

### Velika Britanija

Domovina Beveridgevega sistema državnega zdravstvenega varstva, financiranega prek davkov iz državnega proračuna. Značilno je, da je bilo do pred nekaj leti tipično zasebnišvo srednjeevropskega tipa praktično zanemarljivo prisotno. Prva pobuda za spremembo takšnega pristopa je prišla v času Thatcherjeve, ko so predlagali tako imenovani »fundholding« sistem, v katerem zdravniki splošne medicine upravljajo s sredstvi za primarno in sekundarno obravnavo bolnikov. Sistem sicer ni dosegel zelenih rezultatov, ob morebitni polni uveljavitvi pa bi praktično prišlo do skoraj popolne privatizacije na primarni ravni. Tako pa ostaja še naprej v veljavi stari sistem, v katerem so zdravniki dejansko zaposleni v NHS (National Health Service) ter za svoje delo prejemajo plačo. Priznati je potrebno, da so v času prejšnjega mandata Blairove vlade uvedli spremembe, ki so omogočile odpiranje trga, tako da sedaj že poznamo vse tri elemente zasebnštva – zasebne bolnišnice, zasebno izvajanje dejavnosti in zasebno zdravstveno zavarovanje. Posebno slednje je za Britanijo novost po letu 1948, zasebni zavarovalci pa beležijo izredne uspehe pri pridobivanju zavarovancev. BUPA, ki je ena največjih, jih ima že 3 milijone (<http://www.bupa.co.uk>). Seveda moramo vedeti, da v tem primeru zasebno zavarovanje pomeni *dodatno zavarovanje in dodaten strošek*, saj je državno zavarovanje predpisano in se mu ni moč odpovedati, ni pa niti odvisno od cenzusa. Če se vrnemo k izvajanju dejavnosti, velja poudariti, da je vzpon vseh oblik zasebnštva spodbudil razvoj tudi zasebnega izvajanja zdravstvene dejavnosti. Sedaj so namreč v VB na poti v dejansko kombinirani sistem s povsem liberalizirano zasebno pobudo tako pri zavarovanih kot pri izvajanju dejavnosti. Ker javni sistem poka po šivih, se poleg izvajalcev pojavljajo še posebne, pravzaprav javnemu sistemu neposredno konkurenčne storitve. V NHS so namreč pred dvema letoma začeli s sistemom HealthDirect, ki je oblika telefonskega zdravstvenega svetovanja in triaziranja. Upravljajo ga medicinske sestre, ki tako usmerjajo klicočega. Sedaj pa so zasebni zdravniki splošne medicine uvedli sistem 24-7, v katerem so ključne osebe zdravniki splošne oziroma družinske medicine. Sistem je dostopen, kot pove ime, neprekinjeno, tudi preko spleta, vendar pa je plačljiv in je zanj potrebno plačati letno članarino v višini 60 funtov (<http://www.247gp.co.uk>). Večina zasebnih bolnišnic in zdravnikov je v velikih mestih, slednji imajo praviloma skupinske prakse, kar pa je tako ali tako dobro znan model tudi iz NHS.

### Nizozemska

Nizozemska je znana tudi kot država neprestanih reform v zdravstvu, prav nasprotno od Velike Britanije, ki dolgo časa ni popuščala. Gre za državo, ki je privzela Bismarckov model zaradi nemške okupacije med drugo svetovno vojno, vendar ga po vojni ni zavrgla, temveč ga je razvijala po svoje. Glede zasebnštva velja poudariti, da gre zdravstvo na Nizozemskem po poti ostalih dejavnosti v tej liberalno organizirani državi. Zato so vse bolnišnice, razen treh univerzitetnih, zasebne, vendar neprofitne. Kljub temu jih upravljajo upravni odbori, v katerih sedijo pomembne osebe iz gospodarskega in finančnega življenja (predsedniki uprav bank, zavarovalnic ipd.). Izvajanje specialistične dejavnosti poteka v obliki neke vrste skupinskih praks, razvrščenih po specialnostih in po bolnišnicah (samo posamezni zdravniki se odločijo, da bodo opravljali zasebno dejavnost povsem mimo bolnišnice). Specialisti nato v teh skupnih praksah dorečejo obseg dela, ki ga nato ponudijo bolnišnici kot program. Do tu je še vse v redu. Težave nastopijo, ker je bolnišnica financirana proračunsko, tako da vsi ostali zaposleni prejemajo plače in tem ni mogoče nalagati (pre)velikih obremenitev, ne morejo pa jih niti zaposliti bistveno več (npr. če bi želela slediti

povečanim ambicijam zdravnikov). Novo situacijo prinašajo SPP, ki jih v modificirani različici uvajajo tudi na Nizozemskem. Le-ti bodo vsekakor prispevali k spremembi obstoječega sistema, saj bo potrebno postaviti klinične poti, ki bodo uravnotežile delo posamezne kategorije kadra, kar pa bo vsekakor vplivalo na cene in obseg zdravnikovega dela. Družinsko oziroma splošno medicino na Nizozemskem izvajajo zdravniki zasebniki skoraj izključno. To je namreč že dolgoletna tradicija. V zadnjem času so se zdravniki odločili, da bodo postopoma ukinili splošno in neomejeno dostopnost ter so pričeli organizirati in urejati neprekinjeno zdravstveno varstvo na podoben način, kot je to v Sloveniji urejeno v Ljubljani, Kranju, Celju in še kje (»SNMP«). Problem take organizacije je večji v manjših krajih in na podeželju, saj je s tem zdravnik slabše dostopen, javni prevoz ni vedno na voljo, poleg tega pa je na Nizozemskem uvedena tudi participacija za posamezen obisk, ki znaša približno 25 EUR za obisk v rednih ordinacijskih urah in skoraj 80 EUR v dežurni službi. Zakaj so se zdravniki sploh odločili za takšno potezo? Približno polovica vseh zdravnikov družinske medicine dela v samostojnih praksah in druga polovica v takih, v katerih sta vsaj dva zdravnika. Tak način dela je postal precej naporen in težaven, posebno v velikih mestih z veliko socialnimi problemi ter z veliko obrobniimi skupinami prebivalstva.

### Švedska in Finska

Obe državi imata dolgoletno tradicijo državnega zdravstvenega varstva in decentraliziran sistem financiranja, organiziranja in izvajanja zdravstvene dejavnosti. Ta sistem je tradicionalno socializiran. Tudi izvajanje zdravstvene dejavnosti je pretežno vezano na javne ustanove. Na primarni ravni bi lahko govorili o paraleli zdravstvenim domovom, v katerih se poleg izvajanja zdravstvene dejavnosti v ožjem smislu izvajajo tudi programi za krepitev zdravja. Tudi bolnišnice v obeh državah so pretežno v javni lasti – univerzitetne bolnišnice so državne, regionalne in lokalne pa so v lasti lokalnih skupnosti – mest in občin oziroma njihovih skupnosti. Zato so seveda vsi zaposleni v vseh naštetih ustanovah plačani iz javnih sredstev in prejemajo plače. Delež zasebnikov je izrazito majhen, običajno gre za zdravnike v posameznih praksah splošne medicine v odročnih predelih, ki jih posebej stimulirajo za delo tam, ter za majhne bolnišnice in sanatorije.

Na Švedskem je tako, da je 80% vseh zdravnikov splošne medicine zaposlenih v javnih ustanovah in le 17% je čistih zasebnikov. Zasebnikom koncesije odobravajo okrožni sveti, ki imajo izključno pristojnost za izbiro oblike organiziranosti osnovne zdravstvene dejavnosti. Razmerje na ravni celotnega števila je še bolj v prid zaposlenih v javnih ustanovah, saj je med vsemi zdravniki kar 90% takih, ki delajo v javnih zavodih, in le 7%, ki so izključni zasebniki.

## KONCESIJSKO OPRAVLJANJE ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI: USPEHI, TEŽAVE IN IZZIVI

*Brane Dobnikar*

### Iz (nedavne) zgodovine

V začetku devetdesetih let so spremenjene družbene okoliščine, nova pravna ureditev celotnega zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja ter zdravstvene dejavnosti povzročile začetek uvajanja zasebne zdravniške prakse. Poleg uvedbe zavarovalniškega modela v sistem zdravstvenega varstva ter nekaterih drugih novosti v Zakonu o zdravstvenem

varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZvZZ - 1992 in spremembe) in v Zakonu o zdravstveni delavnosti (ZZDej - 1992 in spremembe), je bila zasebna zdravniška praksa oz. zasebno izvajanje javne zdravstvene dejavnosti ena temeljnih novosti. Pred tem je bila ta dovoljena le izjemoma.

Zakon je dokaj na široko odprl vrata koncesijskemu opravljanju zdravstvene dejavnosti. Vendar predvsem na deklarativni ravni. 13 let prakse je prineslo določen pozitiven prispevek k zagotavljanju zdravstvenih storitev za paciente, po drugi strani pa se praktično vsi odločujoči igralci v sistemu zdravstvenega varstva srečujejo z manjšimi in večjimi težavami, ki izhajajo iz v osnovi ne dovolj domišljene tranzicije zdravstva na področju zasebne prakse - na izvedbenem nivoju, zlasti pa kršenja pravnih norm ter izvajanja dostikrat nedopustne protekcionistične politike posameznih odločujočih.

Sistem je bil morda sicer dovolj dober za začetek, za prva leta uvajanja, kasneje pa ni sledil potrebam in tudi ne praksi, ki je terjala dopolnilne rešitve in tudi določene spremembe na regulatornem področju. Osebnostno menim, da je manjkala volja po doslednem uveljavljanju vsaj tistih zakonskih določil, ki so bila na voljo, hkrati pa ni bilo ustrezne zdravstvene politike, ki bi zaznala (ali hotela zaznati) porajajoče se težave in jih prek posameznih instrumentov politike reševala. To velja tako za lokalni kot za državni nivo izvajanja zdravstvene politike.

Ta prispevek predvsem nima namena pravno razdelati obstoječo zakonsko ureditev obravnavane problematike, ampak podati nekatere ugotovitve iz prakse ter osvetliti najbolj pereče probleme. Menim, da je nastopil skrajni čas, da se obrne novo poglavje v ureditvi koncesijskega opravljanja zdravstvene dejavnosti. Poizkus zdravstvene reforme, ki je bila v osnutku pripravljena in predložena javnosti v juliju 2003 (t.i. »bela knjiga«), je praktično preskočila obravnavano temo.

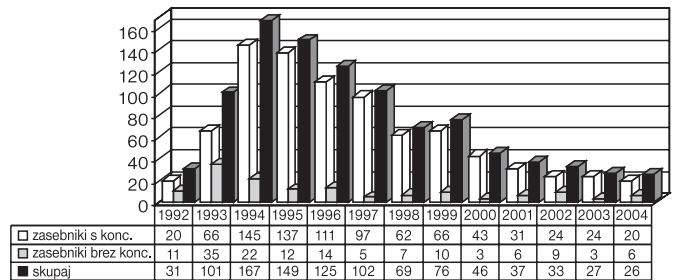
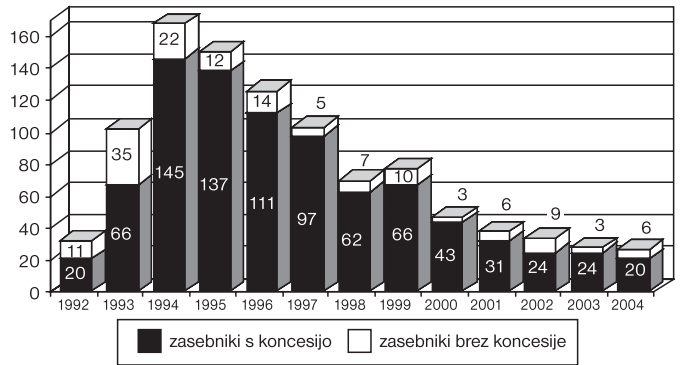
**Interes za opravljanje koncesijske zdravstvene dejavnosti**

Od leta 1992 je koncesijo za opravljanje zasebne zdravstvene dejavnosti poskusilo pridobiti več kot 2000 zdravnikov, zaposlenih v javnih zavodih. Uspela je slaba polovica. Interes med zdravniki v tem času sicer ni pomembneje upadel, upadla pa je volja zaradi zavrženih vlog za podelitev koncesije ali zaradi postavitve pogosto diskriminatornih pogojev izvajanja dejavnosti.

Iz spodnjih podatkov je videti, da je že leta 1995 začelo upadati število novih koncesionarjev in znaša sedaj na letni ravni manj od sedmine tistih, ki jim je bila podeljena koncesija leta 1994. Sedaj je koncesionarjev 22 % od vseh zdravnikov v javni zdravstveni službi, od tega jih je približno 40 odstotkov zobozdravnikov, 40 odstotkov zdravnikov splošne in družinske medicine ter pediatrov in šolskih zdravnikov, ostalo so ginekologi primarne dejavnosti in ambulantni specialisti nekaterih drugih strok. Nekaj je tudi kirurgov.

Leto začetka	Novi zasebniki s koncesijo	Novi zasebniki brez koncesije	Skupaj novi zasebniki	Zasebniki, ki imajo eno od statusnih oblik po ZGD
1992	20	11	31	-
1993	66	35	101	-
1994	145	22	167	-
1995	137	12	149	-
1996	111	14	125	-
1997	97	5	102	-
1998	62	7	69	-
1999	66	10	76	-
2000	43	3	46	-
2001	31	6	37	-
2002	24	9	33	182
2003	24	3	27	215
2004	20	6	26	229
Skupaj	846	143	989	

Število zasebnih praks po letih začetka



Vir: Informacijski sistem ZZS - register

Opomba: število 989 predstavlja vse zasebnike (stanje na dan 15.3.2005), ki so v omenjenih letih pričeli z zasebno prakso (koncesija podeljena fizični osebi) Podatek ne vključuje »zasebnikov«, ki delajo v podjetjih s koncesijo.

**Zapleti, s katerimi se srečujejo zasebniki (kandidati), podelitelji koncesij (koncedenti) in javni zdravstveni zavodi**

*Postopek podelitve koncesij.* Koncesije se podeljujejo na dveh nivojih države: lokalnem (občina/mestna občina) in državnem (ministrstvo). Zaradi neenotnih kriterijev in neenotne uporabe obstoječih pravnih podlag je podelitev koncesije pogosto odvisna od dobre volje župana, lobijev občinske uprave, pristojne za zdravstveno varstvo, in drugih interesnih, formalnih ali neformalnih skupin, vodstva zdravstvenih zavodov itd. Koncesijo se podeli na podlagi odločanja v upravnem postopku. Na podlagi analize je bilo ugotovljeno, da zdravnik v povprečju čaka na prvi odgovor na svojo vlogo 14 mesecev (podatek 1999), do izdaje upravne odločbe (največkrat negativne) pa pride v nekaterih primerih tudi šele po več letih. Upravni postopek vodijo v okviru občine različna telesa - organi, od župana do tajnice ali administrativne delavke, koncesijo pogosto podeljuje (ali zavrne) župan. Majhne občine imajo lahko pri odločanju težave zaradi nepoznavanja področja, neustrezne kadrovske in upravne strukture. Več sosednjih občin ima lahko »podedovano« skupno organiziranost zdravstvenega varstva, pa se občini ne moreta sporazumeti o podelitvi koncesije, kriterijih in pogojih zasebne zdravniške službe, pokrivanju zdravstvenih potreb občanov (odstotkovna razmerja), lokaciji ordinacije, kadar ta ni v obstoječem zdravstvenem domu ali njegovi dislocirani enoti itd. Sporne so lahko koncesionarjeve obveznosti, tudi take kot so ordinacijski čas, zagotavljanje nadomeščanja, sodelovanje v dežurni službi, zagotavljanje stalno dostopne nujne medicinske pomoči, in podobno. Odločanje o (ne)podelitvi koncesije je zelo pogosto, celo praviloma arbitrarno.

Sam časovni potek in sosledje (zakonsko) opredeljenih pogojev, ki jih mora izpolnjevati vlagatelj za podelitev koncesije/koncesionar, je za prakso neprimeren. Kandidat mora dokazovati izpolnjevanje nekaterih pogojev, kot je na primer lokacija (najem ali lastništvo ordinacije) še prej, preden je jasno,

ali bo koncesija podeljena. Dati mora tudi odpoved dosedanjega delovnega razmerja. S tem se spušča v veliko socialno in ekonomsko tveganje. Zakonodaja v tem pogledu ni konsistentna, logična in primerna za uporabo v praksi.

*Vsebina – pogoji podeljene koncesije.* Osnovno zakonsko načelo je, da opravljajo zdravstveno dejavnost pod enakimi pogoji javni zdravstveni zavodi in zasebni zdravniki na podlagi koncesije. Pod enakimi pogoji pomeni tudi, da ima koncedent pravičen in enakopraven odnos do vseh izvajalcev javne zdravstvene službe na območju in za področje, za katerega je pristojen. Praktično vse koncesijske pogodbe imajo določilo, da koncedent ne zagotavlja koncesionarju nobenih sredstev za opravljanje dejavnosti. Pri tem je potrebno pojasniti, da sta občina in država dolžna na podlagi zakonskih določil zagotoviti investicijska sredstva za izvajalce javne zdravstvene službe, saj strošek za osnovne investicije ni zajet v kalkulaciji za ceno zdravstvene storitve. Logično je sklepati, da to velja tudi za koncesionarje.

*Lokacija opravljanja koncesionarjeve dejavnosti in ekonomske posledice.* Določitev lokacije je predmet koncesijske pogodbe. V preteklosti so bile prostorske kapacitete za opravljanje zdravstvenih storitev stvar investicije države oz. prebivalcev na podlagi plačevanja samoprispjevka. Za področje osnovne zdravstvene dejavnosti so bili zgrajeni zdravstveni domovi, koncesionarji pa praviloma zaradi odločitve vodstva zavoda nimajo možnosti opravljati dejavnosti v prostorih, kjer so do tedaj kot zaposleni zdravniki opravljali zdravniško službo. Za to obstajajo lahko objektivni razlogi, kot je npr. zasedenost ordinacije zaradi dvoizmenske ambulante, najpogostejši pa so subjektivni razlogi, češ, zasebnik pa naj kar gre, kamor hoče. Tako mora koncesionar investirati dodatna (privatna) sredstva v javno zdravstveno infrastrukturo, kar je tudi v makroekonomskem pogledu velik nesmisel. V primerih, ko koncesionar dobi možnost opravljati koncesijsko dejavnost v prostorih zdravstvenega zavoda, pa plačuje (pogosto izredno visoko ali celo vrtoglavo) najemnino, ki ni namenjena le pokrivanju investicijskega vzdrževanja, ampak tudi strošku osnovne investicije. Prejemnik te najemnine pa je zdravstveni zavod!! Ker je lastnik zdravstvenega zavoda občina ali država, ali tudi zavod plačuje najemnino ustanovitelju?! Zakaj bi torej najemnino plačeval koncesionar!? Gre za javno zdravstveno službo, ki se lahko opravlja tudi na zasebni način, cilj podjetniške aktivnosti koncesionarja pa v osnovi ni, tako kot v gospodarski tržni aktivnosti, angažiranje kapitala za pridobivanje dobička. Seveda lahko koncesionar pridobiva tudi dobiček (pri javnem zavodu je to presežek prihodkov nad odhodki), vendar je treba poudariti, da zdravstvena dejavnost po svoji naravi ni namenjena ustvarjanju dobička. Cena zdravstvene storitve se ne oblikuje na trgu, je dogovorjena med državo, zdravstveno zavarovalnico in izvajalci zdravstvenih storitev, vsaj deklarativno. Ker je zdravstvo v splošnem podfinancirano glede na potrebe po zdravstvenih storitvah, ki izhajajo iz zakonskih pravic zavarovanih oseb, na podlagi demografskega stanja in gibanj ter možnosti sodobne tehnologije in medicinske znanosti, je oprema v zdravstvu skoraj 80 ostočno iztrošena, pacientom pa ni vedno mogoče ponuditi sodobne diagnostike in zdravljenja v časovno sprejemljivem okviru čakalnih dob.

*Kadrovska problematika.* Da z odhodom zdravnika v zasebno dejavnost ne bi prihajalo do obremenitve zdravstvenega zavoda s kadrovskimi višji, zahteva pogodba od koncesionarja, da "ponudi" zaposlitev pripadajočemu kadru. Pogodba od koncesionarja ne more zahtevati, da zaposlitev tudi vnaprej zagotovi, ker je odločitev delojemalcev nepredvidljiva. Ker obstaja koncesionarjeva dolžnost nudenja zaposlitve, ima zdravstveni dom možnost, da delavca preusmeri k drugemu delodajalcu – koncesionarju. Če delavec tako ponudbo zavr-

ne, postane brezposelen in dosedanji delodajalec do njega nima nobenih obveznosti več. Zdravstveni zavod in koncesionar pa se lahko dogovorita tudi za drugačno rešitev, na primer, da koncesionar ne zaposli sestre, laboranta, zobotehnika i.p., ampak mu v skladu s posebno pogodbo naročene storitve zagotavlja zdravstveni dom. Najpogostejši zaplet na tem področju v praksi je potencialni kadrovski presežek. Skladno s kalkulativnimi elementi cene zdravstvene storitve zavarovalnica plačuje (zgodovinski razlogi – včasih edini možni način povišanja cene storitev) npr. za eno zdravniško ekipo – program, 1,1 medicinske sestre ipd. Tisti zdravstveni zavodi, ki imajo zaposleno nekoliko višje število osebja ali pa celo število nad normativom, se z odhodom zasebnika in »kadra v celem številu« srečujejo s presežki. Ob sklenitvi pogodbe med zasebnikom in javnim zavodom o opravljanju drugih storitev (zobotehnične storitve, laboratorij, čistilni servis itd.) se v mnogih primerih zahteva plačilo za storitve, ki so po količini nad naročenimi (laboratorij, zobna tehnika). Torej morajo koncesionarji plačati pavšal, ne glede na realizacijo. Seveda to velja le za takrat, če je realizacija nižja od pavšala, če je višja, sledi doplačilo. Zdravstveni zavod (sicer skladno s pogodbo o specializaciji) terja od koncesionarja povrnitev stroškov specializacije, včasih celo dodatno odškodnino, kar vse skupaj znese tudi do 35 mio sit. To velja za primere, ko zdravnik pridobi koncesijo in s tem ni več zaposlen v zavodu. Taka terjatev je sicer v določenih primerih lahko na podlagi pogodbe pravno utemeljena, dejansko pa je nepravilna, pogosto predmet izsiljene pogodbe med mladim zdravnikom, ki mora oditi na (z zakonom obvezno predpisano) specializacijo kot pogoj za pridobitev zdravniške licence, ter delodajalcem. V primerih odhoda zdravnika med zasebnike – koncesionarje, se zdi odškodnina in povrnitev stroškov neupravičena, ker je koncesionar del mreže javne zdravstvene službe in zavod nima potrebe po nadomestitvi zdravnika.

### **Organizacija skupnih oblik zdravstvenega varstva na primarni ravni**

*Izhodišča in sedanja ureditev.* Izbrani zdravniki na primarni ravni so dolžni zagotavljati stalno, neprekinjeno zdravstveno varstvo za svoje bolnike kot redno ambulantno delo, dežurno službo, nujno medicinsko pomoč. Zapleti nastajajo, kljub jasnim zakonskim določilom o enakomerni vključitvi vseh zdravnikov javne zdravstvene mreže, pri organizaciji in izvajanju dežurne službe (nezadosten obseg, pomanjkanje zdravnikov, neenakomerno vključevanje, zapleti pri starejših koncesionarjih, ki ne morejo več dežurati ali imajo določeno stopnjo invalidnosti, izsiljeno brezplačno dežuranje koncesionarja, čeprav dobi sredstva za to javni zavod).

*Trajanje koncesijske pogodbe, njena prekinitev, prenos koncesije.* Koncesijska pogodba je v praksi praviloma sklenjena za nedoločen čas z odpovednim rokom, v nekaterih primerih pa za eno leto s klavzulo o podaljšanju za nadaljnje leto. Spet je odločitev o tem popolnoma odvisna od (trenutne) volje koncedenta. Za koncesionarja pomeni bistveno ekonomsko tveganje. Hkrati pa zaradi nejasnih postopkov podeljevanja koncesije nima koncesionar nobene možnosti vpliva na nadaljnje »obratovanje« ordinacije potem, ko se upokoji. Nesmiselno je, da koncesionar, ki prevzame program zdravstvenih storitev upokojenega bivšega koncesionarja in njegove paciente, ne more vplivati na to, da se že prej njegova vložena sredstva v kapacitete prostora in opreme uporabljajo naprej. Saj novega koncesionarja ni mogoče prisiliti v odločitev nakupa konkretne ordinacije.

Gornje ugotovitve lahko strnem. Imamo pravno in organizacijsko zmedo pri: podeljevanju koncesij, zagotavljanju materialnih in kadrovskih virov v zasebni praksi, delovanju in funkcijski povezanosti izvajalcev (koncesionarjev in zdravstvenih zavodov) zdravstvenega varstva.

Pri koncesijah je zmeda zaradi:

- zelo različne velikosti občin, drobljenja v preteklosti, nerazčiščenih lastninskih razmerij;
- nasprotujočih si interesov med občinami in v okviru občin;
- nekatere občine podelijo koncesijo (skoraj) vsem prosilcem, druge nikomur;
- na odgovor se čaka po več mesecev ali let;
- občina postavlja kandidatu neuresničljive, neutemeljene, celo nezakonite pogoje;
- sprehajanje od vrat (ZD) do vrat (občine);
- pravne nedoslednosti in pomanjkljivosti koncesijske pogodbe.

Ordinacijski prostori:

- ZD pod nobenim pogojem noče oddati prostorov;
- za oddajo prostorov se postavljajo neizpolnivi pogoji;
- postavlja se nerazumno visoka najemnina.

Kadri:

- prenehanje DR zdravnika,
- prevzem med. sestre, zob. asistentke itd.,
- odškodnina zaradi (obveznega) usposabljanja (specializacije) zdravnika.

»Tehnično« sodelovanje je oteženo zaradi nezmožnosti dogovarjanja o:

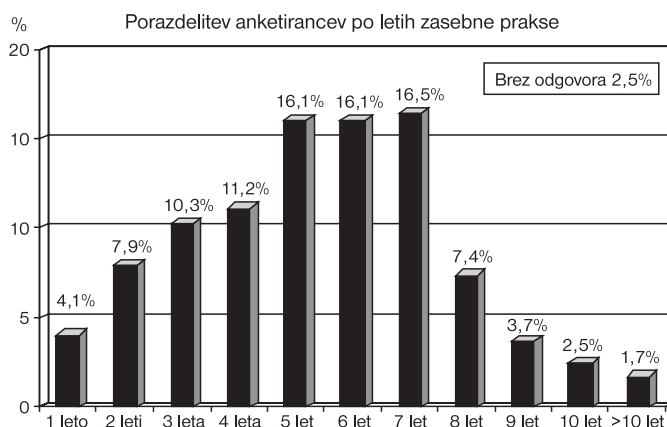
- laboratoriju,
- izdelavi zobotehničnih izdelkov,
- servisnih dejavnosti

Težave delovanja javnih zavodov in koncesionarjev se za oba lahko pojavljajo na naslednjih področjih:

- nezadostnost lastnega kadra, nadomeščanje,
- težave z vključevanjem zasebnikov v dežurno službo in nujno medicinsko pomoč,
- odhajajo zdravniki z več opredeljenimi pacienti,
- lahko ostajajo presežni delavci,
- oteženo je načrtovanje kadrov, opreme in prostorskih kapacitet.

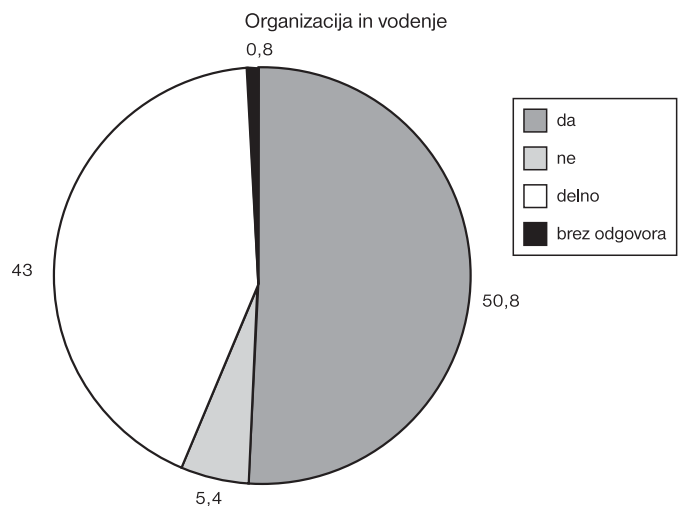
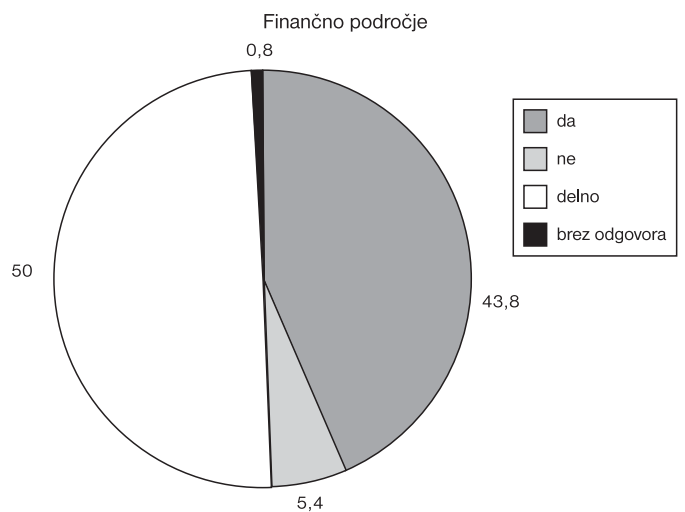
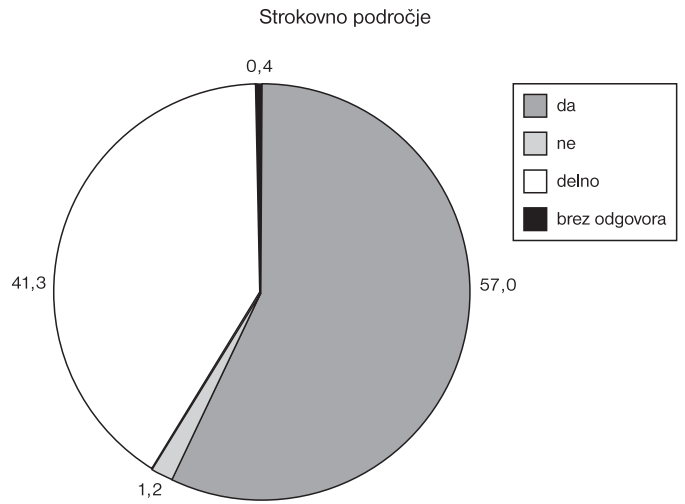
### Zadovoljstvo koncesionarjev in pacientov

Pred leti je bila opravljena raziskava med zdravniki in pacienti o zadovoljstvu s koncesijskim opravljanjem zdravstvene dejavnosti in je pokazala naslednje rezultate (vzorec 700 zdravnikov od skupno 1000 registriranih zasebnikov).



### Izpolnitve pričakovanj anketirancev

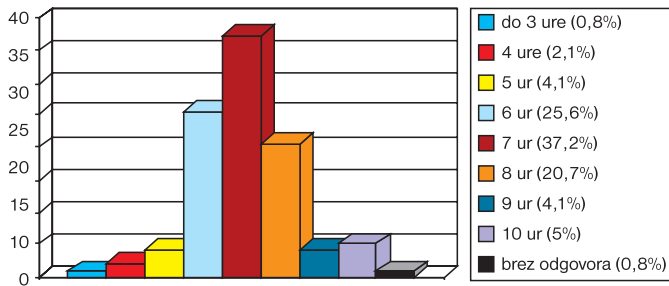
Po podatkih Zdravniške zbornice Slovenije, ki vodi evidenco o stalnem strokovnem usposabljanju, se zasebni zdravniki pomembno več udeležujejo strokovnih posvetov in delavnic, kljub temu, sa si težje organizirajo nadomeščanje v ambulantah. Tudi število pritožb zoper domnevno nestrokovno delo ali neetično obravnavo ali komunikacijo s pacienti, je pri zasebnikih nižje od povprečja.



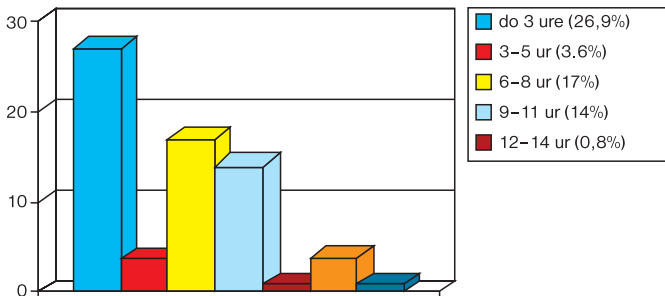
V maju 2005 je Zdravniška zbornica Slovenije izvedla anketo med zdravniki primarnega zdravstvenega varstva (splošni, družinski, pediatri, šolski, zobozdravniki) o interesu za bodoče opravljanje zdravniške službe kot zasebne dejavnosti. Anketa je bila poslana 1883 zdravnikom in zobozdravnikom, zaposlenim v zdravstvenih domovih. Rezultati analize so bili naslednji: vrnjeno je bilo 1065 anketnih listov (56,6%, zelo dober odziv), od tega jih je z DA odgovorilo 614, z NE pa 451.

Količina delovnih ur na teden

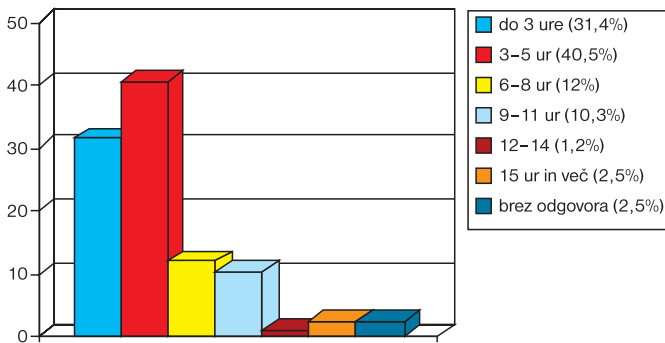
Delo s pacienti; ure na dan



Delo v organizaciji in vodenju; ure na teden

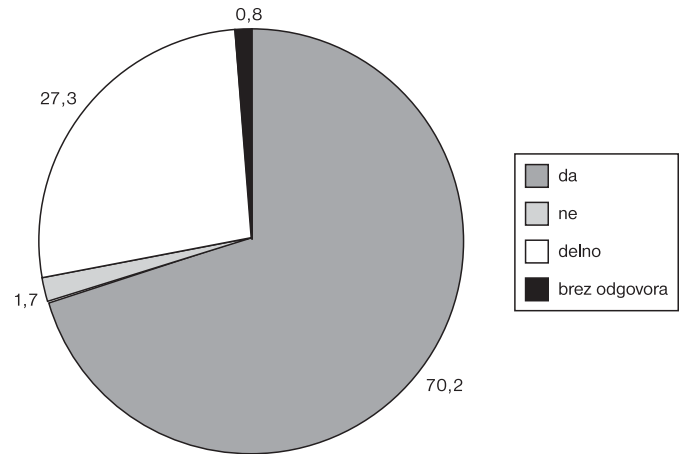


Strokovno, študijsko, raziskovalno, pedagoško delo; ure na teden



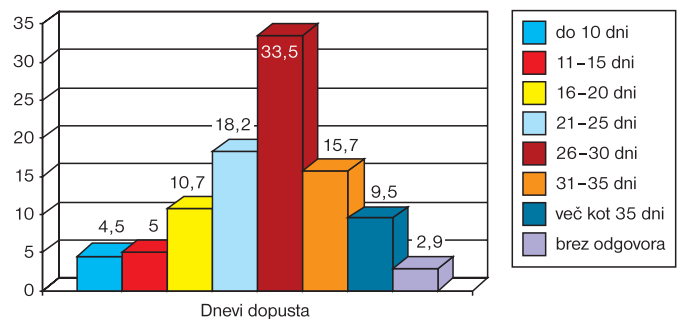
S pacienti se povprečno dela 6,9 ure na dan, v organizaciji in vodenju povprečno 5,4 ure na teden in strokovno, študijsko in raziskovalno povprečno 4,8 ure na teden. To skupaj zneso povprečno 44,7 delovne ure na teden.

Zadovoljstvo z delom

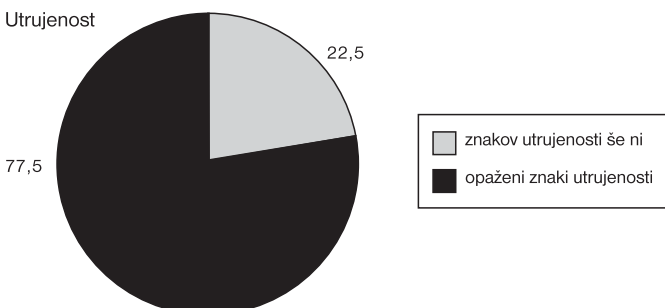
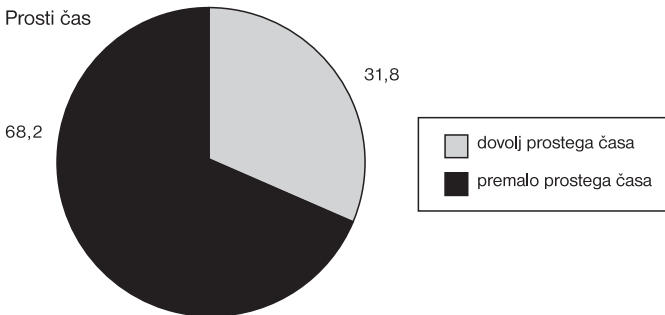


Dopust

Število dni letnega dopusta

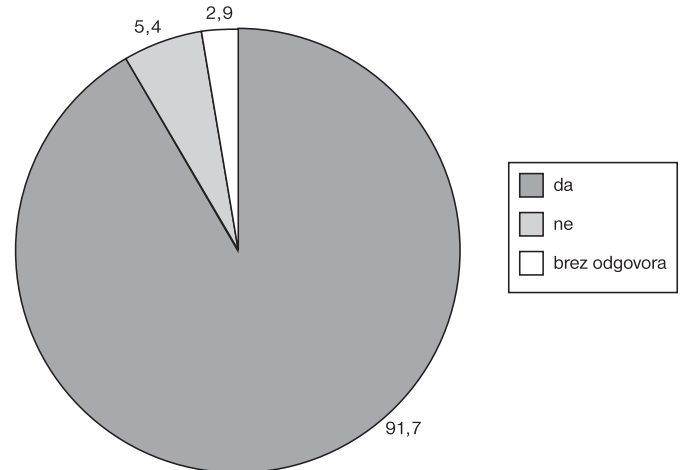


Prosti čas in utrujenost  
60 anketirancev ni odgovorilo na to vprašanje

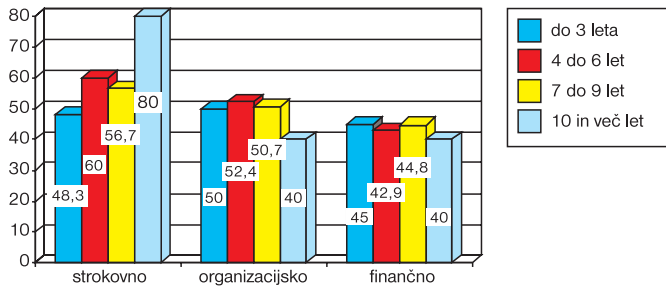


Ponovna odločitev

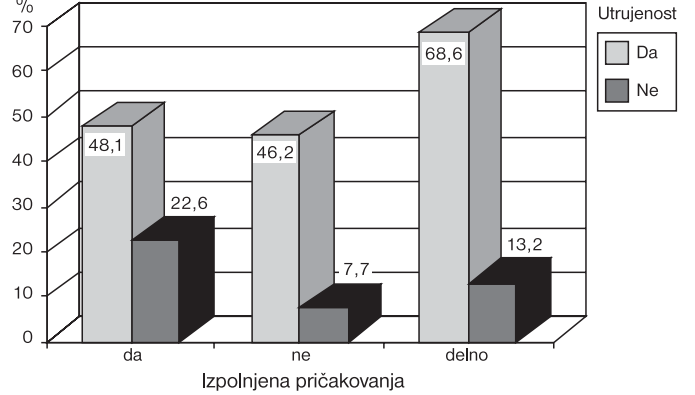
Ponovna odločitev za zasebno dejavnost



Izpolnitev pričakanj glede na leta v zasebni praksi  
Pritrdilni odgovori glede na leta zasebne prakse

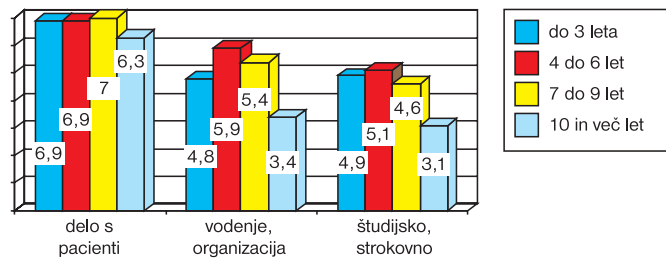


Finančno področje

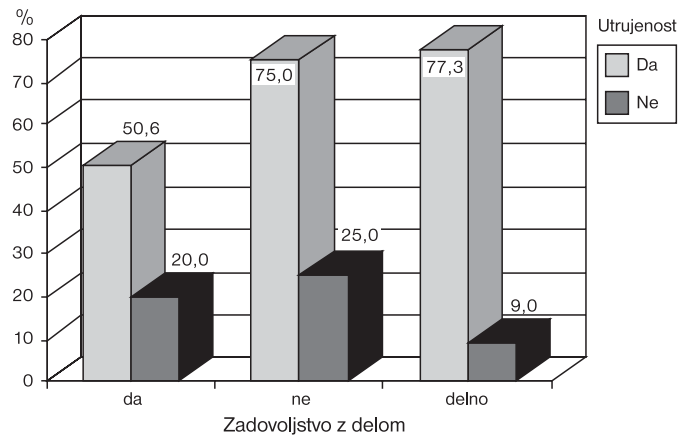


Število ur glede na leta v zasebni praksi

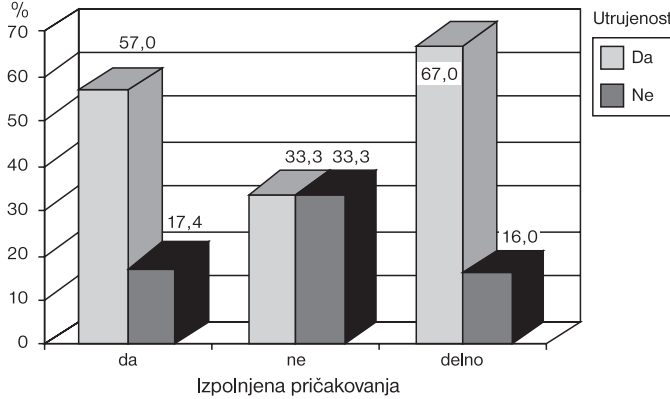
Število ur dela s pacienti na dan, v organizaciji in strokovne ure na teden



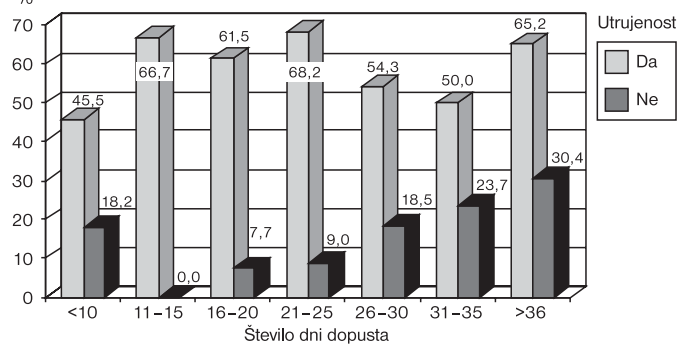
Povezava zadovoljstva z delom in utrujenost



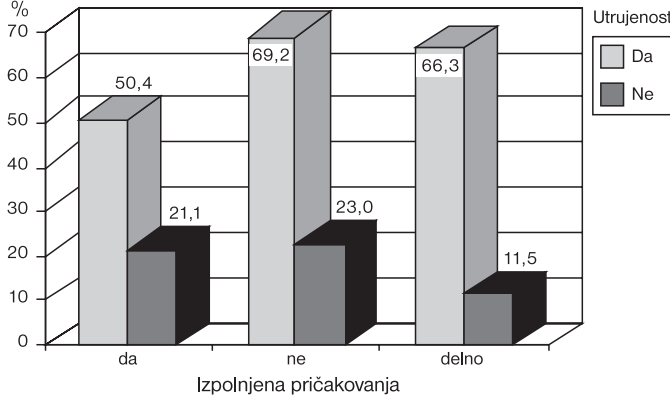
Povezava med izpolnitvijo pričakanj in utrujenostjo  
Strokovno področje



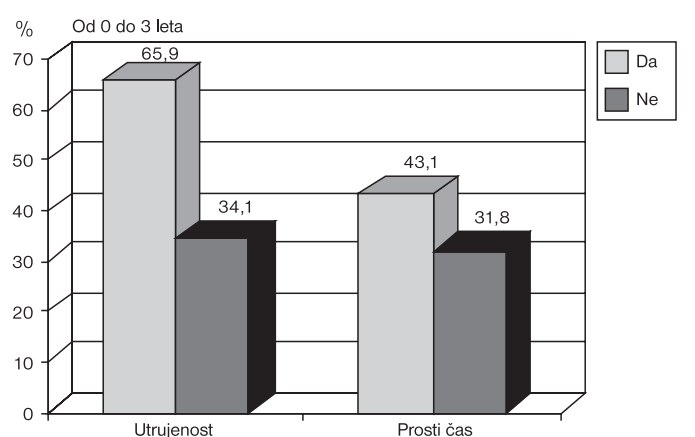
Število dni dopusta in utrujenost

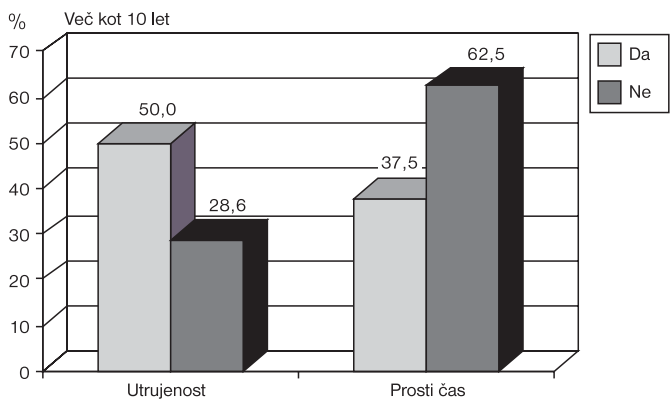
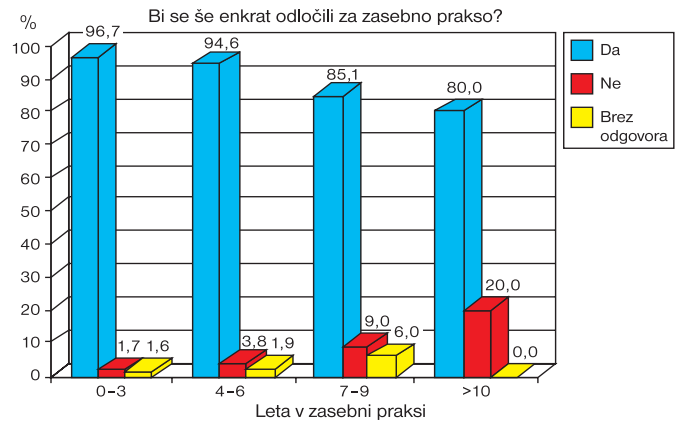
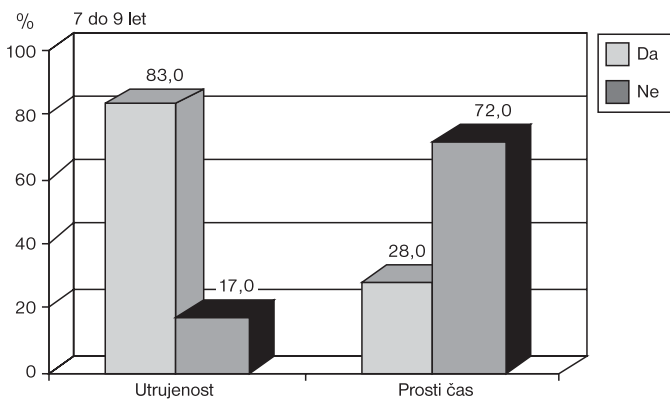
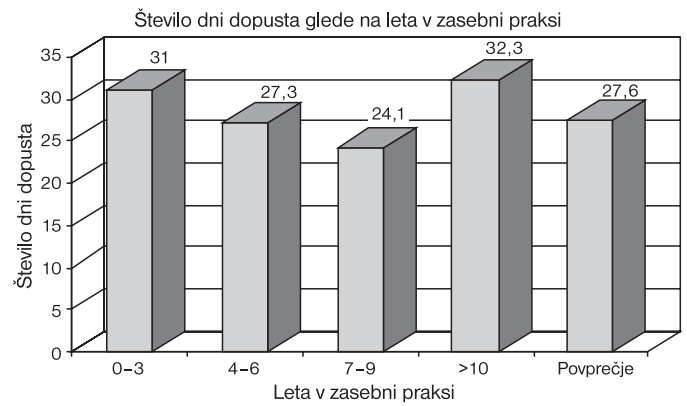
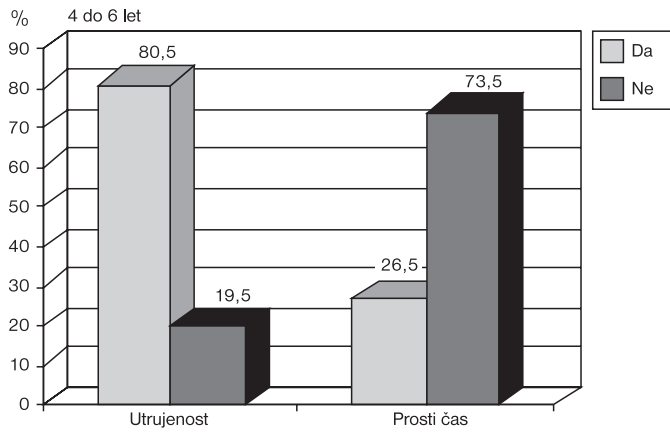


Organizacijsko področje

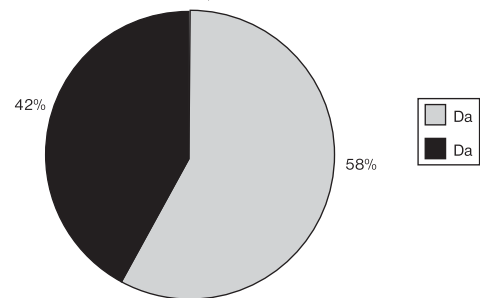


Utrujenost in prosti čas glede na leta v zasebni praksi



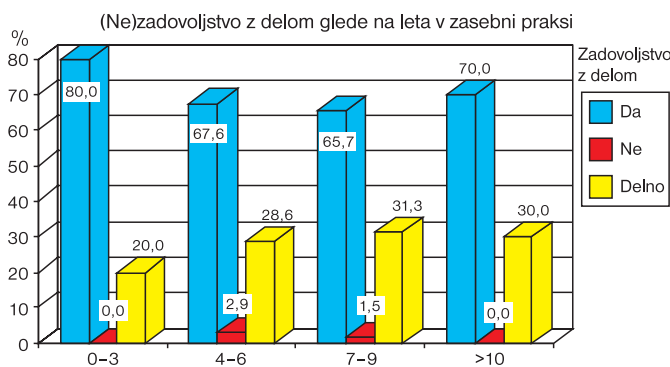


Analiza ankete, n = 1065



Analiza področij, na katerih bi želeli opravljati zdravniško/zobozdravniško službo kot zasebnik s koncesijo (n = 614).

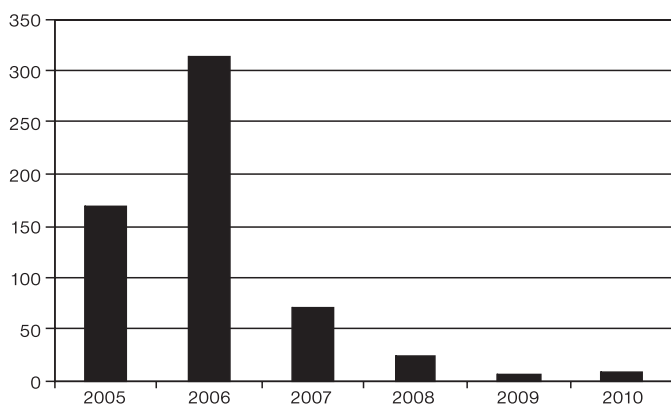
Specialnost	Število	Odstotek
Družinske/splošne medicine	218	35,5
Zobozdravstvo	177	28,8
Pediatrije	78	12,7
Ginekologija in porodništvo	29	4,7
Otroško in preventivno zobozdravstvo	25	4,1
Ortodontija	18	2,9
MDPŠ	9	1,5
Pnevmologija	6	1,0
Interna medicina	5	0,8
Oralna kirurgija	5	0,8
Psihijatrija	5	0,8
Splošne medicine in MDPŠ	5	0,8
Mladinsko zobozdravstvo	4	0,7
Oftalmologija	4	0,7
Otroška in mladostniška psihijatrija	4	0,7
Radiologija	4	0,7
Stomatološka protetika	4	0,7
Fizikalna in rehabilitacijska medicina	3	0,5
Interna medicina - kardiologija	3	0,5
Interna medicina, pnevmologija	3	0,5
Otorinolaringologija	3	0,5
Dermatovenerologija	1	0,2
Zobne in ustne bolezni	1	0,2
<b>Skupaj</b>	<b>614</b>	<b>100,0</b>





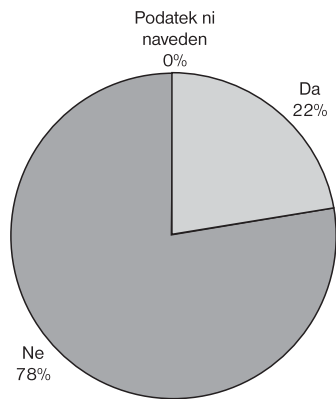
*Analiza števila zdravnikov/zobozdravnikom, glede na datum začetka opravljanja zdravniške/zobozdravniške službe kot zasebniki s koncesijo (n = 614).*

Kdaj - od leta	Število	Odstotek
2005	170	27,7
2006	315	51,3
2007	72	11,7
2008	23	3,7
2009	6	1,0
2010	7	1,1
Podatek ni naveden	21	3,4
Skupaj	614	100,0



*Analiza števila zdravnikov/zobozdravnikov, glede na to če so že v postopku pridobitve koncesije (n=614).*

Trenutno že v postopku	Število	Odstotek
Da	138	22,5
Ne	474	77,2
Podatek ni naveden	2	0,3
Skupaj	614	100,0



**Sklep**

Pozitivno v zasebni dejavnosti:

- strokovna avtonomija,
- racionalnost, storilnost, prijaznost,
- fleksibilnost,
- avtonomija pri izbiri vrste in količine potrebnih izobraževanj,
- zadovoljstvo zdravnikov in pacientov je večje,
- možnost večjega zaslužka (na dolgi rok),
- transparentno poslovanje.

Negativno:

- večja osebna odgovornost,
- ekonomsko tveganje,

- manjša pravna zaščita,
- manj dopusta in prostega časa,
- več možnosti za izgorevanje.

Na podlagi prakse 13 let uvajanja koncesijskega opravljanja zdravstvene dejavnosti in tranzicije na področju zdravstva ter ugotovitev podnormiranosti in pravne neurejenosti ter nekonsistentnosti zakonodaje ter politične (ne)volje o tem, kateri segmenti javne zdravstvene službe in v katerem obsegu in na kakšen način naj se (pobezno) opravljajo na podlagi podeljene koncesije zdravniku, se zdi, da je prišel čas za bistven zakonodajalčev poseg na to področje. Politika je bila sicer na deklarativni ravni naklonjena zasebnemu opravljanju javne zdravniške službe, v praksi je drugače, problemi se le zaostrejujejo. Zdi se primerno, da bi bilo področje koncesionirane zdravstvene dejavnosti urejeno s posebnim zakonom, morda tudi z bistveno novelo zakona o zdravstveni dejavnosti.

Zdi se, da je zdravstvena politika na državni ravni v zadnjem letu bistveno bolj naklonjena zasebnstvu, še zlasti aktualni minister za zdravje. Bomo videli, kaj bo prinesla bodoča novela nekaterih zdravstvenih zakonov in drugih predpisov.

**LASTNE IZKUŠNJE V ZASEBNIŠTVU**

*Igor Praznik*

Minilo je že dobro desetletje od uvedbe zasebne zdravstvene dejavnosti v Sloveniji, ki je prinesla številne spremembe in novosti in brez dvoma obogatila sistem javne zdravstvene mreže z zdravniki in zobozdravniki s koncesijo ter razširila ponudbo na trgu zdravstvenih storitev z delom zdravnikov in zobozdravnikov v zasebnih ordinacijah brez koncesije.

Eden od pogojev za opravljanje zasebne zdravniške in zobozdravniške dejavnosti s koncesijo ali brez je tudi seminar za kandidate za zasebno zdravniško dejavnost, ki ga organizira Zdravniška zbornica Slovenije. V letih od 1992 do 2005 se je seminarja udeležilo 2241 zdravnikov in zobozdravnikov. V prvih letih je bila udeležba večja, tudi več kot 200 udeležencev, zato je bil seminar tudi v dveh skupinah. V letu 1996 je bilo udeležencev 126, leta 1997 - 96, leta 1998 - 132, leta 1999 - 101, leta 2000 - 88, leta 2001 - 58 in leta 2002 - 63 (prijavljenih 94). Jesenski seminar 2003 smo prestavili na januar 2004 - 59 udeležencev, 15. seminar januarja 2005 - 140 udeležencev. Hitri prehod v zasebno dejavnost s hitrim porastom je bil do leta 2000, leta 2001 je vstopilo v zasebno dejavnost 31 zdravnikov in zobozdravnikov s koncesijo in 6 brez koncesije, leta 2002 pa 23 s koncesijo in 9 brez koncesije, v letih 2003 in 2004 še nekaj deset. Po podatkih Zbornice je bilo leta 2004 474 zdravnikov s koncesijo in 38 brez koncesije, 523 zobozdravnikov s koncesijo in 140 brez koncesije, skupaj torej 1175 zdravnikov in zobozdravnikov, okoli 20,5% od skupaj 5729 zdravnikov in zobozdravnikov, aktivnih v zdravniških službah, sicer je število vseh članov Zbornice 7483.

V Poslovnem poročilu Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leto 2001 (Ljubljana, marec 2002) je podatek o številu sklenjenih pogodb z izvajalci zdravstvenih storitev v letu 2001, 205 pogodb z javnimi zavodi in 1081 zasebnimi izvajalci (v letu 1993 je bilo pogodb z javnimi zavodi 180 in 133 z zasebnimi izvajalci). Program zdravstvenih storitev se sprejme s partnerskim dogovarjanjem. V pogajanjih aktivno sodeluje tudi Zbornica. V pogajalski skupini so zasebni zdravniki in zobozdravniki kot tudi zaposleni zdravniki in zobozdravniki.

Dogovor za leto 2001 je bil sprejet šele 18. septembra 2001, pogodbe je Zavod za zdravstveno zavarovanje sklenil s 1286 izvajalci. Število pogodbenih partnerjev se je v primerjavi z