

Maks Tajnikar (urednik)  
Petra Došenović Bonča  
Mitja Čok  
Polona Domadenik  
Branko Korže  
Jože Sambt  
Brigita Skela Savič

## **Prenova gospodarskih vidikov slovenskega zdravstva**

Strokovne monografije Ekonomske fakultete

**Maks Tajnikar (urednik), Petra Došenović Bonča, Mitja Čok, Polona Domadenik, Branko Korže, Jože Sambt, Brigita Skela Savič**  
**Prenova gospodarskih vidikov slovenskega zdravstva**

Založila: Ekonomska fakulteta v Ljubljani, Založništvo  
za založnika: dekanja prof. dr. Metka Tekavčič

Uredniški odbor: doc. dr. Mojca Marc (predsednica), doc. dr. Mateja Bodlaj,  
lekt. dr. Nadja Dobnik, prof. dr. Marko Košak, prof. dr.  
Vesna Žabkar

Recenzenti: prof. dr. Jože Pavlič Damijan  
prof. dr. Ivo Lavrač  
prof. dr. Maja Vehovec

Oblikovanje besedila: Darija Lebar  
Oblikovanje naslovnice: Robert Ilovár

Tisk: Copis d.o.o., Ljubljana  
Naklada: 100 izvodov

Ljubljana, 2016

---

CIP - Kataložni zapis o publikaciji  
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

614.2:005.591.4(497.4)

PROJEKT prenove gospodarskih vidikov slovenskega zdravstva / Maks Tajnikar (urednik) ...  
[et al.]. - 1. izd. - Ljubljana : Ekonomska fakulteta, 2016. - (Strokovne monografije Ekonomske  
fakultete)

ISBN 978-961-240-305-8  
I. Tajnikar, Maks  
283958272

---

Vse pravice pridržane. Noben del gradiva se ne sme reproducirati ali kopirati v kakršni koli obliki: grafično, elektronsko ali mehanično, kar vključuje (ne da bi bilo omejeno na) fotokopiranje, snemanje, skeniranje, tipkanje ali katere koli druge oblike reproduciranja vsebine brez pisnega dovoljenja avtorja ali druge pravne ali fizične osebe, na katero bi avtor prenesel materialne avtorske pravice.

Spomladi leta 2014 se je na pobudo Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani zbrala skupina ljudi, da bi se dogovorila, kako pripraviti projekt prenove slovenskega zdravstvenega sistema. Vsaj nekateri med njimi smo bili namreč prepričani, da imamo znanje in da je tudi v slovenski družbi dovolj nakopičenih spoznanj ter predlogov, na podlagi katerih je možno pripraviti smiseln predlog prenove slovenskega zdravstvenega sistema. Naš cilj ni bila priprava zdravstvene politike, niti strategije slovenskega zdravstva, niti načrta delovanja države v slovenskem zdravstvu. Menili smo, da je treba najprej izoblikovati zdravstveni sistem, saj šele ta omogoča, da znotraj njega oblikujemo in izvajamo strategije, politike in načrte.

Ideja za tak projekt je že nekaj časa obstajala v ozkem krogu učiteljev z Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, ki smo pred osmimi leti v okviru fakultete tudi vzpostavili podiplomski program Ekonomika in management v zdravstvenem varstvu, postala pa je uresničljiva, ko sta se ljudem s fakultete pridružili še dve pomembni organizaciji s področja slovenskega zdravstva, to sta Zdravniška zbornica Slovenije in Slovensko zavarovalniško združenje. Žal se v projekt nista vključila Ministrstvo za zdravje Vlade RS in Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, čeprav sta sodelovala na prvih sestankih o uresnitvi ideje o projektu in čeprav je ministrstvo za zdravje s svojimi političnimi stališči o reformi slovenskega zdravstva pravzaprav izzvalo potrebo po večjem projektu o reformi slovenskega zdravstvenega sistema. Jasno je bilo, da so tako potrebo zaznali tudi v nekaterih drugih interesnih združenjih in nekateri posamezniki. Že dejstvo, da je bila pobudnica projekta ekonomska fakulteta, je narekovalo, da smo se zanimali predvsem za slovenski zdravstveni sistem kot del gospodarskega sistema v naši državi.

Tako smo v jeseni leta 2014 pričeli z izvedbo projekta z naslovom Prenova gospodarskih vidikov slovenskega zdravstva. Projekt je vodila Ekonomska fakulteta Univerze v Ljubljani s partnerji, ki so bili Zdravniška zbornica Slovenije, Lekarniška zbornica Slovenije, Slovensko zavarovalno združenje, Komisija za zdravstvo pri AmCham in Mednarodni forum znanstvenoraziskovalnih farmacevtskih družb – GIZ. Partnerji so tudi financirali izvedbo projekta. Projekt sva vodila prof. dr. Maks Tajnikar in doc. dr. Petra Došenović Bonča, koordinatorica projekta pa je bila Andreja Basle.

Projekt smo izvajali vse od jeseni leta 2014 do konca leta 2015. Raziskovalno skupino, zbrano za delo na projektu s strani fakultete, so sestavljali prof. dr. Mitja Čok, Ekonomska fakulteta Univerze v Ljubljani, prof. dr. Polona Domadenik, Ekonomska fakulteta Univerze v Ljubljani, izr. prof. dr. Branko Korže, Ekonomska fakulteta Univerze v Ljubljani, doc. dr. Jože Sambt, Ekonomska fakulteta Univerze v Ljubljani, izr. prof. dr. Brigita Skela Savič, Fakulteta za

zdravstvo Jesenice, in Tina V. Vavpotič, Xlab. Pri delu na projektu pa je sodelovalo več udeležencev s strani partnerjev projekta. Sestajali smo se skoraj redno tedensko, vmes pa smo pripravljali gradiva za razpravo in zaključke projekta. V zares plodni razpravi so tako sodelovali prim. Andrej Možina, dr. med., Brane Dobnikar, Bojan Popovič, dr. med., Zdravniška zbornica Slovenije, Miran Golub, mag. farm., Dean Šušmelj, Dušan Hus, mag. farm., Lekarniška zbornica Slovenije, mag. Katja Jelerčič, mag. Andrej Šercer, Matjaž Trontelj, Janez Gregorič, Petra Juvančič, Sebastijan Pungerčič, Elena Nikolavčič, Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, mag. Simon Vidmar, mag. Polona Peterle, Sašo Novak, Katjuša Stegovec, Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, mag. Ivan Gracar, Adriatic Slovenica, Barbara Stegel in Milojka Novak, mag. farm., Mednarodni forum znanstvenoraziskovalnih farmacevtskih družb – GIZ, Tjaša Burnik, Nina Remškar, Natalija Podjaveršek Petkovič, Komisija za zdravstvo, AmCham. Samo tisti, ki smo sodelovali pri tem delu, lahko povemo, koliko znanja je bila sposobna pokazati in uporabiti navedena skupina. V Sloveniji ni skupine, ki bi več časa in visoko kakovostnega znanja namenila zares strokovni razpravi o našem zdravstvenem sistemu.

Predstavitev rezultatov projekta je bila 10. julija 2015 na Ekonomski fakulteti Univerze v Ljubljani, ta monografija pa celovito povzema vse tisto, kar smo lahko zapisali kot rezultat dela na projektu. Sestavljena je iz štirih delov. Na začetek smo uvrstili kratek povzetek našega predloga prenove slovenskega zdravstvenega sistema. V drugem delu smo podrobno opisali ta predlog, in sicer z vsebinskega vidika. Menimo, da v njem vsak dvomljivec o naših rešitvah lahko najde odgovor na svoja vprašanja, hkrati pa so v tem delu dane tudi iztočnice za naše delo na prenovi. V tretjem delu objavljamo avtorske prispevke članov fakultetne raziskovalne ekipe, ki se nanašajo na posamezna vprašanja, s katerimi smo se ukvarjali v projektu in ki olajšajo razumevanje naših predlogov. V četrtem delu pa v 82 sklepah zelo konkretno zapišemo vse ugotovitve in rešitve, ki naj bi omogočile prenovo našega zdravstvenega sistema. Sklepi so po našem mnenju zapisani tako, da bi lahko na njihovi podlagi neposredno in brez velikih dilem nastale tudi pravne spremembe, ki bi privedle do zamišljene prenove slovenskega zdravstvenega sistema. Vsak del navedenega teksta je podpisan z imenom avtorja, ki ga je pripravil. Z delom na projektu se je namreč še enkrat potrdilo, da je velika skupina sodelujočih v projektu neizmerno bogastvo takega dela, a da hkrati zelo težko pridemo do soglasja pri vsaki misli, stavku in besedi. Zato smo podpisani kot avtorji, odgovorni za svoj del teksta, spodaj podpisani vodja projekta pa kot odgovoren in glasnik tako za podrobnosti kot za celoto projekta.

**Prof. dr. Maks Tajnikar, vodja raziskovalnega tima,**  
Ekonomska fakulteta Univerze v Ljubljani

# KAZALO

POVZETEK .....	7
SUMMARY .....	12
1 PRENOVA GOSPODARSKIH VIDIKOV SLOVENSKEGA ZDRAVSTVENEGA SISTEMA .....	17
2 PRISPEVKI ČLANOV RAZISKOVALNE SKUPINE .....	62
2.1 PRISPEVEK: DILEME IN REŠITVE FINANCIRANJA SLOVENSKEGA ZDRAVSTVA .....	62
<i>Petra Došenović Bonča</i>	
2.2 PRISPEVEK: IZDATKI ZA ZDRAVSTVO V SLOVENIJI Z VIDIKA JAVNIH FINANC .....	73
<i>Mitja Čok</i>	
2.3 PRISPEVEK: STROŠKI ZA ZDRAVSTVO V SLOVENIJI.....	83
<i>Jože Sambt</i>	
2.4 PRISPEVEK: VLOGA SPODBUD PRI SPODBUJANJU UČINKOVITOSTI.....	91
<i>Petra Došenović Bonča</i>	
2.5 PRISPEVEK: SISTEMSKA PRENOVA JAVNIH IZVAJALCEV ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V SLOVENIJI.....	107
<i>Polona Domadenik</i>	
2.6 PRISPEVEK: RAZVOJ ZAPOSLENIH IN RAZVOJ CELOVITE KAKOVOSTI KOT SISTEMSKI DIMENZIJI UČINKOVITE ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE .....	122
<i>Brigita Skela Savič</i>	
2.7 PRISPEVEK: PRAVNA UREDITEV SLOVENSKEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA.....	139
<i>Branko Korže</i>	
3 PROJEKT PRENOVE GOSPODARSKIH VIDIKOV SLOVENSKEGA ZDRAVSTVA: REZULTATI IN SKLEPI .....	146



## POVZETEK

Cilj projekta Prenova gospodarskih vidikov slovenskega zdravstva Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani in partnerjev je na novo zasnovati slovenski zdravstveni sistem, in sicer tako, da bi z njegovo pomočjo omogočili prebivalstvu doseganje čim višjega zdravstvenega stanja ter hkrati spoštovali načela solidarnosti, dostopnosti, kakovosti in učinkovitosti, kar je značilno za javne zdravstvene sisteme. Rezultate in sklepe projekta smo zapisali v obliki 82 sklepov, s katerimi smo predstavili način uresničevanja zdravstvenega sistema, kot smo si ga zamislili raziskovalci s fakultete skupaj s partnerji.

Iztočnice za prenovu slovenskega zdravstvenega sistema so njegove slabosti, ki jih vidi vsak prebivalec in ki najbolj prizadenejo prav tiste posameznike, ki zdravstvo najbolj potrebujejo. Te slabosti so nenormalne čakalne vrste, nesposobnost financiranja kakovostnejše ponudbe in sistemske izgube že pri povprečno učinkovitih izvajalcih. Navedeno je predvsem posledica razmer, v katerih ni koordinacije med sredstvi obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki so na voljo za javno zdravstvo in zbrana ter določena s prispevnimi stopnjami, in potrebami, ki naj bi jih s temi sredstvi zadovoljili. ZZZS očitno ob politiki ohranjanja tako imenovane neomejene košarice zdravstvenih dobrin, ki se financira v glavnem iz prispevkov, ne more usklajevati obsega razpoložljivih sredstev z obsegom potreb po zdravstvenih dobrinah. Zato predlagamo rešitev s tako imenovano košarico A, ki je po eni strani in z vidika obsega omejena s sredstvi, zbranimi s prispevki, po drugi strani pa po strukturi določena s potrebami po zdravstvenih dobrinah in z njihovimi cenami. Menimo, da mora ZZZS delovati kot neprofitni sklad, katerega temeljna funkcija je prav ugotavljanje potreb po zdravstvenih dobrinah in usklajevanje obsega in strukture dobrin v košarici A s sredstvi, ki jih zberemo s prispevki in so del proračunske politike v RS. Pri tem domnevamo, da prispevnih stopenj ni mogoče povečati, ne da bi povečali stroške dela in povzročili škodo za gospodarstvo, da ni mogoče vpeljati novih davščin za potrebe financiranja zdravstva, ker bi kritično povečevali javnofinančne odhodke, in da zato tudi ni mogoče zagotoviti toliko sredstev, da bi lahko v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja zagotovili prebivalstvu vse zdravstvene dobrine glede na potrebe. Izbor dobrin v košarici A mora biti omejen glede na vrsto dobrin, njihovo ceno in prebivalstvene skupine. Ta opredelitev skupaj s solidarnostjo, ki je vgrajena v način zbiranja prispevkov,

zagotavlja, da posameznik dobi zdravstveno dobrino vedno, ko jo zaradi različnih razlogov resnično potrebuje, in sicer ne glede na njegov dohodek, starost, zaposlitev, spol in kraj bivanja.

Menimo, da pušča sedanji položaj prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, ki zavaruje doplačila k obveznemu zdravstvenemu zavarovanju, zdravstvenim zavarovalnicam skrajno pasivno vlogo. Zanimarja se dejstvo, da lahko ob omejitvah, ki veljajo za prispevke, samo zdravstvene zavarovalnice zagotovijo večji obseg sredstev za zdravstvo v Sloveniji, kar je nuja, saj s sedanjim deležem BDP za zdravstvo ne moremo dosegati visokih zdravstvenih standardov iz sveta, še zlasti če upoštevamo staranje prebivalstva in nagel napredek na področju zdravstvene tehnologije. Zdravstvene zavarovalnice zato izključujemo iz sedanje podrejene vloge in jim podeljujemo zavarovanje tako imenovane košarice B. Košarica B je potrebna, ker s košarico A zaradi omejenih sredstev iz prispevkov posamezniku ne moremo zagotoviti vseh dobrin, ki so nujne za vzdrževanje njegovega zdravstvenega stanja. Košarico B določa država kot celovit zavarovalniški proizvod, ob maksimalni ceni pa premije določa konkurenca med zdravstvenimi zavarovalnicami. Te pa smejo košarico B (kot del njihove necenovne konkurence) tudi širiti z drugimi zavarovalniškimi proizvodi. Zavarovanje za košarico B naj bi bilo prostovoljno, a hkrati predlagamo, da se uvede kot obvezno in šele z določenim prehodnim obdobjem spremeni v prostovoljno. Menimo, da se je s tem mogoče izogniti večjim šokom tako za zavarovance kot za zavarovalnice in zdravstvo v celoti. Zdravstvenim zavarovalnicam ponujamo tudi možnost, da vstopijo v zavarovanje košarice A, torej v obvezno zdravstveno zavarovanje, in sicer tako, da od ZZZS pridobijo vlogo pridobivanja sredstev za zdravstvo iz naslova prispevkov delodajalcev in da ponudijo delodajalcem, ki bi se odločili za tak način izstopa iz sistema plačevanja prispevkov prek ZZZS, drugačne oblike plačevanja prispevkov ter nadzor nad izvajalci, prilagojen potrebam delodajalcev in zaposlenih pri njih.

Čeprav zdravstveno zavarovanje za košarico B temelji na enotni premiji za vse zavarovance pri posamezni zavarovalnici, bistveno širi solidarnost glede na sedanje stanje. Ker sredstva obveznega zdravstvenega zavarovanja pokrijejo vse stroške uporabe košarice A in za dobrine iz te košarice ni treba več doplačevati in se zato zavarovati pri zdravstvenih zavarovalnicah, se solidarnost razširi na dostop do celotnega nabora zdravstvenih dobrin, katerih potrošnja je financirana iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja. Ker predlagamo, da bi



zavarovanje za košarico B, če bi bilo to na prostovoljni osnovi, spodbudili tudi z oprostitvijo plačila dela prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje, oprostitev pa bi bila povezana z velikostjo vplačanih premij, bi tudi na ta način nastal solidarnostni učinek, ki bi ob tem tudi zniževal negativen vpliv prispevnih stopenj na ceno delovne sile.

Danes dobiva tržni del zdravstva svoje mesto v našem zdravstvu predvsem zaradi pomanjkljivosti javnega dela slovenskega zdravstva, zato tudi ne more biti del urejenega zdravstvenega sistema, ki bi lahko odločilno prispeval k uresničevanju glavnega cilja slovenskega zdravstva. Opredelitev košarice A, tržni način gospodarjenja s košarico B in jasna vloga države, ZZZS, zdravstvenih zavarovalnic ter izvajalcev bi določili tudi meje med javnim in tržnim delom zdravstva. Ob tem bi s to mejo tudi spodbudili tržni del zdravstvene dejavnosti, ne da bi to škodilo javnemu delu in pravicam prebivalstva, ki jih zagotavlja javni del. Novo mesto zdravstvenih zavarovalnic bi omogočilo tudi razširitev njihove naložbene dejavnosti v izvajalce, bolj k bolniku usmerjeno dejavnost, bolj konkurenčne razmere med zdravstvenimi zavarovalnicami (tudi z vstopom novih zdravstvenih zavarovalnic) in možnost večje izbire za prebivalstvo, skratka večjo kakovost in dostopnost.

V današnjih neurejenih razmerah vlogo koordinatorja med košarico obveznega zdravstvenega zavarovanja in izvajalci zdravstvene dejavnosti vse bolj prevzemata stihija in arbitrarnost, zato mora ZZZS prevzeti vlogo kupca dobrin za košarico A (glede na to, da jo ZZZS opredeljuje in je njen plačnik), država (ministrstvo za zdravje) pa vlogo organizatorja izvajalcev za to košarico oziroma mreže izvajalcev zdravstvenega varstva, saj koordinacije med košarico in izvajalci zaradi netržnega načina oblikovanja povpraševanja po zdravstvenih dobrinah in zaradi tržnih nepopolnosti na strani izvajalcev ne more izvajati trg. Država mora pri tem upoštevati povpraševanje s strani ZZZS, optimalno velikost izvajalcev, da lahko zagotavlja čim višjo dostopnost in učinkovitost, kombiniranje lastninskih oblik glede na ekonomske prednosti, ki izhajajo iz lastnine, in dejstvo, da kolektivna sredstva za košarico A zahtevajo neprofitno in h količinskimi ciljem usmerjeno poslovanje izvajalcev, in sicer ne glede na njihovo lastnino. Zaradi stabilnosti mreže mora ta temeljiti na izvajalcih v državni lasti, saj bi lahko prevelika odvisnost od zasebnih ali omejila njihove lastninske pravice ali pa ogrozila obstoj mreže v razmerah, ko bi jo najbolj potrebovali. V nekaterih primerih (v povezavi z upoštevanjem tržnih nepopolnosti) pa zasebni

interes sploh ne bi spodbujal zasebnih izvajalcev k sodelovanju v mreži zdravstvenega varstva. ZZZS kot plačnik pa mora s svojim načinom plačevanja spodbujati izvajalce k ponudbi zdravstvenih dobrin v pravem obsegu, najvišji možni kakovosti in ob upoštevanju stroškovne učinkovitosti. Ker danes ZZZS s sistemom plačevanja, ki je v vseh elementih starejši od 10 let, torej že precej zastarel, ne igra te vloge, nastaja neustrezen in nestimulativen način kupovanja zdravstvenih storitev, ki škodi kakovosti in učinkovitosti našega zdravstva ter onemogoča samostojnost izvajalcev. Sistem plačevanja mora dovoljevati tudi nastanek učinkov iz načela »denar sledi bolniku«, ki postavlja bolnika v središče koordinacije med košarico A in njenimi izvajalci ter spodbuja določeno fleksibilnost mreže izvajalcev.

Koordinacijo med košarico B, ki jo določa država, in izvajalci pa izvajajo zdravstvene zavarovalnice, in sicer v skladu s svojimi poslovnimi strategijami in tržnimi načeli. Izvajalci so lahko zasebni in javni, izbor izvajalcev in zlasti njihovo delovanje pa je tudi način, kako si zdravstvene zavarovalnice konkurirajo med sabo. Tako zdravstvene zavarovalnice kot izvajalci košarice B delujejo profitno, zavarovalnice pa lahko uporabljajo vse možne oblike stimulativnega plačevanja izvajalcev.

Nedelovanje zdravstvenega sistema se danes še potencira, ker država od izvajalcev po nepotrebem prevzema funkcije zaposlovanja, gospodarjenja s sredstvi in investiranja, namesto da bi reorganizirala izvajalce (še zlasti javnega sektorja) v organizacije, ki gospodarijo za svoj račun in v svojem imenu. Tako po nepotrebem ohranjamo arbitrarno vlogo državno reguliranega sistema, ki hromi solidarnost, dostopnost, kakovost in racionalnost slovenskega zdravstva. Ni smiselno, da bi imeli stimulativne oblike plačevanja, če izvajalci niso organizirani tako, da bi v njih obstajal subjekt (agent), ki bi ga te oblike spodbujale k bolj kakovostnemu in učinkovitejšemu izvajanju dejavnosti. Izvajalce v zdravstvu je treba organizirati v skladu z zakonom o gospodarskih družbah, in sicer ne glede na njihovo lastnino, javne zavode preoblikovati v državna podjetja, ki jih na ravni države upravljavsko povezuje poseben oddelek za upravljanje javnih izvajalcev v slovenskem zdravstvu, vse poslovne funkcije prenesti na raven javnih izvajalcev, jih ustrezno organizacijsko in pravno-statusno organizirati glede na njihovo dejavnost ter urediti organizacijo dela znotraj njih v skladu z načeli organizacije, ki deluje v svojem imenu in za svoj račun. Menimo, da moramo javne izvajalce organizirati tako, da bodo interesi njihovih zaposlenih prišli bolj do izraza in da

bodo zaposleni prevzemali vlogo agenta, saj državna lastnina v njih sploh ne dopušča opredelitve koga drugega za primerne agenta. Kakovost in zmogljivosti izvajalcev pa je treba redno ugotavljati in nadzirati s procesi akreditacij, ki ne zagotavljajo virov financiranja, zagotavljajo pa obseg njihovih zmogljivosti in kakovostno ponudbo.

**Prof. dr. Maks Tajnikar, vodja raziskovalnega tima,**  
Ekonomska fakulteta Univerze v Ljubljani

## SUMMARY

The principal aim of the project entitled *Transformation of Slovenian health care – economic aspects* that was developed by researchers of the Faculty of Economics, University of Ljubljana, and participating partners was to reform the Slovenian health care system so that we can enable the population to achieve good health outcomes in line with the widely accepted basic principles of public health care systems that include solidarity, accessibility, quality, and efficiency. The results of the project are summarised by 82 key conclusions that show how we envision the Slovenian health care system.

To identify the needed changes, researchers and participating partners started by identifying key weaknesses of the current system that negatively affect mostly those individuals that need effective health care most: excessive waiting times, failure to promptly adopt novel approaches and improve quality according to available best practices, and widespread business failure and losses of even those health care providers exhibiting average efficiency. The mentioned weaknesses of the current system emerged because there is no coordination between the available public funds collected through compulsory health insurance at given contribution rates and population needs that should be satisfied by the available funds. By preserving the so-called unlimited or universal benefit basket that is funded predominantly by collected contributions the Health Insurance Institute of Slovenia (hereinafter ZZZS) repeatedly proved its inability to align the available funds with needs and related consumption of health care goods. This is why this project proposes the implementation of the so-called benefit basket A, that is limited on the one hand by the total amount of collected funds through compulsory health insurance and on the other hand by the needs for health care goods and the resulting structure of health care goods and their prices. In such a context ZZZS should operate as a non-profit public fund responsible for ascertaining the needs and determining the size and structure of the benefit basket A that can be paid with limited available public funds collected by contributions at rates that are set as part of the budgetary policy in Slovenia. One of the key premises of this project is that the amount of public funds for health care in Slovenia cannot be enlarged through increasing the contribution rates given their impact on labour costs and macroeconomic conditions. Furthermore, increased taxation for the purposes of health care is also considered as an unlikely option

and because public expenditure would increase critically it is not possible to assure all needed health goods through compulsory health insurance. In such settings it is unreasonable to expect that compulsory health insurance and public funds will suffice given the fast increase of needs for health care. The array of goods included in the publicly funded benefit basket A thus has to be clearly determined according to the nature of goods, their price, and covered population groups. In this way and coupled with solidarity that is imbedded in the way contributions are collected, individuals are assured timely access to the included quality goods regardless of their income, age, employment status, gender, or place of residence.

Another important conclusion is that voluntary health insurance, which currently predominantly covers co-payments for health care goods included in compulsory health insurance, doesn't play a proper role within the current health care system in Slovenia and prevents insurance companies from playing a more active role. The fact that only voluntary health insurance can increase the available health care funding given the constrained public sources of funding is neglected. Increased total health expenditures are necessary because health expenditure at the current share of GDP will not enable Slovenia to assure state-of-the-art health care especially if we consider the pressures created by population ageing, rapid technological progress, and notable advances in medicine. This is why it is proposed within this project that health insurance companies are given a more active role by supplying insurance for the so-called benefit basket B. Benefit basket B is necessary because benefit basket A, which is constrained by the available public funds cannot provide all health care goods that are needed by an individual to maintain or further improve their health status. This is also why the content of benefit basket B is set by the state and it is defined as a comprehensive insurance product. Premiums are also subject to regulation but only maximal premiums are set with actual premiums being subject to competition between insurance companies. More importantly, insurance companies are expected to engage in non-price competition by complementing benefit basket B with additional insurance products and other supporting services. Insurance for benefit basket B should be voluntary. However, we propose to introduce it as compulsory and set a transitional period so that consumers can adjust to the new system. In this way larger shocks for the health care system and both insurance companies and insured individuals can be avoided. Insurance companies could also offer

insurance for goods included in benefit basket A by taking over the role of ZZZS in collecting contributions paid by employers. Insurance companies could offer to the employers, that would opt for this option, payment of contributions under different rules and more control or choice over providers of health care that are best able to meet the needs of their employees.

Even though the premium for insurance for benefit basket B is equal for all individuals insured by insurance companies, the proposed solution broadens solidarity compared to the current arrangement. Under the new arrangement the funds collected through compulsory health insurance cover all costs or the total price of goods included in benefit basket A. Considering that goods included in benefit basket A are no longer subject to co-payments, the proposed solution widens solidarity because it assures full funding and thus full access to all health care goods covered by public funding. Considering that introducing benefit basket B as voluntary involves tax credits in the form of a reduction of contributions for compulsory health insurance that is proportional to the paid premiums, the solidarity effect would emerge that would also decrease negative effects of contribution rates on the price of labour.

In current circumstances, there is an uncontrollable development of the market and private health care. Private health care is developing due to shortcomings of the public system and in this way we do not have a balanced health care system in which public and private health care are complementary and with clear boundaries. Such boundaries would be set by a clear definition of the size and structure of benefit basket A, a clear role of private funding for benefit basket B and a transparent functioning and clearly defined responsibilities of the state, ZZZS, and private insurance companies. In such circumstances, the incentive for further development of private health care would strengthen. It is important to note that in such a case the growth of private health care would no longer be generated at the expense of the public system and benefits guaranteed within the public system. A new role of private insurance companies would also enable them to engage in investment activities in health care providers and develop more tailor-made health care goods for their clients thereby also strengthening competition between existing insurance companies and new market entrants. Such non-price competition increases patient choice, quality, and accessibility.

In the present system, the coordination between benefit basket A and health care providers is becoming uncontrollable and arbitrary. Because the market is not efficient in shaping the demand for health care goods and due to market imperfections, the market cannot be the coordinator between benefit basket A and health care providers. This implies that coordination has to be assigned to specific stakeholders. ZZZS has to assume the role of the purchaser of health care goods included in benefit basket A while the state through the Ministry for Health has to organise the providers and build an adequate network of providers. In planning the network the state has to take into account the demand identified by ZZZS and optimal size of providers so that efficiency and accessibility are as high as possible. In developing the network, the state also has to effectively combine those types of ownership that have economic advantages and identify providers as non-profit organisations that have clearly set output goals regardless of whether they are privately or publically owned. To assure stability of the network, it should be comprised predominantly of state-owned providers given that private providers may not necessarily fully satisfy their motives under non-profit operation and in many cases (especially if we consider market imperfections) private interests do not motivate private providers to join the network at all. ZZZS has to use appropriate payment mechanisms to encourage providers to offer contracted health care goods in sufficient quantities, at agreed quality and in a cost efficient way. ZZZS is currently not performing this task and because the payment mechanisms are outdated, the goods are purchased in an inappropriate way, and imbedded incentives do not achieve their purpose. This negatively affects both the efficiency and quality of our health care and hinders the autonomy of providers. Payment mechanisms also have to support the implementation of the money-follows-the-patient principle that is at the centre of coordination between benefit basket A and health care providers and thus enables some flexibility of the provider network.

Coordination between benefit basket B that is regulated by the state in terms of size and structure and health care providers is the responsibility of insurance companies that select providers according to their competitive strategies and market principles. Providers selected by insurance companies can be both private and public and the network of providers that contracts with individual insurance companies is also a way for insurance companies to engage in non-price competition. Both insurance companies and health care providers offering health

care goods included in benefit basket B follow their profit motive in this segment of their activity and employ all simulative payment mechanisms.

The already sub-optimal performance of the Slovenian health care system is further worsened because the state is taking employment functions and investing away from providers instead of reorganising them. This holds true especially for public providers that should be transformed into organisations operating in their own behalf. We unnecessarily maintain the arbitrary state regulation that hinders solidarity, quality, and rationality of Slovenian health care. In such a setting, it makes little sense to use incentivising payment mechanisms if provider organisations are not organised so that there are clearly identified agents whose actions are targeted by created incentives so that they act according to the set policy objectives and desired health outcomes. This is why provider organisations should be reshaped according to the existing Companies Act. Public institutes should be transformed into state owned companies that are regulated and governed by a special division of the Ministry of Health. However, all business functions should be transferred to provider organisations that have to be fully accountable for their activities both in the segment that is publicly funded and in the segment that puts them on the competitive market. Provider organisations have to be reorganised in a way that interests of employees can be expressed and harnessed. Employees are those agents that can be encouraged to act so that the goals of owner – state can be attained. Quality and adequacy of capacities of provider organisations have to be regularly monitored and evaluated through accreditation procedures that do not guarantee the funding but assure that the system operates at the set standards.

**Prof. Dr. Maks Tajnikar, head of the research team,**  
Faculty of Economics, University of Ljubljana

**Doc. Dr. Petra Došenović Bonča**  
Faculty of Economics, University of Ljubljana



# 1 PRENOVA GOSPODARSKIH VIDIKOV SLOVENSKEGA ZDRAVSTVENEGA SISTEMA

Projekt prenove gospodarskih vidikov slovenskega zdravstvenega sistema se nanaša, kot pove že sam naslov, na prenovo **zdravstvenega sistema**, in sicer njegovega **gospodarskega vidika**. Zdravstveni sistem ima različne vidike, le eden med njimi pa je gospodarski. Tako se v tem projektu ne ukvarjamo z vsemi vidiki slovenskega zdravstvenega sistema, ampak le s tistimi, ki se nanašajo na področje gospodarjenja.

Če obravnavamo zdravstvo v neki državi, lahko govorimo o **strategiji** zdravstva, **načrtovanju** zdravstva, zdravstveni **politiki** in o zdravstvenem **sistemu**. Vsi omenjeni pogledi na zdravstvo obsegajo tudi gospodarski del. V tem projektu se ne ukvarjamo z zdravstvenimi strategijami, niti z načrtovanjem zdravstva, niti z zdravstvenimi politikami, projekt je v celoti posvečen zgolj gospodarskim vidikom zdravstvenega sistema.

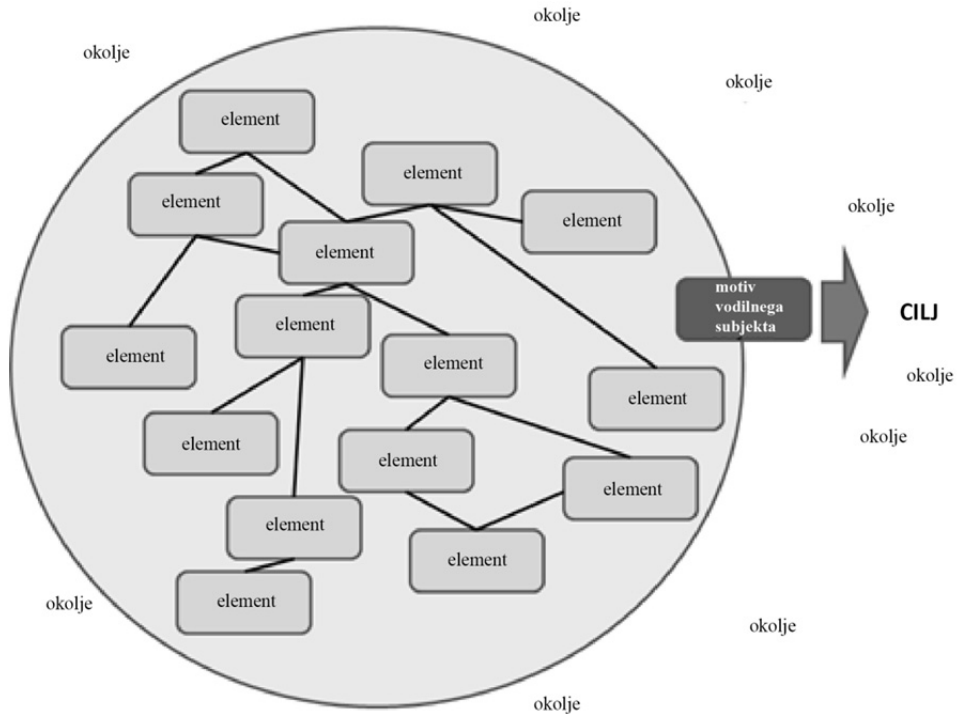
## 1 Sistemski pogled na zdravstvo

Takšna iztočnica projekta zahteva natančno opredelitev pojma zdravstveni sistem. V tem projektu smo izhajali iz temeljnih spoznanj systemske teorije in upoštevali pojem sistema kot vidika organiziranja človeške družbe. Vsak družbeni sistem ima elemente, mehanizme njihovega povezovanja, motive subjektov sistema, cilj in okolje (skica 1).

Tako smo upoštevali, da vsak družbeni sistem, torej tudi zdravstveni sistem, sestavljajo določeni **elementi**. Ti elementi imajo lahko zelo različne značilnosti, a pri tem moramo upoštevati, da različnih elementov (prav zaradi njihovih razlik) ni vedno mogoče povezati v zaokrožen družbeni sistem. V zdravstvu so takšni elementi bolniki, izvajalci, sponzorji, plačniki in država. Vsi navedeni elementi so tudi **subjekti** zdravstvenega sistema, pojavljajo se v vseh zdravstvenih sistemih in imajo v zdravstvenem sistemu posebno vlogo. Poleg tega obstajajo številni drugi elementi, ki sestavljajo različne zdravstvene sisteme. Sem lahko štejemo različne oblike financiranja zdravstva, kot so davki, prispevki in zavarovalniške premije, različne plačilne instrumente, s katerimi plačujemo izvajalce, kot so glavarine, skupine primerljivih primerov in pavšali, ter seveda

tudi zdravstvene dobrine, ki jih izdajalci proizvajajo v takšnih zdravstvenih sistemih.

### Skica 1



Prav zaradi raznolikosti elementov zdravstvenih sistemov in tudi njihovih različnih značilnosti je za zdravstveni sistem pomembno, kako se vzpostavljajo **odnosi med elementi**. Ti odnosi določajo, ali je možno sobivanje posameznih elementov znotraj istega zdravstvenega sistema. Za primer lahko navedemo odnos med doplačilom in vrsto zdravstvene dobrine. V primeru, da lahko uporabnik sam izbira zdravstveno dobrino, je smiselno pri plačilu take zdravstvene dobrine uporabljati doplačilo. Če posameznik ne more odločiti o uporabi zdravstvene dobrine, pa doplačila kot elementi zdravstvenega sistema, ki naj bi spodbujali uporabnike k racionalni rabi dobrin, ne morejo več igrati svoje vloge, zato ni smiselno povezovati doplačil s financiranjem takšnih vrst zdravstvenih dobrin. Številne oblike plačevanja zdravstvenih izvajalcev vplivajo

na stroškovno učinkovitost njihovega delovanja. Če so izvajalci organizirani tako, da na njihovo vodenje ne morejo vplivati takšne spodbude s strani plačilnih instrumentov, ni smiselno uvajati zapletenega sistema plačilnih instrumentov, da bi dosegali večjo učinkovitost. Odnosi, ki smo jih ilustrirali s tema primeroma, neposredno ali posredno nastajajo med vsemi elementi zdravstvenega sistema, zato je treba pri oblikovanju zdravstvenih sistemov upoštevati značilnosti posameznih elementov in njihovo medsebojno skladnost. To je pravzaprav prvi kriterij, po katerem lahko različne elemente zdravstvenih sistemov sestavljamo v zaokrožen zdravstveni sistem, s katerim želimo doseči določene cilje.

Na vprašanje elementov in njihovih medsebojnih povezav se veže tudi vprašanje **mehanizmov povezovanja**. Zagotovo je s tega vidika ključno vprašanje vseh sodobnih zdravstvenih sistemov, opredeljevanje vloge trga in državne intervencije ter s tem tudi načrtovanja. Upošteva splošno znanje o gospodarskih sistemih lahko tudi zdravstvene sisteme delimo na tržne in netržne. Kot bomo kasneje podrobno pojasnili, upoštevanje solidarnosti pri financiranju zdravstvene dejavnosti onemogoča nastanek tržnega povpraševanja, za katero je značilno, da mora obseg povpraševanja reagirati na višino cene. Če pa zaradi solidarnosti ne more nastajati tržno povpraševanje, ni smiselno računati na trg in konkurenco kot mehanizem povezovanja med uporabniki zdravstvenih dobrin in njihovimi izvajalci. V takem primeru je lahko mehanizem povezovanja zgolj določena oblika državne intervencije. Podobno v primeru, da gre za večje število plačnikov, kot so na primer zdravstvene zavarovalnice, ni mogoče pričakovati, da bo odnos med plačniki in izvajalci nastal v obliki mreže izvajalcev. V tem primeru bodo zdravstvene zavarovalnice izbirale izvajalce glede na svoje zavarovance, njihove zdravstvene in druge značilnosti tako, da bodo krepile svoj konkurenčni položaj na trgu zdravstvenih zavarovanj. Nobene možnosti ni, da bi v takem primeru nastala stabilna mreža izvajalcev zdravstvenega varstva, kot jo običajno pričakujemo v javnih sistemih zdravstvenega varstva.

Eden najpomembnejših sestavnih delov vseh zdravstvenih sistemov so nesporno **interesi in motivi** subjektov v zdravstvenem sistemu. Da bi zdravstveni sistemi »delovali« in v resnici usmerjali subjekte zdravstvenih sistemov k doseganju temeljnega cilja vsakega zdravstvenega sistema, moramo v zdravstveni sistem pravilno vgraditi tudi interese in motive njegovih subjektov. V tržnih odnosih je vsaj na teoretični ravni dovolj, da priznamo izvajalcem profitni motiv in uporabnikom motiv maksimiranja koristi, saj ta dva motiva (ob upoštevanju

tržnega mehanizma koordinacije) vodita do določenih ciljev znotraj zdravstvenega sistema. Vendar zlasti v javnih zdravstvenih sistemih, v katerih zaradi različnih razlogov ni prevladujočega profitnega motiva in motiva maksimiranja koristi, ostaja ključno vprašanje, pri katerem subjektu lahko najdemo motiv, ki bi omogočal delovanje zdravstvenega sistema kot celote ali vsaj v nekaterih delih v smeri doseganja ciljev zdravstvenega sistema, in kakšen je ta motiv. V primeru, da v zdravstvenem sistemu ni mogoče opredeliti takšnega izvornega motiva in nosilnega subjekta zdravstvenega sistema, mora zdravstveni sistem skoraj nujno neposredno regulirati država, s čimer postane zdravstveni sistem ne glede na njegove elemente, medsebojne odnose in mehanizme povezovanja etastična in birokratska oblika družbenih sistemov.

Pravkar omenjeni sestavni deli zdravstvenih sistemov izpostavljajo tudi naslednjega, to je **cilj delovanja in obstoja** zdravstvenega sistema. Običajno opredelimo kot temeljni cilj vsakega zdravstvenega sistema zagotavljanje čim boljšega zdravstvenega stanja vsega prebivalstva v državi. Zdravstveno stanje seveda lahko merimo in izrazimo na različne načine, kar pomeni, da se ta cilj tudi v različnih družbah ne pojavlja enako. Z načelnega vidika zdravstveni sistem, ki ne dosega tega cilja (ne glede na to, kako je opredeljen), ni zdravstveni sistem in ne upravičuje svojega obstoja, četudi ima vse druge sestavne dela dobrega zdravstvenega sistema. Doseganje temeljnega cilja zdravstvenega sistema je vprašanje njegove uspešnosti, zato so zdravstveni sistemi, ki v večji meri dosežajo ta temeljni cilj, uspešnejši.

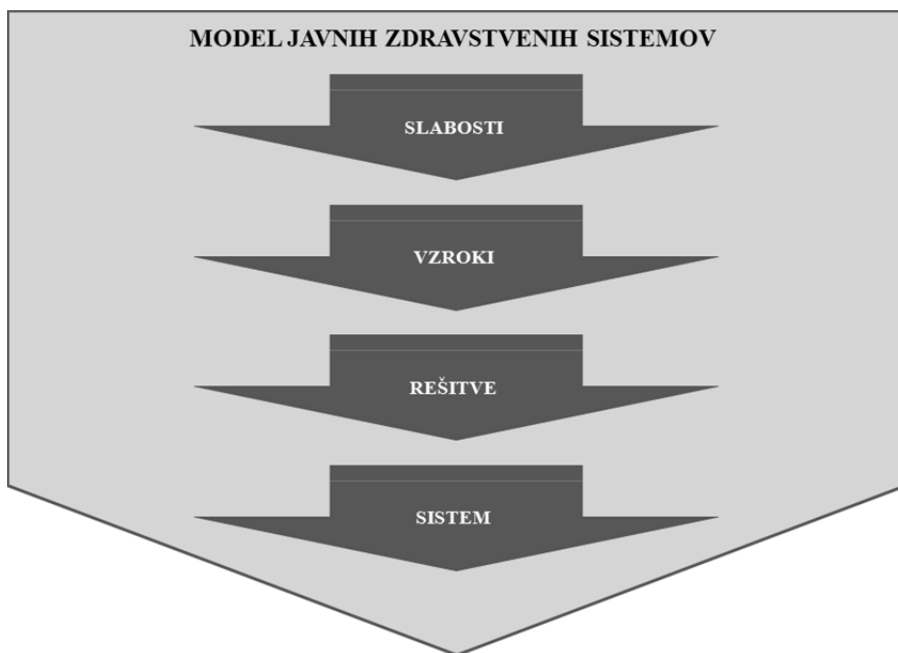
Zadnji del vseh zdravstvenih sistemov je povezan z **okoljem**, v katerem se uveljavlja zdravstveni sistem. Kot smo že omenili, vsak družbeni sistem meji na druge družbene sisteme in se z njimi prepleta, kar velja seveda tudi za zdravstveni sistem. Oblike organiziranja družbe okoli zdravstvenega sistema, razvoj tehnologije, kultura, tradicija, zgodovina in podobno določajo okolje in vplivajo tudi na to, kako mora biti oblikovan zdravstveni sistem. Zelo pogosto okolje odločilno vpliva na konkretizacijo ciljev zdravstvenega sistema. Ko pa je enkrat določen cilj zdravstvenega sistema, pa mora biti temu podrejeno tudi celotno oblikovanje zdravstvenega sistema, kar pomeni, da okolje prek cilja vpliva tudi na izbor elementov, ključnih subjektov zdravstvenega sistema, na njihove medsebojne odnose in mehanizme povezovanja. Prav zaradi tega so zdravstveni sistemi v različnih državah in družbah različni in ni mogoče pričakovati, da bi lahko bili zdravstveni sistemi v svetu enaki in hkrati uspešni, saj se cilj in s tem

tudi uspešnost pogosto razlikujeta od družbe do družbe. V vsakem primeru pa je tudi za projekt prenove gospodarskih vidikov zdravstvenega sistema v Sloveniji ključna iztočnica spoznanje, da mora zdravstveni sistem izhajati iz zgodovine, obstoječih institucij, tradicije in kulture držav, v katerih oblikujemo zdravstvene sisteme.

## 2 Štirje koraki kot metodologija projekta

Opisani sistemski pristop smo strogo spoštovali pri iskanju rešitev za preobrazbo slovenskega zdravstvenega sistema. Zavedanje, da govorimo o gospodarskih vidikih enega od najpomembnejših družbenih sistemov, pa ni bila edina iztočnica pri tem projektu. Pri projektu smo namreč izhajali po eni strani iz določenih osnovnih spoznanj o stanju v slovenskem zdravstvu nasploh in po drugi strani iz zavedanja o osnovnih teoretičnih značilnostih oziroma o modelu javnih zdravstvenih sistemov. Prav zato je projekt podrejen tudi štirim korakom, ki dajejo metodološko osnovo pri njegovem izvajanju (skica 2).

### Skica 2



**Prvi korak** se nanaša na identifikacijo temeljnih problemov v slovenskem zdravstvu. Pri tem nismo naredili posebne analize, ampak smo upoštevali spoznanja, ki so splošno znana v slovenski javnosti ali pa predstavljena v različnih analizah slovenskega zdravstva. V osnovi smo identificirali pet področij, na katerih se pojavljajo ključne **slabosti** slovenskega zdravstva. Menimo, da obstaja v Sloveniji veliko soglasje o tem, da so to ključni problemi slovenskega zdravstva.

Opredelitev ključnih slabosti in problemov slovenskega zdravstva je potem narekovala **drugi korak**, v katerem smo skušali odgovoriti na vprašanje, kaj v slovenskem zdravstvenem sistemu je **vzrok** za omenjene slabosti v slovenskem zdravstvu. Čeprav smo slabosti ugotavljali kot splošne značilnosti zdravstva, torej ne zgolj zdravstvenega sistema, smo v drugem koraku hoteli izpostaviti tiste značilnosti v zdravstvenem sistemu, lahko bi dejali systemske značilnosti in pomanjkljivosti, ki vodijo do slabosti v slovenskem zdravstvu nasploh.

Opredelitev slabosti v slovenskem zdravstvenem sistemu in vzrokov zanje je omogočila **tretji korak** v tem projektu. Potem ko smo opredelili tiste značilnosti obstoječega zdravstvenega sistema, ki povzročajo slabosti v slovenskem zdravstvu, smo skladno s teoretičnimi izhodišči in tudi poznavanjem izkušenj iz drugih držav poskušali opredeliti **rešitve** slabih točk v slovenskem zdravstvenem sistemu. Poznavanje slabosti v zdravstvenem sistemu in vzrokov zanje nam je v veliki meri omogočilo tudi opredelitev temeljnih značilnosti rešitev v zdravstvenem sistemu, ki bi lahko odpravile omenjene slabosti slovenskega zdravstva iz prvega koraka našega projekta.

Ker smo upoštevati značilnosti systemskega pristopa, smo omenjene rešitve v **četrtem koraku** med sabo povezovali v logičen in praktično izvedljiv zdravstveni **sistem**, in sicer tako, da smo upoštevali medsebojno komplementarnost posameznih rešitev in hkrati njihovo ustrezno vlogo v zdravstvenem sistemu, ki naj bi bil javen in, kot smo dejali, uspešen.

### 3 Model javnega zdravstvenega sistema

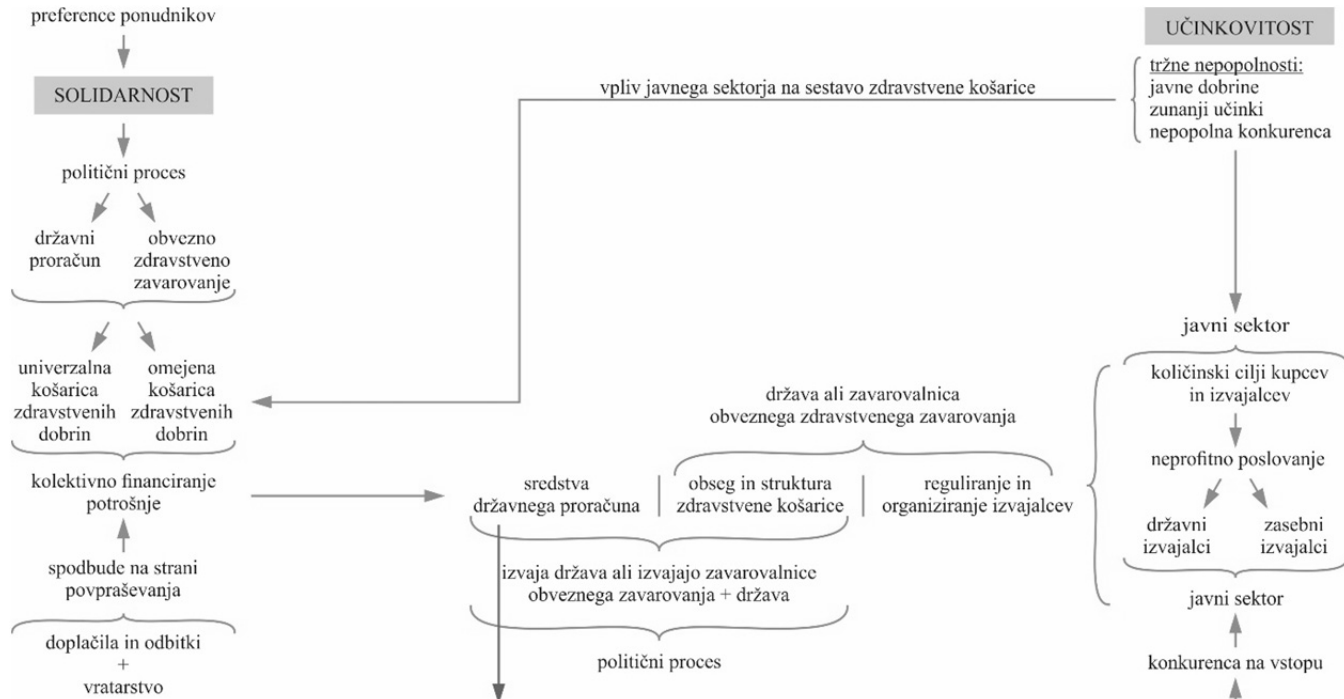
Pri vseh štirih korakih, ki smo jih izpeljali v tem projektu, smo izhajali iz praktičnih izkušenj iz slovenskega zdravstva in teoretičnega razumevanja javnih zdravstvenih sistemov. Teoretska predstava o javnem zdravstvenem sistemu je omogočala, da smo slabosti slovenskega zdravstva v zdravstvenem sistemu iskali sistematično. Prav tako je bilo opredeljevanje slabosti obstoječega zdravstvenega sistema v Sloveniji ocenjeno ne le z vidika učinkov delovanja slovenskega zdravstva, ampak tudi z vidika določenih splošnih iztočnic, ki veljajo za zdravstvene sisteme. Takšen pristop je omogočil, da smo tudi rešitve na posameznih področjih iskali s pomočjo teoretičnega razumevanja javnih zdravstvenih sistemov. Teoretična zasnova javnega zdravstvenega sistema pa je bila ključna zlasti z vidika usklajevanja omenjenih rešitev v zaokrožen in uspešen zdravstveni sistem. Čeprav so nekatere rešitve, ki jih ponujamo v tem projektu, unikatne z vidika izkušenj v svetu, so na ta način v celoti podrejene »šolskim« načelom oblikovanja javnih zdravstvenih sistemov.

Splošni model javnega zdravstvenega sistema je podobno kot obstoječi zdravstveni sistemi opredeljen z določenimi elementi, njihovimi medsebojnimi povezavami, subjekti, ki delujejo v skladu z svojimi motivi, splošnim ciljem zdravstvenega sistema in okoljem, ki pa seveda ni okolje določene države, ampak gre za okolje sodobne zasebnolastninske in tržne družbe.

Pri opredeljevanju teoretičnega modela javnega zdravstvenega sistema (skica 3) smo izhajali iz **štirih temeljnih načel**, in sicer solidarnosti, dostopnosti, kakovosti in učinkovitosti.

Nesporno je **solidarnost** tisto načelo, ki daje zdravstvenim sistemom značaj javnega zdravstvenega sistema. Pri tem smo sklepali, da se ključni vidik solidarnosti oblikuje na področju financiranja zdravstvene dejavnosti. Solidarnost je uveljavljena, kadar je prispevek posameznika v družbi za zdravstvo enak ne glede na različne potrebe po zdravstvenem varstvu ali kadar je posameznikov prispevek za zdravstvo različen ne glede na to, da so njegove potrebe po zdravstvenih dobrinah enake kot pri drugih posameznikih. S tega vidika smo upoštevali solidarnost glede na naslednje postavke: dohodek, starost, spol, mesto bivanja in zaposlitveni status posameznikov.

**Skica 3**





Čeprav razumemo solidarnost kot družbeno odločitev, ki se oblikuje v političnem sistemu in je izraz določenih družbenih vrednot, sistematičnega uresničevanja solidarnosti ni mogoče prepustiti posamezniku. Tako domnevamo, da je solidarnost v zdravstvu mogoče sistematično uveljaviti zgolj tako, da je zaukazana, kar pa lahko uresničimo s pomočjo **državnoproračunskega financiranja** zdravstva ali prek uveljavljanja **obveznega zdravstvenega zavarovanja**. Nujno moramo izbrati eno od navedenih možnosti, če želimo v zdravstvu sistematično uveljaviti solidarnost.

Tako domnevamo, da je za javne zdravstvene sisteme ključna značilnost bodisi proračunsko financiranje zdravstva na ravni države bodisi financiranje zdravstva prek obveznega zdravstvenega zavarovanja. Proračunska sredstva, ki jih država namenja za zdravstvo, ali sredstva sklada obveznega zdravstvenega zavarovanja zdravstvu omogočajo, da lahko prebivalstvu zagotavlja zdravstvene dobrine. Če je posamezniku v družbi zagotovljen dostop do teh zdravstvenih dobrin ne glede na to, koliko je prek davkov prispeval v državni proračun ali prek premij obveznega zdravstvenega zavarovanja prispeval v sklad obveznega zdravstvenega zavarovanja, pravimo, da s pomočjo proračunskega financiranja zdravstva ali financiranja zdravstva prek obveznega zdravstvenega zavarovanja v zdravstvu uresničujemo solidarnost.

**Obseg sredstev**, ki jih države tako namenjajo za zdravstvo, določa tudi **obseg zdravstvenih dobrin**, ki jih je mogoče zagotoviti s temi sredstvi. Kadar imajo vsi državljani ali celo vsi bivaajoči v neki državi dostop do zdravstvenih dobrin, govorimo o **univerzalni zdravstveni košarici**. O takšni košarici govorimo v smislu **neomejenosti** tudi tedaj, kadar države z razpoložljivimi sredstvi poskušajo zagotoviti vse zdravstvene dobrine, ki jih prebivalstvo pričakuje. Koliko je možno doseči ta cilj, je seveda po eni strani odvisno ob obsega sredstev za zdravstvo, po drugi strani pa od potreb po zdravstvenih dobrinah. Če izhajamo iz domneve, da so takšne potrebe v sodobnih razmerah neomejene in da nikoli ni mogoče zagotoviti dovolj sredstev za njihovo zadovoljitev, je smiselno sklepati, da so različne države tako ali drugače prisiljene uvajati **omejene košarice** zdravstvenih dobrin tudi v okviru javnega zdravstvenega sistema.

V vsakem primeru pa odnos med sredstvi, ki so na voljo za zdravstvo, in potrebami po zdravstvenih dobrinah vzpostavlja nujnost določenega **mehanizma koordinacije med sredstvi in dobrinami**.

Takšna koordinacija ni nič posebnega v tržnih gospodarstvih, saj v osnovi nastaja kot del obnašanja posameznika kot kupca na trgu. Vsak posameznik ima v povsem tržnem sistemu na voljo določen dohodek za zdravstvo in pri sebi prepozna tudi potrebe po zdravstvenih dobrinah, pri svojih nakupnih odločitvah pa mora upoštevati tudi cene zdravstvenih in drugih dobrin. Kot je dobro znano iz ekonomske teorije, posameznik pri tem išče svoj **ravnotežni položaj** kot potrošnik in kupuje takšne količine posameznih dobrin, da ob upoštevanju dohodka in cen dobrin maksimira svoje potrošno zadovoljstvo oziroma korist. Takšno obnašanje posameznikov kot kupcev pa oblikuje povpraševanje po dobrinah, ki je sestavni del vsakega trga.

Posebnost javnih zdravstvenih sistemov pa je v tem, da v njih posameznik ne more oblikovati takšnih ravnotežij na način, kot ga domnevamo v tržnem gospodarstvu, zato tudi ne prihaja do oblikovanja običajne oblike tržnega povpraševanja. Razlog za takšno stanje je uveljavljanje solidarnosti. Tako smo v teoretični shemi javnih zdravstvenih sistemov domnevali, da posameznik, ko povprašuje po zdravstvenih dobrinah, zaradi proračunskega ali zavarovalniškega sistema financiranja nakupov zdravstvenih dobrin ni omejen z dohodkom in neposredno tudi ne zaznava cen zdravstvenih dobrin, saj ni niti kupec niti plačnik. Seveda tudi v teh sistemih obstajajo dohodkovne in cenovne omejitve, a na ravni državnega proračuna oziroma zavarovalnic obveznega zdravstvenega zavarovanja. Tako se posamezniki pri povpraševanju po zdravstvenih dobrinah v glavnem ravnajo po potrebah, ki nastanejo pri njih. To pa ni dovolj, da bi se oblikovalo ustrezno ravnotežje posameznikov kot potrošnikov zdravstvenih dobrin, niti ni dovolj, da bi pri oblikovanju povpraševanja nastala koordinacija med razpoložljivimi sredstvi za zdravstvo in potrebami po zdravstvenih dobrinah na trgu. Skratka, v javnih zdravstvenih sistemih ni mogoče domnevati, da nastaja koordinacija med sredstvi in nakupi dobrin, kot jo poznamo iz tržnega gospodarstva.

Domnevamo, da mora to **koordinacijo zagotoviti država**. Ker o plačilih za zdravstvo ne odločajo posamezniki, ampak država, ki zgolj tako lahko uveljavlja solidarnost, mora najprej država določiti obseg sredstev, ki so na voljo za financiranje zdravstva. Gre za določanje sredstev za kolektivno financiranje zdravstvene košarice, kar je del proračunske politike države. Sredstva lahko zbere državni proračun z davki ali sklad obveznega zdravstvenega zavarovanja prek obveznega plačila prispevkov v ta sklad.

Z odločitvijo o obsegu sredstev za kolektivno financiranje zdravstva pa država določa tudi velikost košarice zdravstvenih dobrin, ki jih lahko zagotavlja s temi sredstvi oziroma solidarnostno. Pri tem mora po eni strani upoštevati potrebe vsakega posameznika, po drugi strani pa obseg sredstev, ki jih ima na voljo za ta namen, zato mora imeti na voljo organizacijsko obliko, ki lahko zajame potrebe po zdravstvenih dobrinah med posamezniki in jih pretvori v agregatne potrebe po posameznih zdravstvenih dobrinah. Gre za nalogo, ki jo lahko izvede zgolj državna organizacija ali organizacija, ki deluje v imenu države, in ki prek te organizacije ob upoštevanju razpoložljivih sredstev za zdravstvo določa strukturo povpraševanja po zdravstvenih dobrinah, pri čemer povpraševanja ne razumemo v klasičnem smislu cenovno elastičnega povpraševanja. Ob omejenih sredstvih mora država določiti vrsto zdravstvenih dobrin, ki jih bo kupila, njihovo količino in tudi cene, po katerih jih je pripravljena kupiti.

Zaradi uveljavljanja načela solidarnosti na ta način pojasnimo **prvo ključno vlogo države** v javnih zdravstvenih sistemih. Država mora opredeliti obseg sredstev, ki jih lahko nameni za zdravstvo, zagotoviti ta sredstva solidarnostno in hkrati ugotoviti, kakšne so agregatne potrebe prebivalstva po zdravstvenih dobrinah, in sicer v okviru sredstev, ki jih ima na voljo za ta namen. Ključno spoznanje, ki smo ga upoštevati v tem projektu, je, da pri tem ne nastajajo tržne kategorije in da se država pri opisani koordinaciji ne more opreti na mehanizme tržnega gospodarstva. Koordinacija sredstev in košarice zdravstvenih dobrin je tako ena od ključnih vlog države v javnem zdravstvenem sistemu, ki je neizogibna zaradi uveljavljanja solidarnosti. Takšne vloge države ne potrebujemo v razmerah tržnega gospodarstva v zdravstvu, zato v takem gospodarstvu tudi ni mogoče uresničiti solidarnosti.

Kljub temu, da iskanje ravnotežja potrošnika v odnosu med dohodkom, cenami in potrebami v javnem zdravstvenem sistemu ni ključno, pa lahko obnašanje posameznikov pri njihovem vstopu v zdravstvo v določeni meri spodbudimo tako, da omejujemo izražanje potreb po zdravstvenih dobrinah. Govorimo o **spodbudah na strani povpraševanja**. S tega vidika so pomembni doplačila, odbitki, vratarska funkcija in tudi mreža zdravstvene dejavnosti. Zlasti doplačila in odbitki posamezniku vsaj nekoliko nakažejo ceno zdravstvene dobrine in ga spodbujajo, da v izražanju svojih potreb ravna racionalno. Vratarstvo in mreže izvajalcev pa bolj opredeljujejo **dostopnost** do zdravstva in s tem necenovno racionalizirajo povpraševanje. Vratarska funkcija pomeni, da določeni

zdravstveni izvajalci odločajo o vstopu posameznika v zdravstvo, in sicer tako, da pri tem zasledujejo svoje lastne interese in pri posamezniku ustvarjajo racionalno obliko izražanja njegovih potreb po zdravstvenih dobrinah. Mreža izvajalcev v javnem zdravstvu sicer ne sodi na stran povpraševanja v zdravstvu, a prav tako odloča o dostopnosti do zdravstva, saj bolj ali manj približa izvajalce posamezniku in s tem tudi bolj ali manj olajša vstop v zdravstvo ter izražanje potreb po zdravstvenih dobrinah.

Opredelitev košarice zdravstvenih dobrin, ki jih je določena država sposobna financirati solidarnostno, opredeljuje tudi **meje javnega zdravstvenega sistema**, onkraj katerih nastaja **tržna oblika zdravstvenega sistema**. V nasprotju z javnim zdravstvenim sistemom temelji ta na obnašanju posameznikov v družbi in na njihovem iskanju ravnotežja med dohodki, cenami in potrebami pri oblikovanju povpraševanja po zdravstvenih dobrinah. V tem primeru iz ravnotežja potrošnika izvira tudi ustrezno cenovno elastično povpraševanje po zdravstvenih dobrinah. Seveda pa taka oblika povpraševanja ne vsebuje elementov solidarnosti.

Ker javni zdravstveni sistem posamezniku zagotavlja zdravstvene dobrine, poenostavljeno rečeno »zastonj«, torej brez večjega upoštevanja dohodkovnih in cenovnih omejitev, ni smiselno pričakovati, da bi ob uspešnem delovanju javnega zdravstvenega sistema lahko nastajal tudi trg za dobrine, ki jih posameznik lahko dobi v okviru javnega zdravstvenega sistema. Opredeljevanje košarice dobrin javnega zdravstvenega sistema pomeni zato tudi opredeljevanje tistih dobrin, ki jih tak sistem ne ponuja in pri katerih se lahko uveljavlja tržno povpraševanje. Prav zato je opredelitev košarice zdravstvenih dobrin tako z vidika obsega kot z vidika strukture hkrati tudi postavljanje meje med javnim in tržnim zdravstvenim sistemom.

V javnem zdravstvenem sistemu so torej kupci zdravstvenih dobrin bodisi država bodisi zavarovalnice obveznega zdravstvenega zavarovanja. V obeh primerih izhajajo nakupi iz omejenega obsega sredstev za zdravstvo in potreb prebivalstva, ki pa odločajo zgolj o strukturi nakupov zdravstvenih dobrin. Da bi lahko v takšnem sistemu prišlo do zdravstvene dejavnosti, potrebujemo **izvajalce zdravstvene dejavnosti**. Ko v model vključimo tudi slednje, nastane potreba po še eni koordinaciji zdravstvene dejavnosti, to je koordinaciji med velikostjo in strukturo zdravstvene košarice ter ponudbo izvajalcev, ki zagotavljajo

zdravstvene dobrine iz košarice. Na kratko, gre za **koordinacijo med košarico in izvajalci** zdravstvenih dobrin.

Zaradi solidarnosti in načina nakupnih odločitev je pri tej koordinaciji kupec in plačnik država prek državnega proračuna ali prek zavarovalnic obveznega zdravstvenega zavarovanja. Na nasprotni strani pa so izvajalci, ki sestavljajo **mrežo javnega zdravstva**. Domnevamo lahko, da mrežo izvajalcev sestavljajo državni in tudi zasebni izvajalci. Zasebni vstopajo v takšno mrežo z zasebnimi, verjetno profitnimi motivi, državni izvajalci pa nastajajo načrtno z odločitvijo države. Seveda bi lahko domnevali, da koordinacija med košarico in izvajalci nastaja na tržni način, če bi bili vsi izvajalci zasebni in motivirani s profitom. Država kot kupec dobrin za košarico ima omejitve v sredstvih in lahko reagira na cene dobrin na trgu, izvajalci pa se ravnaajo po profitnem motivu, ki v skladu z ekonomsko teorijo vodi do nastanka cenovno elastičnih ponudb izvajalcev. Koordinacijo potem opravi trg zdravstvenih dobrin, na katerem je na strani povpraševanja država, na strani ponudnikov pa so izvajalci.

Iztočnica za model javnih zdravstvenih sistemov je spoznanje, da v javnih zdravstvenih sistemih takšne tržne koordinacije ni ali pa nastaja v neučinkoviti obliki, zato naj bi v javnih zdravstvenih sistemih izbor izvajalcev, njihovo koordinacijo in razporeditev ter zlasti prilagoditev njihove dejavnosti nakupnim odločitvam, ki izhajajo iz obsega in strukture zdravstvene košarice, zagotovila država. To naj bi bila **druga ključna vloga države** v javnih zdravstvenih sistemih.

Ker gre v javnih zdravstvenih sistemih za kolektivno obliko financiranja nakupov zdravstvenih dobrin od izvajalcev, je smiselno pričakovati, da bo država od izvajalcev zahtevala neprofitno poslovanje in (zaradi uresničevanja košarice) doseganje količinskih ciljev. Država kot kupec ne more reagirati na cene s količino nakupa, saj je dolžna zagotoviti ustrezen obseg zdravstvenih dobrin iz košarice, zato ne oblikuje cenovno elastičnega povpraševanja po zdravstvenih dobrinah. Ker so financirani s kolektivno zbranimi sredstvi, so izvajalci v mreži javnega zdravstvenega sistema tudi del javnega sektorja.

Na strani ponudbe pa moramo upoštevati, da neprofitni in količinski cilj podrejen način delovanja ne ustreza vedno motivom in interesom zasebne lastnine. Smiselna je domneva, da je osnovna mreža izvajalcev javnega zdravstva

zasnovana na mreži izvajalcev v državni lasti, ki jih država lahko neposredno prisili k doseganju količinskih ciljev, ki izhajajo iz košarice zdravstvenih dobrin, in jih pri tem ne ovira profitni motiv. Mreža izvajalcev javnega zdravstvenega sistema mora torej temeljiti na javnih izvajalcih, zasebni izvajalci pa imajo lahko pri tem zgolj dopolnilno vlogo. Ta sklep je še toliko bolj razumljiv, če se zavedamo, da profitno motivirani izvajalci v zdravstvu lahko ponudbo oblikujejo tudi kot monopolisti, saj je nepopolna konkurenca značilna za izvajalce v zdravstvu. Pri oblikovanju ponudbe profitno motivirani izvajalci v zdravstvu ne upoštevajo dejstev, da s svojo dejavnostjo povzročajo številne zunanje učinke in da so nekatere zdravstvene dobrine po značaju javne dobrine, zato profitno motivirani ne ponujajo količin dobrin, s katerimi bi dosegali maksimalno družbeno korist.

Tudi v javnem zdravstvenem sistemu, v katerem je država plačnik, ni razlogov, da država kot plačnik ne bi izkoriščala stimulativnih vidikov različnih instrumentov plačevanja in da pri oblikovanju **plačilnega sistema** ne bi izkoristila učinkov glavarin, plačevanja po storitvah, plačevanja po primeru in pavšalnega plačevanja na način, da posameznih izvajalcev, javnih ali zasebnih, ne bi spodbujala k čim višji **kakovosti** in **učinkovitosti** njihovega delovanja. Odsotnost konkurenčnih odnosov v javnem zdravstvenem sistemu še dodatno opravičuje uporabo stimulativnih oblik plačevanja izvajalcev.

Prav ta vidik državne koordinacije vpliva tudi na zadnjo ključno značilnost javnih zdravstvenih sistemov, ki smo jo v posplošeni obliki upoštevali pri izvedbi projekta. Gre za **vprišanje agenta** v odnosu med plačnikom in izvajalcem.

Vprašanje agenta je samo delno kritično, če gre za zasebnega izvajalca. V tem primeru lahko domnevamo, da take izvajalce vodi profitni motiv in da želi zasebni izvajalec s stroškovnega vidika poslovati čim bolj učinkovito, z vidika obsega dejavnosti in števila pacientov, ki jih pritegne, pa tudi čim bolj kakovostno. Takšne spodbude profitnega značaja pri zasebnih izvajalcih nastajajo tudi pri neprofitnem poslovanju in plačevanju izvajalcev, saj izvirajo iz **ekstra profitov** in ne iz nadpovprečnih profitov, ki se ustvarijo z neravnotežji na trgu.

Mreža izvajalcev v javnem zdravstvenem sistemu naj bi temeljila na izvajalcih v državni lasti, pri katerih pa je zagotovo aktualno vprašanje, na koga lahko vplivajo spodbude za večjo učinkovitost in kakovost, ki izvirajo iz plačilnega

sistema. Problem nastaja, ker so vsi izvajalci v lasti istega lastnika, to je države, in ker je njihova vloga v mreži izvajalcev javnega zdravstva določena s strani države. Država seveda lahko neposredno vodi svoje izvajalce, vendar v tem primeru ne potrebuje stimulativnih plačilnih instrumentov. Če pa želi izkoristiti te učinke in se umakniti iz neposrednega vodenja izvajalcev, je treba odgovoriti na vprašanje, kdo lahko znotraj javnega izvajalca v večji učinkovitosti in kakovosti vidi tudi uresničevanje svojih zasebnih interesov in deluje kot posameznik v smeri, ki naj bi jo zasledoval javni izvajalec. Takšno vlogo lahko prevzamejo zaposleni, ki ob ustrezni politiki plačevanja in tudi konkurence med izvajalci za bolnike maksimiranje svojih osebnih prejemkov izpeljejo tako, da zahtevajo od izvajalca, pri katerem so zaposleni, večjo učinkovitost in višjo kakovost ter s tem tudi ekstra profit, ki je tudi vir za stimulatивно oblikovanje osebnih prejemkov zaposlenih.

V splošnem okviru javnega zdravstvenega sistema je prostor tudi za **tržno koordiniran zdravstveni sistem**. V tem projektu domnevamo, da je opredeljevanje košarice zdravstvenih dobrin v okviru javnega zdravstvenega sistema hkrati opredeljevanje meje med javnim in tržnim sistemom. Zasebni plačniki zdravstvene dejavnosti v tržnem sistemu oblikujejo cenovno elastično povpraševanje tako, da se lahko na trgu soočijo s ponudbo izvajalcev. Ni nobenih ovir, da se ta ponudba ne bi podrejala profitnemu motivu in da je ne bi sestavljali tako zasebni kot javni izvajalci zdravstvene dejavnosti. Mrežo izvajalcev v tem primeru prevzema klasična tržna koordinacija, država pa mora skrbeti zgolj za pravni red in ohranjanje konkurenčnih odnosov. Seveda pa tržno koordiniran zdravstveni sistem ne uresničuje solidarnosti (vsaj ne v vseh oblikah), čeprav lahko kot komplementarni sistem javnega zdravstvenega sistema bistveno poveča dostopnost in tudi učinkovitost ter kakovost zdravstva v neki državi.

#### **4 Analiza in reforma slovenskega zdravstvenega sistema**

Teoretski okvir javnega zdravstvenega sistema vsebuje rdečo nit od vstopa posameznika v zdravstvo, ki je povezan s solidarnostjo in financiranjem zdravstva, do izvajalcev zdravstvenega varstva, kjer se večinoma odloča o učinkovitosti in kakovosti zdravstva. Na tej poti je tudi smiselno iskati slabosti in odprta vprašanja slovenskega zdravstvenega sistema. Nesporno lahko opredelimo pet ključnih slabosti slovenskega zdravstvenega sistema, pet skupin vzrokov za te

slabosti, pet skupin rešitev za omenjene slabosti in pet področij, ki jih je treba usklajeno obravnavati, da bi dobili uspešen zdravstveni sistem.

#### 4.1 Čakalne vrste, neustrezna kakovost in izgube izvajalcev

Tako že na samem začetku analize slovenskega zdravstva z lahkoto opazimo eno temeljnih **slabosti** slovenskega zdravstva (skica 4), ki se kaže v **čakalnih vrstah**, **neustrezni kakovosti** zdravstvenih dobrin in v **izgubah** tudi povprečno učinkovitih izvajalcev.

Čakalne vrste so sestavni del vsakodnevnega delovanja slovenskega zdravstva in so njegova splošna značilnost, čeprav se pogosteje pojavljajo v povezavi zgolj z nekaterimi zdravstvenimi dobrinami. Številni primeri zdravniških napak, neustreznega odnosa do pacientov in zlasti nezmožnosti ponudbe zahtevnejših zdravstvenih dobrin opozarjajo na problematično kakovost v slovenskem zdravstvu. Prav tako so za slovenske izvajalce značilne tudi izgube, ki nastajajo, četudi jim ne moremo očitati velikega zaostajanja v učinkovitosti. V projektu smo izhajali iz ocene, da bi odprava čakalnih vrst in izgub izvajalcev zdravstvenega varstva v tem trenutku na letni ravni zahtevala dodatnih 90 milijonov evrov (kar ne obsega pokrivanja kumulativnih primanjkljajev za nazaj). Vse projekcije za prihodnja leta pa kažejo, da bi ob nespremenjeni incidenci posameznih bolezni ta znesek radikalno naraščal iz leta v leto.

Ker obstoj omenjenih slabosti slovenskega zdravstva ni sporen, teh slabosti nismo posebej empirično utemeljevali, ampak smo jih povezali v skupino, ker menimo, da so **razlogi za njihov nastanek** enaki v vseh treh primerih. Gre za **pomanjkanje sredstev** za izvajanje zdravstvenega varstva. Čakalne vrste so vedno izraz pomanjkanja določenih zmogljivosti bodisi v obliki osnovnih sredstev ali človeškega faktorja, v nekaterih primerih pa tudi zgolj primanjkljaja sredstev za tekoče financiranje izvajanja ponudbe zdravstvenih dobrin.

Z nobenim urejanjem čakalnih vrst teh vzrokov ni mogoče odpraviti. Kakovost je sicer povezana z organizacijskimi procesi pri izvajalcih, vendar hiter napredek tehnologije v zdravstvu zahteva investicije v najsodobnejšo opremo in izobraževanje zdravstvenega kadra, hkrati pa visoko vključenost slovenskega zdravstva v mednarodno zdravstvo in zlasti mednarodno delitev dela. Potrebe na nekaterih področjih zdravstva v Sloveniji so namreč premajhne, da bi lahko



dosegali optimalne obsege nekaterih zdravstvenih dejavnosti, brez sredstev pa tega ni mogoče zagotoviti. Podobno zahtevajo večji obseg sredstev tudi izgube pri izvajalcih, čeprav se pogosto strinjamo s trditvijo, da bi z boljšim vodenjem izvajalcev lahko zmanjšali izgube, vendar sta obstoječe znanje in sposobnost za vodenje izvajalcev opredeljena predvsem s človeškimi zmogljivostmi. Če upoštevamo obstoječe sposobnosti za vodenje izvajalcev, moramo skleniti, da brez dodatnih sredstev ni mogoče pričakovati radikalnega zmanjšanja izgub izvajalcev.

Skica 4

slabosti	razlogi	rešitev	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• čakalne vrste</li> <li>• neustrezna kakovost</li> <li>• sistematične izgube izvajalcev</li> </ul>	<b>Solidarnost:</b> koordinacija ( <i>dohodek : nakupne odločitve</i> ) je posledično naloga države	<b>Solidarnost:</b> koordinacija ( <i>dohodek : nakupne odločitve</i> ) je posledično naloga države	
	<b>Dohodek:</b> omejeni viri financiranja: prispevki in davki (+ doplačila)	<b>Dohodek:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• omejeni viri financiranja: prispevki</li> <li>• razširitev solidarnosti z odpravo doplačil kot vira</li> </ul>	<b>ZZZS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• usklajuje omejena sredstva z omejeno košarico</li> <li>• upošteva               <ul style="list-style-type: none"> <li>• cene dobrin</li> <li>• obseg potreb</li> <li>• lokacijo potreb</li> </ul> </li> </ul>
	<b>Nakupne odločitve:</b> neomejene potrebe in nakupne odločitve (košarica javnega zdravstva)	<b>Nakupne odločitve:</b> <b>omejene potrebe in nakupne odločitve (košarica A)</b>	
	<b>pomanjkanje sredstev</b>		

Vse tri slabosti so torej posledica pomanjkanja sredstev, kar pa nasploh (ne le v slovenskem zdravstvu) lahko nastaja po eni strani zaradi dejstva, da namenimo premalo sredstev za zdravstvo, po drugi strani pa zaradi značilnosti oblikovanja zdravstvene košarice, financirane iz teh sredstev, torej **univerzalnosti in neomejenosti košarice**. To sta torej lahko temeljna **vzroka za nastanek** te (prve) slabosti v slovenskem zdravstvu.

Tudi v Sloveniji lahko (kot v teoretičnem modelu javnega zdravstvenega sistema) pridobivamo sredstva za zdravstvo s pomočjo obveznega zdravstvenega zavarovanja v obliki prispevkov ali prek davkov iz državnega proračuna. V tem trenutku velika večina sredstev v javni zdravstveni sistem prihaja iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. V projektu domnevamo, da iz obstoječih virov

financiranja javnega zdravstva ni mogoče pridobiti več sredstev, zlasti če sredstva opazujemo relativno glede na njihove virov. Tako menimo, da ni mogoče povečati prispevnih stopenj, saj gre za dejavnik, ki pri nas neposredno odloča o ceni dela, ki pa je v Sloveniji med najvišjimi v Evropi. Že sedanje stanje ogroža konkurenčno moč slovenskih podjetij na mednarodnih trgih zaradi visokih stroškov dela. Prav tako menimo, da ni mogoče uveljaviti dodatnih davkov, s katerimi bi zagotovili nova proračunska (državna) sredstva za financiranje zdravstva, saj bi to dodatno davčno obremenilo gospodarstvo in gospodinjstva ter povečalo stroške države. Sklepamo torej, da iz sedanjih virov financiranja javnega zdravstva v Sloveniji ni mogoče zagotoviti večjega obsega sredstev, če opazujemo sredstva relativno glede na virov financiranja zdravstva.

Za naše razumevanje problema pomanjkanja sredstev za zdravstvo v Sloveniji je od možnosti za povečevanje obstoječih virov financiranja odločilnejša predpostavka, da je ključen vzrok za ta problem v neomejeni košarici zdravstvenih dobrin. Slovenski zdravstveni sistem je oblikovan tako, da naj bi zdravstvo zagotovilo vse zdravstvene dobrine, ki jih potrebuje prebivalstvo v Sloveniji. Načela neomejene košarice javnega zdravstva pa ustvarjajo stanje, pri katerem so na eni strani omejena sredstva za zdravstvo, na drugi strani pa neomejene potrebe po zdravstvenih dobrinah. Takšne razmere lahko vodijo zgolj v pomanjkanje zdravstvenih dobrin, kar se kaže v čakalnih vrstah, nizki kakovosti in izgubah izvajalcev, ki izhajajo iz neustrezno plačanih in tudi neplačanih dobrin, ki jih ti ponujajo.

Problema neomejene košarice javnega zdravstva torej ni mogoče rešiti s povečevanjem sredstev za zdravstvo iz omenjenih virov. Razloga za to sta dva. Takšnega povečevanja gospodarstvo in prebivalstvo ne bi prenesla, prav tako pa se nasproti omejenim sredstvom (ne glede na to, kolikšna so) vedno postavljajo neomejene potrebe. Če tako definiramo problem pomanjkanja sredstev, zlahka vidimo **rešitev**. Ta ne more biti v povečevanju sredstev iz sedanjih virov financiranja javnega zdravstva, ampak zgolj v **omejevanju košarice** dobrin javnega zdravstva na raven, ki jo omogočajo razpoložljiva finančna sredstva.

Naša rešitev je torej, da država z ustrezno davčno politiko regulira obseg finančnih sredstev, ki se zberejo prek obveznega zdravstvenega zavarovanja za zdravstvo, in sicer v skladu s proračunsko politiko, in da hkrati uvede omejeno košarico zdravstvenega varstva. To košarico smo imenovali košarica A.

**Košarica A** je po vrednosti omejena glede na razpoložljiva sredstva, po strukturi pa zajema zdravstvene dobrine, do katerih naj bi imelo prebivalstvo dostop solidarnostno, saj je košarica financirana s solidarno zbranimi sredstvi prek obveznega zdravstvenega zavarovanja. Košarice A ne bi financirali iz drugih virov, kot je sedaj primer s sredstvi prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Predlagamo, da košarica A zajema storitve preventive, urgence, bolnišničnega varstva, dolgotrajne oskrbe in paliativne oskrbe. Prav tako menimo, da bi morala košarica A obsegati dobrine zdravstvenega varstva, po katerih povprašujejo otroci, starostniki in brezposelni in so sicer del druge košarice v okviru naših rešitev, to je košarice B. Skratka, košarica A bi vsem prebivalcem nudila dobrine s področja preventive, urgence, bolnišničnega varstva, dolgotrajne oskrbe in paliativne oskrbe, otrokom, starostnikom in brezposelnim pa bi zagotavljala dostopnost tudi do vseh drugih dobrin javnega zdravstva, ker se ti niso sposobni vključiti v zdravstveno varstvo prek drugih načinov financiranja.

Takšna opredelitev košarice ne izhaja iz medicinskih načel in razumevanja posameznih zdravstvenih dobrin, ampak iz dejstva, da o potrošnji teh zdravstvenih dobrin ne odloča posameznik in je nujnost njihove potrošnje dana v celoti z zdravstvenim stanjem uporabnika, ki ga po strokovnih načelih identificira zdravstvena stroka. V zadnjem letu je za košarico A država prek prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje zagotavljala okoli 2,1 milijarde sredstev. Na takšno vrednost bi torej morala biti omejena tudi vrednost košarice A oziroma vrednost zdravstvenih dobrin v košarici A. Po naši oceni bi v današnjih razmerah ob današnjih cenah lahko zagotovili omenjeno vrsto in količino dobrin iz košarice A tako, da se ne bi pojavljale čakalne vrste, da bi zagotovili ustrezno kakovost tudi v mednarodni delitvi dela tako zagotovljenih dobrin in da bi bili izvajalci plačani neprofitno ob ustreznem doseganju količinskih ciljev njihovega poslovanja.

Ob tem je pomembno poudariti, da bi bila košarica A po eni strani financirana tako, da bi se uveljavljale vse oblike solidarnosti, po drugi strani pa bi bil tudi dostop do košarice A (oziroma dobrin, ki bi bile v košarici A) zagotovljen v skladu z opisanimi načini solidarnosti. Ker košarica A ne bi bila več financirana iz sredstev doplačil, ki jih danes posamezniki krijejo bodisi iz žepa bodisi prek zdravstvenih zavarovalnic, in potrošnja dobrin iz košarice A ne bi bila več pogojena z doplačili, za katera ne velja solidarnostno načelo, bi bila celotna vrednost košarice A dostopna po solidarnostnih načelih.

Uresničevanje košarice A bi bila naloga države. Ministrstvo za zdravje in finančno ministrstvo bi prek vlade in parlamenta odločalo o politiki prispevkov za financiranje zdravstva, in sicer o obsegu sredstev, ki bi bila namenjena za financiranje košarice A. Kot smo ugotovili že v modelu javnega zdravstvenega sistema, pa mora država sredstvom prilagoditi tudi omejeno zdravstveno košarico A. To lahko naredi neposredno, lahko pa za to nalogo pooblasti tudi določeno organizacijo. Takih organizacij je lahko tudi več, toda zaradi nujnosti oblikovanja mreže izvajalcev zdravstvenega varstva, kot smo spoznali v modelu javnega zdravstvenega sistema, je v majhni državi, kot je Slovenija, bolj smiselno imeti le eno tako organizacijo. Ob določeni preobrazbi lahko tako vlogo opravlja kar sedanji **Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije**. Ta bi bil neprofitni državni sklad, katerega temeljna naloga bi bila ugotavljanje potreb zavarovancev po zdravstvenih dobrinah in v skladu s temi potrebami ter obsegom finančnih sredstev za financiranje košarice A tudi njeno opredeljevanje.

Da bi Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije lahko opravljal ti dve nalogi, ki sta po vsebini nalogi države, bi moral sistematično ugotavljati vrsto, obseg in lokacijo potreb po zdravstvenih dobrinah iz košarice A v Sloveniji, določati referenčne cene teh zdravstvenih dobrin in določati obseg zdravstvenih dobrin iz košarice A ter lokacijo njihove ponudbe. Pri tem bi moral upoštevati cene zdravstvenih dobrin, obseg razpoložljivih sredstev v zdravstveni košarici A in lokacijo potreb. S slednjim bi določal tudi dostopnost do zdravstvenih dobrin iz košarice A. Odločitve o košarici A bi sprejemala skupščina Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, sestavljena iz predstavnikov plačnikov prispevkov, v kateri bi imela vlada zgolj funkcijo veta v primeru, da skupščina ne bi upoštevala finančnih omejitev za oblikovanje košarice A. Sicer pa bi bile odločitve skupščine izpeljane iz strokovnih podlag komisije za oblikovanje cen zdravstvenih dobrin in komisije za opredeljevanje strukture košarice A. Za stabilno poslovanje bi moral Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije oblikovati pri sebi tudi ustrezen rezervni sklad. Zavod bi zbiral prispevke od zavarovancev (verjetno enako kot sedaj s pomočjo davčnih služb) in opravljal tudi vlogo plačnika izvajalcev, kar pomeni, da bi bil tudi kupec zdravstvenih dobrin iz košarice A, po katerih bi pred tem povpraševal v odnosu do izvajalcev zdravstvenih dobrin iz košarice A. Opravljal bi torej **koordinacijo med sredstvi in košarico**, ki bi jo v tržnem gospodarstvu oblikovali potrošniki sami, ko bi opredeljevali svoje potrošniško ravnotežje.

## 4.2 Pasivnost zdravstvenih zavarovalnic in okrnjena solidarnost

Že bežen pregled financiranja zdravstva v Sloveniji (ob upoštevanju splošnih značilnosti javnih zdravstvenih sistemov) odkrije **slabost** na področju delovanja zdravstvenih zavarovalnic. V Sloveniji zdravstvene zavarovalnice delujejo skorajda izključno na področju **zavarovanja doplačil** k prispevkom obveznega zdravstvenega zavarovanja (skica 5).

V taki vlogi so zdravstvene zavarovalnice popolnoma **pasivne**, saj ne odločajo o velikosti doplačil in ne morejo posegati v nadzor zdravstvenih izvajalcev, čeprav so ob Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije tudi one plačniki.

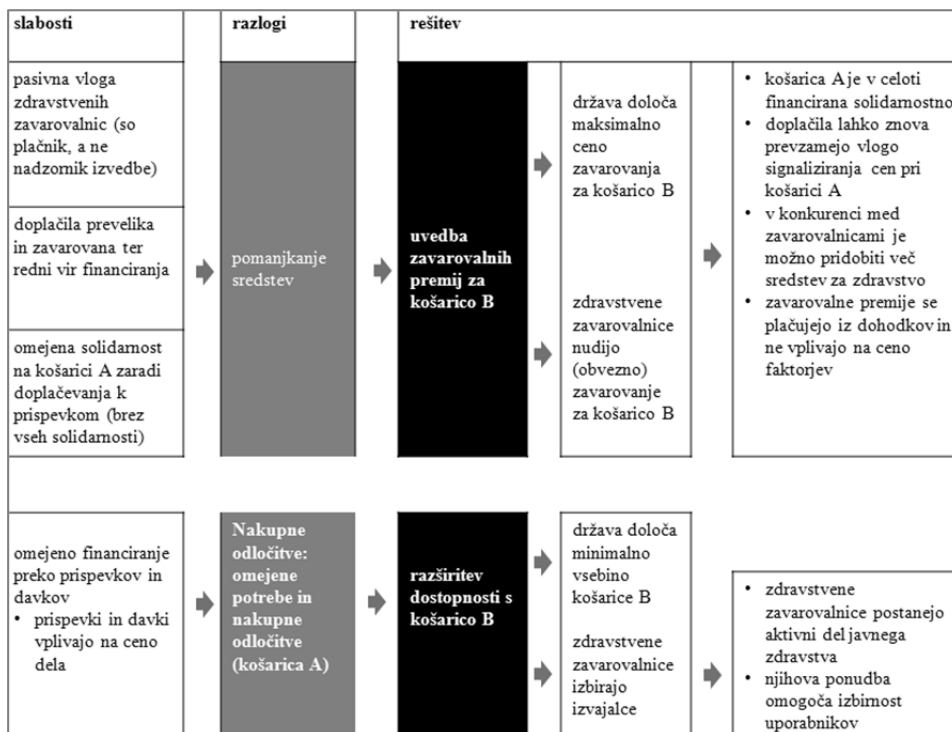
Z zavarovanjem doplačil posegajo tudi na področje uveljavljanja **solidarnosti**, saj je dostop do dela zdravstvenih dobrin v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja pogojen s plačilom doplačil, ki se večinoma opravi prek zdravstvenih zavarovalnic, zavarovalniške premije zdravstvenih zavarovalnic za plačevanje doplačil pa ne uresničujejo vseh vidikov solidarnosti (zlasti dohodkovne solidarnosti). Danes je le okoli 0,8 milijarde evrov zdravstvenih dobrin financirano v celoti po vseh solidarnostnih načelih iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki skupaj predstavlja 2,1 milijarde evrov, dostopnost do preostalih zdravstvenih dobrin iz obveznega zdravstvenega zavarovanja pa je pogojena z doplačili. Umik sedanje oblike doplačil in s tem tudi zdravstvenih zavarovalnic iz financiranja košarice A bi solidarnostni paket povečal z 0,8 milijarde na 2,1 milijarde evrov. V obstoječem zdravstvenem sistemu tako z zavarovanjem doplačil po nepotrebnem zmanjšujemo uveljavljanje solidarnosti, ki je ključna lastnost javnih zdravstvenih sistemov.

Poleg tega pa z zavarovanjem doplačil zdravstvene zavarovalnice izničijo tudi **selektivno vlogo** doplačil kot elementa racionalnega obnašanja potrošnikov v zdravstvenem varstvu. Doplačila so s časom postala po obsegu vse pomembnejša za financiranja zdravstva v Sloveniji in s tem izgubila vlogo, ki jo običajno imajo v zdravstvenih sistemih. Doplačila naj bi potrošnikom signalizirala ceno zdravstvenih dobrin in jih opozarjala, da zdravstvene dobrine kljub proračunskemu financiranju ali financiranju prek obveznega zdravstvenega zavarovanja niso brezplačne. Doplačila pa morajo biti majhna, da ne bi pokvarila učinkov solidarnosti, in ne smejo biti zavarovana, saj zdravstveno zavarovanje prepreči uveljavljanje funkcije signaliziranja z doplačili.

Razumevanje doplačil in zdravstvenega zavarovanja kot slabosti slovenskega zdravstva ter razlogov za neustrezno vlogo doplačil in zdravstvenega zavarovanja omogoča opredeliti tudi temeljne značilnosti možnih **rešitev** na tem področju.

Predlagani **umik zdravstvenih zavarovalnic** s financiranja košarice A odpravlja nepotrebno omejevanje solidarnosti v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja, hkrati pa omogoča, da zdravstvene zavarovalnice dobijo **ново vlogo** v slovenskem zdravstvenem sistemu. Pri opredeljevanju nove vloge v slovenskem zdravstvenem sistemu pa nismo izhajali zgolj iz problemov nepotrebne omejevanja solidarnosti in sporne vloge doplačil kot spodbud za racionalno obnašanje uporabnikov, ampak smo upoštevati tudi posledice reševanja prve slabosti slovenskega zdravstvenega sistema s pomočjo košarice A.

**Skica 5**



Košarica A zajema omejen nabor zdravstvenih dobrin. V projektu smo menili, da tak nabor še zdaleč ne zagotavlja takšne **dostopnosti do zdravstvenih dobrin**

vsem prebivalcev, da bi lahko govorili, kako slovenski zdravstveni sistem v primeru uveljavljanja košarice A maksimalno prispeva k zdravstvenemu stanju prebivalstva. Pri oblikovanju košarice A smo namreč upoštevali načelo, da z njo v slovenskem zdravstvu ponudimo več zdravstvenih dobrin tistim, ki zdravje potrebujejo, torej ne vsem in ne vseh zdravstvenih dobrin, ki jih posameznik lahko potrebuje. Nabor zdravstvenih dobrin v košarici A smo torej omejili in definirali z neodvisnostjo nastanka povpraševanja po zdravstvenih dobrinah od nezdravstvenih dejavnikov pri uporabniku. Toda ob tem obstajajo številne zdravstvene dobrine, o potrošnji katerih lahko odloča posameznik, in sicer tako, da ob nastanku potrebe po zdravstveni dobrini upošteva tudi vplive nezdravstvenih dejavnikov. Za te dobrine je sicer značilno, da je treba posamezniku zagotoviti dostop do njih, če povpraševanje po teh dobrinah izraža objektivno zdravstveno stanje posameznika, a povpraševanje po teh dobrinah nastane posredno ali neposredno z odločitvijo posameznika in v številnih primerih tudi, ko pri posamezniku ne obstaja objektivna potreba po teh dobrinah.

Omejevanje košarice A tako logično pripelje (ob upoštevanju načel javnega zdravstvenega sistema) do opredelitve dodatne košarice, ki smo jo imenovali **košarica B**. Vanjo je smiselno uvrstiti primarno zdravstveno varstvo brez urgence, zunajbolnišnično zobozdravstvo, specialistične preglede, ki ne nastanejo z napotitvijo iz bolnišničnega varstva, rehabilitacije, ki niso posledica bolezni, transport, ki ni del bolnišničnega in urgentnega zdravljenja, farmacevtske proizvode in medicinsko-tehnične pripomočke, ki niso del urgentnega in bolnišničnega zdravljenja, porodništvo in babiško nego, zdraviliško zdravljenje in delno tudi zdravljenje v tujini, če to z mednarodno delitvijo dela ni zajeto v košarici A.

Tako smo definirali košarico B kot posledico dejstva, da košarica A ne more zajeti vseh dobrin zdravstvenega varstva, ki naj bi bile dostopne posamezniku, saj so sredstva, zbrana z obveznim zdravstvenim zavarovanjem, omejena in jih v sedanjih razmerah v Sloveniji glede na njihov izvor ni mogoče povečevati. Ker je dostopnost do zdravstvenih dobrin iz košarice B pogoj, da ponudimo posamezniku vse tiste dobrine, ki lahko zagotavljajo maksimalno zdravstveno stanje pri prebivalstvu, in ker država določa košarico A, mora tudi košarico B po obsegu in strukturi prek ministrstva za zdravstvo in ob upoštevanju košarice A določati država. Z vidika države je dovolj, da določimo **minimalni obseg**

košarice B in **maksimalno ceno**, s katero bi posamezniku zagotovili dostop do košarice B. Tudi **košarico B torej določa država**.

Uvedba košarice B tako omogoča vsaj delno odpravljanje glavnih slabosti našega zdravstvenega sistema na področju obveznega zdravstvenega zavarovanja oziroma košarice A, to je neuskklajenost med sredstvi zanjo in obsegom košarice A. Poleg tega pa lahko država pri financiranju košarice A z umikom zavarovanja doplačil znova regulira vstop posameznika v zdravstvo s pomočjo **nadomestil in odbitkov**. Ker nadomestila izgubijo nalogo rednega financiranja obveznega zdravstvenega zavarovanja, postanejo v resnici manjša, zato so lahko tudi nezavarovana. Tako dobi financiranje in izvedba košarice A vse značilnosti financiranja v javnih zdravstvenih sistemih, vključno s korekcijskimi mehanizmi, kot so nadomestila in odbitki, ki vplivajo na racionalen odnos uporabnikov do zdravstvenih dobrin iz košarice A.

Uvedbo košarice B torej lahko utemeljimo z omejevanjem košarice A, hkrati pa tudi z razpoložljivimi **viri financiranja zdravstvenega varstva** v Sloveniji. Ena ključnih domnev v projektu je, da ni mogoče povečevati prispevnih stopenj in uvajati novih davkov, s katerimi bi zagotovili večji obseg sredstev za potrebe financiranja javnega zdravstva. Če ni mogoče povečati dosedanjih virov za financiranje javnega zdravstva v Sloveniji, če s temi sredstvi ni mogoče zagotoviti ustrezne količine zdravstvenih dobrin in če za to potrebujemo košarico B, se postavi vprašanje, od kod pridobiti vire za financiranje košarice B.

Slabost financiranja s pomočjo prispevkov in davkov je, da povečuje stroške produkcijskih dejavnikov, saj tako prispevki kot večina davkov vstopajo v produkcijski proces v povezavi s **cenami produkcijskih dejavnikov** in povečujejo njihove cene. Jasno je torej, da iskanja novih virov financiranja za potrebe financiranja košarice B ni mogoče povezovati z dodatnimi davčnimi obremenitvami cen produkcijskih dejavnikov. Viri sredstev, ki ne povečujejo stroškov produkcije in ne zmanjšujejo konkurenčnosti slovenskega gospodarstva, so potem le v dohodkih, ki nastanejo na koncu produkcijskega procesa. Vir sredstev za košarico B mora biti torej po kakovosti podoben drugim oblikam **odhodkov iz dohodkov** gospodarskih subjektov, še zlasti gospodinjestev. Takšen vir so tudi premije, ki jih plačujemo za zavarovanje. Zavarovalne premije niso povezane s ceno produkcijskega dejavnika in so del odhodkov gospodinjestev, zato povečanje premij ne vpliva na stroške proizvodnje, prerazdeljuje pa



potrošnjo gospodinjestev v korist zdravstvenih zavarovanj in v škodo drugih namenov potrošnje.

Prav takšne premije danes že obstajajo v slovenskem zdravstvenem zavarovanju. V projektu smo zaradi obstoja teh premij, zaradi obstoja tudi ustreznih zdravstvenih zavarovalnic in zaradi potreb pri financiranju košarice B sklenili, da je treba za uresničitev košarice B ustrezno aktivirati zdravstvene zavarovalnice, ki lahko prek premij pridobivajo sredstva za financiranje košarice B. V tem primeru mora košarica B postati **temeljni zavarovalniški proizvod** slovenskih zdravstvenih zavarovalnic. To bi bil prvi korak k odpravi pasivne vloge slovenskih zdravstvenih zavarovalnic, ki je ena od slabosti slovenskega zdravstvenega sistema. Zdravstvene zavarovalnice bi opravljale tudi **koordinacijo med sredstvi in dobrinami**, do katerih naj bi zavarovanci dobili dostop z zavarovanjem za košarico B.

Premije zdravstvenega zavarovanja imajo nasploh (še zlasti pa pri opisani rešitvi) določene značilnosti. Zavarovanje za potrebe košarice B in plačilo ustreznih premij morata biti s strani države **obvezna**, sicer država ni več tisti subjekt v zdravstvenem sistemu, ki zagotavlja nabor zdravstvenih dobrin, potrebnih za maksimiranje zdravstvenega stanja prebivalstva. Tako postanejo premije za zdravstveno zavarovanje podobne premijam obveznega avtomobilskega zavarovanja. Tudi te premije ne povzročajo stroškov produkcijskih dejavnikov in so del potrošnje gospodinjestev, a jih regulira država.

Druga značilnost premij je, da ne uveljavljajo vseh oblik **solidarnosti**, zlasti to velja za dohodkovno solidarnost. Da bi premije lahko uveljavljale dohodkovno solidarnost, bi morala biti njihova višina za posameznika povezana z višino njegovih dohodkov. Tako bi z dohodkovno solidarnostjo nastala povezava med ceno produkcijskega dejavnika dela in plačilom premije, kar bi plačilo premije spreminjalo v strošek produkcijskega dejavnika. Vendar načela zavarovalniškega poslovanja, pri katerih pride do izravnavanja tveganja, ohranjajo druge oblike solidarnosti. V tem primeru lahko ob enotni ceni zavarovalniške premije za košarico B še vedno zagotovimo solidarnost glede na zdravstveno stanje posameznika, njegovo starost, spol in mesto bivanja. Te oblike solidarnosti se dopolnjujejo s solidarnostmi, ki jih ponuja že košarica A, seveda pa je treba pridobivanje sredstev za financiranje košarice B organizirati na zavarovalniški način.

### 4.3 Neustrezna mreža javnega zdravstva in ponudba zdravstvenih dobrin

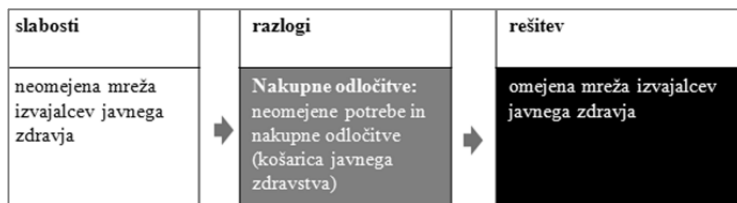
Če upoštevamo splošno shemo javnih zdravstvenih sistemov in tudi opisane slabosti, vzroke zanje in rešitve, ki jih zanje opredeljujemo v tem projektu, odkrijemo tretje kritično področje oziroma **slabost** v obstoječem zdravstvenem sistemu v Sloveniji. To je področje oblikovanja ponudbe izvajalcev nasploh in še posebno mreže javnega zdravstva v Sloveniji.

Neomejena košarica dobrin, financirana iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zahteva tudi neomejene zmogljivosti izvajalcev ali na kratko neomejeno mrežo javnega zdravstva. Pomanjkanje določenih zmogljivosti, osnovnih sredstev in delovne sile, odsotnost izvajalcev na določenih območjih in regijah, vprašanje povezovanja bolnišnic, kot je bil primer povezovanja porodnišnic, vprašanja obstoja določenih izvajalcev, uvedba urgentne mreže v Sloveniji ob razvitem primarnem zdravstvenem varstvu, stihijsko usmerjanje uporabnikov k določenim izvajalcem zdravstvenega varstva, kot je UKC Ljubljana, ukinjanje nekaterih izvajalcev, ki so zagotavljali dostopnost zdravstvenega varstva, a niso bili učinkoviti, odsotnost določenega tipa izvajalcev, kot so izvajalci dolgotrajne oskrbe, negovalne bolnišnice in izvajalci paliativne oskrbe, kažejo na to, da se problemi neomejene košarice, financirane iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, prenašajo tudi v **probleme mreže izvajalcev** javnega zdravstva. Z vidika modela javnega zdravstvenega sistema gre za problem **koordinacije med plačniki in izvajalci**, s košarico B pa se ta koordinacija razširi tudi na odnos med zdravstvenimi zavarovalnicami kot plačniki in izvajalci.

**Vzrok za problem mreže** je neposredno povezan z neomejeno košarico zdravstvenih dobrin, financiranih iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Omejevanje te košarice, kot ga predlagamo v projektu, vodi tudi do potrebe po omejevanju mreže izvajalcev za košarico A, kar pa zahteva poseben tip regulacije take mreže (skica 6). Ker smo problem omejevanja košarice A reševali tudi z uvajanjem košarice B, se z vidika oblikovanja ponudbe zdravstvenih dobrin v državi odpira tudi vprašanje oblikovanja ponudbe izvajalcev za košarico B. Različni viri financiranja košarice A in košarice B in zlasti različen nabor zdravstvenih dobrin v obeh košaricah zahtevajo tudi zelo različno oblikovanje ponudbe zdravstvenih dobrin, pri čemer sodita obe obliki v teoretskem modelu

javnih zdravstvenih sistemov na področje koordinacije med plačnikom in izvajalci.

## Skica 6



### 4.3.1 Odnos med plačnikom in izvajalci košarice A

Pri oblikovanju **košarice A** smo namreč domnevali, da obseg sredstev za to košarico nastaja z odločitvijo države kot delom oblikovanja splošne proračunske politike, strukturo in nabor dobrin znotraj te košarice pa ob omejenih sredstvih določa Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Pri tem mora upoštevati potrebe, lokacijo teh potreb in cene zdravstvenih storitev, sicer ne more določiti obsega zdravstvenih dobrin, ki jih je kot plačnik sposoben kupiti. Košarica A je oblikovana tako, da predpostavlja tako imenovane referenčne cene, torej cene, ki jih priznava Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije izvajalcem, zavod pa pri teh cenah povprašuje po določenih količinah zdravstvenih dobrin. Povpraševanje Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ki pri košarici A prevzame vlogo **plačnika**, je cenovno neelastično, kar pomeni, da zavod povprašuje po določenih količinah zdravstvenih dobrin iz nabora košarice A na bolj ali manj točno določenih lokacijah znotraj države. Če bi obstajala cenovna elastičnost, bi razkorak med povpraševanjem zavoda in ponudbo izvajalcev lahko odpravljale cene. A ker takšne elastičnosti ne moremo domnevati, mora nastajati ponudba zdravstvenih dobrin, pri kateri izvajalci ponudijo natančno tiste količine zdravstvenih dobrin, ki sestavljajo košarico A, in sicer na lokacijah, ki jih opredeljuje plačnik, in po cenah, ki jih priznava plačnik, da bi bila košarica A uresničena.

Ker gre pri sredstvih za košarico A za kolektivno obliko potrošnje sredstev, ki jih država zbira prisilno prek obveznega zdravstvenega zavarovanja, je razumljivo,

da morajo biti cene postavljene na raven, ki vsaj z vidika plačnika zagotavlja neprofitno poslovanje. **Izvajalci** zdravstvenega varstva, ki bi lahko zagotovili ustrezno ponudbo zdravstvenih dobrin za košarico A, morajo biti torej neprofitni, njihovo delovanje mora biti podrejeno količinskim ciljem, sodelovanje v takšni ponudbi pa mora biti dovolj stabilno, da je ponudba zdravstvenih dobrin iz nabora košarice A na voljo vedno in na vseh mestih, kjer jo pričakuje tudi plačnik. Omenjene zahteve po našem mnenju omogočajo sodelovanje pri oblikovanju takšne ponudbe tako zasebnim kot državnim oziroma javnim izvajalcem zdravstvenega varstva. Ko se po opisanih načelih oblikuje takšen nabor izvajalcev, menimo, da nastane **mreža javnega zdravstva**, ki je povezana z uresničevanjem košarice A, financirane iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Vendar domnevamo, da sodelovanje zasebnih in državnih izvajalcev v omenjeni mreži ni enako. **Zasebni izvajalci** kljub neprofitnemu poslovanju svoj vstop v mrežo ali izstop iz nje (tudi način delovanja v njej) regulirajo glede na profitni motiv. Neprofitni način delovanja izvajalcev še ne odpravlja profitnega motiva pri zasebnolastniških izvajalcih. Tako je možno, da zasebni izvajalec ne najde dovolj spodbud za sodelovanje v taki mreži, prav tako pa mu nihče ne more preprečiti, da bi izstopil iz mreže celo v razmerah, ki so z vidika družbe ključne za oblikovanje ustrezne ponudbe zdravstvenih dobrin v okviru košarice A.

Razumljivo je, da bi morala biti hrbtenica mreže sestavljena iz **javnih izvajalcev**, ki jih država kot lastnik lahko prisili k neprofitnemu načinu poslovanja, doseganju količinskih ciljev in stalnosti poslovanja znotraj mreže. Verjetno je smiselno domnevati, da bi javni izvajalci morali pokrivati zlasti urgentne centre in večinski del bolnišničnega varstva zlasti v primerih, ko je to povezano s terciarno dejavnostjo. Načelo dostopnosti bi v številnih primerih favoriziralo zasebne izvajalce, ki so tudi zaradi zasebne oblike lastnine po obsegu dejavnosti lahko manjši in zato locirani bližje uporabnikom, v nekaterih primerih pa lahko z dodatnimi storitvami zagotavljajo bolniku bolj prilagojeno zdravstveno varstvo.

Če upoštevamo tudi teoretične iztočnice javnih zdravstvenih sistemov, se pojavlja vprašanje, kdo naj oblikuje mrežo izvajalcev za košarico A, ki se financira iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, torej vprašanje, kdo naj bo **subjekt oblikovanja** mreže javnega zdravstva.

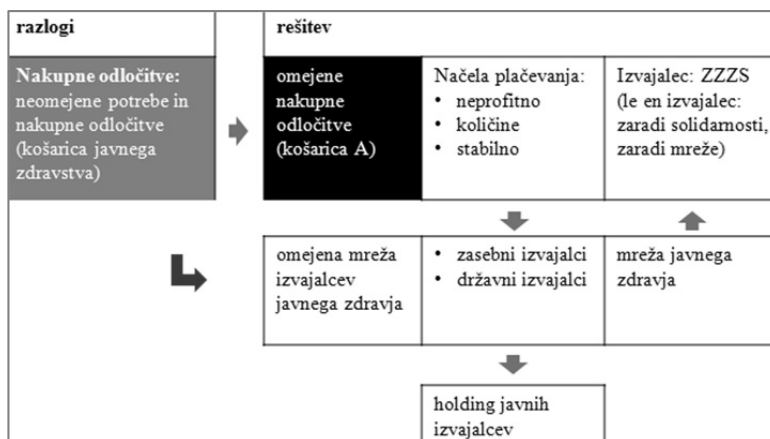
Pri odgovoru na to vprašanje moramo upoštevati sklep, da mora mreža košarice A temeljiti na državnih izvajalcih zdravstvenega varstva, ki jih mora ustanavljati, upravljati, ukinjati in privatizirati vlada oziroma ministrstvo za zdravstvo. Za ta namen mora imeti ustrezne strokovne službe, smiselna pa bi bila tudi organizacija ustreznega **oddelka za upravljanje javnih izvajalcev** v slovenskem zdravstvu, ki bi igral vlogo holdinškega vrha izvajalcev v državni lasti pri izvedbi košarice A. Hrbtenico mreže za košarico A bi tako postavljala država, in sicer s pomočjo zahtev Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ki oblikuje nabor, strukturo in lokacijo zdravstvenih dobrin iz košarice A.

Osnova mreže za izvedbo košarice A bi torej nastala z odločitvijo države v sodelovanju z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije kot plačnikom. Ker z javnimi izvajalci ne bi bila vzpostavljena mreža za košarico A v celoti, saj bi to mrežo sestavljali tudi zasebni izvajalci, bi dopolnilno oblikovanje mreže z zasebnimi izvajalci lahko bila vloga samega plačnika, to je Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Verjetno bi bilo smiselno pričakovati, da bi plačnik, ki postavlja tudi pogoje sodelovanja v mreži, izbral zasebne izvajalce v mreži košarice A. Ker menimo, da je oblikovanje mreže izvajalcev košarice A nujnost, je tudi razumljivo, da zagovarjamo le enega plačnika košarice A, to je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Več plačnikov bi le s težavo našlo način, primeren za oblikovanje ene same mreže izvajalcev košarice A (skica 7).

Država bi pri oblikovanju te mreže z državnimi izvajalci lahko dosegala tudi cilje, ki ne izhajajo iz samega oblikovanja košarice A. Če bi želela doseči boljše dostopnost do zdravstvenega varstva in bi pri tem določila optimalno velikost izvajalcev tako, da bi ti pri normalnem financiranju s strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije imeli izgube, bi morala takšne izgube pokrivati država.

Plačnik bi v takem sistemu izvajal tudi **nadzor** tako nad javnimi kot zasebnimi izvajalci, saj bi postavljaj količinske, kakovostne in cenovne standarde za njihovo poslovanje. Seveda gre v tem primeru zgolj za tisti del nadzora, ki se nanaša na obveznosti, ki izhajajo iz uresničevanja košarice A.

## Skica 7



Plačnik bi bil skupaj z oddelkom za upravljanje javnih izvajalcev tudi odgovoren za to, da bi izvajalci v mreži delovali tako, da ne bi izkoriščali **monopolnega položaja**, ki lahko v takšni mreži nastaja še zlasti v obliki geografskega monopola, in da bi izkoriščali družbene učinke, ki nastanejo iz **eksternalij** delovanja izvajalcev v takšni mreži in iz pojavljanja **javnih dobrin** v okviru ponudbe zdravstvenih dobrin v mreži za košarico A. Pri tem sklepu upoštevamo sicer teoretsko spoznanje, da v teh primerih profitni motiv ne vodi do količin ponudbe, ki bi zagotavljale učinkovita stanja v družbi, in da se je mogoče takim učinkovitim stanjem približati z uresničevanjem količinskih ciljev poslovanja pri izvajalcih.

### 4.3.2 Odnos med plačnikom in izvajalci košarice B

Oblikovanje ponudbe za **košarico B** teče po drugačnih načelih kot za košarico A (skica 8). Razlike med oblikovanjem ponudbe za košarico A in za košarico B izvirajo iz treh rešitev do sedaj obravnavanih slabosti slovenskega zdravstvenega sistema, ki v vseh treh primerih utemeljujejo povečano vlogo zdravstvenih zavarovalnic. Ključno za razumevanje vseh treh primerov pa je, da se zavedamo, da lahko le zdravstvene zavarovalnice izbirajo izvajalce za košarico B.

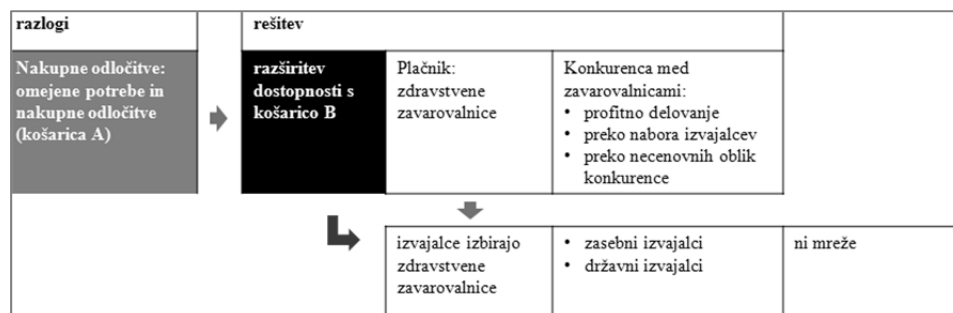
**Prvič**, povpraševanje s strani uporabnikov se oblikuje drugače kot pri košarici A. Čeprav smo zahtevali obvezno zdravstveno zavarovanje za košarico B, je

povpraševanje posameznih uporabnikov v tem primeru soočeno s ponudbo večjega števila zdravstvenih zavarovalnic in s konkurenco med njimi. V primeru košarice A plačnika, to je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, opredeljuje že sam način določanja solidarnosti znotraj zdravstvenega sistema, v primeru košarice B pa lahko uporabniki povprašujejo po različnih zdravstvenih zavarovanjih za košarico B. Ta se sicer ne razlikujejo glede na nabor dobrin znotraj košarice B, se pa razlikujejo glede na konkurenčno dejavnost zavarovalnic z vidika nabora izvajalcev, ki jih posamezna zavarovalnica ponuja uporabnikom, in z vidika dodatne ponudbe zdravstvenih in nezdravstvenih dobrin, ki jih zavarovalnice kot del necenovne konkurence ponujajo uporabnikom. Tako nastaja **konkurenca med zdravstvenimi zavarovalnicami**, za katero je nesporno pomembno tudi število zdravstvenih zavarovalnic, ki so v različni lasti. Ta konkurenca se prenaša tudi v nabor dobrin, ki jih zdravstvene zavarovalnice v okviru svojih zavarovalniških proizvodov ponujajo, in zlasti v nabor izvajalcev zdravstvene dejavnosti, ki jih ponuja posamezna zdravstvena zavarovalnica. Domnevamo namreč, da izvajalce za košarico B določajo zdravstvene zavarovalnice. Izbor čim bolj kakovostnih, uveljavljenih, mednarodno povezanih izvajalcev s širšim in modernejšim naborom storitev ter proizvodov, ki jih lahko ponudijo, krepi konkurenčni položaj zdravstvenih zavarovalnic glede na druge zdravstvene zavarovalnice in omogoča privlačnejšo ponudbo zdravstvenih zavarovalnic uporabnikom.

Čeprav država določa maksimalno premijo za košarico B, so zdravstvene zavarovalnice pri povpraševanju po ponudbi izvajalcev cenovno elastične in izbirajo tiste izvajalce, ki lahko določeno kakovost zdravstvenih dobrin ponujajo po čim nižjih cenah. To omogoča ne le oblikovanje dobičkov zavarovalnic, ampak tudi financiranje dodatnih storitev, ki jih ob košarici B zaradi konkurenčnih namenov lahko ponujajo zavarovancem. Zdravstvene zavarovalnice v takem primeru **ne tvorijo mreže izvajalcev**, ki bi pokrivala celoten teritorij države, in se lahko usmerjajo tudi na območja, na katerih imajo zavarovalnice določeno prednost. Tako tudi ob večjem številu zavarovalnic ni pričakovati stabilne mreže izvajalcev za košarico B, je pa smiselno pričakovati, da bodo zavarovanci v vsakem primeru imeli dostop do dobrin iz nabora košarice B in da bo ponudba teh dobrin locirana tam, kjer so večinoma locirani tudi uporabniki teh dobrin oziroma zavarovanci določene zdravstvene zavarovalnice.

**Drugič**, za razumevanje opisane oblike koordinacije dejavnosti zdravstvenih zavarovalnic v povezavi s košarico B je zlasti pomembno, da razumemo načela, ki smo jih uporabili pri oblikovanju košaric A in B. V njih je skrita druga iztočnica za oblikovanje ponudbe za košarico B. V košarico B smo namreč uvrstili tiste zdravstvene dobrine, ki so za zdravstveno stanje prebivalstva še vedno ključne, a o njihovi porabi odloča posameznik in mu ni vsiljena (vsaj ne v celoti) z zdravstvenim stanjem ali mnenjem zdravstvenega osebja. V tem opisu je zajet tudi razlog, zakaj obveznega zdravstvenega zavarovanja v obliki premij za košarico B ni mogoče prepustiti Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Gre za **povečanje izbirnosti za uporabnike**, ko se ti odločajo o izražanju potreb po zdravstvenem varstvu. Če želimo doseči stanje, da bi uporabniki lahko izbirali med zdravstvenimi dobrinami in izvajalci zdravstvenih dobrin, ne moremo imeti v zdravstvu le enega plačnika, kot bi bil Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, saj bi ta ponujal le en nabor zdravstvenih izvajalcev in s tem tudi zdravstvenih dobrin. Takšno stanje lahko uresničimo zgolj tako, da ohranimo izbirnost tudi v odnosu uporabnika do plačnika, kar pa omogoča le večje število zdravstvenih zavarovalnic in ne en sam plačnik – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

### Skica 8



**Tretjič**, iztočnica za oblikovanje ponudbe za košarico B pa je tudi odločitev o omejenosti košarice A. V našem projektu smo domnevali, da je omejenost košarice A nujna za rešitev enega temeljnih problemov slovenskega zdravstvenega sistema, a smo hkrati sklenili, da omejenost košarice A zahteva tudi košarico B. Seveda tudi **košarica B ni neomejena** košarica. Domnevali smo, da jo lahko določijo zgolj država (ministrstvo za zdravje) in njene službe, a mora



biti omejena, da se zanjo lahko določi maksimalna cena in da lahko (kot nabor zdravstvenih storitev) njeno financiranje tudi spremenimo v zavarovalniški proizvod. S širitvijo košarice B in povečevanjem ustrezne zavarovalniške premije za to košarico sicer ne povečujemo stroškov produkcijskih dejavnikov in ne znižujemo konkurenčnosti slovenskega gospodarstva, a prerazdeljujemo potrošnjo slovenskih gospodinjev v korist zdravstva. Zaradi navedenega je tudi košarica B omejena košarica.

Ker košarico B financirajo zdravstvene zavarovalnice z interesom, da bi čim bolj povečale obseg svoje dejavnosti ter število zavarovanih oseb, poskušajo izkoristiti svoje konkurenčne prednosti. V projektu domnevamo, da lahko te konkurenčne prednosti izvirajo iz nabora izvajalcev in iz dodatnih zdravstvenih dobrin, ki jih v okviru košarice B ponujajo zdravstvene zavarovalnice. Takšna ponudba lahko nastane tako, da zdravstvene zavarovalnice ob enaki ceni povečajo nabor storitev v košarici B, ali tako, da ob maksimalni ceni košarice B in predpisanem minimalnem naboru zdravstvenih dobrin v košarici B ponudijo dodatne storitve, ki so za zavarovanca za košarico B pri določeni zdravstveni zavarovalnici bolj privlačne, in sicer bodisi z vidika kakovosti bodisi z vidika cene.

Tako konkurenca med zdravstvenimi zavarovalnicami ustvarja tudi možnost, da se **obseg sredstev**, ki je opredeljen za financiranje košaric A in B, povečuje in s tem zagotovi skupno več sredstev za zdravstvo, kar omogoči tudi bolj kakovostno, dostopnejše in vsaj z določenega vidika tudi bolj solidarnostno zdravstvo.

Trije razlogi za uvajanje zdravstvenih zavarovalnic v novo vlogo pri financiranju košarice B lahko učinkujejo zgolj v primeru, da zdravstvene zavarovalnice delujejo na zasebnolastniških osnovah ob **maksimiranju profita**. Prednosti njihovega delovanja nastajajo same po sebi, če zdravstvene zavarovalnice maksimirajo profit. Vendar, če je maksimalna cena premije za zavarovanje za košarico B določena na stroškovni ravni, lahko zavarovalnice uresničujejo profit samo tako, da povečujejo število zavarovancev, znižujejo stroške izvajalcev in ustvarjajo dodatne prihodke s ponudbo dodatnih zdravstvenih in nezdravstvenih dobrin, kar pa kljub maksimiranju profita vodi do neprofitnega poslovanja zdravstvenih zavarovalnic.

Med zdravstvenimi zavarovalnicami pri zavarovanju košarice B je sicer možno uveljaviti tudi **izravnalne sheme**, a v projektu menimo, da so takšne sheme nepotrebne, saj je razporejanje zavarovancev med zavarovalnicami slučajno in sledi konkurenčnim načelom.

Opisani način delovanja bi zdravstvene zavarovalnice, ki danes že obstajajo, lahko prevzele že ob določeni transformaciji svojega delovanja. Seveda bi morali zagotoviti, da zavarovalnice, ki bi želele delovati na področju zdravstvenega zavarovanja, **obvezno ponujajo zavarovanje** za košarico B in da so **dolžne zavarovati vsakega posameznika**, ki izrazi to željo, ne glede na njegove značilnosti. Prav tako bi zavarovalnicam morali dovoliti oblikovanje ustrezne **trženjske politike**, še zlasti ker bi bila necenovna konkurenca večinoma tisti dejavnik, ki bi uveljavil novo vlogo zdravstvenih zavarovalnic pri nas. Zavarovalnice bi lahko **investirale** tudi v izvajalce in vstopale v javno-zasebna partnerstva, saj smo dejali, da je izbor ustreznih izvajalcev ključen za njihov konkurenčni položaj. Investiranje v izvajalce bi dalo zavarovalnicam tudi možnost, da bi izboljšale kakovost izvajalcev in ustvarile nove izvajalce, če bi bilo to z vidika trga smiselno. Nobenega razloga ni, da ne bi bili **izvajalci košarice B** tako javni kot zasebni, **način plačevanja** pa bi lahko bil enak kot pri plačevanju izvajalcev za košarico A. Prav tako bi **nadzor nad izvajalci** za košarico B pripadal zdravstvenim zavarovalnicam.

V skladu z iztočnico, da zaradi slabosti slovenskega zdravstva ne ukinjamo zdravstvenih zavarovalnic, ampak jih izpostavimo in jim dajemo večjo vlogo, je tudi predlog, da dovolimo **poseganje zdravstvenih zavarovalnic na področje gospodarjenja s košarico A**. Tako menimo, da je smiselno omogočiti, da bi zdravstvene zavarovalnice zavarovale tudi za potrebe dostopa do košarice A. Takšna možnost naj bi bila dovoljena, kadar določen delodajalec, ki v obstoječem sistemu plačuje prispevke v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja, plačevanje teh prispevkov zamenja s posebnim zavarovanjem pri zdravstvenih zavarovalnicah. V tem primeru preneha plačevati prispevke Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije in plačuje zavarovalno premijo zdravstveni zavarovalnici, pri čemer pa mora biti zdravstvena zavarovalnica sposobna iz premijskih prihodkov zagotoviti Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije enak znesek, kot ga je pred tem zavod pridobil iz naslova plačevanja prispevkov delodajalca, ki je izstopil iz sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije na ta način ne bi izgubil sredstev,

načrtovanih v okviru plačevanja s pomočjo prispevkov obveznega zdravstvenega zavarovanja.

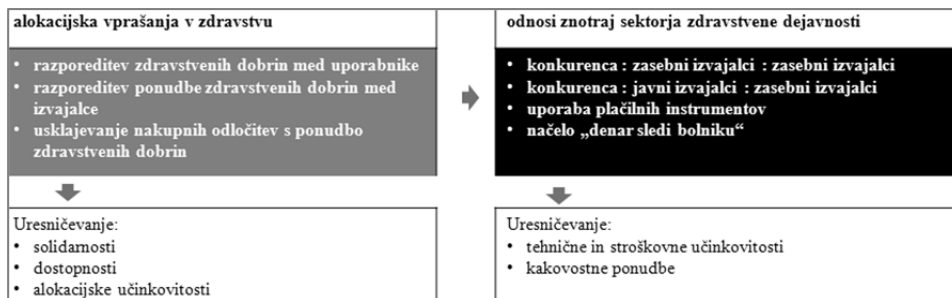
Prednost takšnega izstopa določenega delodajalca iz sistema plačevanja prispevkov iz obveznega zdravstvenega zavarovanja bi bila dvojna. Zdravstvena zavarovalnica bi se lahko z delodajalcem dogovorila o drugačnih načinih plačevanja premij, kot delodajalec plačuje prispevke Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije, poleg tega pa bi zdravstvena zavarovalnica prevzela tudi nadzor nad izvajalci in njihovo organiziranost. Tako bi lahko delodajalec plačeval premije po drugačnem tipu solidarnosti, s pomočjo socialne kapice, iz profita delodajalca in podobno. Zdravstvena zavarovalnica bi organizirala in nadzirala zlasti tiste izvajalce, ki so bolj vezani na delovanje določenega delodajalca. Gre predvsem za izvajalce na področju urgence, bolnišničnega varstva in dolgotrajne oskrbe. Financiranje zdravstvene dejavnosti bi se v tem primeru lahko povezalo s financiranjem pokojninskega varstva.

#### **4.4 Neustrezna organiziranost javnih izvajalcev in odsotnost spodbud za njihovo uspešno in učinkovito delovanje**

Omejevanje košarice A, uvajanje košarice B, vloga Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije in vloga zdravstvenih zavarovalnic kot plačnikov in kot organizatorjev ponudbe zdravstvenih izvajalcev, vprašanje mreže in odnosa med javnimi in zasebni izvajalci so vprašanja koordinacije zdravstvene dejavnosti. Ekonomsko posegajo na področje **alokacijskih vprašanj** in odločajo o alokacijski učinkovitosti zdravstva. Ta se nanaša na ustrezno (a) distribucijo zdravstvenih dobrin med uporabniki, (b) na ustrezno distribucijo ponudbe zdravstvenih dobrin med zdravstvenimi izvajalci in (c) na usklajenost med strukturo povpraševanja po zdravstvenih dobrinah tako s strani košarice A kot s strani košarice B in ustrezno ponudbo zdravstvenih dobrin za ti dve košarici (skica 9).

Ta vprašanja sama po sebi ne rešujejo **vprašanja učinkovitosti** (tehnične in stroškovne) izvajalcev zdravstvenega varstva in tudi vprašanje kakovosti njihove ponudbe ostaja pri tem nerešeno. Rešitve, ki smo jih omenili do sedaj, se tako v glavnem nanašajo na probleme solidarnosti in dostopnosti zdravstvenega varstva, ne pa tudi kakovosti in učinkovitosti.

## Skica 9



V tržnih odnosih **konkurenca med ponudniki** znotraj določenega sektorja sili ponudnike k čim bolj kakovostni ponudbi in učinkovitemu organiziranju proizvodnje. V razmerah javnih zdravstvenih sistemov pa je konkurenca omejena, kar velja zlasti za izvajalce znotraj mreže javnega zdravstva. Če profitni motiv spodbuja zasebne izvajalce zdravstvenega varstva k boljši kakovosti in učinkovitosti, pa takšne oblike spodbud zagotovo ne nastajajo (ali pa ne nastanejo) v taki meri pri javnih izvajalcih zdravstvenega sistema, ki so vsi v državni lasti. Ker gre za enega samega lastnika, vsaj z vidika lastnine ne moremo pričakovati konkurenčnih odnosov med njimi, vendar so javni izvajalci zaradi kombiniranja javnih in zasebnih izvajalcev podrejeni konkurenci zasebnih izvajalcev.

### 4.4.1 Stimulativno plačevanje izvajalcev

Zaradi odsotnosti konkurence znotraj sektorjev v javnem zdravstvenem sistemu je zelo pomembno, da plačniki plačujejo zdravstvene dobrine, ki jih ponujajo in prodajajo izvajalci zdravstvenega varstva, tako, da z načinom plačevanja oziroma s tako imenovanimi instrumenti plačilnega sistema spodbujajo izvajalce k ustreznemu obnašanju. To velja še zlasti takrat, ko izvajalci delujejo neprofitno in so podrejeni doseganju količinskih ciljev.

Slovenski **plačilni sistem** v tem trenutku sicer temelji na sodobnih oblikah plačevanja izvajalcev, kot so glavarina, plačevanje po storitvi, plačevanje po primeru (skupinah primerljivih primerov) in pavšalu. Navedeni plačilni instrumenti se vsaj na splošno pojavljajo tudi na pravih mestih v odnosu med plačnikom in izvajalci, vendar so v kvantitativnem smislu zastareli, saj ne

izražajo stroškovnih normativov, kakršni obstajajo v praksi, ne sledijo razvoju tehnologije in spreminjanja nabora zdravstvenih dobrin in ne spodbujajo izvajalcev k tehnološkemu razvoju in povečevanju kakovosti.

Problem plačilnega sistema je v njegovi zastarelosti, saj so bili najnovejši plačilni instrumenti kvantitativno ustrezno opredeljeni pred več kot desetimi leti, plačnik, to je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, pa tudi ni izoblikoval sistematičnega nadzora in njihovega posodabljanja. Tako se v slovenskem zdravstvu pri plačevanju zdravstvenih izvajalcev na eni strani uveljavlja arbitrarnost, ki onemogoči ali izniči spodbude izvajalcem za učinkovitejšo in kakovostnejšo dejavnost, na drugi strani pa se ustvarja prostor za druge načine plačevanja izvajalcev.

Tako se uveljavlja plačevanje po delu, ki je najbolj neprimeren način plačevanja izvajalcev zlasti v javnih zdravstvenih sistemih. Gre za plačevanje, pri katerem se po pokrivanju vseh stroškov zagotavljajo sredstva glede na potrebe pri pokrivanju stroškov dela. Namesto da bi se uveljavil stimulativen način plačevanja izvajalcev, se izvajalcem zagotavljajo prihodki za plače zaposlenih.

Ključni pogoj za uveljavitev stimulativen plačevanja izvajalcev, pri katerem so izvajalci tako ali drugače plačani za prodano zdravstveno dobrino, ne pa za pokrivanje plač zaposlenih, je izključitev plač zaposlenih pri javnih izvajalcih zdravstvenega varstva iz sistema plač za javne uslužbenke in uveljavitev kolektivnega dogovarjanja na ravni izvajalcev zdravstvene dejavnosti in ne na ravni celotne dejavnosti zdravstvenega varstva. Kolikšen del prihodka lahko v takem sistemu izvajalec potroši za pokrivanje stroškov dela, je odvisno od velikosti dejavnosti in prihodka ter od stroškovne učinkovitosti izvajalcev, ne pa od umeščenosti plač v sistem plač javnih uslužbenecv ali kolektivnega dogovarjanja o plačah na ravni dejavnosti (skica 10).

Stimulativni plačilni sistem predlagamo tako za plačevanje izvajalcev v okviru košarice A kot za plačevanje izvajalcev v okviru košarice B. Kako uporabljajo različne plačilne instrumente in kolikšna je cena dobrin iz košarice B, ki so jo pripravljene plačati, je stvar vsake zavarovalnice posebej. Te so omejene zgolj z maksimalno ceno zavarovalne premije za košarico B v njenem minimalnem obsegu.

## Skica 10

slabosti		razlogi		rešitev
<ul style="list-style-type: none"> <li>• nedelujoč plačilni sistem</li> <li>• plačevanje opravljenega dela</li> <li>• arbitramo financiranje izvajalcev</li> </ul>	➔	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zastarelost plačilnega sistema</li> <li>• istočasno omejevanje poslovanja v izvajalcih z določanjem cen dobrin in stroškov dela</li> </ul>	➔	<ul style="list-style-type: none"> <li>• noveliranje plačilnih instrumentov</li> <li>• uvedba načela „denar sledi bolniku“</li> <li>• rešitev problema agenta v javnih izvajalcih</li> </ul>

Pravi način uporabe **plačilnih instrumentov** pri košarici A pa je pomembnejše vprašanje, saj neprofitni način poslovanja in odsotnost profitnega motiva pri javnih izvajalcih zahtevata takšno plačevanje, ki bi izvajalce spodbujalo k uspešnemu in učinkovitemu poslovanju.

Tako naj se **glavarinska oblika** plačevanja upošteva pri vseh tistih primerih, kjer je ključna vratarska funkcija izvajalcev. To velja zlasti za primarno zdravstveno varstvo in osnovno zobozdravstvo brez urgentne dejavnosti. Ker se glavarine uporabljajo glede na potencialni trg uporabnikov in ne glede na dejansko uporabo zdravstvenih dobrin, tak sistem stimulira preventivno dejavnost izvajalcev in tudi (ob določenih oblikah delitve stroškov) restriktivne prakse vratarskih funkcij, ki na primer v primarni zdravstveni dejavnosti preprečujejo pretiran obseg napotitev na sekundarno zdravstveno varstvo.

Točkovni oziroma **storitveni sistem** plačevanja je smiseln v vseh tistih primerih, pri katerih je določena dejavnost opredeljena z odločitvijo drugih dejavnosti zdravstvenega varstva, kot je na primer pri specialistični dejavnosti, lekarniški dejavnosti, dejavnosti z zeleno napotnico in podobno. Ta oblika plačevanja je bolj povezana s košarico A, saj je ta tudi način plačevanja dolgotrajne oskrbe in paliativne oskrbe, v košarici B pa je povezana s farmacevtsko dejavnostjo, specialističnimi pregledi, rehabilitacijo, zdraviliškim zdravljenjem in tudi z zdravljenjem v tujini. Verjetno je primerna tudi za babiško nego.

**Plačevanje po primeru** ima to lastnost, da izvajalce stimulira k čim bolj stroškovno učinkoviti dejavnosti, ne vpliva pa na odločitve uporabnikov. Takšno plačevanje je značilno za bolnišnično dejavnost, porodništvo in nekatere oblike rehabilitacij.

**Plačevanje v pavšalu** pa je smiselno v vseh tistih primerih, pri katerih je treba zdravstveno dejavnost zagotavljati 24 ur dnevno in kjer učinki zdravstvene dejavnosti povzročajo velike zunanje koristi ali tudi zunanje stroške. Sem spadata urgenca iz košarice A in del transporta, kadar je ta del bolnišničnega ali urgentnega zdravljenja.

Vsi navedeni plačilni instrumenti imajo različice, ki so se pojavile bodisi v literaturi ali v praksi. V javnem sektorju temeljijo na **polni ceni**, ki bi morala pokrivati tudi stroške amortizacije in oportunitetne stroške kapitala, hkrati pa bi morali plačniki oblikovati navedene plačilne instrumente tako, da bi dosegli cilje, ki si jih zastavljajo v povezavi z izvajalci zdravstvenega varstva.

Poseben vidik stimulativnih mehanizmov za delovanje izvajalcev je tudi uporaba načela »denar sledi bolniku«. Pri košarici B bi zdravstvene zavarovalnice takšno načelo zelo verjetno uporabljale nenačrtno, saj bi izločale iz svojih izvajalnih mrež vse tiste izvajalce, ki ne bi ustrezali konkurenčni ravni kakovosti in stroškov, ter na novo zaposlovale izvajalce, ki bi bili s tega vidika uspešnejši in učinkovitejši. To načelo bi morali upoštevati tudi v okviru košarice A in mreže javnega zdravstva. Tudi v tem primeru bi bilo lahko to načelo podlaga za določene specializacije izvajalcev in delitev dela med njimi v mreži javnega zdravstva, v skrajnih primerih pa tudi za ukinjanje določenih javnih izvajalcev, izključevanje iz mreže javnih izvajalcev s pomočjo privatizacij in tudi nakupov zasebnih izvajalcev s strani države, če država za oblikovanje mreže javnega zdravstva take izvajalce potrebuje. Da bi lahko načelo »denar sledi bolniku« delovalo, bi bilo treba zagotoviti visoko stopnjo transparentnosti zlasti za uspešnost (raven doseganja zdravstvenih ciljev) posameznih izvajalcev in tudi možnost trženjske dejavnosti teh izvajalcev. To bi postalo pomembno zlasti v primeru, če bi se v večji meri vzpostavil enotni evropski trg zdravstvenih dobrin.

#### 4.4.2 Problem agenta pri izvajalcih

Zagotovo je eden največjih **problemov** slovenskega zdravstva vprašanje agenta pri javnih izvajalcih zdravstvenega varstva. Smiselno je sklepati, da koordinacijski mehanizmi med plačniki na eni strani in izvajalci za drugi strani rešujejo vprašanje alokacije zdravstvenih dobrin in zdravstvene dejavnosti ter tista vprašanja učinkovitosti zdravstvenega sistema, ki izhajajo iz alokacije. Hkrati smo opozorili, da alokacijski mehanizmi sami po sebi še ne vplivajo na

učinkovitost izvajalcev. Prav zaradi tega uvrščamo stimulatивne načine plačevanja in nujnost uresničitve načela »denar sledi bolniku« med sestavne dele javnega zdravstvenega sistema. Oba mehanizma za pospeševanje učinkovitosti izvajalcev, ki sta ključna tako za tehnično in stroškovno učinkovitost kot za kakovost delovanja izvajalcev, pa lahko delujeta zgolj v primeru, če pri izvajalcu obstaja subjekt, ki s svojimi odločitvami vpliva na delovanje izvajalca in pri tem svoje ravnanje usmerja glede na spodbude, ki izhajajo iz plačilnega sistema in konkurence na strani izvajalcev (skica 11).

To vprašanje je pri **zasebnih izvajalcih** manj izrazito, saj lahko domnevamo, da spodbude, ki izvirajo iz plačilnega sistema in konkurence, ustrezno usmerjajo lastnike in s tem tudi poslovodje zasebnolastniških izvajalcev. Tudi neprofitni način poslovanja namreč omogoča, da pri izvajalcih nastaja **ekstra profit**, ki je posledica večje tehnične in stroškovne učinkovitosti ali večje prilagojenosti povpraševanju znotraj določenega sektorja zdravstvene dejavnosti. Neprofitnost namreč onemogoča zgolj **nadpovprečne profite**, ki v tržnem gospodarstvu izhajajo iz neravnotežja med ponudbo in povpraševanjem in iz monopolnih položajev.

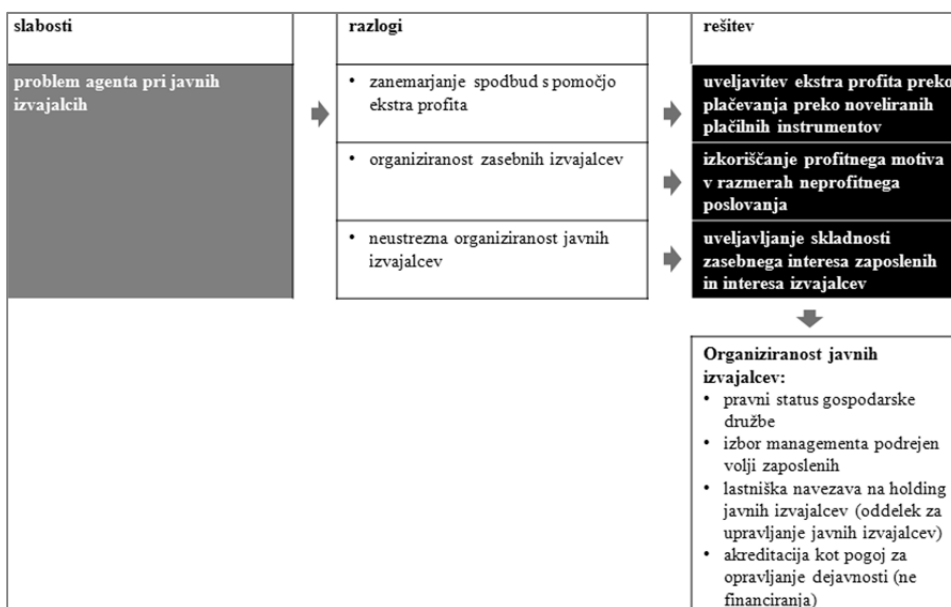
Situacija pa je drugačna, če opazujemo **javnega izvajalca**, ki je v državni lasti. Tudi pri takem izvajalcu lahko naštejemo tipične deležnike vsake organizacije. Gre za lastnike, menedžerje, zaposlene, kupce, v našem primeru uporabnike, dobavitelje, investitorje in okolje. Ker tudi pri javnem izvajalcu v razmerah, ko nastajajo spodbude iz plačilnega sistema in konkurence, nastaja ekstra profit, ki naj bi spodbujal javnega izvajalca k večji učinkovitosti in kakovosti, se moramo vprašati, na koga od omenjenih deležnikov javnega izvajalca lahko vpliva ekstra profit tako, da ta odloča o vodenju javnega izvajalca v smeri večje učinkovitosti in kakovosti. Zagotovo moramo pri iskanju odgovora na to vprašanje iz nabora deležnikov javnega izvajalca izločiti kupce in dobavitelje ter tudi investitorje dolžniškega kapitala, saj ti nimajo vpliva na poslovanje izvajalcev. Prav tako ekstra profit ni ključen za okolje, čeprav predstavniki okolja tudi v današnjem sistemu sodelujejo pri upravljanju javnih izvajalcev, saj si v neprofitnem načinu poslovanja okolje (ne glede na to, kako je definirano) ekstra profita ne more prisvajati. Prav tako vloge agenta ne more prevzeti država kot lastnik javnih izvajalcev, in sicer ne glede na to, v kakšni obliki se država pojavlja. Skupna državna lastnina različnih izvajalcev namreč vpliva na to, da se ne more izoblikovati konkurenca med izvajalci, ki bi temeljila na različnosti lastnikov.



Tako pri javnih izvajalcih ostajajo zaposleni in poslovodje, ki jih tudi lahko uvrščamo med zaposlene. Ti imajo možnost upravljati in voditi izvajalca, hkrati pa pri njih lahko vzpostavimo zvezo med njihovimi zasebnimi osebnimi prejemki in ekstra profitom, ki ga ustvarja izvajalec.

Tako zagovarjamo stališče, da je treba v slovenskem zdravstvenem sistemu izpostaviti **vlogo zaposlenih** pri izvajalcih, saj lahko pri njih identificiramo jasen in močan zasebni motiv ter interes za povečevanje učinkovitosti in kakovosti. Da bi ta interes prišel do izraza tudi pri vodenju izvajalcev v smeri učinkovitosti in kakovosti, pa morajo zaposleni postati upravljavci, morajo imeti pravico do izbora vodstva, njihove plače pa morajo biti odvisne tudi od ekstra profita, ki ga ustvarja izvajalec. Slednje pomeni, da plače zaposlenih pri javnih izvajalcih ne morejo biti del sistema plač v javnem sektorju. Te se morajo oblikovati avtonomno na ravni javnega izvajalca.

### Skica 11



V projektu se zavedamo, da je identifikacija agenta v javnem izvajalcu eden ključnih problemov slovenskega zdravstva. Razrešitev je tudi ključni sestavni del preobrazbe slovenskega zdravstvenega sistema v uspešen in učinkovit sistem, ki

bi maksimalno prispeval k zdravstvenemu stanju prebivalstva ter hkrati uresničeval načela solidarnosti, dostopnosti, kakovosti in učinkovitosti. Če ne moremo opredeliti agenta, so vsi stimulatívni mehanizmi nepotrebni, saj nimajo koga spodbujati k večji učinkovitosti in kakovosti, vodenje takšnih izvajalcev pa je lahko podrejeno zgolj državni prisili in ga ni mogoče organizirati decentralizirano.

Identifikacija agenta pri javnih izvajalcih je tudi osrednja točka **reform javnih izvajalcev** v smeri večje avtonomnosti in poslovne neodvisnosti ter odpravljanja vloge države pri upravljanju in vodenju izvajalcev, ki je v javnih zdravstvenih sistemih nepotrebna. Brez spodbud in agenta sicer lahko razrešujemo alokacijska vprašanja in vprašanja financiranja zdravstva, ne moremo pa mimo povečane vloge države in državne prisile reševati vprašanja učinkovitosti izvajalcev. Opredelitev agenta pri izvajalcih, ki jo zagovarjamo, zahteva radikalno spremembo poslovne samostojnosti izvajalcev zdravstvenega varstva v državni lasti. Potrebujemo namreč izvajalce, ki lahko gospodarijo v svojem imenu in za svoj račun in pri tem tudi v razmerah neprofitnega poslovanja ustvarjajo ekstra profite.

Take izvajalce bi dobili, če bi sedanje javne zavode reorganizirali v skladu z **zakonom o gospodarskih družbah**, in sicer tako, da bi pravni status izvajalca približali družbi z omejeno odgovornostjo. V tem primeru bi moral izvajalec v celoti razpolagati s premoženjem, kar pomeni, da bi bil izvajalec lastnik osnovnih sredstev in vseh drugih oblik premoženja, da bi lahko osnovna sredstva in drugo premoženje prodal ter ga nabavljal in da bi bil v celoti nosilec investicij v premoženje izvajalca. Da bi lahko tako gospodaril s sredstvi, bi se morala državna lastnina izkazovati v trajnem kapitalu, izvajalec pa bi moral imeti pravico, da se dokapitalizira s strani države ali da se zadolžuje in z dolžniškim kapitalom financira investiranje ter tekoče poslovanje.

Javni izvajalci v takem primeru lahko delujejo tako v okviru uresničevanja košarice A kot v okviru uresničevanja košarice B. Delujejo pa lahko tudi mimo oblikovanja ponudbe za obe košarici na trgu, kjer uporabniki plačujejo dobrine takšnega izvajalca v celoti iz žepa. Tako bi lahko javni izvajalci pridobivali **prihodek iz treh virov**, za kar pa bi morali voditi ločene računovodske evidence, v določenih primerih pa bi se morali decentralizirati tudi pravno-statusno, čeprav v urejenem zdravstvenem sistemu ni nobenega razloga, da ne bi znotraj javnega

izvajalci prišli tudi do navzkrižnega subvencioniranja. Javni izvajalec bi moral imeti pri gospodarjenju s premoženjem tudi pravico do ustanavljanja hčerinskih podjetij. Javni izvajalec sme vstopati tudi v javno-zasebna partnerstva, čeprav je dolžan ohraniti 100-odstotno državno last.

Uveljavljanje opisane vloge agenta, ki se povezuje z zaposlenimi, zahteva tudi posebno **upravljavsko vodstveno strukturo** takšnega javnega izvajalca. Gre za enotirni sistema upravljanja, saj je lastnik zgolj država. Ta sistem upravljanja pa temelji na osrednji vlogi upravnega odbora, ki ob normalnih funkcijah upravnih odborov v enotirnem sistemu upravljanja izbira tudi izvršne direktorje. Prav zaradi uveljavljanja opisane vloge agenta bi bilo treba v primeru javnih izvajalcev zdravstvenega varstva zahtevati, da izvršni direktorji ne morejo biti izbrani, če jih predhodno na zboru delavcev ne potrdi vsaj polovica zaposlenih. Upravni odbor pa sicer deluje v interesu lastnika, to je Vlade Republike Slovenije.

Glede na to, da je lastnik vseh javnih izvajalcev država, je smiselno tudi oblikovanje posebnega **oddelka za upravljanje javnih izvajalcev** v slovenskem zdravstvu, ki je na ravni vlade, v njem pa so predvsem predstavniki ministrstva za zdravje in ministrstva za finance, lahko pa pri delu tega oddelka sodelujejo tudi predstavniki regionalnih in lokalnih skupnosti.

Vloge agenta s strani zaposlenih pa ne uveljavljamo samo prek izbora izvršnih direktorjev, ampak tudi v odnosu med izvajalcem kot pravno-statusno obliko in posameznikom, ki je zaposlen pri izvajalcu. Zaposlovanje in tudi odnosi med izvajalcem in posameznim zaposlenim morajo biti zaradi afirmacije **zaposlenih kot agentov** v celoti stvar izvajalca zdravstvenega varstva. Da bi bil motiv posameznega delavca čim bolj povezan s cilji poslovanja izvajalca, mora obstajati konkurenčna prepoved, ki posameznega zaposlenega v celoti povezuje z uspešnostjo poslovanja izvajalca. Delo pri drugih izvajalcih je dovoljeno, a zgolj tako, da se vzpostavlja prek izvajalca, pri katerem je posameznik zaposlen. Prav tako pa je zelo pomembno, da so naloge zaposlenih znotraj izvajalca v določeni meri rangirane glede na področje delovanja izvajalcev. Osnovni namen zaposlovanja pri javnem izvajalcu je delo znotraj mreže javnega zdravstva v povezavi s košarico A. Temu so podrejene njegove delovne obveznosti za potrebe košarice B in za tržno dejavnost.

Ključen del nagrajevanja posameznikov je **udeležba na ekstra profitu**, ki ga takšen izvajalec ustvarja. Gre za sistem delitve profitov v neprofitno delujoči organizaciji. Da bi takšna organizacija dobila agenta, je prav ta vidik nagrajevanja odločilen, saj poveže poslovanje organizacije (s tem pa tudi učinke v celotnem javnem zdravstvenem sistemu) z **zasebnimi interesi posameznika** v javnih izvajalcih, in sicer tako, da ti zasebni interesi vodijo izvajalce k uresničevanju temeljnega cilja javnega zdravstvenega sistema.

Predlagamo tudi tako imenovano **akreditacijo** izvajalcev zdravstvenega varstva. Akreditacija naj se nanaša tako na javne kot zasebne izvajalce zdravstvenega varstva, in sicer ne glede na to, ali sodelujejo pri oblikovanju ponudbe zdravstvenih dobrin na področjih košarice A, košarice B ali pa delujejo zgolj na trgu. Akreditacija daje pravico do opravljanja dejavnosti, ne daje pa nobene pravice iz naslova financiranja. Gre za preverjanje stanja pri izvajalcih in ugotavljanje, ali je posamezen izvajalec sposoben kakovostno sodelovati pri oblikovanju ponudbe zdravstvenih dobrin. To pa pomeni, da moramo z akreditacijo ugotavljati, katere zdravstvene dobrine lahko izvajalec kakovostno ponuja, v kakšnem obsegu glede na zaposlene in materialne zmogljivosti, kakšno kakovost zdravstvenih dobrin lahko dosega, kakšne so zdravstvene in druge podpore dejavnosti in ali lahko v svoji organiziranosti dosega poslovni rezultat, ki zagotavlja vzdržnost delovanja takega izvajalca glede na sredstva in lastniško strukturo. Akreditacija bi se morala izvajati v kratkih časovnih obdobjih (na primer treh let) in bi morala biti poroštvo, da izvajalec lahko kakovostno sodeluje pri oblikovanju ponudbe zdravstvenih dobrin in da dosega standarde, ki jih družba v razmerah javnega zdravstvenega sistema od njega pričakuje.

#### **4.5 Pretirana in nedorečena vloga države**

Takšen predlog preobrazbe slovenskega zdravstvenega sistema izhaja še iz ene **slabosti** tega sistema, to je poudarjene vloge države in razraščanja njenega pomena tudi tam, kjer država za uspešno in učinkovito delovanje zdravstvenega sistemov ni potrebna.

Velika značilnost slovenskega zdravstva je, da neurejen zdravstveni sistem in zlasti nepriznana avtonomnost posameznih subjektov (uporabnikov, Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, zdravstvenih zavarovalnic in predvsem izvajalcev) znotraj zdravstvenega sistema odpirata prostor za **državno**

**intervencijo** na eni strani in za **stihijsko pojavljanje trga** na drugi strani. Razlog za takšno slabost, ki pači zdravstveni sistem v temeljnih vsebinskih elementih, je v nedodelanem zdravstvenem sistemu, ki ne definira natančno, kje v takšnem zdravstvenem sistemu je potrebna država in kje lahko subjekti zdravstvenega sistema, torej bolniki, plačniki, izvajalci in sponzorji s svojim lastnim delovanjem, ki izhaja iz njihovih interesov in motivov, zagotavljajo uspešno delovanje zdravstvenega sistema kot celote.

Prav zaradi tega so rešitve, ki jih ponujamo v tem projektu, povezane z izbirnostjo, motiviranostjo in avtonomnostjo potencialnih ali neposrednih uporabnikov zdravstvenih dobrin, z ustrežno vlogo plačnikov, bodisi v obliki Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije bodisi v obliki zdravstvenih zavarovalnic, v omejevanju države na tista področja, ki jih je treba pokriti z državnim reguliranjem, ker javni zdravstveni sistemi v osnovi niso tržno koordinirani sistemi in cene (v odnosu med ponudbo in povpraševanjem) niso sposobne koordinirati dejavnosti v teh sistemih, in z visoko avtonomnostjo izvajalcev, ki delujejo v svojem imenu in za svoj račun in na ta način omogočajo afirmacijo temeljnega subjekta javnega zdravstvenega sistema v Sloveniji, to je zaposlenih v javnih izvajalcih zdravstvenega varstva in lastnikov v zasebnih izvajalcih zdravstvenega varstva.

**Prof. dr. Maks Tajnikar**

Ekonomska fakulteta Univerze v Ljubljani

## **2 PRISPEVKI ČLANOV RAZISKOVALNE SKUPINE**

### **2.1 PRISPEVEK: DILEME IN REŠITVE FINANCIRANJA SLOVENSKEGA ZDRAVSTVA**

Ena ključnih prelomnic v razvoju slovenskega sistema zdravstvenega varstva je reforma iz začetka devetdesetih let preteklega tisočletja. V Sloveniji je bil namreč leta 1992 sprejet Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Ur. l. RS, št. 9/1992), ki je (1) uvedel posebno blagajno zunaj proračuna v obliki Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ki zbira sredstva obveznega zdravstvenega zavarovanja, in (2) omogočil hiter razvoj prostovoljnega zavarovanja v obliki dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja za doplačila, ki ga danes ponujajo tri zavarovalnice prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja (Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d. v. z., Adriatic Slovenica Zavarovalna družba, d. d., in Triglav, zdravstvena zavarovalnica, d. d.).

Slovenski zdravstveni sistem iz obveznega zdravstvenega zavarovanja zagotavlja sredstva za financiranje skoraj vseh zdravstvenih storitev, zato običajno govorimo o univerzalni košarici storitev zdravstvenega varstva oziroma univerzalnem sistemu zdravstvenega varstva. Posebnost slovenske ureditve pa je, da obvezno zdravstveno zavarovanje zagotavlja plačilo v celoti zgolj omejenemu naboru zdravstvenih storitev, za večino zdravstvenih storitev pa je zagotovljeno plačilo določenega deleža cene zdravstvene storitve. Doplačilo za zdravstvene storitve je bilo uvedeno z reformo iz leta 1992, takšna ureditev pa se je z manjšimi prilagoditvami ohranila vse do danes. Bolniki oziroma uporabniki zdravstvenih storitev lahko doplačila plačajo iz žepa ali iz dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Glede na to, da znaša po določbah 23. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Ur. l. RS, št. 72/2006 in nasl.; v nadaljevanju ZZZV) in določbah Sklepa o določitvi odstotkov vrednosti zdravstvenih storitev, ki se zagotavljajo v obveznem zdravstvenem zavarovanju (Ur. l. RS, št. 1/2013), višina doplačil za storitve, ki niso v celoti krite iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja, tudi do 90 odstotkov cene določene zdravstvene storitve, pa je razumljivo, da je večina uporabnikov storitev dopolnilno zdravstveno zavarovana.

Obvezno in dopolnilno zdravstveno zavarovanje delujeta po načelu sprotnega kritja (angl. *pay-as-you-go*) in sta kljub razliki v načinu oblikovanja prispevkov

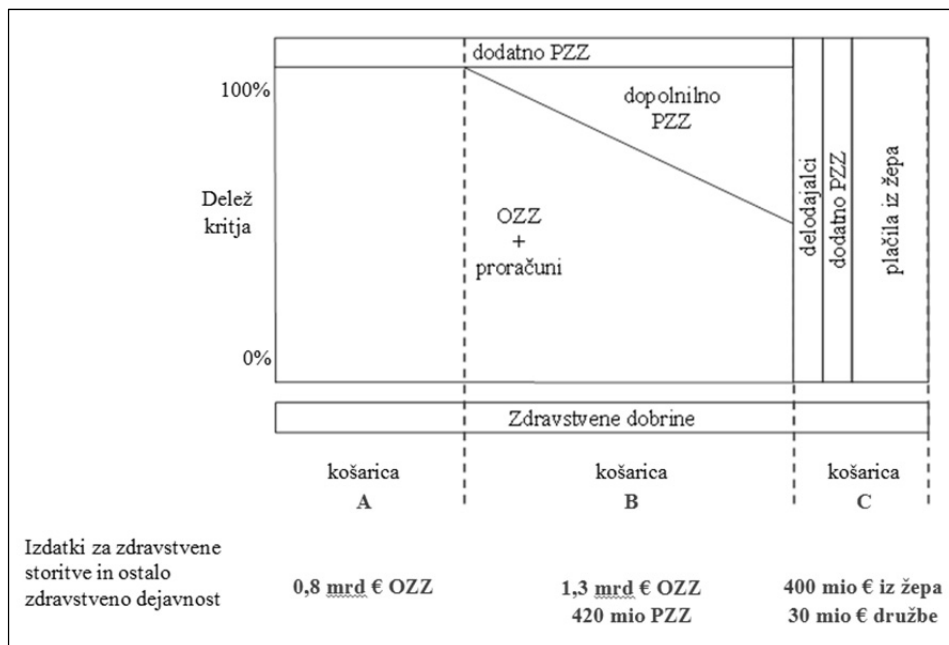
oziroma premij (obvezno zdravstveno zavarovanje se financira s prispevki delavcev in delodajalcev, ki so povezani z višino dohodkov, premije pa niso povezane z dohodkom) komplementarna sistema. Posledica takšne ureditve je tudi neustrezna razvitost ostalih oblik prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj. Leta 2014 so namreč čisti prihodki od premij dopolnilnega zavarovanja znašali kar 98,3 odstotka vseh premij iz naslova zdravstvenih zavarovanj (Agencija za zavarovalni nadzor, 2015, str. 34).

Z zgoraj opisanim sistemom zbiranja finančnih sredstev smo v Sloveniji leta 2014 zagotovili financiranje izdatkov za zdravstveno varstvo v višini 8,9 odstotka bruto domačega proizvoda (v nadaljevanju BDP). Vsi javni viri skupaj so zagotovili financiranje izdatkov v višini 6,4 odstotka BDP. Izdatki, ki so bili financirani iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja, so znašali 5,6 odstotka BDP, pri čemer je kar 82 odstotkov vseh izdatkov Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije oziroma obveznega zdravstvenega zavarovanja v letu 2014 nastalo iz naslova financiranja zdravstvenih storitev (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2015, str. 142). Zasebna sredstva za financiranje izdatkov za zdravstveno varstvo so leta 2014 znašala 2,6 odstotka BDP, pri čemer so prostovoljna zavarovanja zagotovila financiranje izdatkov v višini 1,3 odstotka BDP, ostali del pa so zagotovili bolniki oziroma uporabniki zdravstvenih storitev s plačili iz žepa (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2015, str. 142).

## **1 Prikaz ključnih prednosti in slabosti obstoječe ureditve**

Obstoječo ureditev financiranja slovenskega zdravstva prikazuje slika 1. Prikazani zneski izdatkov se nanašajo samo na izdatke za zdravstvene storitve in zdravstveno dejavnost v letu 2012. V teh številkah niso vključena denarna nadomestila, investicije in podobno, ampak samo izdatki za financiranje košarice zdravstvenih dobrin. Kot kaže slika 1, je dobršen del zdravstvenih dobrin financiran prek Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) in prostovoljnih zdravstvenih zavarovalnic (2,5 milijarde evrov). Pomemben del, ki se v razpravah o razmerah v slovenskem zdravstvu premalo izpostavlja, in sicer okoli 400 milijonov evrov, so plačila iz žepa in dodatnih prostovoljnih zavarovanj, relativno nizki pa so izdatki delodajalcev oziroma podjetij, in sicer okrog 30 milijonov evrov.

**Slika 1:** Obstoječe financiranje zdravstvenih dobrin



Pri obstoječi ureditvi je pomembno, da znašajo izdatki za storitve, ki jih ZZZS krije v celoti, torej storitve, ki niso predmet doplačil, okrog 0,8 milijarde evrov, izdatki ZZZS v višini 1,3 milijarde evrov pa so namenjeni financiranju storitev, za katere veljajo doplačila in so torej pogojeni z zavarovanjem za doplačila.

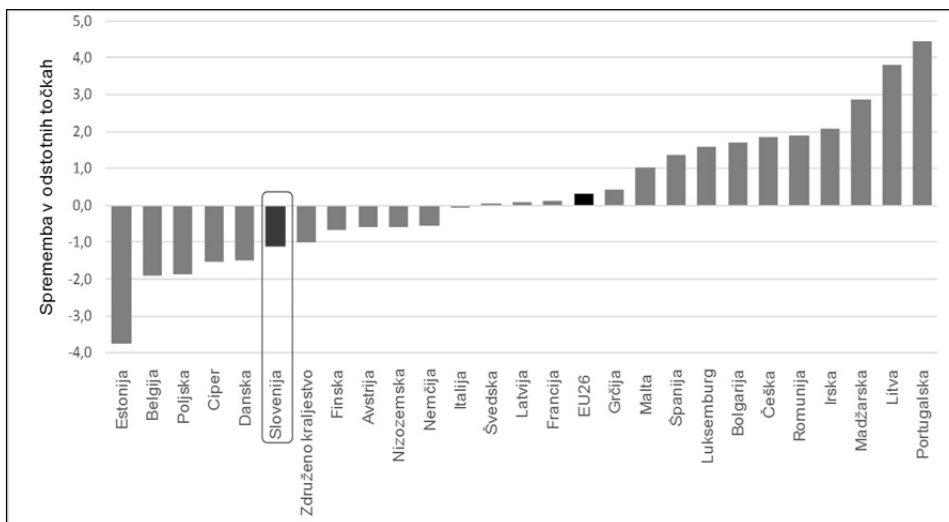
Iz prikazane sheme obstoječega sistema financiranja slovenskega zdravstva izhaja, da imamo že sedaj glede na vire financiranja najmanj tri košarice zdravstvenih dobrin. Obstoječa košarica A vključuje storitve, ki jih v celoti financira ZZZS, obstoječa košarica B storitve, ki so predmet doplačil in jih tako financirajo ZZZS in zdravstvene zavarovalnice, v košarico C pa lahko razvrstimo storitve, ki jih financiramo predvsem iz žepa, in storitve, ki jih plačujejo delodajalci, a ne iz prispevkov (na primer storitve medicine dela).

Prikazani obstoječi sistem ima po eni strani številne prednosti, po drugi strani pa tudi številne slabosti. Ključna prednost je bila do sedaj zagotovo ta, da smo lahko breme financiranja zdravstva z obveznega zdravstvenega zavarovanja prenašali na dopolnilno prostovoljno zavarovanje brez spremembe zakonodaje. Pomembna



posledica takšne ureditve je tudi dejstvo, da se v času krize v Sloveniji niso povečali izdatki iz žepa, kar prikazuje slika 2. Druga prednost pa je množična vključitev v prostovoljno zdravstveno zavarovanje. To je sicer posledica dejstva, da se zavarujemo za doplačila, ampak ta množičnost naše vključitve v zavarovanje je omogočila, da smo kar precejšen del sredstev za zdravstvo zbrali tudi prek prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja.

**Slika 2:** Sprememba deleža neposrednih izdatkov gospodinjstev v celotnih izdatkih za zdravstvo v obdobju 2007–2012



*Vir: OECD Health Statistics 2014; Eurostat Statistics Database; WHO Global Health Expenditure Database; povzeto po Eva Zver – Uporaba NZR za mednarodne primerjave izdatkov za zdravstvo.*

Med pomanjkljivosti obstoječe ureditve sodi stalen pritisk prek prispevkov na stroške dela. Zaradi naraščajočih zdravstvenih izdatkov se v Sloveniji že dolgo načrtuje dvig prispevne stopnje, a glede na obstoječo višino davčne obremenitve dohodkov in vlogo izvoza v gospodarski rasti so dodatne obremenitve dela in dvigi stroškov dela nerealni. Pomembna pomanjkljivost pa je tudi to, da vsi tipi solidarnosti, torej solidarnost glede na bolezen, starost, spol, dohodek, zaposlitveni status in mesto bivanja, ne veljajo za celotno košarico zdravstvenih dobrin, za katero se zagotavljajo tudi javna sredstva. Vsi tipi solidarnosti se torej ne uresničujejo za celoten znesek izdatkov v višini 2,5 milijarde evrov, ki jih

zbiramo prek obveznega in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Vsi tipi solidarnosti se uveljavljajo samo za dobrine, ki so v celoti krite iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja (košarica A v sliki 1). Odsotnost dohodkovne solidarnosti pri premijah dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja je bila zato v preteklosti pogosto argument za odpravo obstoječe ureditve doplačil in nadomestitev tega vira financiranja, torej dopolnilnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, v celoti z javnimi viri.

Pri načrtovanju ukrepov za odpravljanje obeh navedenih pomanjkljivosti obstoječe ureditve pa je treba nujno upoštevati, da sta obe posledica ključne nepravilnosti slovenskega zdravstvenega sistema, to je navidezno neomejena oziroma univerzalna košarica zdravstvenih dobrin. Univerzalna košarica namreč v razmerah, ko so po eni strani viri financiranja omejeni, po drugi strani pa niso omejene potrebe in te naraščajo hitreje od razpoložljivih virov financiranja, sploh ni možna. Omejeni viri financiranja, ki zagotavljajo določen obseg ponudbe zdravstvenih dobrin, morajo biti za uravnotežen in vzdržen zdravstveni sistem usklajeni s povpraševanjem, torej s košarico zdravstvenih dobrin. Če so viri omejeni, mora biti omejena tudi košarica, ki po obsegu ne sme presegati razpoložljivih virov financiranja.

Kadar ni mehanizma, ki bi povpraševanje po zdravstvenih dobrinah uskladil s sredstvi za zdravstvo, ki ga zagotavljajo omejeni viri financiranja, vedno nastaja neravnotežje med velikostjo košarice in razpoložljivimi viri financiranja. Neusklajenost oziroma neravnotežje med razpoložljivimi viri in potrebami po zdravstvenih dobrinah se v slovenskem zdravstvenem sistemu kaže na različne načine. Vsa obstoječa neravnotežja pa kažejo, da v slovenskem zdravstvu zagotavljanja finančne vzdržnosti ne moremo razrešiti zgolj s spreminjanjem strukture virov financiranja, ampak z upoštevanjem, da so (1) vsi trenutno razpoložljivi viri manjši od potrošnje, (2) da enkratna povečanja virov financiranja problema neusklajenosti med ponudbo in povpraševanjem ne odpravljajo, ampak ga samo kratkoročno omilijo, (3) da nobeno sodobno gospodarstvo ne zmore zagotoviti takšne rasti javnih virov financiranja, ki bi dohitela rast povpraševanja po zdravstvenih dobrinah, in (4) da moramo zato uveljaviti takšno ureditev, ki bo razpoložljive košarice usklajevala z zbranimi finančnimi viri.

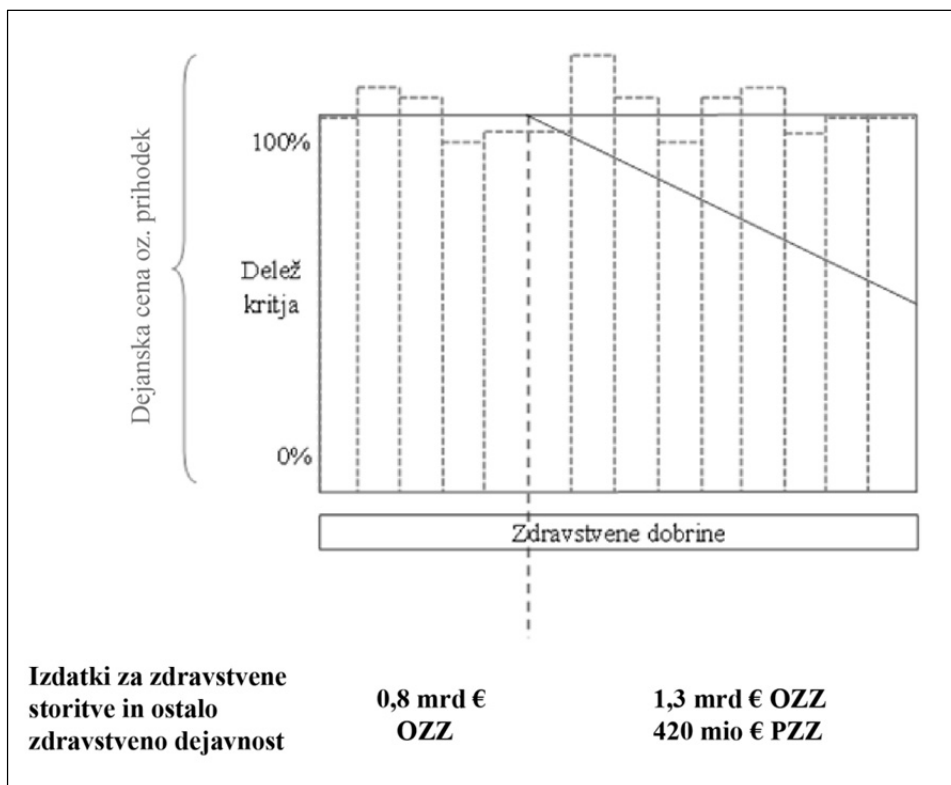
Neravnotežje med razpoložljivimi viri in potrebami po zdravstvenih dobrinah se v slovenskem zdravstvenem sistemu kaže na več načinov. Prva posledica, ki jo prikazuje slika 3, je, da so lahko v številnih primerih cene zdravstvenih dobrin neustrezne in da izvajalci opravljajo storitve v obsegu, ki je večji od pogodbeno dogovorjenega, kar pomeni, da lahko njihova realizacija presega plačano realizacijo. Dejstvo pa je tudi, da so zaradi neustreznega delovanja plačilnih mehanizmov spodbude za višjo učinkovitost izvajalcev šibke, zato učinkovitost izvajalcev ni na vseh mestih takšna, kot bi lahko bila. Vse navedeno ima pomembno posledico, in sicer izgube izvajalcev. Iz podatkov Združenja zdravstvenih zavodov (2014), ki objavlja podatke za javne zdravstvene zavode (27 bolnišnic, 59 zdravstvenih domov, 9 zavodov za zdravstveno varstvo in 6 drugih zavodov, kot so NIJZ, Slovenija transplant itd.), za leto 2013 izhaja:

- 43 zavodov je imelo skupaj 4.210.852 evrov presežka prihodkov nad odhodki, 58 zavodov skupaj pa presežek odhodkov nad prihodki v višini 47.526.843 evrov;
- 10 bolnišnic in 28 zdravstvenih domov je imelo skupaj 4.185.287 evrov presežka prihodkov nad odhodki, 17 bolnišnic in 31 zdravstvenih domov pa je imelo skupaj 45.433.771 evrov presežka odhodkov nad prihodki; bolnišnice in ZD skupaj so tako imeli za 41.248.484 evrov izgube v 2013;
- iz bilanc stanja je razvidno, da imajo vse bolnišnice in zdravstveni domovi skupaj za 91.486.736 evrov izgube; če odštejemo tekočo skupno izgubo, ugotovimo, da je akumulirane izgube za nazaj 50.238.252 evrov.

V letu 2013 so torej kumulativne izgube bolnišnic in zdravstvenih domov znašale okrog 40 milijonov evrov. Glede na neposodobljene plačilne mehanizme in preseganje obsega povpraševanja po zdravstvenih dobrinah nad obsegom njihove plačane ponudbe skozi čas, lahko domnevno, da takšne kumulativne izgube v slovenskem zdravstvu niso zgolj kratkotrajne. Če bi lahko problem akumuliranih izgub rešili z enkratnim dodatnim virom financiranja, pa so tekoče izgube zagotovo pokazatelj dolgoročnega neravnotežja med viri in porabo. V kumulativni tekoči izgubi poslovanja niso zajeti koncesionarji, prav tako pa velja, da bi se učinkovitost nekaterih podpovprečno učinkovitih izvajalcev lahko izboljšala, kar pomeni, da je znesek v višini 40 milijonov evrov zgolj groba ocena letnega primanjkljaja virov iz naslova neustreznih cen in preseganja pogodbeno dogovorjene realizacije izvajalcev zdravstvenih dobrin. Vendar pa dobra celostna

prenova slovenskega zdravstva zahteva tudi to, da pride do preoblikovanja javnih zavodov, priznavanja normalnega donosa na kapital, normalnega obračunavanja amortizacije in do prenosa investiranja na izvajalce. V takšnih razmerah postane ocena primanjkljaja v višini 40 milijonov evrov drastično prenizka.

**Slika 3:** Posledice neomejene košarice



Druga posledica neomejevanja košarice so čakalne dobe. V Sloveniji smo z zavarovanjem doplačil, ki so v svoji pravi obliki pomembna finančna spodbuda, ki regulira oziroma racionalizira povpraševanje, in z neupoštevanjem, da omejeni viri pomenijo tudi omejeno košarico, soglašali z najbolj grobo obliko spodbud na strani povpraševanja, to so čakalne dobe. Čakalna doba ni nič drugega kot nefinančni mehanizem racionalizacije povpraševanja.

Ker imajo sezname čakalnih dob določene pomembne pomanjkljivosti, smo upoštevali, da čakalne dobe nastajajo zlasti na podlagi naraščanja zahtev za financiranje zdravstva zaradi staranja prebivalstva. Najnovejše demografske projekcije EUROPOP2013, ki jih je v letu 2014 objavil Eurostat (Eurostat, 2014), kažejo, da se bo že v enem desetletju do leta 2025 delež starih 65 let in več povečal s sedanjih 18 odstotkov na 23 odstotkov, hkrati pa se bo delež delovnega kontingenta znižal s 63 na 57 odstotkov. To hkrati pomeni, da je v letu 2015 prišlo 28 prebivalcev v starosti 65+ na 100 prebivalcev v delovni starosti, leta 2025 pa jih bo že 40. Demografski pritisk na vzdržnost zdravstvenega sistema se bo iz naslova staranja prebivalstva v prihodnjih letih stopnjeval. Ocene primanjkljaja iz tega naslova temeljijo na predpostavkah, ki jih je uporabila Skupina za staranje prebivalstva (AWG, angl. The Ageing Working Group; organ Evropske komisije) v svojem poročilu o staranju iz leta 2015 (The Ageing Report 2015, European Commission, 2015). V obdobju 2015–2020 bo primanjkljaj zaradi staranja prebivalstva povprečno presegal 45 milijonov evrov letno, v obdobju 2020–2025 pa bo dosegel povprečno skoraj 130 milijonov evrov letno.

Tretja posledica neomejevanja košarice je zniževanje kakovosti in počasnejše uvajanje inovacij. V okviru te monografije povprečni letni primanjkljaji iz tega naslova niso ocenjeni, zagotovo pa niso zanemarljivo majhni.

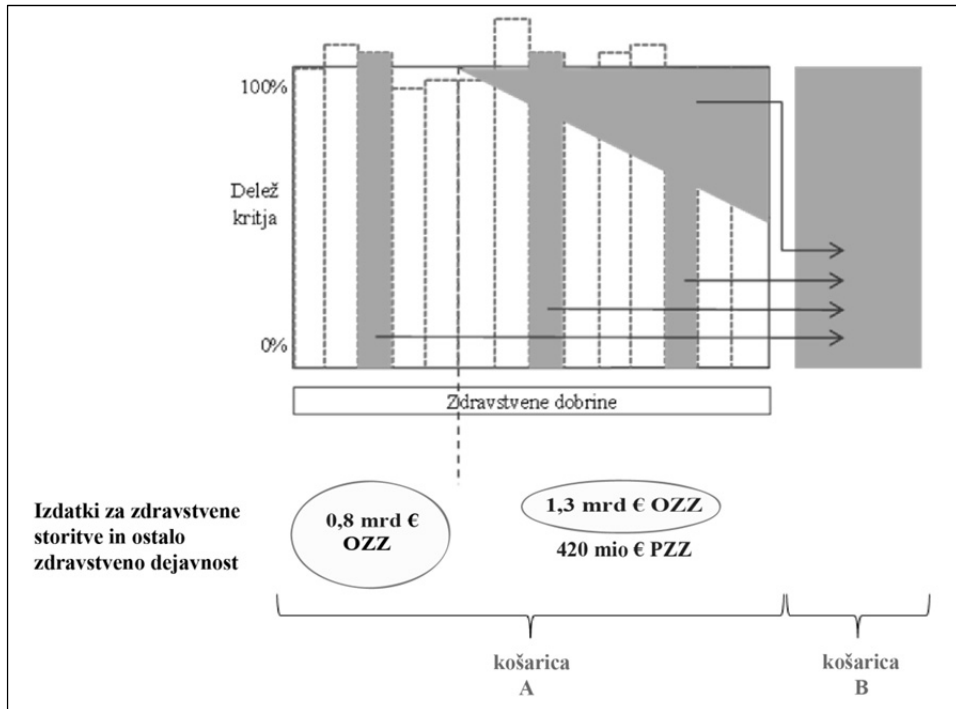
Iz prikazanega lahko sklenemo, da je ocenjeni letni primanjkljaj v višini skoraj 90 milijonov evrov v obdobju 2015–2020 in skoraj 170 milijonov evrov v obdobju 2020–2025 iz naslova izgub izvajalcev in staranja prebivalstva na spodnji meji realističnega.

## **2 Prikaz predlagane spremembe obstoječe ureditve**

Iz prikaza obstoječe ureditve financiranja slovenskega zdravstva izhaja, da je ključna težava v neomejeni košarici. Kadar obstaja neravnotežje med viri in potrebami, obstajata načeloma dve rešitvi. Prva rešitev je povezana z vprašanjem, ali lahko zagotovimo večji obseg virov financiranja sredstev, vendar dvig obstoječih prispevkov za socialno varnost močno povečuje že sedanjo relativno visoko davčno obremenjenost dela v Sloveniji. Če to ni mogoče, je treba omejiti stran povpraševanja, pri obeh rešitvah pa je treba v osnovi zagotoviti mehanizem, ki obstoječega neravnotežja ne odpravlja zgolj enkratno, ampak kontinuirano skozi čas. Potrebujemo torej takšno sistemsko rešitev, ki bo omogočala

kontinuirano, vsakoletno usklajevanje med razpoložljivimi viri in porabo zdravstvenih dobrin glede na gospodarske razmere, ki bodo nastale, pa tudi glede na demografske spremembe in spremembe v bremenu zlasti kroničnih bolezni.

**Slika 4:** Prikaz predlagane rešitve



Predlagano rešitev, ki po eni strani upošteva nujnost usklajevanja zbranih virov s porabo, po drugi strani pa nujnost, da vsi kolektivno zbrani viri financiranja zagotovijo vse oblike solidarnosti enako za vse financirane zdravstvene dobrine, prikazuje slika 4. Nova ureditev predvideva uvedbo nove omejene košarice A in nove omejene košarice B.

Za košarico A je značilno, da je omejena z višino zbranih javnih virov financiranja in da so vse vanjo vključene dobrine financirane v celoti iz javnih virov. Za dobrine iz košarice A bi torej veljalo, da njihovo ceno v celoti krije ZZS iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja. Ne glede na nabor zdravstvenih dobrin je ključno, da izdatki za te dobrine ne presežejo obsega

sredstev, ki so zbrana s prispevki oziroma iz javnih virov. Če upoštevamo trenutno strukturo virov financiranja, bi obseg košarice A znašal 2,1 milijarde evrov. S takšno košarico A bi se v Sloveniji razširilo uveljavljanje vseh oblik solidarnosti s sedanjih 0,8 milijarde evrov, kar je sedaj vrednost storitev, ki so v celoti krite s strani ZZSZ, na 2,1 milijarde evrov. Čeprav se za dobrine iz košarice A ne predvideva več financiranje iz naslova dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja ali s sredstvi iz žepa, pa ta ureditev ne pomeni nujno odprave doplačil. Ta rešitev še vedno dopušča doplačila in tudi odbitke, a takšne, ki so omejeni po višini in jih ni mogoče več zavarovati.

Ker je nova omejena košarica A po obsegu manjša od obstoječih celotnih izdatkov za zdravstvene dobrine, jo je treba za zagotavljanje najmanj obstoječe ravni zdravstvene oskrbe v Sloveniji dopolniti z omejeno košarico B. Obseg košarice B je v takšni ureditvi odvisen od izpada obsega virov financiranja, ki bi nastal zaradi ukinitve obstoječe ureditve doplačil. Kot kaže slika 4, pa je odvisen tudi od velikosti primanjkljaja potrebnih virov financiranja, ki že sedaj nastajajo zaradi izgub izvajalcev, staranja prebivalstva, nedopustnih čakalnih dob in zaostajanja po kakovosti in/ali tehnološki razvitosti slovenskega zdravstva. Ker so javni viri namenjeni financiranju košarice A, bi bila košarica B financirana iz naslova zdravstvenega zavarovanja, ki pa ne bi več zavarovalo doplačil, ampak paket dobrin, ki so zajete v košarici B. Predlagana rešitev tako ni zgolj iskanje alternativnega vira financiranja zdravstva, ki mora nadomestiti izpad sredstev iz naslova dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj ob ukinitvi obstoječe ureditve doplačil, ampak upošteva, da je treba za prihodnost slovenskega zdravstva zagotoviti tudi dodatne vire, ki so nujni za reševanje drugih težav, ki so nastale v slovenskem zdravstvu in vključujejo neustrezno poslovanje izvajalcev ter počasnejši razvoj zdravstva. Opozoriti moramo, da iz slike 4 morda zmotno izhaja, da je košarica B rezidual storitev, ki niso vključene v košarico A. V resnici je samostojna košarica, ki se napaja iz drugega vira kot košarica A. Tudi košarica B mora biti omejena, in sicer glede na vire, zbrane v okviru zdravstvenega zavarovanja, in tako ni nujno, da bi bile vse dobrine, ki bi bile izločene iz košarice A, nujno umeščene v košarico B.

**Doc. dr. Petra Došenović Bonča**  
Ekonomska fakulteta Univerze v Ljubljani

## **Literatura in viri:**

Agencija za zavarovalni nadzor. (2015). *Poročilo o stanju na področju zavarovalništva in o delu Agencije za zavarovalni nadzor za leto 2014*. Ljubljana: Agencija za zavarovalni nadzor.

European Commission. (2015). *The 2015 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013–2060)*.

Eurostat. (2014). *Population projections EUROPOP2013*. Najdeno 1. septembra 2014 na spletnem naslovu <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/population/data/database>

*OECD Health Statistics 2015*. Najdeno 1. septembra 2014 na spletnem naslovu <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>

Sklep o določitvi odstotkov vrednosti zdravstvenih storitev, ki se zagotavljajo v obveznem zdravstvenem zavarovanju. *Uradni list RS št. 1/2013*.

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. *Uradni list RS št. 9/1992, 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, 76/2008, 118/2008 Skl.US: U-I-163/08-12, 47/2010 Odl.US: U-I-312/08-31*.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2015). *Poslovno poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leto 2014*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije. (2014). *Podatki in kazalci poslovanja zdravstvenih zavodov Slovenije za leto 2013*. Ljubljana: Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije.



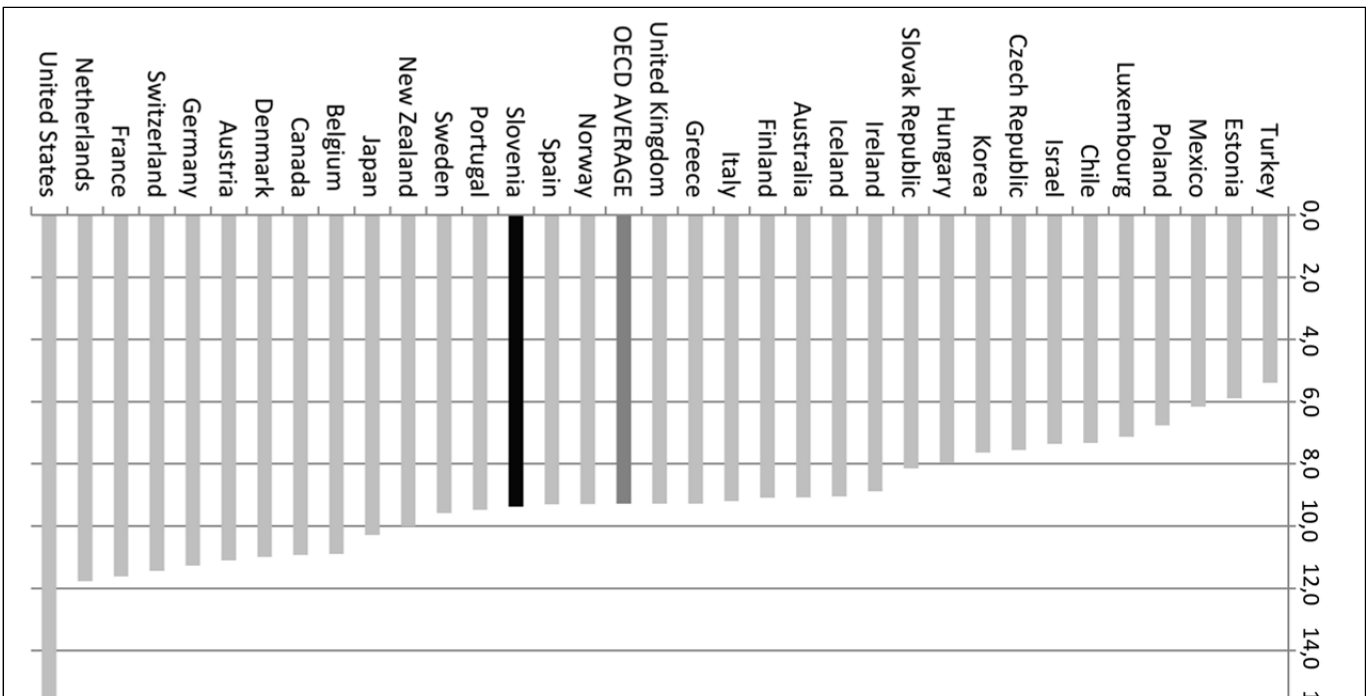
## **2.2 PRISPEVEK: IZDATKI ZA ZDRAVSTVO V SLOVENIJI Z VIDIKA JAVNIH FINANC**

Kot je razvidno iz slik 1 in 2, je Slovenija tako glede deleža skupnih izdatkov za zdravstvo kot tudi deležev, ki odpadeta na javne in zasebne izdatke, uvrščena blizu povprečja držav OECD. V Sloveniji so tako leta 2012 skupni izdatki za zdravstvo, merjeni v odstotku BDP, znašali 9,4 odstotka, kar je praktično enako povprečju OECD, ki je znašalo 9,3 odstotka. Podobno velja za razmerje med javnimi in zasebnimi izdatki. Med vsemi izdatki za zdravstvo je znašal delež javnih izdatkov v Sloveniji 71,5 odstotka, medtem ko je bilo povprečje za države OECD 72,2 odstotka.

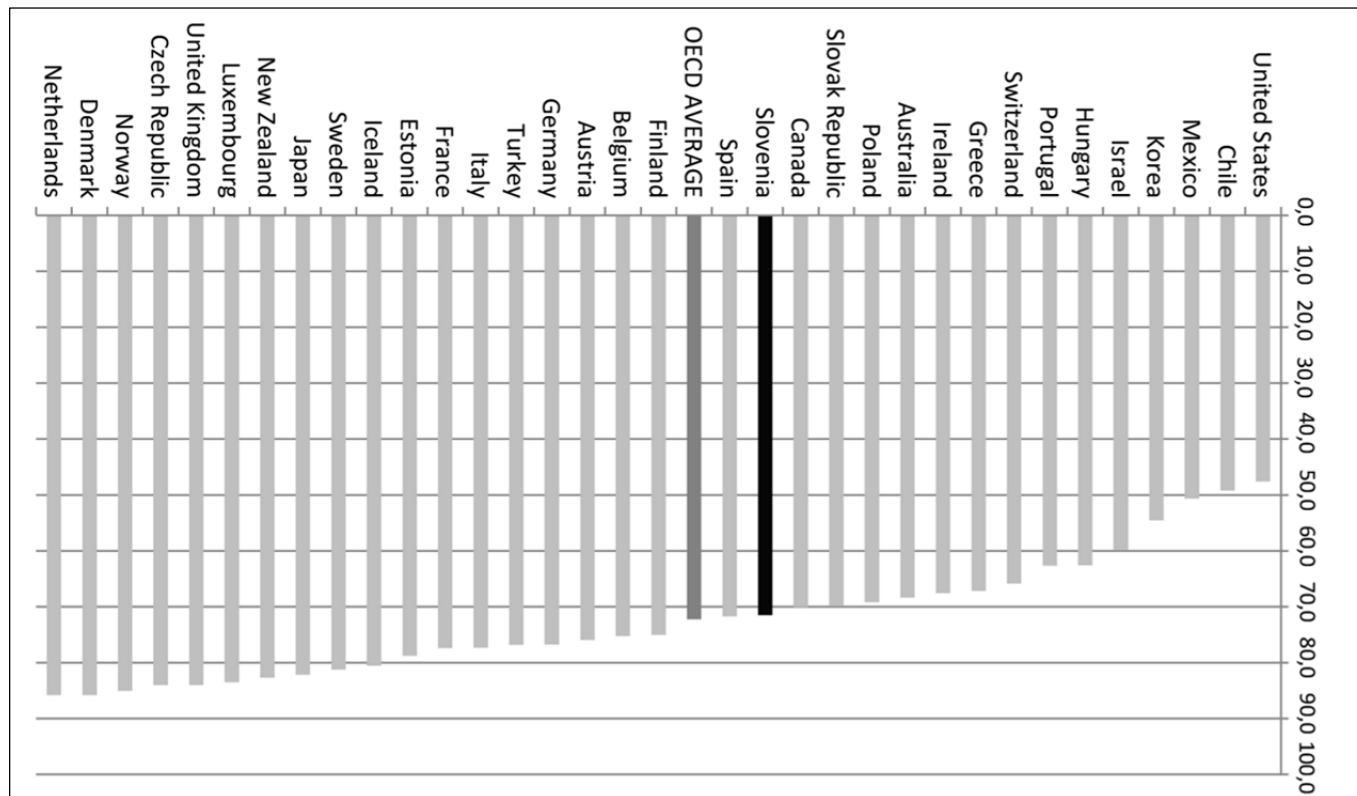
Ključni pomen javnega financiranja potrjujejo tudi podatki iz tabele 1. V letu 2014 je od 3.340,80 mio evrov vseh izdatkov za zdravstvo na javne izdatke odpadlo 2.390,62 mio evrov in znotraj tega levji delež na obvezno zdravstveno zavarovanje (2.102,45 mio evrov), ki se v največji meri financira s prispevki za obvezno zdravstveno zavarovanje.

Podrobnejši pregled prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje je prikazan v tabeli 2. Iz podatkov je razvidno, da se v Sloveniji prispevki plačujejo za 1.541,4 tisoč posameznikov, medtem ko je skupno število vseh oseb, ki jih pokriva obvezno zdravstveno zavarovanje, konec leta 2014 znašalo 2.076,3 tisoč. Če celotne odhodke ZZZS v letu 2014, ki so znašali 2.352,1 mio evrov (ZZZS, 2015), delimo s skupnim številom zavarovancev (2.076,3 tisoč), dobimo povprečni znesek porabljenih sredstev na zavarovanca, ki je znašal 1.132,9 evra/leto oziroma 94,4 evra/mesec.

**Slika 1:** Skupni izdatki za zdravstvo – 2012 (% BDP)



**Slika 2:** Javni izdatki za zdravstvo – 2012 (% skupnih)



Vir: OECD, 2014.

**Tabela 1:** Izdatki za zdravstvo po metodologiji OECD, v tekočih cenah, ocena za 2014

	<b>mio EUR</b>	<b>% BDP</b>
1. OBVEZNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE	2.102,45	5,64
▪ Izdatki za zdravstvene storitve	1.723,33	4,63
▪ Izdatki za zdravila in medicinske pripomočke	337,62	0,91
▪ Delo ZZZS	37,73	0,10
▪ Investicije	3,77	0,01
2. OBVEZNO POKOJNINSKO ZAVAROVANJE	77,47	0,21
▪ Dodatek za pomoč in postrežbo	77,47	0,21
3. CENTRALNA DRŽAVA (brez skladov soc. varnosti)	154,07	0,41
▪ Investicije	89,58	0,24
▪ Izdatki za zdravstvo	64,49	0,17
4. LOKALNA DRŽAVA	56,63	0,15
<b>5. JAVNI IZDATKI SKUPAJ (1 + 2 + 3 + 4)</b>	<b>2.390,62</b>	<b>6,42</b>
6. PROSTOVOLJNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE	473,83	1,27
▪ Izdatki za zdr. storitve, zdravila in med. pripomočke	413,09	1,11
▪ Obratovalni stroški	60,74	0,16
7. GOSPODINJSTVA	423,39	1,14
8. DRUŽBE (brez skladov soc. varnosti) IN NPISG	52,96	0,14
9. VSA ZASEBNA SREDSTVA SKUPAJ (6 + 7 + 8)	950,17	2,55
<b>SKUPAJ (5 + 9)</b>	<b>3.340,80</b>	<b>8,97</b>

*Vir: ZZZS, 2015.*

Podatki iz tabele 2 kažejo, da so najpomembnejši plačniki prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje aktivni, odvisno zaposleni posamezniki, ki v povprečju mesečno plačajo 203 evre, kar občutno presega povprečno porabo na zavarovanca (94,4 evra). Sledijo jim samostojni podjetniki s povprečnimi mesečnimi prispevki v višini 129 evrov. Prispevki ostalih kategorij zavarovancev so bistveno nižji.

**Tabela 2:** Prispevki za obvezno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji v letu 2014

Kategorija zavarovancev	Št. zavarovancev (v 1.000)	Prispevna stopnja	Mesečni prispevki na zavarovanca (v EUR)	Plačani prispevki (v mio EUR)
1. AKTIVNI	719,5	13,45 %	203	1.749,2
▪ Od tega delodajalci	719,5	7,09 %	104	900,6
▪ Od tega delojemalci	719,5	6,36 %	98	848,6
2. SAMOSTOJNI PODJETNIKI	70,3	13,45 %	129	109,2
3. KMETJE	12,8	18,78 % ali 6,36 %	40	6,1
4. ZPIZ ZA UPOKOJENCE	547,5	5,96 %	56	364,9
5. BREZPOSELNI	19,9	11,92 %	104	24,8
6. ZAVAROVANCI PO 20. TOČKI	70,8	5,96 %	20	17,1
7. ZAVAROVANCI PO 21. TOČKI	53,1	2,00 %	28	17,8
8. OSTALO	47,4	različno	44	25,0
<b>SKUPAJ</b>	<b>1.541,4</b>			<b>2.314,1</b>

Vir: ZZZS, 2015.

Z drugimi besedami, med aktivno populacijo zaposleni posamezniki in samostojni podjetniki v največji meri financirajo ZZZS, saj prek prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje prispevajo 1.858,4 mio evrov oziroma 78,5 odstotka vseh prihodkov ZZZS v letu 2014. Toda tudi znotraj teh dveh kategorij obstajajo razlike, kar je prikazano v tabeli 3. Ta vsebuje ocenjene povprečne vrednosti za posameznike, ki jim je bila v letu 2012 odmerjena dohodnina. Podatki kažejo, da zgornje tri decilne skupine (na ravni države to pomeni približno 300.000 posameznikov) plačajo 72,5 odstotka celotne dohodnine in 53,2 odstotka celotnih prispevkov za zdravstvo.

**Tabela 3:** Porazdelitev dohodka in davkov pri posameznikih, ki jim je bila odmerjena dohodnina v letu 2012, povprečne vrednosti (v EUR)

Decilna skupina	Bruto-bruto dohodek	Delež (v %)	Dohodnina	Delež (v %)	Prispevki – zdravstvo	Delež (v %)
1	7.929	3,7	143	0,6	568	3,0
2	10.910	5,2	324	1,4	966	5,0
3	12.703	6,0	678	3,0	1.147	6,0
4	14.367	6,8	887	3,9	1.312	6,8
5	16.246	7,7	1.164	5,1	1.508	7,8
6	18.470	8,7	1.437	6,3	1.746	9,1
7	20.194	9,5	1.610	7,1	1.763	9,2
8	23.944	11,3	2.217	9,8	2.178	11,3
9	30.073	14,2	3.367	14,8	2.788	14,5
10	56.658	26,8	10.867	47,9	5.261	27,4

Vir: IER, 2014.

Skupna stopnja prispevkov v Sloveniji znaša 38,2 odstotka, od tega odpade na delodajalce 16,1 odstotka in na delojemalce 22,1 odstotka. S skupno prispevno stopnjo 38,2 odstotka se Slovenija pri obremenitvi povprečne bruto plače tako uvršča na 11. mesto med državami OECD v letu 2012. S stopnjo delodajalca v višini 16,1 odstotka se Slovenija uvršča na 17. mesto, delojemalčeva stopnja v višini 22,1 odstotka pa je najvišja med državami OECD (IER, 2014).

**Tabela 4:** Stopnje prispevkov za socialno varnost pri povprečni letni bruto plači v letu 2012 (v %)

Država	Prispevki – delojemalec	Prispevki – delodajalec	Obe stopnji skupaj	Rang (obe stopnji skupaj)
<b>Francija</b>	13,7	44,1	57,8	1
<b>Avstrija</b>	18,1	29,2	47,3	2
<b>Madžarska</b>	18,5	28,5	47,0	3
<b>Grčija</b>	16,5	28,6	45,1	4
<b>Češka</b>	11,0	34,1	45,1	5
<b>Belgija</b>	14,0	30,1	44,1	6
<b>Italija</b>	9,5	32,1	41,6	7
<b>Slovaška</b>	13,4	27,8	41,2	8
<b>Nemčija</b>	20,7	19,6	40,3	9
<b>Švedska</b>	7,0	31,6	38,6	10

Država	Prispevki – delojemalec	Prispevki – delodajalec	Obe stopnji skupaj	Rang (obe stopnji skupaj)
<b>Slovenija<sup>1)</sup></b>	<b>22,1 (1)</b>	<b>16,1 (17)</b>	<b>38,2 (11)</b>	<b>11</b>
<b>Estonija</b>	2,8	34,1	36,9	12
<b>Španija</b>	6,4	30,0	36,4	13
<b>Portugalska</b>	11,0	23,7	34,7	14
<b>Poljska</b>	17,8	16,8	34,6	15
<b>Turčija</b>	15,0	16,5	31,5	16
<b>Finska</b>	7,6	22,8	30,4	17
<b>Japonska</b>	13,7	14,4	28,1	18
<b>Nizozemska</b>	15,4	10,7	26,1	19
<b>Luksemburg</b>	12,3	12,3	24,6	20
<b>Norveška</b>	7,8	13,1	20,9	21
<b>V. Britanija</b>	9,5	11,0	20,5	22
<b>Kanada</b>	7,3	11,7	19,0	23
<b>Koreja</b>	8,1	10,1	18,2	24
<b>ZDA</b>	5,7	9,9	15,6	25
<b>Irska</b>	3,2	10,7	13,9	26
<b>Mehika</b>	1,4	12,3	13,7	27
<b>Švica</b>	6,3	6,3	12,6	28
<b>Izrael</b>	7,6	4,6	12,2	29
<b>Islandija</b>	0,5	9,0	9,5	30
<b>Čile</b>	7,0	0,0	7,0	31
<b>Avstralija</b>	0,0	5,9	5,9	32
<b>Danska</b>	2,7	0,0	2,7	33
<b>Nova Zelandija</b>	0,0	0,0	0,0	34
<b>OECD</b>	<b>9,8</b>	<b>17,2</b>	<b>27,0</b>	

<sup>1)</sup> – Slovenija – v oklepaju je rang pri višini stopnje prispevkov delojemalca in delodajalca.

*Vir: IER, 2014; OECD, 2013; lastni izračuni iz podatkov OECD, številke se lahko razlikujejo od dejanskih vrednosti zaradi zaokroževanja pri izračunih.*

Ker se v Sloveniji za aktivne, odvisno zaposlene ne uporablja zgornja meja za obračun obveznih prispevkov za socialno varnost (tako imenovana socialna kapica, ki se uporablja samo za samostojne podjetnike), se Slovenija uvršča na visoko peto mesto v EU glede deleža prispevkov za socialno varnost v BDP.

**Tabela 5:** Prispevki za socialno varnost v BDP (v %)

				<b>Sprememba</b>	<b>Rang</b>
	<b>1995</b>	<b>2000</b>	<b>2012</b>	<b>2000–2012</b>	<b>2012</b>
<b>Francija</b>	18,6	16,1	17,0	0,9	1
<b>Nizozemska</b>	15,9	15,4	16,0	0,6	2
<b>Nemčija</b>	16,9	17,1	15,6	-1,5	3
<b>Češka</b>	14,6	15,0	15,6	0,6	4
<b>Slovenija</b>	16,7	14,2	15,2	1,0	5
<b>Avstrija</b>	14,9	14,7	14,9	0,2	6
<b>Belgija</b>	14,3	13,9	14,6	0,7	7
<b>Italija</b>	12,5	11,9	13,5	1,6	8
<b>Madžarska</b>	14,8	13,3	13,2	-0,1	9
<b>Finska</b>	14,1	11,9	13,1	1,2	10
<b>Slovaška</b>	15,0	14,1	12,5	-1,6	11
<b>Poljska</b>	11,3	12,9	12,3	-0,6	12
<b>Španija</b>	11,8	12,0	12,0	0,0	13
<b>Estonija</b>	12,3	10,9	11,5	0,6	14
<b>Luksemburg</b>	9,8	10,1	11,5	1,4	15
<b>Hrvaška</b>			11,5		16
<b>Litva</b>	7,2	10,2	11,0	0,8	17
<b>Grčija</b>	9,3	10,5	10,8	0,3	18
<b>Portugalska</b>	7,8	8,0	9,1	1,1	19
<b>Ciper</b>	6,6	6,6	9,1	2,5	20
<b>Romunija</b>	7,6	11,1	8,8	-2,3	21
<b>Latvija</b>	11,9	10,0	8,4	-1,6	22
<b>Bolgarija</b>	9,6	10,8	7,2	-3,6	23
<b>Švedska</b>	12,3	12,5	7,2	-5,3	24
<b>V. Britanija</b>	6,0	6,1	6,7	0,6	25
<b>Malta</b>	6,0	6,3	6,0	-0,3	26
<b>Irska</b>	4,9	4,4	4,4	0,0	27
<b>Danska</b>	1,1	1,8	0,9	-0,9	28
<b>Norveška</b>	9,8	8,9	9,6	0,7	
<b>Islandija</b>	2,5	2,9	4,1	1,2	
<b>Povprečje EU –</b>					
<b>tehtano</b>	13,7	12,5	12,7		
<b>navadno</b>	11,3	11,1	11,1		

<sup>1</sup> – v odstotnih točkah.

Vir: Evropska komisija, 2013, 2014.



V skladu s projekcijami finančnih tokov se bo obstoječi finančni primanjkljaj v javnem zdravstvu v prihodnje še povečeval predvsem zaradi demografskih vplivov (staranja prebivalstva). Možnosti za njegovo pokrivanje so naslednje:

1. Transfer iz proračuna RS, neposredno ali posredno prek višjih prispevkov za upokojence, ki jih ZPIZ vplača v ZZZS. Ker je ZPIZ odvisen od finančnih transferjev iz proračuna RS, bi eventualni dvig prispevkov za upokojence zahteval ekvivalentno povišanje transferjev iz proračuna RS.
2. Uvedba odbitne franšize/participacije. Pri tej možnosti bi se finančno breme večinoma prevalilo na starejše generacije (glej IER, 2014).
3. Dvig obstoječih prispevkov za socialno varnost. Pri tej možnosti je treba upoštevati že sedanjo relativno visoko davčno obremenjenost dela v Sloveniji.
4. Uvedba novega namenskega davka. Pri vsakem novem davku bo treba določiti tri osnovne parametre: davčno osnovo, zavezanca za davek in davčno stopnjo.

**Prof. dr. Mitja Čok**

Ekonomska fakulteta Univerze v Ljubljani

## **Literatura in viri:**

Evropska komisija. (2013). Taxation trends in the European Union, 2013 edition. Najdeno 1. septembra 2015 na spletnem naslovu [http://ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/occasional\\_paper/2010/op74\\_en.htm](http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/occasional_paper/2010/op74_en.htm)

Evropska komisija. (2014). Taxation trends in the European Union, 2014 edition. Najdeno 1. septembra 2015 na spletnem naslovu [http://ec.europa.eu/taxation\\_customs/taxation/gen\\_info/economic\\_analysis/tax\\_structures/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/taxation_customs/taxation/gen_info/economic_analysis/tax_structures/index_en.htm)

Inštitut za ekonomska raziskovanja – IER. (2014). Majcen, B., & Čok, M.: *Ocena dolgoročne javno finančne vzdržnosti zdravstvenega sistema in možnih virov financiranja*. Ljubljana: Inštitut za ekonomska raziskovanja.

Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj – OECD. (2013). Taxing Wages 2011–2012.

Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj – OECD. (2014). Health Statistics 2014 – Frequently Requested Data. Najdeno 1. septembra 2015 na spletnem naslovu <http://www.oecd.org/els/health-systems/oecd-health-statistics-2014-frequently-requested-data.htm>

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije – ZZZS. (2015). *Poslovno poročilo za leto 2014*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

## 2.3 PRISPEVEK: STROŠKI ZA ZDRAVSTVO V SLOVENIJI

Večina predpostavk, ki smo jih uporabili pri izračunih, je enakih, kot jih je uporabila Skupina za staranje prebivalstva (AWG, angl. The Ageing Working Group; organ Evropske komisije) v svojem poročilu o staranju iz leta 2015 – The Ageing Report 2015 European Commission, 2015. AWG namreč na vsakih nekaj let (praviloma na tri leta) izdaja omenjeno poročilo, vsakič s posodobljenimi predpostavkami in na osnovi novih projekcij prebivalstva.

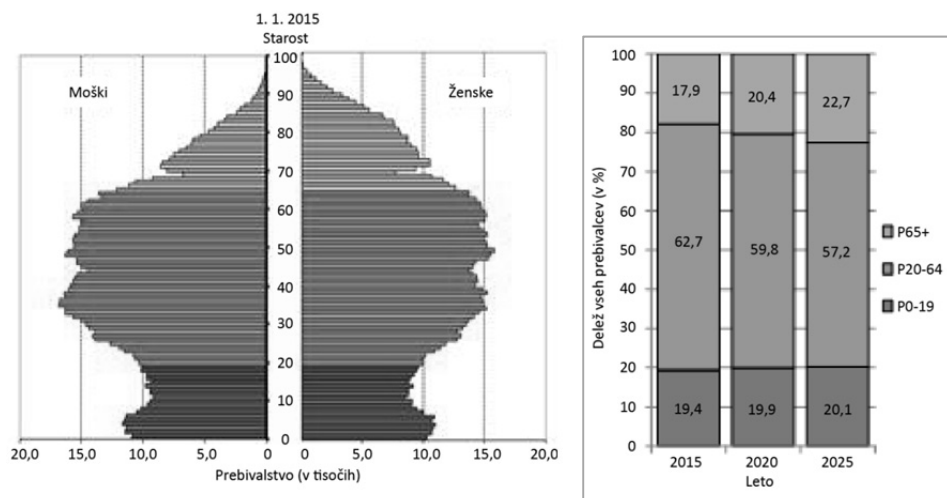
Pri izračunih smo tako uporabili najnovejše demografske projekcije EUROPOP2013, ki jih je v letu 2014 objavil Eurostat (Eurostat, 2014). Nadalje predpostavljamo, da se obstoječa krivulja povprečnih zdravstvenih izdatkov na prebivalca v posamezni starosti postopoma pomika v višjo starost. Konkretno predpostavljamo, da se pomika »v desno« (v višje starostne razrede) za polovico zviševanja življenjskega pričakovanja. V razmerah iz leta 2013 bi fantek ob rojstvu lahko pričakoval 77,2 leta življenja, deklica pa 83,6 leta življenja (Eurostat, 2014). V skladu s projekcijami Eurostata naj bi se do leta 2050 ti vrednosti povišali na 83,0 leta (fantki) in 87,8 leta (deklice).

Glede rasti stroškov v posameznem starostnem razredu predpostavljamo, da bo njihova rast enaka rasti BDP na prebivalca. Vsota rasti BDP je vsota rasti produktivnosti in števila zaposlenih. Za rast produktivnosti Evropska komisija predpostavlja, da se bo med 2015 in 2025 postopno povečala z okrog 1 odstotka na okrog 1,8 odstotka letno, nakar pa naj bi se do leta 2060 postopoma rahlo zniževala na 1,5 odstotka letno. Enako kot v Ageing Report 2015 predpostavljamo, da je elastičnost povpraševanja po zdravstvenih storitvah v začetku 1,1, nato pa se postopoma (linearno v času) do leta 2060 znižuje na 1,0. Glede rasti produktivnosti, zaposlenosti, brezposelnosti ipd. uporabimo enake predpostavke, kot jih je Evropska komisija (skupina AWG).

Posledično so rezultati naših projekcij izdatkov za zdravstvo podobni rezultatom skupine AWG, vendar pa so rezultati te skupine izraženi samo kot delež v BDP, na eno decimalno in samo za vsakih 5 let. Namenjeni so namreč predstavitvi dolgoročnih trendov gibanja izdatkov v zvezi s staranjem prebivalstva do leta 2060. Mi pa predstavljamo podrobnejše vrednosti (v mio evrov) in za začetna leta vsako koledarsko leto (ne samo na vsakih 5 let).

Demografski pritisk na vzdržnost zdravstvenega sistema se bo iz naslova staranja prebivalstva v prihodnjih letih stopnjeval. V sliki 1 prikazujemo delež starejših (65+), delež delovnega kontingenta (20–64 let) in delež otrok oziroma mladih (0–19 let) za leta 2015, 2020 in 2025. Kot vidimo, se bo že v enem desetletju do leta 2025 delež starih 65 let in več povišal s sedanjih 18 odstotkov na 23 odstotkov, hkrati pa se bo delež delovnega kontingenta znižal s 63 na 57 odstotkov (slika 1). To hkrati pomeni, da je bilo v letu 2015 28 prebivalcev v starosti 65+ na 100 prebivalcev v delovni starosti, leta 2025 pa jih bo že 40.

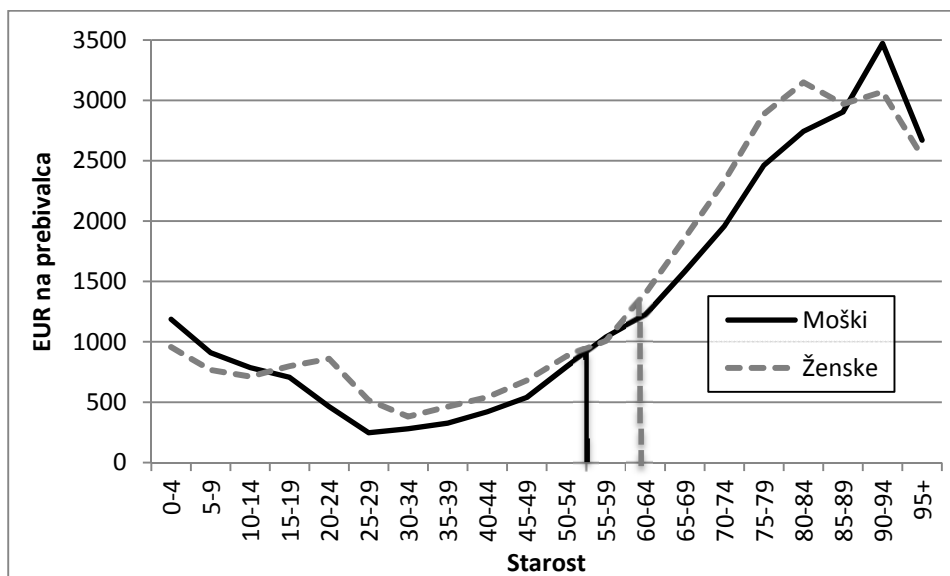
**Slika 1:** Število in struktura prebivalstva Slovenije v letih 2015, 2020 in 2025



Vir: SURS, 2015; Eurostat, 2014.

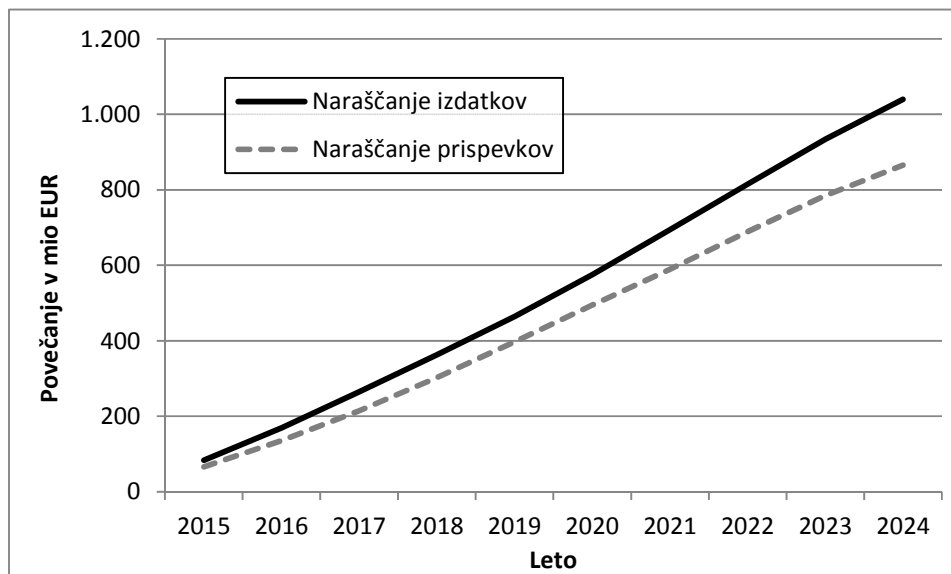
Delež prebivalcev v delovni starosti, ki v največji meri financirajo zdravstveni sistem, se bo torej hitro zmanjševal, na drugi strani pa bo naraščal delež prebivalcev v starosti 65+, ki imajo bistveno nadpovprečne potrebe po zdravstvenih storitvah. Razporeditev povprečnih stroškov na prebivalca v posamezni starosti prikazujemo v sliki 2.

**Slika 2:** Izdatki za zdravstvo: povprečne vrednosti na prebivalca v letu 2012 (v EUR) z visano starostjo, ki razmejuje skupne zdravstvene izdatke za posamezni spol na dve enaki polovici



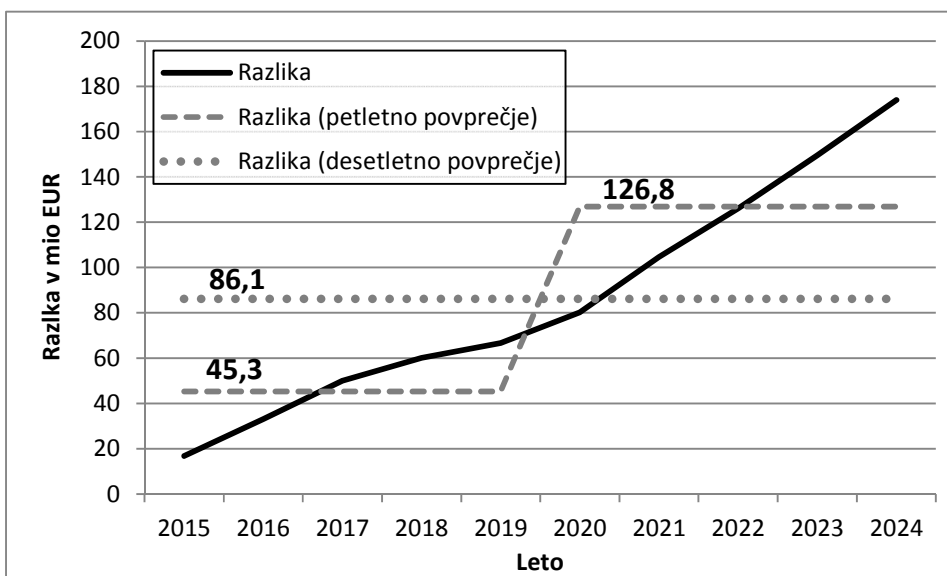
Razberemo lahko, da so izdatki višji v začetnih letih življenja, nato upadajo in dosežejo najnižjo raven v 30. in 40. letih. Za ženske so v tem času nekoliko višji in so povezani z rodno dobo. V 50., 60. in 70. letih izdatki vedno hitreje naraščajo ter v 80. za oba spola dosežejo raven okrog 3.000 evrov letno. Če povežemo gibanje števila prebivalstva (predstavljeno v sliki 1), porazdelitev zdravstvenih izdatkov (predstavljeno v sliki 2) in ostale prej opisane predpostavke, dobimo projekcije izdatkov za zdravstvo. V sliki 3 predstavljamo projekcije naraščanja izdatkov v primerjavi z ravno v letu 2014. Pri tem smo rezultate izrazili v cenah iz leta 2014, kar pomeni, da je izločen vpliv inflacije, tako da vrednosti kažejo realno rast.

**Slika 3:** Izdatki za zdravstvo: povprečne vrednosti na prebivalca v letu 2012 (v EUR) z vrisano starostjo, ki razmejuje skupne zdravstvene izdatke za posamezni spol na dve enaki polovici



V sliki 4 predstavljamo naraščanje razlike med prihodki in odhodki zdravstvene blagajne. Gre torej za naraščanje primanjkljaja v zdravstvu. Pri tem smo rezultate ponovno izrazili v cenah iz leta 2014, torej v realnem izrazu. Poleg rezultatov po posameznih letih izražamo rezultate tudi kot 5-letni povprečji in kot 10-letno povprečje. Tako se želimo približati realističnosti pokrivanja te razlike v praksi. Predvidevamo namreč, da se sistemske spremembe za pokrivanje te razlike ne bodo dogajale v vsakem posameznem letu, temveč »stopničasto« na vsakih nekaj (na primer 5 ali 10) let na osnovi projekcij gibanja izdatkov.

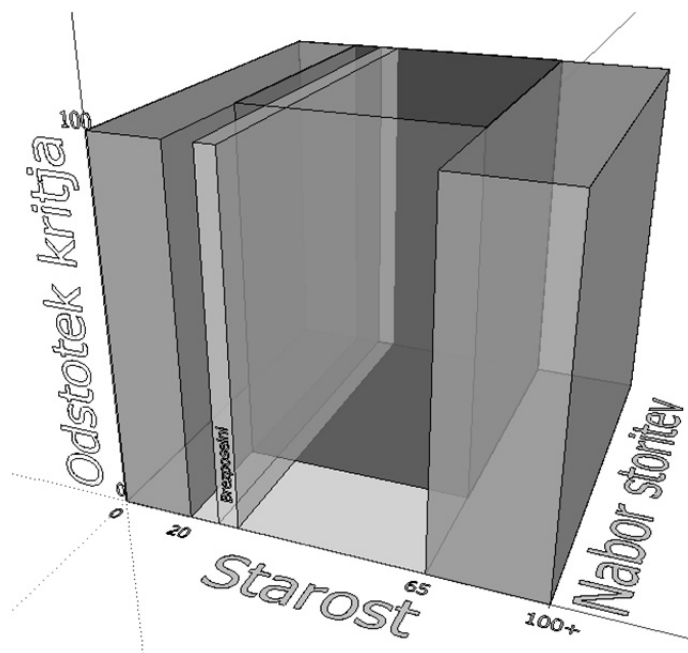
**Slika 4:** Naraščanje primanjkljaja v zdravstvu v mio EUR (realne vrednosti, cene iz 2014)



Vir: Lastni izračuni na osnovi podatkov in predpostavk AWG, Eurostat, SURS in raznih drugih virov.

V sliki 5 je shematični prikaz financiranja zdravstvenih storitev glede na odstotek kritja (višina kocke), glede na nabor storitev (globina kocke) in po starosti (širina kocke). Kot lahko razberemo iz slike, predvidevamo v vseh primerih 100-odstotno kritje, kar pomeni, da ni delnega sofinanciranja s strani pacienta. Glede nabora storitev vidimo, da se (za razliko od siceršnjega prebivalstva v delovni starosti) mladim (do starosti 0–19 let) in starejšim (v starosti 70 let in več) krije celoten nabor storitev, in sicer iz naslova košarice A. Enako velja tudi za brezposelne, ki pa jih je težko prikazati v sliki 5, saj niso omejeni samo na posamezno starost, kot bi sklepali iz sedanjega prikaza. V tem grafičnem prikazu je namreč v splošnem na širini prikazana »pokritost populacije« (angl. *population coverage*) (na primer Schreyögg, Stargardt, Velasco-Garrido & Busse, 2005), vendar smo jo mi v prikazu konkretizirali na starost.

**Slika 5:** Shematičen prikaz dimenzij pokrivanja zdravstvenih storitev

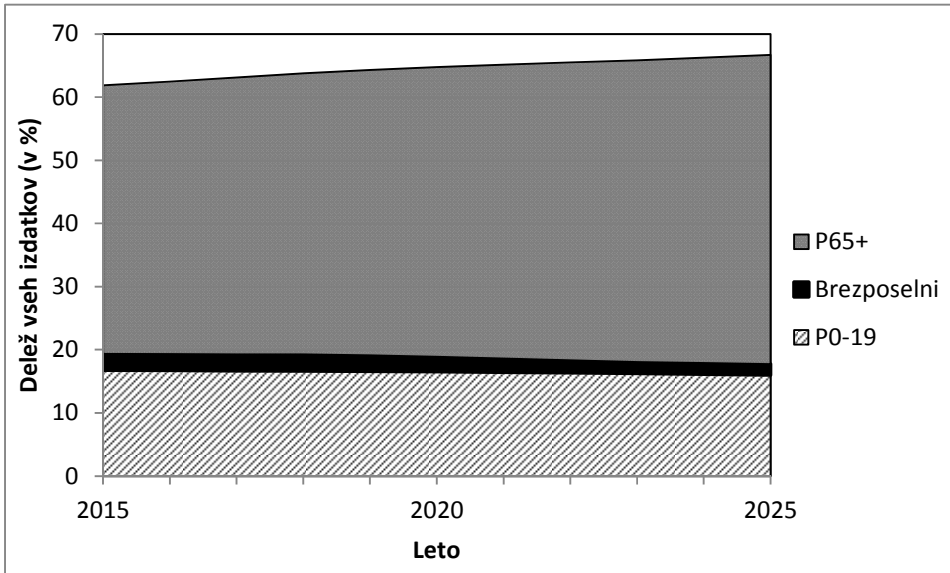


Vir: Prilagojeno po Schreyögg et al., 2005.

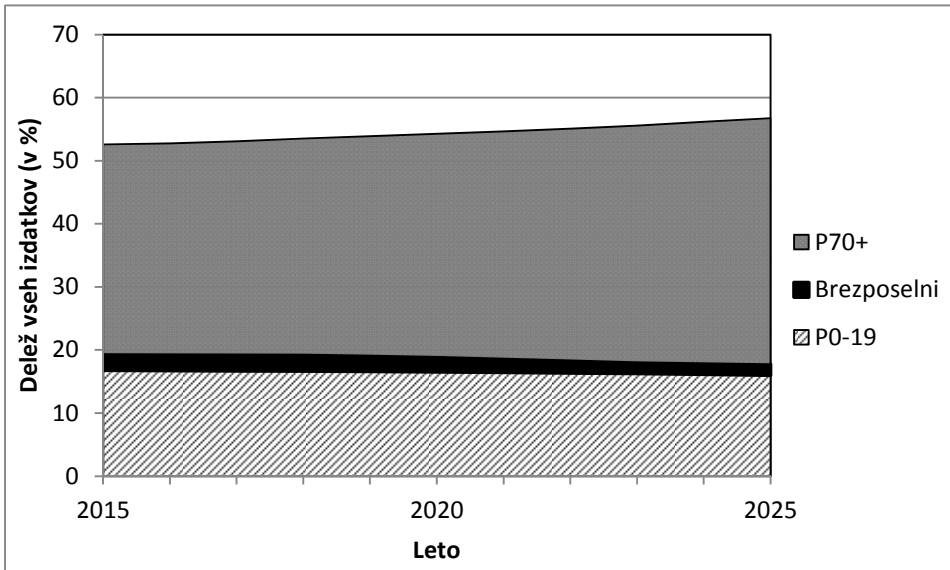
V sliki 6 prikazujemo, kolikšen delež celotnih izdatkov za zdravstvo imata prej omenjeni starostni skupini ( $P_{0-19}$  in  $P_{65+}$ ), ki bi se jima iz košarice A financiral celoten nabor zdravstvenih storitev. Največji delež predstavljajo starejši, saj povprečni izdatki na prebivalca v tej starostni skupini narastejo na visoko raven (slika 2), hkrati pa je umrljivost v nižjih starostih znotraj te starostne skupine še dovolj nizka, da to starost doseže večina populacije. Kot vidimo, bo v prihodnjih 10 letih delež zdravstvenih izdatkov za starostno skupino 65+ v celotnih zdravstvenih izdatkih narasel z 42,5 na 48,9 odstotka. Na drugi strani se bo delež izdatkov za zdravstvo za starostni razred 0–19 let v celotnih zdravstvenih izdatkih predvidoma znižal s 16,8 odstotka v letu 2015 na 16,0 odstotka v letu 2025. Znižal naj bi se tudi delež izdatkov za zdravstvo, ki bo namenjen brezposelnim, saj naj bi se stopnja brezposelnosti znižala z 9,8 odstotka (97 tisoč) v letu 2015 na 6,9 odstotka (67 tisoč) v letu 2025. Gre za anketno (ILO) stopnjo brezposelnosti in ob predpostavki, da bi to veljalo za vse brezposelne osebe. Če bi bili upravičeni do polnega kritja samo določeni brezposelni (na primer tisti, ki plačujejo zdravstvene prispevke), bi bila njihov delež in njihovo število ustrezno manjša.



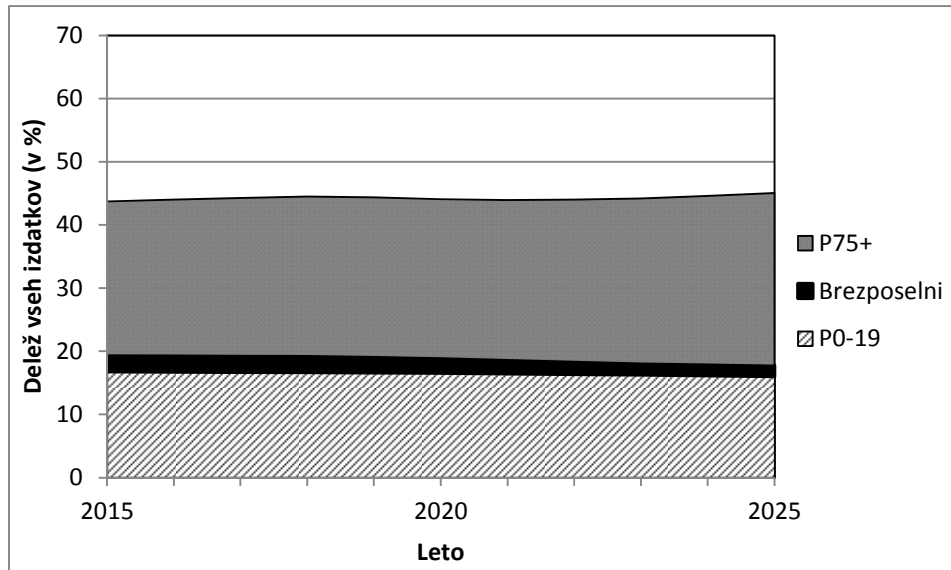
**Slika 6:** Delež zdravstvenih izdatkov za starostni skupini 0–19 let in 65+ ter za brezposelne



Varianta 70+



## Varianta 75+



**Prof. dr. Jože Sambt**

Ekonomska fakulteta Univerze v Ljubljani

### Literatura in viri:

European Commission. (2015). The 2015 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013–2060).

Eurostat. (2014). Population projections EUROPOP2013. Najdeno 1. septembra 2014 na spletnem naslovu <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/population/data/database>

Schreyögg, J., Stargardt, T., Velasco-Garrido, M., & Busse, R. (2005). Defining the "Health Benefit Basket" in nine European countries: Evidence from the European Union Health BASKET Project. *The European Journal of Health Economics*, 6(Suppl 1), 2–10.

## 2.4 PRISPEVEK: VLOGA SPODBUD PRI SPODBUJANJU UČINKOVITOSTI

Finančne in nefinančne spodbude, s katerimi lahko vplivamo na delovanje ključnih deležnikov v zdravstvenem sistemu in jih usmerjamo k uresničevanju zastavljenih ciljev zdravstvenega sistema, postajajo v razmerah, ko rast virov financiranja v zdravstvu zaostaja za izdatki, vse pomembnejše.

Podlage za razumevanje vloge spodbud lahko iščemo v *teoriji principala in agenta*. Agentsko razmerje med dvema deležnikoma nastane, ko eden od deležnikov prevzame vlogo zastopnika (agent) drugega deležnika (principal). V takšnih razmerah sta korist in zadovoljstvo principala odvisna od dejanj agenta. Problem agenta nastane, ker ta nikoli ne ravna izključno skladno z interesi in željami principala, saj ga vodijo lastni motivi. Ker principal in agent ne zasledujeta enakih ciljev in ker je običajno agent bolj informiran od principala, je zelo pomembno, da principal oblikuje ustrezne spodbude, s katerimi usmerja delovanje agenta, in ustvari razmere, v katerih uresničevanje ciljev agenta vodi tudi k uresničevanju ciljev principala. Med primeri nasprotij interesov med principali in agenti se običajno navajajo odnosi med lastniki in managerji podjetij, med večinskimi in manjšinskimi lastniki podjetij ali med managerji in drugimi deležniki, kot so na primer zaposleni ali banke. Ker pa problem principala in agenta nastane vedno, ko v odnosu med dvema deležnikoma eden drugega pooblasti, da od njega prevzame določeno nalogo in jo zanj opravlja, je razumljivo, da moramo problem agenta obravnavati tudi v zdravstvu, kjer igra glede na asimetrijo informacij v odnosih med različnimi subjekti v zdravstvenem sistemu veliko vlogo.

V zdravstvu je asimetrija informacij zelo značilna za odnos med ponudnikom zdravstvenih storitev in bolniki, saj zdravniki na primer bolje poznajo možne načine in stroške obravnave bolnika ter pričakovane izide zdravljenja, bolniki pa po drugi strani bolje poznajo svoje navade in življenjski slog, ki prav tako vpliva na zdravstveni izid. Asimetrija informacij je značilna tudi za odnos med bolniki in ponudniki zdravstvenih zavarovanj, saj običajno zavarovanci bolje poznajo svoje zdravstveno stanje in tveganja za morebitna poslabšanja zdravja. Po drugi strani pa je zlasti v zdravstvenih sistemih z razvitejšim trgom prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj diferenciacija različnih paketov zavarovanj tako velika, da zavarovanci težko opredelijo zase najustreznejšo izbiro. Asimetrija informacij

je značilna tudi za odnos med zdravstvenimi zavarovalnicami in drugimi plačniki ter ponudniki zdravstvenih storitev, saj morajo plačniki opredeliti ceno, na strukturo in višino stroškov pa močno vplivajo tudi ponudniki storitev.

V odnosih, ki jih zaznamuje problem agenta, je mogoče ta problem različno obvladovati. Tako lahko na primer principalni nadzirajo delovanje in rezultate agentovih aktivnosti, lahko pa oblikujejo tudi finančne in nefinančne spodbude, ki ustrezno usmerjajo aktivnosti agentov. V *agentskih razmerjih* so eksplicitni ali implicitni pogodbeni dogovori običajna praksa, vendar pa niso vedno učinkoviti. V pogodbah namreč ni mogoče urediti vseh relevantnih vprašanj, prav tako pa pogosto obstajajo ob sklenitvi pogodbe določene skrite značilnosti ali lastnosti posameznih subjektov, ki jih nasprotni partner ne pozna. Zaradi takšnih skritih značilnosti pride do neustrezne selekcije. V razmerah popolnih informacij bi lahko na primer zdravstvena zavarovalnica natančno ločila med posamezniki z različnimi verjetnostmi za nastanek in razvoj bolezni in zavarovalnice bi bolj tveganim zaračunale višjo, manj tveganim pa nižjo premijo. Ker je verjetnost za nastanek in razvoj bolezni skrita značilnost, oblikuje zavarovalnica povprečno premijo, ki pa je za manj tvegane lahko previsoka, zato lahko nastanejo razmere, ko se manj tvegani niso pripravljene zavarovati. Poleg skritih značilnosti posameznih subjektov ob sklenitvi pogodbe oziroma dogovora pa je za pogodbeno razmerje zelo pomembno tudi obnašanje dogovornih strank po sklenitvi pogodbe. Takšna skrita dejanja pa ustvarjajo problem moralnega tveganja. Moralno tveganje pri porabi zdravstvenih storitev se nanaša na učinek zavarovanja na obnašanje zavarovancev oziroma na verjetnost nastanka škodnega dogodka (ex-ante moralno tveganje) in na učinek zavarovanja na ceno zdravstvene storitve za posameznika in višji obseg povpraševanja po zdravstvenih storitvah (ex-post moralno tveganje). Problem moralnega tveganja torej nastane, ker zaradi učinka zavarovanja posameznik povprašuje po večjem obsegu zdravstvenih storitev kot v primeru, če mora sam plačati dejansko ceno zdravstvene storitve. Posledica so manjše spodbude za minimiziranje škodnih zahtevkov, pritiski na povečevanje obsega zdravstvenega programa, višje cene zavarovanja in tako tudi manjši obseg povpraševanja po zdravstvenem zavarovanju.

Ker nadzor in pogodbeno razmerje ne morejo v celoti učinkovito razrešiti problema agenta, je treba tudi v zdravstvu posebno pozornost nameniti oblikovanju sistema spodbud, ki vplivajo neposredno na obnašanje agentov ali pa

na pomanjkljivosti, do katerih lahko pride pri oblikovanju pogodbenih razmerij, kakršne smo prikazali na primeru zdravstvenega zavarovanja.

Kot smo pokazali, s sklenitvijo zdravstvenega zavarovanja nastane problem moralnega tveganja. Enak problem nastane tudi v primeru kolektivno financiranega zdravstva skozi obvezno zdravstveno zavarovanje ali proračun. V vseh teh primerih pride namreč do ločitve uporabnika zdravstvenih storitev od plačnika in uporabnik v takšnih razmerah poskuša maksimirati svoje preference, ne da bi upošteval omejitve, ki izhajajo iz njegovega dohodka in cen zdravstvenih storitev. Tako je treba v zdravstvu oblikovati tako imenovane *spodbude na strani povpraševanja*. Njihov cilj je, da vsaj delno nadomestijo omejitve, ki v tržnem gospodarstvu z vidika kupca izhajajo iz njegovega dohodka in danih cen ter racionalizirajo povpraševanje po zdravstvenih storitvah. S spodbudami torej na določen način nadomeščamo potrošnikove omejitve v tržnem gospodarstvu in skušamo omejiti posledice moralnega tveganja, torej presežno povpraševanje po zdravstvenih storitvah in pritisk na premije.

V razmerah, ko pride do ločitve potrošnika ali uporabnika zdravstvenih storitev od njihovega plačnika, se vzpostavlja tudi poseben odnos med plačnikom in izvajalci zdravstvenih storitev. Plačniki so lahko zavarovalnice ali država, a tudi zavarovalnice so lahko bodisi državne bodisi zasebne, izvajajo pa lahko obvezno ali prostovoljno zdravstveno zavarovanje. Prav tako so lahko izvajalci zdravstvenega varstva v odnosu med plačniki in izvajalci zelo različni. Lahko so v zasebni ali državni lasti in lahko delujejo v skladu s profitnim motivom ali pa neprofitno.

V takšnih razmerah nastaneta z vidika principala in agenta dva problema, ki zahtevata *spodbude na strani ponudbe*. Prvi se navezuje na posledice zmanjšane stopnje konkurence, do katere pride v primeru pretežno javnih izvajalcev, drugi pa na učinke nadomestitve profitnega motiva izvajalcev z načeli neprofitnega delovanja.

V zdravstvu je vprašanje *konkurence* pomembno, ko je plačnik država ali sklad obveznega zdravstvenega zavarovanja, izvajalci pa neprofitne organizacije v državni lasti. V takih razmerah nastane med plačniki in izvajalci zdravstvenega varstva odnos, ki spominja na stanje bilateralnega monopola. V takem primeru ne nastane ustrezna oblika konkurence niti med plačniki zdravstvenega varstva niti

med njegovimi izvajalci. Če so izvajalci zdravstvenega varstva v celoti v državni lasti, skupna lastnina izvajalcev preprečuje njihovo medsebojno konkuriranje. Tako ne nastane konkurenca, ki običajno v tržnem odnosu povečuje tehnično in stroškovno učinkovitost ter znižuje cene zdravstvenih storitev ali prek necenovne konkurence povečuje njihovo kakovost ter raznolikost prodajnih poti. V takih razmerah plačniki ne morejo pričakovati, da bo zgolj konkurenca med izvajalci zniževala cene ali povečevala kakovost, zato morajo te prisile sami uveljaviti nasproti izvajalcem, in sicer z ustvarjanjem konkurence na vstopu, torej z razpisi in izborom ponudnikov ter z načinom plačevanja njihovih storitev. Plačniki zdravstvenih storitev, ki so ločeni od uporabnikov teh storitev, poskušajo pri izvajalcih zdravstvenega varstva uveljaviti tako imenovane spodbude na strani ponudbe zdravstvenega varstva. Vse oblike spodbud na strani ponudbe zdravstvenega varstva imajo cilj, da spodbujajo izvajalce zdravstvenega varstva k zagotavljanju čim cenejših storitev zdravstvenega varstva ob ohranjanju njihove ustrezne kakovosti. Da bi plačniki v odnosu do izvajalcev zdravstvenega varstva to dosegli, običajno uveljavljajo določene oblike udeležbe izvajalcev pri kritju stroškov.

Ker se v zdravstvu zaradi monopolov, zunanjih učinkov in javnih oziroma klubskih dobrin profitni motiv nadomešča z *neprofitnimi količinskimi cilji*, nastane z vidika reševanja agentskega problema še en izziv, ki je sicer značilen tudi za zasebni sektor, a je pri neprofitnih organizacijah močnejše izražen. Tudi v razmerah, ko je prisotna konkurenca in podjetja delujejo po profitnih načelih, namreč velja, da tržnih spodbud ne čutijo vsi deležniki v podjetju. Običajno jih najboljše čutijo managerji, saj obstaja možnost izgube položaja ob nedoseganju pričakovanih dobičkov za lastnike, poleg tega pa je del njihovega dohodka odvisen od dosežene poslovne uspešnosti. Zaposleni te spodbude praviloma manj čutijo, a se tržne spodbude tudi zanje okrepijo z ukrepi, kot so reorganizacija podjetij v profitne centre, variabilni del plače zaposlenih in delavsko delničarstvo, pri čemer je moč tržnih spodbud za zaposlene odvisna tudi od strukture zaposlenih in organizacijske strukture podjetja. Ker za neprofitno delovanje velja, da si lastnik oziroma ustanovitelj ne prisvaja ustvarjenega presežka, ampak se mora ta nameniti za razvoj dejavnosti ali korekcijo cen, spodbuda za ustvarjanje presežka ne nastane več tako neposredno kot v primeru profitnega poslovanja. V takšnih razmerah je treba za agente, torej predvsem za managerje in zaposlene, spodbude oblikovati drugače in z bolj neposrednimi vzvodi za učinkovito

opravljanje dejavnosti, ki ustvarja presežke, potrebne za nadaljnji razvoj in napredek njihove dejavnosti. V zdravstvu vlogo takšnih spodbud prevzemajo načini plačevanja storitev oziroma izvajalcev teh storitev in tudi način organiziranja izvajalcev ter pravila za njihovo delovanje. Da v zdravstvu načini plačevanja nesporno vplivajo na obnašanje izvajalcev, najlepše kaže primer prehoda s plačila po številu oskrbnih dni na plačilo po primeru. Da je treba pri uvedbi določenega načina plačevanja upoštevati tudi način organiziranja in reguliranja izvajalcev, pa lepo kažejo primerjave med javnimi ponudniki in koncesionarji, ki izvajajo enak tip dejavnosti in so tudi financirani enako. Splošni zdravniki, ki delujejo v okviru javnih zavodov, se na spodbude, ki jih ustvarja glavarinski način njihovega plačevanja, odzivajo drugače kot zasebni splošni zdravniki s koncesijo, ki so prav tako del javne mreže.

## **1 Spodbude na strani povpraševanja**

Pojasnili smo, da so spodbude na strani povpraševanja potrebne predvsem zaradi ločitve uporabnikov zdravstvenih storitev od plačnikov storitev.

### **1.1 Doplačila**

Najbolj značilna oblika spodbud na strani povpraševanja v zdravstvenem varstvu so tako imenovana *doplačila*. V razmerah ločitve uporabnikov zdravstvenih storitev od njihovih plačnikov bolniki pri odločanju o obsegu povpraševanja po zdravstvenih storitvah ne upoštevajo cen zdravstvenih storitev, saj jih zelo pogosto ne morejo niti opaziti ali pa jih čutijo zelo posredno, na primer prek višine premij zdravstvenih zavarovanj. Doplačila naj bi tako vsaj nekoliko nadomestila signal cene zdravstvenih storitev, saj določen del cene zdravstvene storitve pokrije plačnik, to je zdravstvena zavarovalnica ali država, določen del cene te storitve pa pokrije uporabnik zdravstvene storitve iz žepa.

Prvo temeljno načelo oblikovanja doplačil je, da morajo biti majhna. Visok delež doplačil namreč ustvarja razmere, v katerih posamezni uporabnik zdravstvene storitve vse bolj neposredno opazi pri svojem odločanju o nakupu zdravstvenih storitev višino njene cene, s tem pa hkrati izginevajo temeljni razlogi za uveljavljanje ločitve med uporabnikom in plačnikom zdravstvenih storitev, torej zagotavljanje solidarnosti in enakosti. Drugo temeljno načelo doplačil pa je, da ne

smejo biti zavarovana in jih mora uporabnik plačati iz svojega žepa, da bi neposredno čutil signal o višini cene zdravstvenih storitev.

Doplačila se lahko pojavljajo v treh različnih oblikah.

1. Doplačilo je lahko v obliki ***deleža cene zdravstvene storitve***. Če je doplačilo za vse storitve opredeljeno z enakim deležem v njihovi ceni, doplačila ne rušijo relativnih cen zdravstvenih storitev, signal, ki vpliva na obnašanje kupcev zdravstvenih storitev, pa je sorazmeren glede na ceno zdravstvenih storitev in uporabnik zazna, kdaj troši dražjo zdravstveno storitev. Ne glede na te prednosti pa je možno doplačilo v obliki deleža cene zdravstvenih storitev uveljaviti tudi tako, da za različne zdravstvene storitve veljajo različni deleži v njihovi ceni. V tem primeru informacije, ki jih dobi uporabnik zdravstvenih storitev, ne izražajo relativnih cen zdravstvenih storitev, lahko pa na ta način uveljavljamo določeno stopnjo solidarnosti, ob tem pa kljub temu opozarjamo uporabnika zdravstvenih storitev, da te niso brezplačne.
2. Doplačilo je lahko v obliki ***razlike med ceno zdravstvene storitve in vnaprej določenim zneskom***, ki ga krije zavarovalnica ali država. Primer takšnega doplačila nastane, ko uporabnik sam plača storitev izbranemu ponudniku, zavarovalnica pa mu strošek povrne, a v višini, ki ni nujno enaka celotnemu nastalemu strošku. Tudi ta oblika doplačil ne ruši relativnih cen storitev in sporoča uporabniku zdravstvenih storitev, kako draga je zdravstvena storitev, a je način signaliziranja bolj posreden in pogosto manj jasen kot v primeru doplačila v obliki enotnega deleža cene zdravstvene storitve. Takšen tip doplačila pomeni za plačnika stabilne izdatki za nakupe zdravstvenih storitev, saj je višina krite cene vnaprej določena, uporabnike pa spodbuja, da izbirajo med izvajalci in tako krepijo konkurenco med njimi.
3. Doplačila so lahko določena tudi v ***absolutnem znesku***. Fiksni znesek se lahko razlikuje za različne tipe zdravstvenih storitev. V takem primeru signal, ki ga dobiva uporabnik zdravstvene storitve v obliki doplačila, govori zgolj o tem, da povzroča uporaba zdravstvenih storitev določene stroške plačniku, vendar taka oblika doplačila ne izraža višine relativnih cen zdravstvenih storitev. Doplačilo v fiksnem znesku ima določene



prednosti za izvajalce zdravstvenega varstva, saj je obračun doplačila preprost.

Doplačila lahko uvedemo pri vseh zdravstvenih storitvah, ker pa so oblika racionalizacije povpraševanja s strani plačnika in hkrati oblika simulacije tržnih razmer za končnega potrošnika v zdravstvenem varstvu, jih običajno uvajamo pri tistih zdravstvenih storitvah, s katerimi bolniki vstopajo v zdravstveni sistem. Tipično mesto uvajanja doplačil je v primarnem zdravstvenem varstvu in tudi pri povpraševanju po zdravilih ter nekaterih medicinsko-tehničnih pripomočkih. Doplačila uporabljamo, kadar o uporabi zdravstvenih dobrin odločajo bolniki, manj smiselna pa je njihova uporaba, kadar o uporabi zdravstvenih dobrin odločajo izvajalci zdravstvenih storitev, kot so zdravniki ali medicinske sestre ter drugo zdravstveno osebje. V tem primeru njihove odločitve regulirajo povpraševanje, zato racionalizacija povpraševanja neposredno pri bolnikih ni smiselna, vendar je treba poskrbeti za ustrezne spodbude na strani ponudbe, ki vplivajo na morebitni problem s strani ponudbe spodbujenega povpraševanja.

## **1.2 Odbitki**

Pri odbitkih gre za način vključevanja končnih uporabnikov zdravstvenih storitev v sistem financiranja zdravstvenega varstva, pri katerem zavarovalnica, sklad ali proračun krijejo stroške zdravstvenih storitev v celoti ali v določenem deležu, ko izdatki posameznika presežejo vnaprej določen znesek zdravstvenih izdatkov. Tudi odbitki signalizirajo končnim potrošnikom, da storitve zdravstvenega varstva niso brezplačne, pri čemer bolnik iz žepa plačuje manjše stroške zdravljenja, večje stroške pa solidarnostno prevzame bodisi obvezno zdravstveno zavarovanje bodisi država. Odbitki manj kot doplačila signalizirajo razlike med cenami zdravstvenih storitev.

Uveljavljanje odbitkov v zdravstvenih sistemih ni povezano zgolj z racionalizacijo povpraševanja. Zelo pogosto v zdravstvenih sistemih uveljavljamo odbitke, da bi znižali administrativne stroške obdelave škodnih zahtevkov. Številne zdravstvene storitve imajo zelo nizke cene, od plačnikov in izvajalcev pa zahtevajo enak obseg administrativnega dela kot zdravstvene storitve, ki so bistveno dražje. Z uporabo odbitkov se zmanjšajo stroški delovanja plačnikov in administrativno breme izvajalcev, ne da bi se bistveno prizadela solidarnost v potrošnji zdravstvenih dobrin. Pri tem je treba omeniti, da takšno uveljavljanje

odbitkov lahko nekoliko poveča tveganje za porabnike zdravstvenih storitev. Če so odbitki večji, lahko tudi bolj obremenijo dohodek bolnikov, zato se lahko zgodi, da se bolniki ne odločajo za nakup zdravstvenih storitev.

### **1.3 Vrtarstvo**

Doplačila in odbitke štejemo med tako imenovane finančne spodbude na strani povpraševanja. Poleg teh poznamo tudi nefinančne oblike spodbud na strani povpraševanja, med katere se uvršča tudi vrtarstvo, ki se nanaša na vstop bolnikov v zdravstveni sistem. Vrtarsko funkcijo izvaja tisti izvajalec zdravstvenega varstva, prek katerega bolnik vstopa v zdravstveni sistem. Najpogostejši primer je osebni zdravnik, ki je prvi poklican, da presodi zdravstveno stanje potencialnega bolnika, mu določi tiste oblike zdravljenja, ki se lahko opravijo pod njegovim nadzorom, ali pa ga z napotnico napoti do specialistov in drugih izvajalcev zdravstvenih storitev. Dostop do vrtarja v zdravstvenem sistemu je vedno odprt, vrtar pa nato regulira nadaljnje povpraševanje po zdravstvenih storitvah.

Vrtarska funkcija je v zdravstvenih sistemih lahko povezana tudi z uveljavljanjem doplačil in odbitkov. Kot smo že omenili, doplačila in odbitki niso smiselni pri nadaljnjih postopkih zdravljenja, o katerih odloča izvajalec zdravstvenega varstva, ki opravlja funkcijo vrtarja. V teh primerih odločitev o uporabi zdravstvenih storitev ni stvar bolnika ali potencialnega bolnika, ampak je stvar zdravstvenega osebja, ki opravlja vrtarsko funkcijo. To naj bi odločitev o nadaljnjem zdravljenju in nadaljnji uporabi zdravstvenih storitev sprejemalo na podlagi zdravstvene tehnologije in ne na podlagi preferenc bolnika ali zdravstvenega osebja, za kar pa je treba, kot bomo prikazali v nadaljevanju, vrtarsko funkcijo dopolniti tudi z ustreznimi spodbudami na strani ponudbe.

### **1.4 Oblikovanje ponudbe**

Posebna oblika nefinančnih spodbud na strani povpraševanja je tudi tako imenovano oblikovanje ponudbe oziroma oblikovanje mreže izvajalcev zdravstvenega varstva, ki opredeljuje dostopnost do storitev zdravstvenega varstva. Prav s tega vidika mreža izvajalcev zdravstvenega varstva vpliva tudi na obnašanje prebivalstva pri uporabi zdravstvenih storitev.

Če bi zdravstveni sistem temeljil na tržni koordinaciji gospodarskih dejavnosti z zasebnimi izvajalci in s plačevanjem storitev zdravstvenega varstva iz žepa, bi mreža nastala po ekonomskih kriterijih, kar pomeni, da bi se po eni strani upoštevala geografska razporeditev prebivalstva, po drugi strani pa predvsem optimalna velikost izvajalcev zdravstvenega varstva, ki je odvisna od tehnologije. Določeni manjši izvajalci z določenim naborom storitev bi se lahko približali potrošnikom, ker pa je optimalna velikost določenih bolj specializiranih izvajalcev večja, bi zagotavljanje učinkovitosti in ustrezne kakovosti pogojevalo tudi manjšo dostopnost oziroma večje razdalje med različnimi uporabniki. Ker oblikovanje mreže izvajalcev zdravstvenega varstva v razmerah tržne koordinacije te dejavnosti nastaja v skladu s profitnim motivom, je seveda povsem mogoče, da bi se mreža oblikovala neenakomerno in da na določenih geografskih območjih ne bi bilo niti izvajalcev osnovnih zdravstvenih dejavnosti. Ker v zdravstvu trg ni temeljni mehanizem koordinacije dejavnosti, je ena ključnih vlog države na področju zdravstvenega varstva prav oblikovanje mreže izvajalcev zdravstvenega varstva. Pri tem mora seveda upoštevati geografsko razporeditev prebivalstva in transportne povezave ter oddaljenost prebivalstva od izvajalcev zdravstvenega varstva, njihovo tehnologijo in optimalno velikost, vrsto zdravstvenega varstva in tudi lastninski značaj izvajalcev zdravstvenega varstva.

Na splošno bi lahko dejali, da je v okviru javne mreže največjo stopnjo dostopnosti smiselno doseči prav v primarnem zdravstvenem varstvu. Ob tem se moramo zavedati, da sekundarno zdravstveno varstvo, zlasti dejavnosti bolnišnic in nekaterih specialistov, zahteva kapitalsko intenzivne tehnologije in je zato povezano z večjo optimalno velikostjo izvajalcev. V takih primerih je smiselno znižati dostopnost, da bi dobili učinkovitejše izvajalce. Mreža izvajalcev zdravstvenega varstva, v okviru katere je dostopnost do storitev zdravstvenega varstva nižja, je torej lahko s strani izvajalcev zdravstvenega varstva učinkovitejša, a povečuje stroške uporabnikov zdravstvenih storitev, zahteva od njih večjo racionalizacijo pri odločitvah o uporabi zdravstvenih storitev ter bolj selekcionira in racionalizira povpraševanje po storitvah zdravstvenega varstva. Načrtovanje mreže izvajalcev zdravstvenega varstva je tako pogosto kompromis med zagotavljanjem geografske dostopnosti in hitrostjo dostopa do izvajalcev ter med njihovo učinkovitostjo in optimalno velikostjo.

## 1.5 Čakalne dobe

Tretja oblika nefinančnih spodbud za racionalizacijo povpraševanja v zdravstvenem varstvu so čakalne liste in vrste. V zdravstvenih sistemih, v katerih je uporabnik ločen od plačnika, lahko nastaja razkorak med obsegom povpraševanja po zdravstvenih storitvah in obsegom njihove ponudbe. Čakalne dobe so izraz stanja, v katerem je obseg povpraševanja po zdravstvenih storitvah večji od obsega njihove ponudbe oziroma zmogljivosti, ki omogočajo takšno ponudbo. Čakalne dobe so sicer v zdravstvenem sistemu vedno prisotne, saj so normalni del organiziranja zdravstvenih dejavnosti. Predolge čakalne dobe in njihovo podaljševanje pa kažejo, da v zdravstvenem sistemu niso do konca izkoristili vseh drugih elementov uravnavanja in usklajevanja ponudbe in povpraševanja po zdravstvenih storitvah. Lahko pa čakalne dobe dopuščamo tudi zavestno kot obliko odpravljanja razkoraka med obsegom povpraševanja in obsegom ponudbe. V tem primeru seveda narašča tveganje na strani bolnikov, po drugi strani pa lahko neustrezne čakalne dobe izzovejo tudi vključevanje novih izvajalcev zdravstvenega varstva. Tipičen primer so predolge čakalne dobe v okviru javne mreže, kar spodbudi vključitev zasebnih izvajalcev zdravstvenega varstva.

## 2 Spodbude na strani ponudbe

Kot smo prikazali v uvodu k temu poglavju, naj bi spodbude na strani ponudbe po eni strani nadomeščale odsotnost prisile, ki izhaja iz konkurence, po drugi strani pa naj bi igrale veliko vlogo v razmerah, ko je treba nadomestiti spodbude, ki izhajajo iz profitnega motiva ponudnikov storitev. Profitni motiv je povezan z motivom zniževanja stroškov, saj morajo ponudniki, ki želijo maksimirati profit, pred tem minimizirati stroške. Osnovna ideja spodbud na strani ponudbe je prav v tem, da spodbujajo ponudnike k stroškovno učinkovitemu poslovanju.

Ker v zdravstvu pogosto ne moremo pričakovati, da bo konkurenca med izvajalci spodbujala stroškovno učinkovitost, je treba to prisilo uveljaviti drugače. Prvi način je z ustvarjanjem *konkurence na vstopu*, torej z razpisi in izborom ponudnikov. Ker pa je za oblikovanje pogodbenih razmerij značilna vrsta pomanjkljivosti, je treba dodatne spodbude na strani ponudbe uveljaviti tudi za pogodbeno izbrane ponudnike. Gre za uvajanje sistema, ki ga običajno

imenujemo sistem *delitve stroškov med izvajalcem in plačnikom* zdravstvenega varstva oziroma oblike plačevanja dejavnosti izvajalcev zdravstvenega varstva. Delimo jih na plačilo po storitvi, plačilo po primeru, plačilo v obliki glavarine in plačilo stroškov dela. Vse oblike so podrobneje prikazane v nadaljevanju.

## **2.1 Plačilo po storitvi**

Plačilo po storitvi je oblika plačevanja izvajalcev zdravstvenega varstva, pri kateri prihodek izvajalcev nastaja s plačevanjem vsake storitve zdravstvenega varstva posebej. Velikost prihodka izvajalca opredeljujeta obseg opravljenih storitev in njihova cena, ki je vnaprej določena v odnosu med plačnikom in izvajalcem. Za tak način plačevanja izvajalcev zdravstvenega varstva je značilno, da plačilo nastane po opravljeni zdravstveni storitvi. Izvajalec zdravstvenega varstva mora tako najprej pritegniti bolnika, potem pa mora izpeljati zdravstveno storitev ali zdravstvene storitve, ki so povezane z zdravljenjem takega bolnika, in zaračunati vsako storitev posebej, in sicer po ceni, ki jo je dogovoril s plačnikom.

Primer plačevanja po storitvi v Sloveniji je uporaba točk za specialistično ambulantno dejavnost. Posamezna zdravstvena storitev je opredeljena z določenim številom točk, zmnožek števila točk in cene točke pa daje ceno zdravstvene storitve. Večji obseg opravljenih storitev pomeni za izvajalca višji prihodek. Podoben primer je tudi plačilo glede na število oskrbnih dni.

Pozitivni učinki takega načina plačevanja so v tem, da izvajalce zdravstvenega varstva spodbuja k čim večjemu številu opravljenih zdravstvenih storitev. Če v zdravstvenem sistemu obstaja konkurenca po načelu »denar sledi bolniku«, je plačevanje izvajalcev po storitvi primeren način, saj spodbuja konkurenčno borbo za pridobivanje potencialnih bolnikov. Vendar lahko plačevanju po storitvi pripišemo tudi izrazite slabosti. Pri takem plačevanju so izvajalci le šibko spodbujeni k stroškovno učinkovitejšemu poslovanju. Glede na to, da je cena zdravstvene storitve dogovorjena s plačnikom, je za izvajalce sicer smiselno, da opravijo zdravstveno storitev s čim nižjimi stroški, toda po drugi strani lahko zaradi fiksnih stroškov prihranke v poslovanju ustvarijo tudi s povečanjem obsega opravljenih zdravstvenih storitev. Če za izvajalce niso opredeljene omejitve glede števila opravljenih zdravstvenih storitev, tudi ne tvegajo, da bi morali del stroškov izvajanja zdravstvenih storitev pokrivati sami. Tak sistem ustvarja tudi močne spodbude za nastajanje tako imenovanega s strani ponudbe

spodbujenega povpraševanja, ki ga izzovejo izvajalci zdravstvenega varstva pri bolnikih, da bi povečali obseg svoje dejavnosti.

Zaradi navedenih pomanjkljivosti je uporaba plačila po primeru v zdravstvu smiselna samo v določenih primerih, ki omogočajo, da se izrazijo prednosti te metode plačila. V nekaterih primerih je plačevanje po storitvi edino možno, saj omogoča določeno fleksibilnost izvajanja zdravstvenih storitev. Tako je tak sistem plačevanja smiselno uporabiti pri tistih zdravstvenih storitvah, ki jih je težko načrtovati vnaprej, če pa nastane potreba po njihovi izvedbi, je smiselno, da stroške izvajanja takih zdravstvenih storitev v celoti pokrijejo plačniki. Uporaba tega načina plačila izvajalcev je smiselna tudi v primerih, ko je spodbujanje količine storitev zaželeno. Gre na primer za preventivne programe, kot so presejalni program za raka dojk ali preventivni program za odkrivanje predrakavih in zgodnjih rakavih sprememb na materničnem vratu. Če pa ga uporabljamo pri storitvah, pri katerih želimo preprečiti učinek s strani ponudbe spodbujenega povpraševanja, pa lahko slabosti plačila po storitvi tudi v določeni meri odpravimo, in sicer z omejitvijo razpoložljivega letnega proračuna za storitve, ki se tako plačujejo. V takšnih razmerah se seveda lahko zgodi, da obstaja na trgu potreba po določenih zdravstvenih storitvah, izvajalci pa jih ne izvajajo več, ker zanje ne dobijo plačila.

## **2.2 Plačilo po primeru**

Pri plačilu po storitvi plačnik plača izvajalcu vsako posamezno zdravstveno storitev, ki jo opravi v povezavi z določenim bolnikom. Plačilo po primeru obsega plačilo košarice zdravstvenih storitev, ki jih je treba opraviti, da bi izboljšali zdravstveno stanje pri bolniku. Izvajalec, ki je bolj racionalen in z obravnavo določenega primera povzroči manjše stroške, je za svojo racionalnost nagrajen, saj je enako plačan kot izvajalec, ki pri obravnavi primerljivega primera porabi večji obseg različnih storitev in povzroči višje neposredne in posredne stroške.

Pri plačilu po primeru izvajalci zdravstvenega varstva še vedno želijo pridobiti čim več različnih primerov. Tako tudi ta način plačevanja izvajalcev zdravstvenega varstva vodi do konkurence med izvajalci, kar je še zlasti značilno, če se upošteva načelo »denar sledi bolniku«, vendar so spodbude za stroškovno učinkovito izvajanje zdravstvene dejavnosti bistveno večje kot v primeru

plačevanja po storitvi. Tudi možnost nastajanja s strani izvajalcev spodbujenega povpraševanja je manjša, saj je primer vedno povezan z določeno boleznijo v celoti in z enim bolnikom.

Plačilo po primeru olajša tudi načrtovanje izdatkov za plačnika, saj je napovedovanje incidence in prevalence bolezni lažje kot napovedovanje povpraševanja po posameznih zdravstvenih storitvah. Plačevanje primerov pa od plačnika zahteva ustrezno klasifikacijo primerov. Plačilo akutne obravnave po skupinah primerljivih primerov je danes najbolj razširjena oblika plačevanja bolnišnic. Plačnik ima možnost, da plačilo po skupinah primerljivih primerov tudi redno korigira glede na uveljavljanje izboljšav v stroškovni učinkovitosti in zlasti glede na spremembe v medicinski tehnologiji, zato je ena od značilnosti plačevanja po skupini primerljivih primerov tudi redna korekcija plačil po posameznem primeru.

### **2.3 Glavarina**

Glavarina je plačilo izvajalcev zdravstvenih storitev glede na število opredeljenih bolnikov. Izvajalec zdravstvenega varstva mora pridobiti določeno število prebivalcev kot potencialnih bolnikov, s strani plačnika pa je v takem primeru plačan glede na število pridobljenih potencialnih bolnikov. Število bolnikov, ki bo v resnici poiskalo zdravstvene storitve pri takem izvajalcu, in obseg zdravstvenih storitev, ki jih bo izvajalec bolnikom nudil, pa ne vplivata na plačilo izvajalca.

Za tako imenovani čisti glavarinski sistem je značilno, da izvajalec dobi plačilo za vsakega potencialnega bolnika v enaki višini. Plačilo se v tem primeru ne razlikuje glede na stroške, ki nastanejo z obiski takih bolnikov in z zdravstvenimi storitvami, ki jih izvajalec izvede v procesu zdravljenja bolnika. Čim več potencialnih bolnikov obiše izvajalca in čim večji je obseg storitev, ki jih nudi, tem večji so tudi njegovi stroški in tem manjši je njegov zaslužek, saj se prihodki, ki jih pridobi pri tem primeru, ne spremenijo.

V primeru prilagojenega glavarinskega sistema pa so izvajalci v osnovi plačani po glavarini, podobno kot pri čistem glavarinskem sistemu, a določene stroške plačnik izvajalcu povrne v dejanski višini. Prilagojeni glavarinski sistem tako nekoliko zmanjšuje tveganje za izvajalce zdravstvenega varstva in lahko upošteva

tudi demografske in druge značilnosti potencialnih bolnikov, ki so se odločili za določenega izvajalca. Tako se lahko glavarina za posameznega potencialnega bolnika tudi razlikuje glede na starost ali spol ter druge razlike, ki vplivajo na nastanek stroškov zdravstvenega varstva pri izvajalcu.

Glavarino običajno uporabljamo kot način plačevanja izvajalcev zdravstvenega varstva v primerih, ko je na izvajalce vezano večje število potencialnih bolnikov. Večje število potencialnih bolnikov namreč pomeni za izvajalca razpršitev tveganja za nastanek stroškov. Prav tako je pomembno, da glavarino uporabljamo, ko je nabor zdravstvenih storitev pri izvajalcih manjši. V tem primeru je tudi verjetnost nastanka izjemnih stroškov ali izjemnih zdravstvenih storitev, ki jih mora ponuditi izvajalec, manjša. Prav zato glavarinski sistem plačevanja izvajalcev zdravstvenega varstva običajno uporabimo v primarnem zdravstvenem varstvu.

Temeljni pozitivni učinek glavarinskega sistema je, da nastaja pri izvajalcu močna spodbuda za zmanjševanje stroškov. Poleg tega, da glavarinski sistemi spodbujajo k zniževanju stroškov z zmanjševanjem števila izvedenih zdravstvenih storitev pri posameznem bolniku, pa ta sistem plačevanja spodbuja tudi k manjši ponudbi dražjih zdravstvenih storitev, k zniževanju kakovosti zdravstvenih storitev in preferiranju potencialnih bolnikov, pri katerih je manjša verjetnost pojava in razvoja bolezni. Izvajalci zdravstvenega varstva se ob močnih spodbudah za zniževanje stroškov pač izogibajo vseh tistih dejavnosti, ki jim po njihovem mnenju povzročajo nepotrebne stroške. Slaba stran spodbude k stroškovni učinkovitosti je tudi v tem, da izvajalci (zlasti če imajo vlogo vratarja) v takih primerih bolnike večinoma pošiljajo na nadaljnje zdravljenje. Takšne napotitve jim namreč omogočajo, da opravijo manj storitev za bolnika iz glavarine in jih nadomestijo z več storitvami drugih izvajalcev, ki niso plačane v okviru glavarinskega sistema. Zato je odločanje o vprašanju, katere storitve mora izvajalec pokriti iz glavarine, ključno ne le z vidika bolnika in njegovega tveganja, ampak tudi z vidika stroškov zdravstvenega varstva.

Slabosti glavarinskega sistema, ki izhajajo iz močnih spodbud za zniževanje stroškov, lahko omilimo s krepitvijo konkurence med izvajalci. Kot smo že spoznali, lahko to naredimo z uvajanjem sistema »denar sledi bolniku«, ali pa tako, da povečujemo možnost izbire izvajalcev s strani porabnikov. Ker je uveljavljanje načela »denar sledi bolniku« v razmerah glavarinskega sistema



težje, v nekaterih primerih pa tudi neizvedljivo, je zlasti pomembna svobodna izbira izvajalcev. Horizontalna mobilnost porabnikov zdravstvenih storitev zaradi možnosti prehajanja od enega izvajalca k drugemu zaostruje konkurenco med izvajalci in preprečuje, da bi izvajalci z zniževanjem stroškov zanemarili kakovost zdravstvenih storitev, pa tudi njihov obseg in vrsto ter s tem povečali tveganje za bolnika. S tega vidika je zelo pomembna tudi informiranost porabnikov zdravstvenih storitev, saj horizontalna mobilnost bolnikov ne temelji na cenovni konkurenci, ampak na za zdravstvo značilnih oblikah necenovne konkurence. Kakovost in celovitost storitve posameznega izvajalca sta s tega vidika ključni. Potencialni bolnik mora biti po tej plati tudi ustrezno informiran, manjša informacijska asimetrija pa je možna, če lahko izbira med izvajalci, ki ponujajo omejen nabor storitev.

## **2.4 Plačevanje stroškov delovanja izvajalcev**

Med spodbude na strani ponudbe sodi tudi sistem, ki temelji na plačevanju plač zaposlenih pri izvajalcih zdravstvenega varstva. Gre za to, da plačnik opredeli število zaposlenih pri izvajalcih, in sicer tako zdravstvenega kot nezdravstvenega osebja, ceno njihovega dela, potem pa pokriva stroške dela takšnih izvajalcev. Da bi bilo delovanje izvajalcev v takem sistemu možno, mora plačnik pokrivati tudi materialne stroške, stroške storitev, amortizacijo in druge stroške.

Takšen sistem plačevanja je običajen za zdravstvene sisteme, ki temeljijo na državni koordinaciji zdravstvene dejavnosti in državnih izvajalcih zdravstvenega varstva. Ker pri drugih sistemih plačevanja nastane spodbuda s strani ponudbe prav zaradi dejstva, da so plače izvajalcev zdravstvenega varstva odvisne od stroškovne učinkovitosti izvajalca, pri plačevanju plač pa so plače neodvisne od nastajanja drugih stroškov pri izvajalcu, je sistem plačevanja plač nezdružljiv z drugimi sistemi plačevanja, ki smo jih omenili v tem poglavju.

Tak sistem ima le skromne spodbude za racionalno ravnanje ponudnikov zdravstvenega varstva. Spodbuda za posameznika nastane le v primeru, ko je plačilo posameznika vezano na opredeljen obseg opravljenega dela. V takšnih razmerah je posameznik nagrajen, če je njegova produktivnost dela nadpovprečna in potrebuje za izvedbo določene zdravstvene storitve manj dela, kot ga načrtuje plačnik. Tak sistem spodbuja k večji produktivnosti in tudi k večji intenzivnosti dela. Nagrajen je tisti zaposleni, ki opravi več zdravstvenih storitev v časovni

enoti, kar lahko opredelimo kot produktivnost dela. Nagrajen pa je tudi tisti zaposleni, ki v časovni enoti dela naredi več učinkovitega dela, kar lahko opredelimo kot intenzivnost dela. V takih sistemih so osebni prejemki posameznika, zaposlenega pri izvajalcu zdravstvenega varstva, pogosto povezani tudi s prihranki, ki nastanejo pri gospodarjenju z drugimi inputi in vplivajo na nedelovne stroške. Prihranki na teh področjih se lahko v določeni meri prelijejo tudi v nagrado zaposlenim in povečujejo prejemke, ki izhajajo iz vnaprej dogovorjenih plač s plačnikom. Ker so plače v takem sistemu zelo pogosto odvisne od izobrazbe in ravni v hierarhiji zaposlitev, ta sistem spodbuja zaposlene pri izvajalcih zdravstvenega varstva tudi k dodatnemu izobraževanju in napredovanju znotraj izvajalca v kadrovski strukturi. S tem vzpostavlja tudi določeno obliko konkurence med zaposlenimi, ki lahko prav tako prispeva k povečevanju produktivnosti in intenzivnosti dela.

**Doc. dr. Petra Došenović Bonča**

Ekonomska fakulteta Univerze v Ljubljani

## **2.5 PRISPEVEK: SISTEMSKA PRENOVA JAVNIH IZVAJALCEV ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V SLOVENIJI**

Projekt prenove javnega zdravstvenega sistema identificira reformo javnih izvajalcev, »ponudnikov storitev«, kot pomemben del v celotni verigi učinkovite zdravstvene oskrbe. Današnji sistem ureja poslovanje in delovanje javnih zdravstvenih zavodov v okviru javnega sektorja, kar je problematično predvsem z vidika avtonomije upravljanja, zaposlitvenih razmerij in spodbud, ki ne delujejo. Javne bolnišnice v Evropi so šle skozi proces sprememb, ostale v državni lasti, vendar uporabljajo spodbude in sledijo praksam, ki so značilne za zasebni sektor. Teorija upravljanja pojasnjuje kompleksen mozaik odnosov v procesu sprejemanja odločitev med različnimi igralci v okviru zdravstvenega sistema, kjer so meje pogosto zabrisane. Ključni element teh reform je bilo povečanje avtonomije izvajalcev, kar je pomembno tako z vidika soočanja z izzivi kot z vidika omejitev vmešavanja lokalnih in regionalnih političnih akterjev v proces odločanja (Duran & Saltman, 2013).

### **1 Ključne pomanjkljivosti sedanjega sistema javnih izvajalcev**

V obstoječem sistemu sestavljajo mrežo ponudnikov zdravstvenih storitev javni zdravstveni zavodi, ki zdravstveno dejavnost opravljajo kot javno službo, ter druge pravne in fizične osebe na podlagi koncesije (Zakon o zdravstveni dejavnosti – ZZDej, 3. člen)<sup>1</sup>. Javni zdravstveni zavodi so del javnega sektorja, ki je lastninsko, strukturno in upravljavsko na ravni iz začetka devetdesetih let prejšnjega stoletja, ko je bil sprejet še vedno veljaven Zakon o zavodih (Zakon o zavodih, Uradni list RS, št. 12/91). Na podlagi tega zakona se je premoženje tedanjih samoupravnih organizacij družbenih dejavnosti po zakonu »začasno« pretvorilo v lastnino ustanovitelja (Bohinc & Tičar, 2012). Kljub temu da je bila ta rešitev opredeljena kot prehodna in je zakonodajalec predvidel spremembe v prihodnosti, danes javni zavodi še vedno delujejo podobno. Javni izvajalci na področju zdravstva so tako v obstoječem sistemu organizirani kot javni

---

<sup>1</sup> Nadalje zakon v istem členu določa, da se dejavnosti klinik, kliničnih inštitutov ali kliničnih oddelkov, socialnomedicinska, higienska, epidemiološka in zdravstveno-ekološka dejavnost, lekarniška dejavnost ter preskrba s krvjo, krvnimi pripravki in organi za presajanje ter mrliškopregledna služba opravljajo samo kot javna služba.

zdravstveni zavodi, v katerih se je premoženje v nekdanjih samoupravnih organizacijah družbenih dejavnosti po Zakonu o zavodih (1991) pretvorilo v lastnino ustanovitelja, torej v lastnino občine ali države. Po določilih ZZDej lahko javni zdravstveni zavod ustanovi, spremeni ali razširi dejavnost le s soglasjem ministrstva, pristojnega za zdravje, in po predhodnem mnenju Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (Zakon o zdravstveni dejavnosti – ZZDej). Ustanovitelj javnega zdravstvenega zavoda, bodisi država bodisi občine, mora zagotoviti ustrezne materialne pogoje za delovanje zavoda. Zavod upravlja svet zavoda, ki ga sestavljajo predstavniki ustanovitelja, delavcev zavoda in zavarovancev oziroma drugih uporabnikov, ki ji imenuje Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Svet javnega zavoda, ki opravlja dejavnost na sekundarni ravni, sestavljajo tudi predstavniki občin (mesta), na območju katerih zavod opravlja dejavnost. Direktorja zdravstvenega zavoda imenuje in razrešuje svet zavoda s soglasjem ustanovitelja.

Sredstva za delo pridobiva zdravstveni zavod:

- iz sredstev ustanovitelja v skladu z aktom o ustanovitvi,
- s plačili za storitve,
- po pogodbi z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije,
- po pogodbi z ministrstvom, pristojnim za zdravje, za naloge, ki se na podlagi zakona financirajo iz državnega proračuna,
- iz drugih virov na način in pod pogoji, določenimi z zakonom, aktom o ustanovitvi in statutom zavoda.

Pomanjkljivosti obstoječe ureditve je več. Prva in zelo pomembna pomanjkljivost je **pomanjkanje avtonomije pri poslovanju in odločanju**, pri čemer sta povsem pomešani funkciji poslovedenja in nadzora. Avtonomija javnih zdravstvenih zavodov je zelo okrnjena predvsem zaradi zakonodaje, ki določa pravni režim za osebe javnega prava. Ustanovitelji zavodov (država in občine) niso zgolj njihovi nadzorniki, temveč tudi upravitelji. Učinkovit sistem korporacijskega upravljanja ločuje vlogo nadzorništva in poslovedenja. V primeru javnih zavodov pa upravni odbori oziroma sveti zavodov opravljajo tako poslovodno kot tudi nadzorstveno funkcijo, pri čemer je v prvem primeru najbolj problematično to, da te odbore sestavljajo ljudje, ki niso zaposleni v zavodu in potemtakem sprejemajo odločitve, ki jih v gospodarskih družbah sprejemajo uprave podjetij. Poleg tega se prek članov upravnih odborov zavodov krepi vpliv države in politike v organih upravljanja. Sodobna načela korporativnega upravljanja javnih zavodov namreč

temeljijo na principu partnerstva pri upravljanju zavodov kot javnih institucij, ne pa na večji vlogi politike in države. Na podlagi tega je težko razmejiti odgovornost na posameznih ravneh korporativnega upravljanja, ki je po mnenju Bohinca in Tičarja (2012) na zelo nizki kakovostni in evropsko neprimerljivi ravni. Namesto povečevanja avtonomije in strokovne odgovornosti se krepi vpliv politike ter pristojnosti resornih ministrstev in uradnikov v svetih zavodov.

Druga pomanjkljivost se nanaša na **neusklajenost med različnimi zakoni**, ki urejajo delovanje javnih zavodov na področju zdravstva. Javni zavodi lahko v splošnem svoje prihodke pridobivajo s prodajo storitev na trgu, pri čemer so te storitve lahko povezane z dejavnostjo javne službe ali pa z dejavnostjo, ki ne sodi v javno službo (tržna dejavnost). Po veljavni ureditvi morajo zavodi presežek prihodkov nad odhodki nameniti za razvoj dejavnosti, pri čemer pa je treba poudariti, da zaposleni niso motivirani za pridobivanje dodatnih prihodkov, saj kot javni uslužbenci v sistemu plač javnega sektorja od tega nimajo nobene koristi. S tega vidika se tudi položaj direktorja in sveta zavoda bistveno razlikuje od položaja direktorja gospodarske družbe v državni lasti. Pri dejavnostih, kjer njihovo izvajanje ni določeno izključno kot javna služba, pa morajo javni zdravstveni zavodi svojo dejavnost razmejiti na javno službo in tržno dejavnost na podlagi sodil, ki jih določi pristojno ministrstvo<sup>2</sup>, in v skladu z 9. členom Zakona o računovodstvu.

Plače v javnih zavodih so urejene s sistemom plač javnih uslužbencev (ZSPJS), kar pomeni, da ne smejo odstopati niti v primeru, ko javni zavod pridobiva tržna sredstva. To je nekoliko povezano z nedoslednostjo naše zakonodaje, ki ureja različna področja. Če namreč Zakon o zavodih dopušča izvajanje tržne dejavnosti in je ta transparentna, ni nobenega razloga, da bi se za plačilo te dejavnosti uporabljala pravila plačnega sistema v javnem sektorju.<sup>3</sup> Plača je po sistemu plač javnih uslužbencev sestavljena iz osnovnega dela, dela plače za delovno uspešnost in iz dodatkov. Delovna uspešnost se vrednoti na podlagi meril, dogovorjenih s kolektivno pogodbo za javni sektor, ter vključuje nadpovprečne delovne rezultate ali nadpovprečno delovno obremenjenost javnega uslužbenca, pri čemer velja omejitev največ dveh osnovnih pač letno. Poleg omejitve na posameznika je omejen tudi skupni obseg sredstev za namen izplačil za delovno

---

<sup>2</sup> Navodilo v zvezi z razmejitvijo dejavnosti javnih zdravstvenih zavodov na javno službo in tržno dejavnost Ministrstva za zdravje (št. dokumenta 012-11/2011-20 z dne 15. 12. 2010).

<sup>3</sup> Podobno menita tudi Bohinc in Tičar (2012).

uspešnost na največ 5 odstotkov skupnih stroškov dela iz naslova osnovnih plač posameznega zavoda. Ustrezna ureditev tega vprašanja bi omogočila tudi rešitev vprašanja agenta in ustrezne stimulacije zaposlenih. V primeru, da javni zavod pridobiva sredstva tudi na trgu ali iz nejavnih prihodkov za opravljanje javne službe, lahko dodatki iz naslova delovne uspešnosti znašajo do tri osnovne plače na leto. Problematičnost sedanjega sistema plač in dodatkov je zlasti v tem, da višina dodatkov in definiranje kriterijev (meril za dodatke) ni prepuščena poslovodstvu, temveč v splošnem definirana za ves javni sektor kot del KPJS. Direktor zavoda odloča le o tem, kateri zaposleni je do teh dodatkov upravičen. Pri svojih odločitvah morajo direktorji tudi upoštevati, da javni uslužbenci uresničujejo javni interes in za svoje delo uporabljajo javna sredstva, ki jih lahko uporabljajo le za namene, določene v predpisih. Varovanje javnega interesa tako zahteva večje omejitve avtonomije pogodbenih strank pri urejanju medsebojnih razmerij. Delodajalec tako javnemu uslužbencu v skladu s 3. odstavkom 16. člena Zakona o javnih uslužbencih (ZJU) ne sme zagotavljati pravic v večjem obsegu, kot je to določeno z zakonom ali s podzakonskimi akti. V primerjavi z zaposlenimi v zasebnem sektorju, kjer velja načelo, da se s pogodbo o zaposlitvi lahko določijo pravice, ki so za zaposlene ugodnejše, kot jih določa Zakon o delovnih razmerjih (ZDR), gre v tem primeru za bistveno razlikovanje v zvezi s priznavanjem pravic iz delovnega razmerja.

Zakon o zavodih (ZZ) in področni zakon s področja zdravstva urejata tudi statusnopravni položaj direktorja. Poslovodni organ zavoda je direktor, ki lahko v primeru manjših zavodov opravlja tudi funkcijo strokovnega dela, v večjih zdravstvenih zavodih pa sta ti dve funkciji ločeni. Direktor organizira in vodi delo in poslovanje javnega zavoda, predstavlja in zastopa javni zavod ter vodi strokovno delo javnega zavoda. Kot je bilo že omenjeno, direktorja imenuje ustanovitelj ali svet zavoda v soglasju z ustanoviteljem. Ustanovitelj javnih zdravstvenih zavodov ima tako pomemben vpliv na imenovanje in razrešitev direktorja, kajti odločitev sveta zavoda je sprejeta le, če s tem soglaša tudi ustanovitelj. Na ta način naj bi ustanovitelj (občina ali država) bdela nad uresničevanjem javnega interesa.

Tretja pomanjkljivost se nanaša na **opredelitev premoženja**, kar je svojevrstna slovenska posebnost, saj imamo tako opravka z več tisoč pravnimi osebami, ki nimajo svojega premoženja. Premoženje, s katerim upravljajo javni zavodi, je namreč last Republike Slovenije na sekundarni in terciarni ravni, na primarni

ravni pa v večini primerov last občin. Vzrok te »nenormalne« pravne situacije predstavljata 64. in 65. člen Zakona o zavodih, na podlagi katerih je leta 1991 vsa družbena lastnina v organizacijah združenega dela posebnega družbenega pomena postala last ustanovitelja. Glede na to, da so bile ustanoviteljice občine ali država, je s tem celotno premoženje javnih zavodov in s tem tudi javnih zdravstvenih zavodov pripadlo občinam in državi, nastalo pa je več kot tisoč pravnih oseb – javnih zavodov – brez premoženja, kar je v nasprotju s temeljnim pojmovanjem pravne osebnosti v okviru pravnega sistema (Bohinc & Tičar, 2012). Kot je bilo že omenjeno, je bila ta rešitev predvidena kot začasna (4. odstavek 65. člena Zakona o zavodih), saj naj bi s posebnimi zakoni opredelili javne službe in uredili vprašanja glede razpolaganja s premoženjem, ki je namenjeno za opravljanje javnih služb. Na podlagi tega ni bila dovoljena odtujitev ali sprememba namembnosti nepremičnin, ki so po tem zakonu postale premoženje v upravljanju javnih zavodov.<sup>4</sup> Problematična je tudi ureditev položaja premoženja, ki so ga javni zavodi ustvarili po letu 1991, kajti v splošnem bi pričakovali, da je to novo premoženje last tiste pravne osebe, ki ga je ustvarila, v slovenski praksi javnih zavodov pa to postane last ustanovitelja. Posredno se »posebnost« javnih zdravstvenih zavodov, ki delujejo kot pravne osebe brez premoženja, kaže v tem, da je prihodkov iz naslova oddajanja stvarnega premoženja (prostorov, opreme) malo, kajti prihodki iz najemnin niso prihodki iz tržne dejavnosti javnega izvajalca, temveč so proračunski prihodek ustanovitelja (države ali občin). Zaradi asimetrije informacij, ko ustanovitelj nima pregleda nad možnostjo oddajanja stvarnega premoženja, vodstvo javnega zavoda pa za to ni motivirano, so javna sredstva izkoriščena manj, kot bi lahko bila.

Pri vseh treh izpostavljenih problemih so zasebni izvajalci, ki opravljajo javno službo v zdravstveni dejavnosti na podlagi koncesije, ki jo podeli bodisi občinski oziroma mestni upravni organ (za osnovno zdravstveno dejavnost) bodisi ministrstvo, pristojno za zdravje, v bistveno drugačnem položaju. Naš predlog temelji na ideji, da naj mrežo javnega zdravstva sestavljajo izvajalci, ki so lahko državni ali zasebni, vendar morajo zaradi kolektivne potrošnje poslovati po neprofitnem načelu in zasledovati količinske cilje. To pa ne ustreza profitnemu motivu, ki je v ozadju delovanja zasebnih podjetij, zato je smiselno pričakovati, da bo mreža javnega zdravstva temeljila na javnih izvajalcih, izvajalci v zasebni

---

<sup>4</sup> Kot v svojem delu ugotavljata Bohinc in Tičar (2012), pa nobeden od kasnejših zakonov, namenjenih urejanju posameznih javnih služb, tega vprašanja ni uredil.

lasti pa bodo le dopolnilni del te mreže. Kljub vsemu pa je treba za izboljšanje učinkovitosti delovanja javnih izvajalcev uvesti sistemske spremembe, ki bi razrešile ključne probleme javnih zdravstvenih zavodov, torej poiskati takšno sistemsko rešitev, ki bi učinkovito razrešila problem agenta.

## **2 Problem agenta v javnih zdravstvenih zavodih**

Že v uvodnem delu smo omenili, da obstoječa pravno-statusna opredelitev javnega izvajalca, ki je javni zavod, ne definira niti lastnika, niti motiva, ki prevladuje v organizaciji, niti neprofitnega poslovanja, niti jasnega poslanstva take organizacije, položaj in vlogo zaposlenih pa zreducira na javne uslužbence. Posledice teh sistemskih pomanjkljivosti se kažejo kot neučinkovitost v produkciji – pri izvajalcih storitev. Če je država principal, zaposleni pa agenti, ki so upravljavci in volivci vodstva, njihovo plačilo za opravljeno delo ne more biti del sistema plač v javnem sektorju in se mora oblikovati na ravni zavoda, zato v tem primeru tudi ne more biti podrejeno enotnemu plačnemu sistemu za javni sektor in odvisno od kolektivnega dogovarjanja na ravni države. Če agenta ne moremo opredeliti, so vsi stimulatívni mehanizmi nepotrebni, ker ni agenta, ki bi ga lahko spodbudili k večji učinkovitosti. Spodbude za izboljšanje kakovosti storitev ne delujejo, ker uporabniki teh storitev pogosto niso zaznani kot »kupci« v zasebnem sektorju, katerih zadovoljstvo je ključ preživetja podjetja in zadovoljitev interesov principalov in agentov. Prav tako ne obstajajo motivi za znižanje stroškov, ker delujejo v okolju mehkih proračunskih omejitev, zato zagotovo ostaja ključno vprašanje, na koga naj bi vplivale spodbude plačilnih instrumentov.

Vsaka organizacija predstavlja sistem odnosov med principalami in agenti. Struktura odgovornosti definira pravila igre, tako imenovano verigo odločanja in nadzora ter formalno avtoriteto, ki vodi principala in agenta. Kot je običajno pri teh vrstah odnosov, imajo agenti več informacij o delovanju organizacije kot principalami (obstaja tako imenovana informacijska asimetrija), kar vodi tudi do problema nadzora agentov, ki naj delujejo v interesu principala. Ključni dilemi sta tako, kako spodbuditi agenta, da bo deloval skladno z interesi principala, in kako koordinirati aktivnosti različnih igralcev. Po ponudbi principala se agent odloči za dejanje, ki maksimira njegovo korist, principal pa opazi le signal, ki nastane na



podlagi dejanj agentov. Shema nagrajevanja je vnaprej določena s strani principala, medtem ko dejanje agentov ni.

V nadaljevanju podrobneje pojasnjujemo model agenta. V standardnem modelu agenta obstaja posamičen principal, kateremu je odgovoren agent. Dobiček principala je odvisen od dejanj agenta. Klasična ekonomska teorija predpostavlja, da so dejanja agenta povezana z večjim naporom, zato je treba agente motivirati, da bi vložili dodaten napor. Principal agenta pogodbeno ne more zavezati k določenim ravnanjem, vendar ga lahko za želeno ravnanje nagradi na podlagi zaznanih signalov, ki so povezani z dejanji. Model temelji na dveh predpostavkah:

- med cilji principala in agentov obstaja konflikt,
- agenti imajo več informacij kot principal, kar vodi k asimetriji informacij med njimi.

Principal je tako imenovani »first mover« in za agenta izbere sistem spodbud, ki temelji na zaznanih signalih. Agent v drugem koraku izbere optimalen odziv glede na spodbude in se odloči, ali bo sprejel principalovo ponudbo, osnovano na pričakovanih koristih (spodbuda principala) in zaznanih stroških (napor, ki ga mora vložiti). V podjetju, ki maksimira dobiček, je vsak agent (od raznašalca pošte do vodje oddelka) odgovoren lastniku podjetja. Če ne obstajajo eksternalije, se vsako obnašanje agentov, ki ni skladno s pričakovanji principala, odrazi v nižjem dobičku podjetja in principalov.

Model agenta, ki je bil kasneje apliciran tudi na proučevanje družbenih pojavov v različnih vedah, kot so sociologija, politične vede in javna uprava, je v svojem bistvu teorija o pogodbenem odnosu med kupci in prodajalci (Ross, 1973; Pratt & Zeckhauser, 1985). V najpreprostejši obliki teorija agenta predpostavlja, da je družbeno življenje sestavljeno iz vrste pogodb (Perrow, 1986), pri čemer je »kupec« storitev označen kot principal, »ponudnik« pa kot agent. Razmerje med njima definira, kaj mora agent storiti in kaj mu v zameno za ta dejanja ponudi principal. Pogosta aplikacija v ekonomiji je trg profesionalnih storitev. Pogodbeno razmerje je pomembno tudi v formulaciji institucionalnega ali regulatornega modela agenta. Mitnick (1973, 1975) je proučeval odnos med agenti in regulatorno birokracijo ter njihovimi političnimi principalami (kot so na primer zakonodajalci in interesne skupine) in kot ključno determinanto v svojem modelu vključil stopnjo soglasja med agenti in principalami glede agentovih dejanj.

Mitnick je opozoril, da so agenti lahko motivirani ali na podlagi javnega ali svojega ozkega interesa. Ker imajo agenti več informacij v primerjavi s svojimi političnimi principalami, so regulatorji pogosto videni kot agenti, ki jih je treba nadzirati glede skladnosti javnega interesa neke principalne »javnosti«. Takšno nadziranje povzroči stroške specifikacije (angl. *specification costs*), ki so povezani z identifikacijo ciljev principalov in dejavnosti agentov, ki bi bile v skladu s pričakovanji principala, ter spremljanje njihovega uresničevanja.

Dixit (1996, 2002) ter Burgess in Metcalfe (1999) v svojih prispevkih poudarjajo, da se javne storitve razlikujejo od ostalih, s katerimi se trguje na trgu, v več dimenzijah, ki terjajo drugačno obravnavo kot trg zasebnih storitev. Ključne so tri dimenzije:

- a) obstoj različnih principalov,
- b) težava pri merjenju uspešnosti in
- c) problem opravljanja več opravil hkrati (angl. *multitasking considerations*).

V primeru Slovenije bi lahko rekli, da je ključna pomanjkljivost v tem, da sta neidentificirana principal in agent, kar otežuje nagrajevanje uspešnosti.

Za zagotavljanje javnih storitev morajo agenti vložiti napor, pri čemer je višja kakovost storitev povezana v večjo intenzivnostjo napora. Kakovost storitev je odvisna tako od zmožnosti ponudnikov storitev kot od kakovosti osnovnih sredstev, ki jih uporabljajo. Klasična ekonomska teorija predpostavlja, da se napor plača oziroma nagradi, zato je treba agente motivirati, da bi vložili dodaten napor. Nagrade za vloženi napor pa niso izključno denarne; agenti so lahko motivirani za ponudbo storitev visoke kakovosti, ker jim ni vseeno za proizvode oziroma storitve, ki jih proizvajajo, vendar je to odvisno od strukture organizacije in njenega poslanstva. Tipičen primer tovrstnega delovanja so humanitarne organizacije.

Pri oblikovanju sistema ustreznih spodbud je treba upoštevati tudi to, da lastništvo podjetij postane pomembno predvsem takrat, ko imamo nepopolne pogodbe in možnost ponovnih pogajanj. Glede na prispevek avtorjev Harta, Grossmana in Moora (Hart, 1995) o lastninskih pravicah alokacija lastniških pravic vpliva na spodbude pri odločitvi za specifične investicije. Ker te investicije po naravi niso pogodbene (angl. *non-contractible*), obstaja ex-post pogajanje o

presežku, ki je nastal na podlagi teh investicij. Ker lastništvo pozitivno vpliva na pogajalsko moč, lahko lastnik ostalim vedno zagrozi s prekinitvijo delovnega razmerja, kar okrepi investicijsko spodbudo lastnikom, medtem ko zniža pripravljenost investiranja pri tistih, ki niso lastniki. Optimalna struktura lastništva je povezana z največjim presežkom. Besley in Ghatak (2001) sta v svojem delu poudarila, da je ta zaključek izjemno pomemben predvsem takrat, ko imamo opravka z javnimi dobrinami in storitvami. Pokazala sta, da je v tem primeru lahko optimalno prerazporediti lastništvo javnih projektov na zasebni sektor, ki posluje po neprofitnem načelu, kajti ti bodo bolj skrbeli za koristi, ustvarjene s tovrstnimi projekti. Prav tako pa poudarjata, da je v primeru javnih dobrin pomembna tudi motivacija ponudnikov javnih dobrin in ne le tehnološki dejavniki, ki jih po navadi poudarjamo v primeru zasebnih dobrin.

Če želimo agenta spodbuditi k ravnanjem, ki so v interesu principala, je shema plačila po uspešnosti neizogibno potrebna, saj drugače obstoječi mehanizmi ne nagrajujejo ponudnikov za boljšo kakovost tako kot cene na ostalih trgih (Robinson, 2001). Model agenta je uporaben v primeru, ko ponudniki niso podvrženi tržnim silam za zagotavljanje ravni storitev, ki bi jo želeli kupci (oziroma plačniki), in ko kupci ne morejo skleniti pogodbe z vnaprej določeno kakovostjo storitev ponudnika. Eden od načinov za spodbujanje ponudnikov k izboljšanju kakovosti zdravstva je vsaj delno povezati plačilne instrumente z indikatorjem, ki meri velikost navora za zagotavljanje storitev visoke kakovosti. Tovrstni indikatorji so sestavni del procesa in merjenja rezultatov v zdravstvu, vendar merijo le del dimenzij kakovosti, ki jo želijo kupci oziroma plačniki storitev, in vsaka od teh dimenzij zahteva poseben napor za generiranje napredka. Plačnik se mora odločiti, katero dimenzijo kakovosti želi ciljati in kakšen bo rezultat na tisti dimenziji, ki ni nagrajevana. V teoriji bo učinkovitost mehanizmov plačila glede na kakovost povezana z relativno velikostjo pričakovanih stroškov in koristi ponudnika za izboljšanje kakovosti.

Kljub temu pa ostaja ključen problem identifikacija ustreznega principala oziroma agenta. Če je principal »javnost« oziroma država, je edino smiselno, da se obstoječi javni zavodi preoblikujejo v eno od korporativnih oblik, ki jih predvideva Zakon o gospodarskih družbah (ZGD), v popolni lasti države, ki deluje povsem avtonomno in za svoj račun. Če želimo, da bi spodbude učinkovale, je treba identificirati agente. To so lahko le zaposleni v podjetju, ki ne morejo biti javni uslužbenci. Ustrezen sistem spodbud mora delovati tako, da

bodo ti agenti nagrajeni za dodaten napor, ki ga bodo vložili v svoje delo. Zaposleni izberejo tudi direktorja javnega izvajalca, ki ga na njihov predlog potrdi najprej upravni odbor, kasneje pa tudi principal.

### **3 Predlog ključnih sprememb sistema, ki urejajo status javnih izvajalcev**

Na podlagi že prikazanih pomanjkljivosti obstoječe ureditve se lahko strinjamo s tem, da je treba sistem zdravstvenega varstva reformirati na strani ponudbe, ki mora predvsem odpreti pravno-organizacijsko različnost pravnih oseb, ki izvajajo dejavnost javnih služb na področju zdravstva. Srž reforme ni zmanjševanje obsega javne službe niti privatizacija, temveč boljša organizacija in učinkovitejše upravljanje. Javni izvajalci so pomemben del mreže javnega zdravstva, neučinkovitost pa je posledica nerazrešenega problema agenta, kajti razmerja med principali in agenti niso jasna.

Ključne spremembe se nanašajo **na statusnopravno opredelitev izvajalcev, in sicer v smeri, da bi povečale avtonomnost poslovanja in upravljanja, vendar ne na škodo javnega interesa.** Javni izvajalci morajo postati bolj avtonomni pri svojih odločitvah, poslovno neodvisni in gospodariti v svojem imenu in za svoj račun. Z vidika upravljanja je treba nujno povečati avtonomijo in odgovornost zaposlenih v javnih izvajalcih ter zmanjšati vlogo politike in države v organih nadzora (Bohinc, 2013; Žiberna, 2013).

Pri predlogu nove pravno-statusne opredelitve je treba izhajati iz cilja poslovanja javnih izvajalcev, ki morajo kot ponudniki storitev, vključenih v košarico A, delovati neprofitno, zasledovati količinske cilje in upoštevati tudi stopnjo donosa v velikosti oportunitetne cene kapitala v višini 8 odstotkov. Kot je bilo že omenjeno na začetku, lahko podjetja, javni izvajalci, delujejo tudi izven mreže javnega zdravstva in delujejo profitno v primeru izvedbe zdravstvenega varstva iz naslova košarice B ali ponudbe zdravstvenih storitev za trg.

Korporativno upravljanje v javnih izvajalcih je treba zaradi prepletanja profitnega in neprofitnega načina urediti tako, kot je to v gospodarskih družbah: bodisi z nadzornim svetom v primeru dvotirnega upravljanja ali z upravnim odborom, ki opravlja funkcijo nadzora, in upravo družbe z vsemi poslovodskimi pristojnostmi. Ker bodo javni izvajalci v popolni lasti države ali občin, je smiselno predlagati

**enotirni sistem upravljanja z upravnim odborom.** Družbe ne smejo imeti zasebnih solastnikov, lahko pa vstopajo v javno-zasebna partnerstva, pri čemer morajo odnos z zasebnim partnerjem urediti po načelih BOT. Javni interes se v tem primeru uresničuje prek principala, ki je organiziran v okviru oddelka za upravljanje javnih izvajalcev na ministrstvu za zdravje. Ta organ ima podobno vlogo pri upravljanju kot Slovenski državni holding v primeru podjetij, ki so v neposredni lasti države, in za svoje operativno delovanje neposredno odgovarja ministrstvu za zdravje, strateške dokumente pa sprejema Vlada RS in z njimi seznanja tudi parlament. Oddelek za upravljanje javnih izvajalcev je sestavljen iz različnih predstavnikov »zainteresirane« javnosti, ki ščitijo javni interes na področju zdravstva, in vključuje vse deležnike v zdravstveni mreži: predstavnike ministrstva za finance in zdravje, regionalne in lokalne skupnosti ter združenja pacientov. Oddelek za upravljanje javnih izvajalcev, ki ima pristojnosti skupščine v javnih izvajalcih, imenuje neizvršne člane upravnega odbora za obdobje, ki je določeno v statutu družbe. Člani upravnega odbora morajo pri opravljanju svojih nalog ravnati v dobro družbe s skrbnostjo vestnega in poštenega gospodarstvenika ter so solidarno odgovorni družbi za škodo, ki je nastala kot posledica kršitve njihovih nalog. Upravni odbor imenuje upravo družbe, ki ima lahko enega ali več članov, ter vodi posle družbe samostojno in na lastno odgovornost. Izvršni direktor je po funkciji tudi član upravnega odbora javnega izvajalca.

Poslovodstvo javnega izvajalca je sestavljeno iz izvršnega direktorja in pomočnikov: strokovnega direktorja, direktorja za razvoj in kakovost, direktorja za zdravstveno nego in oskrbo ter poslovnega direktorja. Vse vloge pomočnikov so lahko združene v eni sami osebi, če gre za manjšega javnega izvajalca. V statutu javnih izvajalcev je treba določiti, da lahko upravni odbor izvede imenovanje le ob predhodnem soglasju zaposlenih, ki so organizirani v okviru sveta delavcev. Vsaj polovica zaposlenih mora kandidata za izvršnega direktorja prepoznati kot ustreznega. Upravni odbor ima predvsem strateško in nadzorstveno funkcijo, v razmerju do vodstva družbe pa tudi kadrovsko. Kadrovska funkcija se odraža pri imenovanju izvršnih direktorjev, strateška pri spremljanju izvajanja strateških ciljev javnega izvajalca, nadzorstvena pa pri nadzoru tekočega poslovanja izvajalca, kar vključuje sprejemanje programa dela, letnih poročil in ostalih zadev. Upravni odbor lahko odloča tudi o operativnih zadevah, če meni, da je to za delovanje javnega izvajalca potrebno. Upravni odbor deluje v interesu lastnika, to je Vlade RS. Država kot ustanoviteljica in

lastnica javnih izvajalcev uresničuje svoje pravice in javni interes na skupščini, ki jo predstavlja oddelek za upravljanje javnih izvajalcev. Slednja na predlog upravnega odbora odloča o uporabi bilančnega dobička, potrjuje strategije posameznih javnih izvajalcev in odloča o uporabi bilančnega dobička javnih izvajalcev. Finančna sredstva (tudi državna poročstva) za delovanje oddelka zagotavlja proračun RS.

Management javnega izvajalca v okviru **vodstvene funkcije** nadzoruje nastanek in s tem velikost materialnih stroškov (zlasti stroškov zdravil in medicinsko-tehničnih pripomočkov), stroškov zunanjih zdravstvenih in drugih storitev (varnost, čiščenje, pranje), ki jih ima zaradi izdvajanja dejavnosti, amortizacije glede na izkoriščanje osnovnih sredstev, stroškov zadolževanja, stroškov dela in stroškov administrativne režije. Zaposlovanje delovne sile, izdvajanje dejavnosti, najemanje osnovnih sredstev in nabave materiala ter osnovnih sredstev so v pristojnosti izvršnih direktorjev in upravnega odbora. Vodstvena funkcija obsega tudi notranjo organizacijo procesov dela in organizacije, prodajno dejavnost, finančno poslovanje in kadrovske dejavnosti.

Z razmejitvijo poslovodne (direktor kot izvršni član upravnega odbora) in nadzorne funkcije (neizvršni člani upravnega odbora) in s preoblikovanjem sveta zavoda v upravni odbor brez poslovodskih pristojnosti bi vzpostavili sistem pristojnosti in odgovornosti, ki je nujen pogoj za doseganje učinkovitejšega poslovanja javnih izvajalcev. Direktor oziroma uprava mora prevzeti vse poslovodne pristojnosti in odgovornosti, država kot lastnica pa mora prek oddelka za gospodarjenje z javnimi izvajalci uveljaviti korporativno odškodninsko odgovornost za vodstvo javnega izvajalca in člane upravnega odbora v primeru negospodarnega ravnanja s sredstvi izvajalca.

Drugo ključno priporočilo se nanaša na **premoženje javnih izvajalcev**, ki je v obstoječi ureditvi v lasti države ali občin kot ustanovitelja in ga zavod samo upravlja. To premoženje je treba prenesti v last teh samostojnih pravnih oseb in s tem vzpostaviti odgovornost vodstva za gospodarjenje s premoženjem in za investicijske odločitve. Pravno formalno bi v tem primeru ustanovitelji morali vložiti premoženje, ki bi bilo torej v lasti pravne osebe – podjetja v državni lasti. Ustanovitelj oziroma lastnik takega državnega podjetja ne bi odgovarjal za obveznosti samostojnega podjetja, razen v obsegu osnovnega kapitala. Poudariti je treba, da to ne pomeni nikakršnega odtujevanja premoženja oziroma nikakršne

privatizacije, kajti ta podjetja bi bila sistemsko last države ali občin. Na organe samostojnega podjetja se prenese tudi odgovornost za gospodarjenje s tem premoženjem in za investicije, pri čemer bi bila podjetja zavezana k postopkom javnega naročanja. Po odobritvi upravnega odbora jih lahko tudi proda in ima pravico do nakupa novih za potrebe obnove amortiziranih sredstev. Novo premoženje oziroma povečanje obstoječih sredstev lahko javni izvajalec financira iz sredstev amortizacije, profita, ki je nastal ob neprofitnem poslovanju z nadpovprečno učinkovitostjo in iz oportunitetne cene kapitala, ki je vgrajena v kalkulacijo cen, sredstev dokapitalizacije lastnika (iz državnega proračuna) in s posojili. Za zadolževanje mora dobiti soglasje oddelka za upravljanje javnih izvajalcev pri ministrstvu za zdravje, država pa lahko zagotavlja investicijska sredstva tudi z dokapitalizacijo in s povečanjem osnovnega kapitala izvajalca. Investicije v celoti vodi management javnega izvajalca. Za vse investicije v osnovna sredstva je treba narediti poslovni načrt, ki ga morajo potrditi upravni odbor izvajalca, oddelek za upravljanje javnih izvajalcev in ministrstvo za zdravje. Ta načela pa ne veljajo za investiranje v zaloge izvajalca. Investicije se izvajajo po določilih Zakona o javnem naročanju (ZJN-3), ki ga je treba prav tako premisliti, saj se v praksi pogosto dogaja, da javni zdravstveni zavodi plačujejo bistvene višje cene kot zasebni izvajalci.

Tretje priporočilo se nanaša na reformo upravljanja s človeškimi viri v splošnem oziroma **na spremembo plačnega sistema v javnih izvajalcih**. Če želimo stimulativne mehanizme vpeljati na ravni agentov, plače ne morejo biti del sistema plač javnega sektorja. Agenti morajo biti spodbujeni k učinkovitemu upravljanju s sredstvi podjetja, ki je v državni lasti. Prav tako morajo imeti zaposleni ključni vpliv na izbor vodstva javnega izvajalca. Vodstvo javnega izvajalca mora odgovorno upravljati s človeškimi viri, da sledi količinskemu ciljem, postavljenim s strani principala. To pomeni, da mora v okviru razpoložljivih sredstev odločati o novih zaposlitvah, ostalih oblikah pogodbenega dela, napredovanju, višini plače, o dodatnem izobraževanju zaposlenih ter o morebitnemu delu zaposlenih izven matične institucije.

**Prof. dr. Polona Domadenik**  
Ekonomska fakulteta Univerze v Ljubljani

## Literatura in viri:

Besley, T., & Ghatak, M. (2001). Government Versus Private Ownership of Public Goods. *Quarterly Journal of Economics*, 116(4), 1343–1372.

Bohinc, R. (2013). *Korporativno upravljanje v podjetjih*. Prispevek, predstavljen na posvetu o vodenju v zdravstvu, oktober 2013.

Bohinc, R., & Tičar, B. (2012). *Pravo zavodov*. Koper: Fakulteta za management Univerze na Primorskem.

Burgess, S., & Metcalfe, P. (1999). Incentives in Organizations: A Selective Overview of the Literature with Application to the Public Sector. *Working Paper No. 99/016*. Bristol: University of Bristol.

Dixit, A. (1996). *The Making of Economic Policy: A Transaction – Cost Politics Perspective*. Cambridge, MA: MIT Press.

Dixit, A. (2002). Incentives and Organizations in the Public Sector: An Interpretative Review. *Journal of Human Resources*, 37(4), 696–727.

Durán, A., & Saltman, R. B. (2013). Innovative Strategies in Governing Public Hospitals. *Eurohealth Observer*, 19(1), 3–7.

Hart, O. (1995). *Firms, Contracts and Financial Structure*. Oxford: Oxford University Press.

Mitnick, B. (1973). *Fiduciary Rationality and Public Policy: The Theory of Agency and Some Consequences*. Paper presented at the annual meeting of the American Political Science Association. New Orleans.

Mitnick, B. (1975). The Theory of Agency: The Policing Paradox and Regulatory Behavior. *Public Choice*, 24, 27–42.

Perrow, C. (1986). *Complex Organisations: A Critical Essay*. New York: Random House.

Pratt, J. W., & Zeckhauser, R. J. (1985). Principal and Agents: An Overview. V J. W. Pratt in R. J. Zeckhauser (ur.), *Principals and Agents: The Structure of Business*. Cambridge, MA: Harvard Business School Press.



Robinson, J. C. (2001). Theory and Practice in the Design of Physician Payment Incentives. *The Milbank Quarterly*, 79(2), 149–177.

Ross, S. A. (1973). The Economic Theory of Agency: The Principal's Problem. *American Economic Review*, 62, 134–139.

Žiberna, D. (2013). *Formalno – pravni status bolnišnic v Sloveniji in Evropi*. Prispevek, predstavljen na posvetu o vodenju v zdravstvu, oktober 2013.

## **2.6 PRISPEVEK: RAZVOJ ZAPOSLENIH IN RAZVOJ CELOVITE KAKOVOSTI KOT SISTEMSKI DIMENZIJI UČINKOVITE ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE**

Učinkovitost je pomembna na vseh področjih dela v zdravstvu in v vseh funkcijah delovanja sistema. Le tako se lahko ultimativno dosežejo cilji izboljšav v zdravstvu, dostopnost in odzivnost ter poštenost pri financiranju. Merjenje učinkovitosti je zlasti pomembno, ko je na voljo malo sredstev za zdravstvo, saj le to omogoča, da zdravstveni sistem proizvede boljše storitve s sredstvi, ki so na voljo (1).

Če gledamo sistemsko, so dejavniki učinkovitosti zdravstvene obravnave zelo različni. Neučinkovita zdravstvena obravnava se kaže kot prekomerna bolnišnična obravnava, dolge ležalne dobe, dolge čakalne vrste, povečano število zapletov v obravnavi, pomanjkljiva aplikacija standardov kliničnega dela in kliničnih poti, neustrezen nadzor dela, neučinkovito ravnovesje med ravnmi zdravstvene obravnave, prekomerno predpisovanje zdravil, prevelika in neučinkovita raba zdravil in zdravstvenih produktov ter storitev, prevelike zaloge, neustrezna struktura kadrov, neustrezno število in velikost bolnišnic, slaba izkoriščenost infrastrukture, slaba preglednost delovanja, nepravilno osredotočanje resursov, slaba razmejitev med programi za promocijo zdravja, preventivo in zdravljenje, raba nizkocenovnih in visokocenovnih resursov ni podprta z dokazi, ranljivost za korupcijo in podobno (1, 2). Avtorji navajajo tudi klinične indikatorje učinkovitosti, kot so število obiskov oddelka nujne medicinske pomoči, ki bi lahko bili obravnavani na oddelkih nižje zahtevnosti, povprečna ležalna doba glede na zahtevnost zdravstvene obravnave, stroški na oddelek/enoto z vključenim spremljanjem kakovosti dela, skupni stroški obravnave primera z vključenimi stroški morebitnih zapletov pri obravnavi, podvojeni diagnostični testi, delež stroškov za administracijo, delovne ure na delovno epizodo obravnave z vključeno različnostjo problemov obravnavanih primerov, delež porabljenih ur zdravstvenih delavcev na posamezen primer, povprečni stroški zdravljenja bolezni z vključeno različnostjo poteka bolezni in podobno (3, 4).

Glede na znano demografsko sliko se dejavniki učinkovitosti usmerjajo tudi na nove potrebe populacije in mehanizme, kako obvladovati kronične bolezni, kako

dostopati do ranljivih skupin v populaciji, kako reorganizirati zdravstveni sistem in, na drugi strani, kako krepiti zdravje družbe. Poleg že zgoraj omenjenih so pogosto navedeni še naslednji dejavniki učinkovitosti: izboljšanje sistema prenosa informacij, uveljavljanje nacionalnih agencij za kakovost v zdravstveni obravnavi, uporaba na pacienta usmerjenih izidov obravnave, uporaba metod za spodbujanje državljanov za učinkovito rabo zdravstvenega sistema, razviti mehanizme odgovornosti, ki bodo podprti z zunanjim pregledom delovanja zdravstvenega zavoda (3).

Če povzamemo, se kot ključni pokažejo dejavniki učinkovitosti zdravstvene obravnave na treh področjih (1, 2).

- Potrebe po zdravstvenih storitvah – stopnja prihodkov in zmožnost javnega sektorja na ravni države, kar se kaže v stopnji uporabe in razširjenosti zdravstvenih storitev, standardih zdravstvene obravnave in obsegu podvajanj v sistemu. Tako je nabava materialov in storitev povezana s stopnjo razvoja ekonomije, managementom človeških virov, strukturo zdravstvenih zavodov kot institucij in močjo kapacitet v javnem sektorju.
- Pomanjkanje resursov in zmožnosti odločanja – oba dejavnika sta slaba motivatorja za učinkovitost in onemogočata uresničevanje sposobnosti managementa zdravstvene ustanove na področju upravljanja inputov in outputov. Slaba infrastruktura zdravstvenega sistema in posameznega zavoda ter neučinkovit razvoj človeškega kapitala vodita v izgubo samozaupanja in zmožnosti managementa ter zdravstvenega sistema. Poenoten nadzor znižuje priložnosti za povečanje učinkovitosti in propagira neučinkovitost.
- Mehanizmi plačevanja storitev – na strani izvajalcev je učinkovitost večja, če je financiranje prospektivno, in manjša, če je retrospektivno. Na personalni ravni je treba prepoznati pobude, ki so povezane z učinkovitostjo izvajanja storitev.

Vsaka država lahko izboljša učinkovitost zdravstvene obravnave ter tako povečuje obseg univerzalne košarice ali storitev, ki jih ponuja. V prispevku se osredotočamo na dve dimenziji učinkovitosti, to sta vloga in razvoj zaposlenih in

razvoj celovite kakovosti kot sistemski dimenziji učinkovite zdravstvene obravnave.

## **1 Vloga in razvoj zaposlenih v zdravstvu in delovna učinkovitost**

Zdravstveni delavci so ključni del zdravstvenega sistema in predstavljajo polovico vseh stroškov v zdravstvu (5). Pomanjkanje zdravstvenih delavcev je pogosto največja ovira za učinkovitost zdravstvenega sistema, kar je posledica neustreznega kadrovanja in usposabljanja, slabega mentorstva, fluktuacije in izgorelosti. Vse navedeno se odraža v znižani produktivnosti in kakovosti izvedenih storitev. Predvidevanja na osnovi omejenih dokazov so, da neučinkovitost povzroča do 25 odstotkov vseh stroškov za zdravstvo, kjer so stroški zaposlenih med 45 in 65 odstotki vseh stroškov (1). Kako nadomestiti to izgubo, kako izboljšati produktivnost zdravstvenih delavcev? Odgovor na to vprašanje je predvsem ustrezno nagrajevanje in boljše upravljanje sposobnosti zaposlenih za opravljanje delovnih nalog.

Zagotovo je eden od pomembnih izzivov slovenskega zdravstvenega sistema na področju razvoja zaposlenih in doseganja njihove delovne učinkovitosti določiti **kadrovske in delovne standarde ter časovne normative** na osnovi primerljivosti z mednarodnimi standardi in normativi ter s strokovnimi spoznanji, organizacijskimi procesi in tehnologijami v RS. Na osnovi tega bo mogoče načrtovati zaposlovanje in izobraževanje vseh zdravstvenih delavcev in narediti potrebne projekcije za prihodnost. Slovenija se v številnih kazalnikih na področju zdravstva primerja z državami EU in OECD, predvsem za kazalnike izidov zdravstvene obravnave radi povemo, da jih dosegamo, in to z manjšimi sredstvi BDP kot druge države. Ključno za sledenje potrebam populacije in smernicam na področju razvoja novih zdravstvenih in družbenih pristopov v prihodnosti glede na demografske trende je, da dosegamo tudi **standarde na področju števila zdravstvenih delavcev na 1000 prebivalcev**. Pri številu ključnih zdravstvenih delavcev (zdravniki, diplomirane medicinske sestre/zdravstveniki, diplomirane babice/babičarji in drugo) na 1000 prebivalcev je treba doseči povprečje držav EU in OECD.

Ob dejstvu, da smo člani EU, je treba poleg števila različnih zdravstvenih delavcev na 1000 prebivalcev (zdravniki, diplomirane medicinske sestre, diplomirane babice, ginekologi, porodničarji, pediatri, družinski zdravniki in drugo) upoštevati še to, da je treba za najštevilčnejši skupini, to so zdravniki in medicinske sestre, pri izobraževanju upoštevati Direktivo EU 2013 (6) in njene predhodnice. Izobraževanje za zdravnike je v RS urejeno v skladu z omenjeno direktivo, medtem ko je za zdravstveno nego izobraževanje še vedno na dveh ravneh (srednje šole in visoke šole/fakultete). Srednješolsko izobražen kader je v zdravstvenem sistemu v večini, kar Slovenijo uvršča v skupino držav, ki ima po Direktivi EU najmanj izobraženih medicinskih sester na 1000 prebivalcev. Na neskladje opozarja tudi najnovejša deklaracija Mednarodnega sveta medicinskih sester (7), ki je bila sprejeta oktobra v Opatiji, Hrvaška. To za zdravstveno politiko in zdravstveni management pomeni, da je treba v kliničnih okoljih postopno **povečevati število diplomiranih medicinskih sester, ki so izobražene v skladu z Direktivo EU**, ter najti ustrezne rešitve za zmanjšanje obstoječega srednješolskega izobraževanja v zdravstveni negi, že zaposlenemu srednješolsko izobraženemu kadru v zdravstveni negi pa omogočiti izobraževanje na visokošolski ravni. Zakaj je treba spremeniti kadrovsko strukturo v zdravstveni negi? Zadnje odmevne raziskave, ki so pokazale, da morajo nacionalne strategije razvoja kadrov v zdravstvu v državi vključevati pomen in vlogo vseh poklicnih skupin in ne samo zdravnikov, so raziskave, opravljene v okviru konzorcija raziskav z imenom »RN4CAST« (8, 9, 10), ki ga je ustanovila Evropska komisija, da bi napovedala potrebe po medicinskih sestrah v družbi ne samo z vidika količine, temveč tudi z vidika kakovosti znanj, kompetenc in sposobnosti ter njihov vpliv na kakovost zdravstvene obravnave pacientov. Projekt je potekal v obdobju 2009–2011 na naslednjih področjih raziskav: zdravje, optimizacija zagotavljanja zdravstvene obravnave, kakovost, učinkovitost in solidarnost zdravstvenih sistemov, načrtovanje kadrov v zdravstveni negi. V projektu je sodelovalo 12 držav EU. Vključenih je bilo 486 bolnišnic in 2.169 njihovih enot, 33.731 medicinskih sester in 10.866 pacientov, pregledanih je bilo 422.730 zdravstvenih kartonov pacientov. Ključne ugotovitve raziskave, ki so objavljene v 30 znanstvenih člankih, so opozorile na pomen števila zaposlenih v zdravstveni negi in na stopnje njihove dosežene izobrazbe v povezavi z izidi zdravstvene obravnave. Raziskava je pokazala na pomen univerzitetnega izobraževanja v zdravstveni negi. Urejenost delovnega okolja se izkaže kot pomemben element zmanjševanja sindroma izgorelosti pri medicinskih sestrah. Zadovoljstvo

pacientov je povezano z zadovoljstvom medicinskih sester, kar se kaže v podpori managementa za kakovostno izvajanje zdravstvene nege, v odnosih med medicinskimi sestrami in zdravniki, z vključevanjem v odločanje in določanje organizacijskih prioritet za doseganje kakovosti pri delu.

Naslednje področje doseganja delovne učinkovitosti v slovenskem zdravstvu je **evidentiranje efektivnega dela in opredelitev enote merjenja opravljenega dela posameznika** (oblike dela: redno, nadurno, dežurstva). Prav tako je treba predpisati **minimalni in maksimalni obseg dela**, ki ga izvede posameznik, in ga povezati z nagrajevanjem.

V slovenskem zdravstvu je treba **razviti sistem plač, ki bo stimulativen**, usmerjen v delovno učinkovitost, odgovornost za kakovost dela in v prispevek k razvoju zdravstvenega zavoda. Dogovoriti se je treba o plačilu za obseg dela, ki presega dogovorjeni obseg za redno plačo, in razviti mehanizme za plačilo za delo izven delovnega časa v zavodu, kjer zaposleni deluje, ali izven. Delo pri drugih izvajalcih naj bo regulirano prek matičnega delodajalca. Pred odobritvijo tega je treba izpolniti obveznosti iz košaric A in B. **Elementi plače in stimulacije za kakovostno opravljeno delo** naj vključujejo opravljen obseg dela, stroškovno učinkovitost, doseganje kazalnikov kakovosti ter doprinos k uvajanju izboljšav in razvoju zavoda.

Razvoj zaposlenih v zdravstvu naj poteka kot **kontinuiran profesionalni razvoj**, ki vključuje **znanja, veščine in sposobnosti na ravni strokovnega dela, na ravni spremljanja in izboljševanja lastnega dela, kakovosti dela, varnosti, prevzemanje odgovornosti ter tudi timsko delo, interdisciplinarnost in medpoklicno sodelovanje**. Danes namreč učinkovito načrtovanje potreb po kadrih v zdravstvu vključuje upoštevanje znanj in veščin, ki jih bomo potrebovali v prihodnosti (11). Demografske spremembe bodo v prihodnosti pomembno vplivale na zdravstveno dejavnost v večini evropskih držav, ne le na področju zdravja ljudi, temveč tudi na področju staranja zdravstvenega osebja. Staranje zdravstvenega osebja bo zahtevalo povečanje izobraževanja zdravstvenih delavcev (zdravniki, medicinske sestre). Prišlo bo do pomanjkanja kapacitet za povečano izobraževanje zdravnikov in medicinskih sester na strani visokošolskih učiteljev in možnosti usposabljanja v kliničnem okolju (12, 13). Načrtovanje kariere kadrov in njihovega usposabljanja mora biti usmerjeno na znanja o spremljanju in izboljševanju lastnega dela in na zagotavljanje odličnosti (13). Ko

govorimo o znanju zdravstvenih delavcev, ne mislimo samo na znanje za opravljanje strokovnih nalog, temveč tudi na prenos znanja, implementacijo smernic in kontinuirano izobraževanje. Prenos znanja se lahko dogaja, če se zdravstveni profesionalci izobražujejo, kako delati v timu, če obvladujejo sodobno informacijsko tehnologijo, se znajo spopadati s prekomernim številom informacij in dokazov ter nenehno povečujejo svojo pozornost za izboljševanje kakovosti lastnega dela. Ta izhodišča so ključnega pomena v razvoju kariere in pri oblikovanju interesov za zaposlene v zdravstvu (14).

Razvoj človeških virov je prepoznan kot eden od ključnih elementov za učinkovitost zdravstvenega sistema in uvajanje sprememb v njegovo delovanje, zato je treba **zaposlene v slovenskem zdravstvu usposobiti za uvajanje sprememb**. Vključevanje zaposlenih v uvajanje sprememb se je kot zlasti pomembno pokazalo pri izboljševanju izidov zdravstvene obravnave pacientov. Raziskave zelo poudarjajo usposabljanje zaposlenih, ki mora imeti jasno definirane specifične cilje, prav tako je poudarek na vključevanju zaposlenih pri postavljanju ciljev in preverjanju njihovih dosežkov na ciljih.

V sistematičnem pregledu literature o učinkih razvoja zaposlenih v zdravstvu, v katerega je bilo vključenih 99 raziskav, je bilo prepoznanih več iniciativ pri razvoju zaposlenih, ki imajo večje ali manjše učinke na delovanje in izide zdravstvene obravnave (15). Navajamo le nekatere od njih.

- Delovno okolje pozitivno učinkuje na čas obravnave, stopnjo umrljivosti in čakalne dobe, sposobnost preoblikovanja delovnega okolja poveča zadovoljstvo pacientov.
- Število zaposlenih in delovnih ur kot pomemben dejavnik učinka števila osebja na pacienta vplivajo na zdravljenje pacientov. Zmanjšanje števila delovnih ur ima nekatere negativne učinke na izide zdravstvene obravnave (povečanje komplikacij, negativni indikatorji varnosti pacientov, zamude v diagnostičnih testih).
- Uvajanje novih delovnih mest v obstoječe time povečuje učinkovitost delovnih procesov, inovativnost, sposobnosti delegiranja, prenosa kompetenc in drugo. Pristop se pokaže kot učinkovit pri zdravnikih, pri znižanju stopnje umrljivosti pri pacientih in s krajšim časom obravnave. Sodelovanje med zdravniki in diplomiranimi medicinskimi sestrami s

strokovnim magisterijem (ANPs) je pokazalo pozitivne učinke na izide zdravstvene obravnave.

- Nadomeščanje stalnega osebja z začasno zaposlenimi, z osebjem nižje izobrazbe ali z mlajšimi zaposlenimi ima različne učinke. Število stalno zaposlenih diplomiranih medicinskih sester na pacienta v večini raziskav pokaže povečanje zadovoljstva pacientov, zmanjšanje stopnje okužb in umrljivosti. Nadomeščanje zdravnikov z ANPs ali drugimi profili se pokaže s pozitivnimi učinki, z enakovrednimi učinki in tudi brez učinkov na izide zdravstvene obravnave, negativni učinki niso bil zaznani.
- Nadomestila in plačila. Raziskav na tem področju je malo, tri so bile vključene v raziskavo. Iz rezultatov ne moremo delati zaključkov, da je plačilo povezano z izidi zdravstvene obravnave.
- Vključevanje zaposlenih. Štiri od petih raziskav pokažejo pozitivne učinke vključevanja zaposlenih.

Tako so pomembne dimenzije delovne učinkovitosti v slovenskem zdravstvu, ki so povezane z vlogo in razvojem zaposlenih in odgovornostjo managementa za zagotavljanje pogojev za delo, **spodbudno delovno okolje, organiziranost dela, število zaposlenih in opravljene delovne ure ter število zaposlenih in zahtevnost pacientov**. Že predhodno navedene raziskave so opozorile na pomen vseh navedenih dejavnikov (3, 9, 10, 15).

**Uvajanje novih delovnih mest in delovnih profilov v obstoječo dejavnost** lahko teče po zgledu razvitih držav. Dober in uveljavljen je primer uvedbe delovnega mesta »Advance Nurse Practitioner« (ANP) ali v Sloveniji magister/magistrica zdravstvene nege, ki dela na zahtevnejših oblikah dela. Smiselnost, strokovnost in ekonomsko učinkovitost uvedbe ANP potrjujejo številne raziskave. Na ta način se poveča dostopnost zdravstvene obravnave in zdravstvenih storitev, kar je ustrezen odziv na dolgoživost, povečano število kroničnih obolenj, povečevanje neenakosti v zdravju, potreb po krepitvi zdravja in na grožnje zdravju. Pričakovane potrebe zdrave in bolne populacije za prihodnost spreminjajo vlogo zdravstvenih poklicev, kjer ključno odgovornost za dobro medpoklicno delo in sodelovanje nosijo zdravniki in diplomirane medicinske sestre s podiplomskim izobraževanjem (strokovni magisteriji, specializacije). Po zgledu razvitih držav je treba izvesti **prenos del in nalog na**



**ravni zahtevnejših, vendar stabilnih zdravstvenih obravnav z zdravnika na podiplomsko izobražene diplomirane medicinske sestre/zdravstvenike.** Le z ustreznim podiplomskim izobraževanjem je to mogoče narediti varno, mednarodno primerljivo in učinkovito za paciente in zdravstveni sistem. Področja dela, kjer se bodo v prihodnosti oblikovala nova delovna mesta za magistre in specialiste zdravstvene nege, so kronične bolezni, družinska zdravstvena nega, akutna obravnava določenih stanj, gerontologija, psihiatrija, pediatrija, anestezija, babiška nega, promocija zdravja in podobno.

Pomembna dimenzija razvoja zaposlenih v zdravstvu je **razvoj managerjev in vodij**, ki morajo imeti znanja, kompetence in sposobnosti za upravljanje in vodenje v obliki podiplomskih izobraževanj na naslednjih področjih:

- komunikacija in gradnja odnosov,
- znanje o zdravstvu in okolju,
- sodobni pristopi v vodenju,
- izgradnja profesionalizma na vseh ravneh,
- učinkovito upravljanje sistema,
- razvoj znanj in sposobnosti pri zaposlenih za ustrezen odziv na potrebe okolja, demografske trende, javnozdravstvene probleme,
- izgradnja vrednot, ki podpirajo na dokazih temelječe delo, odgovornost, kakovost in varnost, medsektorsko povezovanje,
- udejanjanje politike nenehnega spremljanja in izboljševanja kakovosti ter udejanjanje načel kakovosti,
- uvajanje informacijske tehnologije v zdravstvu tudi z vidika izboljševanja procesov dela in aktivne vključenosti uporabnikov storitev.

## **2 Dimenzije celovite kakovosti v zdravstvu**

Ena od dimenzij učinkovitosti zdravstvenega sistema je **doseganje celovite kakovosti, ki se kaže na ravni znanj, veščin in sposobnosti zaposlenih** za delo v nenehnem spremljanju in izboljševanju lastnega dela, na vzpostavljenih vrednotah in stališčih ter odgovornosti do kakovosti dela ter usposobljenosti managementa za zagotavljanje resursov in spodbud na področju kakovosti v zdravstvu. Medpoklicno sodelovanje je pomemben element doseganja kakovosti in varnosti v zdravstvu, saj se sodelovanje in timsko delo ne zgodi samo od sebe,

zlasti ne, ker različni zdravstveni delavci v času formalnega izobraževanja nimajo priložnosti, da bi medsebojno sodelovali (16).

Za učinkovito uvajanje principov celovite kakovosti je temeljnega pomena, da vsi **zaposleni vedo, kaj je celovita kakovost, kaj so cilji uvajanja, orodja uvajanja in načrt uvajanja**. To pomeni, da ni dovolj, da so zaposleni dodiplomsko izobraženi na tem področju, temveč morajo biti ustrezno podiplomsko usposobljeni za njegovo uvajanje (17) in aktivno vključeni v celoten proces priprave in uvajanja (18). Celovita kakovost ne sme imeti v ospredju samo kakovosti storitev, temveč se mora usmeriti tudi v potrebe zaposlenih, zaposlene je treba vključiti v sprejemanje odločitev (18). To je najboljša pot za premagovanje odporov do sprememb (19). Povezava med vodji in zaposlenimi se izkaže kot ključna vloga uspešnosti uvajanja celovite kakovosti, sodelovanje je odvisno od značilnosti obojih. Znanja o celoviti kakovosti ni mogoče uniformirati, temveč se reflektira v zmožnostih in sposobnostih razvoja zaposlenih (18).

Naloga vsake zdravstvene organizacije je, da oblikuje **kulturo medsebojnega sodelovanja za izboljševanje skupnega dela**, zato je treba zaposlene vključiti v skupne izobraževalne programe, kjer delajo na skupnem projektu izboljševanja lastne prakse, v katero so dnevno vključeni. Razumevanje odnosov in vedenj med zaposlenimi je temelj za razumevanje zdravstvenega sistema. Učenje v timu izboljšuje sodelovanje, zadovoljstvo z delom, izboljšuje učinkovitost, inovativnost in zadovoljstvo zaposlenih ter znižuje fluktuacijo (20). Pri uvajanju celovite kakovosti gre predvsem za upoštevanje perspektive razvoja človeškega kapitala v smislu upoštevanja pričakovanja uporabnikov storitev in zaposlenih, spodbujanje profesionalnega razvoja zaposlenih, ustreznega motiviranja in timskega dela. Vse navedeno se pogosto kaže kot ovira, in sicer v različnih profesionalnih kategorijah (18).

Pri doseganju celovite kakovosti igrata pomembno vlogo nacionalna spodbuda in zahteva po **obvezni akreditaciji zdravstvenih zavodov**. Akreditacija mora biti pogoj za izvajanje zdravstvene dejavnosti, vendar ni mehanizem za dostop do javnih sredstev. Dogovarjanje o dostopu do javnih sredstev je ločen proces, vendar je akreditacija pogoj za izvajanje zdravstvene dejavnosti iz javnih sredstev ali samoplačniško. Akreditacija ne sme biti plačljiva. V ta namen potrebuje RS **Nacionalno agencijo za kakovost v zdravstvu (NAKZ)**, ki bo neodvisen

akreditacijski organ, ustanovljen s strani Vlade RS. Imeti mora jasno izdelano **poslanstvo, vizijo in strateške cilje**, ki vključujejo pet ključnih spremenljivk:

- klinično učinkovitost (preprečevanje prezgodnjih smrti, kakovost življenja pri kroničnih obolenjih z dolgotrajno oskrbo, obdobje rehabilitacije po bolezenskih epizodah),
- varnost pacientov (zagotavljanje varnega zdravstvenega okolja za delovanje dejavnosti, preprečevanje škode/poškodb po zgledu »European Network on Patient Safety and Quality of Care«),
- izkušnje pacientov (zagotavljanje pozitivnih izkušenj),
- ključne standarde za zagotavljanje kakovosti in varnosti za prejemnike zdravstvene oskrbe in izvajalce,
- nenehno izboljševanje kakovosti dela in izidov zdravstvene obravnave z vidika organizacijske in klinične kakovosti.

Naloge NAKZ so:

- postaviti **nacionalne standarde kakovosti v zdravstvu s kazalniki** po zgledu uspešnih agencij in združenj na področju kakovosti v zdravstvu (primer NICE);
- izdelati **mednarodno primerljiva merila za akreditacijo** zdravstvenih zavodov v skladu z mednarodnimi smernicami, standardi in priporočili v EU;
- NAKZ naj deluje kot **pospeševalec razvoja kulture kakovosti in varnosti** v zdravstvu ter pospeševalec uvajanja dobrih mednarodnih praks in naj
- izvaja izobraževanje strokovnjakov za izvedbo akreditacij, izobraževanja za dvig kulture in znanj na področju kakovosti in varnosti v zdravstvu.

Pri pripravi nacionalnih standardov je treba doseči

- odprtost in transparentnost v pripravi ter sodelovanje vseh deležnikov (RSK, MZ, NIJZ – javno zdravje, zdravstveni zavodi, visokošolski zavodi, sektor sociale, nacionalna profesionalna združenja, nacionalna združenja pacientov, nevladne organizacije, druga združenja deležnikov in drugo);
- standardi naj izvajalcem zagotavljajo odločanje o zdravstveni obravnavi na osnovi najnovejših dokazov in najboljše prakse;
- uporabnikom in njihovim svojcem naj omogočajo informacije o pričakovanih, ki jih lahko utemeljeno pričakujejo od izvajalcev glede

kakovosti zdravstvenih storitev in zdravstvene obravnave ter socialnih storitev;

- zdravstvenim zavodom naj omogočajo hitro in pregledno spremljanje njihove ustrezne organiziranosti,
- financerjem pa naj dajejo uvid, koliko financirajo kakovostno in učinkovito zdravstveno obravnavo, ki je usmerjena v nenehno izboljševanje kakovosti dela.

**Merila za akreditacijo** naj natančno opredelijo:

- katere zdravstvene dejavnosti in storitve lahko ponudi izvajalec in v kakšnem obsegu glede na zaposlitvene in materialne zmogljivosti,
- katere minimalne standarde kakovosti mora doseči,
- potrebne zmogljivosti za delovanje dejavnosti,
- kakšen je poslovni model s strategijo poslovanja,
- potrebne zdravstvene in podporne dejavnosti,
- kako tečejo zdravstveni in podporni procesi pri izvajalcu,
- kakšna je vzdržnost poslovanja glede na sredstva in lastniško strukturo,
- veljavnost akreditacije, obnovitev akreditacije, odvzem akreditacije, izredne evalvacije in podobno.

**Nacionalni odbor za kakovost in varnost nadzira delovanje NAKZ.** Združuje vodje/odločevalce ključnih nacionalnih organizacij, ki so odgovorne za zdravje in zdravstveni sistem, eksperte in predstavnike uporabnikov. Zadolžen je za sistematičen pogled na kakovost v zdravstvenem sistemu in njegovo interakcijo s sistemom sociale. Daje usmeritve tako NAKZ kot politiki na področju kakovosti v zdravstvu. Cilj je kakovosten, varen in učinkovit celostni zdravstveni sistem v RS.

WHO Evropa usmerja, da je treba najti akreditacijske metode, ki bodo izboljševale predvsem nacionalni zdravstveni sistem. Mednarodna praksa pokaže, da danes večina držav v EU pomembnost organizacijske in klinične kakovosti opredeljuje zakonsko, vendar pa ne vse z akreditacijo, ampak tudi v obliki različnih institucij, ki so zadolžene za razvoj in spremljanje kakovosti v zdravstvu na nacionalni ravni (21).

**Usposabljanje zaposlenih za klinične, aplikativne in akcijske raziskave** s ciljem spremljanja in izboljševanja lastnega dela ter razumevanje in **udejanjanje**

**z dokazi podprte prakse in managementa.** Raziskave omogočajo izvajanje z dokazi podprte prakse, ki povečuje kakovost in zanesljivost zdravstvene obravnave, izboljšuje izide zdravstvene obravnave in zmanjšuje variiranje v zdravstveni obravnavi in stroških (22). Kljub navedenim koristim pa z dokazi podprta praksa ni razširjen standard dela v zdravstvu (23). Koncept z dokazi podprte prakse od izvajalcev zahteva, da pri svojem delu uporabljajo najboljša, preverjena, najnovejša in najpomembnejša spoznanja raziskav. Dodana vrednost z dokazi podprte prakse je tudi dimenzija prenašanja znanja in vedenja na uporabnike. Z dokazi podprta praksa funkcioniira na premisah postavljanja kliničnih vprašanj, iskanja in zbiranja najpomembnejših podatkov in dokazov, kritične presoje podatkov oziroma dokazov z obstoječim načinom dela, soočenje pridobljenih spoznanj z obstoječim kliničnim delom in potrebami pacientov ter aplikacijo spoznanj v klinično delo. Iskanje, presojanje, soočanje z obstoječim delovanjem, aplikacija in evalvacija so temeljne komponente z dokazi podprte prakse. Pomembno je poznati korake z dokazi podprtega dela: (a) oblikovanje kulture za razvoj z dokazi podprtega dela, (b) zastavljanje kliničnih vprašanj po tehniki PICO, (c) iskanje najboljših dokazov, (d) kritična ocena dokazov, (e) integracija dokazov z obstoječim načinom dela in s preferencami pacienta za najboljše klinične odločitve, (f) vrednotenje izidov uvedenih sprememb, (g) razširitev izidov (24).

Ustrezna organizacijska infrastruktura je tesno povezana z večjim delovanjem in intenzivnostjo uvajanja nenehnega izboljševanja kakovosti. Kot ključna elementa organizacijske infrastrukture se izkažeta klinični informacijski sistem in klinična integracija, ker oba predstavljata povezovanje med organizacijskimi »mejami«. Financiranje uvajanja sistema kakovosti se izkaže kot malo povezano z uspešnostjo uvedbe sistema. Finančna podpora vpliva na razširitev projekta v organizaciji, ne pa na uspešnost. Kot pomembna se izkažejo leta delovanja bolnišnice na področju uvajanja kakovosti, ki so statistično značilno pozitivno povezana z vsemi področji uvajanja kakovosti in z intenzivnostjo uvajanja po oddelkih. Leta delovanja se kažejo v kulturni transformaciji in rastočem napredku (25). Večina elementov kakovostnega dela ni povezana z visokimi stroški.

Uvajanje sistema celovitega upravljanja kakovosti je v zdravstvu široko analizirano s strani prepoznanih avtorjev. Ameriški medicinski inštitut je že v letu 2001 (26) opredelil, kaj bo oblikovalo znanje in kakovost dela zdravstvenih delavcev v prihodnosti.

- **Zdravstvena obravnava mora ustvarjati razmerja kontinuirane dostopnosti.** Pacient naj dobi zdravstveno obravnavo, ko jo potrebuje, na različne načine, kot so neposreden obisk v zdravstveni ustanovi, nudenje pomoči prek interneta, telefona in drugih načinov, ki lahko nadomestijo neposreden stik.
- **Zdravstvena obravnava naj bo oblikovana glede na potrebe in vrednote pacienta.** Sistem zdravstvene obravnave bi moral ponujati obravnavo najpogostejših skupin potreb pacientov, mora pa biti tudi sposoben odzivanja na individualne bolnikove potrebe in preference.
- **Pacient je vir kontrole.** Pacientom je treba dati ustrezne informacije in priložnosti, da lahko odločajo in kontrolirajo odločitve, ki so jih sprejeli ali so jim bile predlagane v zvezi z njihovo obravnavo. Sistem spremljanja naj omogoča spremljanje razlik med pacientovimi preferencami in odločitvami, ki so bile sprejete.
- **Znanje se deli in informacije prosto tečejo.** Pacienti naj imajo svoboden dostop do svojih zdravstvenih in medicinskih podatkov ter do kliničnega znanja. Osebje v kliničnem okolju naj komunicira učinkovito in naj zagotavlja dostop do informacij.
- **Odločanje naj temelji na dokazih.** Pacient naj dobi zdravstveno obravnavo, ki temelji na najboljšem dostopnem znanju, ki izhaja iz znanstvenoraziskovalnega dela. Ista zdravstvena obravnava naj se ne spreminja glede na zdravstvenega delavca in glede na prostor/oddelek.
- **Varnost je ključna v sistemu zdravstvene obravnave.** Pacient mora biti varen pred poškodbami/nevarnostmi, ki jih lahko povzroči sistem/posameznik. Treba je nameniti veliko pozornosti sistemu, ki preprečuje in blaži napake.
- **Potrebna je transparentnost.** Zdravstvena obravnava naj bo načrtovana tako, da pacientu in družini omogoča dostop do informacij, na osnovi katerih bo sprejeta odločitev glede zdravljenja, izbire bolnišnice, zdravstvenega osebja in alternativnega zdravljenja. Informacije naj vsebujejo podatke o varnosti, na dokazih temelječem izvajanju dela in o izkušnjah pacientov.

- **Napovedovanje potreb.** Sistem naj napoveduje pacientove potrebe in naj ne deluje le na osnovi reagiranja na dogodke.
- **Premišljeno uporaba virov.** Sistem zdravstvene obravnave naj premišljeno načrtuje in uporablja vire in pacientov čas.
- **Sodelovanje med strokovnjaki je prioriteta.** Strokovnjaki na vseh področjih in zdravstvene ustanove naj aktivno sodelujejo in komunicirajo za zagotavljanje ustrezne izmenjave informacij in koordinacije zdravstvene obravnave v zdravstvenem sistemu.

### 3 Zaključek

Priprava zaposlenih za nove izzive v zdravstveni obravnavi je nujna. Pomembno izhodišče je, da zdravstvena obravnava ni le ena od storitvenih industrij, temveč jo je treba dojeti kot storitev, v okviru katere ljudje skrbijo za druge ljudi, ko je to potrebno. Pri pripravi zdravstvenih delavcev za delo v zdravstvenem sistemu je treba upoštevati, da moramo v izobraževanje in strokovno delo vnesti elemente, ki so omenjeni kot ključni za nadaljnji razvoj zdravstvenega sistema. To so med drugimi prizadevanje za delo, ki temelji na dokazih, zagotavljanje interdisciplinarnega usposabljanja in delovanja, podpora uvajanju sprememb, prevzemanje odgovornosti za kakovost dela in varnost.

**Izr. prof. dr. Brigita Skela Savič**  
Fakulteta za zdravstvo Jesenice

## **Literatura in viri:**

Aiken, L. H. et al., & RN4CAST consortium (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. *Lancet*, 383(9931), 1824–1830.

Alexander, J. A., Weiner, B. R., Skortell, S. M., Kaker, L. C., & Becker, M. P. (2006). The Role of Organizational Infrastructure in Implementation of Hospitals' Quality Improvement. *Hospital Topics*, 84(1), 11–20.

Curson, J. A., Dell, M. E., Wilson, R. A., Bosworth, D. L., & Baldauf, B. (2010). Who does workforce planning well? Workforce review team rapid review summary. *International Journal Of Health Care Quality Assurance*, 23(1), 110–119.

Cylus, J., & Smith, P. (2012). Comparative measures of efficiency. V: I. Papanicolas & P. Smith (ur.), *Health system performance comparison: An agenda for policy, information and research*. Buckingham: Open University Press.

Davis, D. (2006). Continuing Education, Guideline Implementation, and the Emerging Transdisciplinary Field of Knowledge Translation. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26(1), 5–12.

Deklaration, 2015, ICN.

Directive 2013/55/EU of the European Parliament and of the Council, 2013. *Official Journal of the European Union*, L354/132.

Glassman, A, et al. (2013). *More Health for the Money: Putting Incentives to Work for the Global Fund and Its Partners*. Washington D.C.: Center for Global Development.

Gregori, D., Napolitano, N., Scarinzi, C., Semeraro, A., Rosato, R., Pagano, E., Zigon, G., & Gabassi, P. (2007). Knowledge, practice and faith on Total Quality Management principles among workers in the Health Care System: Evidence from an Italian investigation. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 15(2009) 69–75.



Hernandez, P. et al. (2006). Measuring expenditure for the health workforce: Evidence and challenges. *World health report 2006 background paper*. Najdeno 7. julija 2010 na spletnem naslovu <http://www.who.int/nha/docs/Paper%20on%20HR.pdf>

Hollingsworth, B. (2008). The measurement of efficiency and productivity of health care delivery. *Health Economics*, 17, 1107–1128.

Hsu, J. (2010). The relative efficiency of public and private service delivery. *World Health Organization, Background Paper*, 39.

Institute of Medicine. (2001). Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. Najdeno 26. marca 2011 na spletnem naslovu <http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/2001/Crossing-the-Quality-Chasm/Quality%20Chasm%202001%20%20report%20brief.pdf>

Ladden, M. D., Benash, G., Stevens, D. P., & Moore, G. T. (2006). Educating interprofessional learners for quality, safety and systems improvement. *Journal of Interprofessional Care*, 20(5), 497–505.

Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E., Gallagher-Ford, L., & Kaplan, L. (2012a). The state of evidence-based practice in US nurses: Critical implications for nurse leaders and educators. *Journal of Nursing Administration*, 42(9), 410–417.

Melnyk, B. M., Grossman, D., Chou, R., Mabry-Hernandez, I., Nicholson, W., DeWitt, T., Cantu, A. G., & Flores, G. (2012b). US preventive services task force. USPSTF perspective on evidence-based preventive recommendations for children. *Pediatrics*, 130(2), 399–407.

National Health Workforce Taskforce. (2008). *Data, capacity and clinical placements across Australia: A discussion paper*. Melbourne: National Health Workforce Taskforce.

Nurse Forecasting: Human Resources Planning in Nursing (RN4CAST). (2009–2011).

Palo, S., & Padhi, N. (2003). Measuring effectiveness of TQM training: An Indian study. *International Journal of Training and Development*, 7(3), 203–216.

Patterson, M., Rick, J., Wood, S., Carroll, C., Balain, S., & Booth, A. (2010). Systematic review of the links between human resource management practices and performance. *Health Technology Assessment, 14*(51), 1–334.

Schofield, D. J., Fletcher, S. L., & Callander, E. J. (2009). Ageing medical workforce in Australia – where will the medical educators come from? *HRH, 82*(7), 1–6.

Sermeus, W. et al., & the RN4CAST consortium. (2011). Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. *BMC Nurs* 2011; 10: 6.

Shaw, C. D., Bruneau, C., Kutryba, B., De Jongh, G., & Suñol, R. (2010). Towards hospital standardization in Europe. *International Journal for Quality in Health Care, 22*(4), 244–249.

Skela Savič, B. (2010). Znanje o kakovosti v zdravstvu in zdravstveni negi. V: Z. Kramar (ur.), & A. Kraigher (ur.): *Učimo se varnosti od najboljših: Prikaz dobrih praks : strokovni seminar : zbornik predavanj* (str. 24–29). Jesenice: Splošna bolnišnica.

Smith, P. C. (2012). What is the scope for health system efficiency gains and how can they be achieved? *Eurohealth incorporating Euro Observer, 18*(3).

Striem, J., Ovreteit, J., & Brommels, M. (2003) Is health care a special challenge to quality management? Insight from the Danderyd Hospital case. *Quality Management and Health Care, 12*(4), 250–258.

## **2.7 PRISPEVEK: PRAVNA UREDITEV SLOVENSKEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA**

### **1 Sistemska zasnova zdravstvenega varstva**

Trenutni sistem zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji se zagotavlja prek obveznega in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Ker se zaradi omejenih javnih sredstev zdravstveno varstvo ne more v celoti financirati iz javnih sredstev, ga je treba en del financirati tudi iz zasebnih sredstev. Nesporno je namreč dejstvo, da ima zdravstveno varstvo poleg eksternih tudi izrazito zasebne učinke (mešana javno-zasebna dobrina). V skladu z navedenimi učinki ter načeli pravičnosti in enakopravnosti pri dostopu posameznikov do storitev zdravstvenega varstva je zakonodajalec dolžan opredeliti obseg zdravstvenega varstva, ki se financira iz javnih sredstev, in obseg zdravstvenega varstva, ki se financira iz zasebnih sredstev.

Ker je oskrba z dobrinami iz javnega sektorja bistvenega pomena za uspešno delovanje gospodarstva, mora gospodarstvo prek sistema javnega financiranja prispevati k zagotavljanju sredstev za delovanje javnega sektorja. Javnega sektorja torej ni mogoče obravnavati samostojno in neodvisno od gospodarstva, gospodarstva pa ne neodvisno od javnega sektorja. Model tržne socialne države državo na eni strani zavezuje, da organizira trg in vzpostavi njegovo delovanje, nad delovanjem trga izvaja nadzor, da oblikuje in izvaja politike za zagotavljanje makroekonomske (monetarne) stabilnosti ter ustrezne mehanizme za upoštevanje tržnih nepravilnosti (market failure). Na drugi strani pa je država dolžna vzpostaviti pogoje za optimalno alokacijo proizvodnih tvorcev in optimalno učinkovito (pre)razporeditev ustvarjenega dohodka, s čimer se zagotovi po obsegu in strukturi taka produkcija dobrin javnega sektorja (cost benefit analiza), ki kar najbolj podpira uresničevanje svobodne gospodarske pobude tržnih udeležencev (Musgrave & Musgrave, 1989, str. 131). Za izvajanje naštetih funkcij, ki so s številnimi elementi prepletene in soodvisne (Kranjec, 2003, str. 24), mora država zasledovati optimalno družbeno blaginjo, ki ni opredeljena zgolj z ekonomsko učinkovitostjo, temveč tudi s stopnjo stabilnosti tržnih razmerij, pravično in enakopravno distribucijo oziroma uravnoteženo redistribucijo dohodka, s svobodno izbiro ter razvojnimi možnostmi družbe kot celote (Herzog, 1964, str. 19). Ugotovitev, da ima razporeditev družbenega dohodka pomemben

(posredni) vpliv na gospodarstvo in razmere na trgu, državi nalaga, da obseg dobrin opredeli v skladu z veljavnimi (prevladujočimi) družbenimi vrednotami (Tanzi, 2000, str. 27) in dejanskimi materialnimi možnostmi. Pravno sistemsko je državi naloženo, da oblikuje take usmerjevalne mehanizme za uravnavanje razmerja med obsegom produkcije javnih in zasebnih dobrin, ki omogoča optimalni razvoj družbene skupnosti (Musgrave & Musgrave, 1989, str. 131). Obsega dobrin javnega sektorja v družbi (državi) s tržnim socialnim sistemom (v času in prostoru) ni dopustno opredeliti le s pomočjo ekonomskih teorij in metod, ampak jih je treba soočiti tudi z drugimi družboslovnimi vedami, jih uskladiti z javnimi interesi ter uravnesiti z zmogljivostjo zasebnega sektorja in pričakovanjem povpraševalcev. Tak pristop k urejanju obsega dobrin javnega sektorja je pogoj, da bodo dobrine javnega sektorja v učinkovito podporo delovanju zasebnega sektorja in da bo javni sektor prek sistema javnega financiranja zasebnega »omejeval« le toliko, kot je to za njegovo delovanje in uveljavljanje širših javnih interesov nujno. Le tako bo javni sektor dolgoročno omogočal učinkovito in nemoteno delovanje zasebnega sektorja, zasebni pa racionalno delovanje javnega (Ferfila, 2011, str. 33). Ob tem je treba javni interes, ki praviloma ni skladen s kratkoročnimi ekonomskimi cilji tržnih udeležencev (Hösch, 1996, str. 73), objektivizirati tako, da se pri njegovem oblikovanju v največji možni meri prepreči nesorazmeren vpliv vsakokratne prevladujoče politične elite in njenih vrednostnih opredelitev (Kovač, 1992, str. 14).

## **2 Ustavne podlage ureditve zdravstvenega varstva**

Ustava RS v 51. členu vsakomur zagotavlja pravico do zdravstvenega varstva pod pogoji, ki jih določa zakon, pri čemer Ustava RS državi nalaga, da za določen obseg pravic do zdravstvenega varstva zagotovi financiranje iz javnih sredstev. Določbo vsebinsko dopolnjuje 50. člen Ustave RS, ki državljanom zagotavlja pravico do socialnega varstva. V 2. odstavku 50. člena Ustava RS določa, da mora država v obsegu pravic, ki jih opredeli z zakonom, vzpostaviti obvezno zdravstveno zavarovanje in poskrbeti za njegovo delovanje.

Iz citiranih ustavnih določb nadalje izhaja, da se mora v okviru z zakonom opredeljene pravice do storitev zdravstvenega varstva uresničevati tudi pravica do socialne varnosti (Šturm et al., 2011, str. 819). Z vzpostavitvijo obveznega zdravstvenega zavarovanja in z ukrepi za delovanje sistema zdravstvenega

varstva zakonodajalec izpolnjuje svoje naloge iz 2. odstavka 50. člena Ustave RS. Ustavni okvir državi nalaga (Šturm et al., 2011, str. 819), da opredeli vrste in obseg upravičenj, upravičence, pogoje dostopnosti in sistem financiranja (Šturm et al., 2002, str. 522). Določba 50. člena Ustave RS o obveznem zdravstvenem varstvu je v razmerju do določbe 51. člena *lex specialis*, kar pomeni, da določba 50. člena kategorično omejuje domet določbe 51. člena glede načina uresničevanja tistega dela pravice do zdravstvenega varstva, ki mora biti zaradi zagotavljanja pravice do socialne varnosti urejena v sistemu obveznega zdravstvenega zavarovanja (Šturm et al., 2011, str. 819, 820).

Pri opredelitvi načina izvrševanja ustavne pravice do socialne varnosti oziroma pravice do zdravstvenega varstva ima zakonodajalec sicer široko polje proste presoje (Šturm et al., 2002, str. 523), vendar pri tem ni neomejen. Obseg posameznih upravičenj, ki se financirajo iz javnih virov, mora določiti v okvirih dejanskih možnosti, tako da gospodarskih subjektov z javnimi dajatvami prekomerno ne obremeni, z naložitvijo nesorazmernih bremen ne sme ogroziti njihove konkurenčne sposobnosti na trgu. Ustava torej državi nalaga, da svojim državljanom zagotovi dostop do tistih zdravstvenih storitev, ki po zakonodajalčevi presoji sodijo v okvir izvrševanja načela socialne države in zagotavljanja socialne varnosti (Šturm et al., 2011, str. 819), pri tem pa je treba upoštevati dejanske možnosti pokrivanja stroškov iz javnih virov.

Za pokrivanje povpraševanja po zdravstvenih storitvah, ki presegajo zdravstvene storitve iz 50. (in 51.) člena Ustave RS (Šturm et al., 2011, str. 818), katerih financiranje se zagotavlja iz javnih virov v okviru sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja, mora zakonodajalec vzpostaviti pravne podlage za financiranje iz zasebnih sredstev uporabnikov (in drugih virov).

Pri tem je treba poudariti, da država na podlagi ustavne določbe o pravici do zdravstvenega varstva ni zavezana le k vzpostavitvi sistema, ki omogoča materialno dostopnost zdravstvenih storitev vsem, ki potrebujejo takšne storitve, temveč mora zagotoviti tudi vzpostavitev in delovanje sistema zdravstvene službe (Šturm et al., 2002, str. 547) v obsegu dejanskih potreb njenih državljanov (povpraševanja po zdravstvenih storitvah). Država mora torej vzpostaviti možnosti, da lahko posamezniki dostopajo do storitev zdravstvenega varstva, in zagotavljati njihovo ustrezno kakovost. Obvezno zdravstveno zavarovanje je tako le eden izmed pomembnih (nosilnih) mehanizmov, s katerim se zagotavlja

določen standard iz javnih virov financiranega zdravstvenega varstva (Šturm et al., 2002, str. 546), medtem ko pa se lahko storitve, ki presegajo tako določen standard, financirajo iz drugih virov (prostovoljno zdravstveno zavarovanje). Sistem, ki ločuje med obveznim in dopolnilnim zdravstvenim zavarovanjem, je ustavno dopusten, prav tako pa je ustavno dopustna določitev pogojev za izvajanje dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja.

Navedeno stališče izhaja tudi iz obrazložitve odločbe Ustavnega sodišča RS, ki v odločbi ODIUS XV, U-I-277/05, navaja (točka 26), da je dopolnilno zdravstveno zavarovanje povezano z uresničevanjem pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki ga Ustava RS opredeljuje kot del pravice do socialne varnosti po drugem odstavku 50. člena. »Pravica do socialne varnosti iz prvega odstavka 50. člena Ustave v širšem smislu obsega vse socialne pravice, ki posamezniku zagotavljajo možnost preživetja in dostojnega življenja takrat, ko si tega zaradi nastopa socialnih rizikov (na primer bolezni, starost, brezposelnost) ne more zagotavljati sam. Bolj konkretizirana, vendar s prejšnjo tesno povezana, pa je pravica do zdravstvenega varstva iz prvega odstavka 51. člena Ustave, iz katere za državo izhaja obveznost, da vzpostavi sistem, ki omogoča materialno dostopnost zdravstvenih storitev vsem, ki jih potrebujejo, ter da zagotovi delovanje zdravstvene službe, ki je sposobna nuditi potrebne zdravstvene storitve. Kakšne ukrepe naj država za to izbere, Ustava ne določa. Zato lahko država na področju zdravstvenega zavarovanja poleg obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki ga, kot rečeno, določa že Ustava, uvede še druga zavarovanja ali kombinacije različnih sistemov zavarovanj, ki bodo posameznikom zagotavljali z Ustavo določene pravice na področju zdravstvenega varstva. To pa samo po sebi ne more biti predmet presoje Ustavnega sodišča. Šele dopolnilno zdravstveno zavarovanje skupaj z obveznim zdravstvenim zavarovanjem omogoča zavarovancem polno pokrivanje stroškov zdravstvenih storitev. Zakonodajalec zato celo mora predpisati ureditev, ki je potrebna za zagotovitev navedene pravice, tudi za tisti del zdravstvenih zavarovanj, ki so prostovoljna in se izvajajo kot gospodarska dejavnost zavarovalništva na trgu. V tem okviru sme določiti posebne pogoje za izvajanje dejavnosti, ki se nanašajo tako na zavarovalnice kot na zavarovance in zavarovalce.«

Polna materialna dostopnost do storitev zdravstvenega varstva je po stališču Ustavnega sodišča RS legitimen cilj, ki zakonodajalca na podlagi prvega in drugega odstavka 51. člena Ustave RS pooblašča za urejanje izven področja

obveznega zdravstvenega zavarovanja, vse do načina uresničevanja pravice do svobodne gospodarske pobude (Šturm et al., 2011, str. 818). Zakonodajalec ima široko polje proste presoje pri urejanju različnih tipov prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, pri tem pa mora pri posameznih tipih prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj spoštovati legitimnost in sorazmernost med zagotavljanjem ciljev socialne države in varstvom svobodne gospodarske pobude (Šturm et al., 2011, str. 818, 819).

### **3 Skladnost veljavne slovenske ureditve zdravstvenega varstva s pravnim redom EU**

Slovenska ureditev dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja je bila predmet najrazličnejših kritik s strani Evropske komisije. Komisija je RS očitala, da je ureditev dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja v nasprotju z zakonodajo Evropske unije, saj naj bi povzročila kršitev prostega pretoka storitev in ustanavljanja ter kršitev direktive o zavarovalniški dejavnosti. Komisija je v letih med 2006 in 2010 na Republiko Slovenijo naslovila več uradnih opominov, iz katerih izhaja, da dopolnilna zdravstvena zavarovanja kot element sistema socialne varnosti niso izvzeta iz področja uporabe prava Evropske unije, saj se ta zavarovanja izvajajo kot zavarovalniška dejavnost (Urad Vlade RS za komuniciranje, 2010). Pri tem je Sodišče Evropske unije za presojo socialne narave zavarovanj izoblikovalo tri kriterije: obvezna vključitev v zavarovanje, ali se zavarovanja izvajajo s ciljem pridobivanja dobička in ali zavarovalnica sama nosi tveganja (Urad Vlade RS za komuniciranje, 2010). Glede na razlago Komisije dopolnilno zdravstveno zavarovanje, kot ga imamo v RS, ne pomeni delne ali popolne alternative kritju zdravstvenih tveganj, ki jih zagotavlja sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja kot del sistema socialne varnosti, ampak se ta sistem dopolnjuje (Urad Vlade RS za komuniciranje, 2010).

Kljub dejstvu, da slovenski sistem dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja sodi na področje uporabe zakonodaje Evropske unije, ki ureja zavarovalniško dejavnost, se je izoblikovala sodna praksa, da ukrepi držav članic, ki so namenjeni ohranitvi uravnoteženih zdravstvenih in bolnišničnih storitev, dostopnih vsem, čeprav so v bistvu povezani z načinom financiranja sistema socialne varnosti, lahko sodijo med odstopanja na podlagi javnega zdravja, če prispevajo k doseganju visoke ravni zdravstvenega varstva (Urad Vlade RS za

komuniciranje, 2010). Iz tega razloga RS lahko uveljavlja odstopanje ureditve dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja od zakonodaje EU zaradi zaščite javnega interesa na področju zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, vendar pa mora dokazati, da je ukrep primeren glede na zastavljen cilj in da v danih okoliščinah ni mogoče sprejeti drugega ukrepa, ki bi manj omejil prosti pretok na trgu Evropske unije (Urad Vlade RS za komuniciranje, 2010).

Sodna praksa Sodišča EU razlikuje med shemami, ki temeljijo na načelu solidarnosti, in gospodarskimi shemami (Evropska komisija, 2011). Sodišče EU uporablja vrsto meril za določitev, ali shema socialne varnosti temelji na solidarnosti in zato ne vključuje gospodarske dejavnosti, in sicer: ali je udeležba v shemi obvezna; ali ima shema izključno socialni namen; ali je shema nepridobitna; ali je izplačana podpora neodvisna od prispevkov; ali izplačana podpora ni nujno sorazmerna s prihodki zavarovanca ter ali shemo nadzoruje država (Evropska komisija, 2011).

Pri vzpostavitvi sistema zdravstvenega varstva bomo morali biti pozorni na to, da bo sistem skladen s temi merili. Regulatorni ukrepi na področju (zasebnih) zdravstvenih zavarovanj v RS morajo biti torej uvedeni tudi s ciljem, da prek zgoraj naštetih meril zdržijo presojo z vidika pravnih okvirov iz pogodb, direktiv EU ter sodne prakse Sodišča EU. Takšni ukrepi morajo določiti naslednje:

- obveznost pogodbenega zavarovanja;
- košarico, ki jo zagotavlja zavarovalnica;
- izravnalno shemo;
- vnaprejšnje pošiljanje splošnih pogojev regulatorju/ministrstvu za zdravje.

**Prof. dr. Branko Korže**

Ekonomska fakulteta Univerze v Ljubljani



## Literatura in viri:

Evropska komisija. (2011). Sporočilo Komisije o uporabi pravil Evropske unije o državni pomoči za nadomestilo, dodeljeno za opravljanje storitev splošnega gospodarskega pomena, C(2011) 9404 konč., 20. december 2011.

Ferfila, B. (ur.) (2011). *Ekonomika javnega sektorja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede UL.

Herzog, R. (1964). *Sozialstaatklausel als zukunftsorientierten Rechtsbegriff – Kommentar zum Grundgesetz »Maunz-Dürig-Herzog«*. München: Verlag C. H. Beck.

Hösch, U. (1996). *Grundlagen des Wettbewerbsrechts*. Stuttgart: Richard Boorberg Verlag.

Kovač, B. (1992). *Makroekonomija*. Ljubljana: Opcija Kamnik.

Kranjec, M. (2003). *Davki in proračun*. Ljubljana: Fakulteta za upravo UL.

Musgrave, R., & Musgrave, P. (1989). *Public Finance in Theory and Practice* (5. izdaja). Singapore: McGraw-Hill Book Company.

Odločba Ustavnega sodišča RS, Odl.US XV, U-I-277/05. *Uradni list RS št. 21/06*.

Šturm, L., et al. (2002). *Komentar Ustave Republike Slovenije*. Ljubljana: Fakulteta za podiplomske državne in evropske študije.

Šturm, L., et al. (2011). *Komentar Ustave Republike Slovenije: dopolnitev – A*. Kranj: Fakulteta za državne in evropske študije.

Tanzi, V. (2000). The Role of the State and the Quality of Public Sector. *IMF Working Paper WP/00/36*.

Urad Vlade RS za komuniciranje. (2010). 83. redna seja Vlade RS, sporočilo za javnost, 20. maj 2010.

### **3 PROJEKT PRENOVE GOSPODARSKIH VIDIKOV SLOVENSKEGA ZDRAVSTVA: REZULTATI IN SKLEPI**

#### **Spoznanja iz analize sedanjega slovenskega zdravstvenega sistema**

##### **1. Metodološke iztočnice**

Pri oblikovanju zdravstvenega sistema pri nas izhajamo iz splošnih spoznanj o zdravstvenih sistemih, izkušenj drugih držav, iz ciljev, ki naj bi jih z njimi dosegli, in tradicije, nastale v Sloveniji skozi desetletja, ki vpliva na pričakovanja prebivalstva o učinkih zdravstvenega sistema. Slednja pa vpliva na že obstoječe elemente oziroma sestavne dela tega sistema, na njihove medsebojne odnose, na cilje, ki naj bi jih z zdravstvenim sistemom dosegli, mehanizme povezovanja posameznih elementov v celoto, na gibalne sile, ki »poganjajo« posamezne elemente in s tem tudi sistem kot celoto, in okolje, v katerem je zdravstveni sistem eden od podsistemov. Temeljni cilj je doseganje čim višjega zdravstvenega stanja pri prebivalstvu, načela, ki naj bi jih pri tem spoštovali, pa so solidarnost, dostopnost, kakovost in učinkovitost.

##### **2. Glavne značilnosti javnega zdravstvenega sistema**

Strinjamo se, da naj bi imelo prebivalstvo možnost vstopati v zdravstveni sistem ob upoštevanju načel solidarnosti. Upošteevamo naslednja načela solidarnosti: solidarnost glede na zdravstveno stanje, glede na posameznikov dohodek, glede na posameznikovo starost, glede na posameznikov spol, glede na mesto bivanja posameznika in solidarnost glede na zaposlitveni status posameznika. Solidarnost je lastnost, ki razlikuje javni zdravstveni sistem od drugih zdravstvenih sistemov. Solidarnost je družbena vrednota, ki jo je mogoče uresničiti le znotraj državnega proračunskega financiranja zdravstva ali obveznega zdravstvenega zavarovanja. Slednje omogoča kolektivno financiranje zdravstva bodisi v obliki univerzalne (v smislu neomejene) bodisi v obliki omejene košarice dobrin. Pri tem lahko obnašanje posameznikov ob njihovem vstopu v zdravstvo usmerjamo s spodbudami na strani povpraševanja (doplčila, odbitki, vratarstvo, mreža). Te spodbude vplivajo na dostopnost do zdravstva. Tako nastane prvo področje koordinacije znotraj zdravstvenega sistema, ki je v takem sistemu ne zagotavlja

trg, ampak država. To je koordinacija med velikostjo košarice zdravstvenih dobrin, ki jo zagotavljamo solidarnostno, in obsegom sredstev za kolektivno financiranje te košarice. To koordinacijo v tržnih sistemih izvaja vsak posameznik, v javnih zdravstvenih sistemih pa zaradi kolektivne oblike financiranja zdravstva oziroma solidarnosti država ali organizacija, zadolžena zanjo s strani države. V pomembnem delu je politični proces, ki določa tudi meje javnega zdravstva. Tej koordinaciji sledi druga koordinacija, ki je v tem sistemu tudi ne izvaja trg. To je koordinacija med velikostjo košarice, ki je določena s prvo koordinacijo, in mrežo izvajalcev, ki ponujajo zdravstvene dobrine iz košarice. Ta koordinacija je naloga države ali plačnika in je delno politični, delno pa strokovni proces. Koordinacija obsega tudi način plačevanja izvajalcev, ki mora izvajalce zdravstvenega varstva spodbujati k učinkovitosti in kakovosti. Izvajalci so lahko javni ali zasebni, a morajo (zaradi kolektivnega financiranja) delovati neprofitno in (zaradi uresničevanja košarice) glede na količinske cilje. S tem so del javnega sektorja. Tak način delovanja ne ustreza vedno interesom zasebne lastnine. Da bi zagotovili varen obstoj mreže, temelji slednja na javnih izvajalcih. Gre za vprašanje agenta v odnosu principal – agent. Če zasebni kapital v taki dejavnosti ne najde (profitnega) motiva, ne bo vstopil v mrežo. Če ga najde, bo reagiral tudi na vse spodbude, ki izvirajo iz sistema plačevanja (glavarine, plačevanje po skupinah primerljivih primerov, po storitvah itd.), zato domnevamo, da se pri zasebnih izvajalcih ne pojavlja problem principal – agent. Javni izvajalec je v mreži z odločitvijo države, toda spodbude iz sistema plačevanja morajo tudi njega usmerjati k večji učinkovitosti in kakovosti, zato je treba tudi znotraj javnega izvajalca poiskati ustreznega agenta, ki bo v večji učinkovitosti in kakovosti videl tudi uresničitev svojih (zasebnih) interesov in deloval v tej smeri. Ob javnem sistemu z državno koordinacijo dejavnosti je možno uveljaviti tudi tržno koordiniran del zdravstva. Mejo med javnim zdravstvenim sistemom in tržno koordiniranim zdravstvom postavljata velikost in učinkovitost izvedbe košarice zdravstvenih dobrin iz javnega dela zdravstva.

### **3. Kritične točke slovenskega zdravstvenega sistema**

Obstoječi slovenski zdravstveni sistem je kritičen na več mestih. Prvič, javni del zdravstva financiramo prek Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ki neformalno deluje kot sklad in ne izvaja (čeprav je to njegova funkcija) prve koordinacijske funkcije, to je usklajevanja med razpoložljivimi sredstvi in

obsegom košarice dobrin v javnem zdravstvu, sicer ne bi nastajale nenormalne čakalne vrste, nesposobnost financiranja kakovostnejše ponudbe in sistemske izgube pri povprečno učinkovitih izvajalcih. Drugič, neomejena zdravstvena košarica onemogoča uskladitev denarnih virov iz obveznega zdravstvenega zavarovanja z obsegom zdravstvene košarice. Tretjič, zakonsko in s tem prisilno pasivna vloga prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja in nanj vezanih zavarovalnic, ki so spremenjene v »pomožne blagajne« obveznega zdravstvenega zavarovanja, čeprav delujejo po načelih zavarovalništva in je tako stanje v nasprotju z njihovimi interesi. Četrto, mesto prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v plačilnem sistemu, ki onemogoča polno uveljavitev solidarnosti v povezavi z obveznim zdravstvenim zavarovanjem. Petič, mesto prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v plačilnem sistemu, ki onemogoča učinkovanje spodbud na strani povpraševanja, saj zavaruje spodbude (doplačila), ki ne bi smele biti zavarovane, da bi lahko signalizirale porabnikom zdravstvenih dobrin velikost cen zdravstvenih dobrin, in spodbude spreminja v pomemben redni vir financiranja slovenskega zdravstva. Šestič, zanemarjeno je dejstvo, da trg ni (ne more biti) koordinator strani povpraševanja s ponudbeno stranjo v javnih zdravstvenih sistemih, da mora to vlogo prevzeti država in da mora ta opredeliti tudi organ koordinacije. Gre za vprašanje mreže javnega zdravstva. Sedmič, zanemarjanje dejstva, da obseg košarice zdravstvenih dobrin iz obveznega zdravstvenega zavarovanja postavlja tudi meje, prek katerih je smiselno razvijati tržni del zdravstva (zdravstveno dejavnost, ki jo koordinira trg in ima tako na nakupni kot na prodajni strani zasebne agente), te meje pa se oblikujejo stihijsko, če košarica ni omejena. Osmič, negativen odnos do tržnega dela zdravstva preprečuje tudi razmišljanje o organiziranju trga v zdravstvu in prepušča trg stihiji in izkoriščanju slabosti javnega dela zdravstva. Devetič, zanemarjanje dejstva, da je ključen del koordinacije med velikostjo in sestavo košarice na eni strani in izvajalci (mrežo) na drugi strani tako imenovani plačilni sistem, to je nabor plačilnih instrumentov, ki naj bi vplivali na učinkovito organizirano in kakovostno ponudbo izvajalcev v mreži javnega zdravstva. Desetič, popoln nered glede vprašanja agenta, ki ni problematično glede zasebnih izvajalcev, je pa v celoti odprto v primeru javnih (državnih) izvajalcev. S tem v zvezi so nedorečena vprašanja poslovne samostojnosti in nefleksibilnosti sedanjih javnih zavodov, nagrajevanja zaposlenih, organiziranja delovnih procesov (vloge posameznika v njih) in poslovnih funkcij, zlasti nabave in prodaje, ter vloge lastnika in ustanovitelja.

#### **4. Nujnost oblikovanja omejene košarice zdravstvenih dobrin – košarica A**

Nastajanje nenormalnih čakalnih vrst, sistematične in vsesplošne izgube tudi povprečno učinkovitih izvajalcev zdravstvenega varstva, nekakovostna ponudba izvajalcev zdravstvenega varstva, nizka dostopnost do nekaterih dobrin zdravstvenega varstva in podobno so dokaz neravnotežja med sredstvi, zagotovljenimi za javno zdravstvo v Sloveniji (2,1 milijarde evrov iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja oziroma prispevkov delojemalcev in delodajalcev in 0,4 milijarde iz naslova prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja), in košarico dobrin, ki naj bi jo zagotavljalo javno zdravstvo. Ker ni mogoče povečati prispevnih stopenj (neposredno vplivajo na ceno dela, ki je med najvišjimi v Evropi, in znižujejo konkurenčnost slovenskega gospodarstva ter povečujejo delež javne porabe v BDP) in ker ni mogoče zagotoviti dodatnih sredstev z novo dajatvijo ali iz proračuna RS (ker to povečuje delež javne porabe v BDP in stroške gospodarstva), je edina rešitev uvedba omejene košarice iz naslova obveznega zdravstvenega varstva. Imenovali smo jo košarica A. Uvedba košarice A je posledica nevzdržnosti stanja, pri katerem so sredstva omejena, potrebe po dobrinah pa neomejene. S tega vidika je treba sedanji Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije tudi formalno preoblikovati v zdravstveni sklad z ustreznimi pooblastili, katerega temeljna naloga je usklajevanje med razpoložljivimi sredstvi za košarico A in nakupnimi odločitvami za potrebe košarice A.

#### **5. Zdravstvene zavarovalnice in košarica B**

Prostovoljne zdravstvene zavarovalnice z okoli 0,4 milijarde sredstev danes le dopolnjujejo sredstva, zbrana z obveznim zdravstvenim zavarovanjem, pri čemer ne vplivajo niti na obseg sredstev, ki naj bi jih zagotovile, niti na strukturo porabe teh sredstev, niti na nadzor nad njihovo porabo pri izvajalcih. Poleg tega (vsaj z vidika njihovega nastanka) zavarujejo doplačila, ki ne bi smela biti zavarovana, da bi imela ekonomsko vlogo, zaradi katere jih imamo, to je, da bi porabniku signalizirala višine cen dobrin. V sedanji obliki jih je treba zato izdvojiti iz financiranja javnega zdravstva, torej košarice A. So pa pomemben vir sredstev za izvedbo javnega zdravstva v Sloveniji, ki ga ni mogoče nadomestiti niti z višjimi prispevnimi stopnjami (povečali bi stroške dela in delež javne porabe v BDP) niti z novo dajatvijo (povečali bi javnofinančne prihodke in odhodke ter stroške

gospodarstva). Poleg tega so oblika financiranja zdravstva, s katero lahko omogočimo, da prebivalstvo glede na svoje preference nameni večji del svojih dohodkov za zdravstveno potrošnjo. Ker premije za prostovoljno zdravstveno zavarovanje plačujemo iz dohodkov prebivalcev in so del njihove potrošnje, ne vplivajo niti na stroške dela (ali kapitala) niti na javnofinančne bilance, zato je treba dati prostovoljnim zdravstvenim zavarovalnicam aktivno vlogo, kar v osnovi poskušamo z uvajanjem košarice (zdravstvenega varstva) B. Prav delovanje zdravstvenih zavarovalnic v povezavi s košarico B je pot za povečanje deleža BDP, ki ga v Sloveniji namenjamo za zdravstvo.

### ***5a. Opcija 1: Zdravstveno zavarovanje za košarico A***

*Uvajamo možnost, da zdravstvene zavarovalnice delujejo tudi na področju financiranja košarice A, a ne kot dopolnilni plačnik, ampak kot organizacije, ki prevzemajo del dejavnosti Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije.*

## **6. Razširitev solidarnosti**

Sedaj le okoli 0,8 milijarde evrov v celoti in samostojno za dobrine obveznega zdravstvenega zavarovanja oziroma javno zdravstvo zagotavlja Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije z zbiranjem prispevkov. Zavod v tem primeru pokriva stroške teh zdravstvenih dobrin v celoti. Pri tem tudi v celoti uveljavlja vseh šest solidarnosti, značilnih za zdravstvo. Okoli 1,7 milijarde evrov sredstev za dostop do javnega zdravstva pa zagotavljajo zavod iz prispevkov (okoli 1,3 milijarde evrov) in prostovoljne zdravstvene zavarovalnice iz sredstev prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, zbranih prek prostovoljnega plačila premij (okoli 0,4 milijarde evrov). Sredstva zdravstvenih zavarovalnic v bistvu skoraj v celoti nadomeščajo sredstva iz žepa, saj bi morali doplačila v osnovi plačati uporabniki sami iz žepa. Pri prispevkih veljajo vsa solidarnostna načela, pri plačilu premij pa le razpršitev tveganja in spolna ter starostna solidarnost. V takih razmerah je dostop do dobre polovice zdravstvenih dobrin javnega zdravstva pogojen s prostovoljnim doplačilom k obvezno plačanim prispevkom. Tudi solidarnostna načela pri 1,7 milijarde evrov vredni košarici obveznega zdravstvenega zavarovanja so tako pogojena s prostovoljnim plačilom premij, ki ne vključujejo omenjenih šest solidarnostnih načel. Z izključevanjem prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja iz financiranja dobrin javnega zdravstva bi obseg zdravstvenih dobrin, ki so v celoti podrejene načelom

solidarnosti, povečali z 0,8 milijarde evrov na 2,1 milijarde evrov. Tudi zato predlagamo košarico A (v celoti omejeno na 2,1 milijarde solidarnostno zbranih sredstev) in košarico B (na začetku 0,4 milijarde evrov vredno košarico brez uveljavljanja vseh solidarnosti).

## **7. Opredeljevanje dveh mest koordinacije zdravstvene dejavnosti**

Nenormalne čakalne vrste oziroma dolgotrajne čakalne dobe, izgube povprečno učinkovitih izvajalcev javnega zdravstva, neustrezna kakovost dobrin javnega zdravstva in nered v financiranju izvajalcev so znaki (a) nenatančno usklajene košarice dobrin v javnem zdravstvu z razpoložljivimi sredstvi in (b) neusklajenosti košarice z zmogljivostmi izvajalcev zdravstvenega varstva (mrežo zdravstvenega varstva), zato je treba natančno opredeliti mesto oziroma organizacijo teh dveh usklajevanj in njun cilj. Rešitev, primernih za javno zdravstvo, ne moremo iskati na trgu in v kvazitržnih oblikah usklajevanj.

## **8. Opredelitev javnega zdravstva določa tudi mesto trga v zdravstvu**

Prav natančno usklajevanje košarice dobrin v javnem zdravstvu z razpoložljivimi sredstvi in natančno usklajevanje košarice z zmogljivostmi izvajalcev zdravstvenega varstva (mrežo javnega zdravstva) sta pogoja, da nastajanje tržnega dela zdravstva, ki temelji na plačilih »iz žepa« in na plačilih prostovoljnih zdravstvenih zavarovalnic ter profitno orientirani ponudbi zdravstvenih dobrin, ne vodi do konfliktov, ki škodijo vsem deležnikom v zdravstvu in so značilnost sedanjih razmer v slovenskem zdravstvu. Dejstvo, da prebivalci lahko dobijo zdravstvene dobrine brez čakalnih vrst in v ustrezni kakovosti, preprečuje, da bi tržni del zdravstva živel od slabosti javnega zdravstva, in določa mesto tržno organiziranega zdravstva kot pomembnega dela zdravstva v državi. S tega vidika ni pomembna zgolj rešitev s košarico A, ampak tudi rešitev s košarico B.

## **9. Prenova in revidiranje plačilnega sistema**

Že sedaj je slovenski plačilni sistem (način financiranja in plačevanja ponudbe izvajalcev) formalno sestavljen iz plačilnih instrumentov in oblik, ki so stimulativne tako na strani povpraševanja (bolnikom signalizirajo, da imajo zdravstvene dobrine svojo ceno in da so redke) kot na strani ponudbe (silijo

izvajalce k stroškovno učinkovitemu poslovanju), zato imamo glavarine, plačevanje po storitvi, plačevanje po primeru in plačevanje s pavšalom. Koliko sredstev prejme posamezni izvajalec, je v celoti odvisno od sredstev, ki jih pridobi prek teh instrumentov. V Sloveniji nimamo oblike plačevanja izvajalcev po delu oziroma zaposleni delovni sili. Stroški dela so le kalkulativen element v strukturi različnih plačilnih instrumentov, zato je podrejanje plač zaposlenih v javnih izvajalcih zdravstvenega varstva kolektivnemu dogovarjanju o plačah in plačnim sistemom za javne uslužbence nelogičnost, saj poslovanje izvajalcev dvakratno omejuje: z ene strani s cenami njihovih dobrin in z druge strani s stroški dela. To radikalno zmanjšuje možnost gospodarjenja in poslovno samostojnost v javnih izvajalcih zdravstvenega varstva. Ob tem se je treba zavedati, da so bili vsi normativi, na podlagi katerih se oblikujejo plačilni instrumenti v Sloveniji, izmerjeni ali določeni pred več kot desetimi leti in danes ne ustrezajo več organizacijskim procesom in tehnologiji pri izvajalcih zdravstvenega varstva. Plačevanje je zato sistematično napačno in zahteva arbitrarno poseganje Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, s katerim se omogoča vzdrževanje poslovanja zlasti pri javnih izvajalcih zdravstvenega varstva. Ti instrumenti tudi ne morejo sprožati pozitivnih spodbud za učinkovitost in kakovost poslovanja, zato je treba nujno prenoviti plačilni sistem in vzpostaviti njegovo stalno revidiranje glede na razvoj poslovanja in tehnologij pri izvajalcih.

## **10. Reforma javnih izvajalcev zdravstvenega varstva**

Plačilni sistem, ki ga imamo v Sloveniji vsaj formalno, temelji na domnevi, da spodbude s strani povpraševanja in s strani ponudbe vplivajo na racionalno obnašanje bolnikov in izvajalcev. Z vidika izvajalcev je kritično tako imenovano vprašanje agenta. To še zlasti velja za javne izvajalce zdravstvenega varstva. Gre za vprašanje, na koga delujejo omenjene spodbude tako, da ta s svojimi odločitvami vpliva na racionalno poslovanje izvajalcev. Pri zasebnih izvajalcih je ta problem manj izrazit, saj te spodbude lahko delno delujejo tudi v razmerah neprofitnega poslovanja takega izvajalca, pri javnem izvajalcu zdravstvenega varstva pa je problem izrazit. Sedanja pravno-statusna opredelitev javnega zavoda ne definira niti lastnika, niti motiva, ki prevladuje v organizaciji, niti položaja in vloge zaposlenih, niti neprofitnega poslovanja, niti jasnega poslanstva take organizacije. Ključno vprašanje je zagotovo, na koga naj bi vplivale spodbude



plačilnih instrumentov v javnih izvajalcih. Če proglasimo državo za lastnika javnih zavodov, med javnimi zavodi ne more obstajati konkurenca, saj imajo vsi istega lastnika. Če pa za agenta, na katerega naj bi vplivale spodbude, proglasimo zaposlene v izvajalcih, pa morajo biti ti upravljavci in volivci vodstva. Njihove plače ne morejo biti del sistema plač v javnem sektorju in se morajo oblikovati na ravni zavoda, zato v tem primeru tudi ne morejo biti podrejene enotnim plačnim sistemom za javni sektor in odvisne od kolektivnega dogovarjanja na ravni države. Če v izvajalcu ne moremo opredeliti agenta, so vsi stimulatívni mehanizmi nepotrebni, saj nimajo koga spodbujati k večji racionalnosti (stroškovni učinkovitosti in kakovosti). Tudi spodbud za doseganje količinskih ciljev ni mogoče dosegati decentralizirano, ampak le s prisilo, zato je reforma sedanjih javnih izvajalcev zdravstvenega varstva v smeri večje avtonomnosti in poslovne neodvisnosti, pri katerih izvajalci gospodarijo v svojem imenu in za svoj račun, nujna.

## **Košarica A**

### **11. Definicija in tri determinante košarice A**

Predlagamo, da se oblikuje košarica zdravstvenih dobrin, ki jo imenujemo košarica A. Gre za nabor zdravstvenih storitev in proizvodov, ki jih v celoti zagotavlja obvezno zdravstveno zavarovanje na osnovi plačil prispevkov delodajalcev in delojemalcev. Košarica A se oblikuje tako, da upoštevamo (a) obseg sredstev, zbranih s prispevki za zdravstveno varstvo, kot zgornjo mejo vrednosti te košarice, (b) referenčne cene zdravstvenih dobrin, ki jih zagotavlja obvezno zdravstveno zavarovanje, in (c) potrebe po posameznih vrstah zdravstvenih dobrin v RS ter mesto njihovega nastajanja.

### **12. Cilji uvedbe košarice A**

Temeljni cilj uvedbe košarice A je zagotoviti ponudbo zdravstvenih dobrin vsemu prebivalstvu RS na način, da je ta ponudba usklajena z razpoložljivimi sredstvi obveznega zdravstvenega zavarovanja in potrebami, kar pomeni, da pri izvajalcih ne nastajajo niti nenormalne čakalne vrste niti izgube zaradi neustreznega financiranja in da izvajalci lahko ponudijo dobrine visoke

kakovosti. S košarico A se zagotavlja solidarnost glede na bolezen, dohodek, starost, spol, mesto bivanja in zaposlenost oziroma brezposelnost.

### **13. Financiranje košarice A**

Košarica A mora izhajati iz sredstev, zbranih s prispevki za zdravstveno varstvo, referenčnih cen in potreb po zdravstvenih dobrinah v RS tako, da pri tem ne nastajajo nenormalne čakalne vrste, da povprečno učinkoviti izvajalci zdravstvenega varstva ne ustvarjajo izgub in da lahko delujejo neprofitno ob upoštevanju oportunitetne cene kapitala in dela, da se upoštevajo referenčne cene zdravstvenih dobrin v košarici A in da se lahko zagotavljajo zdravstvene dobrine v kakovosti, ki ustreza sposobnostim izvajalcev zdravstvenega varstva. Košarica A se ne financira iz sedanjih sredstev prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja in sredstev »iz žepa« bolnikov. Pri dostopu do zdravstvenih dobrin v košarici A se uporabljajo doplačila in odbitki kot način spodbujanja racionalnega obnašanja uporabnikov.

### **14. Obseg danes razpoložljivih sredstev za košarico A**

Košarica A lahko ob sedanjem obsegu sredstev za zdravstveno varstvo iz virov obveznega zdravstvenega varstva obsega ponudbo zdravstvenih dobrin v višini 2,1 milijarde evrov. V ta sredstva ne spada okoli 0,4 milijarde evrov sredstev prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, vendar morajo ta sredstva pokriti manko sredstev pri sedanjem financiranju, ki se kaže v nastajanju nenormalnih čakalnih dob (okoli 50 milijonov evrov letno), nastajanju izgub pri povprečno učinkovitih izvajalcih zdravstvenega varstva (okoli 40 milijonov evrov letno) in v neustrezni kakovosti dobrin zdravstvenega varstva, ponujeni v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja (česar nismo ovrednotili).

### **15. Domneva o nespremenjenih prispevnih stopnjah**

Ob ustanovitvi košarice A mora biti obseg sredstev iz prispevkov obveznega zdravstvenega zavarovanja, iz katerih se financira košarica A, enak obsegu sredstev, ki ga zagotavljajo sedanje prispevne stopnje. V ta sredstva ne štejemo sredstev, zbranih z zdravstvenim zavarovanjem, sredstev državnega proračuna in plačil prebivalstva »iz žepa«. Domnevamo namreč, da bi vsako povečanje

prispevnih stopenj za potrebe zdravstva ali uvajanje novih davkov povečalo bruto stroške dela, ki so že danes v Sloveniji med najvišjimi v primerljivih državah, in delež javne porabe v BDP, zato je treba spremembe v slovenskem zdravstvenem sistemu izvesti brez povečanja prispevnih stopenj za zdravstvo in brez novih davkov.

## **16. Omejevanje košarice A**

Košarica A zamenjuje sedanjo neomejeno zdravstveno košarico tako, da uvaja omejitve dostopnosti do dobrin zdravstvenega varstva, financiranih iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja, glede na (a) višino cene (stroškov) zdravstvenih dobrin, (b) dostopnost do posameznih dobrin zdravstvenega varstva in glede na (c) dostopnost posameznih skupin prebivalstva do dobrin obveznega zdravstvenega zavarovanja.

## **17. Omejevanje košarice A z vidika cene**

Z vidika višine cene (stroškov) uvrščamo v košarico A vse dobrine zdravstvenega varstva, katerih strošek potrošnje (cena po enoti plačevanja) presega 3 tisoč evrov in so uvrščene v klasifikacijo bolezni MKB-10.

## **18. Omejevanje košarice A z vidika dobrin, ki jih zajema**

Z vidika dostopnosti do posameznih dobrin zdravstvenega varstva košarica A ne zajema primarnega zdravstvenega varstva oziroma primarne zdravstvene dejavnosti – osnovnih zdravstvenih in diagnostičnih storitev (razen urgentnih storitev), zunajbolnišničnega zobozdravstva, specialističnih pregledov brez napotitve iz bolnišničnega varstva, storitev rehabilitacije, ki niso posledica bolezni, transporta, ki ni del bolnišničnega in urgentnega zdravljenja, diagnostike, ki ni del bolnišničnega in urgentnega zdravljenja, farmacevtskih proizvodov in medicinsko-tehničnih pripomočkov, ki niso del urgentnega in bolnišničnega zdravljenja (pomagala za vid, sluh, protetika in podobno), in porodništva ter babiške nege. V košarico A so uvrščene dobrine preventive, urgence, bolnišničnega varstva, dolgotrajnega varstva in paliativne oskrbe v skupni višini okoli 1,5 milijarde evrov. Gre za zdravstvene dobrine, o potrošnji katerih ne odloča uporabnik.

## **19. Omejevanje košarice A z vidika skupin prebivalstva**

Z vidika dostopnosti posameznih skupin prebivalstva do dobrin obveznega zdravstvenega zavarovanja so do univerzalnega (neomejenega) zdravstvenega varstva upravičeni vsi prebivalci (otroci) do končane srednje šole, starostniki po 65. letu in brezposelni. Te skupine prebivalcev imajo dostop do zdravstvenih dobrin, ki jih v točki 18 izključujemo iz košarice A in so del košarice B, tudi v okviru košarice A in se solidarnostno zagotavljajo znotraj sredstev, namenjenih financiranju košarice A (v višini več kot 0,5 milijarde evrov).

## **Rekonstrukcija Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije**

### **20. Prispevki kot vir sredstev za obvezno zdravstveno zavarovanje**

Obvezno zdravstveno zavarovanje se financira iz prispevkov, ki jih plačujejo delojemalci in delodajalci. Plačevanje teh prispevkov je obvezno glede na zakonsko ureditev. Višina prispevnih stopenj je določena s politiko davkov in prispevkov oziroma javnofinančnih prihodkov, ki jih predlaga vlada in potrdi parlament. Prispevki za obvezno zdravstveno zavarovanje so del javnofinančnih prihodkov in odhodkov in del splošne davčne politike države. Za njihovo pobiranje in izterjavo je zadolžena davčna uprava. Njeni prihodki iz naslova prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje se prenašajo na Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije in predstavljajo prihodke tega zavoda.

### **21. Prispevki se plačujejo na način, ki zagotavlja uveljavljanje solidarnosti**

Prispevki temeljijo na dohodkovni solidarnosti in so opredeljeni s prispevnimi stopnjami, ki se ne spreminjajo glede na višino dohodkov zavezancev za plačilo teh prispevkov oziroma dohodkov, ki jih jemljemo kot osnovo za izračun prispevkov. Višina prispevnih stopenj ni odvisna od škodnih zahtevkov, ki nastanejo zaradi različne obolenosti plačnikov prispevkov glede na starost, spol, vrsto bolezni in mesto bivanja ter zaposlenosti.

### **22. Reorganizacija Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije**

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije deluje kot sklad v izključno državni lasti, ki razpolaga s sredstvi, pridobljenimi s prispevki delojemalcev in

delodajalcev. Sklad vodita skupščina in upravni odbor na čelu z direktorjem, ki ni član upravnega odbora. Organiziran je po načelih enotnega upravljanja. Skupščino predstavlja Vlada RS (Ministrstvo za finance in Ministrstvo za zdravje) in predstavniki plačnikov prispevkov (posamezniki po zgledu skupščin delniških družb in ne kolektivni predstavniki). Skupščina izbira upravni odbor, ta pa izbira direktorja. Vlada RS ima v skupščini veto, a le v primeru, če program zdravstvenega varstva, opredeljen v košarici A, presega sredstva, zbrana s prispevki za zdravstveno varstvo, in če izvedbeno ni usklajen z mrežo javnega zdravstva. Zavod ima dve strokovni komisiji, ki ju podpirata tudi ustrezni strokovni službi znotraj zavoda. Prva je za opredeljevanje košarice A, druga pa za določanje cen zdravstvenih dobrin, ki jih zavod plačuje iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja. Komisiji sta sestavljeni iz ustreznih zunanjih in notranjih strokovnjakov, podrejeni sta upravnemu odboru in pripravljata strokovna gradiva za skupščino zavoda.

### **23. Dve temeljni nalogi Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije**

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije ima kot državni sklad za gospodarjenje s prispevki za zdravstveno varstvo dve vlogi. Prvič, ugotavlja potrebe po zdravstvenem varstvu na območju RS. Ne gre le za ugotavljanje vrste in obsega potreb po zdravstvenih dobrinah, pomembna naloga zavoda je ob tem tudi ugotavljanje lokacij nastajanja potreb. Drugič, v okviru sredstev, zbranih s prispevki za zdravstveno zavarovanje, opredeljuje zdravstvene dobrine, ki jih lahko zagotovi plačnikom prispevkov. S tem opredeljuje košarico A. Da bi lahko opravil drugo nalogo, mora opredeliti posamezne rezervacijske cene zdravstvenih dobrin, ki jih vključuje v košarico A, in obseg posameznih zdravstvenih dobrin, ki jih lahko vključi v košarico A ob danem obsegu zbranih prispevkov in ob njihovih rezervacijskih cenah. Košarico A vsakoletno potrjuje skupščina Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

### **24. Zavod gospodari s tremi skladi neprofitno**

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije ločeno vodi sredstva iz prispevkov, plačanih s strani delojemalcev in delodajalcev ter drugih. Oblikovati mora tudi določen rezervni sklad, ki omogoča izravnava kratkoročnega nihanja v dotoku prispevkov. Zavod torej gospodari s tremi skladi: s skladom prispevkov

delodajalcev in drugih, s skladom prispevkov delojemalcev in z rezervnim skladom. Zavod deluje neprofitno, kar pomeni, da si Vlada RS (predstavnik lastnika) in drugi ne morejo prisvajati presežkov iz njegovega poslovanja. Morebitne presežke mora zavod vlagati bodisi v rezervni sklad bodisi v razširitev košarice A.

## **Košarica B**

### **25. Definicija košarice B**

Košarica B zagotavlja dobrine, ki niso del košarice A, a jih prebivalstvo potrebuje z vidika zagotavljanja osnovnega zdravja posameznika in bi lahko njihovo plačilo v primeru, da bi jih moral posameznik plačati sam, pomenilo finančno in zdravstveno nenormalno tveganje za posameznika. Košarica B je potrebna, ker s košarico A posamezniku ne moremo zagotoviti vseh dobrin, ki so nujne za vzdrževanje njegovega zdravstvenega stanja, ker ni mogoče zbrati dovolj sredstev na način, kot financiramo košarico A.

### **26. S košarico B zagotavljamo zdravstvene dobrine mimo sredstev iz prispevkov**

Temeljni cilj košarice B je zagotavljati prebivalstvu nabor zdravstvenih dobrin tako, da pri izvajalcih ne nastajajo nenormalne čakalne vrste in izgube pri povprečno učinkovitih izvajalcih ter da izvajalci lahko ponudijo dobrine visoke kakovosti, in sicer iz sredstev, ki niso zbrana s prispevki delojemalcev in delodajalcev.

### **27. Obvezno zdravstveno zavarovanje za košarico B**

Sredstva, ki omogočajo dostop posameznika do košarice B, se zbirajo prek obveznega zavarovanja pri zdravstvenih zavarovalnicah, in sicer s plačilom premij za ta zavarovanja. Medsebojne odnose med zdravstvenimi zavarovalnicami je možno urejati z izravnalnimi shemami. Uvedbo izravnalnih shem je možno izpeljati le na podlagi ustreznega zakona.

### **27a. Opcija 2: Prostovoljno zdravstveno zavarovanje za košarico B**

*Sredstva, ki posamezniku omogočajo dostop do košarice B, se zbirajo prek prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Tak tip zdravstvenega zavarovanja za košarico B je možno uveljavljati postopoma, potem ko je na začetku reforme slovenskega zdravstvenega sistema najprej uveljavljeno obvezno zdravstveno zavarovanje za košarico B.*

### **28. Enotna premija za zavarovanje za košarico B**

Košarica B omogoča posamezniku dostop do dobrin, ki jih potrebuje za normalno ohranjanje zdravja, potem ko lahko ob tem izkoristi zdravstvene dobrine iz košarice A. Pri tem dostopnost do košarice B ni opredeljena s solidarnostmi v obliki dohodkovne, naselitvene in zaposlitvene solidarnosti. Pravico do zdravstvenega zavarovanja za košarico B pridobi posameznik s plačilom enotne premije za zavarovanje za košarico B za vse zavarovance pri posamezni zdravstveni zavarovalnici. Zavarovanje za košarico B lahko sklenejo vse skupine prebivalcev RS in tudi tujci.

### **29. Dobrine v košarici B določa Vlada RS**

Sestavo košarice B določa Vlada RS (Ministrstvo za zdravje). Vanjo lahko uvrsti (a) zdravstvene dobrine za zdravljenje bolezni iz klasifikacije bolezni MKB-10 do cene (stroškov) v višini 3 tisoč evrov, (b) zdravstvene dobrine primarnega zdravstvenega varstva oziroma primarne zdravstvene dejavnosti – osnovne zdravstvene in diagnostične storitve (razen urgentnih storitev) zunajbolnišničnega zobozdravstva, specialističnih pregledov brez napotitve iz bolnišničnega varstva, rehabilitacij, ki niso posledica bolezni, transporta, ki ni del bolnišničnega in urgentnega zdravljenja, diagnostike, ki ni del bolnišničnega in urgentnega zdravljenja, farmacevtskih proizvodov in medicinsko-tehničnih pripomočkov, ki niso del urgentnega in bolnišničnega zdravljenja, in porodništva ter babiške nege, (c) zdraviliško zdravljenje in (d) zdravljenje v tujini. Obvezni deli košarice B so dobrine primarnega zdravstvenega varstva oziroma primarne zdravstvene dejavnosti (razen urgence) porodništva z vsemi spremljajočimi dejavnostmi, osnovnega zobozdravstva in rehabilitacij, ki niso posledica bolezni. Celotna košarica B bi imela vrednost okoli 0,5 milijarde evrov in bi pri sedanjem

zajemanju zavarovancev v okviru prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja pomenila okoli 25-odstotno povečanje premije.

### **30. Vlada določa maksimalno premijo**

Plačilo premije zagotavlja posamezniku dostop do košarice B, višino premije pa v obliki maksimalne cene dostopa do košarice B določa Vlada RS. Končna cena zavarovalne premije za dostop do košarice B se vzpostavi v konkurenci med zdravstvenimi zavarovalnicami in jo vsaka zdravstvena zavarovalnica oblikuje sama. Premije so lahko med zdravstvenimi zavarovalnicami različne, a morajo biti pri posamezni zavarovalnici enake za vse njene zavarovance.

### **31. Zdravstvene zavarovalnice morajo nuditi zavarovanje za košarico B vsem zainteresiranim**

Vstop zdravstvenih zavarovalnic v zavarovanje dobrin iz košarice B ni reguliran. Tako zavarovanje lahko ponudi vsaka zavarovalnica, ki izpolnjuje splošne zavarovalniške pogoje za nudenje zdravstvenih in drugih zavarovanj. Zdravstveno zavarovanje za košarico B mora ponuditi vsaka zavarovalnica, ki se želi ukvarjati z zdravstvenim zavarovanjem, pri ponudbi pa ne sme uporabljati nobenih selekcijskih kriterijev do zavarovancev.

### **32. Prehod na sistem s košarico B**

Oblikovanje košarice B je povezano z obstojem sedanjega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Vlada RS mora opredeliti začetno velikost košarice B in maksimalno premijo za zavarovanje take košarice. Prostovoljne zdravstvene zavarovalnice, ki sedaj dopolnilno financirajo obvezno zdravstveno zavarovanje, morajo obvezno (glede na zakon) preoblikovati sedanja prostovoljna zdravstvena zavarovanja v pogodbeno zavarovanja za vsakega posameznega zavarovanca za zavarovanje košarice B. V času preoblikovanja ne more iz pogodbenega odnosa izstopiti niti zavarovanec niti zavarovalnica.



### **32a. Opcija 2: Prostovoljno zdravstveno zavarovanje za košarico B – prehod na sistem s košarico B**

*Ob uveljavitvi novega sistema zavarovanja za košarico B je zavarovanje zanj obvezno. Ob tem je možno določiti prehodno obdobje in sistem, ki bo omogočal prehod na sistem s prostovoljnim zdravstvenim zavarovanjem za košarico B.*

### **33. Izvajalci dobrin iz košarice B**

Posamezne dobrine iz košarice B se lahko izvajajo pri izvajalcih, ki so del mreže javnega zdravstva, in pri izvajalcih, ki so zunaj mreže javnega zdravstva, toda pravice do uporabe košarice B v celoti ni mogoče pridobiti drugače kot prek zavarovanja za košarico B, ki jo izvajajo zdravstvene zavarovalnice, ki pa lahko ponujajo tudi zavarovanja zgolj za posamezne dobrine iz košarice B.

### **34. Plačnik premije za zavarovanje za košarico B**

Plačnik premije zdravstvenega zavarovanja za posameznega zavarovanca za košarico B je lahko vsak posameznik, tudi v vlogi delojemalca, delodajalca in sponzorja.

### **35. Opcija 2: Prostovoljno zdravstveno zavarovanje za košarico B – davčna olajšava**

*Vlada RS pospešuje prostovoljno zdravstveno zavarovanje za košarico B tako, da ponuja olajšavo pri plačilu prispevkov za zdravstvo. Olajšava je opredeljena z zakonom, višino pa določata vlada in parlament v okviru proračunske politike. Olajšava je določena v višini 25 odstotkov letne vsote premij, ki jih plača posameznik za zavarovanje za košarico B. Ta vrednost se odšteje od letne vsote prispevkov, ki jih plačujejo delodajalci in delojemalci za potrebe obveznega zdravstvenega zavarovanja za posameznika, in sicer sorazmerno glede na vplačane prispevke delodajalcev in delojemalcev. Stroške olajšav oziroma manko iz naslova olajšav pri obveznem zdravstvenem zavarovanju pokriva proračun RS. Do olajšav ima pravico posameznik – uporabnik in nihče drug ne more brez njegovega soglasja skleniti tega zavarovanja. S tem nastane možnost, da delodajalci znižajo stroške delovne sile. Ker je olajšava določena glede na plačane prispevke, ki so odvisni od dohodkovne in z njo povezanimi*

*solidarnostmi, ima tudi olajšava značilnosti dohodkovne solidarnosti, čeprav teh solidarnosti ni pri plačilu premije za prostovoljno zdravstveno zavarovanje za košarico B. Zavarovanec z nižjim dohodkom in nižjim plačilom prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje bo plačal manjši delež teh prispevkov glede na svoj dohodek kot zavarovanec z visokim dohodkom in visokim zneskom plačila prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje. Pozitivni vpliv opisane olajšave na gospodarsko dejavnost in zaposlovanje lahko prek večjih prihodkov državnega proračuna posredno tudi kompenzira odhodke državnega proračuna za potrebe proračunskega pokrivanja manka v blagajni obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki izvira iz olajšav.*

## **Zdravstveno zavarovanje**

### **36. Zdravstvene zavarovalnice v RS**

Zdravstveno zavarovanje izvajajo zdravstvene zavarovalnice, ki so ustanovljene in delujejo v skladu z zavarovalniško zakonodajo in zakonodajo o podjetjih. Zavarovalniške storitve teh zavarovalnic so dostopne vsem posameznikom in tudi organiziranim skupinam v RS ter tujcem, predmet njihovega zavarovanja pa je zavarovanje košarice B in vseh drugih oblik zdravstvenega varstva.

### **37. Načela oblikovanja premij**

Zdravstvene zavarovalnice zaračunavajo svoje storitve v obliki premije, ki mora spoštovati načelo enake premije za enako zavarovalniško storitev. Višina premij se lahko prilagaja verjetnosti porajanja škodnih zahtevkov glede na starost, spol in naseljenost. Slednje ne velja za zavarovanje za košarico B. Premije za zavarovanje košarice B so enake za vse zavarovance. Premije se ne oblikujejo glede na dohodkovno solidarnost, seveda pa se lahko zavarujejo vsi ne glede na zaposlenost. Plačevanje premij s strani zavarovancev je stvar zavarovalnic in je urejeno s pogodbenim odnosom med zavarovancem in zavarovalnico.

### **38. Načela poslovanja zdravstvenih zavarovalnic**

Zavarovalnice zdravstvenega zavarovanja delujejo profitno. Organizirane so po lastnih organizacijskih načelih, ki pa morajo upoštevati zunanje zahteve pri

njihovem poslovanju. Organiziranost in dokumentiranje poslovanja mora s tega vidika zagotavljati ustrezno transparentnost. Politika plačevanja storitev in proizvodov izvajalcev zdravstvenega varstva je stvar njihove poslovne politike (razen tam, kjer vstopajo v mrežo javnega zdravstva). Zavarovalnice zdravstvenega zavarovanja same določajo in izvajajo politiko prodaje zavarovanj, cenovno politiko (če niso v mreži javnega zdravstva in izvajajo zavarovanja za košarico B) in doseganja ustreznega poslovnega izida. Njihovo delovanje ni del javnofinančne politike in nasploh niso del zagotavljanja javnega zdravstvenega sistema.

### **39. Poslanstvo zdravstvenih zavarovalnic**

Temeljno poslanstvo zdravstvenega zavarovanja je zavarovanje košarice B. Za izvajanje te dejavnosti morajo pridobiti dovoljenje Vlade RS (preko Ministrstva za zdravstvo in Ministrstva za finance), kar je urejeno s posebnim zakonom. Pri tem morajo izpolnjevati splošne zavarovalniške pogoje za ponudbo zdravstvenih in drugih zavarovanj.

### **40. Prehod na nov sistem delovanja zdravstvenih zavarovalnic**

Prostovoljne zdravstvene zavarovalnice, ki sedaj delujejo v okviru sofinanciranja obveznega zdravstvenega varstva, morajo obvezno (glede na zakon) preoblikovati sedanja prostovoljna zdravstvena zavarovanja v pogodbeno zavarovanja za vsakega posameznega zavarovanca za zavarovanje košarice B. V času preoblikovanja ne more iz pogodbenega odnosa izstopiti niti zavarovanec niti zavarovalnica.

#### ***41. Opcija 1: Zdravstveno zavarovanje za košarico A – možnost za zavarovalnice***

*Zdravstvene zavarovalnice lahko zavarujejo tudi za potrebe uporabe košarice A.*

#### ***42. Opcija 1: Zdravstveno zavarovanje za košarico A – vloga zavarovalnic***

*Primer, pri katerem zdravstvene zavarovalnice lahko zavarujejo tudi za potrebe uporabe košarice A, nastane, če delodajalec, ki plačuje prispevke v okviru*

*obveznega zdravstvenega zavarovanja, plačevanje teh prispevkov zamenja s posebnim zavarovanjem pri zdravstvenih zavarovalnicah. V tem primeru ne plačuje več delodajalčevega deleža prispevkov zavodu za zdravstveno zavarovanje, ampak plačuje zavarovalno premijo zdravstveni zavarovalnici, ta pa iz premijskih prihodkov zagotavlja zavodu za zdravstveno zavarovanje enak znesek sredstev, kot jih je pred tem zavod za zdravstveno zavarovanje pridobil iz naslova plačevanja prispevkov delodajalca, ki je izstopil iz sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja. Zdravstvena zavarovalnica se lahko z delodajalcem dogovori o posebnih načinih zaračunavanja premij, kar delodajalcu omogoča, da uveljavi plačevanje sredstev za obvezno zdravstveno zavarovanje po drugačnih načelih, kot jih uveljavlja zavod za zdravstveno zavarovanje (drugačen tip solidarnosti, uveljavljanje socialne kapice, plačevanje iz profitov delodajalca in podobno). Odnose med zavodom za zdravstveno zavarovanje in zdravstveno zavarovalnico urejamo s posebno pogodbo. S posebno pogodbo se uredi tudi odnos med delodajalcem in zdravstveno zavarovalnico.*

#### **43. Tržna usmeritev zdravstvenih zavarovalnic**

Zdravstvene zavarovalnice lahko ponudijo tudi različna zdravstvena zavarovanja zunaj košarice A in košarice B, kot so zavarovanja za nadstandardne storitve ali zdravstvene dobrine z novo tehnologijo in zdravstvene storitve, ki so le posredno povezane z zdravstvenim varstvom. V tem primeru je njihova ponudba v celoti podrejena razmeram na trgu.

#### **43. Opcija 2: Prostovoljno zdravstveno zavarovanje za košarico B – tržna dejavnost**

*Tudi ponudbo prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja za košarico B razumemo kot tržno ponudbo zdravstvenih zavarovalnic.*

#### **44. Naložbena politika zdravstvenih zavarovalnic**

Zdravstvene zavarovalnice lahko investirajo v izvajalce zdravstvenega varstva kot v del svoje naložbene dejavnosti in se pojavljajo tudi kot lastniki izvajalcev zdravstvene dejavnosti. Vstopajo lahko tudi v javno-zasebna partnerstva z javnimi izvajalci zdravstvenega varstva.

#### **45. Trženjska politika zdravstvenih zavarovalnic**

Zdravstvene zavarovalnice delujejo v konkurenčnem okolju, zato jim je dovoljeno izvajati promocijo in drugo trženjsko politiko. Pri ponudbi zavarovanja za košarico B lahko h košarici B priključijo tudi druge dobrine zdravstvenega varstva in nadstandardne zdravstvene dobrine ter tudi dobrine zunajzdravstvenega varstva, vendar pri tem ne smejo povečati cen zavarovanja košarice B. To dejavnost razumemo kot obliko necenovne konkurence zdravstvenih zavarovalnic.

### **Koordinacija zdravstvene dejavnosti v povezavi s košarico A**

#### **46. Dve točki koordinacije v javnem zdravstvu**

Glede na to, da je slovenski zdravstveni sistem javen in ne tržen, v katerem za koordinacijo »skrbijo« cene in konkurenca, je opredelitev načina koordinacije zdravstvene dejavnosti ena ključnih nalog tega sistema. Koordinacija nastaja na dveh točkah v sistemu. Prva je koordinacija med obsegom sredstev za zdravstveno dejavnost in obsegom ter strukturo zdravstvenih dobrin (košarice), ki jih lahko kupimo za ta sredstva. To koordinacijo smo že opredelili. Druga pa je koordinacija med povpraševanjem po zdravstvenih dobrinah (košarico) in ponudbo izvajalcev zdravstvene dejavnosti.

#### **47. Zavod za zdravstveno zavarovanje kot kupec košarice A**

Pri košarici A Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije določa tip zdravstvenih dobrin, ki jih je pripravljen kupiti in plačati, obseg posameznih zdravstvenih dobrin, ki jih je sposoben plačati, ceno, ki jo je pripravljen plačati za posamezno zdravstveno dobrino, in lokacije, kjer nastajajo potrebe po posameznem tipu zdravstvenih dobrin in se pričakuje tudi nastanek ustrezne ponudbe zdravstvenih dobrin.

#### **48. Vlada RS kot ponudnik izvajalcev in oblikovalec mreže**

Vlada RS na predlog ministrstva za zdravje določa izvajalce za košarico A in s tem opredeljuje tudi mrežo javnega zdravstva. Zaradi zaokroženosti mreže na celotnem območju RS praktično nihče drug ne more opredeliti mreže.

#### **49. Oblikovanje mreže javnega zdravstva**

Izbor izvajalcev v mreži javnega zdravstva naredi ministrstvo za zdravstvo na predlog Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, pri čemer dokončno odločitev o mreži sprejme Vlada RS. Ministrstvo za zdravje za to nalogo organizira posebno komisijo, sestavljeno iz predstavnikov ministrstva, Zavoda za zdravstveno varstvo Slovenije in lokalnih skupnosti (tudi s predstavniki zainteresiranih skupin prebivalcev). Hkrati ima za ta namen ustrezno strokovno službo. Izbor zasebnih izvajalcev v mrežo javnega zdravstva mora biti izveden s pomočjo javnega razpisa, kar pa ne velja za izvajalce v javni lasti.

#### **50. Kriteriji za oblikovanje mreže javnega zdravstva**

Odločitev o izvajalcih temelji na pojavnosti obolenj in razpoložljivih zdravstvenih zmogljivostih. Upoštevati je treba optimalno velikost izvajalcev glede na pojavnost obolenj na posameznih območjih in tipe obolenj, dostopnost bolnikov do zdravstvenih izvajalcev, vrsto zdravstvenih dobrin, ki naj bi jih ponujali izvajalci, in glede na mreženje izvajalcev na posamezni ravni zdravstvenega varstva (zaokroženost urgentne mreže, zaokroženost bolnišničnega varstva in podobno). Pri tem moramo upoštevati upravičenost vključevanja posameznega izvajalca v mrežo javnega zdravstva z vidika analize dobrobiti in stroškov (torej stroškov in dobrobiti za družbo – še zlasti bolnike – in ne le z vidika posameznega deležnika v zdravstvenem sistemu). Izbirati moramo tiste lastninske oblike izvajalcev, ki bolj izpolnjujejo zahteve za smiselno mrežo javnega zdravstva (zlasti stroškovno učinkovitost, dostopnost in kakovost). Prav tako je treba upoštevati možnost vključevanja v mednarodno delitev dela (zlasti kadar znotraj Slovenije ne dosežemo optimalnih velikosti izvajalcev).

#### **51. Nesistemska dostopnost v mreži javnega zdravstva**

Vlada RS ima na predlog ministrstva za zdravje in lokalnih skupnosti pravico, da v mrežo vključi tudi izvajalca, ki glede na področje ali območje svoje dejavnosti ne more dosegati optimalne velikosti. To lahko naredi, ko je to z vidika družbenih interesov smiselno. V tem primeru mora morebitno izgubo takega izvajalca, ki nastaja zaradi neoptimalne velikosti, pokriti kot ustanovitelj izvajalca, zato mora uporabiti sredstva proračuna RS, ki so locirana na področje delovanja ministrstva za zdravje.

## **52. Usklajenost med ponudbo zmogljivosti in povpraševanjem po njih za izvedbo košarice A**

Zmogljivosti izvajalcev morajo biti čim bolj usklajene s košarico A. Vlada RS je dolžna in odgovorna, da ne prihaja do čakalnih vrst zaradi pomanjkanja zmogljivosti na strani izvajalcev zdravstvenega varstva iz naslova košarice A.

## **53. Odnos med javnimi in zasebnimi izvajalci**

Izvajalci zdravstvenega varstva iz naslova košarice A so lahko zasebni ali javni. Osnovna mreža javnega zdravstva, povezana s košarico A, je javna. Sodelovanje (vstop in izstop) zasebnih izvajalcev v mreži, povezani s košarico A, je s strani izvajalcev prostovoljno in stvar interesov lastnikov teh izvajalcev, zato bi ob prevladi zasebnih izvajalcev v izrednih razmerah (ko bi bil javni zdravstveni sistem najpomembnejši za blaginjo prebivalstva) mreža lahko tudi razpadla. Poleg tega pa ni mogoče pričakovati, da bi zasebni lastniški interes vedno dovoljeval sodelovanje zasebnih izvajalcev v mreži javnega zdravstva. Tam, kjer zasebni interes ne bi našel dovolj spodbud za delovanje, je država dolžna zagotoviti javne izvajalce. Če naj bo osnovna mreža javnega zdravstva zgrajena na javnih izvajalcih, potem je mesto zasebnih predvsem tam, kjer z ekonomskih vidikov izvajalcev ni smiselno ustanavljati javnih. Tako domnevamo, da bi bili urgentni centri v celoti v javni lasti, preostala mreža primarnega javnega zdravstva oziroma primarne zdravstvene dejavnosti (tudi lekarniška dejavnost) kombinacija zasebnih in javnih izvajalcev, specialistična mreža bi bila prevladujoče sestavljena iz zasebnih izvajalcev, bolnišnično varstvo bi prevladujoče sestavljale javne bolnišnice, podobno pa bi bilo tudi v terciarni dejavnosti. Vse ostale oblike izvajanja zdravstvenega varstva bi bile prevladujoče zasebne. Zlasti manjši izvajalci, ki običajno zagotavljajo večjo dostopnost, bi bili v zasebni lasti, ki je primernejša za majhne enote izvajanja dejavnosti. Mreža bi temeljila na sedanji razporeditvi zmogljivosti, čeprav bi bilo mogoče s sklepom Vlade RS nekatere sedaj javne zmogljivosti tudi odprodati ali odkupiti zasebne zmogljivosti s strani države ter jih spremeniti v javne.

## **54. Omejitve v mreži javnega zdravstva**

Izvajalci v mreži javnega zdravstva, ki bi ponujali dobrine iz košarice A, bi delovali v okviru določenih omejitev.

## **55. Neprofitni način poslovanja v mreži javnega zdravstva**

Zaradi kolektivnega načina financiranja košarice A bi morali delovati kot neprofitni ponudniki zdravstvenih dobrin, saj ne priznavamo smiselnosti ustvarjanja profitov s sredstvi, ki so del kolektivno financirane potrošnje. To pomeni, da si njihovi ustanovitelji in lastniki ne bi smeli kot lastniki prisvajati morebitnih profitov iz organizacij izvajalcev, ampak bi morali morebitne profite vlagati v organizacijo. Pri zasebnih izvajalcih bi se profit obračunal na podlagi normiranih stroškov dela, profiti pa bi se obdavčevali tako, da bi bili lastniki spodbujeni za vlaganje profitov v organizacijo in ne za zasebno prisvajanje. Neprofitno poslovanje bi omogočalo, da bi se profiti investirali tudi v druge organizacije izvajalcev zdravstvenega varstva ali v zdravstveno dejavnost nasploh. Neprofitni način poslovanja bi upošteval tudi oportunitetno ceno kapitala, ki bi bila enaka pričakovani donosnosti za javne investicije v okviru javnega sektorja EU. Če zasebni izvajalec ne bi bil pripravljen sprejeti opisanega neprofitnega poslovanja, bi bila država dolžna zagotoviti javnega izvajalca. Neprofitni način poslovanja ne bi veljal za tisti del prihodka izvajalcev, ki bi izhajal iz njihove tržne dejavnosti (dejavnosti, ki ni financirana kolektivno), razen če izvajalec ne bi bil v državni lasti.

## **56. Količinski cilji poslovanja izvajalcev v mreži javnega zdravstva**

Izvajalci v mreži javnega zdravstva (košarica A) bi ob neprofitnem poslovanju morali zasledovati količinske cilje poslovanja. Količinski cilji bi bili določeni s pogodbo med Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije in posameznim izvajalcem. Ta pogodba bi opredelila natančno vrsto in količino dobrin zdravstvenega varstva iz košarice A, ki bi jo moral ponuditi izvajalec, lokacijo ponudbe in kakovost dobrine ter obliko plačevanja dobrin. Če zasebni izvajalec ne bi bil pripravljen sprejeti količinskih ciljev, bi bila država dolžna zagotoviti javnega izvajalca.

## **57. Plačilni sistem**

Izvajalce bi Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije plačeval za opravljeno dejavnost stimulatивно. Plačilni instrumenti bi morali biti enaki za zasebne in javne izvajalce v mreži javnega zdravstva, ki ponuja košarico A. Gre za plačevanje na glavarinski način, po točkah (oziroma po storitvah in proizvodih),



po primeru (skupinah primerljivih primerov) in izjemoma v pavšalu. V vseh primerih bi morala nastati pri izvajalcih spodbuda za povečevanje stroškovne učinkovitosti: pri glavarini v obliki delitve stroškov tako z izvajalci kot z uporabniki (glavarinski sistem bi se uporabljal v vseh primerih, kjer je ključna vratarska funkcija), točkovni (storitveni) način bi se uporabljal, kjer je obseg dejavnosti določen od zunaj z odločitvami v drugih dejavnostih zdravstvenega varstva (na primer specialistična dejavnost, lekarniška dejavnost, dejavnost z zeleno napotnico), plačevanje po primeru bi moralo omogočati nastanek nagrade za učinkovitost (v veliki večini v bolnišnični dejavnosti), financiranje s pavšali pa bi uporabljali, kadar je učinkovitost neposredno merjena z družbenimi stroški in dobrotitjo, zdravstveno dejavnost pa je treba zagotoviti 24 ur dnevno (urgenca, del prevozov).

### **58. Načela za kalkulacijo cen dobrin**

Cene zdravstvenih dobrin, ki jih zagotavljamo s košarico A in ki se oblikujejo v povezavi s posameznimi oblikami plačevanja oziroma plačilnimi instrumenti, oblikuje Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Oblikuje jih po stroškovnih načelih, pri čemer mora upoštevati povprečno ceno dela, oportunitetno ceno kapitala in povprečne stroške povprečno učinkovitega izvajalca zdravstvene dejavnosti na področju, za katero se oblikuje plačilni instrument. Zavod je dolžan cene preverjati in korigirati vsaj enkrat letno ter jih prilagajati stroškom, ki nastajajo z uveljavljanjem novih tehnologij in zdravstvenih postopkov. Zavod je prek stroškov dolžan izvajalcem priznati strošek uveljavljanja novih tehnologij in zdravstvenih postopkov. Če ti vodijo do nižanja povprečnih stroškov, zavod vsaj eno leto priznava izvajalcu stare, višje cene. Način oblikovanja cen, vključno s podatki, ki jih pri tem uporablja zavod, mora biti javen.

### **59. Doplačila in odbitki**

V vseh primerih, pri katerih o vstopu v zdravstveni sistem odloča potencialni bolnik, je možno uporabljati tudi doplačila in odbitke. Ti morajo biti majhni in ne smejo rušiti solidarnosti. Načeloma naj ohranijo proporcionalni signal glede na ceno zdravstvene dobrine. Niti doplačil niti odbitkov ni dovoljeno zavarovati z nobeno od oblik zavarovanja.

## **60. Nadzor izvajalcev v mreži javnega zdravstva**

Plačnik, to je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, izvaja nadzor izvajalcev z vidika doslednega izvajanja načel, povezanih s košarico A. Z vsemi nepravilnostmi in nedoslednostmi je dolžan redno seznanjati ministrstvo za zdravje, ki je dolžno tudi zagotavljati odpravo odmikov od teh načel.

### ***60a. Opcija 1: Zdravstveno zavarovanje za košarico A – vloga v mreži***

*V primeru, da zdravstvena zavarovalnica prevzame financiranje košarice A, nadzor nad izvajalci zdravstvene dejavnosti v mreži zdravstvene dejavnosti prevzame tudi zdravstvena zavarovalnica. Odločitev o nadzoru in obseg tega nadzora je stvar zdravstvene zavarovalnice.*

## **61. Načelo »denar sledi bolniku« in obstoj izvajalcev**

Kljub dejstvu, da je mreža v povezavi s košarico A določena z državno regulacijo in načrtovanjem, obstaja med izvajalci zdravstvenega varstva v mreži konkurenca za bolnika. Gre za horizontalno mobilnost bolnikov. To pomeni, da bolnikom ni predpisano, katerega izvajalca naj izberejo (in sicer ne glede na njihovo lokacijo), in da lahko izvajalci tekmujejo za bolnike z večjo kakovostjo dobrin in tudi z drugimi oblikami necenovne konkurence, in sicer ne glede na lastninski značaj izvajalcev. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije mora zato od pogodbene vrednosti dejavnosti del teh sredstev zagotavljati z akontacijo, del pa po načelu »denar sledi bolniku«. Načelo je enako veljavno za zasebne in javne izvajalce zdravstvenega varstva iz košarice A. Lastnik oziroma ustanovitelj izvajalca je odgovoren za sanacijo ali ukinitvev izvajalca, če ta oblika konkurence privede do take potrebe.

## **Koordinacija zdravstvene dejavnosti v povezavi s košarico B**

### **62. Koordinacija med košarico in sredstvi pri košarici B**

Glede na to, da je košarica B določena s strani Vlade RS, tudi v tem primeru nastane potreba po koordinaciji zdravstvene dejavnosti, povezani s košarico B. Če je košarica A določena najprej z obsegom sredstev, zbranih s prispevki, je pri

košarici B najprej določena sestava in velikost košarice B, temu pa se v konkurenci prilagaja premija za posameznega zavarovanca in s tem tudi obseg sredstev, zbranih za uporabo dobrin iz košarice B. Torej gre tudi pri košarici B za koordinacijo med obsegom in strukturo dobrin v košarici B na eni strani in potrebnimi sredstvi za izvedbo košarice B na drugi strani.

### **63. Koordinacija med košarico B in izvajalci**

Druga koordinacija v povezavi s košarico B pa je zagotovitev izvajalcev za izvedbo zdravstvene dejavnosti, financirane s sredstvi zdravstvenega zavarovanja. Posamezne zavarovalnice zdravstvenega zavarovanja same izbirajo in zagotavljajo izvajalce za izvedbo košarice B. Pri tem ne potrebujejo javnega razpisa. Zdravstvene zavarovalnice so tako dolžne zagotoviti izvajalce za ponudbo in izvedbo dobrin zdravstvenega varstva iz košarice B. Ti izvajalci niso del mreže javnega zdravstva. Zagotovitev te ponudbe mora biti taka, da lahko zavarovanec s plačilom premije za zavarovanje za košarico B dostopa do vseh zdravstvenih dobrin iz te košarice brez čakalnih vrst in ob zagotovljeni najvišji ravni kakovosti, ki so jo v državi sposobni ponuditi izvajalci. Če posamezna zavarovalnica tega ni sposobna zagotoviti, ne more dobiti dovoljenja za zavarovanje iz naslova košarice B ali pa tako dovoljenje izgubi, če ga že ima. Zavarovance, ki bi s tem izgubili zavarovanje za košarico B, morajo sprejeti druge zdravstvene zavarovalnice. Nadzor nad tem delom dela zdravstvenih zavarovalnic izvaja posebna služba pri ministrstvu za zdravje.

### **64. Izbor izvajalcev košarice B**

Zdravstvene zavarovalnice lahko izvedbo zdravstvenega varstva iz naslova košarice B podelijo tako javnim kot zasebnim izvajalcem, način podeljevanja pa ni podrejen javnim razpisom. Pri tem je odločitev za sodelovanje posameznega izvajalca pri izvedbi košarice B odvisna na eni strani od poslovnega interesa izvajalcev, na drugi strani pa od kriterijev za izbor izvajalcev, med katere sodi predvsem ocena njihovih zmogljivosti (glede na količino dobrin, ki jih lahko ponudijo) in kakovosti njihove ponudbe. Kakovost ponudbe je namreč ena od oblik necenovne konkurence med zdravstvenimi zavarovalnicami pri ponudbi zavarovanja za košarico B, kar pomeni, da so zavarovalnice zainteresirane za čim večjo in tudi izjemno kakovost ponudbe pri izvajalcih.

## **65. Urejanje odnosov z izvajalci košarice B**

Odnosi med zdravstveno zavarovalnico in izvajalci košarice B se urejajo s pogodbo. Dvostransko pogodbeno urejena razmerja med izvajalci in zdravstvenimi zavarovalnicami morajo v povezavi s košarico B slediti določenim načelom. Dobrine iz košarice B lahko pri določeni zdravstveni zavarovalnici ponuja en izvajalec in tudi večje število izvajalcev zdravstvenega varstva. Zdravstvena zavarovalnica mora skrbeti za regionalno distribucijo izvajalcev glede na regionalno distribucijo svojih zavarovancev. Ustrezna regionalna distribucija izvajalcev je lahko ena od konkurenčnih prednosti posamezne zavarovalnice. Zavarovalnica ne more zahtevati obiska le pri določenem izvajalcu, če neko dobroino iz košarice izvaja več izvajalcev, s katerimi ima sklenjeno pogodbo o izvajanju košarice B. Čim bolj mora skrbeti za uresničevanje načela »denar sledi bolniku«, vendar zavarovanec pri določeni zdravstveni zavarovalnici ne more izkoristiti dobrin izvajalcev druge zdravstvene zavarovalnice. Način plačevanja storitev morata med sabo pogodbeno urediti posamezen izvajalec in posamezna zavarovalnica. Posamezen izvajalec je lahko izvajalec tudi pri več med sabo konkurenčnih zavarovalnicah zdravstvenega zavarovanja.

## **66. Profitni značaj izvajalcev košarice B**

Izvajalci zdravstvenega varstva v okviru košarice B so lahko profitni in neprofitni. Tako eni kot drugi v primeru izvajanja košarice B delujejo kot profitne organizacije. Cene, ki jim jih zdravstvene zavarovalnice priznavajo za ponujene dobrine, so stvar pogodbenega odnosa med zavarovalnico in izvajalcem. Pri javnih izvajalcih košarice B je izvajanje te košarice del njihove tržne dejavnosti.

## **67. Količinski cilj izvajalcev košarice B**

V pogodbenem odnosu med posamezno zdravstveno zavarovalnico in posameznim izvajalcem se določi cena zdravstvene dobrine in maksimalen obseg zdravstvenih dobrin, ki jih izvajalec mora biti sposoben zagotoviti zavarovancem za košarico B pri posamezni zdravstveni zavarovalnici. Plačilo je izvedeno po opravljenem delu, čeprav je možno izvajalcem zagotoviti tudi določeno akontacijo. Tak način plačevanja izvajalcev omogoča uveljavitev načela »denar sledi bolniku«.

## **68. Plačevanje izvajalcev košarice B**

Plačilni sistem v povezavi s košarico B lahko zajema vse običajne oblike plačilnih instrumentov: glavarine, plačilo storitev, plačilo primerov in pavšalna plačila. Oblika plačila je stvar pogodbe med izvajalcem in zdravstveno zavarovalnico. Dovoljena je tudi uporaba odbitkov in doplačil, pri tem pa je uporaba teh dveh oblik stvar konkurenčne prednosti in necenovne konkurence med zdravstvenimi zavarovalnicami.

## **69. Nadzor izvajalcev košarice B**

Nadzor nad delom izvajalcev izvajajo v celoti zdravstvene zavarovalnice kot plačniki izvajalcev v povezavi s košarico B. Zdravstvene zavarovalnice imajo pravico kadar koli prekiniti pogodbeni odnos s posameznim izvajalcem.

## **Izvajalci zdravstvenega varstva**

### **70. Akreditacija izvajalcev zdravstvenega varstva**

Izvajalci zdravstvenega varstva morajo ne glede na lastninski značaj za opravljanje dejavnosti pridobiti ustrezno akreditacijo. Slednja jim daje zgolj pravico do opravljanja dejavnosti in ne daje nobene pravice iz naslova financiranja. Akreditacijo podeljuje poseben akreditacijski organ, ki ga ustanovi Vlada RS iz domačih in tujih strokovnjakov za zdravstvo in management v zdravstvu. Ta organ lahko prizna akreditacijo tudi tujih akreditacijskih organov, če ustrezajo pogojem slovenskega. Akreditacija natančno opredeli, katere zdravstvene dobrine lahko ponuja izvajalec, v kakšnem obsegu glede na zaposlitvene in materialne zmogljivosti, kakšno kakovost lahko pri tem doseže, s kakšnimi zmogljivostmi razpolaga, kakšen je poslovni model s strategijo poslovanja, kakšne so zdravniške in kakšne podporne dejavnosti, kako tečejo zdravstveni in podporni (zlasti poslovni) procesi pri izvajalcu ter kakšna je vzdržnost poslovanja glede na sredstva in lastniško strukturo in podobno. Akreditacija velja za triletno obdobje in je brezplačna (plačana iz sredstev ministrstva za zdravje).

## **71. Prihodek izvajalcev zdravstvenega varstva**

Izvajalci zdravstvenega varstva lahko ne glede na lastnino pridobivajo prihodek v okviru izvajanja ponudbe zdravstvenih dobrin iz košarice A, izvajanja ponudbe zdravstvenih dobrin iz košarice B in izvajanja zdravstvenih dobrin za trg. Trg pri tem razumemo tako plačila »iz žepa« bolnikov ali njihovih sponzorjev kot plačila zdravstvenih zavarovalnic, ki niso namenjena izvajanju košarice A in košarice B. Pristop do financiranja na področju izvajanja košarice A in košarice B je opredeljen z načeli pridobitve izvajalne funkcije na teh dveh področjih. Akreditacija je predpogoj za dostop do vseh treh virov financiranja.

## **72. Zasebni izvajalci zdravstvene dejavnosti**

Zasebni izvajalci so tisti, ki imajo enega ali več zasebnih lastnikov. Pravni status zasebnih izvajalcev mora biti ena od oblik iz zakona o gospodarskih družbah. Zasebnih izvajalcev ni mogoče ustanavljati v nobeni drugi pravno-statusni obliki. V primeru, da izvajalec pridobi obliko s. p., mora ne glede na zakonske izjeme voditi vse poslovne knjige. Zasebni izvajalci lahko v skladu z gospodarsko zakonodajo ustanavljajo tudi podrejene gospodarske družbe. Investirajo lahko tudi zunaj zdravstvene dejavnosti. Če delujejo tudi na nezdravstvenih področjih, morajo voditi ločene računovodske evidence za zdravstveno in nezdravstveno dejavnost. Med obema dejavnostma je dovoljeno prelivanje dohodkov in navzkrižno subvencioniranje. Podatki o poslovanju zasebnih izvajalcev, ki delujejo (čeprav le delno) pri izvedbi košarice A ali košarice B, so javni.

## **73. Javni izvajalci zdravstvene dejavnosti**

Javni izvajalci so izvajalci v 100-odstotni državni lasti. Ne smejo pridobiti zasebnih solastnikov, lahko pa vstopajo v javno-zasebna partnerstva. V zadnjem primeru morajo odnos z zasebnim partnerjem urediti po načelih BOT. S tem naj bi zaščitili njihovo neprofitno delovanje in doseganje količinskih ciljev poslovanja.

## **74. Oddelek za upravljanje javnih izvajalcev**

Vlada RS organizira pri ministrstvu za zdravje poseben oddelek za upravljanje javnih izvajalcev v slovenskem zdravstvu. Ta za svoje operativno delovanje

neposredno odgovarja ministrstvu za zdravje, strateške dokumente pa sprejema Vlada RS in z njimi seznanja tudi parlament. Oddelek postavlja člane upravnih odborov in potrjuje strategije posameznih javnih izvajalcev. Sestavljen je iz predstavnikov ministrstva za zdravje in ministrstva za finance, v njem pa so tudi predstavniki regionalnih in lokalnih skupnosti. Finančna sredstva (tudi državna poročta) za njegovo delovanje zagotavlja proračun RS. Člani nadzornih svetov javnih izvajalcev morajo pridobiti potrdila o ustrezni usposobljenosti za to zadolžitev.

## **75. Pravni status javnih izvajalcev**

Javni izvajalci se morajo organizirati v skladu z zakonom o gospodarskih družbah. Ne morejo pridobiti oblike s. p., lahko pa pridobijo vse druge oblike iz tega zakona. Notranja organizacija mora slediti načelom enotirnega upravljanja, saj je lastnik koncentriran v rokah države. Upravni odbor izbira izvršnega direktorja, ta pa izbira svoje pomočnike: za strokovne zadeve, za razvoj in kakovost, za zdravstveno nego in za poslovanje. Vloge pomočnikov so lahko združene tudi v manjšem številu oseb, če gre za manjšega javnega izvajalca. Izvršni direktorji ne morejo biti izbrani, če jih pred tem izmed vseh kandidatov na zboru delavcev ne potrdi vsaj polovica zaposlenih. Zbor delavcev lahko izbere kot primerne tudi več oseb. Izvršni direktor nima glasovalne pravice v upravnem odboru in predstavlja management izvajalca. Upravni odbor ima kadrovsko (izbira izvršnega direktorja), strateško in nadzorstveno funkcijo, lahko pa odloča tudi o operativnih zadevah, če meni, da je to za delovanje javnega izvajalca potrebno. Upravni odbor potrjuje tudi notranje organizacijske rešitve in spremembe. Upravni odbor deluje v interesu lastnika, to je Vlade RS, in je njej prek oddelka za upravljanje javnih izvajalcev tudi odgovoren.

## **76. Hčerinska podjetja javnega izvajalca**

V primeru, da javni izvajalec deluje v okviru zagotavljanja košaric A in B ter na trgu, mora organizirati dejavnost za košarico B in za trg v ločenem hčerinskem podjetju podjetja, ki zagotavlja dobrine za košarico A. S tem se prepreči prelivanje dohodka iz javnega zdravstva v nejavne dejavnosti, hkrati pa se krepi tržni položaj takega izvajalca.

## **77. Premoženje javnega izvajalca**

Celotna sredstva (premoženje), s katerimi javni izvajalec opravlja zdravstveno dejavnost, so v lasti javnega izvajalca in z njimi tudi v celoti gospodari ter zanje obračunava predpisano amortizacijo. Po sklepu upravnega odbora jih lahko tudi proda in ima pravico do nakupa novih za potrebe obnove amortiziranih sredstev. Za to uporablja sredstva amortizacije, s katerimi v celoti razpolaga izvajalec. Nova sredstva (premoženje) oziroma povečanje obstoječih sredstev lahko kupuje iz sredstev amortizacije, profita, ki je nastal ob neprofitnem poslovanju z nadpovprečno učinkovitostjo, iz oportunitetne cene kapitala, ki je vgrajena v kalkulacijo cen, sredstev dokapitalizacije lastnika (iz državnega proračuna) in s kreditnimi sredstvi. Za zadolževanje mora dobiti soglasje oddelka za upravljanje javnih izvajalcev pri ministrstvu za zdravje, država pa lahko zagotavlja investicijska sredstva tudi z dokapitalizacijo in s povečanjem osnovnega kapitala izvajalca. Investicije v celoti vodi in zanje odgovarja management javnega izvajalca. Za vse investicije v osnovna sredstva je treba narediti poslovni načrt, ki ga morajo potrditi upravni odbor izvajalca, oddelek za upravljanje javnih izvajalcev in ministrstvo za zdravje. Ta načela ne veljajo za investiranje v zaloge izvajalca.

## **78. Ponudba javnega izvajalca**

Javni izvajalec deluje pri ponudbi za košarico A v okviru omejitev. Zanj so določene zdravstvene dobrine, ki jih mora ponuditi, njihova kakovost, obseg te ponudbe, cene in način plačevanja ter tudi zunanji nadzor s strani plačnika. Omejitve v okviru ponudbe dobrin za košarico B so stvar pogodbenega odnosa med javnim izvajalcem in zdravstveno zavarovalnico. Pri ponudbi za trg so vse poslovne odločitve stvar upravnega odbora in izvršnih direktorjev izvajalca.

## **79. Poslovođenje v javnem izvajalcu**

Management javnega izvajalca (izvršni direktor in tudi upravni odbor) lahko v okviru vodstvene funkcije nadzoruje nastanek in s tem velikost materialnih stroškov (zlasti stroškov zdravil in medicinsko-tehničnih pripomočkov), stroškov zunanjih zdravstvenih in drugih storitev (varnost, čiščenje, pranje), ki jih ima zaradi izdvajanja dejavnosti, amortizacije glede na izkoriščanje osnovnih sredstev, stroškov zadolževanja, stroškov dela in stroškov administrativne režije.



Zaposlovanje delovne sile, izdvajanje dejavnosti, najemanje osnovnih sredstev in nabave materiala ter osnovnih sredstev so v pristojnosti izvršnih direktorjev in upravnega odbora. Vodstvena funkcija obsega tudi notranjo organizacijo procesov dela in organizacije, prodajno dejavnost, finančno poslovanje in kadrovske dejavnosti.

## **80. Delovni procesi v javnem izvajalcu**

Zaposleni pri javnem izvajalcu se s pogodbo o delu zavežejo k spoštovanju konkurenčne prepovedi. Njihovo delo je organizirano na podlagi evidentiranja učinkovitega (opravljenega) delovnega časa. To zajema vse oblike dela: redno, nadurno, dežurstva. Za potrebe evidentiranja učinkovitega delovnega časa mora izvajalec opredeliti časovne normative za vse oblike aktivnosti v izvajalcu. Z njimi mora opredeliti enote merjenja opravljenega dela posameznika. Posamezne enote merjenja opravljenega dela se evidentirajo z različnimi ponderji glede na zahtevnost dela. Sistem evidentiranja učinkovitega delovnega časa mora pripraviti management javnega izvajalca, potrditi pa ga mora upravni odbor. Obsegati mora tudi skladno z delovnopravno zakonodajo predpisan maksimalni obseg dela, ki ga lahko opravi posameznik. Preseganje dela prek maksimalnega obsega je plačano le v primeru, če ustvari javni izvajalec za to ustrezne vire. Nedoseganje maksimalnega obsega dela pri posamezniku (če to nedoseganje nastane po njegovi krivdi) vodi do proporcionalnega znižanja rednih dohodkov posameznika. Sindikalno dogovarjanje o plačah je treba izvajati na ravni posameznega izvajalca. Plače zaposlenih v zdravstvu ne morejo biti del enotnega plačnega sistema za javni sektor, saj ta onemogoča tak način nagrajevanja zaposlenih.

## **81. Plačevanje zaposlenih pri javnih izvajalcih**

Zaposleni pri posameznem javnem izvajalcu lahko delajo tudi pri drugih izvajalcih, a le v primeru, če to delo obračuna in plačuje po svojih merilih javni izvajalec, kjer je posameznik zaposlen. Tako sodelovanje morajo izvajalci medsebojno urediti s posebnimi pogodbami. Slednje se nanaša tako na delo posameznika znotraj izvajalca, kjer je zaposlen (v zvezi s košarico B, v tržni dejavnosti), kot na delo pri drugih izvajalcih. Delo v zvezi s košarico B lahko posameznik opravlja za polno plačo iz rednega delovnega razmerja le v primeru,

če je v zvezi s košarico A dosegel obseg efektivnega dela, ki ga od njega zahteva izvajalec. Delo na trgu lahko posameznik opravlja za polno plačo iz rednega delovnega razmerja prav tako le v primeru, če je v zvezi s košarico A dosegel obseg efektivnega dela, ki ga od njega zahteva izvajalec. Delo na košarici B in za trg se obračuna po notranjih tarifah, ki jih izvajalcu dopuščajo zaslužki pri ponudbi za košarico B in za trg. Če se to delo ne plačuje prek plače iz rednega delovnega razmerja, se plačuje prek posebne pogodbe o delu med zaposlenim in izvajalcem.

## **82. Udeležba na profitu v javnih izvajalcih**

Javni izvajalci so dolžni uvesti sistem delitve profita (presežka prihodkov nad odhodki) med zaposlene. Ta lahko nastane tako pri neprofitni dejavnosti, če so izvajalci nadpovprečno stroškovno učinkoviti, kot seveda tudi pri profitni (tržni) dejavnosti. V obeh primerih ima upravni odbor javnega izvajalca na predlog izvršnega direktorja dolžnost in pravico del profitov nameniti za dodatek k plačam za redno delo. Način delitve med zaposlenimi določa upravni odbor, delež profitov za ta namen pa določa prav tako upravni odbor, a po formalnem soglasju oddelka za upravljanje javnih izvajalcev. Ta nagrada naj bi spodbudila zaposlene k izkoriščanju spodbud, ki nastajajo iz uvedenega sistema plačevanja. Šele s to nagrado dobi uvajanje stimulativnih načinov plačevanja dejavnosti javnih izvajalcev svoj smisel. Enako velja za načelo »denar sledi bolniku« in za sodelovanje v tržnih dejavnostih. S tem se delno razrešuje tudi vprašanje vloge agenta v javnih izvajalcih zdravstvene dejavnosti.

**Prof. dr. Maks Tajnikar**

Ekonomska fakulteta Univerze v Ljubljani