zaradi neizpolnjevanja dogovorov in pravil v praksi.

Kako je razumljena beseda »koncesija«, kot se pojavlja v zakonu?

Predlagani novi zakon koncesije ne obravnava več kot licenco za sklepanje pogodbe z ZZZS o financiranju koncesije, gre za pravno razmerje, urejeno s koncesijsko pogodbo med koncedentom, koncesionarjem in Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), v katerem koncedent za določen čas podeli koncesionarju pravico, da v svojem imenu in za svoj račun izvaja javno zdravstveno službo v določenem obsegu in na določenem mestu v mreži javne zdravstvene službe, ZZZS pa koncesionarju zagotovi financiranje izvajanja te javne zdravstvene službe. Financiranje javne službe je torej urejeno v koncesijski pogodbi. Za vse programe zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji bo ostal sistem dogovorjene cene, pri čemer dogovorjene cene predstavljajo pri koncesijah najvišjo možno ceno, ki je nižja v tistem primeru, ko je koncesionar kot ponudnik na javnem razpisu uspel s ponujeno nižjo ceno. Poudariti je še treba, da je lahko razporeditev tveganje med koncesionarja in koncedenta glede različnih programov zdravstvenih storitev različno, zato opredelitev koncesije po zakonu pokriva tako javno-naročniška kot tudi koncesijska javno-zasebna partnerstva na področju zdravstva.

Ali zakon predvideva politiko podeljevanja koncesij, po katerih bi bilo na primer koncesijo dovoljeno podeliti le v primeru, ko javni zavodi zdravstvenih programov ne bi mogli izvajati?

Zakon je pravni akt, ki ureja način in pogoje podeljevanja koncesije, ne vključuje pa nobene politike podeljevanja koncesij, saj ni tovrstni politični akt. Politiko lahko oblikujeta Državni zbor kot tudi Vlada, vendar s političnimi akti in ne zakonom. Zakon mora glede zasledovanja določene politike biti nevtralen.

Ali bo mogoče koncesijsko pogodbo prekiniti, v kolikor bi se izkazalo, da zanjo ni več javne potrebe?

Če bi v teku koncesijske pogodbe prišlo do takšnih demografskih sprememb, da koncesija nikakor ne bo potrebna, omogočajo splošna pravila pogodbenega prava spremembo pogodbe ali njeno odpoved, res pa je, da to lahko vključuje določeno odškodnino. Seveda pa je trajnost zavez ene ali druge stranke v koncesijskem razmerju sestavni del tega, kot tudi vsakega drugega pogodbenega razmerja.

Sedaj veljavni zakon ne predvideva nikakršnega načina odvzema koncesije zaradi tega, ker koncesija ni več potrebna, pri čemer so koncesije podeljene za nedoločen čas, torej za trajno.

Kje bo prostor za cenovno konkurenco kandidatov za koncesije?

Cene bodo določene s partnerskim dogovarjanjem kot dosedaj, konkurenca pa bo med prijavljenimi koncesionarji. Na tak način bo možno ceno znižati. Prostor za konkurenco bo pod ravniho cen, ki so določene s sistemom dogovarjanja med partnerji v zdravstvenem varstvu po ZZVZZ. Partnerji bodo namreč določili zgornjo mejo cen. Seveda pa tu ni pričakovati velikih odstopanj, saj so kalkulativni elementi cen vnaprej znani oz. določeni, pomemben bo predvsem nadzor kakovosti za določeno ceno.

Kako bodo zaščiteni prebivalci, da zaradi nelojalnega zniževanja cen ne bi bili deležni storitev nižje kakovosti?

Nižanje cen zaradi konkurence zagotovo ni pravilen pristop pri zagotavljanju kakovosti javnih zdravstvenih programov. Uvedeni bodo določeni standardi kakovosti, ne smemo pa pozabiti, da kakovost predstavljajo zlasti pravila stroke v medicini. Z različnimi oblikami nadzora, ki jih bo uredil novi Zakon o zdravstveni dejavnosti, ki uvaja tudi zdravstveno inšpekcijo, bo potrebno zagotoviti, da kakovost zdravstvenih storitev ne bo pod vsemi omenjenimi pravili in standardi. Dosedanja praksa je pokazala, da je kakovost storitev koncesionarjev v marsikaterem pogledu boljša.

Kakšna bo vloga javnih zavodov?

Javni zavodi so bistven in pomemben izvajalec javne zdravstvene službe, zlasti na sekundarni in terciarni ravni tudi prevladujoč. Nekatere dejavnosti, kot so dejavnost preskrbe s krvjo in organi, anatomske in patofiziološke dejavnosti, socialnomedicinska, higienske, epidemiološke, zdravstveno – ekološke dejavnosti, dejavnosti javnega zdravja in mrliškopregledne službe, pa tudi dejavnost centrov nujne medicinske pomoči, se bodo tudi v bodoče lahko opravljale le v javnem zdravstvenem zavodu. Želimo pa spremeniti in razširiti nove funkcije zdravstvenega doma. Organizacija nujne medicinske pomoči v principu ne more biti organizacijsko v rokah koncesionarjev, tako da v prihodnje predvidevamo organizacijo na občinski ali regionalni ravni, v sistemu izvajanja pa bodo morali sodelovati vsi, ki so odgovorni za izvajanje družinske medicine, torej tudi koncesionarji.

Ali lahko pride do razgradnje zdravstvenega sistema oz. kolapsa zdravstvenih domov?

Trditve, da na ministrstvu za zdravje razgrajujemo zdravstvene domove na škodo zdravja ljudi, so politično motivirane in povsem zgrešene. Javno zdravstvo ni ogroženo zaradi podeljevanja koncesij. Podeljevanje koncesij v zdravstvu ni privatizacija zdravstva temveč le državno dovoljenje za delo zasebnih zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev v javni zdravstveni mreži pod pogoji varovanja javnega interesa določenega v koncesijski pogodbi.

V našem sistemu javnega zdravstva zaradi socialistične preteklosti prevladujejo javnopravni izvajalci, kar pa ni praksa v Evropi, kjer je predvsem primarno zdravstvo urejeno v pretežni meri s koncesijami. Ohranitev javnega zdravstva na način, kot si ga zamišljajo nekateri, je v luči liberalizacije zdravstvenih storitev, ki se odvija v Evropski uniji, povsem neprimeren za današnji čas. Procesi prestrukturiranja našega zdravstvenega sistema bodo zaradi napovedane liberalizacije zdravstvenih storitev v Evropski skupnosti nujne.

Nujno pa je, da sledimo razvoju medicine v smeri še bolj kakovostnih zdravstvenih storitev, in to na ministrstvu delamo. Koncesije pomenijo le večji izbor, krajšanje čakalnih dob in večjo dostopnost do zdravstvenih storitev, ki so plačljive iz javnih sredstev. Govoriti o divji privatizaciji je neumestno. V mandatu ministra Bručana ni bilo podeljenih bistveno več koncesij kot v povprečju letno v prejšnjih štirinajstih letih. Razvite evropske države v letih po II. svetovni vojni oblikovale učinkovite javno zasebne zdravstvene sisteme z možnostjo zasebnega, so pri nas ideološki predsodki to prepovedovali.

Vse, tudi najbogatejše države se soočajo z omejenimi javnimi sredstvi, s čakalnimi dobami, z večjimi potrebami zaradi staranja ljudi in možnostih razvojnih potencialov medicine. V stalnih reformnih procesih iščejo rešitve. Tudi pri nas dolžni iskati poti in ukrepe za čimbolj kakovostno zdravstveno oskrbo.

Ali se bodo koncesije lahko dedovale? Nekateri namreč poudarjajo, da je takšna rešitev sporna, saj naj bi bila v nasprotju z evropsko zakonodajo.

Nobena evropska direktiva dedovanja izrecno ne prepoveduje. Poudariti je treba tudi, da nobena direktiva za podelitev koncesije, katere predmet so zdravstvene storitve, ne zahteva javnega razpisa, vendar ga predlagani zakon že predvideva. Kot vsake pravice iz pogodbenega razmerja so tudi te pravice lahko predmet dedovanja, pri čemer predlagani zakon dedovanje omejuje in ga veže na soglasje koncedenta. Koncesije se bodo podeljevale za določen čas. Koncedent lahko pod določenimi pogoji izdajo dovoljenja zavrne. Res pa je, da mora biti zakon življenjski. Če se je na primer oče zadolžil zato, da je zgradil in opremil ambulanto, sin seveda podeduje ta dolg. Povsem nerazumno bi bilo zahtevati, da vrne dolg in ne omogočiti, da podeduje koncesije, če seveda izpolnjuje pogoje za njeno izvajanje.

Pri tem je treba tudi poudariti, da trenutno veljavni zakon dedovanja koncesij, ki so po trajanju povsem neomejene, ne prepoveduje, vsaj v kolikor gre za njihovo premoženjsko naravo, medtem ko Zakon o lekarniški dejavnosti dedovanje celo izrecno omogoča. Koncesije so dedne torej že sedaj.

Za koncesijo se bodo lahko potegovali tudi pravne osebe, kar pomeni tudi večja, kapitalsko močna podjetja. Obstaja tu kakšen zadržek?

Vključitev pravnih oseb kot možnih koncesionarjev je nujna. Poleg tega so lahko pravne osebe koncesionari že sedaj. Pravna oseba, ki naj bi dobila koncesijo, bo morala imeti ustrezno število zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev (ključnega osebja). Seveda pa lahko zdravniki kadarkoli ustanovijo zadrugo ali drugo pravno osebo in sami kandidirajo za koncesijo. Eden od namenov zakona je tudi zagotoviti dodatna zasebna vlaganja v infrastrukturo javne zdravstvene službe, zato je seveda treba predvideti tudi možnost kapitalsko močnih koncesionarjev.

Kako se bo določala višina sredstev, ki se bodo koncesionarju zagotavljale iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, in kako bodo oblikovane cene storitev, saj vemo, da se bo koncesijska pogodba sklenila za obdobje nekaj let?

Če bo v teku koncesijske pogodbe prišlo do tako velikih demografskih sprememb, da koncesija nikakor ne bi bila potrebna, omogočajo splošna pravila pogodbenega prava spremembo pogodbe ali njeno odpoved. Tudi cene ne bodo povsem absolutno fiksirane za ves čas trajanja koncesijskega razmerja, ampak se bodo lahko usklajevale s prilaganjem cen, ki bodo dogovorjene v sistemu financiranja javnih zavodov. Vendar, če bo koncesionar ponudil nižje cene, bodo ves čas ustrezen procent nižje.

Nov pojem je »koncesija gradnje«. Kaj vse je lahko razumeti pod tem? Bodo na primer lahko tudi zdravniki kandidirali za ta del koncesije?

Koncesija gradnje je v kontekstu predlaganega zakona nekoliko poenostavljeno povedano koncesija javne zdravstvene službe, katere bistven sestavni del je tudi zgraditev ali prenova nekega objekta, ki postane po prenehanju koncesije javna last ali ki je javna last že ob sklenitvi koncesijske pogodbe. Seveda bodo za to koncesijo lahko kandidirali zdravniki, saj bodo kot ključno osebje morali biti udeleženi pri vsaki koncesiji. Razumljivo pa je, da bo moral kandidat za koncesijo gradnje izkazati tudi ekonomsko zmožnost izvesti gradnjo, zato bo v takem primeru najbrž potrebno, da ustanovijo pravno osebo in se povežejo v konzorcij z neko banko ali drugo osebo, ki bo zagotovila potrebna investicijska sredstva.

Zakon uvaja status svobodnega zdravnika specialista, kar je eden od načinov, kako pravičneje nagraditi vrhunske specialiste, za katere v javnem zavodu velja plačna uravnilovka. Kaj to pomeni za obseg dela teh zdravnikov specialistov?

Gotovo je mogoče pričakovati, da si bo prizadeval za nekaj večji obseg dela, ker ne bo omejen s sedanjimi togimi pravili o obsegu dela preko polnega delovnega časa. Vsaj javni zavod ali koncesionar, ki pa bo sklenil pogodbo s svobodnim zdravnikom specialistom, bo nedvomno moral pri tem ugotoviti, ali z drugimi pogodbami ni že preobremenjen.

Katere so glavne prednosti izvajanja zdravniške dejavnosti preko svobodnih zdravnikov?

Izkušnje držav, kjer jih imajo (Nizozemska, Kanada) zelo jasno kažejo, da svobodnjaki dvigujejo produktivnost dela in to zlasti na določenih področjih, kot so operativne dejavnosti, anesteziologija, invazivna diagnostika itd. Po drugi strani si v prihodnosti zaradi pomanjkanja zdravnikov in delovnopravne zakonodaje težko predstavljam zakonito delovanje sistema zdravstvenega varstva brez svobodnjakov.

S kakšnim ukrepom boste zagotovili, da bo svobodni zdravnik ostal v javnem zavodu, v kolikor ga le-ta še potrebuje potem ko se odloči za svobodni poklic?

Zakon od javnih zavodov zahteva, da s svobodnim zdravnikom po njegovem odhodu sklenejo enoletno pogodbo o sodelovanju za polni delovni čas in za vse program, ki ga je zdravnik opravljal, ko je bil še zaposlen v javnem zavodu. Ta ukrep je predviden za varovanje obeh strani, saj tudi javni zavod praviloma potrebuje zdravnika, ki se je odločil, da gre v svobodni poklic. Kolikšno naj bo trajanje takšne medsebojne zaveze nadaljnjega sodelovanja, pa se še lahko prouči.

Kdo bo po novem zakonu odločal o delovnih obveznosti svobodnega zdravnika specialista?

Določanje delovnih obveznosti bo v pristojnosti Zdravniške zbornice, pri čemer mora slednja pridobiti soglasje ministrstva in ZZS. Brez soglasja vseh treh institucij ne bo sprejeta nikakršna odločitev.

Bo zakon veljal retrogradno?

Zakon ne velja za nazaj, saj bo le v naprej zahteval spremenitev obstoječih koncesijskih razmerij skladno z novim zakonom, to pa zlasti pomeni njihovo preoblikovanje v koncesije za določen čas in sklenitev koncesijske pogodbe skladno z novim zakonom. To pa v pravu ni veljavnost zakona za nazaj (t.i. retroaktivnost), pač pa poseg v upravičena pravna pričakovanja, ki je na način, kot je to storjeno v predlaganem zakonu, po praksi Ustavnega sodišča ustavno dopusten.