

**UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA UPRAVO**

Diplomsko delo

**JAVNE SLUŽBE IN PRIVATIZACIJA
S Poudarkom NA ZDRAVSTVENI
DEJAVNOSTI**

Maks Čepin

Ljubljana, junij 2011

**UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA UPRAVO**

DIPLOMSKO DELO

**JAVNE SLUŽBE IN PRIVATIZACIJA
S Poudarkom NA ZDRAVSTVENI DEJAVNOSTI**

Kandidat:	Maks Čepin
Vpisna številka:	04036528
Študijski program:	visokošolski program Javna Uprava
Mentor:	doc. dr. Mirko Pečarič

Ljubljana, junij 2011

IZJAVA O AVTORSTVU

Diplomskega dela

Podpisan Maks Čepin, študent z vpisno številko 04036528, sem avtor diplomskega dela z naslovom: Javne službe in privatizacija s poudarkom na zdravstveni dejavnosti.

S svojim podpisom zagotavljam, da:

- je predloženo delo izključno rezultat mojega lastnega raziskovalnega dela,
- sem poskrbel/a, da so dela in mnenja drugih avtorjev oz. avtoric, ki jih uporabljam v predloženem delu, navedena oz. citirana v skladu s fakultetnimi navodili,
- sem poskrbel/a, da so vsa dela in mnenja drugih avtorjev oz. avtoric navedena v seznamu virov, ki je sestavni element predloženega dela in je zapisan v skladu s fakultetnimi navodili,
- sem pridobil/a vsa dovoljenja za uporabo avtorskih del, ki so v celoti prenesena v predloženo delo in sem to tudi jasno zapisal/a v predloženem delu,
- se zavedam, da je plagiatorstvo – predstavljanje tujih del, bodisi v obliki citata bodisi v obliki skoraj dobesečnega parafraziranja bodisi v grafični obliki, s katerim so tuje misli oz. ideje predstavljene kot moje lastne – kaznivo po zakonu (Zakon o avtorstvu in sorodnih pravicah, Ur. list RS št. 21/95), prekršek pa podleže tudi ukrepom Fakultete za upravo v skladu z njenimi pravili,
- se zavedam posledic, ki jih dokazano plagiatorstvo lahko predstavlja za predloženo delo in za moj status na Fakulteti za upravo,
- je elektronska oblika identična s tiskano obliko diplomskega / magistrskega dela ter soglašam z objavo dela v zbirki »Dela FU«.

Diplomsko delo je lektoriral: _____

Ljubljana, _____ Podpis avtorja: _____

POVZETEK

Zdravstvena dejavnost obsega ukrepe in aktivnosti, ki jih po medicinski doktrini in ob uporabi medicinske tehnologije opravljajo zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci pri varovanju zdravja, preprečevanju, odkrivanju in zdravljenju bolnikov in poškodovancev. Zdravstveno dejavnost lahko opravljajo na podlagi dovoljenja ministrstva, pristojnega za zdravstvo, domače in tuje pravne in fizične osebe, če izpolnjujejo s tem zakonom določene pogoje. Na primarni ravni obsega osnovno zdravstveno dejavnost in lekarniško dejavnost, na sekundarni ravni obsega specialistično ambulanto in bolnišnično dejavnost, medtem ko na terciarni ravni obsega opravljanje dejavnosti klinik in inštitutov ter drugih pooblaščenih zdravstvenih zavodov. Zdravstveno dejavnost kot javno službo pod enakimi pogoji opravljajo javni zdravstveni zavodi ter druge pravne in fizične osebe na podlagi koncesije. Javna zdravstvena služba mora biti organizirana tako, da je vsem prebivalcem Republike Slovenije zagotovljena vedno dostopna nujna medicinska pomoč, vključno z nujnimi reševalnimi prevozi in preskrbo z nujnimi zdravili, čimprej in čimbližje njihovem nastanku in med transportom.

Diplomsko delo skozi študijo primera proučuje povezavo zdravstvenega zavarovanja z zdravstveno dejavnostjo, primerjavo prej in danes, kako imajo urejeno pridobivanje koncesij v sosednjih državah, uspešnost delovanja podjetij zdravnik s pridobivanjem soglasja za delo in s problematiko delom na črno. Diplomsko delo zajema tudi postopek, ureditev in možnost vplivanja na pridobitev koncesije (Klokočovnik, Rugelj), nato opredeljuje varovalke koncesij (dvig, znižanje) ter prikazuje katerim je bila odvzeta koncesija in zakaj v povezavi z nadgradnjo zdravstvenega sistema do leta 2020.

Ključne besede: zdravstvena dejavnost, koncesija, zdravstveno zavarovanje, varovalke, soglasje, podjetja zdravnikov, univerzalno javno zdravstvo, nadgradnja zdravstvenega sistema do leta 2020.

SUMMARY

PUBLIC SERVICES AND PRIVATIZATION with an emphasis on health care

Health activity covers the actions and activities performed by the medical doctrine and applying the medical technology performed by health workers and health personnel in the protection of health, the prevention, detection and treatment of patients. Health activity can be carried out under the authorization of the Ministry responsible for health care, domestic and foreign legal and natural persons if they satisfy the conditions laid down. At the primary level of basic health activity and pharmacy activity, at the secondary level comprises specialist at the Department and the hospital activity, while at the tertiary level consists of carrying out the activities of the clinics and institutes, and other authorized health institutions. Care as a public service under the same conditions by public health institutions and other legal and natural persons on the basis of a concession. Public medical service must be organized so that all people of the Republic of Slovenia guaranteed always accessible medical aid, including emergency rescue services and the supply of necessary medicinal products, as soon as possible and closest to their formation and during transport.

Thesis through a case study examining the link of the health insurance with health activity, comparison and, today, how have the orderly production of concessions in the neighbouring countries, the success of the operation of the enterprises doctor with obtaining consensus for the work and with the problems of working in the black. Thesis covers also the procedure, the regulation and the possibility of influencing the concession (Klokočovnik, Rugej), and then defines the safeguards of concessions (increase, decrease), and shows which is deprived of the concession and why in conjunction with the health system by the year 2020.

Keywords: health activity, concession, medical insurance, fuses, consent, company doctors, universal public health, upgrading health system by the year 2020.

KAZALO

IZJAVA O AVTORSTVU	iii
POVZETEK	v
SUMMARY	vi
KAZALO	vii
1 UVOD	1
1.1 IZHODIŠČE DIPLOMSKEGA DELA	1
1.2 RAZLOGI IN CILJI NALOGE	4
1.3 METODE DELA	4
2 JAVNO ZDRAVJE	6
2.1 POJEM JAVNEGA ZDRAVJA	6
2.2 SISTEMSKA PRIMERJAVE ZASEBNIŠTVA V RAZLIČNIH ZDRAVSTVENIH SISTEMIH	7
2.3 NOVI JAVNI MENEDŽMENT V POVEZAVI S PRIVATIZACIJO JAVNIH SLUŽB	11
3 SLOVENSKI SISTEM ZDRAVSTVENEGA VARSTVA IN ZAVAROVANJA	13
3.1 RAZVOJ ZZZS	13
4 FINANCIRANJE ZZZS	17
4.1 PRIHODKI ZZZS (po obdobjih)	19
4.2 ODHODKI ZZZS (po obdobjih)	19
4.3 UGOTOVITVE FINANČNEGA POSLOVANJA ZZZS v letu 2010	21
5 KONCESIJE V ZDRAVSTVU	23
5.1 POJEM KONCESIJA	23
5.2 POSTOPEK PRIDOBITVE KONCESIJE	26
5.3 PREDNOST PODELJEVANJA KONCESIJE	28
5.4 PREDNOSTI ZASEBNEGA DELA ZDRAVSTVENIH STORITEV	29
5.5 ŠKODLJIVOST PODELJEVANJA KONCESIJ	29
5.6 UREJENOST KONCESIJ ZNOTRAJ RS IN V TUJINI	31
5.7 PRIVATIZACIJA ZDRAVSTVA	34

6	ŠTUDIJA PRIMERA: ANALIZA PRIVATIZACIJE ZOBOZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI V EU V POVEZAVI S SPLOŠNIMI SMERNICAMI EU NA PODROČJU PRIVATIZACIJE JAVNEGA IN ZASEBNEGA ZDRAVSTVA TER PREDNOSTI ZASEBNEGA DELA V JAVNEM ZDRAVSTVU (RUGELJ, KLOKOČOVNIK)	37
6.1	PODJETJA ZDRAVNIKOV IN NJIHOVA MOTIVACIJA ZA ZASEBNO DEJAVNOST	37
6.2	PRIMER IN VZROK ZA ODVZEM KONCESIJE	40
6.3	NADGRADNJA ZDRAVSTVENEGA SISTEMA DO LETA 2020	43
6.4	ORGANIZIRANOST ZOBOZDRAVSTVA V DRŽAVAH EU	47
7	ZAKLJUČEK	49
	LITERATURA IN VIRI	51

KAZALO PONAŽORITEV

KAZALO TABEL

Tabela 1: Najpomembnejši kazalci finančnega poslovanja ZZZS v letu 2010 (v evrih). __ 18

Tabela 2 : Nekatere značilnosti organiziranosti zobozdravstva v EU. _____ 48

1 UVOD

1.1 IZHODIŠČE DIPLOMSKEGA DELA

Privatizacija javnih služb kot pojem je povezana z liberalizacijo (kar pomeni večjo konkurenco v dejavnosti katero so prej opravljale in ponujale državne organizacije oz. dejavnosti katere je prej vodila in opravljala v korist državljanov posamezna država. Pomeni prehod kapitalskih deležev organizacij, ki izvajajo dejavnosti javnega sektorja na zasebne deleže fizičnih ali pravnih oseb npr. če se v državnem podjetju poveča lastniški delež bo to podjetje bolj konkurenčno ostalim ponudnikom, saj so zasebna podjetja ponavadi bolj učinkovita od državnih.

V zadnjem obdobju se številne države srečujejo s proračunskim primanjkljajem, zato države z izkupičkom od prodaje pokrivajo njihov primanjkljaj in jim s tem nudijo določeno gospodarsko finančno pomoč.

Že v osemdesetih letih 20. stoletja se je močno razširila privatizacija javnih podjetij kot ena izmed najpomembnejših oblik povečanja uspešnosti poslovanja, ki so jo zasebni lastniki na začetku dosegali predvsem z zmanjšanjem zaposlovanja, zmanjšanjem cen in drugimi oblikami reorganizacije podjetij. Skupne značilnosti privatizacije v navedenih podjetjih so:

- Večina podjetij je bila privatizirana z javno prodajo delnic, redkeje je prodaja potekala v obliki novih zasebnih investicij ali v obliki prodaje strateškim partnerjem.
- Država je nekatera podjetja prestrukturirala in deloma usposobila za uspešno poslovanje že pred privatizacijo (na primer elektrogospodarstvo v Veliki Britaniji). Na drugi strani so se privatizirala tudi manj uspešna podjetja, ki poslujejo v propulzivnih javnih podjetjih v gospodarski dejavnosti in so zato zanimiva za investitorje.
- Privatizaciji je praviloma sledila regulacija v javno storitveni zdravstveni dejavnosti.

Marsikje so se tako oblikovali od države neodvisni regulacijski organi, ki bedijo nad poslovanjem javno storitvenih zdravstvenih dejavnosti. Izoblikovale so se tudi posebne regulacijske sheme zlasti za regulacijo cen. V Veliki Britaniji so iznašli poseben obrazec, imenovan »cenovna kapa oz. price cap« (obrazec RPI-X). Takšna cenovna regulacija naj bi po eni strani preprečila določanje monopolnih cen v panogah, ki so tudi po privatizaciji ohranile monopolno tržno strukturo, po drugi strani pa dala menedžerjem v privatiziranih podjetjih zadostno spodbudo za zniževanje stroškov in s tem za odpravljanje X-neučinkovitosti monopolnih podjetij, ki je eden najpogostejših spremljevalcev nekonkurenčnih tržnih struktur.

Vsem oblikam privatizacije je skupno povečanje zasebnega sektorja na enem ali več področjih, kot so lastnina, vodenje in finance. Stopnja državne navzočnosti se, glede na cilje politike, spreminja od primera do primera. Različne oblike privatizacije lahko

razdelimo v dve širši skupini. Pri prvi skupini govorimo o popolni privatizaciji, pri drugi pa o delni oziroma kvaziprivatizaciji. Izbira metode privatizacije podjetij na ravni javnega zdravstvenega sektorja je odvisna od specifičnosti delujočih podjetij v sektorju in od dolgoročne strategije države na tem področju.

POPOLNA PRIVATIZACIJA: skupne lastnosti te skupine metod so sprememba menedžmenta, finančne ureditve in lastnine. V to skupino uvrščamo:

- javno prodajo delnic, kar pomeni plasiranje delnic podjetja na borzo vrednostnih papirjev;
- neposredno prodajo delnic, pri čemer lahko pride do pogajanj z enim samim potencialnim kupcem ali pa se na razpis odzove večje število strateških investitorjev;
- menedžersko-delavski odkup, kjer menedžerji in/ali delavci pridobijo delež, ki jim omogoča vršiti nadzor.

DELNA PRIVATIZACIJA: metode delne ali »kvaziprivatizacije« opredeljujejo vpeljavo zasebnega sektorja v javni sektor prek sklepanja pogodb in opravljanja pogodbenih del ter predstavljajo vmesno obliko med državno in zasebno lastnino. Uporabljajo se za lastninjenje tako infrastrukture kot opravljanja dejavnosti, pogosto pa za financiranje novih investicij v infrastrukturo. Različne oblike kvaziprivatizacije se medsebojno razlikujejo glede na stopnjo upravljanja s strani države, financiranja s strani države in vprašanja lastništva.

Javne službe so pojem, kateri je utemeljen z vsebinsko in z formalno opredelitvijo. Pri vsebinski opredelitvi se smatra pojem javnih služb kot dejavnost, ki se izvaja pretežno v javnem interesu in pri izvajanju katere imajo izvajalci posebne obveznosti za zagotavljanje javnega interesa, katerega praviloma nebi izvajali, če bi bila dejavnost povsem prepuščena tržnim zakonitostim.

Pri formalni opredelitvi gledamo pravno opredelitev javnih služb z vidika organizacijske dejavnosti neke organizacije ali institucije, ki se določi kot javna služba, kar je značilno za Francijo.

Pri funkcionalni opredelitvi pa se neka dejavnost določi kot javna služba kar uporabljamo v našem pravu. Pri nas je tudi sicer prevladujoča funkcionalna formalna opredelitev. Javna služba je torej neka dejavnost, ki je zaradi javnega interesa pod nekim posebnim pravnim režimom, kar postane šele z javnim aktom, ki določi katere dejavnosti se izvajajo na način javne službe. Dejavnosti, ki zagotavljajo javne dobrine, niso javne po svoji naravi, ampak so javne po svojem režimu. Javne službe izvajajo tretjo funkcijo državne uprave t.i. servisno funkcijo. To pomeni, da gre za zagotavljanje javnih dobrin katerih običajno ni mogoče dobiti preko tržne menjave, zato je to stvar servisne funkcije javne uprave, katero neposredno izvaja prek javnih služb kot funkcionalnih upravnih sistemov.

Zdravstvena zakonodaja iz leta 1991 je omogočila uvedbo zasebnega dela v zdravstvu kot dograditev sistema z oblikami dela, katerih cilj je kakovostnejša zdravstvena oskrba državljanov. Število zasebnih zdravnikov se bo verjetno tudi v prihodnje povečalo, saj bo

razvoj zdravstvenega varstva v Sloveniji sledil evropskim trendom, kjer (vsaj osnovno) zdravstveno dejavnost v glavnem izvajajo zasebni zdravniki in zobozdravniki.

V Sloveniji se zasebne izvajalce zdravstvenih storitev razume izključno samoplačniško. Razumeti moramo, da tudi koncesionarjem za njihove storitve plačuje zdravstvena zavarovalnica enako kot državnim ustanovam (zdravstveni domovi, bolnišnice).

Ločevati je potrebno med zdravniki koncesionarji in zasebnimi zdravniki, kajti zdravniki koncesionarji niso 100% zasebni zdravniki in so del javnega zdravstva, njihovi bolniki pa ne plačujejo storitev, ki jih krije obvezno zdravstveno zavarovanje. Na drugi strani pa so 100% zasebni zdravniki, ki niso del javne zdravstvene mreže, njihovi bolniki pa so samoplačniki.

Pri zasebnikih s koncesijo gre za kombinacijo zasebnega izvajanja in javnega financiranja zdravstvene dejavnosti. Zasebnik s koncesijo je vključen v mrežo izvajalcev obveznega zdravstvenega varstva (za storitve, ki sodijo v obvezno zdravstveno zavarovanje).

Namen diplomskega dela je prikazati privatizacijo javnih služb v povezavi z javnim zdravstvom in njegovimi sistemi. Posebno pozornost namenjam privatizaciji zdravstvene dejavnosti in z njo povezanimi koncesijami.

Diplomsko delo je razdeljeno na šest tematskih poglavij. V prvem poglavju je predstavljen uvod diplomskega dela z bistveno ločnico med zasebnimi in javnimi izvajalci zdravstvene dejavnosti v Sloveniji po zdravstveni zakonodaji.

Drugo poglavje preučuje javno zdravstvo in njegov pojem ter sisteme kateri veljajo v Republiki Sloveniji.

Tretje poglavje obravnava glavni sedež iz področja zdravstvene dejavnosti in zavarovanja in sicer Zavod za zdravstveno zavarovanje Republike Slovenije (ZZZS), njegov razvoj in poslovno mrežo.

Četrto poglavje preučuje podrobnejše financiranje ZZZS-ja, njegovo poslovanje in z njim povezane prihodke in odhodke po posameznih poslovnih obdobjih.

Peto poglavje je osredotočeno na koncesije v zdravstvu in prikazuje kakšen postopek je potreben za njeno pridobitev prednost in škodljivost pri njeni podelitvi. V zaključku poglavja pa je prikazana privatizacija zdravstva.

Šesto poglavje je opredeljeno preko študije primera in zajema privatizirano zdravstveno dejavnost, urejenost koncesij znotraj RS in v tujini. Prikazuje prav tako podjetja zdravnikov na različnih ravneh in opredeljuje pojem novi javni menedžment s katerim je privatizacija povezana. Nato primere in vzroke za odvzem koncesij, ki so bili prisotni v Sloveniji ter strateški program ministrstva za zdravje nadgradnja zdravstvenega sistema do leta 2020.

1.2 RAZLOGI IN CILJI NALOGE

Razlog, da sem izbral diplomsko delo z naslovom javne službe in privatizacija s poudarkom na zdravstveni dejavnosti je zanimanje in delovanje zdravstvene dejavnosti v Sloveniji in nekaterih ostalih državah, katere so privatizirane in katere so primerjane z zdravstvom znotraj javnega sektorja, zanimanje ob tem katera je bolj uspešna in bolj naklonjena za državljane, poleg tega pa analiza trenutnega stanja privatizirane zdravstvene dejavnosti v Sloveniji. Zanimanje za takšen naslov izhaja zaradi občutne razlike in nudenja zdravstvene oskrbe državljanom ter obravnavo le-te predvsem na dveh izmed bolj znanih primerih v Sloveniji in sicer dr. Klokočovnika in dr. Ruglja.

Moje diplomsko delo ima cilj predstaviti privatizacijo javnih služb s poudarkom na zdravstveni dejavnosti, pri katerem je potrebno predstaviti tako javne službe kot tudi pojem koncesije s poudarkom na zdravstveni dejavnosti.

Osrednje točke diplomskega dela bodo lastnosti koncesij v zdravstvu, načinu pridobivanja koncesij in obrazložitev smiselnosti podelitve koncesij ter kakšne so njihove prednosti in slabosti.

V okviru besedila bom poskušal doseči naslednje cilje:

- na kratko opisati javno zdravstvo,
- predstaviti pojem privatizacije javnega zdravstva in njegove sistemi in z njim povezane koncesije ter zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije,
- preko študije primera proučiti privatizacijo zdravstvene dejavnosti in z njo povezanih koncesij s strani države in njihove značilnosti.

V skladu s cilji diplomskega dela bom preverjal naslednji hipotezi:

Hipoteza 1 : Privatizacija zdravstvene dejavnosti je koristna zaradi manjšega števila čakalnih vrst in hitrejšega bolnišničnega zdravljenja ter večje uspešnosti, varnosti, pravočasnosti, učinkovitosti, enakopravnosti in osredotočenosti na pacienta.

Hipoteza 2: Urejenost koncesij v Sloveniji in primerjava z drugimi državami ter podjetja zdravnikov in možnost vplivanja na pridobitev koncesije vsebuje varovalke, ki so ključne za dvig oz. znižanje koncesij.

1.3 METODE DELA

Metode, izbrane za izdelavo diplomskega dela, so pogojene z vsebino zastavljene teme. Splošno znano je, da je za kvalitetno proučevanje oziroma analiziranje problema raziskovanja potrebna uporaba različnih postopkov in metod.

Da pa lahko problem sploh opredelimo in ustrezno raziskujemo, je v začetnem delu potrebno pridobiti določene podatke, informacije in se poglobiti v primer kateri je ključen

za analizo in predstavitev določenega dejstva ter z njimi povezanih pojmov kateri so ključni za njegov obstoj in področje delovanje.

V diplomskem delu bom uporabil naslednje metode:

- zbiranje podatkov za interpretacijo in analizo javnega zdravstva (pojmovi, njegovi sistemi v družbi)
- primerjalno metodo: ali izvajalci zdravstvene dejavnosti uspešneje opravljajo delo in so učinkovitejši kot izvajalci zdravstvene dejavnosti brez njene pridobitve,
- analizo finančnega poslovanja zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije: finančno poročilo po posameznih poslovnih obdobjih,
- študija primera na področju privatizirane zdravstvene dejavnosti in z njo povezane urejenosti koncesij pri nas in v tujini, potem podjetja zdravnikov in možnost vplivanja na pridobitev koncesije, njene varovalke za dvig oz. znižanje in v konkretnih primerih razlogi za odvzem koncesije ter povezavo koncesij z nadgradnjo zdravstvenega sistema do leta 2020.

2 JAVNO ZDRAVJE

2.1 POJEM JAVNEGA ZDRAVJA

»Javno zdravje kot izraz prihaja v Slovenijo pod vplivom mednarodni strokovnih in političnih tokov iz angleške besedne zveze »public health«. Opredeljujemo ga kot znanost in spretnost preprečevanja bolezni, krepitev zdravja in podaljševanja življenja s pomočjo organiziranih naporov družbe (Derek Wanless).« (Štern B., 2007, str. 317)

Uporabljamo ga za opis vsaj treh različnih pojmov in sicer zdravje prebivalstva, področje znanosti ter družbene strategije varovanja in krepitev zdravja.

Javno zdravje po Winslowu (1920) in znanost in so veščine med katere sodijo prav tako preprečevanje bolezni, krepitev zdravja, krepitev telesnega in duševnega zdravja s pomočjo organiziranih naporov skupnosti za varno okolje, obvladovanje nalezljivih bolezni, izobraževanja posameznikov na področju osebne higiene, organizacijo medicinskih in negovalnih storitev za zgodnje odkrivanje in zdravljenje bolezni in razvoj socialnih orodij za zagotovitev ustreznih pogojev za življenjski standard vsakega posameznika, ki omogoča ohranjanje zdravja (Štern B., 2007, str. 318).

Javno zdravje bolj kot zdravstveno oskrbo, ki se osredotoča na zdravljenje posameznika, pomeni zdravje prebivalstva.

De Jong navaja tri zgodovinska obdobja na področju javnega zdravstva:

- staro javno zdravje (ang. old public health)
- novo javno zdravje (ang. new public health)
- sodobno javno zdravje (ang. modern public health)

VIR: De Yong, AFH-Priorities for health promotion 3rd ADEPT course, 2002

»Stara zgodnja javna zdravja človeka obravnava izključno kot biomedicinsko bitje. Stari Kitajci so zagovarjali teorijo, ki govori o tem, da bolezen poruši naravno urejenost stvari v prostoru. Trdili so, da bolezen črne kože nastane kot posledica vdihovanja posušenih krast ter da je potrebno za večjo odpornost proti mikroorganizmi vnašati gnoj iz lezije v prasko.« (Zdrav Vestn 2007; 76; str. 317-22).

»V Rimu je prišlo v zgodnjih obdobjih javnega zdravja do občutnih sprememb glede varnosti glede skrbi za človeške odpadke zaradi želje po izboljšanju zdravja. V 14. stoletju so rimljani prišli do pomembne ugotovitve, da odstranjevanje trupel preprečuje širjenje takrat zelo pogoste bolezni kuge.« (Zdrav Vestn 2007; 76; str. 317-22).

Drugo obdobje v novem javnem zdravstvu zajema nastanek in razvoj preventivnih institucij, povezanih z nastankom in ohranjanjem zdravstva pri katerem je vodilna velesila Nemčija znana v tem obdobju še bolj po begu možganov.

»Tretje obdobje navedenega zdravstva pojmuje tudi kot terapevtsko obdobje znano po večjih ali manjših zdravstvenih problemih Svetovne zdravstvene organizacije.« (SZO) (Zdrav Vestn 2007; 76; str. 317-22).

»Sodobno javno zdravje pojmuje človeka kot socialno bitje, ki v socialnem okolju gradi svoje zdravje in blaginjo ter je izpostavljen tudi različnim boleznim. Obsega več kot preprečevanje bolezni, kajti obsega socialno-ekonomsko okolje in razlike med ljudmi ter kakovost zdravstvene oskrbe in sistemov za socialno varnost (zdravstveno zavarovanje).« (Zdrav Vestn 2007; 76; str. 317-22).

»Ključni koncepti v javnem zdravju so zdravje prebivalcev v nadaljevanju, kot uspešno prilaganje razmeram v okolju. Po Reneju Julesu Dubosu velja, da stanje zdravja ali bolezni posameznika, je izraz tega ali je njegov organizem svoje napore, da bi na okoljske izzive sposoben odgovoriti s prilagajanjem ter ali jih zazna kot uspešne ali neuspešne.« (Zdrav Vestn 2007; 76; str. 317-22).

Zadovoljivo ali sprejemljivo delovanje oz. funkcioniranje v okolju utemeljuje, da nezmožnost uspešnega delovanja v okolju pripelje posameznika k zdravniku veliko hitreje kot okvara ali bolezen, kar ni le zanimivo pač pa tudi na podlagi znanstveni raziskav tudi dokazano v današnjem tempu čedalje bolj stresnega življenja.

Med temeljne naloge javnega zdravja štejemo:

- merjenje ravni zdravstvenega stanja prebivalstva
- analiza povezanosti med zdravstvenimi pojavi in dejavniki, ki vplivajo na njihov razvoj
- javnozdravstveno ukrepanje (priprava, implementacija strategij za krepitev zdravja)
- vrednotenje učinkovitosti javnozdravstvenih ukrepov

2.2 SISTEMSKÉ PRIMERJAVE ZASEBNIŠTVA V RAZLIČNIH ZDRAVSTVENIH SISTEMIH

»Zasebništvo je v najbolj širokem pomenu besede povsem normalen del lastništva oziroma izvajanja dejavnosti v različnih zdravstvenih sistemih. Po zlomu sovjetskega Semaškovega modela organizacije zdravstva sedaj poznamo različne oblike mešanega lastništva oziroma izvajanja dejavnosti. Od stopnje socializiranosti sistema pa je odvisno, kolikšno vlogo bo imel zasebni kapital bodisi v vlogi zavarovalniških sredstev, lastništva nad sredstvi za delo bodisi pa pri izvajanju dejavnosti.« (Albreht, Vestnik, SZD, 2011)

»Če ostanemo v Evropi, imamo glede zasebništva dve državi, ki izrazito izstopata, Nemčijo in Švico, nato pa paleto ostalih držav, ki se različno umeščajo glede na različne uporabljene parametre. Nemčija in Švica izstopata po tem, da imata obe državi precej liberaliziran socialni model zdravstvenega zavarovanja in veliko svobode v sistemu tako za izvajalce zdravstvene dejavnosti kot za bolnike. Slabost obeh držav je predvsem v končni bilanci stroškov. Ti dve državi se namreč sedaj uvrščata takoj za ZDA po deležu BDP, namenjenega za zdravstvo. Dosega že skoraj 11% in postaja cokla nadaljnjemu razvoju. Zato je posebno Nemčija že začela pripravljati javnost na določene nujno

potrebne in neizogibne reforme. Najtrši oreh pri tem bodo morebitne omejitve pri vstopu v sistem. Seveda velja ob tem poudariti, da sta sistema v teh dveh državah tako draga zaradi kombinacije naštetih dejavnikov in ne zaradi zasebnosti kot takega.« (Albreht, Vestnik, SZD, 2011) Sistemi javnega zdravstva imajo vsi skupno značilnost glede enakosti dostopa do javnega zdravstva, kakovostne zdravstvene storitve, stroškovno učinkovite zdravstvene storitve in nadzor rasti javnih financ za zdravstvo.

Poleg navedenega štejemo med izzive sistemov tudi vedno dražje zdravstvene tehnologije, nezadostno kakovost zdravstvenih procesov in neustrezno uporabo zdravil.

Udeleženci, ki sodelujejo in krepijo in vzdržujejo sistem javnega zdravstva so bolniki pri kateri velja težnja po čimbolj neomejenem dostopu do zdravstvenih storitev, nato sodelujejo zdravniki kateri imajo pravico do proste izbire zdravljenja.

Na področju profita sistema je vredno poudariti farmacevtsko industrijo, katera ustvarja profit za podporo z oznako R&D in zdravstveno blagajno katera si prizadeva za omejitev rasti stroškov.

Najznačilnejši zdravstveni sistemi so:

- Beveridgkov model
- Bismarckov model
- Komercialno naravnan model
- Ostali-npr. Semaškov model

Beveridgkov model se je razvil v Veliki Britaniji po drugi svetovni vojni. Zanj je značilno, da država prevzame vlogo vodenja in upravljanja, glavni vir njenega financiranja pa so davki. O deležu proračuna za zdravstvo odloča država, izvajalci so pa državni uslužbenci ali pa zasebniki v pogodbenem odnosu z upravnimi organi. V navedenem modelu je posebej poudarjena vloga družinskega zdravnika. Beveridgkov model je bil najpogosteje uporabljen v Veliki Britaniji, Kanadi, Italiji, Danski in Švedski.

Bismarckov model temelji na načelu obveznega zdravstvenega zavarovanja, pri katerem je vloga države majhna, viri financiranja pa izhajajo iz prispevkov delodajalcev in delojemalcev pri katerih so prispevne stopnje določene v pogodbah.

V njem so možna privatna zavarovanja pri katerih zasebna sredstva ne predstavljajo pomembnega deleža.

Bismarckov model je uporaben najbolj v evropskih državah kamor prištevamo Nemčijo, Avstrijo, Belgijo, Francijo, Luksemburg in Slovenijo.

Komercialno naravnan model opredeljuje vlogo države kot ohlapno pri čemer temelji na načelih ponudbe in povpraševanja, kajti država ne zagotavlja skoraj nobene socialne varnosti. Povpraševalci oz. bolniki si zdravstvene storitve financirajo sami.

Tipični primer komercialno naravnane modela so združene države Amerike, katera temelji na naveden modelu že od začetka 70. let naprej in pri kateri si v veliki večini zdravljenja zdravja ne more privoščiti velik del prebivalstva, kajti kriterij za uživanje polnih pravic zdravstva so zelo strogi. Vzpostavljene imajo posebne ocenjevalne

komisije katere presojuje kdo, kdaj in kako je upravičen do zdravljenja, po določeno vzpostavljenih lestvici zdravstvenih zavarovanj katera vsebuje bolezni in nagnjenja boleznim, ki lahko že v večji ali manjši meri bolniku ne priznavajo pravice do operacij in medicinsko tehničnih pripomočkov.

V veliko poznanih primerih se je takšen sistem izkazal za nepravilnega in neupravičenega, kajti cilj zdravstvenih zavarovalnic ni zagotoviti sistem javno dostopnega zdravstva ampak čimvečji profit katerega pridobivajo z postavljanjem različnih zdravstvenih premij.

Semaškov model je model, kateri je že dokaj zgodovinski saj je veljal predvsem v državah bivšega socialnega sistema npr. SFRJ pri katerih so bile vse storitve dostopne vsem ljudem in brez dodatnega doplačila.

Po eni strani dobro ali slabo kakor vzamemo in razumemo je bil problem Semaškovega modela slabo učinkovit sistem in neobstoje zasebnih ponudnikov zdravstvenih storitev.

Velja pravilo, da države v socializiranem, iz davkov financiranem sistemu lažje nadzorujejo stroške, zato so ti sistemi bistveno cenejši, tako po deležu BDP kot seveda po absolutnem znesku, namenjenem za zdravstveno varstvo. Problem teh, t. i. Beveridgevih sistemov je v tem, da ponudba storitev zaradi državne regulative vedno pomembno zaostaja za povpraševanjem.

VELIKA BRITANIJA

»Domovina Beveridgevega sistema državnega zdravstvenega varstva, financiranega prek davkov iz državnega proračuna. Značilno je, da je bilo do pred nekaj leti tipično zasebnitvo 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 prejema 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 zasebnitva - 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. 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 zasebnitva 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 zavarovanjih 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 triažiranja. 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. 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.« (Albreht, Vestnik, SZD, 2011)

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 zasebnitva 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. 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 ukiniteli 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.« (Albreht, Vestnik, SZD, 2011)

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.« (Albreht, Vestnik, SZD, 2011)

»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.« (Albreht, Vestnik, SZD, 2011)

2.3 NOVI JAVNI MENEDŽMENT V POVEZAVI S PRIVATIZACIJO JAVNIH SLUŽB

Bistvena značilnost novega javnega menedžmenta so bile določene različno po različnih opredelitvah piscev v javni upravi. Ključni elementi vključujejo različne oblike decentralizacije upravljanja v javnih storitvah (npr. ustanovitev agencij in prenos odgovornosti za proračun in finančni nadzor), povečano uporabo trgov in konkurence pri zagotavljanju javnih storitev (npr. pogodbeno delo in drugih tržnih tipov mehanizmov) ter večji poudarek na uspešnosti storitev in usmerjenosti k uporabnikom. Pojem novega javnega menedžmenta je zlasti usmerjen k zmanjšanju birokracije in deregulacije, ki jo zaposlujejo tržni mehanizmi ali pol tržni subjekti za vodenje javnih služb, prenos pristojnosti navzdol in spodbujanje delovne sile kot pomembnega dela sistema današnjega sveta.

V primerjavi z drugimi upravljanji javnih teorij je novi javni menedžment bolj usmerjen v rezultate in učinkovitost še posebej z boljšim upravljanjem javnega proračuna. Šteje se, da bi dosegli s konkurenco kot je znano v zasebnem sektorju še večji poudarek na gospodarskih in vodstvenih načelih.

Privatizacija zdravstvene dejavnosti kot neke vrste vozlišče novega javnega menedžmenta se nanaša na katero koli sredstvo za povečanje določb, mišljeno kot javna dobrina ali storitev. V večjem delu pomena privatizacije javnih služb, je privatizacija danes skorajda izenačena z odprodajo celotnega blaga ali storitev konkretno na zdravstvenem področju v

zvezi z osamosvajanje določenega kadra iz javnega sektorja v zasebni sektor. V širšem spektru privatizacija zdravstvene dejavnosti obsega vse ukrepe in politike za krepitev vloge zasebnega sektorja zdravstvene dejavnosti tudi v gospodarstvu vključno s pogodbami o koncesiji oz. aktu za vodenje oz. najem lastnega delovanja iz javnega v zasebno dejavnost npr. zobozdravstvo, ortopedija, žilna kirurgija ipd. Privatizacija javnih služb v splošnem pomenu se je razvila zaradi povečanja učinkovitosti, izboljšanja produktivnosti delovanja, zmanjšanja obsega javnega sektorja in z njim povezanih stroškov državnega proračuna, kot tudi zaradi spodbujanja konkurence in s tem večje motiviranosti ter spodbujanja zasebnega sektorja iz deficitarnih državnih podjetij. Privatizacija zdravstvene dejavnosti je iz izkušenj njenega delovanja same po sebi pokazala, da je v večini primerov dosegla zastavljene cilje. Kar je postala njena težava je korupcija in nezakonito pridobivanje koncesij pri kateri je najbolj znan primer pridobitve koncesije v višini 593.439 eur katero je podelil sedaj že bivši minister za zdravje Borut Miklavčič in to le dva dni pred iztekom svojega mandata v državnem zboru. S tem je oškodoval ZZZS prav tako pa je nastal strah pred odhodom Klokočovnika iz UKC, saj bi s tem odšla sredstva za kardiološki program, ki bi jih njegov odhod potegnil za seboj. To poglavje daje pregled razvoja pristopa novega javnega menedžmenta, kombinacije dejavnikov, ki uvajajo spremembe in potencialne z njegovimi omejitvami. Izvajanje novega javnega menedžmenta v posamezni državi sproža vprašanje zmogljivosti tudi za države, ki se gospodarske krize niso lotile z zreli javnimi birokratskimi sistemi. Malo izkušenj novega javnega menedžmenta priča o tem, da je njihova obstojnost lahko zavezujoča k omejitvam glede uporabe NJM. To je razvidno iz dejavnikov, ki uvajajo spremembe, da se pogoji za uvedbo NJM tipa reforme v državah katere so v krizi, razlikujejo od tistih v razvitih državah. Reform javnega sektorja upravljanja v kriznih državah se pokaže ponavadi kot navzven pogajanje darovalca, ki jih veže njihova država donatorka od katerega je morebiti odvisna.

Veter sprememb k tržnim reformam in političnem pluralizmu, ki je pometal čez večino zahodnega sveta v 80. stoletju in povzročil postopen razpad komunizma, je poslal pomembna sporočila k večini držav v razvoju in krizi, katere so bile potrebne številnih reform znotraj njihovega delovanja. Nove zdravstvene reforme v tistem času so bile impresivne predvsem zaradi njihovega globalnega razširjanja v zelo kratkem časovnem obdobju. Sprejem in posvojitve novih tako javnih kot tudi zdravstvenih prelomnic glede reform je nosil pomembno sporočilo, katero s sloganom "ne uniformirajte", kar pomeni, da je potrebno gledati na delo katero se opravlja v zdravstveni dejavnosti, predvsem pri njeni privatizaciji kot na nekaj kar olajšuje in pomaga, ne pa kar prinaša zgolj profit oz. dobiček.

Do leta 1980 je bil novi javni menedžment viden kot široko razvita država zlasti na Anglosaškem območju. Kar je posebej zanimivo je to, da se je uporaba njegovih tehnik upravljanja in delovanja, kot tudi prevzem zelo hitro razširil, kar se je še posebej opazilo v obdobju leta 1990 v nekaterih državah v razvoju.

3 SLOVENSKI SISTEM ZDRAVSTVENEGA VARSTVA IN ZAVAROVANJA

3.1 RAZVOJ ZZS

Slovenski sistem zdravstvenega varstva in zavarovanja deluje že vrsto let, podobno kot drugi zdravstveni sistemi v državah EU, na zgornji meji svojih javnofinančnih zmožnosti. Uspešnost reformnih procesov, določenih z zdravstvenimi zakoni v letu 1992, ki so z zasebnimi viri sredstev iz prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v višini 1,12 BDP na prebivalca oziroma 21,4% sredstev za zdravstvene storitve (78,6% javnih sredstev) omogočili dokaj visoko raven zdravstvene varnosti državljanov v letih tranzicije, se je po letu 2000 izčrpala. Po tem letu so se finančni pogoji poslovanja v zdravstveni zavarovalnici in v zdravstvenih zavodih zaradi prej opisanih trendov bistveno poslabšali, še dodaten razlog pa so bile nekatere odločitve na državni ravni. Po ocenah so izdatki za zdravstveno varstvo v zadnjih 5 letih realno porasli za več kot 229 mio eur, za kar pa ni bilo zagotovljenih ustreznih novih virov. Stanje na trgu dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj je zaradi nedorečenosti v zakonodaji postalo nepregledno in nestabilno, kar ima negativne posledice za dostop do zavarovanj in za zdravje pomembnih zdravstvenih storitev. Pri tem pa je potrebno poudariti, da zaostajamo za 35% od povprečja 15 držav EU v obsegu javno-zasebnih sredstev za zdravstvo, saj dajemo na prebivalca skupaj 1323 USD.

V sistemu zdravstvenega varstva in zavarovanja po letu 1992 ni bilo niti pomembnejših zakonskih sprememb niti drugih reformnih posegov, ki bi kakorkoli sistemsko zmanjševali pritiske na povečevanje izdatkov za zdravstveno varstvo. Nasprotno, priča smo širjenju pravic na področjih diagnostike in novih zdravil, povečevanju standardov, dodatnemu zaposlovanju, povečevanju čakalnih dob, povečevanju izdatkov za zdravila na recepte in izdatkov za nadomestila zaradi odsotnosti z dela zaradi poškodb in bolezni, majhnemu obsegu zasebnega dela in odsotnosti konkurence, pomanjkanju nadzora in neučinkovitemu upravljanju v javnih zavodih.

Sistem zdravstvenega zavarovanja v polpreteklosti je bil sistem najširše solidarnosti in razkorak med neomejenimi pravicami in ekonomsko zmožnostjo.

Participacija sistema je vodila je vodila v veliko razdrobljenost zdravstvenih organizacij, slabih rezultatov z doplačili, slabo oskrbo z opremo in materiali, birokratiziranost in premajhno vlaganje v obnovo infrastrukture ter premalo osebne in kolektivne odgovornosti za zdravje.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije je bil ustanovljen 1. marca leta 1992 kateri izvaja obvezno zdravstveno zavarovanje s prispevki, ki jih plačujejo z zakonom opredeljeni zavezanci.

Prvi razvojni dokument, ki je bil namenjen predvsem konstituiranju sistema zdravstvenega zavarovanja, kateri je bil izdelan že v letu 1994 v začetku leta 1997 pa je ZZS na osnovi

obsežnih analiz pripravil nov razvojni dokument – Strateški razvojni program zdravstvenega zavarovanja v republiki Sloveniji (v nadaljevanju Razvojni program).

Le-ta je bil metodološko zasnovan kot projektno usmerjen proces, v katerem so bil predstavljene strategije za graditev učinkovitega in uspešnega sistema zdravstvenega zavarovanja ter v strateškem projektne planu predvideni projekti, potrebni za njihovo uresničitev.

Leta 2002 je bil izdelan in sprejet nov strateški razvojni program z naslovom "Tradicija solidarnosti in spremembe po meri zavarovancev". Osrednja značilnost tega razvojnega programa je bila vzpostavitev zavarovanca v središče razvojnih prizadevanj. Zaradi novih okoliščin kot je npr. Konvergenčni program Vlade RS nakazane reforme na več področjih je skupščina ZZS v letu 2006 sprejela dopolnitve strateškega razvojnega programa Zavoda z leti 2006 in 2007, ki je v elektronski obliki dostopno tudi preko spletnih strani. 24.9.2008 pa je Skupščina ZZS sprejela nov Strateški razvojni program ZZS za obdobje 2008 do 2013.

Zavod je od sprejema prvega Razvojnega programa pa do danes izvedel številne razvojne aktivnosti in projekte, med katerimi velja z vidika razvoja Zavoda in zdravstvenega zavarovanja nekatere še posebej izpostaviti:

Z ustanovitvijo Vzajemne zdravstvene zavarovalnice d.v.z. konec l. 1999 je Zavod izvajanje prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, ki so se do tedaj izvajala na Zavodu, prenesel na novo družbo. Z ustanovitvijo Vzajemne je bilo veliko pozornosti namenjene tudi delitvi prej skupnih informacijskih sistemov – delitvi evidenc osebnih podatkov in pooblastil za dostop do posameznih sklopov baz podatkov.

V letu 2000 je Zavod dokončno uvedel sodobno elektronsko kartico zdravstvenega zavarovanja (KZZ) v slovensko zdravstvo, ki je za zavarovance pomenila hitrejši in prijaznejši vstop v zdravstveni sistem in hkrati novo fazo v razvoju sodobnega in enovitega zdravstveno informacijskega sistema v Sloveniji. Z namenom poenostavitve in preglednejših postopkov obveznega zdravstvenega zavarovanja so bili v obdobju 2002-2006 na tem področju izvedeni še nekateri projekti, ki so omogočili nove uporabnosti kartice – zapis izdanih zdravil, medicinsko tehničnih pripomočkov ter podatkov o darovalcu organov na kartico. Zaradi številnih poslovnih in tehničnih razlogov se je Zavod v letu 2006 odločil za prenavo kartičnega sistema, in sicer postopno v smeri uvedbe neposrednih dostopov do podatkov, ki se sedaj nahajajo na kartici. Enostavno, kakovostno in učinkovito prenašanje podatkov ter komuniciranje v okviru on-line zdravstvenega zavarovanja je namreč ena temeljnih razvojnih usmeritev Zavoda v prihodnjih dveh letih, ki jo bo Zavod skušal uresničiti z izvedbo dveh projektov, ki bosta usmerjena v uvedbo on-line sistema ter razvoj nove kartice zdravstvenega zavarovanja, profesionalne kartice in infrastrukture javnih ključev. S tem se bodo za zavarovane osebe poenostavili postopki uresničevanja pravic iz zdravstvenega zavarovanja, izvajalcem zdravstvenih storitev bodo na voljo bolj točni in ažurni osebni in medicinski podatki, kar bo povečalo kakovost zdravstvenih storitev, zdravstvenim zavarovalnicam pa omogočilo racionalizacijo stroškov poslovanja.

Aktivnosti na področju kartice zdravstvenega zavarovanja pa v zadnjih letih zaznamuje tudi intenzivno sodelovanje Zavoda v mednarodnih dejavnostih in projektih, kot posledica vključenosti Slovenije v Evropsko unijo (projekta NETC@RDS in INCOHEALTH).

Kot pobudnik projekta za uvedbo zavarovanja za dolgotrajno nego je Zavod maja 2004 izdelal podroben predlog za uvedbo tega zavarovanja, ki bi sistemsko in dolgoročno uredil problematiko dolgotrajne nege v Sloveniji. Dolgotrajna nega je namreč eno od stičnih področij socialnega in zdravstvenega varstva, ki v Sloveniji še ni evropsko primerljivo urejeno. Predlog je bil posredovan ministrstvu za zdravje in ministrstvu za delo, družino in socialne zadeve z namenom, da se pripravi in sprejme ustrezna zakonodaja.

Na področju zdravil in medicinsko tehničnih pripomočkov je Zavod s pogovori in pogajanjem uspel znižati cene vrsti zdravil in medicinsko tehničnih pripomočkov. Pozitivni rezultati so še posebej vidni na področju zdravil, kjer je Zavod poleg vsakoletnih pogajanj o znižanju cen, v letu 2003 uvedel še način zagotavljanja pravic do zdravil na podlagi njihove zamenljivosti. V letu 2005 je bila vzpostavljena nova baza zdravil, ki je postala nepogrešljiva evidenca za delo lekarn, Zavoda in Inštituta za varovanje zdravja. Aktivnosti in prizadevanja na področju zdravil je Zavod podkrepil še z izvedbo nacionalnega projekta za promocijo varne in pravilne rabe zdravil, ki je bil usmerjen predvsem v pripravo in izvedbo obsežne medijske kampanje ter množično izdajo tiskanih gradiv za promocijo varne in pravilne rabe zdravil.

S sodelovanjem Zavoda v nacionalnem projektu »Razvoj upravljanja sistema zdravstvenega varstva«, ki je potekal pod okriljem Ministrstva za zdravje in sodelujočih ustanov ob sofinanciranju Svetovne banke, je bil junija 2004 uveden nov obračunski model na področju akutne bolnišnične obravnave, ki predstavlja racionalnejšo podlago za načrtovanje bolnišnične zdravstvene dejavnosti. V ta namen so bile izvedene tudi spremembe v sistemu računalniškega izmenjevanja obračunskih dokumentov med izvajalci zdravstvenih storitev in Zavodom ter spremembe v programski opremi za evidentiranje in kontrolo teh dokumentov na Zavodu.

Z namenom temeljite prenove informacijske podpore beleženju in kontroli opravljenih in Zavodu zaračunanih zdravstvenih storitev za potrebe spremljanja stroškov po izvajalcih, dejavnostih in zavarovanih osebah, bo Zavod predvidoma do spomladi l. 2009 izvajal poseben projekt, v okviru katerega bodo podatki s specifikacij organizirani na način zbirke podatkov ter vzpostavljene pilotne informacijske rešitve za podporo analizam podatkov o opravljenih zdravstvenih storitvah v akutni bolnišnični obravnavi (SPP) in za zdravila, izdana na recept (AOR).

Intenzivna prizadevanja Zavoda so bila v zadnjih treh letih usmerjena tudi v organizacijsko prenovo in uvedbo informacijske podpore področju uveljavljanja regresnih zahtevkov. Razvita in uvedena je bila celovita informacijska podpora izvajanju poslovnega procesa za pridobivanje, zbiranje in evidentiranje podatkov o nastali škodi in uveljavljanje povračil škode, do katerih ima Zavod pravico povračila. Vgrajene kontrole zagotavljajo ažurno, točno in enotno vodenje podatkov o nastalih škodah in s tem dobro osnovo za učinkovito uveljavljanje regresnih zahtevkov v okviru območnih enot in Zavoda kot celote. Organizacijska prenova in uvedba informacijske podpore področju pomeni za Zavod

dodatnih cca. 20 mio evrov prihodkov na letni ravni, kar je med drugim tudi posledica spremembe 86. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (november 2003) ter uveljavitve novele Zakona o obveznih zavarovanjih v prometu (april 2006).

Zavod od jeseni 2006 dalje načrtuje in izvaja v sodelovanju s partnerji v zdravstvu ter izvajalci zdravstvenih storitev obsežen projekt uvedbe on-line sistema in prenove kartice zdravstvenega zavarovanja, katerega končni cilj je popoln on-line sistem, v katerem prenovljena kartica zdravstvenega zavarovanja in nova profesionalna kartica ne nosita podatkov, pač pa samo digitalna potrdila, na podlagi katerih je mogoč neposreden, varen in zanesljiv dostop do podatkov, ki se nahajajo na strežnikih ZZS in prostovoljnih zdravstvenih zavarovalnic.

4 FINANCIRANJE ZZZS

Sistem financiranja zdravstvenega varstva je za učinkovito izvajanje zdravstvenih programov, kakovostne storitve in dostopnost zavarovancev do pravic, dogovorjenih v državni zakonodaji, izjemnega pomena za funkcioniranje zdravstva v kateri koli državi. Nenehno grožnjo finančni stabilnosti predstavljajo hitro rastoči izdatki, ki so predvsem posledica staranja prebivalstva, posledičnih sprememb v patologiji, hitrega razvoja medicine, novih zdravil, zahtevnosti in večjega povpraševanja zavarovancev, zmanjševanja števila aktivnega prebivalstva in drugih razvojnih izzivov. Zato kontinuirani reformni procesi, ki jih že od začetka 80. let izvajajo razvite države na področju zdravstvenega varstva, izhajajo predvsem iz iskanja opredelitev, kako s kombinacijami javno-zasebnih virov finančnih sredstev zagotoviti čim bolj stabilne pogoje za financiranje organiziranega javno-zasebnega zdravstva in zadostiti povečevanju izdatkov za zdravstvo. Po eni strani gre tu zaradi večanje konkurenčnosti gospodarstva in globalizacije trgov za omejevanje oziroma zadrževanje javnih sredstev za financiranje, oženje vrste in obsega storitev v javnem sektorju, na drugi strani pa s sočasnim povečevanjem zasebnega-prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja ter s kombinacijami neposrednih plačil in participacij pri uveljavljanju zdravstvenih storitev.

Upravni odbor ZZZS je sprejel osnutek Poslovnega poročila ZZZS za leto 2010, ki je sestavni del Zaključnega računa ZZZS za leto 2010, ki ga bo predvidoma aprila 2011 obravnavala tudi Skupščina ZZZS. Iz poročila izhaja, da je ZZZS že drugo leto zapored posloval s primanjkljajem prihodkov nad odhodkov, tako da za leto 2010 izkazuje **primanjkljaj v višini 35,8 milijonov evrov, kar je za 18,8 milijonov evrov manj od načrtovanega**. Manjši primanjkljaj prihodkov nad odhodki od načrtovanega je predvsem posledica večjih prihodkov iz naslova vplačanih prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje (za 11,8 milijonov evrov), pa tudi zaradi večjih prihodkov iz naslova mednarodnih sporazumov (za 3,5 milijonov evrov) in transfernih prihodkov za plačilo razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev za socialno ogrožene (za 2,2 milijonov evrov). Izkazani primanjkljaj je ZZZS pokril s presežki iz preteklih let, zato **se ZZZS v letu 2010 ni zadolžil**. Prihodki v letu 2010 so znašali 2.311 milijonov evrov, odhodki pa 2.346,8 milijonov evrov (tabela 1).

Pakt stabilnosti nam predpisuje zgornjo mejo javnofinančnega primanjkljaja, kar pomeni, da bo potrebno na dolgi rok omejiti javna sredstva za zdravstvo na ravni do 7% v deležu BDP in skrbeti, da bo znašala medicinska inflacija največ 3,5% letno. Zaradi izjemno neugodnih demografskih trendov in manjšanja deleža aktivne populacije pa se še dodatno povečujejo zahteve po oblikovanju obveznega zavarovanja za dolgotrajno oskrbo starostnikov na domu. Takšen makroekonomski pristop v politiki javnega financiranja zdravstvenega varstva zahteva:

- na novo oblikovati košarico pravic v javnem zdravstvenem zavarovanju, prilagojeno evropskim standardom;

- opredeliti nacionalne standarde storitev na vseh področjih zdravstvene dejavnosti, v obveznem zavarovanju pa nadzorovati uvajanje novih pravic;
- omejevati povpraševanje z doplačili za zdravila, obiske pri zdravniku, napotovanje na sekundarni ravni;
- analizirati podatke o zdravniškem delu, izkoriščenosti sredstev, poslovanju javnih zavodov zaradi povečanja produktivnosti dela in sredstev, ki mora temeljiti na načelih stroškovne in ekonomske učinkovitosti ob doslednem doseganju strokovnih standardov;
- pretehtano in z jasno državno regulativo delno privatizirati določene zdravstvene ustanove in javno-zasebno partnerstvo v javnih zavodih z učinkovito kontrolo kakovosti;
- oblikovati tržna prostovoljna zdravstvena zavarovanja za vse storitve nad obsegom in standardi z upoštevanjem načel individualnega tveganja.

Tabela 1: Najpomembnejši kazalci finančnega poslovanja ZZZS v letu 2010 (v evrih).

	I-XII/2010
A. Bilanca prihodkov in odhodkov:	
Prihodki	2.311.023.281
Odhodki	2.346.849.949
Presežek	- 35.826.668
B. Račun finančnih terjatev in naložb:	
Prejeta vračila danih posojil in prodaja kapitalskih deležev	297
<i>Dana posojila in povečanje kapitalskih deležev</i>	0
Prejeta minus dana posojila in sprememba kapitalskih deležev	+ 297
C. Račun financiranja:	0
Neto zadolževanje	0
POVEČANJE SREDSTEV NA RAČUNIH	- 35.826.371

Vir: Finančno poročilo ZZZS, 2010

ZZZS je po stanju na dan 31.12.2010 tako že šesto leto zapored posloval brez zadolževanja in tako izpolnil zahteve organov upravljanja ZZZS in Programa stabilnosti Vlade Republike Slovenije za leto 2010. To ne bi bilo možno, če ZZZS v letu 2010 ne bi nadaljeval in izvajal ukrepe, sprejete v letu 2009, za zagotavljanje dolgoročne finančne vzdržnosti sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja - katerih finančni učinek na letnem nivoju znaša 230 milijonov evrov - in dodatne ukrepe v letu 2010 na področju odhodkov za zdravila (znižanje cen zdravil na osnovi pogajanj z dobavitelji zdravil, posledice ukrepov v državah, ki so za Slovenijo referenčne za oblikovanje cen zdravil, širjenje seznama medsebojno zamenljivih zdravil). K temu pa so pripomogli tudi ukrepi Vlade Republike Slovenije na področju plač v javnem sektorju (prestavitvev izplačila tretjega dela odprave nesorazmerij plač).

ZZZS je primanjkljaj prihodkov nad odhodki pokril iz lastnih virov. Pri tem pa v letu 2010 ni prišlo do sprememb v prispevnih stopnjah ali zmanjšanja zakonsko določenih pravic zavarovanih oseb. ZZZS je tako v letu 2010 izpolnil svoje poslanstvo in temeljni cilj poslovanja:

Finančno poslovanje brez zadolževanja in prilagajanje odhodkov predvidenim prihodkom, ob ohranitvi sedanjega obsega pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

4.1 PRIHODKI ZZZS (PO OBDOBJIH)

Celotni prihodki ZZZS v obdobju januar – december 2010 so znašali 2.311 milijonov evrov, kar je nominalno za 2,1% več kot leta 2009 in so tako realno večji za 0,3% glede na leto 2009. **Prihodki so presegli načrtovane za 17,8 milijona evrov**, kar je v glavnem posledica višjih izrednih izplačil v mesecu decembru 2010, in sicer za 9,9% glede na november 2010 (trinajsta plača, božičnica), kar ob načrtovanju prihodkov, glede na pogoje gospodarjenja, nismo pričakovali. Stopnja rasti prihodkov od prispevkov je za okoli 2,1 odstotne točke manjša od rasti povprečne bruto plače v Republiki Sloveniji, s čimer se odraža zmanjševanje števila zaposlenih med letom 2010. Prihodki od prispevkov predstavljajo 98% vseh prihodkov in so v letu 2010 znašali 2.263,7 milijonov evrov. Drugi prihodki ZZZS so znašali 47,3 milijonov evrov. Največji delež med drugimi prihodki predstavljajo prihodki od regresnih zahtevkov, ki so v letu 2010 znašali 20,5 milijonov evrov, sledijo prihodki iz naslova mednarodnih sporazumov v višini 12,5 milijonov evrov in transferni prihodki iz državnega proračuna za plačilo zdravstvenih storitev za socialno ogrožene v znesku 10 milijonov evrov.

4.2 ODHODKI ZZZS (PO OBDOBJIH)

Celotni odhodki ZZZS v obdobju januar – december 2010 so znašali 2.346,8 milijonov evrov in so glede na načrtovane realizirani skoraj 100%. V primerjavi z odhodki leta 2009 so nominalno večji za 0,4%, kar predstavlja 1,4% negativno realno rast. Negativna realna rast odhodkov je posledica učinkov ukrepov za zagotavljanje dolgoročne finančne vzdržnosti sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja, sprejetih v letu 2009, ki so se izvajali od aprila 2009 dalje in so se prenesli tudi v naslednje leto, pa tudi drugih ukrepov, sprejetih v letu 2010.

A) ODHODKI ZA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

Odhodki za zdravstvene storitve, odhodki za zdravila in medicinsko-tehnične pripomočke, odhodki za preskrbo s krvjo in cepivi ter odhodki za zdravljenje v tujini in iz naslova mednarodnih sporazumov predstavljajo 87,8% vseh odhodkov ZZZS.

V strukturi celotnih odhodkov ZZZS imajo odhodki za zdravstvene storitve 70,6% delež in znašajo 1.657,4 milijonov evrov in so za 0,5% nad načrtovanimi. Preseganje načrtovanih

tovrstnih odhodkov za 8,5 milijonov evrov je posledica neizvedenih načrtovanih dodatnih ukrepov za usklajitev odhodkov s prihodki v letu 2010 – ZZZS je na osnovi usmeritev Vlade RS ob izdaji soglasja na finančni načrt ZZZS za leto 2010 pripravil selektivne ukrepe za zmanjšanje sredstev za nekatere izvajalce zdravstvenih storitev, vendar je arbitraža o vseh spornih vprašanjih odločila drugače.

Glede na leto 2009 so ti odhodki nominalno manjši za 0,6%, realno pa za 2,4%. V teh odhodkih se odražajo tudi učinki ukrepov za vzdržnost financiranja sistema, ki se nanašajo na zdravstvene storitve. V odhodkih za zdravstvene storitve je vključenih tudi 217 milijonov evrov za dvig plač v zdravstvu in za odpravo nesorazmerij plač v zdravstvu, skladno z dogovorom med Vlado RS in reprezentativnimi sindikati v zdravstvu iz leta 2008 in 2009, kar predstavlja okoli 72% celotnih potrebnih sredstev za končno odpravo nesorazmerij plač.

Odhodki za zdravila, medicinsko-tehnične pripomočke, kri in socialno medicino so znašali 380,1 milijonov evrov, kar predstavlja 97,6% realizacijo finančnega načrta ZZZS za leto 2010. V primerjavi z letom 2009 so bili manjši za 1,7%, kar predstavlja 3,4% negativno realno rast. Odhodki te skupine predstavljajo v strukturi odhodkov ZZZS 16,2% delež - zaradi negativne realne rasti teh odhodkov in hitrejše rasti odhodkov za nadomestila odsotnosti se je ta strukturni delež v letu 2010 zmanjšal za 0,3 strukturne točke.

Največji delež v teh odhodkih imajo izdatki za zdravila. V letu 2010 so ti znašali 313 milijonov evrov in so v primerjavi z odhodki leta 2009 nominalno manjši za 1,5% (realno za 3,2%) ali za 4,8 milijonov evrov, kar je v glavnem rezultat ukrepov, izvedenih v letu 2010.

Odhodki za medicinsko-tehnične pripomočke so znašali 50 milijonov evrov in so za 5,9% manjši od načrtovanih. V primerjavi z letom 2009 so za 3,2% nominalno manjši, realno pa za 5% zaradi spremenjenega roka plačila v letu 2010 iz 15 na 30 dni v skladu z Dogovorom o preskrbi z medicinskimi in tehničnimi pripomočki in zaradi drugačne strukture uveljavljanja pravic do medicinsko tehničnih pripomočkov glede na bolezenska stanja in upoštevanje določbe 23. člena ZZVZZ (zato se je v letu 2010 delež odhodkov v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja za medicinsko-tehnične pripomočke zmanjšal za 4 odstotne točke in znaša 84%).

Odhodki za transfuzijo krvi in cepiva so v letu 2010 znašali 17,1 milijonov evrov in so za 3,7% pod načrtovanimi ter približno enaki porabi v letu 2009.

Odhodki za zdravljenje v tujini in iz naslova mednarodnih sporazumov so v letu 2010 znašali 24,5 milijonov evrov in so za 9,5% pod načrtovanimi ter za 14% večji kot leta 2009 zaradi uveljavljanja pravic do zdravstvenih storitev v tujini na podlagi EU zakonodaje, povečanja števila odobrenih vlog za zdravljenje v tujini in spremenjenega načina zaračunavanja stroškov za tuje zavarovance v Sloveniji (obračun dejanskih stroškov namesto obračuna pavšalnih stroškov).

B) ODHODKI ZA POVRAČILO DENARNIH DAJATEV

Odhodki za povračilo denarnih dajatev za pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (nadomestila, pogrebne, posmrtnine, potni stroški, dnevnice) so realizirani v višini 235 milijonov evrov, kar predstavlja 1,4% več od načrtovane porabe za te namene oziroma so porasli za 10,3% glede na leto 2009.

Odhodki za nadomestila odsotnosti (bolniški stalež) so znašali 222,8 milijonov evrov in so presegli načrtovane za 1,1%. V primerjavi z odhodki leta 2009 so večji kar za 10,4% oziroma za 21,1 milijonov evrov. Visoka rast teh odhodkov je posledica povečanega števila plačanih izgubljenih delovnih ur v breme ZZZS v letu 2010 glede na leto 2009 (za 5,5%) in povečanja povprečnega nadomestila za okoli 4,8%. Povprečna dolžina trajanja začasne zadržanosti od dela v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja je v letu 2010 znašala okoli 20,6 dni (18,3 dni v letu 2009), pri čemer se je povečalo le število dni, ne pa tudi število primerov. Podatki po razlogih začasne zadržanosti od dela kažejo, da so se najbolj povečali odhodki iz naslova bolezni in poškodb izven dela (za okoli 16,4 milijonov evrov oziroma za 10,5% glede na odhodke preteklega leta), sledijo odhodki za nego (povečanje za 2,1 milijon evrov oziroma za 8,7%) in odhodki iz naslova poškodbe na delu (povečanje za 2,1 milijon evrov oziroma za 14,4%). Na osnovi zakona o zaposlovanju in zavarovanju za primer brezposelnosti so v letu 2010 znašali odhodki 6,1 milijonov evrov, kar je za 51,7% več kot v letu 2009.

4.3 UGOTOVITVE FINANČNEGA POSLOVANJA ZZZS V LETU 2010

ZZZS je leto 2010 zaključil bolje, kot je bilo predvideno, saj je primanjkljaj prihodkov nad odhodki v višini 35,8 milijonov evrov manjši od načrtovanega za 34,3% oziroma za 18,7 milijonov evrov. Tak rezultat je odraz realizacije vseh ukrepov za zagotovitev vzdržnosti sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja, tako da odhodki niso bili realizirani nad načrtovanimi. Poleg tega pa je bil dosežen tudi zaradi boljše realizacije prihodkov od prispevkov. S tem je ZZZS izpolnil zahteve organov upravljanja ZZZS in obvezo iz Programa stabilnosti Vlade RS, da ZZZS ob koncu leta 2010 ni zadolžen, ob nespremenjenih prispevnih stopnjah in pravicah iz obveznega zdravstvenega zavarovanja ter zagotovitvi obsega programov in storitev zdravstvenega varstva zavarovanim osebam na ravni, ki ni manjša od predhodnega leta.

Realizirani primanjkljaj prihodkov nad odhodki je bil pokrit s sredstvi na računih ZZZS iz naslova neporabljenih presežkov iz preteklih let. Ob koncu leta 2010 je zato imel ZZZS še 18,7 milijonov evrov prostih sredstev na računu za poslovanje v letu 2011. Večina teh sredstev bo porabljena za poravnavo obveznosti do izvajalcev zdravstvenih storitev po končnem obračunu za leto 2010, ki bo opravljen februarja 2011. Ob relativno ugodnih rezultatih poslovanja v letu 2010, glede na pogoje poslovanja, pa je potrebno opozoriti, da dokončna uveljavitev novega plačnega sistema in posledice ekonomske krize, po projekciji do leta 2013 kažejo, da bo moral ZZZS še nadalje uravnavati odhodke glede na obseg prihodkov, da bi posloval brez primanjkljajev, ki bi zahtevali tudi zadolževanje. Za

vzpostavitev dolgoročne finančne vzdržnosti sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja bodo zato potrebne tudi ustrezne sistemske spremembe, zlasti na ravni države. Slovensko zdravstvo zamuja z reformnimi procesi prilagajanja sistemskih in zakonodajnih rešitev spremenjenim razmeram, ki jih druge razvite evropske države kontinuirano izvajajo z iskanjem odgovorov na izzive in pritiske na hitro povečevanje izdatkov. Na področju zdravstvenega varstva so namreč potrebne nenehne reforme, saj gre za zelo dinamičen družbeni podsistem, pred katerim so vedno novi izzivi in zahteve. V dvanajstih letih od uveljavitve nove zakonodaje so se pri nas pokazale vse dobre in slabe strani sedanje ureditve, ki so nujna podlaga za dograjevanje sistema. Z vključitvijo Slovenije v EU je dana še dodatna priložnost pa tudi obveza za nujno potrebne spremembe zaradi nas samih in naše zdravstvene varnosti.

5 KONCESIJE V ZDRAVSTVU

5.1 POJEM KONCESIJA

»Koncesije poznajo v svetu že zelo dolgo. Podeljevali so jih srednjeveški vladarji tako osvajalcem novih ozemelj kot tudi za razvoj in gradnjo infrastrukturnih objektov. Kasneje so koncesijske pogodbe med državami omogočale gradnjo trgovskih poti, čezmorskih oporišč in pristanišč. Danes se taka razmerja urejajo s paktom, sporazumom ali konvencijo. Termina koncesije in koncesijska razmerje (t.i. specifičen odnos med državo in civilnopravnimi osebami) danes poznajo praktično vse razvite države sveta.« (Mrak, Visoka šola za menedžment, str.163)

»Razni strokovnjaki (Richier, Landi in Potenca, Grilc in Juhart, Ivanjko, Pirnat in drugi) opredeljujejo koncesijo različno. Čeprav nimamo obče oz. splošne definicije, bi koncesijo lahko opredelili kot pooblastilo ki ga na predpisan način in v predpisani obliki država ali lokalna skupnost (oz. pooblaščen organ) t.i. koncedent, podeli osebi civilnega prava (pravni ali fizični) t.i. koncesionarju.« (Krbek 1932, 59-92)

»Koncesija je v Sloveniji razmeroma mlad pravni institut, kateri je nastal pred približno 20 leti in si šele utira pot v slovensko upravno prakso. Nekaj izkušenj so si medtem že pridobili tako koncedenti kot tudi koncesionarji.« (Mrak, Visoka šola za menedžment, str.163)

Iz svetovne literature poznamo več razvrstitev koncesij. Ena od možnih delitev (Grilc in Juhart 1991, 13–27): trgovinska koncesija, licenčna koncesija, koncesija franšize, koncesija distribucije, koncesija premičnin in nepremičnin, meddržavna koncesija, koncesija na ravni države, lokalna, regijska in mestna koncesija, koncesija za izvajanje javne službe in koncesija za gradnjo infrastrukture.

Razvrstitve koncesij se razlikujejo zaradi različnih področij preučevanja tega instituta. Največkrat se strokovnjaki ukvarjajo s koncesijskim razmerjem, povezanim z javno službo in infrastrukturo (z upravljanjem ali obratovanjem, najemom, s čisto koncesijo – angl. Build-operate-transfer, bot – in z drugimi različicami, izpeljanimi iz osnovne oblike).

V koncesijsko razmerje, ki se ureja s koncesijsko pogodbo, stopajo različni udeleženci oziroma različne organizacije (pridobitne in nepridobitne), in sicer javne, napol javne in zasebne. Na eni strani imamo državo ali lokalno skupnost oziroma javno upravo, na drugi strani pa vrsto oblik pravnega statusa: samostojnega podjetnika, družbo z neomejeno odgovornostjo, komanditno družbo, družbo z omejeno odgovornostjo, delniško družbo, javno podjetje, javni zavod, zasebni zavod, društvo, ustanovo, versko skupnost ipd.

Ker se instrument koncesije v različnih državah sklepa različno, ker obstaja več vrst koncesij in udeležencev koncesijskega razmerja, je popolnoma jasno, da ima vsaka organizacija oziroma udeleženelec neke posebnosti menedžmenta (poslovođenja in vodenja).

»Vsaka organizacije je ustanovljena zato, da bi izpolnila cilje ustanoviteljev. Torej je to instrument za doseganje ciljev ustanoviteljev oziroma lastnikov, ciljna združba sodelavcev za doseganje njihovih smotrov in seveda prostor, kjer se srečujejo interesi udeležencev (Tavčar 2000, 1). Organizacije se med seboj razlikujejo po temeljnih ciljih – smotrih; ločimo pridobitne organizacije in nepridobitne organizacije. Čeprav veljajo osnovna spoznanja o managementu tako za ene kot za druge, moramo upoštevati tudi njihove posebnosti, kar pomeni upoštevati specifična znanja, potrebna za vodenje enih oziroma drugih. Če upoštevamo, da stopajo v koncesijska razmerja tako pridobitne kot tudi nepridobitne organizacije, je popolnoma jasno, da se v teh menjalnih razmerjih pojavlja vrsta različnih interesov, kar seveda bistveno vpliva na politiko, tj. cilje organizacije, in na strategije za doseganje ciljev (dejavnost, urejenost in sredstva). V razmerju med državo kot dajalcem koncesije (koncedentom) in prejemnikom koncesije (koncesionarjem) je to zlasti izrazito na področju tržne omejenosti, kajti država navadno nadzira oblikovanje cen in kakovost opravljenih storitev. Država torej neposredno vpliva na višino dobička in na uspešnost poslovanja organizacije oziroma celo na izgubo.« (Mrak, Visoka šola za menedžment, str. 164,165)

»Koncesijo, kot obliko pridobitve neke posebne ali izključne pravice, poznamo Slovenci že zelo dolgo, še iz časov, ko je sedanje ozemlje Republike Slovenije pripadalo Avstro-ogrski. Poznali smo jo tudi v Kraljevini SHS, po drugi svetovni vojni pa ni bila več vključena v pravni sistem SFR Jugoslavije in s tem tudi ne v pravni sistem sr Slovenije. Institut koncesije je jugoslovanska zakonodaja prvič urejala v Zakonu o tujih vlaganjih in še to samo za določene predmete in določene koncesionarje«. (Viler Kovačič A. 2002)

»V Sloveniji se je »koncesija« ponovno pojavila s pojmom javne službe, ki je nadomestil pojem dejavnosti posebnega družbenega pomena. Podlago za spremembo je dalo sprejetje amandmajeve k Ustavi Socialistične Republike Slovenije iz leta 1974 in ustavnega zakona za njihovo izvedbo. Ti dokumenti so pomenili začetek konca obdobja samoupravnega socializma in z njim povezane družbene lastnine, samoupravljanja ter svobodne menjave dela. Koncesija se je najprej pojavila v Zakonu o zavodih kot ena od oblik opravljanja negospodarske javne službe (v zdravstvu, kulturi, vzgoji in izobraževanju, športu, socialnem varstvu ipd.), nato v Zakonu o gospodarskih javnih službah kot ena od oblik opravljanja gospodarskih javnih služb (v elektrogospodarstvu, komunalnem gospodarstvu, prometu in zvezah ipd.) in nato še v Zakonu o varstvu okolja kot uporaba, upravljanje in/ali izkoriščanje naravnih dobrin. Tem zakonom so sledili še drugi, ki urejajo problematiko koncesije vsak po svoje (Zakon o gozdovih, Zakon o veterinarstvu, Zakon o obrambi, Zakon o igrah na srečo, Zakon o blagovnih rezervah, Zakon o telekomunikacijah, Zakon o varstvu potrošnikov. . .). Danes koncesijo v Sloveniji neposredno ali posredno ureja preko 70 zakonov, več kot 90 drugih državnih predpisov in podzakonskih aktov ter veliko število občinskih predpisov, po grobi oceni več kot 300. Glede na namen, smisel, cilj in postopek pridobitve ločimo v Sloveniji.« (Viler Kovačič 2002, 11):

- koncesije za izvajanje javnih služb
- koncesije za izvajanje gospodarskih javnih služb

- koncesije za rabo in izkoriščanje naravnih dobrin in druge koncesije

»Toda, ker so koncesije na gospodarskem in negospodarskem področju v Sloveniji urejene nedosledno, bodo poslanci v prihodnje po vsej verjetnosti obravnavali enoten zakon, ki bo področje pravno uredil. To sklepamo iz 133. člena Zakona o javnih naročilih, ki določa, da do uveljavitve posebnega zakona, ki bo natančneje uredil oddajanje koncesij, koncedent za izvedbo postopka oddaje koncesije smiselno uporablja določbe 65. in 71. člena tega zakona.« (Mrak, Visoka šola za menedžment, str. 166) Na posebni zakon, ki bo urejal področje, nas opozarja tudi avtor članka Koncesijska pogodba de lege ferenda (Pirnat 2002, 65–77). »V zvezi s tem ostaja nedorečeno strokovno pravno vprašanje o smiselnosti uvedbe upravne pogodbe v slovenski pravni sistem, zlasti glede na izkušnje pravnih sistemov drugih držav, posebno evropskih.« (Mrak, Visoka šola za menedžment, str. 166)

»Države članice Evropske unije nimajo enotno urejenega vprašanja koncesij, niti enotnega predpisa na ravni direktive. V okviru EU obstaja za to področje le ena direktiva, ki določa postopek oddaje koncesij o javnih delih oziroma gradnji (angl. public works concession). To je direktiva Sveta 93/37/eec, z dne 14. 6. 1993. Članice urejajo vprašanja, povezana s koncesijo, na pragmatičen način, ki temelji na konkurenčnih ponudbah.« (Mrak, Visoka šola za menedžment, str. 166)

»Vsaka organizacija, bodisi pridobitna bodisi nepridobitna, potrebuje za delovanje življenjski prostor, kjer lahko dokazuje svojo uspešnost in jo tudi mora. Pridobitne organizacije v svojem okolju stopajo v stik z odjemalci, dobavitelji, obstoječimi konkurenti, morebitnimi konkurenti, državo, s politiko, z ekologijo in s sindikati. Nepridobitne organizacije pa se v zunanjem okolju srečujejo z lastniki oziroma ustanovitelji, s partnerji in konkurenti, s strokovnimi in stanovskimi organizacijami, s politiko in državno upravo. Seveda obstaja nekaj pomembne razlike med okolji (tako notranjimi kot zunanjimi) pridobitnih in nepridobitnih organizacij, ki seveda pomembno vpliva na razlike v managementu enih in drugih organizacij. V našem proučevanem primeru – tj. stopanje organizacij v koncesijska razmerja – se organizacije tesneje povezujejo in sklepajo poseben pogodbeni odnos samo z enim od zunanjih udeležencev: državo ali lokalno skupnostjo. To razmerje je specifično, kajti organizacija s koncesijsko pogodbo pravzaprav dobi izjemen položaj na trgu, pridobi neke vrste monopol oziroma delni monopol (odvisno od vrste in področja koncesije). Vsekakor pa drži, da monopol nadzira država in da je časovno omejen.« (Mrak, Visoka šola za menedžment, str. 167)

»Kakovost in uspeh koncesij sta seveda odvisna od obeh koncesijskih strank: od organiziranosti države (koncedenta) in urejenosti organizacije, ki sklepa razmerje (koncesionarja). Treba je upoštevati, da niti dve koncesijski pogodbi nista enaki oziroma ne bi smeli biti, kajti okolje se neprestano spreminja in vsaka koncesijska pogodba je (bi morala biti) odraz razmer in časa v okolju, v katerem je nastala. Sestavni deli koncesijske pogodbe morajo vsebovati vsaj naslednje elemente: določitev odgovornosti med pogodbenima strankama, oblikovanje oziroma določanje cen za storitve/izdelke, ki so predmet pogodbe, opredelitev posebnih ciljev poslovanja (kakovost, investicije...), nagrad

in kazni, zavarovanje javnih pravic, trajanje koncesijske pogodbe, »višjo silo«, reševanje nesporazumov oziroma sporov ipd.« (Mrak, Visoka šola za menedžment, str. 167)

»Organizacija mora biti na pogodbo dobro pripravljena in imeti dober management, če hoče upoštevati vse našete elemente. Delovanje managerjev mora biti usmerjeno k pomembnim udeležencem organizacije tako v notranjem okolju, k sodelavcem, kot tudi v zunanjem, k udeležencem v menjalnih razmerjih oziroma partnerjem in oblasti – javni upravi, javnosti, politiki ipd. Ne smemo pa zanemariti še kulture organizacije in njene naravnosti; pomembno je razlikovati med tradicionalno in procesno naravnanimi organizacijami.« (Mrak, Visoka šola za menedžment, str. 167,168)

5.2 POSTOPEK PRIDOBITVE KONCESIJE

Na Zdravniško zbornico Slovenije se je obrnilo že kar nekaj predstavnikov občin in prosilo za pojasnila v zvezi s postopkom podeljevanja koncesij, zato sem pripravil pregled sedanje ureditve koncesij v zdravstvu. Minister za zdravje je napovedal spremembe na tem področju, do uveljavitve sprememb pa velja sedanja ureditev, tako da ni nobenih razlogov, da se sedanja ureditev brez zadržkov ne bi uporabljala.

Na podlagi 2. odstavka 3. člena Zakona o zdravstveni dejavnosti (Ur. l. RS, št. 23/2005, UPB2) zdravstveno dejavnost kot javno službo pod enakimi pogoji opravljajo javni zdravstveni zavodi ter druge pravne in fizične osebe na podlagi koncesije (v nadaljevanju: koncesionar), ki ima glede opravljanja javne zdravstvene službe pravice, dolžnosti in odgovornosti javnega zavoda.

Koncesijo za opravljanje javne službe v osnovni zdravstveni dejavnosti podeli z odločbo občinski oziroma mestni upravni organ, pristojen za zdravstvo (v nadaljevanju: koncedent).

Koncesija se podeli pravni ali fizični osebi, ki zaprosi za podelitev koncesij in ki izpolnjuje strokovne in druge pogoje za opravljanje zasebne zdravstvene dejavnosti ter so pripravljene nadaljevati svoje dotedanje delo in prevzeti vse obveznosti in odgovornosti, ki izhajajo iz koncesijske pogodbe in pogodbe z ZZS. Koncesionar ima glede opravljanja javne službe enake pravice, dolžnosti in odgovornosti javnega zavoda (42. Člen Zakona o zdravstveni dejavnosti).

Postopek se lahko prične na podlagi vloge zdravnika oziroma razpisa občine (kjer javna zdravstvena služba ni zasedena). Vlogo za pridobitev koncesije poda zdravnik, občinski oziroma mestni organ pridobi mnenje zbornice in Zavoda za zdravstveno zavarovanje. V postopku pridobi tudi mnenje delodajalca, ki se tiče predvsem potrdila, da zdravnik tam ni več zaposlen oziroma obvestilo, kdaj se mu bo iztekel odpovedni rok.

Po pridobitvi vseh mnenj se pristojni organ lahko odloči, da bo koncesijo podelil, in v tem primeru prosi Ministrstvo za zdravje za soglasje. Zahtevi za soglasje je potrebno priložiti vsa pridobljena mnenja ter osnutek koncesijske pogodbe in odločbe o podelitvi koncesije.

POGOJI:

- zdravnik ima zahtevano izobrazbo in je usposobljen za samostojno delo v skladu s in 66. členom Zakona o zdravstveni dejavnosti.
- ni v delovnem razmerju (pridobi potrdilo, da je nezaposlen oziroma od delodajalca, kdaj mu poteče odpovedni rok); ta pogoj mora biti izpolnjen ob začetku izvajanja koncesije.
- zdravniku ni s pravnomočno sodbo sodišča prepovedano opravljanje zdravstvene službe oziroma poklica
- ima zagotovljene ustrezne prostore, opremo in, če zahteva narava dela, tudi ustrezne kadre (ta pogoj kontrolira Ministrstvo za zdravje in izda dovoljenje)
- pridobi mnenje Zdravniške zbornice Slovenije

Nekatere občine zahtevajo tudi soglasje zdravstvenega doma, vendar za takšno zahtevo ni pravne podlage!

Občina s podelitvijo koncesije ne širi mreže javne zdravstvene službe, če je

- kandidat za koncesijo zaposlen v zdravstvenem domu, na čigar gravitacijsko območje sodi območje, na katerega se nanaša zahteva za koncesijo.
- Je število izvajalcev določene dejavnosti manjše od števila izvajalcev, ki so predvideni v mreži javne zdravstvene službe

Občina podeli koncesijo z odločbo (**akt o koncesiji**), občina (koncedent) in koncesionar (koncesionar) pa skleneta **pogodbo o koncesiji**, ki se oblikuje po enotnem vzorcu, ki velja za vso Slovenijo in je priloga 1 temu dopisu. S pogodbo o koncesiji se uredijo razmerja v zvezi z opravljanjem javne zdravstvene službe.

Koncesionar pridobi za opravljanje javne službe potrebne **prostore in opremo**

- od koncedenta (občine)
- na trgu

Koncedent lahko da koncesionarju v uporabo za opravljanje javne službe potrebne prostore in opremo. (3. odstavek 26. člena Zakona o zavodih). Občina (koncedent) kot ustanovitelj zdravstvenih domov lahko izda odločbo, na podlagi katere je zdravstveni dom kot pooblaščen upravljalec prostorov dolžan koncesionarju izročiti v uporabo ustrezne ordinacijske prostore in opremo. Višina najemnine se ne določi tržno, temveč koncesionar enakomerno participira pri stroških vzdrževanja in obratovanja celotne stavbe.

Sedanja navodila Ministrstva za zdravje narekujejo, da se zdravstvena dejavnost opravlja v prostorih zdravstvenih domov, zato ni zadržkov, da se ordinacije in prostori v zdravstvenem domu ne bi dali v najem koncesionarju, ki je v njih opravljal javno zdravstveno službo kot zaposleni. Občina (koncedent) pa lahko prepusti način zagotovitve ustreznih prostorov koncesionarjem ki lahko opremi lastne prostore ali vzame v najem drugo ordinacijo ali se vključi v skupinsko prakso v obliki zadruga.

Iz navedenih zakonskih možnosti tako izhaja, da v primeru, da zdravstveni dom odkloni oddajo ordinacijskih prostorov v najem, to ni razlog, da občina ne bi podelila koncesije.

Koncesionar namreč lahko opravlja zdravstveno dejavnost tudi v drugih ustreznih prostorih. Ustreznost prostorov preverja Ministrstvo za zdravje.

5.3 PREDNOST PODELJEVANJA KONCESIJE

Pri podeljevanju koncesij v zdravstveni dejavnosti so prisotne prednosti katere poznamo bolj v manjši meri kot tudi slabosti podeljevanja katere so v zabeležene v večji meri. Zdravstvena zakonodaja iz leta 1991 je omogočila uvedbo zasebnega dela v zdravstvu kot dograditev sistema z oblikami dela, katerih cilj je še kakovostnejša zdravstvena obravnava državljanov. Število zasebnih zdravnikov se bo tudi v prihodnje povečevalo, saj bo razvoj zdravstvenega varstva v Sloveniji sledil evropskim trendom in bodo vsaj osnovno zdravstveno dejavnost v glavnem izvajali zasebni zdravniki in zobozdravniki. V Sloveniji se zasebne izvajalce zdravstva razume kot izključno samoplačniško. Razumeti moramo, da tudi koncesionarjem plačuje zdravstvena zavarovalnica enako kot državnim ustanovam (zdravstveni domovi, bolnišnice). Ločevati je potrebno med zdravniki koncesionarji in zasebnimi zdravniki. Zdravniki koncesionarji niso 100% zasebni zdravniki in so del javnega zdravstva, njihovi bolniki pa ne plačujejo storitev, ki jih krije obvezno zdravstveno zavarovanje. Na drugi strani pa 100% zasebni zdravniki niso del javne zdravstvene mreže, njihovi bolniki pa so samoplačniki.

Pri zasebnikih s koncesijo gre za kombinacijo zasebnega izvajanja in javnega financiranja zdravstvene dejavnosti. Zasebnik s koncesijo je vključen v mrežo izvajalcev obveznega zdravstvenega varstva (za storitve, ki sodijo v obvezno zdravstveno zavarovanje). Načeloma lahko zasebnik s koncesijo deluje tudi za samoplačnike, če ne izvaja storitev, ki so zajete v pogodbi z ZZZS ali v primeru zapolnjene kvote pacientov. Zasebniki brez koncesije ne morejo skleniti pogodbe z ZZZS za opravljanje storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Njihove stranke nimajo pravice do povračila stroškov iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja. V tem primeru gre za 100% samoplačniške ambulante. Bolniki, ki imajo urejeno zavarovanje, za storitve, ki jih financira zavarovalnica, ne plačujejo niti v javnih zavodih niti pri koncesionarjih, pojasnjuje. Storitve so namreč tudi pri koncesionarjih financirane iz javnih sredstev, bolniki pa tako v javnih zavodih kot pri koncesionarjih plačujejo le za storitve, ki jih zavarovalnica ne priznava. S koncesijami se je povečala dostopnost do storitev v oddaljenih krajih. Zasebna dejavnost pri koncesionarjih se je pokazala kot učinkovita oblika zdravstvenega varstva. Sprejema jo večina Evrope, tudi pri nas so jo bolniki dobro sprejeli.

Prednosti oz. koristi zasebnega zdravstva so naslednje:

- zadovoljstvo pacientov je pri zasebnih izvajalcih večja,
- raven storitev je po mnenju pacientov boljša,

- prijaznejši odnos in večja zavzetost za pacienta,
- bistveno krajše čakalne dobe.

5.4 PREDNOSTI ZASEBNEGA DELA ZDRAVSTVENIH STORITEV

Velike javne 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 zdravnika.

Zdravnik 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:

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

Cilji zasebnega dela v zdravstvu:

- spodbujanje tekmovalnosti med javnim in zasebnim,
- večja možnost izbire in dostopnosti,
- boljša organiziranost in koordiniranost,
- manjši monopol javnih zdravstvenih ustanov,
- ohranitev preskrbljenosti prebivalcev in dosežkov zdravstvenega sistema brez krnitev.

5.5 ŠKODLJIVOST PODELJEVANJA KONCESIJ

Privatizacija lahko povzroči nastanek ekonomskih, finančnih in političnih težav. V primeru privatizacije monopolnega državnega podjetja lahko škodi učinkovitosti ekonomskega sistema, saj je velika nevarnost, da privatizirano podjetje še naprej ohrani monopolni položaj in skuša dosegati večje dobičke na škodo potrošnikov. Privatizacija lahko privede državo oziroma vlado v težak politični položaj, kar je povezano z dvema skupinama političnega tveganja. Prva je povezana z nevarnostjo, da katera izmed strateško pomembnih dejavnosti preide pod nadzor tujcev, ki lahko aktivno sodelujejo pri privatizaciji. Pri strateško pomembnih podjetjih država enostavno ne sme dovoliti, da bi

vodenje podjetja prešlo v roke tujcev, pri čemer lahko uporabi dve metodi: izdaja delnice s posebnimi pravicami (t. i. zlate delnice), katerih lastnik je vedno država, ali predčasno omeji število delnic, ki bodo na voljo tujim kupcem. Druga skupina političnega tveganja je pogojena s tveganjem političnih sprememb in s tem, da se ob menjavi vlade že privatizirana podjetja ponovno nacionalizirajo. Opozorimo lahko še na problem določanja cen zdravstvenih storitev. Namreč, previsoke cene zdravstvenih storitev lahko povzročijo neuspeh pri zadovoljevanju potreb bolnikov, v primeru prenizkih cen pa je iztržek od nujenja zdravstvenih storitev nižji, kot bi lahko bil.

Gibanje za ohranitev in izboljšanje javnega zdravstva je opozorilo na podeljevanje koncesij, ki jih namerava minister za zdravje podeliti oziroma dati soglasje. Gibanje poziva odgovorne, naj še enkrat razmislijo, da bi kar najbolj zaščitili javni interes in pravice državljanov. Trenutno je na ministrstvu za zdravje okoli 300 vlog za nove koncesije oziroma razširitev programov tako na primarni kot sekundarni ravni. Pri tem se minister, izgovarja na javno mrežo izvajalcev zdravstvenih storitev, ki je bila delno podana v Resoluciji o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008 - 2013. Gibanje opozarja, da minister večinoma ne namerava deliti novih programov med nove zdravnike ali razširiti obstoječo mrežo zdravstvenih izvajalcev. Minister namerava vzeti programe, kadre in finančna sredstva neprofitnim zdravstvenim domovom in bolnišnicam ter vse to podeliti med zasebnike in številne d.o.o., ki delujejo po podjetniški zakonodaji - tudi s ciljem povečanja dobička. Na ta način po njenem mnenju dobivamo "profitno zdravstvo". Pri tem je omenil 14 primerov koncesij v interesu zasebnikov, ki zdravstvo spreminjajo v profitno dejavnost. Koncesije naj bi dobile družbe Derma san iz Celja, Nevromed iz Velenja, Sanomed iz Sežane, Biro usluga iz Dravelj, Zdravilišče Rogaška Zdravstvo, Radics iz Maribora in druge. Tudi programi sedanjih koncesionarjev naj bi se prenesli na profitno dejavnost oz. na zasebnike in d.o.o..

Menim, da je podeljevanje koncesij že doslej več kot 20 odstotkov zdravstvenih domov potisnilo v nezakonito stanje, ko ti ne morejo več izvajati vseh zakonsko opredeljenih dejavnosti in storitev, ki jih ljudje potrebujejo za celovito zdravstveno obravnavo.

»Gibanje opozarja, da je zdravstvo tik pred tem, da se sesuje, ker streže minister apetitom zdravniškega lobija. Med drugim bi izpostavil, da se vlada oziroma politična struktura nič ne nauči iz svojih in tujih napak, na primer Velika Britanija in drugi. Njene napake pa plačujemo uporabniki s slabšim zdravjem, s slabšim in manj dostopnim zdravstvom in davkoplačevalci z dražjim zdravstvom«, je še zatrdil Sedmak (Združenje za državljanski nadzor ZANAS, 2006).

Po mnenju Obersnel-Kvedrove (Delo, 2011) velja, da se nadaljuje stihijsko in nekontrolirano podeljevanje koncesij. Minister za zdravje nebi smel brez analiz, brez široke javne razprave o privatizaciji zdravstva in brez soglasja državljanov le-to privatizirati v korist zdravniškega lobija in v škodo zdravja občanov.

Po mnenju gibanja bi bilo potrebno odpraviti negativne posledice dosedanje privatizacije zdravstvenih domov in bolnišnic, ki se odražajo v slabši dostopnosti do zdravstvenega varstva, slabši kakovosti zdravljenja, dražjem zdravljenju in zlorabah zaradi mešanja javnega in zasebnega. Poleg tega zahteva, da se takoj pripravi mreža zdravstvenih

izvajalcev v Sloveniji. Sogovorniki sicer ugotavljajo, da se slovensko zdravstvo, kjer več kot 150.000 državljanov nima dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, okoli 40.000 pa je tudi brez obveznega zavarovanja (skoraj deset odstotkov slovenskega prebivalstva), približuje ameriškemu zdravstvenemu sistemu, v katerem okoli 55 milijonov Američanov nima niti osnovnega zdravstvenega varstva. Zdravniki in zobozdravniki koncesionarji so sestavni del javne zdravstvene mreže, koncesije pa prejemajo za opravljanje javnih storitev. Javni zdravstveni zavodi in koncesionarji tako skupaj in pod enakimi pogoji zagotavljajo bolnikom enako dostopnost do zdravstvenih storitev (Zobozdravniška zbornica, 2008)

Podeljevanje koncesij ni privatizacija, saj koncesionar še naprej ostane del javnega zdravstva in nadaljuje delo v javnem zdravstvu. Zdravnik na določenem mestu v mreži namreč lahko samo spremeni svoj delovnopравни položaj. Zdravniki in zobozdravniki koncesionarji namreč poleg znanja namenjajo finančna sredstva za doseg čim boljše kakovosti zdravstvene oskrbe državljanov. Za nove kapacitete, ki so bile do danes vključene v sistem javnega zdravstvenega varstva, so po trditvah zbornice do sedaj namenili 60 milijonov evrov. Z uvajanjem koncesionarskega dela socialna pravičnost in dostopnost do zdravstvenih storitev nista zmanjšali. Po neodvisnih anketah je zadovoljstvo ljudi pri koncesionarjih primerljivo kot v javnih zdravstvenih domovih. Delež koncesionarjev v Sloveniji je po njihovih navedbah 25- odstoten in je med najnižjimi v Evropi. Državni sekretar na ministrstvu za zdravje Darko Žiberna zanika vse očitke Gibanja za ohranitev in izboljšanje javnega zdravstva. Dodaja, da so koncesionarji del javne zdravstvene službe, poleg tega pa neodvisne mednarodne študije (HSI indeks) slovenski zdravstveni sistem med 29 državami postavljajo na osmo mesto. Žiberna navaja, da je bilo na sekundarni ravni v letu 2005 podeljenih 43 koncesij, v letu 2006 42 in v letu 2007 24 koncesij. Za letošnje leto se zadeve še obravnavajo. Na navedbe Gibanja za ohranitev in izboljšanje javnega zdravstva o podelitvi 300 koncesij na primarni in sekundarni ravni je Žiberna izpostavil veljavno zakonodajo, ki določa, da je podelitev koncesije na primarni ravni v pristojnosti občine. Izvirna pristojnost občine je, da ureja primarno zdravstveno službo tudi s koncesijo. Nasprotovati temu pomeni po njegovo nasprotovati njihovi zakoniti pristojnosti.

5.6 UREJENOST KONCESIJ ZNOTRAJ RS IN V TUJINI

»Anatomija zdravstvenih reform je že dolgo znana. Starajoče se družbe, pričakovana kakovost življenja in zdravstvena ter farmacevtska tehnologija vodijo do naraščajočih stroškov in stari Bismarckov model socialne države se na področju zdravstva že dolgo otepa z naraščajočim finančnim primanjkljajem. Zdravstveni stroški zadnjih dvajset let naraščajo veliko hitreje kot BDP in ekonomske škarje se dramatično razpirajo. Na drugi strani pa so ZDA izvrsten primer, kako visoki stroški za zdravstveni sistem (več kot 12 % BDP) in kakovost zdravstvenih storitev še ne pomenijo, da je zdravstveno stanje ameriške družbe dobro ali da več kot 44 milijonov Američanov ni zunaj zdravstvenega zavarovanja. Osrednji del EU potroši za zdravstvo med 7 in 10 % BDP, toda OECD opozarja, da tudi

tukaj ni pravih reformnih ukrepov za povečanje učinkovitosti zdravstva. Priporočila so jasna. Sistemski pristop, povečanje konkurenčnosti, kakovostnejše menedžiranje, večja vloga porabnikov pri neposrednem financiranju storitev in svobodnejša izbira storitev. Tudi tukaj je v ospredju ekonomska ideologija, da liberalizacija in privatizacija vodita k večji učinkovitosti zdravstvenih sistemov«. (Kovač, Mladina Tednik, Ekonomija, 2006)

»Toda liberalizacija in privatizacija javnega sektorja povsod, v zdravstvu pa še posebej, zahtevata jasno regulacijo trga in opredelitev javnega interesa. Privatizacija ni cilj sam po sebi, temveč zgolj sredstvo za doseganje boljšega upravljanja zdravstvenega sistema in bolj zdrave družbe. Tu tiči jedro sporov glede sedanjega reformiranja slovenskega zdravstvenega sistema. Dejstvo je, da javni zdravstveni sistem, posebej na primarni ravni, lahko zagotavljajo javni zdravstveni zavodi in zdravniki kot zasebni koncesionarji. Zato je koncesionarstvo kot javno-zasebno partnerstvo del javnega zdravstvenega sistema, ker je financirano z javno zdravstveno mrežo in je del javno dostopnega zdravstvenega sistema. Pomenijo celo nasprotovanje modernizaciji in spremembam zdravstvenega sistema, kar je v osnovi slabo. Toda javno-zasebno partnerstvo na drugi strani zahteva podrobno zakonsko regulacijo, standardizacijo in učinkovitejši nadzor, kar pa ni del sedanje vladne liberalizacije zdravstvenih storitev. Zaščita javnega interesa tiči ravno na tej točki. Vključevanje zasebnih subjektov mora pomeniti spodbujanje in ne zaviranje javnih interesov. Javni interes dobrega zdravstvenega sistema moramo namreč ubraniti pred zlorabami zasebnikov in slabim delom javnih zdravstvenih organizacij. Javnega interesa ne ogroža samo zasebni, temveč tudi javni sektor. V sedanji razpravi so vprašanje javnega interesa v zdravstvu pomešali z obliko njegove regulacije. Zaščito javnega interesa na področju zdravja zagotavljajo predvsem konkurenca, jasna pravila za delovanje zasebnega sektorja in stroge moralne norme ter standardi. Zato so lahko oblike privatizacije zdravstva celo bolj učinkovita zaščita javnega interesa kot sam javni sektor. Z ekonomskega vidika potrebujemo torej večje število zasebnikov in zasebnih zdravstvenih institucij in redefinicijo zdravstvenih domov kot centrov javne zdravstvene oskrbe. Potrebujemo torej novo institucionalizacijo javno-zasebnega partnerstva. Zdravje je temeljna zasebna dobrina, zdravstveni sistemi pa osrednja javna dobrina. Ni boljšega kazalca blaginje, kot je zdravje državljanov, in ni jasnejše podobe države, kot je obvladovanje zdravstvenega sistema. Zato je zdravje temelj vseh reform. Vprašanje je samo, kdo bo pri tem trdnjše zdravja, reformisti ali državljanje.« (Kovač, Mladina Tednik, Ekonomija, 2006) Smo državljanje in državljanke Slovenije, ki zaskrbljeno ugotavljamo, da se spreminjajo temeljne vrednote, načela in cilji zdravstvenega varstva, na katerega smo bili nekoč Slovenci upravičeno ponosni. Slovensko zdravstvo je vzdržalo številne preizkušnje, med njimi tudi tranzicijsko obdobje, v katerem so se zrušili zdravstveni sistemi v malone vseh tranzicijskih državah.

Menim, da bi moral slovenski zdravstveni sistem še naprej temeljiti na visoki stopnji solidarnosti pri financiranju zdravstvenega varstva in na prevladujočem javnem načinu njegovega izvajanja. V zadnjem desetletju se je delež sredstev, ki se zbere z neposrednimi zasebnimi plačili in zasebnim dopolnilnim zdravstvenim zavarovanjem, povečal na kar 25 odstotkov vseh sredstev za zdravstveno varstvo, hkrati pa se povečuje število zasebnih izvajalcev zdravstvenega varstva. Z varčevalnimi ukrepi pa se napoveduje

nadaljnje krčenje javnih sredstev za zdravstvo. Pri tem odkrito izjavljajo, da si bodo državljani z več denarja lahko privoščili tudi več zdravstvenih uslug. Privatizacija zdravstva povzroča družbeno razslojevanje, povečuje stroške za zdravstveno varstvo, omejuje manj premožnim državljanom dostopnost do potrebnih zdravstvenih storitev in zmanjšuje finančno varnost bolnih.

Potrebno je vzpostaviti takšno javno zdravstvo, ki bo sposobno skrbeti za izboljševanje, ohranjanje in obnavljanje zdravja prebivalcev Slovenije ter odkrivati in odpravljati nepravilne razlike v zdravju ljudi, zdravstvo, v katerem na račun zdravstvenih programov in storitev, pomembnih za zdravje ljudi, nikomur ne bo možno kovati dobička. Javno zdravstveno varstvo je javna služba, namenjena skrbi za zdravje ljudi, ne pa dobičku tistih, ki ga izvajajo. Njegovi javni in zasebni izvajalci delujejo po načelu neprofitnih organizacij, kar pomeni, da se mora ves presežek prihodkov nad odhodki uporabiti za izboljševanje zdravstvenega varstva zavarovancev, na pa za dividende lastnikov. Država lahko vključuje zasebne izvajalce v javno mrežo samo ob spoštovanju ustavnega načela racionalne rabe javnega premoženja: torej, da se s tem povečuje učinkovitost, dostopnost in kakovost javnega zdravstvenega varstva.

Država z ukrepi zdravstvene, socialne, ekonomske, delovne, izobraževalne, okoljevarstvene in drugih politik odpravlja vse vrste neenakosti v družbi in s tem poskrbi tudi za izboljševanje zdravja vseh ljudi ne glede na njihov ekonomski, družbeni in socialni položaj. Pravična dostopnost do zdravstvenih storitev mora pomeniti enako dostopnost za vse ljudi z enakimi potrebami in večjo dostopnost za tiste z večjimi potrebami na načelih medgeneracijske solidarnosti. Država z zakonom ali nacionalnim programom opredeli vseživljenjske pravice, ki jih mora zagotavljati obvezno zdravstveno zavarovanje, pri čemer povzroča zmanjševanje teh pravic in prenašanje finančnih bremen na zasebna sredstva prebivalcev. Če finančna vzdržnost sistema zahteva uvedbo doplačil, morajo biti le-ta sorazmerna finančnim zmožnostim posameznika.

Vzpostavitev in upoštevanje poklicnih in etičnih standardov ter dosledno izvajanje veljavne zakonodaje oziroma njeno spremembo in dopolnitev na področjih je pomembno, kajti omogoča negospodarno rabo javnega premoženja, korupcijo, ustvarjanje neupravičenih dobičkov ter prikrito privatizacijo. Ohranitev in krepitev organizacije osnovnega zdravstvenega varstva v današnji obliki nosi izjemen pomen pri delovanju zdravstvenega sistema v Sloveniji. Prepričan sem, da ima osnovno zdravstveno varstvo, kot ga že desetletja razvijamo v Sloveniji v okviru zdravstvenih domov, primerjalno prednost pred zdravstvenim varstvom, ki ga izvaja zdravnik posameznik. Posledica prikritemu razgrajevanju zdravstvenih domov in bolnišnic z zmanjševanjem kadrov, programov in finančnih sredstev je ta da, se načrtno slabi javno zdravstvo v korist zasebnega. Vlada bi morala vsako nameravano spremembo v zdravstveni politiki predstaviti državljanom v ustreznih dokumentih, ki bi omogočili najširšo javno razpravo, ne pa da državljane postavlja pred izvršena dejstva. Soudeležba vsakega posameznika bi morala biti omogočena posebej pri odločitvah, ki prav pri zdravju bolj kot na katerem koli drugem področju vplivajo na življenje vsakega državljanca.

5.7 PRIVATIZACIJA ZDRAVSTVA

»Zadnje čase se v medijih ob napovedanih spremembah v smeri privatizacije zdravstva pojavljajo netočni podatki oziroma pristranski komentarji, ki sedanje javne zdravstvene zavode predstavljajo kot nekaj kar je slabo, drago in nekonkurenčno v primerjavi z zasebništvom, ki naj bi bilo boljše za uporabnike ter cenejše za državo. Mislim, da take ocene in trdite ne držijo s stališča zdravstvenega doma (ZD), kajti pojasnjujem razlike v poslovanju javnega sektorja in zasebnika koncesionarja. Razlika izhaja že iz statusa ZD, ki posluje kot neprofitna institucija, s ciljem zagotoviti občanom čim boljše osnovno zdravstveno oskrbo v okviru dogovorjenih sredstev, medtem ko je zasebniku poleg javnega interesa cilj tudi interes po ustvarjanju osebne blaginje (dobička). Financiranje ZD in zasebnika koncesionarja s strani ZZZS je povsem enako - oba pridobita enako višino sredstev za opravljen program. Tako s strani tistih, ki ugotavljajo, da so javni zavodi dragi, ni pojasnjeno, kje bo država z uvedbo zasebništv prihranila proračunska sredstva. Koncesionarji imajo, zaradi bolj stimulativenega nagrajevanja izvajalcev v obliki pogodb ali drugih oblik izplačila (in prostorskih kapacitet), možnost s samoplačniškimi storitvami pridobivati dodatna sredstva od pacientov na podlagi uvajanja dodatnih storitev in raznih doplačil, kar pomeni za pacienta dražje zdravstveno varstvo. Zdravniki v ZD bi bili pripravljeni izvajati samoplačniške storitve tudi v okviru zavoda, če bi jim ZD plačeval delo po podjemni pogodbi, ki je manj obdavčena z davki in prispevki kot nadurno delo, kar pa zavodu preprečuje delovna zakonodaja. Plačilo v obliki nadur je nestimulativno (od nadur se državi odvede 60 %, zdravnik pa prejme le 40 %). Razlika med ZD in zasebnikom koncesionarjem nastane pri porabi sredstev. Do največje razlike prihaja pri stroških plač, ki v ZD predstavljajo največji strošek v deležu 75 % vseh stroškov. V standardni kalkulaciji ZZZS je višina plače zdravnika in ostalih zaposlenih za ZD in zasebnika koncesionarja povsem enaka. Razlika nastane v višini izplačane plače in prispevkov ter ostalih dajatev državi. Medtem ko ZD izplačuje plače v višini določeni s Kolektivno pogodbo, ki je glede na starostno strukturo zaposlenih celo višja, kot je določena v kalkulaciji sredstev ZZZS in temu primerno tudi vse prispevke in dajatve glede na izplačane plače, zasebnik lahko izplačuje nižje plače in s tem povezano tudi nižje prispevke in dajatve državi. Razlika med višino sredstev, ki jih prejme zasebnik in dejansko izplačano plačo ter prispevki, pomeni zasebniku dobiček. Tako država ne prejme nazaj denarja, ki ga je namenila za prispevke in davke. V konkretnem primeru ob enakem financiranju pomeni za državo zasebnišтво manj sredstev v proračunu, manj sredstev za zdravstveno in pokojninsko blagajno na račun nižje izplačanih plač zasebnika in manjšega števila zaposlenih v primerjavi z javnim zavodom. Država bi morala zagotoviti, da bi se vsaj davki in prispevki vrnili v proračun, saj ZD in zasebnik koncesionar dobita enaka sredstva za plačilo prispevkov in davkov. Ta izpad je še zlasti prisoten pri zdravniku zasebniku, ki organizacijsko deluje podobno kot samostojni podjetnik in si za pokojninsko zavarovanje med letom plačuje le prispevke od minimalne osnove (mesečno plača približno 260 eur), ne plačuje nobenega davka na plače (razen za delavce) in na koncu leta prikaže minimalni dobiček za obdavčitev oz. dohodek iz dejavnosti, ki je osnova za njegovo dohodnino. Če navedeno prikažemo na primeru zdravnika zasebnika in zdravnika specialista v ZD: Oba prejmeta od ZZZS za bruto

bruto plačo enak znesek v višini 37.712,49 eur letno. V ZD zdravnik specialist prejme letno neto plačo v višini 16.729,16 eur oz. 44 % vseh sredstev namenjenih za plačo, ostala sredstva v višini 20.983,33 eur oz. 56 % pa se vrnejo državi v obliki prispevkov in davkov. Zasebnik, ki npr. plačuje prispevke od najnižje osnove za pokojninsko zavarovanje in doseže letni dobiček 10.000 eur ter za ta znesek uveljavi možne davčne olajšave v skladu z zakonom, državi vrne skozi prispevke in davke le 2916,66 eur oz. 8 % vseh sredstev. Tudi, če bi zasebnik plačeval prispevke od najvišje možne osnove za pokojninsko zavarovanje in izkazal davčni dobiček na letni ravni 16.729,16 eur kot znaša letna neto plača zdravnika v ZD, bi država prejela nazaj le 43 % od danih sredstev. Toda taki primeri pri zasebnikih so bolj izjema kot pravilo. Država je z uvedbo obveznega dodatnega pokojninskega zavarovanja za javne uslužbence namenila dodatna sredstva 488,75 eur na zaposlenega tudi za zasebnike, čeprav večina nima sklenjenega nobenega dodatnega pokojninskega zavarovanja, ker za njih to ni obveza. Tako zasebniku ta denar pomeni čisti dobiček. Tudi na področju zaposlovanja je razlika med zasebnikom in ZD. ZD se v večini drži predpisanih kadrovskih standardov (npr. tim v dispanzerju za žene ima poleg zdravnika še višjo in srednjo medicinsko sestro, podobno tim dispanzerja za otroke), medtem ko zasebnik največkrat nima zaposlenega vsega kadra, zanj pa kljub temu dobiva s strani ZZZS enaka sredstva za plače z vsemi dodatki po kolektivnih pogodbah veljavnih za zdravstvo. Posebej zlonamerna je informacija, ki se pojavlja v medijih, da ima vsak zdravnik v javnem zavodu na svojih plečih še najmanj 5 zaposlenih (ISIS št. 6, 2005). Ta podatek za Zdravstveni dom Ljubljana (ZDL) ne drži. V ZDL so izvajalci, ki so nosilci programa obremenjeni le z 1,25 medicinskega (kader iz timov, laboranti, zobotehniki) in administrativnega kadra. Če upoštevamo zgolj administrativni kader pa le z 0,34 delavca. Od skupno 1260 zaposlenih iz ur je v ZDL nosilcev oz. izvajalcev programov 563, od tega je administrativnega kadra 131 zaposlenih (kljub veliki lokacijski razdrobljenosti). Torej, zasebnik z nižjim plačevanjem prispevkov in davkov državi, z neplačevanjem v dodatno pokojninsko zavarovanje, nezaposlovanjem priznanega kadra, za katera je prejel sredstva, vrača državi znatno manj sredstev. Tako del proračunskih sredstev porabi nenamensko. Prav tako ni pojasnjena trditev, na kakšen način naj bi bilo zasebništvo konkurenčnejše v smislu kvalitete in obsega storitev. V osnovnem zdravstvu velja prosta izbira osebnega zdravnika in si pacienti že sedaj lahko prosto izbirajo osebnega zdravnika, zobozdravnika, ginekologa, ne glede na to, ali je ta zaposlen v ZD, ali je koncesionar. Pomembno razliko v škodo pacienta lahko predstavlja tudi strošek laboratorijskih preiskav. Zdravniki v ZDL v večji meri napotujejo paciente na laboratorijske preiskave kot zasebnik. Zasebnik se namreč dobro zaveda, da je vsaka laboratorijska storitev, ki ni pokrita s strani ZZZS, njegov strošek. Torej mu v primeru, da ne napotuje pacientov na laboratorijske preiskave, ta sredstva ostanejo kot dobiček. Tudi trditev, da obnovo opreme v javnih zavodih subvencionira ministrstvo, v celoti ne drži (ISIS št. 5, 2005). Zavodi v osnovnem zdravstvenem varstvu niso v lasti države, zato ne dobijo nobenih subvencij od ministrstva. Če jih že prejmejo, jih od svojega ustanovitelja - občine v kolikor so zagotovljena v proračunu občine, možnost pa imajo, da jih prejmejo kot donacije od gospodarskih družb. ZDL od svoje ustanoviteljice ne prejema nobenih subvencij za obnovo opreme, temveč jo obnavlja izključno z lastnimi viri, to je amortizacijskimi sredstvi in s presežkom prihodkov nad odhodki (dobičkom) doseženim izven proračunskih sredstev. Ustanovitelj delno

sofinancira le obnovo objektov, ki so v njegovi lasti. Te objekte pa obnavlja v enakem ali še večjem deležu s svojimi sredstvi tudi ZDL sam. Strinjamo se s trditvijo, da je premalo priznanih sredstev za amortizacijo, predvsem pri tistih dejavnostih, ki zahtevajo tehnološko zahtevnejšo opremo. Tudi zaposleni v javnih zavodih se zavedamo, da so spremembe na področju zdravstva nujne. Pričakujemo pa, da te temeljijo na resničnih ugotovitvah in ne na pavšalnih ocenah o slabostih v javnem zdravstvu. Prav tako mora država pred uvedbo zasebnosti uvesti ustrezne mehanizme za preprečevanje zlorab v smislu sive ekonomije in izogibanja plačilu dajatev. Predvsem pa je potrebno konkretizirati cilje sprememb, zlasti navedbe o cenejšem zasebnem zdravstvu.« (Rauber, Privatizacija zdravstva-Tako mislimo, 2006). »Zadnje razprte zaradi liberalizacije zdravstvenih storitev in podeljevanja koncesij dokazujejo, da ne razumemo niti javno-zasebnega partnerstva niti labirintov tržne liberalizacije zdravstva. Sposobnosti sodobne politike se preprosto merijo s tem, kako ji uspe spodbujati zasebne želje in hkrati ščititi javni interes. Zdravje, zdravstveni sistemi in zdravstvena politika so v središču te zgodovinske igre. Zdi se, da sedanja vlada nima niti dovolj znanja niti dovolj izkušenj, da bi obvladovala oboje. Dober primer ponujajo sedanja razprava in ukrepi na področju liberalizacije zdravstvenih storitev, ki stavi na krepitev zasebne pobude in podjetništva v zdravstvu.« (Kovač, Mladina Tednik, Ekonomija, 2006)

»Zdravstvena reforma je bila pred petimi leti ena od paradnih področij prejšnje vladne administracije, toda znašla se je med vzroki za njen volilni poraz. Podobno usodo je doživela Clintonova administracija s svojo zdravstveno reformo sredi devetdesetih let. Bivša Janševa vlada se je zdravstvenih sprememb lotila bolj previdno, z vrsto navidezno nepovezanih sistemskih ukrepov. Okvir vladnih reform (2005) je povsem na kraju ponudil prgišče idej (ukrepa 66 in 67), ki pa so bile bolj skromne, njihova logika pa zelo ekonomistična. Želele so predvsem zagotoviti ekonomsko vzdržnost javnega zdravstva brez povišanja prispevnih stopenj ter hkrati povečati učinkovitost javne zdravstvene mreže.« (Kovač, Mladina Tednik, Ekonomija, 2006)

»Če je stara oblast s svojo zdravstveno reformo poudarjala predvsem njen javni značaj, je nova stavila na modernizacijo, liberalizacijo in privatizacijo zdravstva. Drugačnost pristopa sta najbolje opisala v enem od televizijskih soočenj stari in novi minister za zdravje. Prejšnji minister Keber je sedanjemu očital, da nima pripravljenih strateških dokumentov, zakonskih podlag in transparentnih reformnih odločitev. Minister za zdravje pa ga je zavrnil, češ da je njegova naloga ustvarjanje sprememb in ne pisanje dokumentov. Namesto besed stojijo torej pred nami dejanja. Imamo pa sedaj namesto starih razprtij med ministrom in zdravniki pred seboj zgledno koalicijsko zdravstvenega sindikata, zdravniške zbornice in ministrstva. Toda razmere kljub temu niso tako preproste. Zadnje razprte zaradi liberalizacije zdravstvenih storitev in podeljevanja koncesij dokazujejo, da ne razumemo niti javno-zasebnega partnerstva niti labirintov tržne liberalizacije zdravstva. Tudi politizacija takšnega pristopa dobiva nove razsežnosti. Oblikovalo se je civilno gibanje za ohranitev javnega zdravstva, proti je seveda opozicija, ki brani svoje stare reformne koncepte in skrb izražajo kajpada tudi velike sindikalne organizacije.« (Kovač, Mladina Tednik, Ekonomija, 2006)

6 ŠTUDIJA PRIMERA: ANALIZA TRENUTNEGA STANJA PRIVATIZACIJE ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI V SLOVENIJI V POVEZAVI S SPLOŠNIMI SMERNICAMI EU NA PODROČJU PRIVATIZACIJE JAVNEGA IN ZASEBNEGA ZDRAVSTVA TER PREDNOSTI ZASEBNEGA DELA V JAVNEM ZDRAVSTVU (RUGELJ, KLOKOČOVNIK)

6.1 PODJETJA ZDRAVNIKOV IN NJIHOVA MOTIVACIJA ZA ZASEBNO DEJAVNOST

Predvsem nemoč menedžmenta javnih zavodov, da bi nagrajeval zaposlene v skladu z njihovim prispevkom pri obravnavi bolnikov.

Neprofitno naravnani javni zavodi, ki morajo morebitni dobiček prelivati v razširjeno reprodukcijo in nove programe, imajo le minimalne možnosti za stimulacijo dobrih delavcev.

»Izhodiščna plača je določena, razredi in način napredovanja prav tako, za stimulacijo je na voljo 2% skupne mase plač oz. 20% individualne stimulacije, nadurno delo je z zakonom omejeno. Znan je primer slovenskih lekarn, ki so bile praktično vse pod udarom računskega sodišča, nemalokatera pa je bila v prekršku, čeprav so za plače namenjale izključno sredstva, ki so bila rezultat lastnega poslovanja.« (Židanik, SZD, 2011)

»Zato zaposlenega v javnem zavodu stroški praviloma ne zanimajo. Skrb za bolnika je v ospredju, blagohotna opozorila po racionalnejšem obnašanju pa jemlje kot vmešavanje v stroko. Ob prehodu v zasebno dejavnost postane njegova prva skrb strošek in ustvarjanje dobička. Zmanjšuje režijo, minimizira pri sebi zaposleni kader, krči tiste laboratorijske storitve, kjer se pojavlja kot plačnik oz. je širokogruden do napotitev tistih, katerih plačnik je ZZZS, je restriktiven do ampuliranih zdravil in sanitetnega obvezilnega materiala, drage bolnike pa hitro napoti na sekundarno raven.« (Židanik, SZD, 2011)

»Postane tržno naravnan v bolezen in storitve, drage hišne obiske zmanjša na minimum, uvaja različna doplačila, izvaja nadstandardne in samoplačniške storitve. Pri tem ima idealne pogoje tako specialist zasebnik kot zobozdravnik, ki si iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja ustvarita nekajtedensko čakalno dobo s korektno vodeno čakalno knjigo, zato jima ni težko prepričati bolnega, da raje koristi samoplačniške storitve, kot da počaka na redno vrsto. Marsikateri koncesionar razširi svojo ponudbo tudi z zdravstvenimi storitvami, ki jih pri njem opravljajo bolnišnični specialisti.« (Židanik, SZD, 2011)

»Zanimivo je, da so morali javni zavodi ukinjati samoplačniške ambulante, saj je bila teza Ministrstva za zdravje, da si umetno ustvarjajo čakalne dobe, da lahko preusmerjajo bolnike v samoplačniške storitve.« (Židanik, SZD, 2011)

Vendar obstajajo tudi v načinu poslovanja razlogi, da lahko ob enakih standardih in istem obsegu financiranja dosegajo boljše finančne rezultate.

»Medtem ko javni zavodi poslujemo po knjigovodskih in računovodskih predpisih, ki veljajo za javne zavode, poslujejo zasebniki po predpisih, ki veljajo za samostojne podjetnike. Pri tem morajo javni zavodi upoštevati vse kolektivne pogodbe, katerih uresničevanje budno nadzorujejo sindikati v zdravstvu. Ti so v preteklosti, predvsem zaradi nizkih plač zaposlenih v zdravstvu, izbojevali nenormalno veliko ugodnosti, ki danes bistveno dražijo delo v javnih zavodih. V Evropi smo na vrhu pravic glede trajanja letnih dopustov in odsotnosti zaradi izobraževanja delavcev. Vse te odsotnosti je ob pomanjkanju kadra potrebno pokrivati z nadurnim in pogodbenim delom, kar seveda dodatno draži stroške javnih zavodov. Plačnik storitev (ZZZS) tega ne upošteva, ima pa sam tudi posredno korist, saj dobi za enak obseg opravljenih storitev za pol več sredstev, ki se stekajo v zdravstveno blagajno v obliki prispevkov, posledično pa je tudi temu primerno višje plačana dohodnina. Nadalje javni zavodi dosledno nakazujejo prispevke v sklad pokojninsko invalidskega zavarovanja, zdravstvenega zavarovanja, za zaposlovanje in porodniško varstvo, za poškodbe pri delu in poklicne bolezni.« (Židanik, SZD, 2011)

»Čeprav se "država" že leta zaveda, da zasebnik - koncesionar ne namenja za davke in prispevke enakih sredstev, kot jih ima s standardizacijo priznane v ceni svojih storitev, ni sposobna tega problema razrešiti. Celotna Spremembe in dopolnitve Zakona o zdravstvenem zavarovanju, ki bi vsaj deloma v ustrezni višini zajele prispevke samozaposlenih, doživljajo določene blokade, saj so se v spremembah našle v paketu z omejitvami izplačil nadomestil odsotnosti z dela, pri čemer pa so naletele na odpor sindikatov. V vsakem primeru pa se bo predvideni sprejem po hitrem postopku v Državnem zboru spremenil v normalen postopek.« (Židanik, SZD, 2011)

»Po drugi strani pa je zakonodajalec dodatno zaostрил pogoje poslovanja v javnih zavodih, ki morajo vse večje nabave, tekoča in investicijska vzdrževanja izvajati preko javnih naročil, bodisi samostojno ali preko skupnih nabav Ministrstva za zdravje. Sistem je neučinkovit in tog, pritožbe udeležencev povzročajo pogoste blokade in zamude pri izpeljavi naročil, s čimer se morebitni prihranki pri doseganju nižjih cen izničijo.« (Židanik, SZD, 2011)

Ker je namen diplomskega dela pojasnitev in osredotočenje na javne službe in privatizacijo s poudarkom na zdravstveni dejavnosti se bom v tem poglavju osredotočil na organizacijske oblike ali strukture v zasebni zdravstveni dejavnosti, katere so opredeljene v odloku o spremembah in dopolnitvah odloka o ustanovitvi javnih zavodov na področju zdravstva.

Na podlagi 3. člena Zakona o zavodih (Uradni list RS, št. 12/91, 45/94 – odl. US, 71/95 – odl. US, 8/96 in 36/00), 93. člena Zakona o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 9/92 in 8/96) poznamo naslednje podpanoge:

- N 85.1 zdravstvo,
- N 85.12 izvenbolnišnična zdravstvena dejavnost,
- N 85-121 osnovna zdravstvena dejavnost,
- N 85-122 specialistično ambulantna dejavnost,
- N 85.130 zobozdravstvena dejavnost,
- N 85.14 druge zdravstvene dejavnosti,
- N 85.141 samostojne zdravstvene dejavnosti, ki jih ne opravljajo zdravniki.

»Združenje specialističnih zdravstvenih družb in podjetij zdravnikov je že ob prvi obletnici združevalo 22 zdravstvenih organizacij, danes pa se je število povzpelo na 25, kar znaša približno 30 odstotkov zasebnikov v javni zdravstveni mreži. V javni zdravstveni mreži je več kot 90 zdravstvenih organizacij, ustanovljenih po zakonu o gospodarskih družbah, in tako predstavljamo pomemben delež javne zdravstvene mreže. Kadar se govori o zasebništvu v zdravstvu, je velikokrat slišati očitke na račun zaslužkarstva. Kakšnih 80 odstotkov storitev, ki so donosnejše, so že odnesli iz javnega v zasebni sistem. Ministrstvo za zdravje RS ob podelitvi koncesije določi področje dela zdravnika. To je seveda enako, kot ga je zdravnik opravljal v javnem zdravstvenem zavodu. Ko je sklenjena pogodba z ZZZS, sta določena tudi obseg dela in celotna finančna struktura, ki jo znova pripravi ZZZS.« (Đokić Z., Dnevnik, 2011).

»Podjetja zasebnih zdravnikov koncesionarjev omogočila, da opravijo več kot petino vseh ambulantnih diagnostičnih preiskav, pri določenih zdravstvenih dejavnostih pa celo do polovice programa, financiranega iz sredstev Zavoda za zdravstveno zavarovanje. Lani so npr. opravili v povprečju od 40 do 70 odstotkov ambulantnih storitev iz javnih sredstev (vključno z bolnišnicami) na alergologiji, pulmologiji, okulistiki in na gastroenterologiji. Poleg koncesijskega dela zasebniki opravljajo tudi samoplačniške storitve, pri čemer prevladujejo storitve plastične in estetske kirurgije ter okulistike. Preiskave izvajajo tudi v okviru preventivnega programa Svit, kjer so lani opravili večino preiskav, govorijo podatki Zavoda za zdravstveno zavarovanje« (Dokić Z., Dnevnik, 2011).

»Eden izmed razlogov, ki je spodbudil ustanovitev podjetij in združenja zasebnikov na specialistični ravni, je bil zadnji predlog zakona o zdravstveni dejavnosti. Z zakon je bil v obliki, v kateri je bil takrat predstavljen, zelo negativno usmerjen proti zasebništvu. V zdravništvu se pojavljajo napačna razmišljanja, da skušajo postaviti vzporednico zdravniški zbornici. To seveda ni res, kajti zbornica je ustanova, ki zastopa celotno zdravništvo, zdravniki zasebniki skupaj z njihovimi nastalimi podjetji pa le njen manjši segment, ki se zavzema tudi za racionalizacijo slovenskega zdravstva. Naloga združenja zasebnikov je zastopanje interesov in potreb, ki so kljub enakemu poslanstvu le nekoliko različni kot pri zdravnikih v javnih zavodih. Njihovo delo namreč zahteva najvišjo stopnjo avtonomnosti. Vso odgovornost nosijo sami, izobraževanje je v njihovi lastni domeni in pod redno kontrolo ZZZS. Tudi vsi nemedicinski in organizacijski problemi ležijo na naših ramenih. Vse naštetu predstavlja izziv. Posebej pomembno vlogo na tehtnici odločitve, ali

postati zasebnik ali ne, predstavljajo urejene pravne in ekonomske razmere v državi. Samo urejen in stabilen ekonomsko-političen sistem omogoča kakovostno javno zdravstvo in v takšnem okolju lahko kakovostno delujejo tudi zasebniki. Sodelovanje pri oblikovanju zdravstvenega sistema je tako njihova prioritarna naloga« (Đokić Z., Moje zdravje, 2011).

»Dokaz za takšne usmeritve so tudi izsledki londonskega inštituta Economist Intelligent Unit (EIU), ki je Slovenijo med 35 evropskimi državami v letu 1998 uvrstil na zavidljivo 7. mesto na področju zdravstvenega stanja populacije ob dejstvu, da bruto družbeni proizvod in poraba na glavo prebivalca takega mesta zanesljivo ne opravičujeta. Nedvomno ima organiziranost zdravstvenega varstva, ki na primarni ravni še vedno sloni na plečih zdravstvenih domov, pomembno vlogo (6).« (Židanik, SZD, 2011)

»In ne nazadnje! Vse gospodarsko razvite države sveta se soočajo s feminizacijo zdravniškega poklica, pri čemer imajo zdravnice v življenju drugačne prioritete kot moški kolegi. Želijo si povezovanja v skupinske prakse z možnostjo krajšega in prožnejšega delovnega časa, pokrivanja krajših ali daljših odsotnosti in možnosti racionalnejše izrabe prostorskih, materialnih in tehničnih resursov. Vse to, kar nam danes omogočajo zdravstveni domovi.« (Židanik, SZD, 2011)

»Mogoče bi se bilo potrebno vprašati, ali bi bil ob izenačenem načinu poslovanja in posledično manjšem dobičku še vedno interes kolegov po zasebni praksi, ali ne bi bilo mogoče bolje iskati rešitve v fleksibilnejšem nagrajevanju v javnih zavodih. Pri tem bi zadržali uravnotežen mešan sistem in možnost konkurenčne izbire.« (Židanik, SZD, 2011)

»In še citat nemškega pisca Johana G. Seume: "Država bi morala skrbeti predvsem za revne. Bogati, žal, še preveč skrbijo zase."« (Židanik, SZD, 2011)

6.2 PRIMER IN VZROK ZA ODVZEM KONCESIJE

Privatizacija javnih služb je tesno povezana s podeljevanjem koncesij, vendar se tako kot tudi pri podobnih birokratskih postopkih tudi pri podeljevanju koncesij rado kaj zaplete oz. podeli brez javnega razpisa in razpisa ustanovitelja in ravno to je bila pereča in zelo znana afera glede neupravičene podelitve koncesije dr. Tomislavu Klokočovniku. V tem primeru gre za zelo znanega in splošno dobro uveljavljenega zdravnika kirurga, kateri je specializiran za kardiovaskularno področje zdravstva oz. za zdravljenje različnih srčno-žilnih bolezni.

Interni nadzor postopka za podeljevanje koncesij v zdravstvu je ugotovil, da je Zdravstveni zavod za kardiovaskularno dejavnost Tomislava Klokočovnika, pokazal na nekatere napake v postopkih vendar je kljub temu koncesija veljavna. Svet Splošne bolnišnice Izola je vodstvu bolnišnice naložil pripravo strategije na področju sodelovanja z zasebniki in koncesionarji, ki bi želeli delati v prostorih bolnišnice. Minuli teden so obravnavali prošnjo zasebnega zavoda kirurga Tomislava Klokočovnika za izvajanje njegove koncesije v prostorih SB Izola, a se o njej niso izrekli. Klokočovnik za zdaj še nima dogovora, kje bi opravljal program akutne bolnišnične obravnave, za katerega mu je prejšnji minister za zdravje Borut Miklavčič lani podpisal koncesijo. Klokočovnikov zavod je

s tem dobil koncesijo za program v višini okoli 600.000 evrov. Podpisano ima že tudi pogodbo z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) za opravljanje operacij na odprtem srcu in vstavljanje srčnih spodbujevalnikov, ki velja za pogodbeno leto 2011. Koncesionarji so za tak program plačani po realizaciji. Ker Klokočovnik za zdaj še ni opravil nobene storitve na podlagi te pogodbe, od ZZZS tudi še ni dobil nobenega plačila, pravijo na ZZZS. Za pridobitev koncesije je ministrstvu predložil potrdilo, da bo program lahko opravljal v Izoli. A svet zavoda na seji minuli teden odločitve o tem ni sprejel. Klokočovnik je ocenil, da je vse dogajanje okoli njegove koncesije zgolj politično. Ker se z dogovorom v Izoli zatika, se Klokočovnik zdaj dogovarja z Univerzitetnim kliničnim centrom (UKC) Ljubljana. Minister za zdravje Dorjan Marušič je 7. januarja odredil interni nadzor nad postopkom podeljevanja koncesije Klokočovnikovemu Zdravstvenemu zavodu za kardiovaskularno dejavnost (STA, Primorske novice, 2011).

Temu je prejšnji minister Miklavčič podelil polovično koncesijo za akutno bolnišnično obravnavo v vrednosti skoraj 600.000 evrov, decembra lani pa mu je program v prav taki vrednosti dodelila še arbitražna komisija. Ker v tem času ni prišlo do povečanja sredstev javne zdravstvene blagajne za področje akutne bolnišnične obravnave, bi del programa v tej vrednosti odvzeli sedanjemu Klokočovnikovemu delodajalcu - UKC Ljubljana. V omenjenem zavodu so Klokočovniku ponudili, da program lahko opravlja pri njih, saj menijo, da bi bil odhod tako izvrstnega strokovnjaka zanje velika izguba. Klokočovnik je za STA dejal, da bo svojo koncesijo z največjim veseljem opravljal v Ljubljani. Postopka internega nadzora na ministrstvu zaradi bolezni še niso zaključili. Klokočovnik v zvezi s tem pravi, da je komisiji za nadzor dostavil soglasje svojega delodajalca za delo izven zavoda, za zdaj pa ga še nihče ni obiskal. Predsednik sveta zavoda SB Izola Damjan Šavron je glede neodločitve o prošnji Klokočovnika pojasnil, da skoraj mesečno dobivajo prošnje različnih zasebnih zavodov za delovanje v prostorih SB Izola. Ker si želijo imeti neko enotno strategijo, kako take prošnje obravnavati in presojsati, so vodstvu zavoda naložili, naj definira, kakšni so dolgoročni cilji bolnišnice - ali bodo morebiti v njenih prostorih delovali tudi zasebni zavodi. Če damo nekomu na razpolago operacijsko dvorano, jo moramo dati tudi drugemu. Potrebujemo neko načelno stališče, kako bomo to podeljevali, določeni morajo biti stroški, kdo bo te bolnike obravnaval po posegu, kje bo bolnik odležal. Zato so se odločili, naj vodstvo prouči vse možnosti in se bomo na podlagi tega na prihodnji seji tudi odločili. Ta naša odločitev ni uperjena proti nikomur, kajti moramo le postaviti enotna merila za vse. Na podlagi teh na novo postavljenih meril presojsali tudi možnost podaljšanja sodelovanja s tistimi zunanjimi izvajalci, s katerimi že zdaj sodelujejo, na primer s centrom za kardiovaskularne bolezni MC Medicor. Ta ima s SB Izola pogodbo za uporabo njihovih kapacitet še do leta 2012. Klokočovnik pa zadržanost sveta SB Izola povezuje prav z interesi Medicorja (STA, Primorske novice, 2011).

Podoben znan primer je kontroverzni psihiater in publicist dr. Rugelj kateri je imel edinstven privilegij med zdravniki v Sloveniji, saj je pridobil koncesijo za delovanje po lastni socialno andragoški metodi urejanja in zdravljenja alkoholikov ter drugih odvisnikov ter ljudi v stiski. Njegovo delovanje v zasebni zdravstveni dejavnosti je zopet lepo razviden dokaz uspešnosti delovanja, kajti dr. Rugelj je iz oseb kateri so bili npr. bodoči propadli študentje, pomagal izoblikovati v uspešne in visoko izobražene ljudi, kar je

opredelil tudi v svoji člankih in delih med katerimi je najbolj znano Pot samouresničevanja. Od države je dobival v takratni valuti dobra dva milijona tolarjev na mesec, vendar je s to koncesijo kril stroške ne le sebi temveč tudi svojima delavkama tajnici in knjižničarki ter je bil naročen na preko 80 različnih revij. Njegovo delovanje je pustilo velik pečat v slovenski zgodovini, kajti dr. Rugelj in njegovo delovanje ter zavzemanje za pomoč njegovim pacientom se ni odražala v čimvečjem zaslužku oz. profitu temveč v izpopolnjevanju skozi izkušnje ostalih kljub selekcioniranju njegovih strank.

Vzroki za odvzem podeljene koncesije so različni v 47. členu Zakona o socialnem varstvu v katerem je določeno, da:

»Organ, pristojen za podelitev koncesije, z odločbo odvzame koncesijo:

- če koncesionar v roku, določenem v odločbi o podelitvi koncesije ne podpiše koncesijske pogodbe, pa koncedent tega roka ne podaljša v skladu z zakonom;
- če koncesionar v roku, določenem v odločbi o podelitvi koncesije ne izpolni določenih pogojev za začetek opravlja storitev, za katere je v odločbi o podelitvi koncesije določeno, da jih koncesionar izpolni po podelitvi koncesije in sklenitvi pogodbe, pa koncedent tega roka ne podaljša v skladu z zakonom;
- če koncesionar ne opravlja javne službe v skladu s predpisi ter odločbo o koncesiji;
- če koncesionar ne ravna v skladu z odločbami, izdanimi v okviru nadzora nad izvajanjem koncesije;
- če zaradi slabega finančnega stanja koncesionarja, visoke stopnje njegove zadolženosti, poslovanja z izgubo v daljšem obdobju, precejšnjega odstopanja finančnega stanja koncesionarja od projekcije finančnega poslovanja, ki jo je predložil v svoji ponudbi, ali iz drugih finančnih razlogov mogoče utemeljeno sklepati, da ne bo mogel ustrezno izvrševati dejavnosti, ki je predmet koncesije;
- če je zaradi zmanjšanja potreb po opravljanju storitev, ki so predmet koncesije, potrebno na določenem krajevnem območju zmanjšati obseg izvajanja javne službe, ki je predmet koncesije, pa se koncesionar in koncedent ne sporazumeta o ustrezni spremembi koncesijske pogodbe ali njeni sporazumni razvezi.
- Pristojni organ koncedenta pisno opozori koncesionarja na razlog za odvzem koncesije, mu določi primeren rok za odpravo kršitev, slabega finančnega stanja ali za sporazumno spremembo oziroma razvezo pogodbe, in ga opozori, da bo v nasprotnem primeru uvedel postopek odvzema koncesije. Če v določenem roku koncesionar ne odpravi kršitev, slabega finančnega stanja ali v njem ne pride do sporazumne spremembe oziroma razveze pogodbe, pristojni organ koncedenta po uradni dolžnosti izda odločbo, s katero odvzame koncesijo. Zoper odločbo o odvzemu koncesije ni pritožbe, možen pa je upravni spor.«

Po navedenih pogojih za uvedbo postopka glede odvzema koncesije, je ravnal tudi pred nedavnim ZZZS kateri je prejele anonimno prijavo z zvezi nepravilnostmi pri zasebni zobozdravstveni ambulanti s koncesijo in sicer glede nezakonitega delovanja zobozdravnice Mirjam Brajnik glede tega, da naj bi zdravstvenem zavarovanju obračunavali storitev topikalne fluorizacije obeh zobnih lokov (pri storitvi zalitje fisur), kar pa naj nebi bilo dejansko opravljeno. Preiskava ZZZS glede domnevne kršitve ni prinesla

oprijemljivih sklepov a so presodili, da naj primer Brajnikove prouči še občina. Slavko Samotorčan, piranski zobozdravnik (sicer tudi izolski svetnik), ki se je postavil v bran zobozdravnici, češ da je ena izmed najboljših v slovenski Istri. Vendar moje mnenje glede navedbe piranskega zdravnika je, da rek "vrana vrani ne izključe oči" več kot drži.

6.3 NADGRADNJA ZDRAVSTVENEGA SISTEMA DO LETA 2020

Ministrstvo za zdravje je v javno razpravo posredovalo teze za nadgradnjo zdravstvenega sistema do leta 2020, s čimer želijo vsem državljanom in državljanom zagotoviti večjo dostopnost do kakovostnih in varnih zdravstvenih storitev. Minister Dorijan Marušič si ob tem želi aktivnega sodelovanja zainteresiranih javnosti, "saj si drugače ne moremo predstavljati motiviranega in uspešnega procesa uveljavitve tako pomembnih sprememb, kot jih predlagamo," poudarja. Od sodelujočih v javni razpravi ne pričakuje zgolj kritike, želi si čimveč preišljenih proti-predlogov in nove, uporabne rešitve, ki jih je vsebinsko, časovno in finančno mogoče vgraditi v slovenski zdravstveni sistem. Boljšo geografsko dostopnost do zdravstvenih storitev želimo doseči s povezovanjem izvajalcev v regionalne centre oziroma s prenašanjem znanja med primarno, sekundarno in terciarno ravno. Povezovanje in mreženje zdravstvenih zavodov pomeni manj administrativnega in več zdravniškega kadra, učinkovitejšo uporabo opreme in drugih virov ter zato tudi boljšo skrb za paciente.

Enega ključnih izzivov nadgradnje predstavlja sprememba financiranja zdravstva in s tem reforma zdravstvenega zavarovanja, katere cilj je povečanje deleža javnih sredstev za zdravstvo na vsaj 80 odstotkov.

Pomemben del reforme je redefinicija zdravstvene košarice, ki naj v celoti pokriva vse ključne zdravstvene storitve. Sredstva, ki jih sedaj zberemo z dopolnilnim zavarovanjem, naj bi v prihodnje zbrali z obveznim zavarovanjem, za kar bi bil potreben dvig prispevne stopnje na strani delojemalcev za cca dve odstotni točki, del manjkajočih sredstev pa bi pridobili tudi z izločitvijo nepotrebnih storitev ter z racionalizacijo zdravstvenega sistema z zgoraj naštetimi orodji. Dvig prispevne stopnje ne bi pomenil obremenitve za delodajalce, pa tudi ne za večino delojemalcev, saj bi se jim kljub nekoliko nižjim neto plačam povečal razpoložljivi dohodek, saj jim ne bi bilo več treba plačevati dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja.

Zaveza ministra in ministrstva za zdravje preišljenim, racionalnim ter vsebinsko in časovno usklajenim spremembam zdravstvenega sistema izhaja iz razvojne nuje ter sprememb in dejstev, ki so ga krojila v občutljivih letih slovenske tranzicije, kot

- demografska gibanja in spreminjajoča se starostna struktura prebivalstva, spreminjajoče se epidemiologija, ki zahteva dolgotrajno obravnavo kroničnih obolenj, hiter razvoj novih zdravstvenih tehnologij, globalizacija, ki prinaša na eni strani informacije in večjo osveščenost ter zavedanje prebivalstva o možnostih zdravljenja, na drugi strani pa povezanost in večji pretok obolenj, ter nazadnje tudi klimatske spremembe, ki spreminjajo vzorce obolevnosti prebivalstva,

- hiter razvoj novih zdravstvenih tehnologij, zdravil in postopkov zdravljenja,
- neustrezna kadrovska politika oziroma njena odsotnost in iz tega izhajajoče pomanjkanje ustreznega kadra,
- odsotnost ustreznih zakonodajnih dopolnitev, ki bi sistem sprti prilagajale spremembam,
- uvedba dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, ki je ob začetni stabilizaciji finančnega položaja v zdravstvu povzročila odklon sistema v smeri manjše solidarnosti zagotavljanja sredstev za zdravstvene storitve,
- delni prenos financiranja zdravstvenih storitev na dopolnilno zdravstveno zavarovanje omogoča zatiskanje oči pred dejstvom, da so sredstva omejena in tako vsem deležnikom v zdravstvu ne nalaga potrebnega bremena racionalnosti pri upravljanju z zbranimi sredstvi,
- investicije v zdravstvu v Sloveniji niso v zadostni meri sledile razvoju zdravstvenih tehnologij in medicinskega znanja, temveč so večinoma temeljile na izgradnji posteljnih kapacitet v bolnišnicah, ki so s spremembami potreb prebivalstva sedaj neustrezne ali celo odvečne.

Istočasno je potrebno izboljšati učinkovitost upravljanja z javnimi sredstvi in poskrbeti, da interesi zasebnih izvajalcev ne bodo ogrozili ponudbe storitev iz košarice javnega zdravstva. To na ministrstvu želijo doseči z jasnejšo ločitvijo javnega in zasebnega.

Edini namen podeljevanja koncesije mora biti zagotavljanje dostopnosti do storitev povsod tam, kjer javni izvajalci ne morejo izpolniti potreb prebivalcev. Učinkovitejše ravnanje in upravljanje sredstev namenjenih zdravstvu bi morala biti tudi naloga vodstev posameznih zavodov, zato na ministrstvu predlagamo večjo avtonomijo uprav, ki naj samostojno razpolagajo s premoženjem ter skrbijo za finančno in kadrovsko racionalizacijo v zavodih, ki jih vodijo in upravlja.

Pomembno vlogo pri doseganju ciljev in sprememb zdravstvenega sistema bo imel proces informatizacije, zato je na nacionalni ravni že vzpostavljen projekt eZdravje, ki ga sofinancira Evropski socialni sklad. Informatizacija bo omogočila lažjo mobilnost in povečano varnost pacientov, zdravstveni delavci pa bodo imeli dostop do različnih elementov elektronskega zdravstvenega zapisa pacienta, elektronskih rentgenskih slik in drugih izvidov, strokovnih virov - medicinske e-knjžnice - in izobraževanja.

Predstavljena dolgoročna nadgradnja zdravstvenega sistema načrtuje tudi okrepitev preventivnih programov in promocijo zdravega načina življenja. Kronične nenalezljive bolezni so najpomembnejši vzrok za prezgodnjo umrljivost in obolevnost ter zmanjšano kakovost življenja. Projekcije Registra raka RS kažejo, da bosta v generaciji, rojeni leta 2006, do 75. leta starosti za rakom zbolela skoraj vsak drugi državljan in skoraj vsaka tretja državljanka, pričakujemo pa tudi več srčno-žilnih bolezni, sladkorne bolezni tipa 2 in duševnih bolezni. Z zgodnejšim odkrivanjem in preprečevanjem nastanka dejavnikov tveganja lahko večino bolezni preprečimo. V ta namen je potreben hiter in ustrezen dostop državljanek in državljanov do vseh informacij, ki jih lahko pravočasno vgradijo v svojo aktivno ter ustrezno skrb za lastno zdravje.

Minister za zdravje Dorjan Marušič bo v maju vladi predstavil usklajen predlog nadgradnje zdravstvenega sistema do leta 2020. Pred tem morajo vsi, ki sodelujejo pri pripravi tega dokumenta, pripraviti še nekaj podrobnih javnofinančnih izračunov, vezanih na košarico zdravstvenih pravic in spremembe financiranja zdravstva.

Sistem zdravstva mora zmanjševati neenakosti v zdravju, hkrati pa mora postati konkurenčen in razvojno naravnani tudi zaradi izzivov, ki jih predenj postavlja skorajšnji prost pretok pacientov znotraj Evropske unije.

Ključni izzivi za doseganje in sledenje osnovnim načelom nadgradnje zdravstvenega sistema so:

1. Preventiva in promocija zdravja
2. Finančna vzdržnost zagotavljanja zdravstvenega varstva
3. Učinkovito upravljanje z javnimi sredstvi ter ločitev javnega in zasebnega
4. S potrebami državljanov usklajeno vlaganje v človeške vire in zdravstvene tehnologije
5. Optimizacija pretoka podatkov in informacij ter analiz

VIR: Ministrstvo za zdravje, Nadgradnja zdravstvenega sistema do leta 2020

Poglavitni cilji na področju kakovosti in varnosti v zdravstvu so:

1. razvoj sistematičnega vodenja kakovosti in varnosti
2. razvoj kulture kakovosti in varnosti
3. vzpostavitev sistema izobraževanja in usposabljanja s področja kakovosti in varnosti
4. razvoj sistemov za izboljšanje učinkovitosti kliničnega dela.

Vir: Ministrstvo za zdravje, Nadgradnja zdravstvenega sistema do leta 2020

Država mora kot upravljalec zdravstvenega sistema poskrbeti, da bo odnos med javnimi in zasebnimi izvajalci takšen, da interesi zasebnih izvajalcev ne bodo ogrozili ponudbe storitev iz košarice javnega zdravstva ter da bo ločitev med javnim in zasebnim delom jasna. Država bo zagotovila pregleden sistem izvajanja zdravstvenih storitev, da bo z ustrežno kontrolo izpolnjevanja pogojev in kvalitete zdravstvenih storitev tako zasebnih kot javnih izvajalcev zagotovljena čim višja možna dostopnost in kvaliteta zdravstvenih storitev prebivalcem.

Ločitev javnega in zasebnega mora med drugim potekati preko jasne opredelitve delovnopравниh razmerja med delodajalcem in delavcem, pri čemer bosta morala delodajalec in delavec upoštevati izpolnitev z zakonom opredeljenih pogojev za izdajo soglasja za delo pri drugem izvajalcu zdravstvene dejavnosti. Soglasje bo podeljeno le izjemoma ob strogo postavljenih in vnaprej definiranih kriterijih. Delodajalec bo moral pri tem smotrno in kot dober gospodar oceniti, ali je podelitev soglasja primerna glede na izpolnjene pogoje iz pogodbe o zaposlitvi. Pri izdaji soglasja za delo pri izvajalcu zasebne zdravstvene dejavnosti bo treba upoštevati konkurenčni položaj izvajalca zdravstvene dejavnosti, pri katerem želi zdravstveni delavec opravljati zdravstvene storitve v odnosu na zavod, v katerem je zaposlen.

Pogoj za soglasje za opravljanje storitev pri drugem izvajalcu zdravstvene dejavnosti je strogo spoštovanje delovne zakonodaje ter evidentiranje učinkovitega obsega dela v smislu količine in kakovosti opravljenih zdravstvenih storitev.

Dejavnost javnih zdravstvenih zavodov bi še naprej dopolnjevali tudi zasebni zdravstveni delavci, ki bi na podlagi pridobljene koncesije lahko vstopili v javno zdravstveno mrežo ter s tem pridobili možnost javnega financiranja. Koncesijo za opravljanje javne zdravstvene dejavnosti se dodeli izvajalcu zasebne zdravstvene dejavnosti, kadar obstoječi izvajalci javne zdravstvene dejavnosti ne morejo izvesti zdravstvenih storitev v obsegu, kot ga narekujejo potrebe pacientov glede na mrežo javne zdravstvene dejavnosti. Edini namen podelitve koncesij ter njihovega javnega financiranja je zagotavljanje enakomerne dostopnosti, kar hkrati omogoča izvajanje storitev na kakovosten in varen način.

Koncesija se podeli na podlagi jasnih kriterijev, ki jih mora izvajalec upoštevati (na primer verifikacija, akreditacija, itd.). S koncesijo izvajalec pridobi zgolj pravico opravljanja dejavnosti v javni zdravstveni mreži, medtem ko dodelitev javnega financiranja primarno ni predmet podeljene koncesije, temveč se podeli naknadno, na njeni podlagi. Izvajalec, ki je koncesijo pridobil, lahko za javno financiranje določenega programa kandidira na javnem razpisu.

Financiranje zdravstvenega sistema je zapleteno, zato morajo biti spremembe postopne in preišljene, da celotne družbe ne bodo stale več, kot bi bilo koristi, hkrati pa ne smejo privedi do povečanja plačil za zdravstvene storitve »iz žepa«. Pri nadaljnjih razpravah bodo zavarovalnice aktivno sodelovale, v korist vseh zavarovancev Republike Slovenije. V Sloveniji si moramo prizadevati upoštevati mednarodno in evropsko sprejeta načela kakovosti ter širše cilje, ki imajo večji vpliv na celotno družbo. To so uspešnost, varnost, pravočasnost, učinkovitost, enakopravnost in osredotočenost na pacienta.

6.4 ORGANIZIRANOST ZOBOZDRAVSTVA V DRŽAVAH EU

»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.« (Rode, Funduk, Vrbovšek, Vestnik, SZD, 2011)

»V skoraj vseh državah EU so zobozdravniki predvsem zasebniki, ki pa so v večini držav koncesionarji. So pa nekateri tudi povsem v "svobodnem" položaju, kar pomeni, da bolnik zobozdravniku v celoti poravnava stroške zdravljenja in stomatoprotetične rehabilitacije.« (Rode, Funduk, Vrbovšek, Vestnik, SZD, 2011)

»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.« (Rode, Funduk, Vrbovšek, Vestnik, SZD, 2011)

»Države, kjer prevladujejo predvsem zasebne ordinacije z največkrat enim zaposlenim, so: Francija, Belgija in Norveška, v skandinavskih in baltiških državah pa prevladuje delo v skupinah na zobnih poliklinikah.« (Rode, Funduk, Vrbovšek, Vestnik, SZD, 2011)

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

Tabela 2 : 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
Slovenija	1.533	684	592	90%	10% sam
Švedska	14.034	3.313	3.761	99%	1% skupina
Švica	4.250	3.800	150	1%	99% sam

VIR: Vestnik, SZD, Povzeto po M. Česen, 2002

Raziskovalci na področju analiziranja nekaterih značilnosti pri organiziranosti zobozdravstva v EU (Rode, Funduk in Vrbovšek, Vestnik, SZD, 2011) so mnenja, da je 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 pooblašeni zastopniki.« (Rode, Funduk, Vrbovšek, Vestnik, SZD, 2011)

7 ZAKLJUČEK

Privatizacija zdravstvene dejavnosti se je razvila z namenom dograditve javnega zdravstva in s tem izboljšanja ponudbe zdravstvenih storitev ter njihove večje fleksibilnosti ter prilagodljivosti različnim družbenim skupinam. Cilj diplomskega dela je bil preverjanje hipotez: 1. Privatizacija zdravstvene dejavnosti je koristna zaradi manjšega števila čakalnih vrst in hitrejšega bolnišničnega zdravljenja ter večje uspešnosti, varnosti, pravočasnosti, učinkovitosti, enakopravnosti in osredotočenosti na pacienta kar sta s svojim delom dokazovala dr. Rugelj in dr. Klokočovnik; 2. urejenost koncesij v Sloveniji in primerjava z drugimi državami ter podjetja zdravnikov in možnost vplivanja na pridobitev koncesije vsebuje varovalke, ki so ključne za dvig oz. znižanje koncesij.

Študija primera privatizacija zdravstvene dejavnosti, lastnosti pridobljenih in izgubljenih koncesij ter podjetništvo zdravnikov v povezavi z nadgradnjo zdravstvenega sistema do leta 2020 potrjuje obe hipotezi.

Privatizacija javnih služb s poudarkom na zdravstveni dejavnosti je in tudi še bo pridobljenih podatkih prinesla obilo pozitivnih stvari na področju zdravstva v Sloveniji. Poleg izboljšanja organiziranosti zdravstva (boljše izrabe drugih naprav: CT, MR, UZ,...), izboljšanja njene učinkovitosti, zmanjšanja stroškov zavarovalnic, izboljšanja plač marljivim in poštenih zdravstvenih delavcev, bo privatizacija naredila zdravstvene storitve bolj kvalitetne za paciente (npr. manj smrti zaradi napak, prepoznega diagnosticiranja ali predolgi čakalni vrsti), pristop zdravstvenega osebja pa bo bolj prijazen in profesionalen.

Primerjava Slovenije z drugimi državami npr. z ZDA, kjer je zdravstvo na večjem delu ozemlja privatizirano, kjer poznajo t.i. »state hospitals oz. ulične bolnice« menim, da bi morale biti dane čim večje možnosti za privatizacijo organizacije, kajti splošno znano je, da organizacije katere so v popolni lastni države poslujejo bistveno slabše, predvsem zaradi tega ker je osebje nemotivirano za delo in ustvarjalnost pri opravljanju svojih nalog. Razlika z Ameriko je ta, da bo pri nas javna zdravstvena zavarovalnica plačevala te zdravnike kot s.p. in klinike, tam pa pacientova osebna zavarovalnica (če se zavarovanje sploh plačuje in kjer je od dodatnega plačevanja odvisna dodatna kvaliteta in storitve). V Sloveniji bi si z razvojem privatizacije zdravstva lahko postavili za vzgled Kanado ali Avstrijo, kjer imajo vsi državljani pravico do zdravstvene oskrbe, dajalci te oskrbe pa imajo skoraj vsi koncesije in delajo v tržnih razmerah, zaradi česar so sploh motivirani za opravljanje dela z ciljem zadovoljenja vseh družbenih potreb na tem področju. Vpliv bivših socialističnih sistemov je povzročil, da v Evropi privatizacija šele pridobiva na svoji moči, kajti njen pojav na tem območju in pri nas je relativno nova stvar. Vsaka nova stvar potrebuje pri svojem razvoju različne posodobitve in nadgradnje, katero imamo v Sloveniji načrtano z nadgradnjo zdravstvenega sistema do leta 2020. Po mojem mnenju naj ostane namen vsake zdravstvene dejavnosti ne glede na javni ali privatizirani del v izbiri najboljšega možnega proizvoda in storitve po najugodnejši ceni ter visoki usmerjenosti

osnovnemu namenu zaradi katerega je dejavnost nastala in od katerega je odvisen tudi njen nadaljnji razvoj in obstoj.

LITERATURA IN VIRI

- ATUN RA. Vloga primarnega zdravstvenega varstva. Konferenca "Strategija razvoja primarnega zdravstvenega varstva v Sloveniji", Ljubljana 2005.
- BAJEC A, ed. Slovar slovenskega knjižnega jezika. Ljubljana: DZS, 1994.
- DE JONG AFH. Priorities for health promotion. 3rd ADEPT course "Public health in the European Union; 2002 Sept 23 - Oct 11; Noordwijkerhout: Nederland.
- FIGUERAS J. Trendi in izzivi v primarnem zdravstvenem varstvu. Konferenca "Strategija razvoja primarnega zdravstvenega varstva v Sloveniji", Ljubljana 2005.
- NORMAND Ch, Weber A. Social health insurance: A guidebook for planning. Geneva: WHO; 1994.
- NUTBEAM D. Health promotion glossary. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1985 (dokument ICP/HBI 503 [GO 4]).
- POREDOŠ Pavel: Javno in zasebno zdravstvo: prednosti in pomanjkljivosti posameznih sistemov. Zdravniški vestnik, Ljubljana, 2005, 7/8, str. 455.
- PREMIK M, Bilban M, Zaletel Kragelj L, Artnik B. In: Premik M, eds. Slovenska šola za javno zdravje: Strokovne podlage za ustanovitev. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje, 2004.
- PREMIK M, Bilban M, Zaletel-Kragelj L, Artnik B. Slovenska šola za javno zdravje. Ljubljana: Medicinska fakulteta; 2004.
- PREMIK M. Potreba po slovenski šoli za javno zdravstvo. Zdrav Vestn 2001; 70: 121-4.
- PREMIK M. Primarno zdravstveno varstvo in zdravstveni dom - strokovni posvet "Primarno zdravstveno varstvo" Inštituta za socialno medicino Medicinske fakultete Ljubljana, junij, december 1995.
- REBERNIK M. Oris nekaterih tem sodobne podjetniške ekonomike. Maribor: Ekonomsko poslovna fakulteta; 1996.
- REINHARDT EU. Quality in consumer-driven health systems. Int J Qual Health Care 1998; 10: 385-94.
- SALTMAN BR, Von Otter C, eds. Implementing planned markets in health care. Philadelphia: Open University Press, 1995.
- SUMMERS D, GADSBY A. Longman dictionary of contemporary English. 3rd ed. Harlow: Longman; 1995.
- ŠTERN B. Evalvacija v promociji zdravja. In: Zaletel-Kragelj L, ed. Cvahtetovi dnevi javnega zdravja: Zbornik prispevkov. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje; 2006.

- URLEP F. Osnovna zdravstvena služba na Slovenskem v zadnjih 100 letih - strokovni posvet "Primarno zdravstveno varstvo" Inštituta za socialno medicino Medicinske fakultete Ljubljana, junij, december 1995.
- VIRANT G. Pravna ureditev javne uprave. Ljubljana: Visoka upravna šola, 1998.
- WANLESS D, Jones N, Anderson R, Bowley F, Gupta S, Hall J, et al. Securing good health for the whole population: Final report. London: Crown; 2004.
- WINSLOW CEA. The untilled fields of health promotion. Science 1920; 51: 23.
- ŽIDANIK A, Košir M. Zasebna dejavnost v osnovnem zdravstvu. 6. strokovno srečanje ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu, Čatež, april 1999.
- ŽIDANIK A. Vloga ZD v primarnem zdravstvenem varstvu - strokovni posvet "Primarno zdravstveno varstvo" Inštituta za socialno medicino Medicinske fakultete Ljubljana, junij, december 1995.

PRAVNI VIRI

- Pravilnik o izvajanju inšpekcijskega nadzora na področju socialnega varstva. Ur. List RS, št. 74/2004.
- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ). Ur. list RS, št. 9/1992 Spremembe: Ur.l. RS, št. 13/1993, 9/1996, 29/1998, 77/1998 Odl.US: Up 53/96, 6/1999, 56/1999-ZVZD, 99/2001, 42/2002-ZDR, 60/2002, 11/2003 Skl.US: U-I-279/00-42, 126/2003, 20/2004-UPB1, 62/2005 Odl.US: U-I-390/02-27, 76/2005, 100/2005-UPB2, 100/2005 Odl.US: U-I-69/03-17, 21/2006 Odl.US: U-I-277/05-32, 38/2006, 72/2006-UPB3, 114/2006-ZUTPG, 91/2007, 71/2008 Skl.US: U-I-163/08-7, 76/2008, 118/2008 Skl.US: U-I-163/08-12, 47/2010 Odl.US: U-I-312/08-31
- Zakon o zdravstveni dejavnosti (uradno prečiščeno besedilo) (ZZDej-UPB1).Ur. list RS, št. 36/2004.

INTERNETNI VIRI

Danish Graduate School in Public health. Definition of Public Health Sciences. Dostopno 6.3.2011 na: http://www.phdpubhealth.dk/omforskerekolen_en/profil/.

Demokracija. Dostopno 18.4.2011 na <http://www.demokracija.si/index.php?sekcija=clanki&clanek=4033>.

HURLEY J, Vaithianathana R, Crossley TF, Cobb-Clark D. Parallel private health insurance in Australia: A cautionary tale and lessons for Canada. (National Health

Research and Development Program of Health Canada, grant #6606-06-2000/2590194). Dostopno 19.3.2011 na: <http://www.canadiandoctorsformedicare.ca/AustraliaHurleyParallelPrivateHealthInsuranceinAustralia.pdf>.

KOVAČ B. Mladina-Tednik, Ekonomija 2006. Dostopno 18.4.2011 na http://www.mladina.si/tednik/200646/clanek/slo-ekonomija--bogomir_kovac/.

MRAK B. Nepridobitne nevladne organizacije in koncesije v Sloveniji, Visoka šola za management, str. 163, 164, 165, 166, 167, Koper, 2011. Dostopno 18.4.2011 na <http://www.fm-kp.si/zalozba/ISBN/961-6486-07-1/163-171.pdf>.

OBERSNEL-KVEDROVA, Delo. Dostopno 17.4.2011 na <http://www.delo.si/clanek/99887>

Public Health Data Standards Tutorial - Glossary of Terms. Dostopno 5.4.2011 na: <http://www.phdatastandards.info/knowresources/tutorials/glossary.htm#P>.

RAUBER Z. Privatizacija zdravstva – Tako mislimo. Dostopno 2.5.2011 na: http://www.ohranimo.si/kolumne/privatizacija_zdravstva-tako_mislimo/41.html

STA, Primorske novice. Dostopno 16.4.2011 na www.primorske.si/Primorska/Istra/V-Izoli-se-razmisljajo-o-oddaji-prostorov-Klokocov.aspx

The New Zealand Health Strategy: Full text version. Dostopno 5.4.2011 na <http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/15f5c5045e7a1dd4cc256b6b0002b038?>

Vestnik, SZD. Dostopno 15.4.2011 na <http://vestnik.szd.si/st5-7-8/st5-7-8-455-475.htm>.

WOOLHANDLER S, HIMMELSTEIN DU. National health insurance. Liberal benefits conservative spending. Dostopno 7.4.2011 na: <http://www.commondreams.org/views02/0525-06.htm>.

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, 1992. Dostopno 18.4.2011 na http://zakonodaja.gov.si/rpsi/r03/predpis_ZAKO213.html.

ZaNas, Združenje za državljanski nadzor javnega zdravstva, 2011. Dostopno 20.4.2011 na www.ohranimo.si.

Zasebna zdravstvena dejavnost. Dostopno 7.4.2011 na http://www.pcmg.si/upload/files/zasebna.zdravstvena_dejavnost.rtf.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Dostopno 7.4.2011 na <http://www.zzzs.si/>.

Zdenka DOKIĆ, Dnevnik, Moje zdravje. Dostopno 16.4.2011 na <http://mojezdravje.dnevnik.si/sl/Novice/Aktualno/1024/Zasebni+zdravniki+so+dostopnej%C5%A1i+od+tistih+v+javnih+zavodih>