

mere ga daje rezultat ankete med zasebnimi zdravniki, ki jo je leta 2001 izvedel D. Klančič, dr. med. Poslal je 700 vprašalnikov, odgovorilo je 242 zasebnikov (34,6%), vprašanja so bila: Koliko let delate v zasebni dejavnosti? Ali so se izpolnila pričakovanja na strokovnem, organizacijskem in finančnem področju? Koliko ur dnevno delate z bolniki? Koliko ur tedensko porabite za organizacijo in vodenje? Koliko ur tedensko porabite za strokovno, študijsko, raziskovalno, pedagoško delo? Ali menite, da imate dovolj ali premalo prostega časa? Ali že zaznavate znake utrujenosti? Koliko dni letnega dopusta izkoristite v koledarskem letu? Ali bi se še enkrat odločili za zasebno zdravniško dejavnost?

Odgovori zasebnikov z 1 do 10 let dela v zasebnstvu so bili: izpolnitev pričakovanj na strokovnem področju v 57%, delno v 41,3%,

ne v 1,2%, brez odgovora 0,4%, na organizacijskem področju in vodenju izpolnitev v 50,8%, delno v 43%, ne v 5,4%, brez odgovora 0,8%, na finančnem področju da v 43,8%, delno v 50%, ne v 5,4%, brez odgovora 0,8%. V povprečju so delali z bolniki 6,9 ure na dan, povprečno porabili 5,4 ure na teden za vodenje in organizacijo in povprečno 4,8 ure na teden za strokovno, študijsko, raziskovalno, pedagoško dejavnost, kar je skupaj v povprečju 44,7 delovne ure na teden.

68,2% jih je menilo, da imajo premalo prostega časa, 31,8% dovolj, znake utrujenosti opaža 77,5%, 22,5% pa ne. Nasploh je zadovoljnih z delom 70,2%, delno 27,3%, ne 1,7%, brez odgovora 0,8%. Povprečno število dni letnega dopusta je bilo 27,6%. Ponovno bi se za zasebno dejavnost odločilo 91,7%, ne bi se 5,4%, ni odgovorilo 2,9%.

Zelo zanimivi so bili še nekateri drugi zaključki iz analize in primerjave zbranih podatkov.

Zanimivi pa so tudi rezultati ankete avstrijskega medicinskega časopisa *Ärztewoche*, ki so jo izvedli avgusta in septembra 2002. Sodelovalo je 726 samostojnih zdravnikov (81% moških in 19% žensk), 400 splošnih zdravnikov in 326 ambulantnih specialistov, njihovi odgovori so po mnenju raziskovalcev dali dober vpogled v stanje razpoloženja med avstrijskimi zdravniki.

Glede na izkušnje v poklicu v zadnjih petih letih bi se jih še 72,4% odločilo ponovno za zdravniški poklic. V podobni anketi, ki jo je izvedel nemški *Ärztzeitung*, je v Nemčiji prepričanih, da so izbrali pravi poklic, samo še 60,3%. Sicer pa avstrijski kolegi slabo ocenjujejo razvojne perspektive v njihovem zdravstvenem sistemu, ki se tudi bori s finančnimi problemi, pritiski na zdravnike s strani bolnikov so večji, vedno bolj se izgublja poklicna avtonomija, manj so plačani za več dela, vedno večji so tudi pritiski na zdravnike s strani zdravstvene politike, ki je do zdravnikov sovražna. Zdravniki sami tudi menijo, da je ugled zdravniškega poklica med prebivalstvom v zadnjih letih padel, vendar vsakoletne velike javnomnenjske raziskave tega ne potrjujejo, zdravniki so po ugledu še vedno v vrhu poklicev.

Zdravstveni sistem zahteva nenehno prilagajanje trenutnim zahtevam in potrebam ter zmožnostim na drugi strani. Boljši in učinkovitejši so tisti, ki so bolj prožni, manj togi in manj vezani na nekatere tradicionalne rešitve, ki so do neke mere lahko uporabne in jih je vredno ohranjati, vendar analitično in ne po inerciji. Potrebno je skoraj vsak dan iskati nove optimalne rešitve, v naših razmerah v čimbolj konstruktivnem sožitju vseh udeležencev in izvajalcev zdravstvene dejavnosti.

## ORGANIZIRANOST ZOBOZDRAVSTVA V DRŽAVAH EU

*Matjaž Rode, Nenad Funduk, Janez Vrbošek*

### Organizacija

EU Direktive, ki obravnavajo zobozdravstvo v državah članicah (78/686 in 78/687 EEC), predpisujejo nazive, priznavanje diplom, vsebino in trajanje dodiplomskega študija, pogoje za prosto gibanje zobozdravnikov po državah EU, ne pa tudi načina organizacije zobozdravstvenega varstva, kar EU zaenkrat prepušča posameznim državam članicam.

V skoraj vseh državah EU so zobozdravniki predvsem zasebniki, ki pa so v večini držav koncesionariji. So pa nekateri tudi povsem v »svobodnem« položaju, kar pomeni, da bolnik zobozdravniku v celoti poravnava stroške zdravljenja in stomatoprotetične rehabilitacije.

Za nekatere skupine prebivalstva je v večini držav EU organizirana posebna služba (predvsem so to otroci in mladostniki do dopolnjenega 18. leta), ki se lahko financira ločeno in ima pri tem tudi predpisane storitve, ki jih plača država ali zavarovalnice.

Države, kjer prevladujejo predvsem zasebne ordinacije z največkrat enim zaposlenim, so: Francija, Belgija in Norveška, v skandinavskih in baltičkih državah pa prevladuje delo v skupinah na zobnih poliklinikah.

Nekatere značilnosti organiziranosti zobozdravstva v državah EU so zbrane v razpredelnici 1.

Razpr. 1. *Nekatere značilnosti organiziranosti zobozdravstva v EU.*

Država	Vsi	Zasebniki	Javni uslužbenci	Koncesija brez organizacij	
Avstrija	4.275	3.195	418	80%	20% sam
Belgija	8.551	7.595	0	70%	30% sam
Češka	7.760	6.117	450	99%	1% sam
Estonija	1.811	998	0	90%	10% sam
Nemčija	79.965	64.294	450	95%	5% sam
Madžarska	5.611	4.600	40	70%	30% sam
Italija	50.822	44.500	2.100	?	? sam
Poljska	35.843	24.100	7.000	30%	sam
Romunija	8.694	3.650	3.827	90%	10% sam
<b>Slovenija</b>	<b>1.533</b>	<b>684</b>	<b>592</b>	<b>90%</b>	<b>10% sam</b>
Švedska	14.034	3.313	3.761	99%	1% skupina
Švica	4.250	3.800	150	1%	99% sam

### Financiranje

Prav v zobozdravstvenem varstvu državljanov EU je veliko več takih storitev, ki jih plača bolnik sam, kot je to v zdravstvenem varstvu.

Plačevanje ali doplačevanje nekaterih zobozdravstvenih storitev je predvsem za odraslo populacijo v državah EU nekaj povsem običajnega. Zobozdravstveno zavarovanje je največkrat del zdravstvenega zavarovanja. Skoraj vse države omogočajo tudi možnost dodatnega zavarovanja, in to bodisi v državnih ali pa zasebnih zavarovalnicah. Vsaka država ima tudi posebne sklade za plačevanje zobozdravstvenih storitev za nekatere skupine državljanov (otroci, invalidi, vojni veterani itd.). V nekaterih državah se zobozdravniki sami pogajajo z zavarovalnicami, v drugih pa to naredijo njihovi pooblaščenici zastopniki.

### Prednosti zasebnega dela v zobozdravstvu

Velike javne (zobo)zdravstvene organizacije, in to predvsem take, ki so ustanovljene in vodene po »vzhodnem modelu«, so drage zaradi zelo razbohotenih skupnih in servisnih služb, so nefunkcionalno organizirane in dušijo ustvarjalnost in poklicno zvedavost posameznega zobozdravnika.

Zobozdravnik zasebnik lahko svobodno izbira način dela, svoje strokovno izpopolnjevanje, izbira sodobno opremo. Vse to mu omogoča strokovno in bolj kakovostno delo.

Model, ki ga predlaga EU, je zato:

- zobozdravstvo je del javnega zdravstvenega varstva s stabilnim odstotkom zagotovljenih finančnih virov;
- zobozdravnik zasebnik s koncesijo je osnovni odgovorni temelj uspešnega zobozdravstvenega varstva;
- del programa zobozdravstvenega varstva je financiran iz javnih sredstev, in to predvsem preventiva in varstvo ogroženih skupin prebivalstva, del pa prevzamejo bolniki;
- področno ministrstvo naj prevzame izdelavo potreb po zobozdravnikih (mrežo) in nadzira ter usklajuje njeno izvajanje.

## Literatura

1. Kravitz AS, Treasure ET. Manual of dental practice 2004. Dental Liaison Committee in the EU; Bruxelles, 2004.

## POVZETEK RAZPRAVE

### **J. Vrbošek**, Stomatološka sekcija SZD

Govorim v imenu Stomatološke sekcije SZD, ki ima 684 članov, 592 jih dela v javnih zavodih.

Zakonodaja je sicer omogočila zasebno delo, ni pa podzakonskih določil in sistem ni urejen. Zdravstveni dom bi bila lahko skupna hiša za različne zdravstvene dejavnosti javnega in zasebnega področja. V vodstvu Stomatološke sekcije smo bili razočarani, ker na dveh dosedanjih posvetih o strategiji primarnega zdravstva v Sloveniji nismo bili povabljeni k sodelovanju. Želimo si zastopnika zobozdravnikov na Ministrstvu za zdravje in člana v Zdravstvenem svetu ali celo agencijo za zobozdravstvo. Z veseljem so bomo vključevali v podobne posvete, ki so pomembni za pripravo strategije in zakonodaje.

### **B. Popovič**, Fides

Zakon o zdravstveni dejavnosti je v bistvu dober in ga je potrebno dograditi. Isto velja za definicijo zdravstvenega doma. Nove pravno-organizacijske oblike je potrebno vključiti. Zakonski sistem tako potrebuje minimalne dopolnitve.

Moti me površno razpravljanje o profitnosti in neprofitnosti. Tudi neprofitna organizacija ima lahko visoke stroške, visoke cene in dela neracionalno. Važno je tudi razmerje med stroški in prihodki.

### **A. Bručan**, Ministrstvo za zdravje

Zasebno zdravstvo pomeni večinoma prijaznejši in primernejši način obravnave pacientov. V svetu je tudi cenejši. Ne razumem odpora proti temu pri nas, ko pa gre večina razvitega sveta v to smer, celo dežele bivše vzhodne Evrope. Z zasebnim zdravstvom na primarni ravni pa niso bili zadovoljni tam, kjer so skočili v ta sistem na hitro, nepripravljeni.

Izredno majhno število koncesij privatnikom v letu 2004 pomeni zame katastrofo in je odraz neurejene organizacije zdravstvene službe na primarni ravni in tudi posledica neizdelane mreže. Investicij v zasebno zdravstvo ni ali so minimalne. Na široko smo spraševali zdravnike in njihove organizacije o potrebnosti sprememb v Zakonu o zdravstveni dejavnosti. Veliko sprememb res ni potrebnih, nekatere pa bodo bistvene. Država mora urejati tudi primarno raven, ne pa občine. Do sedaj ministrstvo ni imelo vpliva na koncesije, občine pa so pogosto šikanirale zasebnike, ti pa tudi včasih niso izvajali dogovorjenega programa. Zavedajoč se problemov in naspro-

tovanj bom predlagal prenos nekaterih pristojnosti iz občine na državo.

### **F. Košir**, Ministrstvo za zdravje

Širjenje zasebne dejavnosti s koncesijami in angažiranje lastnih sredstev za zdravstveno varstvo sta le dva mehanizma, da se ohrani urejen in stabilen zdravstveni sistem. Vstopanje zasebnosti pomeni tudi vključitev zasebnih sredstev, zasebne investicije. Te investicije zasebnikov bo potrebno še vključiti v zakon. Če dodamo zasebnemu financiranju še prostovoljno zdravstveno zavarovanje in neposredna plačila, so to pomembni dodatni viri za zdravstveni sistem. S temi načini in redefiniranjem nekaterih pravic v zdravstvenem varstvu je mogoče izboljševati in dograjevati sistem v finančnem, organizacijskem in strokovnem delu. Določiti bo potrebno delitev dela med primarno in sekundarno ravni. Na prvi pogled se zdi poliklinična dejavnost dobro organizirana, meni pa se zdi zelo draga. Skratka, širitev zasebnosti in zasebnih sredstev razumem kot ohranjanje dobrega in stabilnega sistema zdravstvenega varstva in je prednost za državljanke in zavarovance.

### **J. Poles**, Bolnišnica Topolšica

Vesel sem odkritega pogovora, ker izhajam iz bolnišnice, ki je bila že pred 8 leti postavljena pred sistem lastninjenja in takrat možni model zasebne sekundarne dejavnosti.

V prvi vrsti me zanima, kaj dobi bolnik, zdravnik in kaj država. Bojim se, da bo večji delež zasebnega pomenil dražje zdravstvo. Zaenkrat imamo zelo dobre odnose med primarno, sekundarno in terciarno ravni. V javnih zavodih delamo tudi še na karitativni način, upoštevaje socialne dejavnike, ob tem pa s sredstvi ne razpolagamo samostojno. Pozdravljam zagotovilo ministra, da bomo končno dobili normative. Pred 6 leti sem takratnemu predsedniku Zdravniške zbornice postavil vprašanje, zakaj ne zgradimo sistema, da bo nagrajevanje v javnem in zasebnem sektorju izenačeno.

### **B. Dobnikar**, Zdravniška zbornica Slovenije

Zelo pogosto se srečamo s trditvijo, da zasebni zdravniki ne plačujejo davkov in prispevkov. Obvestiti vas moram, da je zasebni zdravnik po drugem letu svojega poslovanja uvrščen v najvišji, to je 7. razred za plačilo davkov in prispevkov. Ti prispevki so za približno 5% manjši od prispevkov iz plače zdravnika v javnem sektorju po kolektivni pogodbi. Manipulacija je možna samo, če bi zasebni zdravnik ustanovil podjetje, v katerem bi se zaposlil, imel pogodbo o zaposlitvi, potem pa odvajal davke in prispevke od plače, ki si jo je sem določil.

### **M. Seher-Zupančič**, Zdravniško društvo Velenje

V primeru popolnega prehoda v zasebnost na primarni ravni me skrbi, kakšna bo dostopnost bolnikov do pravočasne zdravstvene oskrbe. Že sedaj je problem nadomeščanja zasebnikov, pa ne samo zasebnikov, problem zagotavljanja 24-urnega zdravstvenega varstva nasploh.

### **V. Gorjuš**, Psihiatrična bolnišnica Idrija

Nisem zdravnica, a sem se z vprašanjem o vplivu privatizacije na profesionalno delo srečala že v svojem magistrskem delu. Strinjam se z ministrom, da zasebno-javno nista dva pola, ampak mora priti do sinergije in kompatibilnosti. Tudi v javnem zavodu in z javnimi sredstvi lahko dela zasebnik. Podpreti je treba vse možne variante. Za to pa so potrebni tudi večja avtonomija in pristojnosti pri vodenju zdravstvenih zavodov.

### **D. Marušič**, Ministrstvo za zdravje

Menim, da se pri pogovarjanju o zasebnem preveč osredotočamo na dobiček, kar je nepotrebno in neproduktivno. Sam

sem zdravnik in ne bi hotel slišati, da sem manj strokoven kot zasebnik, kot sem bil prej v bolnišnici. Zdravnik, ki dobi koncesijo, je že s tem nagrajen. Na sekundarni ravni je težje opredeliti vsebino in organizacijo dela, ki bi prešlo lahko v zasebni sektor. Zdravnik specialist v bolnišnici opravlja 10, 20, pa tudi do 80% svojega dela v ambulanti, kar je bistveno lažje prenesti na zasebno raven. Čeprav so na Nizozemskem po desetletjih izstopili iz sistema svobodnih zdravnikov specialistov, bilo jih je 70–80%, v Evropi jih je še vedno 30%, bomo morali verjetno po njihovi poti. Organiziranje koncesionarstva specialistov v bolnišnicah je kar zahteven projekt. Zahteva namreč vlaganje v infrastrukturo. S širitvijo mreže ambulantnega specialističnega dela in dodatnimi sredstvi zanj nameravamo olajšati ta prehod. Za to spremembo je potreben predvsem drugačen pristop pri vodenju bolnišnic. Osnovo za cene in delo zdravnikov s strani Zdravniške zbornice imamo. V določenem trenutku bo potrebno tudi med zdravniki specialisti v javnem sistemu napraviti razliko v njihovem nagrajevanju glede kakovosti in količine opravljenega dela. Ocenjuje se, da svobodni zdravnik specialist dela 50–70% več, zasluži pa 30–40% več. Seveda pa lahko tudi manj kot 100%. Neki specialist lahko dela kot strokovnjak tudi samo 30, 40, 60% svojega delovnega časa. Izboljšati moramo nezadostno sedanjo specialistično ambulantno dejavnost. V preteklosti so se vodstva bolnišnic bala koncesij zaradi finančnih odlivov. Trenutno je na sekundarni ravni približno 22% sredstev za ambulantno delo.

#### **M. Demšar**, Medicus

Julija 2005 je minilo 13 let, odkar sva s pok. prim. doc. dr. M. Gorenškom podpisala prvi koncesijski pogodbi. Čeprav včasih razmere niso bile prav naklonjene zasebništvu, bi še enkrat izbral enako pot. Moral sem celo preko častnega razsodišča Zdravniške zbornice razčiščevati z uglednim slovenskim zdravnikom, ki je javno objavil, da gre v zasebništvu samo tisti, ki zapušča stroko in mu gre samo za dobiček. Večkrat je bila omenjena beseda dobiček in tu bi uporabil dva citata.

»V zasebništvu so tisti, katerih cilj je ustvarjanje dobička, ker pri javnih zavodih, katerih ustanovitelj je občina, država, zakonsko ni mogoče.« Prvi citat. Drugi citat, poročilo iz včerajšnjega zasedanja mestnega sveta v Ljubljani. Tam piše takole: »Po nekoliko daljši razpravi je bil sprejet predlog sklepa o izplačilu nagrade v višini mesečne plače direktorju javnega zavoda ZD Ljubljana. Predlog je bil utemeljen s tem, da je zdravstveni dom lani pridelal kar 49 milijonov tolarjev dobička. «Nelogika ali lažna morala. Nekaj kritizirajo pri zasebniku, sami pa ostanek dohodka pretvarjajo v nagrajevanje zaposlenih. Po nepotrebnem ustvarja negativno javno mnenje pisanje, da zasebniki delamo brez nadzora. Bil sem deležen finančnega in strokovnega nadzora. Kaznovan sem bil, ker v čakalnici nisem imel napisa »Prepovedano kajenje«. Torej, zasebniki smo nadzorovani, dobiček pa je povračilo za investirana sredstva in za ob-

navljanje opreme, kar delam vsake 3 leta. Bolniki prihajajo k meni po najkvalitetnejšo storitev in vsakodnevno delo me prepričuje o njihovem zadovoljstvu. V naših razmerah ne bodo šli vsi zdravniki v zasebništvu, del njih ne želi prevzemati ekonomskega tveganja in neposredne odgovornosti za strokovno in odgovorno delo. Uravnilovka v javnih zdravstvenih zavodih zasebništvu ni v prid. Ko grem kot zasebni zdravnik na dopust, moram za ta čas ustvariti dohodek za svojo plačo in prispevke ter za osebje v prejšnjih mesecih. Nobene skrivnosti ne bom povedal, da so med najboljše plačanimi menedžerji prav direktorji javnih zdravstvenih zavodov. Razumljivo je, da so s tem zadovoljni in ne želijo sprememb. Pričakujem, da tudi sindikati ne bodo navdušeni nad privatizacijo. Zdravnik, ki odide v zasebništvu, vzame s seboj tistega, ki je že prej z delovno storilnostjo opravičeval dohodke in jih bo tudi kot zasebnik. Uporabil bom besedo, ki jo je izrekel moj kolega iz Solčave: »V našem zdravstvenem domu so tudi mrtve duše, ki nič ne delajo, za katere pa dobivamo denar.« Tudi specialisti imajo razloge, da se ne odločajo za zasebništvu. Predstavljam pa si, da bi v Ljubljani 5–6 urologov lahko zelo dobro uspevalo v zasebništvu. Zdi se, da se raje odločajo za današnje socialno varnost, zagotovljen strokovni napredek in dopuste po lastni izbiri.

Še nekaj me muči. Zakaj ne bi odločale v javnih bolnišnicah in ustanovah tudi tiste ustanove in zasebniki, ki so darovali denar ali opremo. Menim, da bi bil zasebni kapital tudi v javnih ustanovah koristna dopolnitev in neke vrste kontrola. Prva prilika je že nastajajoča nova pediatrična klinika. Za pediatrično kliniko zbira že sedaj slovenska motivirana javnost. Lahko bi bila zastopana malo drugače, kot je predvideno in kot smo bili vajeni doslej.

#### **A. Bručan**, Ministrstvo za zdravje

Prepričan sem, da ne bomo imeli nikoli 100% javnega zdravstva na primarni ravni. Vendar je po svetu ta del zdravstva prevladujoče zaseben. Tudi v bolnišnicah bomo podpirali javno zasebno partnerstvo z vlaganjem, za kar pripravljamo zakonske osnove. Že sedaj je v Sloveniji dovolj zanimanja za nakup nekaterih bolnišnic. Neprofitno naravnani javni zavod ne pomeni, da dobička ni. Pomeni pa, da dobiček ne sme iti v plače, ampak v razširjeno reprodukcijo in razvoj.

#### **P. Poredoš, J. Drinovec**, Slovensko zdravniško društvo

Zvedeli smo za mnogo koristnih podatkov, izmenjali smo si mnenja. Nič ni narobe, če so bila mnenja tudi različna, celo nasprotujoča si. Ugotavljamo, da pri teh pogovorih, tudi današnjem, manjka še en partner, to je kvalificirani predstavnik bolnikov. Obljubljava, da ta razprava ni zadnja in da bo ta partner pri naslednji prisoten. Tisti, ki niste prisostvovali posvetu in imate kaj povedati, pošljite svoj prispevek pisno ali po elektronski pošti. V Slovenskem zdravniškem društvu in Zdravniškem vestniku bomo z razpravo o zasebništvu v slovenskem zdravstvu zanesljivo nadaljevali.