

Dvojna praksa zdravnikov: zlo, ki ohranja čakalne dobe

Problematiko dvojne prakse zdravnikov drastično povzema naslednji opis: plenilsko obnašanje zdravnikov, ki zaradi osebne koristi škodujejo kolegom, bolnikom in lastni ustanovi, delegitimirajo javno službo in ogrožajo zaupanje prebivalstva v javno zdravstvo^{1,2}.

Dvojna praksa (DP) je izvajanje zdravstvenih storitev javnega zdravnika pri dveh ali več izvajalcih zdravstvene dejavnosti, kadar pri enem od izvajalcev zdravnik dela kot zasebnik ali je sam nosilec zasebne dejavnosti. Za DP ne šteje - vsaj ko govorimo o njeni škodljivosti, kadar zdravnik v drugih ustanovah dela na podlagi pogodbe med njegovo in drugo ustanovo in je za dodatno delo plačan od svoje ustanove na način, ki je v veljavi za njegovo redno zaposlitev. Za DP tudi ne šteje delo javnega zdravnika v raziskovalni in pedagoški dejavnosti ter drugih dejavnostih, ki ne zajemajo neposrednega dela z bolniki.

Problematičen pri dvojni praksi je tisti njen del, ki jo zdravnik opravlja kot zasebnik, zato je bralcu potrebno pojasniti razliko v poslanstvu zdravnikov v javni in zasebni dejavnosti. Poslanstvo javnega zdravnika je skrb za zdravje in dobrobit vseh njegovih pacientov ne glede na njihov socialni status ali finančne zmožnosti. Plačilo storitve je v ozadju, saj zdravniku dohodek zagotavlja javni plačnik. Za razliko od tega je cilj zasebnega zdravnika ustvariti dobre poslovne rezultate z izvajanjem zdravstvene oskrbe za tiste paciente, ki jo lahko plačajo. Njegovo delo s pacienti zaznamuje podjetniški interes za maksimiranje dobička, saj je podvržen delovanju trga.

Vrste zasebne prakse v Sloveniji

V Sloveniji poznamo tri vrste zasebne dejavnosti zdravnikov.

Ena vrsta so zdravniki kot samostojni podjetniki ali zaposleni pri teh podjetnikih. Za njihove storitve pacienti plačujejo iz žepa ali s pomočjo zasebnega (dodatnega) zavarovanja. Ker slovenskim državljanom obvezno zavarovanje vsaj na papirju zagotavlja razmeroma obsežen nabor pravic, izvajajo zasebni zdravniki storitve, ki jih obvezno zavarovanje ne pokriva (na primer posege na področju estetske kirurgije in stomatologije), zlasti pa storitve z dolgimi čakalnimi dobami. Zasebno zavarovanje, ki bi pokrivalo vse zdravstvene potrebe zavarovanca, si lahko privoščijo tudi v bogatih državah le nekaj odstotkov prebivalstva, v državah kot je Slovenija pa ponuja le cenejše začetne preglede in diagnostiko, kar bolniku omogoči hitrejši nastop dražjega zdravljenja v javnem sektorju (preskakovanje čakalnih vrst). V zadnjem času zaradi vse daljših čakalnih dob narašča število zasebnih plačil tudi za nekatere dražje operativne in druge posege, ki pa so cenovno dosegljivi le manjšemu delu prebivalstva.

Druga vrsta zasebnosti so zdravniki s koncesijo, ki jim jo na podlagi potreb prebivalstva podeli država. So del javnega sistema, pogodbeno povezani z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), tako da so njihove storitve za bolnike enako brezplačne kot v javnem zavodu. Čeprav so plačani z javnim denarjem, so po delovnopravnem statusu zasebniki; z zgrešeno odločbo ustavnega sodišča pa jim je celo dovoljeno svobodno razpolagati z dobičkom, kar jih po ključnem motivu v celoti izenačuje s podjetniki. Za razliko od njih morajo javni zavodi delovati neprofitno, kar pomeni, da zaposleni morebitnega dobička ne morejo deliti med seboj.

Tretja oblika so zdravniki z dvojno prakso (ZDP). O njih bo govora v nadaljevanju.

¹ Garattini L, Padula A. Dual practice of hospital staff doctors: hippocratic or hypocritic? *J R Soc Med.* 2018, 111:265-269.

² Ferrinho P et al. Dual practice in the health sector: review of the evidence. *Hum Resour Health* 2004; 2: 14–14.

Razlogi za dvojno prakso

Med 195 državami poročajo o DP v 157 državah (81 %) ³. Najpogostejši razlog za delo zdravnika pri več delodajalcih je pridobivanje dodatnega dohodka. V kakršnikoli kombinaciji obsega javne in zasebne prakse zaslužijo ZDP znatno bolje od javnih zdravnikov. Zakaj torej sploh vztrajajo tudi pri delu v javnem? Ker imajo od tega koristi: socialno varnost, možnost rekrutiranja pacientov za zasebno delo, možnost izkoriščanja javnih virov, vzdrževanje in pridobivanje novega znanja in veščin, ohranjanje stika z zahtevnejšimi bolniki, dostop do informacij in možnost novih poklicnih usmeritev. Vplivna ameriška poznavalka jih opisuje kot podjetnike, ki so si javni sistem izbrali za molzno kravo, ker na pravem zasebnem trgu ne morejo uspeti ⁴. Vlogo pri ostajanju v javnem sektorju pa igrajo tudi javna kariera, delovni pogoji ter prestižnost dela v javnih ustanovah.

Razširjenost DP je odvisna od kapacitete zasebnega sektorja. Majhen zasebni sektor, kakršen je slovenski, zaradi majhnega in neenakomernega priliva zasebnih pacientov ne more vzpostaviti lastnih redno zaposlenih ekip, zato mu občasno delo zdravnikov iz javnih zavodov močno pomaga pri rasti in ustvarjanju dobička.

Privlačnost zasebnega dela je očitna: namesto fiksne plače in nadur so ZDP pri zasebnem delodajalcu plačani po storitvah, obenem pa jim status samostojnega podjetnika prinaša v primerjavi z redno zaposlitvijo znatne olajšave pri davkih in prispevkih. Zasebnemu delodajalcu se delo ZDP izplača, saj jih plačuje samo za opravljeno delo, razbremenjen pa je stroškov za socialno varnost, dopust, boleznine, izobraževanje itd. Iskani so izvajalci storitev z dolgimi čakalnimi dobami (kardiologija, dermatologija, ortopedija, oftalmologija, ginekologija, psihiatrija) in diagnostičnih dejavnosti, ki v javnem sektorju predstavljajo ozko grlo zaradi drage opreme (radiologija, endoskopija, MRI, CT). Če čakalnih dob ni ali so sprejemljivo kratke, se DP izplača samo uveljavljenim zdravnikom, po katerih se veliko povprašuje. Če so čakalne dobe dolge, se z DP ukvarjajo tudi neizkušeni zdravniki na začetku kariere.

Posledice dvojne prakse

Zagovorniki zasebne zdravstvene dejavnosti vidijo njeno korist za javno zdravstvo v tem, da nase prevzame del zdravstvenih storitev in s tem prepušča javnim pacientom več javnega denarja. To naj bi prispevalo h krajšanju čakalnih vrst. V praksi se to ne kaže. Pravi zasebniki opravljajo prve preglede in diagnostične storitve, ki takim pacientom omogočajo, da pridejo hitreje na vrsto za dražje in količinsko omejene nadaljnje storitve in s tem porabijo večji delež javnih sredstev, kot bi jim pripadal glede na njihovo število. Le v primeru, da se obravnava določenega zdravstvenega problema začne in konča v zasebnem sektorju, to prinese prihranek javnih sredstev. Ni znano, kolikšen je obseg take vrste zasebnih plačil v Sloveniji in kolikšen je neto učinek na javne finance.

Delo ZDP pri koncesionarju pa pomeni izvajanje storitev za javna sredstva, pri čemer je ZDP v položaju podjetnika. Postalo je posebej privlačno, odkar ZZS nekatere storitve z dolgo čakalno dobo plačuje brez omejitev, kar pomeni, da koncesionarja ne omejuje njegova pogodba z ZZS. V tem primeru zdravstvena blagajna ne prihrani ničesar, medtem ko je davčna blagajna zaradi »davčnih

³ Hoogland R et al. Global problem of physician dual practices: A literature review. *Iran J Public Health*. 2022;51(7):1444-1460.

⁴ ED. Kinney. For Profit Enterprise in Health Care: Can it Contribute to Health Reform? *American Journal of Law & Medicine*, 36 (2010): 405-435 © 2010

optimizacij« zasebnih izvajalcev znatno oškodovana. Sedenje na dveh stoli ZDP omogoča, da »inovativno« prilagajajo nujnost napotnic in izbrane paciente iz javnega sektorja preusmerjajo k sebi v zasebnega. Preskakovanje čakalnih vrst se odigrava v tem primeru s pomočjo javnega denarja, kar je še bolj nesprejemljivo kot v primeru zasebnih zavarovanj.

V veliki večini strokovne literature prevladuje ocena, da DP škodi javnemu zdravstvu. Negativni vplivi dvojne prakse se od države do države razlikujejo glede na njen obseg in prisotnost ali odsotnost regulacije in njenega izvajanja. DP omogoča pollegalno parazitiranje zasebnega na javnem zdravstvu. Pogosta posledica sta ohranjanje ali celo porast čakalnih dob, saj so le-te pogoj za razcvet DP. Še posebno veliko škodo povzroča DP, kadar ZDP zasedajo vodilna in vodstvena delovna mesta v javnem zdravstvu, saj niso motivirani za odpravljanje čakalnih dob in učinkovito delovanje javnega zdravstva. Seznam škodljivih učinkov, prirejen po tuji literaturi^{1,2,3,5}, je zgovoren (Tabela 1).

Tabela 1. Škodljivi učinki zdravniške dvojne prakse

Škodljivi učinki zdravniške dvojne prakse
podaljševanje čakalnih dob v javni ustanovi
rekrutiranje pacientov za delo v zasebni praksi
preskakovanje vrste za sprejem v javno bolnišnico
ustvarjanje povpraševanja po storitvah z majhno koristjo
nepotrebno zdravljenje in pretirano predpisovanje zdravil
podvojevanje storitev
dvojno zaračunavanje
nezakonit odliv (kraja) zdravil, materiala in opreme iz javne ustanove
beg možganov iz javnega v zasebni sektor
poslabšano razmerje med izkušenim in neizkušenim osebjem v javni ustanovi
krajši čas dela zdravnikov v javnih ustanovah na račun dela s skrajšanim delovnim časom, absentizma in zamujanja ali prezgodnjega odhajanja z dela
pomanjkanje osebja v javnih ustanovah
oteženo izvajanje 24-urnega zdravstvenega varstva v javni ustanovi
preutrujenost zdravnikov v dvojni praksi in povečana možnost napak
zmanjšana delovna disciplina, demoralizirano in demotivirano osebje v javni ustanovi
zanemarjanje razvojnega, pedagoškega in raziskovalnega dela
upad kakovosti javnih ustanov
kršitev zakonov in pravil upravljanja, ker so vodstveni delavci v javnem sektorju prisiljeni popuščati izsiljevanju ZDP, da bi jih zadržali v ustanovi

DP ima škodljive posledice tudi za zdravnika. Že delo v javni ustanovi zahteva občasno nočno delo in delo ob koncu tedna. ZDP pogosto zelo prekoračijo tedenske sprejemljive urne obremenitve. Dodatno delo vodi do kronične utrujenosti in izčrpanosti, ki škodita zdravju, pa tudi napake pri delu so pogostejše.

⁵ Kiwanuka SN et al. (2011) Dual practice regulatory mechanisms in the health sector: a systematic review of approaches and implementation. London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London.

Raziskava, ki so jo izvedli v britanskem Nacionalnem zdravstvenem sistemu (NHS), je razkrila pozitivno povezavo med višino privatnih dohodkov ZDP in dolžino čakalnih dob v njihovih specialnostih v javnem sektorju⁶. Sama povezava ne dokazuje vzročnosti, čeprav je precej verjetna: namreč da ZDP aktivno prispevajo k podaljševanju čakalnih dob. Lahko bi bilo tudi obratno: da dolgo čakanje na obravnavo v javnem sektorju povečuje povpraševanje v zasebnem. Boljše dokaze sem našel v Sloveniji.

Dvojna praksa v Sloveniji

OECD od leta 2010 spremlja kazalnik »Neizpolnjene potrebe po zdravstveni oskrbi«, pri katerem anketiranci odgovarjajo na vprašanje, ali v zadnjem letu kdaj niso prišli do zdravstvene storitve, ki so jo potrebovali. Razlogi so najpogosteje finančne narave ali pa čakalne dobe, redkeje geografska nedostopnost. Po tem podatku je bila Slovenija vse do leta 2014 najboljša v EU27. Nato je pričela nazadovati: leta 2016 je padla na tretje mesto, leta 2018 na enaindvajseto in leta 2021 (zadnji dostopni podatek) je pristala med tremi najslabšimi članicami: kar štirikrat več anketirancev kot leta 2014 ni prišlo v tem letu do potrebne storitve. Čeprav je začetni dober rezultat verjetno posledica napačnega razumevanja anketnega vprašanja, pa s tem ni mogoče razložiti postopno naraščajočega nezadovoljstva v naslednjih letih.

Poročila ZZS kažejo enako sliko. Do leta 2015 zanikajo težave s predolgimi čakalnimi dobami, ki pa se niso sistematično spremljale. Poročilo iz leta 2016 prvič navaja 40 tisoč pacientov, ki čakajo nedopustno dolgo, nato pa to število narašča iz leta v leto do 140 tisoč leta 2023. V zadnjem desetletju so se z redkimi izjemami čakalne dobe pri posamičnih storitvah podvojile (tabela 2). Izbruhnil je tudi problem bolnikov brez osebnega zdravnika; po zadnjem podatku jih je 135 tisoč.

Tabela 2. Čakalne dobe v zadnjih dveh desetletjih

Čakalne dobe	2014	2018	2023
Kardiološki pregled – prvi	132	151	245
Ortopedski pregled – prvi	94	157	215
Revmatološki pregled – prvi	433	302	724
Okulistični pregled zaradi očal – prvi	126	134	185
Endoproteza kolena	407	343	907
Endoproteza kolka	361	317	634
Slikanje srčnih žil	290	102	120
MRI glave	140	179	267
Operacija sive mreže	108	190	266
Menjava srčne zaklopke	73	283	92
Operacije žolčnih kamnov	138		337
Vstavitev žilne opornice	290	21	92
Ultrazvočni pregled srca	143	211	298

Kaj se je spremenilo v zdravstvu po letu 2014, da je prišlo do tako kritičnega poslabšanja? Tabela 3 prikazuje nekatere ključne kazalnike zdravstvene dejavnosti v desetletnih razmikih. Podatki za leto 2004 so skopi, ker se nekateri še niso zbirali ali so bili prikazovani drugače.

⁶ Morris S et al. Analysis of consultants NHS and private incomes in England in 2003/4. *J R Soc Med* 2008; 101: 372–380.

Tabela 3. Financiranje zdravstvene dejavnosti, število zdravnikov in opravljene storitve v treh obdobjih. (Vsi prihodki v tabelah 3 in 4 so revalorizirani na leto 2023).

	2004	2014	2023
FINANCIRANJE			
javni dohodki javnih zavodov x 10⁶	1513	2053	2872
porast javnih dohodkov 2014 - 2023	74 %	100 %	140 %
javni dohodki zasebnih izvajalcev (x1000)	102	331	478
porast zasebnih dohodkov 2014 - 2023	31 %	100 %	144 %
zasebni dohodki v deležu javnih sredstev	6,9 %	13,9 %	14,3 %
ŠTEVILO ZDRAVNIKOV			
javni družinski zdravniki	1.214	1.542	1.965
porast javnih družinskih z. 2014 - 2023	79 %	100 %	127 %
zasebni družinski zdravniki	296	436	515
porast zasebnih družinskih z. 2014 - 2023	68 %	100 %	118 %
javni specialisti	2.685	3.225	4.189
porast javnih specialistov 2014 - 2023	83 %	100 %	130 %
zasebni specialisti	202	299	483
porast zasebnih specialistov 2014 - 2023	68 %	100 %	162 %
zdravniki z dvojno prakso (ocena)	< 100	<1000	> 2000
OPRAVLJENE STORITVE			
osnovna dejavnost (točke) x 10⁶		17,8	17,2
bolnišnični primeri x 10³	311	349	342
spec ambulantna dejavnost (točke) x 10⁶		59,5	61,0
prvi pregledi x 10³		2334	2424
PODATKI ZA OCENO ŠTEVILA ZDP			
1990-2004	1990-2004	2005-2014	2014-2023
novi ustanovljeni s.p.-ji	283	794	1129

Vir: letna poročila ZZS, NIJZ in AJPEŠ.

4.173
1.214
2.685
274
594
296
202
96
4.767

Javno financiranje je bilo pri javnih izvajalcih leta 2023 realno za 40 % višje kot leta 2014, pri zasebnih pa za 44 %. Podobno velja za število zdravnikov, ki se je v istem obdobju povečalo za dobrih 30 %; največ pri zasebnih specialistih (za 62 %), najmanj pa pri zasebnih družinskih zdravnikih (za 18 %). Obseg opravljenih storitev se v primerjavi z letom 2014 kljub temu ni bistveno spremenil: število prvih ambulantnih pregledov in bolnišničnih primerov ostaja leta 2023 približno enako in to kljub temu, da je interventni zakon iz leta 2022 zagotovil plačilo za vse opravljene zdravstvene storitve. Številni izvajalci niso izpolnili niti osnovnega pogodbenega programa. Enak trend je prisoten v osnovnem zdravstvu. Oboje je potrebno pripisati znižanim normativom, ki jih je v zadnjem desetletju dosegel zdravniški sindikat Fides. Z drugimi besedami: storilnost se je močno zmanjšala.

K povečanemu številu zdravnikov pa je potrebno dodati še ZDP. O njihovem številu lahko sklepamo samo posredno iz števila registriranih samostojnih podjetnikov (sp-jev) in gospodarskih družb v evidencah AJPEŠa in FURŠa (tabela 4). Od leta 2008 se je njihovo število povečalo za več kot tisoč; samo v prvih štirih mesecih leta 2024 je bilo ustanovljeno 80 novih. Med njimi je zajet tudi del koncesionarjev, vendar njihovo število v zadnjem desetletju ne raste, tako da grede novi zasebniki večinsko na račun ZDP. Res je, da se sp-ji tudi ukinjajo, po drugi strani pa se veliko število javnih zdravnikov registrira pod nezdravstvenimi dejavnostmi, tako da v prikazani evidenci AJPEŠa niso zajeti. Prav tako niso zajeti zdravniki s podjemnimi pogodbami za delo v lastni ali drugi javni ustanovi. Tehtanje teh podatkov in objav nekaterih bolnišnic o številu dovoljenj za delo izven matične ustanov dopušča oceno (zelo konservativno), da vsaj polovica bolnišničnih zdravnikov dela v dvojni praksi in da je takih leta 2023 najmanj tisoč več kot leta 2014.

Tabela 4. Število in dohodki zasebnih izvajalcev zdravstvene dejavnosti

	2008	2014	2023
vsi zasebni izvajalci v zdravstvu	2004	2444	3223
davčno priznani dohodki x 10⁶	389	422	754

Vir: Obračun akontacije dohodnine in dohodnine od dohodka iz dejavnosti, FURS

Leta 2023 je v javnem in zasebnem sektorju skupaj v primerjavi z letom 2014 zaposlenih 1650 več zdravnikov in vsaj 1000 več ZDP, ki predstavljajo zelo veliko dodatnih delovnih ur. Kako je torej mogoče, da se obseg storitev ni pomembneje spremenil da so se čakalne dobe podvojile? Kje so in kaj delajo ti dodatni zdravniki? Za javni sektor smo ugotovili, da se je storilnost zmanjšala, ampak kaj dela tisoč več zdravnikov z dvojno prakso?

Število in prihodke zasebnih izvajalcev zdravstvene dejavnosti prikazuje tabela 4. Med prihodki so zajeta tudi javna plačila iz tabele 3. V razponu zadnjih desetih let so se prihodki zasebnikov povečali za 330 milijonov, od tega od zasebnih plačnikov za 185 milijonov. Storitve, opravljene za zasebni denar, evidence ZZS in NIJZ ne zajemajo, morale pa bi se poznati v skrajšanju čakalnih dob. Kaj je krivo, da se to ni zgodilo? Za pisca tega besedila ni nobenega dvoma, da se krivda skriva prav v obstoju in naraščanju števila ZDP v javnih ustanovah. Ključen vpliv igra njihov interes za obstoj čakalnih dob, vsi drugi so naštet v tabeli 1. Storitve, ki jih opravljajo ZDP v zasebni dejavnosti, niso tiste, ki bi prispevale k njihovem skrajševanju, pač pa tiste, ki prinašajo največ dobička.

Omejevanje negativnih posledic dvojne prakse

Države uporabljajo različne metode omejevanja dvojne prakse.

1. *Popolna prepoved DP*: Večina literature z redkimi izjemami¹ ne priporoča popolne prepovedi dvojne prakse. Zadržanost utemeljujejo s tem, da jo je zelo težko dosledno izvesti zaradi pomanjkanja politične volje in zmogljivosti za njeno uveljavitev, poleg tega pa bi lahko spodbudila preseljevanje kvalificiranih zdravnikov v zasebni sektor. Dvojna praksa je prepovedana v Kanadi in na Kitajskem. Dosledno jo spoštujejo verjetno samo v Kanadi. Na Kitajskem se kljub uradni prepovedi izvaja v velikem obsegu. V Španiji, Grčiji in na Portugalskem so bili poskusi prepovedi dvojne prakse neuspešni. V državah, kjer je DP prepovedana in zato uradno ne obstaja, je regulacija tega področja zelo šibka ali je celo ni, tako da se bohoti nelegalna DP, ki je lahko še bolj škodljiva za zdravstveni sistem.

2. *Omejitev DP*. V Veliki Britaniji imajo dovoljenje za DP samo višji svetniki, ki predstavljajo približno desetino vseh zdravnikov. Najpogosteje pa države omejujejo zaslužke v zasebnem sektorju. V Veliki Britaniji lahko zdravniki, ki delajo s polnim delovnim časom, v zasebni praksi zaslužijo le do 10 odstotkov svojega bruto dohodka v javni službi, medtem ko tisti s krajšim delovnim časom v javni službi te omejitve nimajo. V Franciji so zasebni zaslužki omejeni na 30 odstotkov javnega dohodka. Naslednji pristop je omejitev vrste storitev, ki jih lahko izvaja zasebni sektor. V Kanadi poleg prepovedi dvojne prakse zavirajo tudi pravi zasebni sektor, saj lahko izvaja samo storitve, ki niso na voljo v javnem sektorju, pa tudi zasebno zavarovanje lahko pokriva samo take storitve.

3. *Spodbude za izključno javno prakso*. V Italiji, Španiji in na Portugalskem nudijo delavcem v javnem zdravstvenem sektorju dodatke k plači in prednost pri napredovanju, če se pogodbeno zavežejo, da ne bodo delali v zasebnem sektorju. Poleg tega v Italiji lahko na delovnem mestu napredujejo le tisti, ki delajo izključno v javni ustanovi. Karijerne spodbude so smiselne, kadar jih spremljajo ustrezni dohodki in status, ki ga prinaša napredovanje. Kjer pa je razlika v dohodku močno v prid zasebni praksi, imajo karijerne spodbude le omejen vpliv, saj med ZDP usiha zanimanje za vodstveno, akademsko in raziskovalno kariero.

4. *Skrb za primerne plače zdravstvenih delavcev v javnem sektorju*. Plače, ki ne odstopajo preveč od zaslužka v zasebnem sektorju, so pomemben vzvod za odvrčanje zdravnikov od zasebne prakse. Ne odvrčajo pa jih v primeru, če zdravnik svojo zasebno dejavnost izvaja pri koncesionarju, saj se dvig plač v javnem sektorju prenese tudi v cene, ki jih javna blagajna plačuje koncesionarju.

5. *Zasebna praksa v javni ustanovi*. V nekaterih državah (Nemčija, Avstrija, Italija, Velika Britanija, Irska) dovoljujejo uveljavljenim zdravnikom v javnih bolnišnicah obravnavo zasebnih pacientov, kar pa je nenehen predmet polemik⁷. Tako delo je omejeno in strogo regulirano, da ne bi posegalo v druge dolžnosti, ki jih imajo ti zdravniki, in da ne bi zmanjševalo obsega javnih zdravstvenih storitev te ustanove. Zasebna praksa v javni ustanovi je kričeč primer razlikovanja med bolniki na podlagi zasebnega plačila.

6. *Samoregulacija*: Največkrat je ta način prikazan kot teoretična možnost, ki naj bi delovala v državah z visoko poklicno kulturo in etiko. Zagovorniki tega pristopa trdijo, da bi poklicna kultura in etika sami po sebi lahko odvrnili zdravnike od negativnih odklonov, opisanih pri dvojni praksi, zlasti če bi od nezaželenega obnašanja odvrčale tudi primerno visoke plače v javnem sektorju. Ta razlaga ne odraža ravnanja zdravnikov, ko so izpostavljeni podjetniškim spodbudam.

⁷ Sandier SV, Polton D (2004) Health care systems in transition: France. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Priporočila za regulacijo DP v Sloveniji

DP je v Sloveniji navidez omejena z izpolnjevanjem določenih pogojev, vendar se ti pogoji nadzirajo zelo ohlapno. Dovoljenja za DP izdajajo nadrejene osebe, ki zelo pogosto same delajo v dvojni praksi. Država to stanje tolerira, kar lahko razumemo kot institucionalno korupcijo.

Država mora v interesu državljanov nemudoma uvesti ukrepe, ki bi DP omejili v sprejemljivih okvirih, na srednji rok pa jo je potrebna prepovedati. Naštevam nekaj ukrepov, ki jih je možno uvesti takoj:

1. Zdravnik lahko pridobi dovoljenje za delo pri drugem izvajalcu deset let po končani specializaciji, če izpolnjuje vse predvidene obveznosti in če ne odklanja dopolnilnega dela v lastni ustanovi.
2. Soglasje lahko izda samo nadrejeni, ki ni ZDP.
3. Vodstvena delovna mesta v zdravstvenih zavodih, funkcije v zdravstveni politiki in članstvo v zdravstvenih telesih, ki odločajo o upravnih, finančnih in kadrovskih zadevah, ne morejo zasedati ZDP.
4. Delo v drugem javnem zavodu lahko poteka samo preko pogodbe med obema zavodoma in je plačano po pravilih, ki veljajo za javni sektor.
5. Zasebni izvajalec lahko kandidira pri ZZZS samo za program, ki ga opravi z lastnimi zaposlenimi.
6. Potrebno je vzpostaviti delovne normative in osebe stimulatивно nagrajevati za njihovo preseganje.

Omejevanje DP zahteva dobro delujoče sisteme spremljanja, sankcioniranje kršilcev, nagrajevanje dobrih rezultatov, primerne javne plače in pravično obdavčitev. Če teh ključnih mehanizmov ni, se DP bohoto prek vseh meja, povzroča zmanjšan obseg in kakovost dela v javnem sektorju, nevzdržno slabe odnose med zaposlenimi in povečevanje obsega plačil iz žepa. Vse to se pospešeno dogaja v Sloveniji; mediji nas s posameznimi primeri seznanjajo skoraj vsak dan. Zdravniške organizacije se pripravljajo na naslednjo fazo: zahtevajo, da bi vsak zdravnik kot podjetnik sam sklepal pogodbo z zdravstveno blagajno. To bo zadnji žebelj v krsti javnega zdravstva.