

UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA

MAGISTRSKO DELO

ANALIZA PRIHODKOV V SLOVENSKIH BOLNIŠNICAH

Ljubljana, februar 2021

IRENA GROZNIK

IZJAVA O AVTORSTVU

Podpisana Irena Groznik, študentka Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, avtorica predloženega dela z naslovom Analiza prihodkov v slovenskih bolnišnicah, pripravljenega v sodelovanju s svetovalcem red. prof. dr. Aljošo Valentinčičem

IZJAVLJAM

1. da sem predloženo delo pripravila samostojno;
2. da je tiskana oblika predloženega dela istovetna njegovi elektronski obliki;
3. da je besedilo predloženega dela jezikovno korektno in tehnično pripravljeno v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, kar pomeni, da sem poskrbela, da so dela in mnenja drugih avtorjev oziroma avtoric, ki jih uporabljam oziroma navajam v besedilu, citirana oziroma povzeta v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani;
4. da se zavedam, da je plagiatstvo – predstavljanje tujih del (v pisni ali grafični obliki) kot mojih lastnih – kaznivo po Kazenskem zakoniku Republike Slovenije;
5. da se zavedam posledic, ki bi jih na osnovi predloženega dela dokazano plagiatstvo lahko predstavljalo za moj status na Ekonomski fakulteti Univerze v Ljubljani v skladu z relevantnim pravilnikom;
6. da sem dobila vsa potrebna dovoljenja za uporabo podatkov in avtorskih del v predloženem delu in jih v njem jasno označila;
7. da sem pri pripravi predloženega dela ravnala v skladu z etičnimi načeli in, kjer je to potrebno, za raziskavo pridobila soglasje etične komisije;
8. da soglašam, da se elektronska oblika predloženega dela uporabi za preverjanje podrobnosti vsebine z drugimi deli s programsko opremo za preverjanje podobnosti vsebine, ki je povezana s študijskim informacijskim sistemom članice;
9. da na Univerzo v Ljubljani neodplačno, neizključno, prostorsko in časovno neomejeno prenašam pravico shranitve predloženega avtorskega dela v elektronski obliki, pravico reproduciranja ter pravico dajanja predloženega dela na voljo javnosti na svetovnem spletu prek Repozitorija Univerze v Ljubljani;
10. da hkrati z objavo predloženega dela dovoljujem objavo svojih osebnih podatkov, ki so navedeni v njem in v tej izjavi.

V Ljubljani, dne _____

Podpis študentke: _____

KAZALO

UVOD	1
1 ZDRAVSTVENI SISTEM V REPUBLIKI SLOVENIJI.....	3
1.1 Splošne lastnosti zdravstvenega sistema v Republiki Sloveniji.....	3
1.2 Ravni zdravstvenega sistema v Republiki Sloveniji.....	6
1.3 Delitev zdravstvenega sistema na tržno in javno dejavnost	8
1.4 Vloga ZZZS.....	11
1.4.1 Splošni dogovor z ZZZS	11
1.4.2 Obseg programov	12
1.4.3 Določanje vrednosti in cen programov.....	13
1.4.4 Oblikovanje programov po območjih in izvajalcih	15
1.4.5 Standardi ponudbe zdravstvenih storitev.....	15
1.4.6 Sklepanje pogodb posameznih izvajalcev z ZZZS	16
1.5 Vloga Javne agencije Republike Slovenije za zdravila in medicinske pripomočke	17
1.6 Čakalne vrste	18
2 SLOVENSKE BOLNIŠNICE	19
2.1 Predstavitev slovenskih bolnišnic	19
2.2 Zasebne bolnišnice v Sloveniji.....	24
2.3 Financiranje slovenskih bolnišnic.....	26
3 PRIHODKI	31
3.1 Pripoznavanje prihodkov	31
3.2 Evidentiranje opravljenih storitev v bolnišnicah v okviru OZZ	34
3.3 Letno poročanje.....	35
4 ANALIZA KLJUČNIH POSTAVK SLOVENSКИH BOLNIŠNIC	38
4.1 Prihodki v slovenskih bolnišnicah v obdobju 2016–2019	38
4.2 Sredstva v slovenskih bolnišnicah.....	42
4.3 Kazalniki prihodkov in sredstev	45
4.4 Analiza javne in tržne dejavnosti v slovenskih bolnišnicah	48
4.5 Primerjava med pogodbeno, realizirano in plačano vrednostjo.....	52
4.6 Pregled realiziranega programa po dejavnostih bolnišnic v letu 2019	54
4.7 Analiza čakalnih vrst	60

SKLEP	62
LITERATURA IN VIRI	65

KAZALO SLIK

Slika 1: Piramida ravni zdravstvenega sistema	7
Slika 2: Prikaz deležev finančnih sredstev za izvajanje zdravstvenih dejavnosti v letu 2019.....	27
Slika 3: Prikaz deležev plačil škod zavarovalnic za dopolnilno zdravstveno zavarovanje v letu 2019	29
Slika 4: Primerjava med stopnjo odpisanosti opreme in količnikom med prihodki in sredstvi za izbrane bolnišnice v letu 2019	44
Slika 5: Prikaz prihodkov od prodaje na trgu in iz JS v skupnih prihodkih v slovenskih bolnišnicah za leto 2019.....	48
Slika 6: Prikaz deleža tržne dejavnosti v bolnišnicah (v %) in trend rasti v obdobju od leta 2008 do leta 2019	51
Slika 7: Strukturna sestava plačane vrednosti programa po dejavnosti bolnišnic v letu 2019.....	54
Slika 8: Prikaz primerjave med številom čakajočih nad dovoljeno čakalno dobo in skupnim številom čakajočih na dan 1.1.2019 in na dan 1.1.2020.....	61

KAZALO TABEL

Tabela 1: Okvirna načrtovana vrednost celotnega dogovorjenega programa (obvezno zdravstveno zavarovanje in doplačila) po posameznih dejavnostih	27
Tabela 2: Prikaz čistih prihodkov od zavarovalnih premij za DZZ (dopolnilno zdravstveno zavarovanje), čistih odhodkov za škode DZZ in indeksa med njima v Sloveniji v letu 2019	29
Tabela 3: Višina in rast celotnih prihodkov bolnišnic v obdobju od leta 2016 do leta 2019 (v EUR).....	39
Tabela 4: Podatki o višini sredstev, stopnji odpisanosti opreme, prihodkih ter količnik med prihodki in sredstvi za leto 2019.....	43
Tabela 5: Poslovni izid – javna služba in tržna dejavnost v bolnišnicah v letih 2018 in 2019 (v EUR).....	49

Tabela 6: Pogodbena vrednost, realizirana vrednost in vrednost plačanega programa ZZZS v letu 2019 ter primerjava med njimi	52
Tabela 7: Pregled realiziranih SPP, realiziranih uteži, realiziranih povprečnih uteži in rezultat poslovanja v slovenskih bolnišnicah za leto 2019	56
Tabela 8: Realizacija specialistične zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti v letu 2019 glede na FN (finančni načrt) 2019 in glede na realizacijo 2018	59

UVOD

Zdravje predstavlja eno od najpomembnejših vrednot vsakega človeka. Povpraševanje po zdravstvenih storitvah in potrebe stalno naraščajo. Ljudje se vedno bolj zavedajo pomena svojega dobrega počutja in si želijo zadovoljiti svoje potrebe. Hkrati se večajo tudi sredstva, namenjena zdravstvu, vendar ne morejo zadovoljiti rastočega povpraševanja. Sredstva, namenjena zagotavljanju zdravstvenega varstva prebivalcev, so namreč tudi v najbogatejših državah omejena, zato se trudimo najti ravnovesje med poslanstvom izvajalcev in financerjev javnega zdravstva in vzdržnim poslovanjem zdravstvenih ustanov.

Tudi v Sloveniji se soočamo z izzivi naraščanja potreb in omejenih sredstev, s katerimi razpolagamo. Magistrsko delo se osredotoča na aktualna vprašanja v slovenskem zdravstvu, predvsem z vidika delovanja bolnišnic. Tako v družbenem kot v medijskem prostoru (Zajec, 2018) ne moremo spregledati informacij o čakalnih vrstah, o predragih zdravstvenih storitvah, o pomanjkanju sredstev v zdravstvu, o samoplačništvu, o neracionalni porabi javnih sredstev in ostalih težavah našega zdravstvenega sistema.

Cilj poslovanja javnih zdravstvenih zavodov ni pridobivanje dobička, ampak izpolnjevanje temeljne dejavnosti, za katero so ustanovljeni. Pri poslovanju morajo usklajevati prihodke z odhodki in v dogovorjenem obsegu in vrstah realizirati storitve, sklenjene v letnih pogodbah (Ferjanc, 2001, str. 57).

V svojem magistrskem delu povzamem znanje in informacije, ki sem jih pridobila v času podiplomskega študija na Ekonomski fakulteti, in te hkrati povežem s svojim delom in nekaterimi področji poslovanja bolnišnic. Že med predavanji sem vsako novo pridobljeno informacijo poskušala uvrstiti, uporabiti in si razložiti na sebi poznanih konkretnih primerih iz prakse v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana (UKC Ljubljana), zaradi česar sem med študijem zelo uživala.

Namen magistrskega dela je iz javno dostopnih informacij pripraviti oris poslovanja in razumeti način prikazovanja prihodkov v slovenskem zdravstvenem sistemu na primeru slovenskih bolnišnic ter ga predstaviti z njegovimi najpomembnejšimi deležniki. Vzporedno s tem se razkrijejo še nekatera druga aktualna vprašanja.

Cilj magistrskega dela je ugotoviti vire financiranja slovenskih bolnišnic in jih analizirati ter opomniti na posebnosti zdravstvenega sistema z vidika financiranja in odločanja. Prav tako želim podrobneje proučiti kazalnike, vezane na prihodke poslovanja slovenskih bolnišnic. Prikazati želim kompleksnost različnih dejavnosti zdravstva ter pripraviti primerjave med ustvarjenimi prihodki iz javne dejavnosti in iz dejavnosti na trgu. Cilj je tudi podrobneje pogledati program poslovanja bolnišnic in pripraviti primerjavo med načrtovanim in izvedenim programom ter raziskati problem napotitev in reševanja čakalnih vrst.

Prikazati in raziskati želim, v kolikšni meri bolnišnice izrabljajo svoje kapacitete za izpolnjevanje Splošnega dogovora (v nadaljevanju Dogovor) z Zavodom za zdravstveno

zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju ZZZS). V nekaterih primerih namreč lahko sklepam, da Dogovor s plačnikom – torej ZZZS omejuje obseg opravljenih zdravstvenih storitev in s tem dostop do storitev v bolnišnicah.

Prav tako je moj cilj v tem kontekstu pripraviti zanimivo primerjavo med povprečnimi utežmi bolnišnic. Ta lahko ponudi vpogled v sistem ter širšo sliko o zahtevnosti in ravni storitev, ki jih izvajajo določene bolnišnice.

Z vidika mogoče najbolj aktualne teme v zdravstvu, čakalnih vrst, pa je moj cilj ugotoviti, za koliko so se povečale napotitve osebnih zdravnikov na sekundarij. Pričakujem, da bom s to analizo lahko potrdila svoje razmišljanje o tem, kako zelo se povečujeta osveščenost prebivalcev in skrb za lastno zdravje, na drugi strani pa tudi pritiski in povpraševanje po storitvah zdravstvenega sistema.

Pri svojem delu uporabim različno metodologijo. Pregledam strokovno literaturo s področja ekonomike s poudarkom na ekonomiki v zdravstvu. Veliko podatkov pridobim pri pregledu letnih poročil in iz drugih strokovnih virov. Veliko informacij je bilo podanih tudi med predavanji pri različnih predmetih v času študija. Nekaj teoretične podlage pridobim iz aktualne zakonodaje. V nadaljevanju teoretične informacije uporabim za pripravo analiz, kjer s pomočjo tabel, grafov in slik prikažem podatke na enostaven in razumljiv način. Uporabim deduktivni pristop, kar pomeni, da teoretična izhodišča nadgradim v praktični prikaz raziskane teme in razložim ugotovitve.

Predmet analize je bilo poslovanje vseh 26 javnih slovenskih bolnišnic v letu 2019 ter njihova vloga in umeščenost v zdravstveni sistem v Republiki Sloveniji. Prvi del naloge je namenjen kratki predstavitvi našega zdravstvenega sistema z njegovimi posebnostmi. Posebno poglavje je namenjeno predstavitvi ZZZS in Javne agencije Republike Slovenije za zdravila in medicinske pripomočke (v nadaljevanju JAZMP). Sledi kratka predstavitev slovenskih javnih bolnišnic, dodanih pa je tudi nekaj zasebnih centrov, ki pa so v našem zdravstvenem sistemu bolj izjema kot pravilo. Naprej nas naloga vodi do glavne teme, to so prihodki v slovenskih bolnišnicah. Predstavljeni so z računovodskega vidika, pri čemer je poudarek na Slovenskih računovodskih standardih in ostali zakonodaji s področja vodenja knjigovodskih listin in obveznega poročanja. Nalogo zaključujeta analitični del, kjer so izpostavljene teme analizirane s pomočjo grafov in tabel, ter sklepni del.

Ideja za pripravo magistrskega dela je nastala že v letu 2019, pred pričetkom krize zaradi pandemije koronavirusa (Covid-19). Pričakuje se, da bo ta močno pretresla tako ekonomsko kot zdravstveno situacijo v večini držav. Ker je kriza v največjem razmahu, finančnih podatkov o njej še nimamo, zato ni vključena v nalogo.

1 ZDRAVSTVENI SISTEM V REPUBLIKI SLOVENIJI

1.1 Splošne lastnosti zdravstvenega sistema v Republiki Sloveniji

Slovenija je kot država članica Evropske unije (v nadaljevanju EU) reformirala in vzpostavila zdravstveni sistem, ki temelji na vrednotah, za katere se zavzemamo v sodobni in demokratični družbi. Tako želimo kljub težnjam po dobičku zagotoviti socialno varnost za najširšo skupino državljanov, prebivalce s tem izenačiti ter jim zagotoviti enake možnosti. Vlaganja v zdravstveno varstvo so namenjena vsem, ki potrebujejo zdravstveno oskrbo, in to v obsegu, ki ga potrebujejo in ki ga z omejenimi sredstvi lahko zagotovimo. Na drugi strani je zdravstveno stanje posameznika z ekonomskega vidika pomembno tudi zato, ker je od tega odvisen njegov prispevek k skupni blaginji v državi.

V Sloveniji imamo Bismarckov model zdravstvenega zavarovanja (Toth, 2003, str. 146), saj glavni vir financiranja zdravstvenega varstva predstavljajo prispevki za obvezno zdravstveno zavarovanje (v nadaljevanju OZZ), ki jih udeleženci vplačujemo v zdravstveno blagajno ZZZS. Po 11. členu Zakona o prispevkih za socialno varnost (ZPSV, Ur. l. RS št. 5/96, 18/96 – ZDavP, 34/96, 87/97 – ZDavP-A, 3/98, 7/98 – odl. US, 106/99 – ZPIZ-1, 81/00 – ZPSV-C, 97/01 – ZSDP, 97/01, 62/10 – odl. US, 40/12 – ZUJF, 96/12 – ZPIZ-2, 91/13 – ZZVZZ-M, 99/13 – ZSVarPre-C in 26/14 – ZSDP-1) delodajalec in delavec plačata skupno 13,45 % od bruto plače delavca.

Zdravstveni sistem v Sloveniji je splet deležnikov, ki so v njem povezani z medsebojnimi odnosi in pravili in tako delujejo v utečenem in predpisanem redu. Deležniki zdravstvenega sistema v Sloveniji so: bolniki, izvajalci zdravstvenega varstva, dobavitelji, plačniki zdravstvenih storitev in sponzorji. Cilj javnega zdravstvenega sistema je zagotoviti potrebne zdravstvene storitve za prebivalstvo v kar največjem možnem obsegu in v skladu s povpraševanjem. Kot predlagajo Tajnikar in drugi (2016), »mora država opredeliti obseg sredstev, ki jih lahko namenijo za zdravstvo, zagotoviti ta sredstva solidarnostno in hkrati ugotoviti, kakšne so agregatne potrebe prebivalstva po zdravstvenih dobrinah«.

Prvi, temeljni načeli, ki veljata za zdravstveni sistem v Sloveniji, sta pravičnost in solidarnost. Pravičnost pomeni, da so razpoložljive dobrine porazdeljene med uporabnike sistema glede na njihove potrebe. Solidarnost pa je družbeni dogovor, da se dobrine razporeja ne glede na finančne vloške uporabnikov. To v našem zdravstvenem sistemu pomeni, da državljani v zdravstveno blagajno vplačujemo po svojih finančnih zmožnostih, iz nje pa prejemamo na osnovi svojih potreb. Za zagotovitev teh dveh načel je treba upoštevati vrsto kriterijev. O oblikovanju teh kriterijev se v družbi konstantno pojavljajo dvomi, kar lahko razumemo kot iskanje boljših rešitev, za katere moramo ostati odprti. Solidarnost med uporabniki zdravstvenih storitev je v našem sistemu zagotovljena glede na bolezen, starost, spol, zaposlenost in lokacijo bivanja. Samo za obravnavo upravičencev glede na dohodek lahko rečemo, da solidarnost ni v celoti zagotovljena, ker dopolnilno

zdravstveno zavarovanje plačujemo vsi udeleženci v enakem znesku ne glede na prejeti dohodek. Na splošno velja, da solidarnost vedno pripelje do pomanjkanja blaga na trgu.

Drugo temeljno načelo v zdravstvenem varstvu je univerzalna dostopnost zdravstvenih storitev za vse prebivalce, in sicer ob upoštevanju njihovih potreb. Prav tako pomembni sta načeli kakovosti in učinkovitosti. Prebivalcem mora biti zagotovljena enaka stopnja kakovosti obravnave, postavljeni morajo biti standardi za vstop v mrežo, za sodelovanje v procesu in za izstop. Obravnava mora biti varna in učinkovita. Učinkovitost storitev, ki jih zdravstvene organizacije nudijo z javnimi sredstvi, mora biti kontrolirana in primerljiva. Učinkovitost je sposobnost doseganja čim boljših rezultatov z danimi sredstvi. Zdravstvo je učinkovito takrat, ko z opravljenimi zdravstvenimi storitvami pacientom zagotavlja največjo možnost zdravlja (Kuhar, 2007, str. 36).

OZZ zavarovanim osebam zagotavlja tako pravice do zdravstvenih storitev kot pravice do denarnih nadomestil. Pravice do zdravstvenih storitev po Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ, Ur. l. RS št. 72/06 – UPB, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C, 47/15 – ZZSDT, 61/17 – ZUPŠ, 64/17 – ZZDej-K in 36/19) obsegajo storitve osnovne zdravstvene dejavnosti, storitve zobozdravstvene dejavnosti, zdravstvene storitve v določenih socialnih zavodih ter storitve specialistično-ambulantne, bolnišnične in terciarne dejavnosti. Med te pravice štejemo še pravico do storitev zdraviliškega zdravljenja, storitev obnovitvene rehabilitacije in udeležbe v organiziranih skupinah za usposabljanje ter letovanje otrok, storitve prevoza z reševalnimi in drugimi vozili, storitve zdravljenja v tujini, pravico do zdravil in živil za posebne zdravstvene namene na recept in medicinskih pripomočkov. Iz naslova denarnih nadomestil pa so to pravica do nadomestila plače med začasno zadržanostjo od dela, povračila potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenih storitev in druga povračila (ZZZS, 2019).

Udeležba v OZZ je obvezna za vse državljane, razen za nekatere oproščene skupine. Dopolnjuje se z dopolnilnim zdravstvenim zavarovanjem, ki ga lahko sklenemo pri treh zavarovalnicah (Vzajemna, Generali in Triglav) in ki nam zagotavlja dostop do vnaprej določenih pravic iz košarice, za katere bi drugače veljalo doplačilo. Premija je za vse zavarovance fiksna in ni odvisna od dohodninskega razreda posameznega zavarovanca. Za takšno obliko se v Sloveniji odloči 95 % prebivalcev (brez izključenih skupin). Tretji vir financiranja pa so neposredna plačila uporabnikov.

European Observatory on Health Systems and Policies (2016) na svoji spletni strani situacijo povzame tako: »Slovenija ima dobro razvit zdravstveni sistem z dobrimi rezultati zdravstvenega varstva prebivalstva. Dostop do zdravstvene oskrbe je splošno dober. Kljub temu obstajajo stalne razlike v obolevnosti in umrljivosti med regijami in skupinami prebivalstva, čakalne dobe nekaterih ambulantnih specialističnih služb se daljšajo. Sorazmerno visoka stopnja raka in obolevnosti, povezane s staranjem prebivalstva, zahteva

okrepitev preventivnih dejavnosti in usklajevanje oskrbe, kar še vedno predstavlja izziv. Obravnavati je treba tudi financiranje in zagotavljanje dolgotrajne oskrbe, saj imajo uporabniki velike izdatke iz žepa.«

Na prostem trgu bi ponudba in povpraševanje po zdravstvenih storitvah privedla do ravnotežja. Trg zdravstvenih storitev regulira država, zato se cena storitev ne poravna s količino, kot bi se to zgodilo v konkurenčnem okolju. Čakalne vrste v zdravstvu se pojavljajo zato, ker je ponudba storitev manjša od preferenc prebivalstva.

Glede na to, da je velik del zdravstvenega sistema financiran iz prispevkov zaposlenih, je višina sredstev neposredno vezana na ekonomske in demografske razmere v državi. Slovenski zdravstveni sistem se po ocenah nekaterih ključnih kazalnikov uvršča med bolj uspešne zdravstvene sisteme v Evropi. Pri primerjavi med posameznimi državami ga pogosto najdemo med EU-13 in EU-15, pri nekaterih kazalnikih pa celo v samem vrhu. Slovenija se tako tudi pri dveh najpomembnejših kazalnikih, to sta pričakovano trajanje življenja in umrljivost novorojenčkov, nahaja v samem vrhu med državami EU (OECD, 2019). Zvišanje pričakovane življenjske dobe na več kot 80 let močno vpliva na povečanje izdatkov v zdravstvu.

Povpraševanje po zdravstvenih storitvah se v modernem svetu in prav tako tudi v Sloveniji vedno znova povečuje. To lahko razumemo kot posledico vedno večje osveščenosti uporabnikov zdravstvenih storitev o pomenu zdravja, pomenu kurative in preventive in povečani skrbi prebivalstva za kakovost življenja. Na drugi strani se povečujejo tudi sredstva, ki so temu namenjena, vendar njihovo povečevanje še vedno ne omogoča pokritja vseh potreb in povpraševanja po tovrstnih storitvah. Na povečevanje izdatkov tako poleg staranja prebivalstva vplivata tudi večanje deleža kroničnih bolezni (sladkorna bolezen, alkoholizem, debelost itd.) in tehnološki napredek.

Tako se naša država znajde pred odločitvijo, v kolikšni meri zagotavljati in s kakšnimi kriteriji določati pravice do uporabe zdravstvenih storitev. Ker so sredstva in s tem storitve omejene, je treba sistem organizirati tako, da se zagotovi oskrba tistim, ki jo najbolj potrebujejo, in hkrati tistim, ki jim storitve najbolj lahko koristijo. Za ta namen so pripravljene posebne evidence, tako imenovane čakalne vrste, ki so javne in omogočajo transparentno in pošteno razvrščanje pacientov glede na odločitve stroke in glede na razpoložljivost.

Tako imenovani »sistem vratarstva«, kjer osebni zdravnik opravlja funkcijo vratarja ob vstopu v zdravstveni sistem, zagotavlja enakopravno obravnavo pacientov in uveljavljanje pravic do zdravstvene obravnave pod enakimi pogoji. Na ta način naj bi bili pacienti po enakih kriterijih obravnavani pri osebem zdravniku in v primeru upravičenosti napoteni naprej v sistem na dodatne obravnave, diagnostiko in zdravljenje.

1.2 Ravni zdravstvenega sistema v Republiki Sloveniji

Zdravstveni sistem v Republiki Sloveniji je organiziran na več ravneh. Tak način organizacije skuša optimizirati dostop prebivalstva do potrebnih zdravstvenih storitev. Velik poudarek se namenja promociji zdravja. Vpeljanih je več programov, ki aktivno spodbujajo skrb za zdravje in preventivo. Raziskave kažejo, da tovrstne aktivnosti v veliki meri pripomorejo k boljšemu splošnemu zdravstvenemu stanju prebivalstva. Pri tovrstnih aktivnostih sta pomembni trajnost in usmerjenost v prihodnost. Pomembno vlogo pri promociji in skrbi za zdravje v družbi ima skrb za varnost in zdravje na delovnem mestu, ki je urejena z Zakonom o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD-1, Uradni list RS št. 43/11). Delovne organizacije in zaposlovalci so dolžni upoštevati predpise in smernice ter na delovnem mestu zagotavljati takšne pogoje, ki v največji meri varujejo zdravje zaposlenih.

Zdravstvena dejavnost se v Sloveniji opravlja na primarni, sekundarni in terciarni ravni. Zdravstvena dejavnost na primarni ravni obsega osnovno zdravstveno dejavnost in lekarniško dejavnost. Sekundarna raven obsega specialistično ambulantno in bolnišnično dejavnost. Zdravstvena dejavnost na terciarni ravni pa zajema opravljanje dejavnosti klinik, kliničnih inštitutov ali kliničnih oddelkov ter drugih pooblaščenih zdravstvenih zavodov (2. člen Zakona o zdravstveni dejavnosti (ZZDej), Ur. l. RS, št. 23/05 – UPB, 15/08 – ZpacP, 23/08, 58/08 – ZZdrS-E, 77/08 – ZDZdr, 40/12 – ZUJF, 14/13, 88/16 – ZdZPZD, 64/17, 1/19 – odl. US, 73/19 in 82/20 in 152/20 – ZZUOOP).

Vsi zdravstveni sistemi so zasnovani na vrednotah, kot so: univerzalnost, zagotavljanje dostopa, enakost pri dostopu do zdravstvenih storitev in solidarnost. Kot navaja Pavlin (2020), je bilo v vseh državah članicah EU v zadnjih desetih letih zaznati povečevanje stroškov za izvajanje zdravstvenih storitev, staranje prebivalstva in posledično večanje števila bolnikov s kroničnimi boleznimi, naraščanje povpraševanja po zdravstvenih storitvah in pomanjkanje zdravstvenega osebja. Vse to so težave, s katerimi se soočajo zdravstveni sistemi v državah članicah EU. V Sporočilu Evropske komisije (v nadaljevanju EK) o učinkovitih, dostopnih in prožnih zdravstvenih sistemih (Evropska komisija, 2014) so pogloblitni ukrepi usmerjeni v:

- okrepitev učinkovitosti zdravstvenih sistemov v državah članicah EU;
- izboljšanje dostopa prebivalcev EU do zdravstvenega varstva;
- povečevanje prožnosti zdravstvenih sistemov držav članic EU.

EK je dokument pripravila kot pomoč nacionalnim zdravstvenim sistemom pri spopadanju z izzivi in posledicami finančne in gospodarske krize ter naraščajočim povpraševanjem po zdravstvenih storitvah.

Slika 1: Piramida ravni zdravstvenega sistema



Vir: Toth (2003, str. 140).

Slika 1 prikazuje zgradbo zdravstvenega sistema v obliki piramide, kot jo predstavlja Toth (2003). Temelje piramide, ki predstavlja ravni v zdravstvenem sistemu, predstavlja promocija zdravja in aktivnosti za krepitev zdravja ter zdrav življenjski slog. Z aktivnostmi, usmerjenimi v ta del delovanja sistema, se preprečuje oziroma zmanjšuje pritisk in povpraševanje po storitvah na vseh treh ravneh zdravstvenega sistema, saj tovrstne aktivnosti izboljšujejo splošno zdravstveno stanje prebivalstva.

Učinkovita primarna raven zagotavlja enostaven dostop bolnikov do zdravstvenih storitev in hkrati uspešno odpravlja zdravstvene težave, zaradi katerih so pacienti vstopili v zdravstveni sistem. Cilj primarne ravni je v kar največji možni meri zadovoljiti potrebe bolnikov. Primarna raven hkrati predstavlja tudi vstopno točko za paciente, ki potrebujejo obravnavo na višjih ravneh zdravstvenega sistema.

Na višjih ravneh, torej na sekundarni in terciarni ravni, naj bi se zdravil le manjši delež pacientov, ki potrebujejo zahtevnejšo obravnavo. Toth (2003) prikazuje, kako so ravni nadgrajene, in poudarja, da je zahtevnejša raven nadgradnja nižje ravni. Višja raven obravnava odbrane primere, ki so že šli skozi selekcijo na primarni ravni. Obravnave na višjih ravneh so namreč tehnološko in kadrovsko zahtevnejše in zato povezane z veliko večjimi stroški. Na najvišji, terciarni ravni so po njegovem mnenju pacientom zagotovljene najzahtevnejše zdravstvene storitve, ki jih lahko opravljajo najbolj izkušeni zdravniki in zdravstveni delavci ter pri tem uporabljajo najzahtevnejšo tehnologijo. Te storitve potrebuje najmanjše število ljudi.

Za uspešno delovanje zdravstvenega sistema morajo biti ravni med seboj funkcionalno povezane in soodvisne. Pretok podatkov in bolnikov mora biti zagotovljen od vstopa v sistem proti višjim ravnam in obratno. V primeru, da se zmanjša obseg primarne ravni, se temu primerno poveča pritisk na višje ravni, kar negativno vpliva na stroške delovanja sistema.

1.3 Delitev zdravstvenega sistema na tržno in javno dejavnost

V okviru zdravstvenega sistema ločimo javni in zasebni del. Pri tem je javni del organiziran z javnimi sredstvi in namenjen zagotavljanju zdravstvenih storitev najširši populaciji ter ne predvideva doseganja dobičkov. V primeru presežkov, ki nastanejo iz delovanja organizacije, se ti namenijo povečevanju kapacitet in pokrivanju potreb drugje v javni zdravstveni mreži. Zakon o zavodih (ZZ, Ur. l. RS, št. 12/91, 8/96, 36/00 – ZPDZC in 127/06 – ZJZP) določa, da smejo javni zavodi presežek prihodkov nad odhodki porabiti le za opravljanje in razvoj dejavnosti, za katero je bil posamezen zdravstveni zavod ustanovljen. V 48. členu ZZ izrecno prepoveduje deljenje ustvarjenega dobička.

Javni del zdravstvene mreže je, kot navaja Tajnikar (2020), opredeljen z virom financiranja. Ker gre za kolektivno financiranje, lahko od izvajalcev upravičeno pričakujemo neprofitno poslovanje z doseganjem količinskih ciljev. Na takšen način lahko v javni zdravstveni mreži sodelujejo tako javni zdravstveni zavodi kot zasebni izvajalci. Problem se pojavi, ker zasebniki lahko vedno izstopijo iz mreže zaradi neugodnih pogojev. Država mora zato za zagotavljanje stabilnosti mreže ustanoviti dovolj državnih izvajalcev. Obseg te mreže je določen s kolektivno zbranimi sredstvi, s tem pa je določen tudi dostop prebivalstva do zdravstvenih dobrin.

Kljub temu da dejavnost javnih zdravstvenih zavodov ni namenjena pridobivanju dobičkov, ampak izključno izvajanju dejavnosti, za katere so bili ustanovljeni, morajo javni zavodi vseeno poslovati vzdržno. Javni zdravstveni zavodi, ki imajo sklenjen letni dogovor z ZZZS, morajo po 49. členu Dogovora poročati v skladu z navodili Ministrstva za zdravje. Po navodilih morajo spremljati in objavljati kazalnike poslovne učinkovitosti (ZZZS, 2019, str. 43).

Zasebni del zdravstvenega sistema deluje vzporedno, njegov cilj je predvsem pridobivanje dobička. Ponudnikom omogoča, da svoje storitve ponujajo prosto na tržišču. Država le v najmanjši možni meri regulira poslovanje, tako da se cene oblikujejo prosto, glede na ponudbo in povpraševanje. Pacientom je s tem omogočeno, da v okviru svojih zmožnosti dostopajo do zdravstvenih storitev hitreje in v večjem obsegu. S tem zasebni del zdravstvenega sistema pozitivno vpliva tudi na javni del, saj zmanjšuje povpraševanje oziroma zagotavlja uresničitev vsaj dela potreb po zdravstvenih storitvah ter tako zmanjšuje pritisk na čakalne vrste.

Javni zavodi so ustanovljeni s strani države, občine ali mesta za namen opravljanja javne službe na različnih področjih. Njihova dejavnost je opredeljena v aktu o ustanovitvi. Zdravstveni javni zavodi so del zdravstvene mreže, katere namen je, da čim večjemu številu državljanov zagotavlja zdravstvene storitve, ne glede na ekonomski status. V zdravstveni mreži so tudi zasebni izvajalci, ki ponujajo iste storitve, vendar njihov poglavitni namen ni zagotavljanje javnih dobrin, ampak doseganje profita. Rečemo lahko, da javno zdravstvo od tržnega zdravstva ločuje vidik solidarnosti.

Po Zakonu o javnih financah (ZJF, Ur. l. RS, št. 11/11 – UPB, 14/13 – popr., 101/13, 55/15 – ZFisP, 96/15 – ZIPRS1617 in 13/18) javni sektor sestavljajo: neposredni uporabniki proračunov (državni in občinski organi in organizacije ter občinska uprava), posredni uporabniki proračunov (javni skladi, javni zavodi, agencije, ki jih je ustanovila država ali občina), ZZZS in Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje (v nadaljevanju ZPIZ) – oba v obveznem delu zavarovanja, javni gospodarski zavodi, javna podjetja in druge osebe, v katerih ima država ali občina odločujoč vpliv na upravljanje.

Javni zavod lahko poleg svoje javne funkcije pod določenimi pogoji opravlja tudi profitno dejavnost, če presežkov ne izplačuje v obliki dobička, ampak jih vrača nazaj v javno dejavnost in s tem pozitivno vpliva tudi na del poslovanja zavoda iz javne dejavnosti. Predlog ureditve nam predstavi Toth (2019), ki ugotavlja, da ima večina evropskih držav z zdravstvenim sistemom, ki je primerljiv našemu, različne oblike javno-zasebnega zdravstvenega varstva in zavarovanja. Pomembno se mu zdi, da se sistema javnega in zasebnega v primerih, ko so meje in pravice zakonsko jasno določene, ne izključujeta, ampak dopolnjujeta. Ob predvideni reformi zdravstva bi bilo smiselno uporabiti izkušnje iz tujine (Toth, 2019).

Za uspešno delovanje na trgu mora javna zdravstvena organizacija aktivno delovati na tržišču. Tudi v tem primeru imajo organizacije največkrat konkurenco, predstaviti se morajo uporabnikom kot zanesljiv, strokoven in cenovno dostopen izvajalec. Ustvariti si morajo »dobro ime«, kar jim omogoča pridobivanje novih uporabnikov in izvedbo obstoječega obsega.

Zdravstvene dobrine imajo namreč nekatere specifične lastnosti v primerjavi z ostalimi vrstami blaga. Zdravje je značilnost posameznika in če posameznik investira v svoje zdravje, obstaja večja verjetnost, da ga bo dalj časa ohranil. Ena izmed študij, ki se s tem ukvarjajo, je študija »Tvegana vedenja, povezana z zdravjem, in nekatere zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije« (Zaletel Kragelj, Fras & Maučec Zakotnik, 2004). Študija proučuje dejavnike tveganja in njihov vpliv na kakovost in trajanje življenja ter dokazuje, kako stresno vedenje, kajenje, čezmerno uživanje alkohola, nezdravo prehranjevanje in nezadostna telesna dejavnost negativno vplivajo na zdravje prebivalcev.

Ekonomski strošek tveganega vedenja z vidika zdravstvene blagajne moramo gledati širše. Kot navaja Valentinčič (2019), delimo stroške, povezane z uživanjem alkohola, na štiri

skupine: neposredni zdravstveni stroški, stroški pravnega okvira, drugi neposredni stroški in drugi posredni stroški. Po ocenah Ministrstva za zdravje naj bi ta strošek v Sloveniji predstavljal okoli 0,3 % BDP. V to oceno še niso zajeti stroški dolgoročnih učinkov, saj je po mnenju avtorja ravno izguba produktivnosti največja komponenta ekonomskega stroška zaradi posledic uživanja alkohola in drugega načina tveganega vedenja. Celoten družbeni strošek uživanja alkohola je v razvitih državah ocenjen na okoli 2,5 % BDP, kar za leto 2019 v Sloveniji predstavlja okoli 1,2 milijarde evrov.

Po zdravstvenih storitvah povprašujejo bolniki, ko zbolijo, takrat tudi pričakujejo čimprejšnjo obravnavo oziroma storitev. Zaradi svojega stanja največkrat nimajo pogojev za racionalno odločanje. Izida zdravljenja in obsega storitev, ki jih bo pacient potreboval, pogosto ni mogoče vnaprej predvideti. Vse te posebnosti vplivajo na odločanje posameznika, ki se v teh izjemnih okoliščinah odloča o uveljavljanju svojih pravic in išče rešitve za svoje zdravje. Zagotovo ima vpliv na odločitev pacienta o vstopu v trženjski del zdravstvenega sistema tudi njegov ekonomski status, vendar ne tako velikega, kot bi si mislili.

Zanimive ugotovitve o tej temi najdemo v članku »Healthcare benefits: luxury or necessity goods? EU countries case revisited« avtorjev Ucieklak-Jež, Bem, Predkiewicz in Siedlecki (2017), ki pridejo do zaključka, da na elastičnost povpraševanja v zdravstvu vpliva tako ekonomski status države kot zdravstveni sistem, ki je uveden v državi. Njihove ugotovitve kažejo, da se v bogatejših državah z rastjo bruto domačega proizvoda (v nadaljevanju BDP) za 1 % povpraševanje po zdravstvenih storitvah poveča za 1,11 %, medtem ko je v revnejših državah ta odstotek precej nižji, le okoli 0,87 %. Prav tako so zaznali razliko v elastičnosti povpraševanja po zdravstvenih storitvah med državami z Beverigdeovim modelom (elastičnost 0,99 %) in državami z Bismarckovim modelom, kjer 1 % povečanja BDP povzroči 1,12 % povečanje povpraševanja po zdravstvenih storitvah.

Prvi zametki trženja v bolnišnicah, kot jih predstavlja Thomas (2005, str. 7), so se pojavili v 80. letih v Ameriki. Pred tem je imel pacient le pasivno vlogo pri odločanju o svojem zdravju. Z odločitvijo o obisku zdravnika na primarni ravni je bilo njegovo odločanje končano, vse nadaljnje odločitve so sprejeli zdravniki. Ob nastopu tržnega sistema v zdravstvu je postalo jasno, da bodo bolniki zahtevali več sodelovanja in da bodo njihove odločitve vplivale na prilive sredstev v zdravstvene ustanove. Najprej so se trženja lotevali kot načrtnega pridobivanja in zbiranja prispevkov, ki so jih zaposleni v sistem zdravstvenega varstva vplačevali s tem, da so k sodelovanju pritegnili zaposlovalce. Kasnejši razvoj je prinesel preusmeritev pozornosti od delodajalca, zdravnikov in farmacevtov na paciente, saj so prevzemali vedno večjo vlogo pri odločanju o poteku svojega zdravljenja in s tem tudi o toku sredstev v zdravstvenem sistemu.

1.4 Vloga ZZZS

1.4.1 Splošni dogovor z ZZZS

Predstavniki izvajalcev, Ministrstva za zdravje (v nadaljevanju MZ) in ZZZS se vsako leto pogajajo in dogovorijo za skupen obseg programov zdravstvenih storitev in potrebnih sredstev za plačilo programa na državni ravni.

Glede priprave in potrjevanja je v Splošnem dogovoru (ZZZS, 2019) določeno: »Podlaga za financiranje programov zdravstvenim izvajalcem je Splošni dogovor za pogodbeno leto, ki se sprejme vsako leto, praviloma v začetku koledarskega leta. Dokončno ga potrdi Vlada RS. Splošni dogovor je rezultat partnerskih pogajanj in predstavlja pravno podlago za sklepanje pogodb z javnimi zdravstvenimi zavodi in zasebniki.«

V Splošnem dogovoru za leto 2019 so ob upoštevanju globalnih ekonomskih možnosti opredeljeni skupni obseg programov zdravstvenih storitev, prednostna področja, potrebne zmogljivosti in elementi za vrednotenje storitev.

Dogovor tako vsako leto določa (ZZZS, 2019, str.1):

1. »Program, ki opredeljuje vrsto in obseg programov zdravstvenih dejavnosti iz obveznega zdravstvenega zavarovanja,
2. zmogljivosti, potrebne za izvedbo dogovorjenega programa,
3. obseg sredstev za dogovorjene programe,
4. globalno delitev finančnih sredstev po zdravstvenih dejavnostih, opredeljenih v tem Dogovoru,
5. izhodišča za oblikovanje vrednosti programa oziroma cen zdravstvenih storitev,
6. druge podlage za sklepanje pogodb med Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: Zavod) in javnimi zdravstvenimi zavodi ter drugimi pravnimi in fizičnimi osebami, ki opravljajo zdravstveno dejavnost na podlagi koncesije (v nadaljnjem besedilu: izvajalci).«

Prav tako se partnerji v 2. členu dogovorijo, da bodo za uveljavljanje pravičnosti razporejanja sredstev, enako dostopnost za vse državljane, preglednost, čim krajše čakalne dobe, kakovost in učinkovitost sistema zdravstvenega varstva upoštevali naslednje usmeritve (ZZZS, 2019, str. 1):

1. sistem financiranja splošnih ambulant se bo nadgradil s kazalniki kakovosti;
2. pri bolnišnični obravnavi bodo izvajalci program prospektivno prenašali v dnevno obravnavo in specialistično zunajbolnišnično obravnavo ter razvijali enote dnevne obravnave. Skrajševali bodo čakalne dobe za prvi pregled in iskali možnosti za zdravljenje bolnikov na domu in čim hitrejšo odpuščanje bolnikov iz bolnišnic;
3. MZ bo pripravilo razmejitve med delom na primarni, sekundarni in terciarni ravni. Če se

bo obseg programa na posameznih ravneh spremenil, bo temu primerno sledil tudi prenos sredstev med ravni;

4. izvajalci zdravstvenih storitev so še naprej dolžni upoštevati Navodila za pripravo bolnika v osnovnem zdravstvu za operativni poseg in Navodila za obravnavo bolnika pri izbranem zdravniku ter opraviti predpisane preiskave pred napotitvijo.

1.4.2 Obseg programov

Obseg programa zdravstvenih storitev, ki jih predvideva Splošni dogovor, se načrtuje na ravni pogodb ali realizacije preteklega leta. Obstajajo tudi izjeme, kot so sanitetni prevozi bolnikov na/z dialize in individualno svetovanje za zmanjšanje pitja alkohola in nekatere druge izjeme. Pri načrtovanju programa se upoštevajo tudi dodatne usmeritve za oblikovanje programov zdravstvenih storitev po posameznih dejavnostih.

Za program akutne bolnišnične obravnave je v Sloveniji uveljavljeno plačevanje po sistemu skupin primerljivih primerov (v nadaljevanju SPP). To pomeni, da bolnike razvrščamo v skupine, za katere predvidoma porabimo primerljivo količino sredstev. Storitve se načrtuje na ravni izvajalca s skupnim številom primerov in uteži. V primeru širitve ali uvedbe novega programa SPP se uteži šifer opredeli na podlagi obstoječega šifranta. Pri tem je treba upoštevati navodila za beleženje in obračunavanje zdravstvenih storitev in izdanega materiala. Program akutne bolnišnične obravnave SPP se načrtuje prospektivno. To pomeni, da so pri načrtovanju že upoštevane prednostne potrebe prebivalcev in nastale razmere zaradi dolgih čakalnih vrst. Za programe, ki se plačujejo po realizaciji, se v pogodbi opredeli načrt primerov in uteži na podlagi priznane realizacije preteklega leta, za ostale programe pa se opredeli načrt primerov na podlagi načrta iz preteklega leta, načrt uteži pa se določi po »fiksni« uteži za obračun iz Priloge BOL-2, če velja plačilo do limitirane povprečne realizirane uteži, pa po priznani povprečni realizirani uteži preteklega leta (ZZZS, 2019).

V Splošnem dogovoru (2019) je tudi natančno predviden načrt neakutne bolnišnične obravnave, ki temelji na ravni pogodb preteklega leta, poveča ali zmanjša pa se v skladu z prerazporeditvijo programa iz končnega letnega obračuna preteklega leta.

Zavod in izvajalec se lahko v skladu s potrebami prebivalstva dogovorita za prestrukturiranje programa med dejavnostmi v okviru sredstev, izračunanih v skladu s tem dogovorom. Nov dogovor potrdi MZ. Spremembe programa ni mogoče sprejemati za pretekla obdobja, prav tako niso mogoče spremembe programov, pri katerih so bila dogovorjena dodatna sredstva z namenom krajšanja čakalnih vrst. Ob sklepanju pogodbe za novo pogodbeno leto mora izvajalec v primeru prestrukturiranja programov glede na predhodno leto Zavodu posredovati predlog prestrukturiranja. Predlog prestrukturiranja lahko poda tudi ZZZS, pri čemer upošteva Pravilnik o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah (Ur. l. RS, št. 3/18). Ti programi se nanašajo na osebe, zavarovane v skladu z evropskim pravnim redom ter bilateralnimi sporazumi o socialni varnosti, ter osebe, ki so zavarovane zunaj OZZ.

Obseg programa se lahko poveča samo v primeru, če med njegovim uresničevanjem pride do nepredvidljivih okoliščin, kot so epidemije ali elementarne nesreče, zaradi katerih se dejansko poveča obseg potrebnih opravljenih storitev. V tem primeru ZZZS poravna utemeljeni del preseganja na podlagi predloga posameznega partnerja. Najprej iz sredstev svojih rezerv, nato pa v okviru sprejetega finančnega načrta (ZZZS, 2019, str. 8).

1.4.3 Določanje vrednosti in cen programov

V Dogovoru so natančno opisana vsa pravila za določanje obsega programov in izjeme, ki so predvidene v različnih zdravstvenih dejavnostih. Zaradi preglednosti so za izračun cen potrebni podatki navedeni v več prilogah. Za določanje vrednosti programa se upoštevajo: plače, materialni stroški, amortizacija, drugi prejemki zaposlenih po kolektivnih pogodbah in druge zakonsko predpisane obveznosti izvajalcev programov.

Sredstva, ki so namenjena izplačilu plač, se izračunavajo na podlagi Zakona o sistemu plač v javnem sektorju (ZSPJS, Ur. l. RS, št. 108/09 – UPB, 13/10, 59/10, 85/10, 107/10, 35/11 – ORZSPJS49a, 27/12 – odl. US, 40/12 – ZUJF, 46/13, 25/14 – ZFU, 50/14, 95/14 – ZUPPJS15, 82/15, 23/17 – ZDOdv, 67/17 in 84/18) in drugih podzakonskih aktov ter kolektivnih pogodb.

V opredeljene programe zdravstvenih storitev so vračunana sredstva za plače, tako da se upošteva (ZZZS, 2019, str.10):

- načrtovano število delavcev posamezne dejavnosti,
- plačni razred,
- znesek osnovne plače,
- dodatek za delovno dobo,
- dodatek za delovno uspešnost,
- druge dodatke po kolektivni pogodbi.

Pri izračunu osnovne plače za bolnišnično dejavnost se upošteva vnaprej določene plačne razrede za različne skupine sodelavcev, od zdravnikov specialistov do medicinskih sester, fizioterapevtov, socialnih delavcev, kliničnih psihologov, administrativno-tehničnih sodelavcev in sanitetnih inženirjev. Pripravljene so tudi ocene za bolnišnice, kjer so profili sodelavcev in raven usposobljenosti prilagojeni zahtevam dela, kot so Psihiatrična klinika Ljubljana, bolnišnična dejavnost za invalidno mladino v SB Nova Gorica, CZBO Šentvid, Onkološki inštitut, Uri Soča in druge.

V kalkulacijah morajo biti prav tako predvideni dodatki, ki so zaposlenim izplačani na podlagi zakonov ali kolektivnih pogodb, kot na primer dodatek za dežurstvo, dodatek na delovno dobo, dodatek za dvojezičnost in ostali.

Materialni stroški, zajeti v vrednost programa, se izračunajo na ravni cen iz pogodb preteklega leta. Vključujejo tako sredstva za nezgodno zavarovanje delavcev, sredstva za investicijsko vzdrževanje, strokovno izpopolnjevanje zdravnikov in sredstva za informatizacijo. Opredeljena so tudi dodatna sredstva za laboratorijske storitve in sredstva za oskrbo kroničnih ran s sodobnimi oblogami. Sredstva se revalorizirajo z rastjo cen osnovnih življenjskih potrebščin.

Posebej se obračunavajo materialni stroški za nekatere storitve in posege, kot so presejalni brisi, meritve nuhalne svetline, testi za HIV, patohistološke in citološke preiskave in drugi. Zavod pripravi listo zdravil, ki so uvrščena na seznam A, ter predvidi izvajalce, ki ta zdravila lahko obračunavajo zavodu. Zavod ravno tako za zdravila pripravi seznam B in predpiše pogoje za njihovo financiranje, pri čemer cena ne more biti višja od cene zdravila v centralni bazi zdravil. Če zdravilo ni zabeleženo v centralni bazi zdravil, pa cena ne more biti višja od nabavne cene zdravila, kar izvajalec dokazuje s knjigovodskimi listinami.

Ločeno zaračunljivi materiali in storitve se načrtujejo količinsko in vrednostno po posameznih dejavnostih oziroma podvrstah zdravstvenih dejavnosti. Izjema so zdravila s seznamov A in B, ki se ne načrtujejo podrobno na ravni posameznega izvajalca. Ločeno zaračunljive materiale in storitve Zavod plačuje po dejanski realizaciji, razen za materiale in storitve, za katere je s tem Dogovorom opredeljeno drugače (ZZZS, 2019).

Prav tako so v ceno programov vključeni amortizacija osnovnih sredstev, sredstva za regres, jubilejne nagrade in ostale predvidljive postavke.

Po opredelitvi vrednosti programa posameznega izvajalca, ki vključuje tudi morebitne ločeno zaračunljive materiale in storitve, se na podlagi določil Dogovora izračunajo cene zdravstvenih storitev. Cene se izračunajo tako, da se od ugotovljene vrednosti programa odšteje predvideni znesek za ločeno zaračunljive materiale in storitve. Preostala sredstva se nato delijo s številom načrtovanih storitev dejavnosti in tako izračuna njihova cena, ki se zaokroži na dve decimalni mesti.

Okvirna vrednost celotnega dogovorjenega programa (OZZ in doplačila) za leto 2019 v 24. členu znaša 2.260.216.307 EUR. Za leto 2019 so zaradi boljšega vrednotenja vključena tudi dodatna načrtovana sredstva. Upoštevajo se dvigi cen nekaterih storitev, materialnih stroškov in povečanje nekaterih potreb v skupni vrednosti 111.407.656 EUR. Prav tako je v letu 2019 zaradi širitve nekaterih programov in uvajanja novih terapij predvideno povišanje sredstev v višini 132.971.675 EUR (ZZZS, 2019).

Splošni dogovor za leto 2019 torej vsebuje tudi širitve in boljše vrednotenje programov, ki so jih partnerji dogovorili z aneksoma št. 1 in št. 2 k Splošnemu dogovoru za leto 2018. Za natančnejše določanje in spremljanje zdravstvenih storitev in njihovo vrednotenje je MZ na svoji spletni strani objavilo kazalnike kakovosti in navodila za spremljanje teh kazalnikov. S tem želijo prispevati k pravičnemu vrednotenju storitev, kar je tudi pogoj za uravnoteženo poslovanje bolnišnic v Sloveniji.

1.4.4 Oblikovanje programov po območjih in izvajalcih

V Splošnem dogovoru je natančno opisano ugotavljanje preskrbljenosti s programom za različne dejavnosti, za katere so se partnerji dogovorili. Zmanjšanje preskrbljenosti za posamezno območje se bo najprej izvedlo v javnih in drugih zavodih s koncesijo, ki imajo zaposleno manjše število nosilcev timov, kot jim jih po pogodbi plača Zavod, preostanek pa pri ostalih izvajalcih sorazmerno z obsegom programa, ki je bil dogovorjen z ZZZS. Medtem ko se bo povečanje preskrbljenosti s programom za posamezno območje izvedlo najprej v javnih in drugih zavodih s koncesijo, ki imajo po stanju zaposleno večje število nosilcev timov, kot jim jih po pogodbi plača Zavod, preostanek pa pri ostalih izvajalcih sorazmerno z obsegom programa, dogovorjenega v pogodbi z Zavodom (ZZZS, 2019)

V Dogovoru (2019) je prav tako določeno, da bodo za ugotavljanje preskrbljenosti prebivalstva Slovenije z zdravstvenimi delavci oziroma programi za določanje gravitacije upoštevani zadnji znani podatki o številu prebivalstva, ki so hkrati zavarovane osebe, korigirani glede na število opredeljenih zavarovanih oseb, kjer je korekcija smiselna.

Pravne in fizične osebe, ki želijo opravljati zdravstveno dejavnost na podlagi koncesije, morajo Zavodu predložiti odločbo o podelitvi koncesije in pogodbo o koncesiji ter vso potrebno dokumentacijo v skladu z razpisnimi pogoji ter pričeti z delom v dogovorjenem roku. Preskrbljenost s programi in dopustna odstopanja od povprečja so natančno opredeljena v prilogah k Splošnemu dogovoru. Z njimi se opredelijo (ZZZS, 2019, str.31):

1. merila za določanje zmogljivosti za izvajanje programov,
2. merila za ugotavljanje specifičnosti pri vrednotenju programov,
3. pravice in obveznosti izvajalcev ter Zavoda pri uresničevanju sklenjenih pogodb in izvajanju programov,
4. kriterije za prerazporejanje sredstev med dejavnostmi, ki so med seboj funkcionalno soodvisne.

1.4.5 Standardi ponudbe zdravstvenih storitev

Prebivalstvu ponujene zdravstvene storitve morajo dosegati predvidene standarde. Standardi za storitve in materiale so opredeljeni v Pravilih obveznega zdravstvenega zavarovanja (Ur. l. RS, št. 30/03 in 35/03 – popr.) in drugih predpisih s področja zdravstvenega zavarovanja.

Izvajalci zdravstvenih storitev so dolžni zavarovanim osebam v skladu s pravili zagotavljati nujno medicinsko pomoč in delovati v skladu s pravili, ki jih določa Dogovor. Na vidnem mestu v čakalnici ali drugem primernem prostoru morajo ponuditi zloženke in izobesiti plakate, ki zavarovane osebe seznanjajo z njihovimi pravicami. Prav tako mora biti na vidnem mestu izobešen seznam oseb, ki so dolžne voditi pritožbene postopke pri izvajalcu v skladu z Zakonom o pacientovih pravicah (ZPacP, Ur. l. RS, št. 15/08 in 55/17). Za dosledno izvajanje in zaščito pacientov je predpisano tudi, da se morajo izvajalci storitev

polno vključiti v projekt eZdravje ter izvajati obveznosti glede njihove uporabe v skladu z Zakonom o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (Ur. l. RS 2969/2020) in Pravilnikom o pogojih, rokih, načinu vključitve in uporabe eZdravja za obvezne uporabnike (ZZZS, 2019, str. 35).

Zavarovanim osebam so izvajalci skladno z Dogovorom dolžni nuditi storitve v okviru ordinacijskega časa. Za nemoteno zagotavljanje stalne dostopnosti nujne medicinske pomoči svojim bolnikom v skladu z naravo dejavnosti je izvajalec v dejavnosti splošne oz. družinske medicine, dejavnosti otroških in šolskih dispanzerjev ter v dejavnosti zobozdravstva za odrasle in mladino dolžan ordinacijski čas za zavarovane osebe Zavoda predhodno uskladiti s koordinatorjem te dejavnosti v izpostavi.

Poleg standardnih storitev lahko izvajalci nudijo tudi nadstandardne storitve, za katere lahko zaračunavajo doplačilo, vendar morajo biti koristniki pred začetkom opravljanja nadstandardnih storitev obveščeni o višini plačila. Izvajalci so dolžni pridobiti njihovo pisno soglasje. Enako velja tudi za nudenje nadstandardnih materialov znotraj ordinacijskega delovnega časa.

Prav tako mora biti zavarovana oseba, ki koristi storitve v samoplačniški ambulanti, o tem obveščena. Podpisati mora izjavo, s katero se zaveže, da od Zavoda ne bo zahtevala povračila stroškov. Za te osebe se predpisuje zdravila na »beli« recept.

Ponudniki morajo ob ponujanju samoplačniških in nadstandardnih storitev dosledno upoštevati ZPacP ter Pravilnik o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah. Njihovo ponujanje storitev na trgu zunaj obsega, sklenjenega z Dogovorom, ne sme nikakor škodovati pacientom, ki so uvrščeni na čakalno listo za predvideno obravnavo.

Po zaključku zdravljenja so izvajalci dolžni zavarovanim osebam izstaviti informativni račun oziroma obvestilo o opravljenih in ZZZS zaračunanih storitvah. V primeru urejenega zdravstvenega zavarovanja je to informativni račun. V primeru, da oseba nima urejenega zdravstvenega zavarovanja, se ji izda samoplačniški račun. V Splošnem dogovoru (ZZZS, 2019, str. 37) je podrobneje opisan izračun informativnega računa za primer, da je obračunska enota primer, zavarovana oseba pa je bivala pri izvajalcu manj, kot znaša povprečna ležalna doba v preteklem letu pri tem izvajalcu. V tem primeru je vrednost izračunane storitve zmnožek med številom dni bivanja in količnikom med ceno primera in povprečno ležalno dobo v preteklem letu pri tem izvajalcu.

1.4.6 Sklepanje pogodb posameznih izvajalcev z ZZZS

Ko je Splošni dogovor usklajen in sprejet ter objavljen, je pripravljena podlaga za sklepanje pogodbe posameznega izvajalca z ZZZS. Izvajalec sklene pogodbo z območno enoto ZZZS. Če se pri sklepanju pogodbe pojavijo sporna vprašanja, nastopijo pogoji za uvedbo arbitraže.

Arbitraža skuša doseči dogovor med partnerji. Če arbitraža ne uspe rešiti odprtega vprašanja, o zadevi dokončno odloči Vlada Republike Slovenije.

Tako Zavod kot izvajalec lahko odstopita od sklenjene pogodbe v primeru, če nasprotna stran kljub pisnim opozorilom nadaljuje s kršitvami obveznosti iz Dogovora ali pogodbe, opravlja dejavnost v nasprotju s predpisi s področja zdravstvenega zavarovanja ali v primeru, če ne bi več mogla uresničevati prevzetih obveznosti.

Predviden je vsaj 30-dnevni odpovedni rok, do izteka odpovednega roka pa je izvajalec dolžan opravljati program v skladu s pogodbo. Obstaja tudi možnost, da je zasebnemu izvajalcu zaradi kršitev ali neizpolnjevanja pogojev odvzeto dovoljenje za opravljanje dejavnosti ali koncesija. V tem primeru pride do prenehanja pogodbe z dnem odvzema.

1.5 Vloga Javne agencije Republike Slovenije za zdravila in medicinske pripomočke

Javna agencija RS za zdravila in medicinske pripomočke je bila ustanovljena leta 2007 z združitvijo Agencije RS za zdravila in medicinske pripomočke ter Zavoda za farmacijo in za preizkušanje zdravil – Ljubljana. Iz predstavitve Javne agencija RS za zdravila in medicinske pripomočke vidimo, da za svoje poslanstvo štejejo skrb za zdravstveno dobrobit ljudi in živali. Z vključevanjem v evropsko mrežo agencij pa, kot navajajo v Letnem poročilu (AJPES, 2020a), želijo omogočiti hitrejši dostop do ključnih novosti na področju delovanja ter pridobitev in izmenjavo izkušenj, znanj in kompetenc, potrebnih za ustrezno izvajanje poslanstva. Opravljajo predvsem vlogo regulatorja in nadzornika pri uvajanju novih zdravil. Tako vodijo in skrbijo za evidenco in varnost zdravil, podeljujejo dovoljenje za uporabo in prodajo zdravil ter medicinskih pripomočkov. Izvajajo tudi nadzore nad preizkušanjem zdravil, kakovostjo ter preskrbo, nadzirajo trg in ugotavljajo kršitve. Veliko vlogo imajo pri uveljavljanju predpisov s področja dela s krvnimi pripravki, tkivi in celicami.

Poleg upoštevanja Zakona o zdravilih (ZZdr-2, Ur. l. RS, št. 17/14 in 66/19) in Zakona o medicinskih pripomočkih (ZMedPri, Ur. l. RS, št. 98/09) ter drugih pravilnikov in predpisov s tega področja mora agencija delovati tudi v skladu z direktivami in smernicami EU. Promet z zdravili in poraba zdravil v zdravstvenem varstvu namreč predstavljata velik del izdatka za zdravstvo v Sloveniji. To daje JAZMP velik vpliv na porabo javnih sredstev. Prav tako kot odločevalec vpliva tudi na zdravstveno politiko in uvajanje novih tehnologij v zdravstveni sistem. S svojo strokovnostjo, neodvisnostjo in učinkovitostjo v veliki meri prispeva k zdravstvenemu stanju prebivalcev.

Iz poročila MZ (2020, str. 3) o poslovanju zdravstvenih zavodov in JAZMP za leto 2019 je razvidno, da so odhodki za zdravila in medicinsko tehnične pripomočke v tem letu znašali 419.818.135 EUR od skupno 3.052.913.829 EUR. To je 13,75 % vseh odhodkov ZZZS v letu 2019.

1.6 Čakalne vrste

Velik problem slovenskega zdravstva predstavljajo čakalne vrste. Spreminjajoča se patologija ter naraščajoče akutne in kronične potrebe starajočega prebivalstva, na drugi strani pa težave v sistemu s pomanjkanjem kadra, zastarano opremo in podfinanciranimi programi. Vsa ta stanja se seštevajo in pripeljejo do tega, da se vrste v zdravstvenem sistemu nezadržno daljšajo. Pacientu je tako onemogočen dostop do specialistične preiskave in zdravljenja, ki ga v danem trenutku potrebuje. Obstaja sicer možnost samoplačniške obravnave, s katero se pacient izogne čakalni vrsti, vendar za pacienta ni smiselno plačevati zdravstvenih storitev, ki mu pripadajo na podlagi plačanih prispevkov v zdravstveno blagajno. Poleg tega so cene zdravstvenih storitev visoke (Zajec, 2018).

Razloge za nastanek čakalne vrste lahko po Kreindler (2010) iščemo tako na strani ponudbe kot na strani povpraševanja. Na strani ponudbe prihaja do podaljševanja čakalnih vrst zaradi neučinkovite uporabe resursov. To je zaznati predvsem pri zdravstvenih sistemih, ki so zasnovani v okviru javnega sektorja, saj je izvajanje zdravstvenih storitev v tem primeru vezano na plačani obseg programa. Izvajalci opravijo le toliko storitev, kot jih dobijo plačanih. Neizkoriščeni tako lahko ostanejo različni resursi, tako materialni kot kadrovski. Po mnenju avtorice so največji krivec za podaljševanje čakalnih dob na strani povpraševanja demografske spremembe.

Način urejanja čakalnih vrst je predpisan v ZPacP in Pravilniku o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah (Ur. l. RS št. 3/18). Z modernizacijo sistema in prehodom na elektronsko naročanje ter elektronsko vodenje čakalnih vrst se skuša stanje urediti in zagotoviti ažurne podatke ter boljše možnosti za obravnavo pridobljenih podatkov. Mesečna poročila o stanju čakalnih vrst na podlagi poročil izvajalcev pripravlja Nacionalni inštitut za varovanje zdravja (v nadaljevanju NIJZ) in so objavljena na njihovi spletni strani.

Po Pravilniku o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah je predvideno, da se naročanje izvaja elektronsko prek sistema eNaročanje, elektronske pošte ali spletne strani, prav tako pa tudi po telefonu, po pošti in osebno med ordinacijskim časom. Z raznimi oblikami naročanja se pacientom zagotavlja dostopnost in enostavnost pri naročanju.

Predvidena stopnja nujnosti, ki jo določi napotni zdravnik, je lahko:

- nujno (napotnico je treba predložiti izvajalcu zdravstvene dejavnosti najpozneje naslednji dan),
- zelo hitro (napotnico je treba predložiti v petih dneh),
- hitro (napotnico moramo predložiti v 14 dneh),
- redno (čas za predložitev napotnice je 14 dni).

Za vsako stopnjo nujnosti je predvidena tudi najdaljša čakalna doba oziroma dovoljeni čas od predložitve napotnice do zdravstvene obravnave. »Zdravstvene storitve, ki so označene s stopnjo nujnosti »nujno«, se izvedejo takoj oziroma 24 ur od predložitve napotnice in niso predmet čakalne dobe oziroma čakalnega seznama. Zdravstvene storitve, ki so označene s stopnjo nujnosti »zelo hitro«, se izvedejo v roku 14 dni od predložitve napotnice. Zdravstvene storitve, ki so označene s stopnjo nujnosti »hitro«, se izvedejo v treh mesecih od predložitve napotnice, zdravstvene storitve, ki so označene s stopnjo nujnosti »redno«, pa se izvedejo najpozneje v šestih mesecih od predložitve napotnice« (ZZZS, b.d.).

Pri pregledu čakalnih vrst se pojavita dva problema. Najprej problem nedelovanja in težave s sistemom, ki se še vedno uvaja in v katerega se še vedno na novo vključujejo izvajalci. Te težave lahko opišemo kot porodne težave vsake nove informacijske rešitve. Podatkov torej ne moremo kar enostavno povzeti, ampak je treba preveriti in pretehtati ter podatkom slediti v daljšem časovnem obdobju in spremljati odstopanja. Poleg tega je seznam storitev še vedno v oblikovanju. Vsaka taka sprememba vpliva na celoten seznam čakajočih. Drugi problem, ki nas v tem primeru bolj zanima, pa so dejanske čakalne vrste, ki so posledica nemoči zdravstvenega sistema, da v predpisanem času opravi potrebne in naročene zdravstvene storitve ter zadosti povpraševanju. (Ballini in ostali 2006)

Te so evidentirane in spremljane z namenom, da bi se skrajšale. Kljub temu vemo, da se čakalne vrste (kljub leta 2017 dodatno dodeljenim sredstvom) v letu 2019 glede na leto prej daljšajo. Državni zbor je leta 2019 sprejel Resolucijo o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 (ReNPZV16-25, Ur. l. RS, št. 25/16), imenovano »Skupaj za družbo zdravja«, v kateri je začrtana strategija razvoja in upravljanja zdravstvenega varstva v RS ter pripravljena podlaga za sprejetje ustreznih zakonov s tega področja. Na podlagi tega dokumenta so izvajalci zdravstvenih storitev pričeli s prečiščevanjem čakalnih seznamov. Izkazalo se je, da je veliko pacientov izstopilo iz čakalnih vrst zaradi različnih razlogov. Nekateri so storitev že opravili drugje, nekaterim so se potrebe spremenile, nekateri pa so celo umrli. Tako prečiščeni sezname dajejo veliko boljšo sliko stanja na tem področju.

2 SLOVENSKE BOLNIŠNICE

2.1 Predstavitev slovenskih bolnišnic

V tem kratkem orisu predstavljam bolnišnice, ki bodo v nadaljevanju predmet analize. Prikazati želim raznolikost slovenskih bolnišnic tako po velikosti kot po funkciji in nastanku. V Sloveniji imamo dva univerzitetna klinična centra, 10 splošnih bolnišnic, 6 specializiranih bolnišnic, 5 psihiatričnih bolnišnic in 2 porodnišnici, ki vse v veliki meri financira ZZZS na podlagi Splošnega dogovora. Ustanovile oziroma formirale so se skozi zgodovino glede na potrebe prebivalstva ter glede na kadrovske in družbene možnosti. Njihova lokacija zagotavlja dokaj dobro pokritost države in dostopnost za bolnike. Obstajajo razlike med

prebivalci obrobni in težko dostopnih regij ter prebivalci prestolnice, vendar lahko dostop glede na geografsko oblikovanost naše države ocenimo kot primeren.

Zakon o zdravstveni dejavnosti (v nadaljevanju ZZdej) v svojem 15. členu določa, da se v bolnišnicah izvaja zdravstveno dejavnost na sekundarni in terciarni ravni. »Specialistična bolnišnična dejavnost na sekundarnem nivoju obsega poglobljeno diagnostiko, zdravljenje in medicinsko rehabilitacijo, zdravstveno nego, nastanitev in prehrano v splošnih in specialnih bolnišnicah. Dejavnost iz prejšnjega odstavka opravlja bolnišnica, ki mora imeti v svoji sestavi poleg posteljnih zmogljivosti enote za: specialistično ambulantno zdravljenje, nujno medicinsko pomoč, anesteziološko dejavnost z reanimacijo, laboratorijsko, rentgensko in drugo diagnostiko v skladu s svojo strokovno usmeritvijo in preskrbo z zdravili« (ZZdej, 15. člen).

V istem členu zakona je predvideno tudi, da mora imeti bolnišnica zagotovljeno: reševalno službo, ambulantno medicinsko rehabilitacijo, preskrbo s krvjo in krvnimi pripravki, če to zahteva narava njenega dela (oddelek za transfuzijo krvi), in patoanatomska dejavnost ter da bolnišnica lahko opravlja tudi dispanzersko dejavnost s področja pulmologije, nevropsihiatrije, dermatovenerologije in ginekologije, če te dejavnosti niso organizirane v osnovni zdravstveni dejavnosti.

Glede na namen bolnišnice delimo na splošne bolnišnice, kjer je organizirano zdravljenje več vrst bolezni, in specializirane bolnišnice. Splošna bolnišnica mora imeti specialistično ambulantno dejavnost in posteljne zmogljivosti najmanj za področje interne medicine, kirurgije, pediatrije in ginekologije ali porodniške dejavnosti. Specializirane bolnišnice so tiste, kjer je omogočeno zdravljenje določene bolezni oziroma določene skupine prebivalcev. Tudi ta mora izpolnjevati vse pogoje za bolnišnico, le da ima posteljne, diagnostične in druge zmogljivosti prilagojene svojemu namenu.

Dejavnost klinik, kliničnih inštitutov ali kliničnih oddelkov na terciarni ravni je predpisana v 17. členu ZZdej. »Obsega znanstvenoraziskovalno in vzgojno-izobraževalno delo za medicinsko fakulteto in druge visoke in višje šole ter opravljanje najzahtevnejših zdravstvenih storitev na ambulantni ali bolnišnični način, ki jih zaradi strokovne, kadrovske, tehnološke in organizacijske zahtevnosti ni možno niti ni smotrno opravljati na nižjih ravneh« (ZZdej, 17. člen).

Zdravstvene storitve oziroma programe, ki se opravljajo na terciarni ravni, določi ministrstvo, pristojno za zdravje.

Daleč največja bolnišnica v državi je Univerzitetni klinični center Ljubljana (v nadaljevanju UKC Ljubljana), ki se s preko 8.000 zaposlenimi in preko 2.000 bolniškimi posteljami uvršča med največje bolnišnice tudi v srednji Evropi. Kot lahko preberemo na njihovi spletni strani, je UKC Ljubljana namenjen zdravljenju pacientov z območja ljubljanske zdravstvene regije, sprejema pa tudi paciente iz drugih regij, če nimajo možnosti ustreznega zdravljenja

v svoji regiji ali potrebujejo zahtevnejše metode obravnave in so napoteni iz drugih bolnišnic (UKC Ljubljana, 2020).

S 556.353.865 EUR prihodka v letu 2019 je tudi kar se tiče poslovanja in izrabe javnih sredstev na prvem mestu. Poslovanje velike in raznolike ustanove predstavlja velik izziv vodstvu in državi kot ustanovitelju, saj lahko manjše odločitve povzročijo velike spremembe tako v pozitivnem kot tudi negativnem smislu.

Poleg zdravstvene dejavnosti v UKC Ljubljana izvajajo tudi izobraževalno dejavnost, saj sodelujejo z vsemi pomembnejšimi izobraževalnimi ustanovami na področju zdravstva, izvajajo različne vrste dodatnih izobraževanj, sodelujejo kot člani komisij za strokovne izpite in hkrati skrbijo tudi za neprekinjeno izobraževanje znotraj inštitucije. Njihova raziskovalna dejavnost zajema izvajanje raziskav za nacionalne programe, za domače in tuje naročnike. Usposablja mentorje in mlade raziskovalce ter organizirajo znanstveno-raziskovalna srečanja. Za podporo vsem tem dejavnostim skrbijo dejavnosti skupnega pomena, kamor vključujejo laboratorijske storitve, reševalne prevoze, nemedicinsko oskrbo, upravno-administrativne storitve, tehnične storitve in ostale storitve (UKC Ljubljana, 2020).

Druga pomembna bolnišnica v Sloveniji je Univerzitetni klinični center Maribor (v nadaljevanju UKC Maribor) z 234.682.431 EUR prihodka v letu 2019. Je nekoliko manjši od ljubljanskega, z okoli 3.000 zaposlenimi in okoli 1.300 bolniškimi posteljami, ter pokriva področje vzhodne Slovenije. Za prebivalce Maribora z okolico ter ostalo severovzhodno Slovenijo in širše izvajajo celovito specialistično ambulantno oskrbo, tako dejavnost na sekundarni kot na terciarni ravni. Prizadevajo si za doseganje najvišjih strokovnih standardov in so hkrati tudi učna ustanova za širšo okolico. Sodelujejo z Medicinsko fakulteto v Mariboru in ostalimi šolami zdravstvene dejavnosti. Prizadevajo si slediti najnovejšim smernicam v modernem zdravstvu, zato redno organizirajo delavnice, srečanja in simpozije z različnih področij. Kot navajajo na svoji spletni strani, so z izgradnjo oddelka za onkologijo še korak bliže viziji zagotoviti multidisciplinarno in celostno obravnavo onkoloških bolnikov (UKC Maribor, 2020).

Splošne bolnišnice v Sloveniji so dokaj enakomerno geografsko razporejene po Sloveniji in vsaka za svojo regijo zagotavlja zdravstveno oskrbo prebivalstva. Izvajajo specialistično zunajbolnišnično in bolnišnično zdravstveno dejavnost na sekundarni ravni. Sem sodijo svetovanje, diagnostika, zdravljenje, bolnišnična oskrba, operativni posegi itd. Poleg tega hkrati v skrbi za zdravje prebivalstva izvajajo tudi programe, ki jih opravljajo drugi zdravstveni poklici. To so babice, patronažne sestre, delovni terapevti, tkivne banke, logopedi, dietetiki itd. S tem kar v največji možni meri prispevajo k zdravju in dobremu počutju lokalnega prebivalstva.

Največja med njimi je Splošna bolnišnica Celje s 117.751.826 EUR prihodka v letu 2019, sem pa sodijo še Splošna bolnišnica Brežice (18.946.660 EUR prihodka v 2019), Splošna bolnišnica Izola (56.830.609 EUR prihodka v 2019), Splošna bolnišnica Jesenice

(40.613.356 EUR prihodka v letu 2019), Splošna bolnišnica Murska Sobota (58.783.922 EUR prihodka v 2019), Splošna bolnišnica Novo mesto (69.645.509 EUR prihodka v 2019), Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj (29.996.260 EUR prihodka v 2019), Splošna bolnišnica Slovenj Gradec (48.957.423 EUR prihodka v 2019), Splošna bolnišnica Trbovlje (19.905.915 EUR prihodka v 2019) in Splošna bolnišnica dr. Franca Derganca, Šempeter pri Novi Gorici s 54.322.311 EUR prihodka v letu 2019.

Poleg splošnih bolnišnic, ki so namenjene širši paleti različnih zdravstvenih storitev, imamo v Sloveniji tudi 6 specializiranih bolnišnic. To so bolnišnice, ki so specializirane za točno določeno vrsto zdravljenja oziroma bolezni ter se osredotočajo in usmerjajo v razvoj svoje specifične stroke. Največja med njimi je Onkološki inštitut Ljubljana, kjer je v okviru zdravstvene dejavnosti na področju zdravljenja in preprečevanja raka združenih sedem področij: diagnostična dejavnost, sektor operativnih strok, sektor radioterapije, sektor internistične onkologije, dejavnost medicinske rehabilitacije, dejavnost zdravstvene nege in oskrbe ter lekarna. Zdravljenje poteka tako ambulantno kot bolnišnično, pri tem sodobna obravnava predvideva ambulantno izvedbo diagnostike in prehod zdravljenja z večdnevne obravnave na enodnevne hospitalizacije in ambulantno. Inštitut tudi upravlja z registrom raka za Slovenijo ter vodi presejalna programa za odkrivanje rakavih sprememb Dora in Zora. (Onkološki inštitut, b. d.). Je vodila ustanova v Sloveniji za zdravljenje rakavih bolezni s 128.175.512 EUR prihodkov v letu 2019.

Za zdravljenje bolezni pljuč in alergije je specializirana Univerzitetna klinika Golnik z 32.224.251 EUR prihodka v letu 2019. Klinika zaradi svoje lokacije v naravnem okolju z blagodejno klimo in svežim zrakom izkorišča naravno danost in razvija visoko strokovno obravnavo pljučnih bolnikov in bolnikov s težavami z alergijami. Za zdravljenje pljučnih bolnikov in ostalo internistično zdravljenje se je specializirala tudi Bolnišnica Topolšica.

Ortopedska bolnišnica Valdoltra je specializirana bolnišnica, ki izvaja ambulantno ortopedsko in nevrofiziološko obravnavo. Operativno opravlja vse vrste endoprotetike sklepov, operacije hrbtenice, artroskopske operacije, operacije stopal in odstranitve osteosintetskega materiala. Na neoperativni ravni je Ortopedska bolnišnica Valdoltra razvila močno fizioterapevtsko enoto za podporo zdravljenju, pa tudi preprečevanje bolečin in vse vrste slikovne diagnostike. Njeni prihodki v letu 2019 so znašali 27.881.456 EUR.

Center za zdravljenje bolezni otrok v Šentvidu pri Stični (v nadaljevanju CZBO Šentvid) je bolnišnica, kjer se opravlja dejavnost rehabilitacije kronično bolnih otrok v starosti od 0 do 19 let za vsa bolezenska stanja. Poleg zdravljenja bolezni je njihov cilj tudi priprava otroka na življenje s kronično boleznijo in vključevanje kronično bolnih otrok v družbo. Trudijo se, da je bolnikom kljub daljšim hospitalizacijam zagotovljeno vsaj osnovnošolsko šolanje. Pri tem poleg zdravnikov in medicinskih sester sodelujejo tudi drugi poklici v zdravstvu: fizioterapevti, delovni terapevti, dietetiki, psihologi itd. Prihodki CZBO Šentvid so v letu 2019 znašali 2.649.809 EUR.

Univerzitetni rehabilitacijski center – Soča (v nadaljevanju URI Soča) je največja rehabilitacijska ustanova v državi, ki s svojo strokovnostjo konkurira najboljšim tovrstnim svetovnim ustanovam in z 29.052.586 EUR prihodka namenja velika sredstva za zdravljenje pacientov. Njeno poslanstvo je rehabilitacija bolnikov po poškodbah, po amputacijah, namestitvah protez, živčnih okvarah, revmatoloških obolenjih, pacientov z okvaro možganov in multiplo sklerozo, po možganski kapi, pacientov z okvaro hrbtenjače in pomoč tovrstnim bolnikom, da se v največji možni meri usposobijo za samostojno življenje in se poklicno rehabilitirajo. Kot zdravstvena ustanova terciarne ravni izvajajo znanstveno-raziskovalno dejavnost na področju rehabilitacije in izobražujejo tako svoje zaposlene kot ostale medicinske in zdravstvene poklice.

Zadnja in tudi najmanjša specialistična bolnišnica je Bolnišnica Sežana z 8.594.287 EUR prihodka v letu 2019, ki je specializirana za podaljšano bolnišnico oskrbo, zdravljenje pljučnih bolnikov in geriatrično zdravljenje ter dializo. Zaradi staranja prebivalstva in vedno večjih potreb po skrbi za onemogle in ostarele je bolnišnica razvila svoj program, ki omogoča podaljšano bolnišnično bivanje, in se izpopolnila v skrbi za onemogle.

Največja psihiatrična bolnišnica v Sloveniji je Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana (v nadaljevanju UPK Ljubljana). Iz njene predstavitve na spletni strani ugotovimo, da njeni začetki segajo že v daljno leto 1786, ko sta bila z dekretom cesarja Jožefa II. ustanovljena prva dva oddelka za duševne bolnike na lokaciji Ajdovščina v Ljubljani. S selitvami, širjenjem in dozidavami se je do leta 2001 na lokaciji Studenec v Ljubljani razvila psihiatrična klinika, ki sledi modernim prijemom zdravljenja duševnih bolezni, zdravljenja odvisnosti od drog ter starostnih psihiatričnih motenj. Klinika tako poleg bolnišničnega in specialističnega ambulantnega zdravljenja po pridobitvi soglasja MZ in ZZSZ zagotavlja tudi preventivno zdravstveno varstvo rizičnih skupin v okviru službe za prewencijo samomora ter zdravstveno vzgojo in svetovanje v okviru službe »Telefonski klic v duševni stiski« na primarni ravni (UPK Ljubljana, b. d.). Za svojo dejavnost je v letu 2019 razpolagala z 30.067.747 EUR prihodka.

Za območje gorenjske regije je bila ustanovljena Psihiatrična bolnišnica Begunje. S 115 posteljami pokriva potrebe za svojo regijo in v veliki meri tudi potrebe po ambulantnih storitvah in storitvah preventive. Z dobrimi prometnimi povezavami nudijo interdisciplinarno oskrbo svojim pacientom. So tudi učna ustanova za izvajanje praktičnega pouka dijakov srednjih zdravstvenih šol in študentov visokošolskih zavodov.

Psihiatrična bolnišnica Idrija (v nadaljevanju PB Idrija) je glavni nosilec strokovnega in organizacijskega razvoja psihiatrične stroke na področju severne in južne Primorske ter Notranjske. Bolnišnica izvaja svoje dejavnosti na območju s preko 308.000 prebivalci. Poleg sodobnih in uveljavljenih načinov zdravljenja na področju splošne psihiatrije, gerontopsihiatrije, zdravljenja odvisnosti od alkohola in drugih bolezni odvisnosti, psihoterapije in podaljšanega zdravljenja PB Idrija svojim pacientom nudi celovito psihiatrično zdravstveno oskrbo, socialno in psihološko pomoč ter delovno rehabilitacijo. V

okviru dežurne službe zagotavljajo 24-urno neprekinjeno psihiatrično pomoč. Psihiatrična bolnišnica Idrija ima organizirane tudi ambulate v Idriji, Spodnji Idriji, Logatcu, Postojni, Izoli in Kopru, kjer pacientom nudijo specialistično psihiatrično in psihološko obravnavo bližje domu (Psihiatrična klinika Idrija, b. d.). Prihodki PB Idrija v letu 2019 so znašali 9.150.371 EUR.

Prav tako sta tudi Psihiatrična bolnišnica Vojnik in Psihiatrična bolnišnica Ormož v prvi vrsti namenjeni oskrbi lokalnih pacientov. Tako z bolnišnično obravnavo kot z enodnevno bolnišnico in ambulantnimi storitvami skrbita za duševno zdravje prebivalstva. Predvsem se zavedata pomena preventive in pravočasnega odkrivanja težav pri pacientih in temu primerne pravočasne ukrepanja. Njuni prihodki za leto 2019 so se gibali okoli 7 milijonov evrov.

Posebna skrb v zdravstvenem varstvu je v primeru Bolnišnice za ženske bolezni in porodništvo Postojna namenjena zdravju žensk, zdravju novorojenčkov, zdravljenju bolezni rodil in v zadnjem času vedno večjim potrebam po pomoči pri zanositvi. Poleg Ginekološke klinike v UKC Ljubljana in Mariboru je to tretji center za postopke oploditve z biomedicinsko pomočjo (OBMP) v Sloveniji. Bolnišnica Postojna nudi storitve porodnicam iz Notranjske, Primorske in okolice, kot alternativa pa je priljubljena tudi med porodnicami iz ostalih delov Slovenije. Po prihodkih se uvršča med manjše bolnišnice v Sloveniji, za leto 2019 so znašali 7.176.712 EUR.

Področje Gorenjske na področju ginekologije in porodništva s svojimi storitvami pokriva Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj. Nudijo tako ginekološko in porodniško dejavnost na sekundarni ravni kot tudi zdravstveno varstvo žensk na primarni ravni. Največ pozornosti namenjajo zdravju porodnic in novorojenčkov. S 7.424.968 EUR prihodkov so približno na isti ravni kot Bolnišnica Postojna.

2.2 Zasebne bolnišnice v Sloveniji

Mreža javne zdravstvene službe si prizadeva zagotoviti ustrezno razporeditev izvajalcev javne službe na primarni, sekundarni in terciarni ravni na celotnem območju države. Prebivalcem Republike Slovenije je z mrežo zagotovljena stalno dostopna nujna medicinska pomoč. Na primarni ravni so dolžne oskrbo zagotavljati občine, na sekundarni in terciarni pa Republika Slovenija (Vlada RS, 2020). Kljub razširjeni mreži bolnišnic v Sloveniji so nekateri izvajalci zaznali potrebo in možnost za razvoj zasebnih zdravstvenih centrov, sanatorijev in bolnišnic, ki prav tako zagotavljajo storitve sekundarne zdravstvene ravni. Večina jih je pričela z delom kot ponudnik samoplačniških specialističnih storitev, hkrati pa so pridobili tudi koncesijo za opravljanje teh storitev. Zasebne bolnišnice tako delujejo kot ponudnik samoplačniških storitev, vključujejo pa se tudi v javno zdravstveno mrežo. Zasebni izvajalci zdravstvenih storitev na sekundarni ravni konkurirajo bolnišnicam, hkrati pa se skupaj z njimi povezujejo v okviru združenj in zbornic. V nadaljevanju predstavljam nekatere.

Kirurški sanatorij Rožna dolina (v nadaljevanju KSRD) je prva izmed zasebnih bolnišnic v slovenskem zdravstvenem prostoru. Januarja 1998 je pričela z delovanjem na področju kirurgije in se v letih 1999 in 2000 vključila v sistem javnega zdravstva s pridobitvijo koncesije na področju žilne kirurgije, abdominalne kirurgije s proktologijo, oftalmologije, kirurgije roke, plastične kirurgije in ultrazvočne diagnostike. Po zadnjih podatkih (Kirurški sanatorij Rožna dolina, 2020) je v KSRD zaposlenih 71 delavcev, imajo pa 24 bolniških postelj. Ustanovljeni so bili kot bolnišnica za samoplačniško dejavnost, vendar trenutno obravnavajo večino pacientov na koncesijo. Trudijo se, da tako enim kot drugim zagotavljajo visok standard storitev in hkrati individualno obravnavo. Prihodki od prodaje za leto 2019 znašajo 6.699.245 EUR, poslovni izid podjetja za preteklo leto pa je 643.544 EUR dobička (AJPES, 2020č).

MC Medicor je prav tako ena od prvih zasebnih bolnišnic v našem prostoru. Za opravljanje ambulantne dejavnosti je bil registriran že leta 1999, za opravljanje hospitalne dejavnosti pa leta 2003. Z namenom zagotavljanja najkakovostnejšega zdravljenja kardiovaskularnih bolezni s pomočjo najnovejše tehnologije so v okviru MC Medicor združeni: oddelek za kardiologijo, oddelek za kardiovaskularno kirurgijo, oddelek za diagnostiko in zdravljenje nevrovaskularnih bolezni ter znanstveno-raziskovalni oddelek. S 73 zaposlenimi so v letu 2019 ustvarili 13.979.460 EUR prihodkov iz prodaje in 408.972 EUR dobička (AJPES, 2020e).

V Skupini Diagnostični center Bled je združenih več poslovalnic. Svojo dejavnost tako opravljajo na Bledu, v Ljubljani, Mariboru in Novem mestu. V veliki meri opravljajo specialistične ambulantne storitve, pri zahtevnejših posegih in pregledih pa se s pacienti dogovorijo za sprejem v bolnišnično obravnavo. Opravljajo celovite internistične preglede, razširjene laboratorijske preiskave, ultrazvočne in rentgenske preiskave, gastroenterološko diagnostiko, ginekološko diagnostiko za ženske in urološko za moške paciente, ortopedske, otorinolaringološke in dermatološke preglede ter prehransko svetovanje. V okviru bolnišničnih storitev najpogosteje opravljajo kolonoskopijo, ultrazvočno razbijanje ledvičnih kamnov, odstranjevanje polipov črevesja itd. Na dan 31. 12. 2019 je imela celotna skupina zaposlenih 150 delavcev, samo podjetje Diagnostični center Bled je sodelovalo s 84 zaposlenimi. Skupaj so ustvarili 8.635.385 EUR prihodkov iz prodaje in s tem 817.360 EUR čistega dobička (AJPES, 2020b).

Kirurgija Bitenc je še ena izmed zasebnih ordinacij na sekundarni ravni. Izvaja največ kirurških posegov s področja kirurgije prsnega koša, kirurgije trebušnih organov, ortopedske kirurgije, nevrokirurgije, žilne in plastične kirurgije itd. Del bolnišnične dejavnosti imajo organiziran v prostorih Klinike Golnik, kjer najemajo prostor za hospitalizacijo svojih pacientov. Prihodki podjetja v letu 2019 znašajo 5.056.140 EUR, čisti dobiček pa 293.511 EUR (AJPES, 2020c).

MD Medicina je locirana tik ob UKC Ljubljana. Opravljajo veliko različnih preiskav in specialističnih pregledov iz več vej zdravstva. V okviru bolnišničnega zdravljenja je specializirana za ortopedske posege, otorinolaringološke posege in urološke posege. V letu 2019 so ustvarili 2.837.852 EUR prihodka. Rezultat poslovanja za preteklo leto je 13.129 EUR dobička (AJPES, 2020d).

V Sloveniji imamo še veliko drugih zasebnih izvajalcev s koncesijo na sekundarni ravni, ki izpolnjujejo ponudbo javnega zdravstva. Večinoma gre za ponudbo specialistične ambulantne obravnave. Ponudba je največja na področju dermatologije, oftalmologije, različnih vrst diagnostike, plastične kirurgije in drugih tržno zanimivih smeri v zdravstvu. Po rezultatih ankete MZ (2013) o izkušnjah odraslih pacientov v akutnih bolnišnicah v letu 2012 se zasebne bolnišnice praviloma uvrščajo na najvišja mesta. Kljub temu da imajo praviloma le majhen delež pacientov v samoplačniški obravnavi, so tudi pacienti, ki so pri njih obravnavani na koncesijo, zelo zadovoljni s pristopom, obravnavo in zdravljenjem.

2.3 Financiranje slovenskih bolnišnic

Javno ustanovljene bolnišnice v Sloveniji so organizirane kot javni zavodi. Njihov namen je zagotavljanje sekundarne in terciarne zdravstvene dejavnosti, financirajo pa se pretežno iz javnih virov. Zakon o zavodih v 8. členu predvideva, da sredstva za ustanovitev in začetek delovanja zavoda zagotovi ustanovitelj, v tem primeru torej država.

Redno delovanje bolnišnic v Sloveniji v veliki meri financira ZZZS. ZZZS je nosilec obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki ga izvaja na podlagi Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. ZZZS v tem primeru opravlja dve funkciji. Ena je zbiranje sredstev, ki so jih zavarovanci po ZZZV dolžni vplačevati, druga pa je razdeljevanje teh sredstev. Iz Poročila o poslovanju javnih zdravstvenih zavodov in JAZMP v letu 2019 (Ministrstvo za zdravje, 2020) izhaja, da je ZZZS poslovno leto 2019 zaključil s pozitivnim rezultatom.

»Zaradi visoke gospodarske rasti in postopnega nižanja stopnje brezposelnosti je Urad za makroekonomske napovedi in razvoj v letu 2019 napovedal povečanje prihodkov Zavoda za zdravstveno zavarovanje. ZZZS je poslovno leto 2019 zaključil s presežkom prihodkov nad odhodki v višini 50.574.077 EUR, kar predstavlja 1,63 % celotnih prihodkov Zavoda. Presežek povečuje splošni sklad ZZZS in predstavlja vir financiranja v prihodnje. Na dan 31. 12. 2019 stanje splošnega sklada znaša 105.148.001 EUR« (MZ, 2020).

Iz poročila tudi sledi, da je bilo za izvajanje programov zdravstvenih storitev v letu 2019 iz sistema OZZ namenjenih 2.121.020.918 EUR, kar je 69,48 % vseh odhodkov ZZZS. Največji delež sredstev za izvajanje programa zdravstvenih storitev, to je 65,65 %, je bil namenjen specialističnemu ambulantnemu in bolnišničnemu zdravljenju, osnovnemu zdravstvenemu varstvu je bilo namenjenih 23,49 % sredstev, dejavnosti socialnih zavodov

6,71 % ter dejavnosti obvezne socialne varnosti in transferom neprofitnim organizacijam pa 4,15 %.

Kot navajajo Bagon in drugi (2006), poteka »financiranje javne službe iz javnih sredstev na podlagi potrjenih in finančno ovrednotenih programov javnih zavodov, ki so podlaga za neposredno financiranje ali za sklenitev pogodb o financiranju; neposredno na podlagi pogodb o financiranju javne službe ali na podlagi koncesijskih pogodb in na njih temelječih pogodb o financiranju javne službe«.

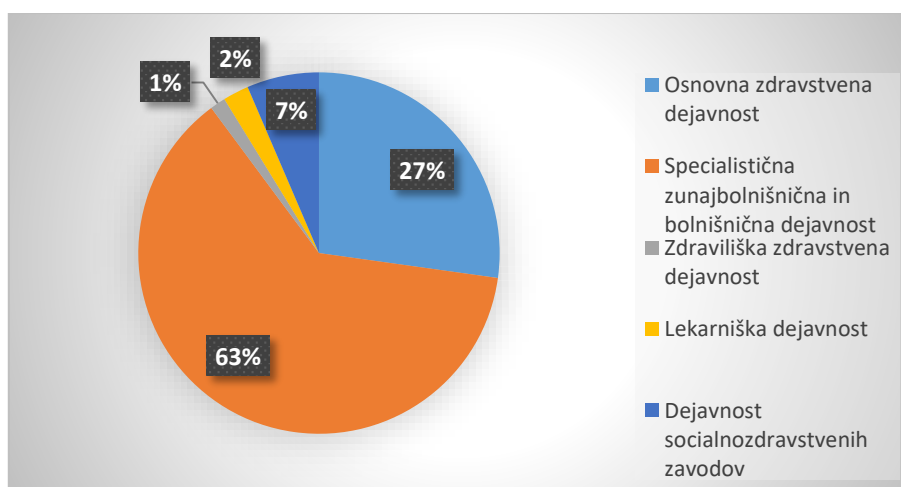
Tabela 1: Okvirna načrtovana vrednost celotnega dogovorjenega programa (obvezno zdravstveno zavarovanje in doplačila) po posameznih dejavnostih

Dejavnost	Vrednosti v cenah 2019 (v EUR)
Osnovna zdravstvena dejavnost	614.928.609
Specialistična zunajbolnišnična in bolnišnična dejavnost	1.415.676.468
Zdraviliška zdravstvena dejavnost	31.317.372
Lekarniška dejavnost	52.307.106
Dejavnost socialnozdravstvenih zavodov	145.986.751
SKUPAJ	2.260.216.306

Vir: Splošni dogovor za leto 2019 (2019, str. 25).

V tabeli 1 je predstavljena okvirna višina sredstev, ki so namenjena celotnemu dogovorjenemu programu v letu 2019. Več kot polovica teh sredstev je predvidenih za specialistično ambulantno in bolnišnično dejavnost. Tudi osnovna zdravstvena dejavnost ima predvidena znatna sredstva v višini 614.928.609 EUR. Manj sredstev zapade na dejavnost socialnozdravstvenih zavodov in lekarniško dejavnost. Najmanj sredstev, le 31.317.372 EUR, pa na zdraviliško zdravstveno dejavnost.

Slika 2: Prikaz deležev finančnih sredstev za izvajanje zdravstvenih dejavnosti v letu 2019



Vir: Splošni dogovor za leto 2019 (2019, str. 25) in lasten prikaz.

S sliko 2 želim še bolj nazorno ponazoriti deleže predvidenih sredstev po dejavnostih. Lepo vidimo, da delež, ki je namenjen specialistični ambulantni in bolnišnični dejavnosti, torej sekundarni in terciarni ravni zdravstva, predstavlja večinski delež vseh sredstev, ki so predvidena v Splošnem dogovoru za leto 2019. Osnovni zdravstveni dejavnosti je namenjenih malo več kot četrтина sredstev, sredstva za dejavnost socialnozdravstvenih zavodov, lekarniško dejavnost in zdraviliško zdravstveno dejavnost pa predstavljajo le minimalne deleže, čeprav bi vlaganje v te dejavnosti lahko prav tako pomembno pripomoglo k dolgoročnemu zagotavljanju zdravja prebivalstva.

Izvajalci zdravstvenih storitev imajo na podlagi sklenjenega Splošnega dogovora natančno opredeljeno vsebino, obseg in ostale pogoje izvajanja storitev. S tem so obvezani opravljati storitve, hkrati pa lahko pričakujejo tudi plačilo oziroma imajo v tem delu urejeno financiranje svojega delovanja. V letu 2019 so se glede na poročilo Ministrstva za zdravje (2020) zaradi približno 5 % povišanja plačnih razredov cene zdravstvenih storitev povišale. Strošek dela je namreč ključna postavka v kalkulaciji zdravstvenih storitev. To je tudi pglavitni razlog za povečanje načrtovanih odhodkov, kar je v nadaljevanju vplivalo na rezultat poslovanja javnih zdravstvenih zavodov.

Zdravstveno zavarovanje pacientom zagotavlja, da lahko koristijo ustrezno zdravstveno in socialno varnost v času bolezni ali poškodbe, saj pokriva stroške zdravstvenih storitev in hkrati zagotavlja nadomestila za primer odsotnosti z dela in druge pravice. Nekatere storitve so v celoti pokrite s strani OZZ, za druge je potrebno doplačilo, ki ga morajo zagotoviti pacienti sami ali z vključitvijo v sistem prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja.

Plačilo zdravstvenih storitev za zdravljenje in rehabilitacijo otrok, učencev in študentov, ki se redno šolajo, ter za zdravljenje in rehabilitacijo otrok in mladostnikov z motnjami v telesnem in duševnem razvoju ter otrok in mladostnikov z nezgodno poškodbo glave in okvaro možganov se v celoti pokriva iz OZZ. Za določene skupine zavarovanih oseb pa razliko do polne cene pokriva proračun Republike Slovenije (ZZZS, 2019).

Prostovoljna zdravstvena zavarovanja delimo na:

- dopolnilno zdravstveno zavarovanje, ki krije razliko do polne vrednosti zdravstvenih storitev, ki jih OZZ ne krije v celoti,
- dodatno oz. nadstandardno zdravstveno zavarovanje, ki krije večji obseg pravic ali višji standard zdravstvenih storitev.

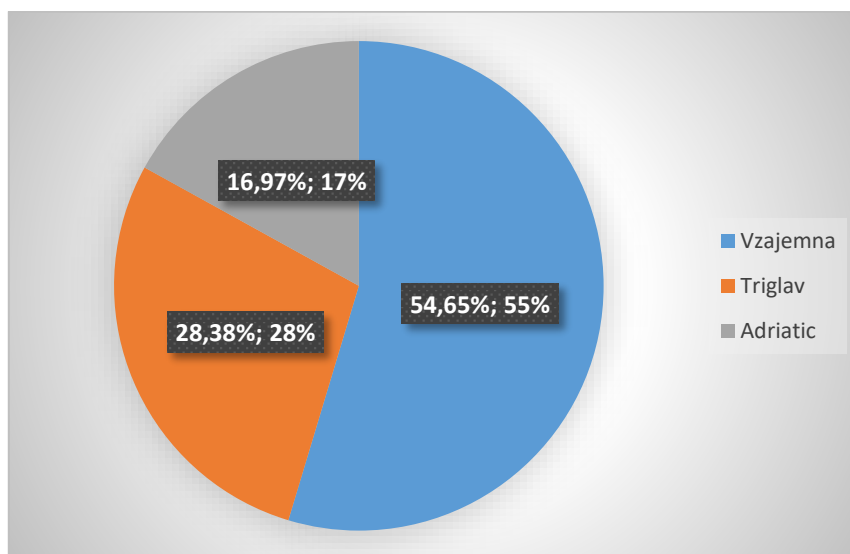
Dopolnilno zdravstveno zavarovanje je opredeljeno kot javni interes. Skladno z Evropsko direktivo za neživiljenjska zavarovanja država lahko zato določi posebne pogoje za njegovo izvajanje. Zavarovalnice so zaradi različnih struktur v portfeljih vključene v izravnalno shemo (Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, 2020, str. 44). Na podlagi ZZVZZ so v Sloveniji v letu 2019 dopolnilno zdravstveno zavarovanje nudile tri zavarovalnice:

- Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d. v. z.,

- Triglav, zdravstvena zavarovalnica, d. d., in
- Adriatic Slovenica, zavarovalna družba, d. d., ki se je v januarju 2020 združila z zavarovalnico Generali, d. d.

S pomočjo podatkov, pridobljenih iz letnih poročil zavarovalnic (Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, 2020; Triglav, zdravstvena zavarovalnica, 2020 in Skupina Generali, AS, 2020) za leto 2019 je pripravljen grafikon, ki predstavlja deleže vplačil škod zavarovalnic za dopolnilno zdravstvo v preteklem letu.

Slika 3: Prikaz deležev plačil škod zavarovalnic za dopolnilno zdravstveno zavarovanje v letu 2019



Vir: Lasten prikaz.

Na sliki 3 vidimo, da ima Vzajemna zdravstvena zavarovalnica s približno 55 % daleč največji delež pri plačilih za dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Sledi ji Zavarovalnica Triglav, na zadnjem mestu pa je Adriatic Slovenica, d. d., z najmanjšim deležem. Iz podatkov v letnih poročilih je pripravljena tudi tabela 2, ki prikazuje podatke o prihodkih in odhodkih iz dodatnega zdravstvenega zavarovanja za vse tri zavarovalnice.

Tabela 2: Prikaz čistih prihodkov od zavarovalnih premij za DZZ (dopolnilno zdravstveno zavarovanje), čistih odhodkov za škode DZZ in indeksa med njima v Sloveniji v letu 2019

Zavarovalnica	Čisti prihodek od zavarovalnih premij za DZZ v letu 2019 v EUR	Čisti odhodek za škode DZZ v letu 2019 v EUR	Indeks odhodek/prihodek
Vzajemna	309.352.973	287.340.354	92,88%
Triglav	172.189.174	149.240.379	86,67%
Adriatic	100.064.499	89.211.721	89,15%
SKUPAJ	581.606.646	525.792.454	90,40%

Vir: Lasten prikaz.

Iz podatkov v tabeli 2 je razvidna višina prihodkov od zavarovalnih premij za dopolnilno zdravstveno zavarovanje (v nadaljevanju DZZ) in višina sredstev, ki so jih zavarovalnice izplačale za škode iz naslova DZZ v poslovnem letu 2019. Skupaj so imele zavarovalnice iz tega naslova 581.606.646 EUR prihodkov, izplačale pa so sredstva v višini 525.792.454 EUR. Z indeksom je prikazano razmerje med odhodki in prihodki iz DZZ. Vidimo, da ima Vzajemna zdravstvena zavarovalnica največ prihodka od zavarovalnih premij, hkrati pa za škode plačuje najvišji odstotek od svojih prihodkov, saj je struktura njenega portfelja najbolj neugodna. Rezultat pokaže, da je na drugem mestu v primerjavi indeksov Adriatic Slovenica. Na zadnjem in hkrati za zavarovalnico najbolj ugodnem mestu je Triglav, zdravstvena zavarovalnica. Razlike v sestavi portfelja so velike, zato jih izravnalna shema izenačuje. Vzajemna zdravstvena zavarovalnica je imela na primer iz naslova izravnalnih shem v letu 2019 za 9.821.451 EUR prihodka (Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, 2020, str.44).

Vidimo, da zavarovalnice za izplačila škod iz DZZ v povprečju porabijo približno 90 % vseh zbranih sredstev. Z razliko pokrivajo druge stroške, kot so obratovalni stroški, odhodki naložb, odhodki financiranja in drugi odhodki. Vse tri zavarovalnice pa so v letu 2019 iz poslovanja DZZ ustvarile tudi dobiček.

Gre za podatke o skupnih vplačilih v celoten zdravstveni sistem, velik del teh sredstev pa je namenjen prav storitvam, opravljenim v bolnišnicah. Sredstva v bolnišnico torej dotekajo po različnih poteh, naloga managementa pa je, da zagotovi uspešno tekoče delovanje ustanove z zbranimi sredstvi ter hkrati tudi skrbi za nabave osnovnih sredstev v skladu z napredkom tehnologije, za izpopolnjevanje kadra, za vlaganja v raziskave in razvoj ter nenazadnje uspešno pozicioniranje bolnišnice v okolju.

Naloge posloводства bolnišnic so po mnenju Ferjanc (2001) usmerjene predvsem v preskrbo denarnih sredstev, njihovo smotrno porabo in gospodarjenje. V drugem delu cikla pa so naloge managementa vračanje denarnih sredstev njihovim virom, razporejanje finančnih izidov in s tem oblikovanje strukture finančnih razmerij. Ker naj bi bili programi približno prilagojeni velikosti bolnišnic in njihovim kapacitetam, bi ob optimalnem upravljanju pričakovali, da bodo njihovi prihodki in odhodki tako natančno usklajeni, da bo njihovo poslovanje brez dobičkov, pa tudi brez izgub.

Sredstva, namenjena za bolnišnice, v Sloveniji predstavljajo zelo velik delež skupnih sredstev, porabljenih v zdravstvu. Rezultati njihovega poslovanja so zato bistvenega pomena za stanje zdravstva v državi. »Realiziran pobotan poslovni izid javnih bolnišnic za leto 2019 znaša 4.502.234 EUR presežka odhodkov nad prihodki, kar v povprečju predstavlja 0,28 % celotnih prihodkov bolnišnic. Šest od 26 bolnišnic je leto 2019 zaključilo s presežkom odhodkov nad prihodki v skupni višini 17.524.002 EUR, preostalih 20 bolnišnic pa je leto 2019 zaključilo s presežkom prihodkov nad odhodki v skupni višini 13.021.768 EUR« (Ministrstvo za zdravje, 2020). Zaključimo lahko, da so bolnišnice skupno poslovale dokaj vzdržno in racionalno ter v veliki meri sledile načrtom, ki so bili sprejeti za poslovno leto 2019.

Sredstva, ki se v državi namenijo za zdravstvo, se sploh v obdobju po ekonomski krizi neprestano večajo, za primer bolnišnic bo to podrobneje prikazano v nadaljevanju. Če podatek o poslovanju bolnišnic primerjamo s podatkom o pozitivnem poslovanju ZZZS v letu 2019, dobimo občutek, da bi lahko bila za zdravstveno dejavnost v bolnišnicah namenjena tudi večja sredstva oziroma vsaj v višini, ki bi izenačila prihodke in odhodke. Glede na to, da je veliko zbranih oziroma vplačanih sredstev prebivalstva še vedno neporabljenih, se pojavlja vprašanje, ali resnično ni mogoče zagotoviti obsega storitev, ki bi zadovoljile preference prebivalstva in ne bi nekontrolirano povečevale čakalnih vrst. Pojavlja se torej dilema, ali gre pri odločitvah o kontroliranem povečevanju sredstev, namenjenih za poslovanje bolnišnic, za problem kapacitet, ki jih lahko bolnišnice sploh nudijo, ali pa odločevalci z odobritvijo omejenih sredstev na ta način pritiskajo na poslovodstvo, da aktivno sodeluje v smislu omejevanja stroškov.

Zaradi racionalnejše razporeditve omejenih sredstev v zdravstvu in vedno večje osveščenosti o vplivu življenjskega sloga prebivalcev ter trendu zdravega načina življenja se pojavljajo vedno glasnejše debate o tem, da bi se pri odločanju o plačevanju premij ali celo pri izplačilu odškodnin in plačanih primerov upošteval tudi življenjski slog zavarovancev.

3 PRIHODKI

3.1 Pripoznavanje prihodkov

Slovenski računovodski standardi (v nadaljevanju SRS) so pravila strokovnega delovanja, ki se uporabljajo na področju računovodstva. Slovenski inštitut za revizijo je za njihovo pripravo in oblikovanje od države prejel posebno pooblastilo. Prvi slovenski standardi so bili sprejeti leta 1993. Uporabljati so se začeli 1. januarja 1994.

Zaradi razvoja teorije računovodenja, ki se je oblikovala večinoma pod vplivom anglo-ameriške računovodske šole in sprememb v družbi, je bilo treba SRS že večkrat prirediti in posodobiti. Prvič so bili tako posodobljeni leta 2001 (pričetek uporabe 1. januarja 2002), kasneje pa še nekajkrat. Z vstopom Slovenije v EU se je pojavila zahteva po prilagajanju predpisov o poročanju skladno z usmeritvami evropskih direktiv in z upoštevanjem Mednarodnih standardov računovodskega poročanja. Pri oblikovanju SRS so se upoštevali tako domača teorija kot mednarodni računovodski standardi. Oblikovani so skladno z načelom poštene vrednosti predvsem glede izkazovanja sredstev in dolgov, hkrati pa se upošteva tudi predpostavka previdnosti pri sestavljanju in ugotavljanju poslovnega izida. Temeljna pravila računovodenja, predvsem pripoznavanja, merjenja in vrednotenja gospodarskih kategorij, so pri prenovljenem konceptu računovodenja v vseh organizacijah enaka ne glede na pravnoorganizacijsko in statusno obliko organizacije. Tako so bili leta 2016 sprejeti najnovejši standardi, ki pa jim je bilo v letu 2018 dodanih že nekaj sprememb (Slovenski inštitut za revizijo, 2016).

Organizacije, ki so zavezane uporabi SRS, morajo to v svojih izkazih razkriti. Njihovi izkazi morajo biti v skladu z vsemi zahtevami vseh ustreznih standardov in z vsemi ustreznimi pojasnili. Računovodski izkazi niso v skladu s SRS, če vsebujejo pomembne napake ali nepomembne napake, ki napačno predstavljajo poslovanje organizacije.

Celotni SRS obsegajo Uvod v SRS, Okvir SRS in 39 posameznih SRS, ki urejajo gospodarske kategorije, standarde zunanjega računovodskega poročanja in standarde posebnosti za organizacije v posameznih dejavnostih.

Prihodki in vrste prihodkov so podrobno obravnavani in opisani v prenovljenem SRS 15 (pričetek uporabe 1. januarja 2019). V uvodu, ki predstavlja prvi del vsakega standarda, lahko vidimo, da je v SRS 15 natančno opisano razvrščanje, pripoznavanje, začetno računovodsko merjenje in razkrivanje prihodkov.

Po definiciji SRS so prihodki »povečanja gospodarskih koristi v obračunskem obdobju v obliki povečanj sredstev (na primer denarja ali terjatev zaradi prodaje blaga in proizvodov, pa tudi zaradi prevrednotenja nekaterih vrst sredstev na njihovo višjo pošteno vrednost) ali zmanjšanj dolgov (na primer zaradi opustitve njihove poravnave), katerih posledica so povečanja kapitala, razen tistih, ki so povezana z novimi vplačili lastnikov« (Inštitut za revizijo, 2016). Prek poslovnega izida prihodki vplivajo tudi na velikost kapitala podjetja.

SRS prihodke delijo na poslovne prihodke, finančne prihodke in ostale prihodke. V izkazu poslovnega izida organizacije morajo biti prihodki in odhodki predstavljeni resnično in pošteno. Določeni uporabniki morajo prihodke in odhodke oziroma prejeme in izdatke izkazati tudi v izkazu prihodkov in odhodkov po načelu denarnega toka.

Poslovni prihodki so prihodki, ki so povezani s poslovnimi učinki. Mednje tako sodijo (Čižman, 2019):

- prihodki od prodaje proizvodov, blaga in materiala,
- prihodki od prodaje storitev,
- prihodki iz proračuna in drugih javnofinančnih virov,
- prihodki od donacij,
- prihodki od odprave rezervacij,
- dolgoročno odloženi prihodki,
- prihodki od usredstvenja lastnih proizvodov in storitev,
- prevrednotovalni poslovni prihodki.

Finančni prihodki nastajajo v zvezi s finančnimi naložbami, pa tudi v zvezi s terjatvami. Sestavljajo jih obračunane obresti in deleži v dobičku drugih ter prevrednotovalni finančni prihodki. Lahko so odvisni (na primer prejete dividende) od finančnega izida drugih ali ne (recimo prejete obresti). Med finančne prihodke spadajo tudi obračunane obresti na dan bilanciranja, ki izhajajo iz finančnih naložb v depozite in druge vezane vloge, blagajniški presežek ter zneski, ki izvirajo iz zaokroževanja (Čižman, 2019).

Druge prihodke predstavljajo neobičajne postavke, ki v tekočem letu povečujejo poslovni izid zaradi neobičajnih dogodkov in poslov. Zanje je značilno, da se zgodijo zelo redko, in niti ne pričakujemo, da se bodo v kratkem zgodili, kot na primer: kazni, odškodnine zavarovalnic, nenamenske donacije, manjši preplačani zneski, ki se ne vračajo, in podobno (Čižman, 2019).

Prihodki se v izkazu poslovnega izida in pred tem v računovodskih evidencah pripoznajo¹, če je zaznano povečanje prihodnjih koristi, ki je povezano s povečanjem posameznega sredstva ali z zmanjšanjem posameznega dolga, mogoče zanesljivo izmeriti. Prav tako SRS 15 (Inštitut za revizijo, 2016) v svojem 12. in 13. členu navaja, da se prihodke pripozna, če organizacija izpolnjuje pogodbeno obvezo in upravičeno pričakuje, da bo za to prejela nadomestilo. SRS naprej predpisujejo, da se prihodki pripoznavajo postopno, skladno z izpolnjevanjem pogodbene obveze, če se ta vrši v daljšem časovnem obdobju.

Za natančen prikaz poslovnega izida je pomembno, da so prihodki in odhodki v časovnem obdobju natančno zajeti. Organizacije pri razvrščanju prihodkov po realizaciji načeloma nimajo težav, te se pojavijo pogosteje pri odhodkih, to je takrat, ko je treba stroške uvrstiti v odhodke določenega časovnega obdobja. Paziti je treba, da se stroški, ki jih organizacije upoštevajo v odhodkih, nanašajo na prihodke v obravnavanem časovnem obdobju, da so torej tako prihodki kot odhodki upoštevani v istem časovnem obdobju.

Za evidentiranje po načelu poslovnega dogodka je predvideno, da se prihodek upošteva šele takrat, ko je storitev opravljena oziroma izvedba realizirana. Šele po opravljeni storitvi se izda račun in tako zaračunani znesek predstavlja prihodke organizacije oziroma javnega zavoda.

»S 1. 1. 2019 so se v JZZ pričela uporabljati nova navodila Ministrstvo za zdravje (št. dokumenta 024-17/2016/11 z dne 20. 12. 2018) za razmejevanje prihodkov dejavnosti na javno službo in tržno dejavnost, ki so bila pripravljena v sodelovanju z Združenjem zdravstvenih zavodov Slovenije in predstavniki posameznih vrst JZZ. Navodila za razmejevanje prihodkov na javno službo in tržno dejavnost so bila posodobljena s celotnim naborom prihodkov, ki jih JZZ ustvarjajo z izvajanjem zdravstvene dejavnosti in nezdravstvene dejavnosti, in sicer po vrstah JZZ, z izjemo lekarn. Navodila so bila dvakrat dopolnjena glede na predloge JZZ in spremembe pravnih aktov, in sicer z dokumentom št. 024-17/2016/29 z dne 16. 1. 2020 ter z dokumentom št. 024-17/2016/33 z dne 3. 2. 2020, in se upoštevajo pri pripravi letnih poročil za leto 2019. Najpomembnejša sprememba se nanaša

¹ V Slovarju slovenskega knjižnega jezika (Inštitut za slovenski jezik Frana Ramovša, 2014) pod izrazom pripoznanje najdemo:

»pripoznanje -a s (â) star. priznanje: njegovo pripoznanje, da je denar zapravlil, je vse presenetilo / pripoznanje dolgov / boriti se za pripoznanje / dobiti od koga pripoznanje«

Beseda pripoznanje je izraz, ki ga v Slovarju slovenskega knjižnega jezika najdemo kot starejšo obliko besede priznanje. V strokovnih računovodskih krogih pa se izraz pripoznavanje uporablja za ponavljajoče se opravljanje priznanja prihodkov kot knjigovodske kategorije.

na uvrstitev prihodkov od povračil obratovalnih in drugih stroškov za uporabo nepremičnin in opreme, počitniških kapacitet in drugo, kot npr. prostorov za postavitev opreme (avtomatov, oglasnih panojev, LCD ...) in prihodkov od prodaje in oddaje v najem nepremičnin in opreme za opravljanje dejavnosti ter počitniških kapacitet ter prihodkov od najemnin za oddajanje prostora za postavitev opreme, ki se nanašajo na zdravstvene domove, med prihodke javne službe, upoštevajoč spremembo Pravilnika o spremembi Pravilnika o sestavljanju letnih poročil za proračun, proračunske uporabnike in druge osebe javnega prava (Uradni list RS, št. 80/19)« (Ministrstvo za zdravje, 2020).

3.2 Evidentiranje opravljenih storitev v bolnišnicah v okviru OZZ

Zaradi posebnosti, zahtevnosti in kompleksnosti zdravstvenega sistema ter dejstva, da ZZZS zagotavlja plačilo opravljenih storitev le v obsegu, predvidenem v Splošnem dogovoru ali k njemu naknadno sklenjenih aneksih, so v slovenskih bolnišnicah za potrebe evidentiranja OZZ storitev skladno s 36. členom Splošnega dogovora (ZZZS, 2019) uvedene posebne oblike dokumentov, t. i. »poročila«, »zahtevki«, »začasni računi« in »začasni dobropisi«.

Za vsako opravljeno storitev v okviru OZZ bolnišnica pripravi dokument »poročilo«. Izstavljena poročila tekoče knjiži med prihodke le evidenčno – v zabilančni evidenci. Vsak mesec se pripravi tudi poseben dokument »Začasni račun«, ki predstavlja dejansko vrednost opravljenih storitev v okviru storitev OZZ za pretekli mesec. Njegova vrednost je podlaga za prijavo opravljenega neobdavčenega prometa pri obračunu davka na dodano vrednost.

Bolnišnice od ZZZS prejmejo tri »obračune medsebojnih obveznosti« letno. Prvega za obdobje mesecev I–III, drugega za obdobje mesecev IV–VI in tretjega za obdobje mesecev VII–XII, v katerih so ločeno zajete naslednje dejavnosti:

- hospitalna zdravstvena dejavnost,
- specialistična zdravstvena dejavnost,
- osnovna zdravstvena dejavnost,
- zobozdravstvena dejavnost,
- dejavnost reševalnih prevozov.

ZZZS s tem dokumentom pozove bolnišnice k izstavitvi računov za opravljene storitve v dogovorjenem znesku v sklopu posameznih dejavnosti. Šele z izstavitvijo teh računov po tem pozivu se povečajo prihodki v redni bilančni skupini. Hkrati pa se v višini »začnih računov« za to obdobje naredi »začasni dobropis«, da se promet za potrebe obračuna davka na dodano vrednost ne bi podvajal.

Tako so v prihodkih redne bilančne skupine zajete le tiste opravljene storitve OZZ, ki jih je ZZZS potrdil in vključil v obdobjni obračun in za katere lahko upravičeno pričakujemo plačilo, to pa niso nujno dejansko opravljene zdravstvene storitve. Razlika med začasnimi

računi in obračunom v določenem obdobju se le ugotovi. Predstavlja pa dejansko razliko med opravljenim in fakturiranim oziroma plačanim programom.

Izvajalci skladno s 37. členom Dogovora (ZZZS, 2019) vsak mesec prejmejo tri avansna plačila od ZZZS. Desetega v mesecu prejmejo 50 % mesečnega zneska, 20. v mesecu 20 % predvidenega mesečnega zneska in zadnji delovni dan v mesecu preostalih 30 % zneska.

Ta avansna plačila zapirajo izstavljene račune na podlagi obračuna medsebojnih obveznosti.

3.3 Letno poročanje

Vsako podjetje oziroma organizacija mora o svojem poslovanju pripravljati različna računovodska poročila. Namen teh informacij je, da poročajo o preteklem dogajanju, trenutnem stanju in predvidevanjih za prihodnost. Informacije so pomembne tako z vidika notranjih uporabnikov kot z vidika zunanjih uporabnikov teh informacij.

Različne uporabnike zanimajo naslednje skupine računovodskih informacij (Horvat, 2003, str. 20–21):

- gospodarsko okolje: priložnosti in nevarnosti, ki jih prinaša okolje, splošne razmere v gospodarstvu in panogi, konkurenca;
- donosnost: ali je dobiček podjetja primeren glede na vire in glede na stroške, ki jih ima;
- solventnost: podjetje mora biti sposobno zagotoviti denarna sredstva, kadar jih potrebuje, pomembno je razmerje med likvidnimi sredstvi in kratkoročnimi obveznostmi ter učinkovitost upravljanja z obraznimi sredstvi;
- rast: podjetje za preživetje nujno potrebuje rast, iz preteklih podatkov se lahko sklepa na prihodnjo rast, predvidevanja morajo biti realna;
- financiranje: ali ima podjetje dovolj virov financiranja in kakšno je razmerje med dolgom in kapitalom;
- naložbe: delničarji želijo izvedeti, ali podjetje z vloženimi sredstvi ravna gospodarno, ali so njihove naložbe varne ter ali je dobiček primerljiv s konkurenco.

Računovodska poročila delimo na obdobjna in občasna. Obdobjna se pripravljajo v določenih časovnih intervalih in vsebujejo ustaljene računovodske podatke in informacije. Občasna se pripravljajo na zahtevo za določeno obdobje in so po navadi za posebne namene.

Skladno s 54. členom Zakona o gospodarskih družbah (ZGD, Ur. l. RS št. 65/09 – UPB, 33/11, 91/11, 32/12, 57/12, 44/13 – odl. US, 82/13, 55/15, 15/17 in 22/19 – ZPosS) morajo družbe in podjetniki voditi knjige in jih enkrat letno zaključiti v skladu s SRS in Mednarodnimi računovodskimi standardi. Na podlagi zaključenih poslovnih knjig morajo pripraviti letno poročilo. Glavni namen letnega poročila je, da zunanjim in notranjim uporabnikom zagotovi potrebne in zahtevane informacije. Informacije o uspešnosti

poslovanja in finančnem stanju javnega zdravstvenega zavoda morajo zagotoviti resničen in pošten prikaz.

Javne zavode poleg tega zavezuje tudi ZJF, saj morajo biti računovodska poročila pripravljena enotno, da se lahko vključijo v sistem javnega poročanja in s tem omogočajo »sestavo, pripravo in izvrševanje proračuna Republike Slovenije« (ZJF, 1. člen) S tem sta olajšana notranji nadzor javnih financ in proračunsko inšpiciranje.

Pomembne ostale zakonske podlage za pripravo letnega poročila so še Zakon o izvrševanju proračunov Republike Slovenije za leti 2018 in 2019 (Ur. l. RS, št. 71/17, 13/18 – ZJF-H, 83/18 in 19/19), Zakon o računovodstvu (Ur. l. RS, št. 23/99, 30/02 – ZJF-C in 114/06 – ZUE) ter Zakon o preglednosti finančnih odnosov in ločenem evidentiranju različnih dejavnosti (Ur. l. RS, št. 33/11). Prav tako so ena od najpomembnejših zakonskih podlag tudi Navodila o pripravi zaključnega računa državnega in občinskega proračuna ter metodologije za pripravo poročila o doseženih ciljih in rezultatih neposrednih in posrednih uporabnikov proračuna (Ur. l. RS, št. 12/01, 10/06, 8/07, 102/10) ter številni pravilniki in uredbe, ki predpisujejo pripravo letnega poročila.

Proračunski uporabniki in pravne osebe javnega prava morajo upoštevati enotni kontni načrt (v nadaljevanju EKN). V pravilniku o EKN se proračunski uporabniki delijo na druge in določene uporabnike EKN. Javni zdravstveni zavodi, med katere sodijo tudi bolnišnice, so določeni uporabniki EKN. Določeni uporabniki EKN morajo podatke o prihodkih in odhodkih ter poslovnem izidu v določenem časovnem obdobju pripraviti na predpisanem obrazcu »Izkaz prihodkov in odhodkov določenih uporabnikov«. Pred sestavo izkaza morajo pregledati postavke prihodkov in odhodkov glede razvrščanja, merjenja in upravičenosti ter obračunati amortizacijo, proizvodnjo, obresti in opraviti tudi druge nujne preverbe. Predpisano je, da izkaz poslovnega izida pripravijo po načelu poslovnega dogodka. Določeni uporabniki morajo prihodke in odhodke oziroma prejeme in izdatke izkazati tudi v izkazu prihodkov in odhodkov po načelu denarnega toka.

Letno poročilo javnega zdravstvenega zavoda je sestavljeno iz poslovnega in računovodskega poročila. V poslovnem poročilu javni zdravstveni zavod predstavi dejavnosti zavoda in organizacijo poslovanja. Poslovodstvo poroča o poslovanju, o posebnih projektih, o kadrovskih spremembah, o izvedbi programa in o doseženih zastavljenih ciljih v obravnavanem letu poslovanja. Poročevalec mora posebno pozornost nameniti tistim ciljem, ki v preteklem letu niso bili doseženi. Nedoseganje mora obrazložiti in komentirati. Računovodsko poročilo je sestavljeno iz računovodskih izkazov in pojasnil k računovodskim izkazom (Dolžan, 2007).

Zahtevana računovodska izkaza sta bilanca stanja in izkaz prihodkov in odhodkov določenih uporabnikov. Predpisana poročila k tem izkazom pa so:

- stanje in gibanje neopredmetenih dolgoročnih sredstev in opredmetenih osnovnih sredstev,

- stanje in gibanje dolgoročnih kapitalskih naložb in posojil,
- izkaz prihodkov in odhodkov določenih uporabnikov po načelu denarnega toka,
- izkaz računa finančnih terjatev in naložb določenih uporabnikov,
- izkaz računa finansiranja določenih uporabnikov.

V zadnjem času postaja vedno bolj pomembno nefinančno poročanje podjetij. Kot navaja Gostinčar (2018, str. 17), se je nefinančno poročanje razvilo na podlagi ustvarjanja samopodobe multinacionalk in pod pritiskom nevladnih organizacij in gibanj. Te so z nedopustnimi kršitvami pogosto grobo posegale v pravice zaposlenih, lokalnega prebivalstva, onesnaževale okolje in izkoriščale vsa razpoložljiva sredstva za doseg dobičkov. Kot protiutež so se pričele pojavljati družbene sankcije, protestna gibanja, stavke zaposlenih in bojkot izdelkov, kar je dalo signal, da je mnenje družbe o podjetju še kako pomembno. Podjetja so ugotovila, da je dobra podoba v javnosti predpogoj za uspešno poslovanje, zato so pričela uvajati spremembe in o njih obveščati javnost. Kasneje je to privedlo do uvajanja zakonodajnih zahtev tako na državni kot na evropski in svetovni ravni.

Uveljavljati so se pričeli novi standardi poročanja, ki dajejo poudarek nefinančnemu poročanju o poslovanju podjetja. Na podlagi Direktive EU (Direktiva 2014/95/EU) je Evropski parlament pozval k razkritju nefinančnih informacij in informacij o raznolikosti nekaterih velikih podjetij in skupin ter dopustil možnost, da lahko države članice v svoji zakonodaji dodatno uredijo preglednost nefinančnih informacij. Državni zbor Republike Slovenije je zato sprejel Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o gospodarskih družbah (ZGD-1J, Ur. L. RS št. 55/15), po katerem morajo subjekti javnega interesa z vsaj 500 zaposlenimi vključiti v svoje letno poročilo tudi izjavo o nefinančnem poslovanju. »Izjava o nefinančnem poslovanju mora zajemati informacije, ki za razumevanje razvoja, uspešnosti in položaja podjetja ter učinka njegovih dejavnosti vsebuje vsaj informacije o okoljskih, socialnih in kadrovske zadevah, spoštovanju človekovih pravic ter aktivnostih v boju proti korupciji« (Gostinčar, 2018, str. 21).

Na področju poročanja se je uveljavilo več standardov, eni od najbolj poznanih in najbolj razširjenih so Standardi GRI (Global Reporting Initiative Standard). Na osnovi teh standardov podjetja poročajo o družbeno odgovornih dejavnostih in aktivnostih. Standardi GRI so tudi prvi standardi za poročanje o trajnosti in predstavljajo najboljšo svetovno prakso v zvezi s tem, kako poročati o ekonomskih, okoljskih in socialnih vplivih. Pripravljeni so na način, da jih lahko uporablja vsaka organizacija, ki želi prispevati k trajnostnemu razvoju, saj prikazujejo tako pozitivne kot negativne prispevke organizacije. Predstavljajo referenčni dokument odločevalcem in regulatorjem po vsem svetu (Global Reporting Initiative Standard, b. d.).

Velik pomen razvoju nefinančnega poročanja daje tudi Odbor za mednarodne računovodske standarde (angl. International Accounting Standards Board; v nadaljevanju IASB). To je neodvisen odbor, ki razvija in odobrava Mednarodne standarde računovodskega poročanja (v nadaljevanju MSRP) in je v celoti odgovoren za oblikovanje in izvajanje tehnične

usklajenosti, pri čemer upošteva tudi rezultate posvetovanja s skrbniki in strokovno javnostjo. Odbor pripravlja osnutke sprememb in jih vodi skozi postopek ter skrbi za njihov razvoj ter poskrbi, da se pripravljena navodila in razlage implementirajo v obstoječe standarde. Poleg predlogov in pripomb v zvezi s svetovanjem, predlagano strukturo in ostalimi tekočimi zadevami predlagajo tudi tesno sodelovanje z drugimi oblikovalci standardov in pobud pri uveljavljanju poročanja o nefinančnih informacijah. Pripravljajo se usklajeni standardi poročanja, ki bi z dodanimi sklopi pripomogli h globalni preglednosti trga (IASB, 2021).

4 ANALIZA KLJUČNIH POSTAVK SLOVENSКИH BOLNIŠNIC

4.1 Prihodki v slovenskih bolnišnicah v obdobju 2016-2019

Slovenske bolnišnice so v letu 2019 zabeležile prihodke v višini 1.625.747.417 EUR. Višina skupnih prihodkov z leti raste, iz česar lahko sklepamo, da se je ob predpostavki, da so cene konstantne, obseg opravljenih storitev v bolnišnicah povečal.

Tabela 3: Višina in rast celotnih prihodkov bolnišnic v obdobju od leta 2016 do leta 2019 (v EUR)

	CELOTNI PRIHODKI					INDEKS			
Bolnišnica	2016	2017	2017 – brez ZIUFSZZ	2018	2019	2017/2016	2018/2017	2018/2017 brez ZIUFSZZ	2019/2018
SB Brežice	15.673.786	16.734.700	16.269.196	17.475.919	18.946.660	106,77	104,43	107,42	108,42
SB Celje	98.187.667	105.481.015	100.492.639	107.083.950	117.751.826	107,43	101,52	106,56	109,96
CZBO Šentvid	1.923.603	1.967.975	1.967.975	2.194.113	2.649.809	102,31	111,49	111,49	120,77
SB Izola	45.728.742	63.371.546	49.332.310	52.960.888	56.830.609	138,58	83,57	107,36	107,31
SB Jesenice	35.131.673	41.848.034	36.168.864	37.623.778	40.613.356	119,12	89,91	104,02	107,95
OB Valdoltra	23.439.671	23.530.561	23.530.561	25.970.777	27.881.456	100,39	110,37	110,37	107,36
BGP Kranj	5.706.080	7.419.152	5.884.333	5.689.696	7.424.968	130,02	76,69	96,69	130,50
B Golnik	26.025.111	28.029.042	28.029.042	29.353.502	32.224.251	107,70	104,73	104,73	109,78
OI Ljubljana	102.409.883	108.540.246	105.456.740	120.156.853	128.175.512	105,99	110,70	113,94	106,67
UKC Ljubljana	467.984.920	562.943.857	483.064.647	527.258.832	556.353.865	120,29	93,66	109,15	105,52
URI Soča	24.809.087	25.811.025	25.811.025	27.376.451	29.052.586	104,04	106,06	106,06	106,12
UKC Maribor	186.492.847	199.804.103	194.326.868	212.452.721	234.682.431	107,14	106,33	109,33	110,46
SB Murska Sobota	49.563.455	51.894.102	50.369.043	54.017.519	58.783.922	104,70	104,09	107,24	108,82
SB Novo mesto	56.203.629	62.749.614	58.368.499	64.603.414	69.645.509	111,65	102,95	110,68	107,80
B Postojna	6.348.714	6.038.387	6.038.387	6.501.995	7.176.712	95,11	107,68	107,68	110,38
SB Ptuj	24.135.728	31.651.305	25.499.895	27.261.393	29.996.260	131,14	86,13	106,91	110,03
B Sežana	7.323.421	7.262.635	7.114.009	8.058.316	8.594.287	99,17	110,96	113,27	106,65
SB Slovenj Gradec	41.207.357	50.352.160	43.656.331	46.560.340	48.957.423	122,19	92,47	106,65	105,15
SB Nova Gorica	44.205.834	51.927.609	44.784.047	48.423.433	54.322.311	117,47	93,25	108,13	112,18
B Topolšica	10.522.970	12.515.900	11.690.638	11.267.242	14.741.361	118,94	90,02	96,38	130,83
SB Trbovlje	16.097.403	17.028.199	16.389.721	17.493.851	19.905.918	105,78	102,73	106,74	113,79
PB Idrija	8.262.827	8.177.446	8.177.446	8.533.475	9.150.371	98,97	104,35	104,35	107,23
UPK Ljubljana	25.538.800	24.217.925	24.217.925	27.393.619	30.067.747	94,83	113,11	113,11	109,76

Se nadaljuje

Tabela 3: Višina in rast celotnih prihodkov bolnišnic v obdobju od leta 2016 do leta 2019 (v EUR) (nad.)

	CELOTNI PRIHODKI					INDEKS			
Bolnišnica	2016	2017	2017 – brez ZIUFSSZ	2018	2019	2017/ 2016	2018/ 2017	2018/2017 brez ZIUFSSZ	2019/ 2018
PB Ormož	5.882.002	6.016.211	6.016.211	6.196.020	6.653.364	102,28	102,99	102,99	107,38
PB Begunje	7.022.712	7.017.502	7.017.502	7.321.014	7.791.147	99,93	104,33	104,33	106,42
PB Vojnik	6.250.675	6.285.021	6.285.021	6.689.839	7.373.756	100,55	106,44	106,44	110,22
SKUPAJ	1.342.078.597	1.528.615.272	1.385.958.875	1.505.918.950	1.625.747.417	113,90	98,52	108,66	107,96

Vir: Agencija RS za javnopravne evidence in storitve (2020) in MZ (2020).

V tabeli 3 so prikazane vrednosti prihodkov v slovenskih bolnišnicah med letoma 2016 in 2019. Prikazan je tudi indeks rasti za to obdobje. Iz podatkov javnih zavodov, o katerih so poročali AJPES, je razvidno, da se bolnišnice v Sloveniji zelo razlikujejo po višini prihodka in velikosti ustanove, zato moramo biti previdni pri neposredni primerjavi teh podatkov.

V letu 2017 glede na leto 2016 so prihodki večini bolnišnic narasli. Izjema so Bolnišnica Postojna, Bolnišnica Sežana in tri psihiatrične bolnišnice. Največji porast prihodkov v tem obdobju vidimo pri SB Izola, kar 38,58 %, prav tako pa so tudi SB Jesenice, BGP Kranj, UKC Ljubljana, SB Ptuj in SB Slovenj Gradec zabeležile povečanje prihodkov v letu 2017 za okoli 20 % ali več. V absolutnem znesku je največje povečanje izkazal UKC Ljubljana, kar za 94.958.937 EUR.

Za leto 2017 sta v tabeli prikazana dva različna zneska, saj je bilo v tem letu po Zakonu o interventnih ukrepih za zagotovitev finančne stabilnosti javnih zdravstvenih zavodov (ZIUFSZZ, Ur. l. RS 54/17 in 16/20 – ORZIUFSZZ7) bolnišnicam zagotovljeno dodatno financiranje v višini 142.656.397 EUR. Zaradi vedno večjih odhodkov v zadnjih letih se je večina slovenskih bolnišnic borila z nelikvidnostjo, saj se je primanjkljaj vztrajno večal. To je bilo tudi obdobje, ko so se sproščala napredovanja, zaposlenim v javnem sektorju so bili poravnani nekateri zadržani plačilni razredi, sindikati so se uspešno pogajali in dosegli dodatne ugodnosti za zdravnike in druge delavce v zdravstvu. To so bili razlogi za sprejetje ZIUFSZZ, ki je tistim bolnišnicam, ki so izkazovale največji delež zapadlih terjatev, zagotovil dodatna sredstva, ki so se v večini primerov namensko porabila za poplačila dobaviteljem. Oblikovale so se sanacijske uprave, katerih namen je bil reševanje in sanacija poslovanja bolnišnic. Postavljeni so bili načrti sanacijskega poslovanja, katerih izvajanje se je redno spremljalo. Brez prihodkov iz tega zakona bi večini bolnišnic v tem letu prihodki upadli ali ostali na isti ravni kot v letu prej, z dodatnimi sredstvi pa so bolnišnice v letu 2018 v veliki meri zabeležile povečanje prihodkov okrog 8,7 %.

Prihodki v letu 2019 so se v slovenskih bolnišnicah v primerjavi z letom 2018 ponovno zvišali, v povprečju za 7,96 % oziroma v skupnem znesku 119.828.467 EUR. Če pogledamo indeks, ki prikazuje prihodke iz leta 2019 v primerjavi z letom 2018, vidimo, da je bila rast prihodkov dokaj enakomerno razporejena med bolnišnicami. Nekoliko so v pozitivnem smislu izstopale CZBO Šentvid, BGP Kranj in Bolnišnica Topolšica.

Glede na trend rasti prihodkov v celotnem prikazanem obdobju od leta 2016 do leta 2019 lahko zaključimo, da se sredstva, namenjena poslovanju bolnišnic v Sloveniji in zagotavljanju zdravstvene oskrbe pacientov, nenehno povečujejo. Zaradi tega mislim, da pacienti upravičeno pričakujejo tako količinsko kot kakovostno zvišanje opravljenih storitev in s tem povečanje zadovoljstva prebivalcev z zagotavljanjem zdravstvenega varstva v državi. Če pogledamo rast skupnih prihodkov bolnišnic v Sloveniji v obdobju 2016–2019, vidimo, da so se prihodki slovenskih bolnišnic v tem obdobju povečali kar za 21,14 %.

4.2 Sredstva v slovenskih bolnišnicah

Sredstva so v denarni merski enoti izražene stvari, pravice in denar, s katerimi premoženjskopravno razpolaga pravna oseba. Od sredstev, ki jih pravna oseba pridobi s kapitalom ali dolgovi, pričakuje prihodnje koristi. Končno stanje sredstev in obveznosti do virov sredstev je prikazano v bilanci stanja. Bilanca stanja je sestavljena iz aktive (viri) in pasive (obveznosti do virov). Temeljno bilančno ravnovesje zagotavlja dejstvo, da ima vsak vir tudi svojo obveznost (Hočevar, Igličar & Zaman, 2000).

Pri izkazovanju in merjenju sredstev ter obveznosti do virov sredstev morajo uporabniki dosledno upoštevati Zakon o računovodstvu in ostale podzakonske akte. V SRS so ekonomski kategoriji sredstev in njenim različnim oblikam namenjeni standardi od SRS 1 do SRS 7.

Sredstva delimo na dolgoročna, to so tista, ki se praviloma preoblikujejo v obdobju, ki je krajše od enega leta. Mednje spadajo (Zupančič & Čizman, 2020):

- neopredmetena sredstva (patenti, licence, računalniški programi),
- opredmetena osnovna sredstva (zemljišča, zgradbe, oprema),
- naložbene nepremičnine (nepremičnine, ki so že od začetka namenjene dajanju v najem),
- dolgoročne finančne naložbe (dana posojila, naložbe v vrednostne papirje),
- dolgoročne poslovne terjatve,
- dolgoročne aktivne časovne razmejitve (stroški razvijanja, naložbe v tuja opredmetena osnovna sredstva).

Med kratkoročna sredstva, to so tista, ki se preoblikujejo v časovnem obdobju, ki je krajše od enega leta, pa sodijo:

- sredstva za prodajo,
- denarna sredstva (denar na transakcijskem računu, v blagajni),
- zaloge (material, embalaža, trgovsko blago, končani izdelki),
- kratkoročne poslovne terjatve (do kupcev, terjatve za vstopni DDV),
- kratkoročne finančne naložbe (dana posojila),
- kratkoročne aktivne časovne razmejitve (kratkoročni odloženi stroški).

Podatki za analizo o sredstvih slovenskih bolnišnic so črpani iz objav AJ PES, objavljenih na JOLP (javna objava letnih poročil), podatki o stopnji odpisanosti opreme in prihodkih pa iz Poročila ministrstva o poslovanju JZZ za leto 2019. Količnik je izračunan za namen analize, prikazuje pa razmerje med ustvarjenimi prihodki v letu 2019 in celotnimi sredstvi oziroma aktivno bolnišnic na dan 31. 12. 2019.

Tabela 4: Podatki o višini sredstev, stopnji odpisanosti opreme, prihodkih ter količnik med prihodki in sredstvi za leto 2019

Bolnišnica	Sredstva	Stopnja odpisanosti OS	Prihodki	Prihodki/sredstva
UKC Ljubljana	297.149.254	0,85	556.353.865	1,87
UKC Maribor	127.178.406	0,88	234.682.431	1,85
OI Ljubljana	98.749.357	0,80	128.175.512	1,30
SB Celje	54.809.533	0,79	117.751.826	2,15
SB Novo mesto	48.341.911	0,90	69.645.509	1,44
SB Slovenj Gradec	46.116.677	0,74	48.957.423	1,06
UPK Ljubljana	39.298.264	0,85	30.067.747	0,77
SB Izola	35.363.281	0,73	56.830.609	1,61
SB Murska Sobota	30.741.616	0,80	58.783.922	1,91
URI Soča	28.555.700	0,86	29.052.586	1,02
SB Nova Gorica	23.369.194	0,89	54.322.311	2,32
B Golnik	22.321.571	0,82	32.224.251	1,44
SB Jesenice	18.992.793	0,82	40.613.356	2,14
SB Trbovlje	15.771.617	0,87	19.905.918	1,26
OB Valdoltra	13.385.229	0,78	27.881.456	2,08
SB Ptuj	12.932.690	0,84	29.996.260	2,32
PB Idrija	9.727.738	0,87	9.150.371	0,94
SB Brežice	9.724.846	0,79	18.946.660	1,95
PB Begunje	8.595.095	0,88	7.791.147	0,91
B Topolšica	8.295.479	0,82	14.741.361	1,78
B Sežana	7.351.068	0,75	8.594.287	1,17
PB Vojnik	7.078.808	0,84	7.373.756	1,04
PB Ormož	5.235.983	0,93	6.653.364	1,27
B Postojna	4.421.916	0,91	7.176.712	1,62
BGP Kranj	2.407.999	0,83	7.424.968	3,08
CZBO Šentvid	1.744.247	0,82	2.649.809	1,52
SKUPAJ	977.660.272	0,83	1.625.747.417	1,66

Vir: Lasten prikaz.

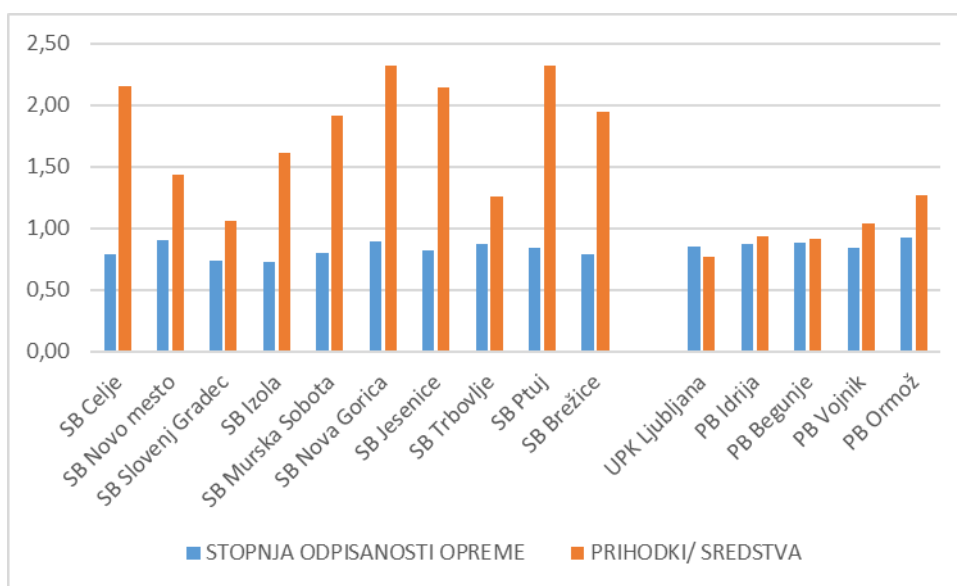
V tabeli 4 vidimo, da so višine sredstev, s katerimi upravljajo slovenske bolnišnice, zelo različne. Prav tako vemo, da se slovenske bolnišnice poleg velikosti razlikujejo tudi po specialnosti in načinu organizacije. Stopnje odpisanosti opreme so v vseh slovenskih bolnišnicah visoke, od najnižje v SB Slovenj Gradec 0,74 do najvišje 0,93 v PB Ormož. Povprečje odpisanosti osnovnih sredstev se giblje pri 83 %. V bolnišnicah je prisotne veliko stare opreme, ki resnično že potrebuje nadomestilo. Razloge za tako veliko stopnjo odpisanosti pa lahko iščemo tudi drugje. Iz Poročila o poslovanju JZZ za leto 2019 vidimo, da gre za računovodsko odpisanost, kar ne pomeni, da je oprema tudi dejansko neuporabna, ampak je to posledica predpisane visoke stopnje amortizacije za medicinsko opremo. Zaradi visoke stopnje amortizacije, ki je predpisana s strani plačnika ZZZS, je namreč oprema

veliko hitreje odpisana, kot je tudi v resnici neuporabna in zastarela ter izločena iz delovnega procesa (MZ, 2020). Stopnja amortizacije vpliva na višino stroškov amortizacije in skupne stroške ter s tem na poslovni izid bolnišnic. Višja kot je stopnja amortizacije, slabši je poslovni izid.

Bolnišnice so v letu 2019 v povprečju ustvarile 1,66 prihodka na enoto sredstev, največ BGP Kranj, kar 3,08 prihodka na enoto sredstev. Iz podatkov vidimo tudi, da bolnišnice kljub zelo veliki stopnji odpisanosti opreme opravijo veliko storitev in ustvarijo vsaj prihodek v višini sredstev, nekatere pa celo dvo- in večkratnik sredstev, s katerimi razpolagajo. Kazalnik prihodkovnosti nam pove, koliko osnovnih sredstev ima zavod vloženih na enoto prihodka, zato je cilj uspešnega poslovanja bolnišnice, da je vrednost kazalnika čim višja. Višji kazalnik pomeni tudi večjo zasedenost kapacitet.

Zaradi tako različnega nabora bolnišnic in težav s primerjavami je nabor bolnišnic zmanjšan. Za analizo so izbrane le bolnišnice, ki so vsaj po nekaterih značilnostih sorodne. Prva taka skupina bolnišnic so splošne bolnišnice, druga skupina pa psihiatrične bolnišnice. Graf na sliki 4 prikazuje stopnje odpisanosti v bolnišnicah vzporedno s količnikom med ustvarjenimi prihodki v letu 2019 in sredstvi iz bilance stanja na dan 31. 12. 2019.

Slika 4: Primerjava med stopnjo odpisanosti opreme in količnikom med prihodki in sredstvi za izbrane bolnišnice v letu 2019



Vir: Lasten prikaz.

V prvem delu prikaza na sliki 4 vidimo razmerje med stopnjo odpisanosti in količnikom med prihodki in sredstvi v letu 2019 za splošne bolnišnice, v drugem delu vidimo isti prikaz še za skupino psihiatričnih bolnišnic. Opazimo, da je stopnja odpisanosti (moder stolpec) skozi celo sliko podobna, vse slovenske bolnišnice imajo namreč podobno stopnjo odpisanosti, v povprečju je odpisane kar 83 % opreme (MZ, 2020, str. 37). Opazimo pa razliko v količniku med ustvarjenimi prihodki glede na sredstva. Vidimo lahko, da splošne bolnišnice v

povprečju ustvarijo več prihodkov glede na vložena sredstva kot psihiatrične bolnišnice. Iz podatkov vidimo tudi, da bolnišnice kljub zelo veliki stopnji odpisanosti opreme opravijo veliko storitev in v povprečju ustvarijo vsaj prihodek v višini sredstev, s katerimi razpolagajo.

Kljub temu da država kot ustanovitelj in lastnik vlaga več kot polovico proračunskih sredstev države, ki so namenjena zdravstvu, ravno v investicijska vlaganja (Keber in drugi, 2003, str. 244), stopnja odpisanosti opreme ostaja zaskrbljujoče visoka.

4.3 Kazalniki prihodkov in sredstev

Država mora svojim državljanom zagotavljati kakovostno in strokovno zdravstveno obravnavo, prilagojeno njihovim potrebam in povpraševanju. Hkrati mora zagotoviti nadzor nad poslovanjem ponudnikov zdravstvenih storitev, ki jih financira. Bolnišnice in ostali javni zdravstveni domovi so tako zavezani k učinkovitemu načrtovanju, organiziranju in vodenju poslovanja ob zagotavljanju stroškovne učinkovitosti. Tudi v JZZ se tako vedno večji poudarek namenja uporabi sodobnih prijemov obvladovanja stroškov (Tekavčič, 2001).

Eden od načinov ugotavljanja stanja v organizacijah je spremljanje poslovanja s kazalniki, saj s tem najbolj poenostavljeno in sistematično pridobimo največ med seboj primerljivih podatkov. Uspešnost poslovanja bolnišnic v Sloveniji z vidika prihodkov lahko pogledamo s pomočjo kazalnikov, izračunanih na osnovi računovodskih podatkov. Kazalniki za JZZ so prilagojeni tako, da zavodom omogočajo primerjavo s poslovnimi rezultati ostalih zdravstvenih zavodov znotraj posamezne dejavnosti in z rezultati celotne zdravstvene dejavnosti v Sloveniji.

Za ugotavljanje uspešnosti poslovanja v bolnišnicah imamo na voljo več kazalnikov, s katerimi lahko spremljamo in izrazimo uspešnost. Zelo pomembno je, da so ti kriteriji postavljeni strokovno ter da so njihovi rezultati in prikazi obrazloženi in pojasnjeni z upoštevanjem razlik, pomanjkljivosti oziroma posebnosti. Tako vemo, da so prihodki v naših bolnišnicah v veliki meri predvideni s strani plačnika, saj je cena zdravstvenih storitev določena administrativno, obseg programa pa s Splošnim dogovorom in poslovodstvo na prihodke nima odločujočega vpliva. Poslovodstvo lahko aktivno, prek procesov dela in odločanja o investicijah, vpliva na nastale stroške ter s tem na rezultat poslovanja. Za oceno uspešnosti in učinkovitosti poslovanja v bolnišnicah uporabljamo tri skupine kazalnikov.

V prvo skupino spadajo kazalniki poslovne učinkovitosti bolnišnic, ki so izračunani na podlagi kazalcev o realiziranem fizičnem obsegu dela bolnišnic po posameznih dejavnostih, na podlagi podatkov o številu zaposlenih po posameznih profilih, na podlagi podatkov o razpoložljivih materialnih zmogljivostih ter na podlagi podatkov o prihodkih in stroških za izvajanje dejavnosti posameznih enot bolnišnice. Sem sodijo nekateri standardni finančni kazalniki, kot so: kazalnik celotne gospodarnosti, delež amortizacije v celotnem prihodku,

stopnja odpisanosti opreme, spremljanje učinkovite rabe človeških in materialnih zmogljivosti, delež stroškov informatike v odhodkih, delež stroškov energije v celotnih prihodkih itd. Druga skupina kazalnikov so kazalniki kakovosti, tretja skupina pa kazalniki kliničnih poti (Došenović Bonča & Tajnikar, 2009).

Za interpretacijo in analizo poslovanja moramo rezultate z nečim primerjati. To lahko izvedemo tako, da pripravimo primerjavo med bolnišnicami, različnimi oddelki ali inštituti, lahko tudi izberemo določeno bolnišnico kot vzorec. Smiselno je, da analizo pripravimo za daljše časovno obdobje, saj s tem spremljamo gibanje rezultatov skozi čas, kar nam da širši vpogled v dogajanje in večjo možnost interpretacije. Pri tem pa moramo biti pozorni in upoštevati model poslovanja obravnavane enote, saj moramo izključiti podvajanje oziroma izpuščanje nekaterih vrednosti. Za bolnišnice je namreč značilno, da klinične poti bolnikov potekajo zelo različno, tako lahko bolniki vstopajo v bolnišnico skozi različne specialistične ambulate ali pa naravnost v bolnišnico, prav tako se pri izstopanju iz sistema oziroma odpuščanju bolnikov pojavljajo različne možnosti. Za uvedbo procesnega modela moramo predvideti vse načine gibanja bolnikov v in iz bolnišnice ter na lokacijah znotraj bolnišnice in ustrezno korigirati dobljene podatke. Na prvi stopnji analize poslovne uspešnosti opredelimo procese in njihovo medsebojno odvisnost ter kvantificiramo aktivnosti, ki tečejo znotraj teh procesov. S tem pridobimo dva pomembna podatka, ki sta potrebna za nadaljnjo analizo. Prvi nam podaja ugotovitve o izkoriščanju človeških in materialnih zmogljivosti v posameznih procesih in dejavnostih, drugi pa se nanaša na ugotovitve o uspešnosti poslovanja po posameznih procesih z vidika organizacijskih enot, ki sodelujejo v teh procesih. S pomočjo obeh rezultatov se poslovodstvo odloča za preoblikovanje procesov, kar privede do boljše učinkovitosti ter znižanja stroškov v bolnišnici. Z analizo izkoriščenosti človeških in materialnih zmogljivosti so omogočene organizacijske spremembe, ki lahko privedejo do bolj zglajenega toka pacientov skozi bolnišnico. Temeljne procese moramo v nadaljevanju povezati s podpornimi službami in jih pravilno obremeniti za stroške teh služb. Primerjava poslovne uspešnosti organizacijske enote z izkoriščenostjo zmogljivosti v njej nam pove, v kolikšni meri in kako uspešno lahko poslovodstvo vpliva na poslovno uspešnost celotne organizacije. Če določena enota kljub polni izkoriščenosti zmogljivosti in ustreznemu izvajanju temeljnih procesov dosega nizko poslovno uspešnost, lahko razloge za to iščemo v drugih okoliščinah, kot je npr. neustrezen plačni sistem (Došenović Bonča & Tajnikar, 2009).

Kazalnika gospodarnosti za bolnišnice v Sloveniji v letu 2019

$$\text{Koeficient celotne gospodarnosti} = \frac{\text{celotni prihodki}}{\text{celotni odhodki}} = \frac{1.625.747.417 \text{ EUR}}{1.630.246.451 \text{ EUR}} = 0,9972 \quad (1)$$

Na splošno velja, da je organizacija, ki ima koeficient celotne gospodarnosti 1 ali več, uspešna. Vidimo, da je za slovenske bolnišnice ta koeficient malenkost manjši od 1, kar pomeni, da odhodki nekoliko presegajo prihodke in bolnišnice skupaj poslujejo z manjšim negativnim izidom.

$$\text{Koeficient gospodarnosti pri poslovanju} = \frac{\text{prihodki iz poslovanja}}{\text{odhodki iz poslovanja}} = \quad (2)$$

$$\frac{1.612.316.011 \text{ EUR}}{1.611.770.904 \text{ EUR}} = 1,0003$$

Za kazalnik gospodarnost pri poslovanju ravno tako velja, da mora biti 1 ali več, da lahko rečemo, da je podjetje poslovalo uspešno. Koeficient gospodarnosti iz poslovanja je za naše bolnišnice večji od ena. To pomeni, da prihodki iz poslovanja v bolnišnicah presegajo odhodke iz poslovanja. V primerjavi s koeficientom celotne gospodarnosti bolnišnic v Sloveniji je ta koeficient večji, kar pomeni, da imajo bolnišnice boljši rezultat iz poslovanja kot skupen poslovni izid.

Kazalnik upravljanja s sredstvi v slovenskih bolnišnicah v letu 2019

$$\text{Kazalnik prihodkovnosti sredstev} = \frac{\text{prihodki}}{\text{sredstva}} = \frac{1.625.747.417 \text{ EUR}}{977.660.272 \text{ EUR}} = 1,66 \quad (3)$$

Kazalnik prihodkovnosti sredstev za slovenske bolnišnice v letu 2019 je bil 1,66. To pomeni, da so bolnišnice z eno enoto sredstev ustvarile 1,66 enote prihodkov. Cilj poslovanja bolnišnic je čim višji kazalnik prihodkov v primerjavi z upravljanimi sredstvi.

Obseg in sestava tržne dejavnosti za slovenske bolnišnice v letu 2019

$$\text{Delež tržne dejavnosti v celotnih prihodkih} = \frac{\text{prihodki iz tržne dej.}}{\text{celotni prihodki}} = \quad (4)$$

$$\frac{42.351.030 \text{ EUR}}{1.625.747.417 \text{ EUR}} = 0,0261$$

Delež tržne dejavnosti v slovenskih bolnišnicah je bil v letu 2019 le 2,61 %, kar pomeni, da je delež tržne dejavnosti v primerjavi s celotno dejavnostjo zelo majhen. Pogledati je sicer treba tudi rast in gibanje tega deleža skozi leta ter iskati vzroke, kar je obravnavano v poglavju o deležu tržne in javne dejavnosti.

$$\text{Delež zdravstvenih storitev tržne dejavnosti v celotni tržni dejavnosti} = \quad (5)$$

$$= \frac{\text{prihodki zdravstvenih storitev v tržni dej.}}{\text{celotni prihodki tržne dejavnosti}} = \frac{27.760.744 \text{ EUR}}{42.351.030 \text{ EUR}} = 0,6555$$

S tem izračunom vidimo, da 65,55 % prihodkov tržne dejavnosti v slovenskih bolnišnicah predstavlja zdravstvene storitve. Ugotovimo, da bolnišnice za pridobivanje prihodkov na trgu uporabljajo velik nabor storitev, tudi take, ki ne spadajo pod zdravstvene storitve. Sem lahko spadajo tako kotizacije, organizacija izobraževanj, zaračunani obratovalni stroški, druge nezdravstvene storitve, ki jih izvajajo podporne službe (prodaja hrane, pranje perila, prevozi itd.).

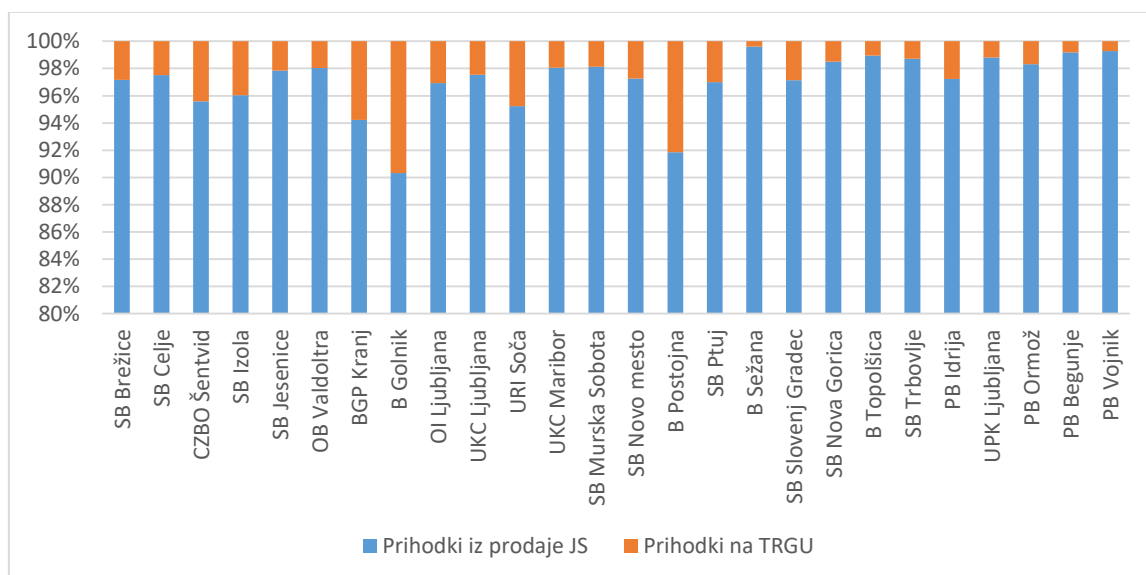
Sistem vzpostavljenih kazalcev sicer zagotavlja spremljanje različnih vidikov izvajanja zdravstvenih programov z vidika stroškovne učinkovitosti, produktivnosti, racionalnosti porabe sredstev, kakovosti sredstev itd. Smiselno je tudi z dolgoročnega vidika, saj skozi daljše časovno obdobje dobimo pomembne informacije o gibanju in spremembah v

delovanju bolnišnic. Po mnenju nekaterih ekonomistov (Kotnik, 2010) pa nam kljub temu, da so med njimi tudi kazalniki kakovosti, ne dajejo pravih odgovorov o zadovoljstvu uporabnikov, saj bi bilo za primerjavo kazalcev kakovosti med bolnišnicami treba pripraviti standardne operativne postopke za evidentiranje.

4.4 Analiza javne in tržne dejavnosti v slovenskih bolnišnicah

MZ je v Poročilu o poslovanju javnih zdravstvenih zavodov in JAZMP v letu 2019 zbralo podatke o poslovanju vseh bolnišnic v Sloveniji. Pomemben del tega poročila je tudi pregled nad poslovanjem tržne dejavnosti v bolnišnicah.

Slika 5: Prikaz prihodkov od prodaje na trgu in iz JS v skupnih prihodkih v slovenskih bolnišnicah za leto 2019



Vir: Poročilo Ministrstva za zdravje o poslovanju javnih zdravstvenih zavodov in JAZMP v letu 2019 (2020) in lasten prikaz.

Na sliki 5 lahko vidimo, da so nekatere bolnišnice pri prodaji storitev na trgu precej uspešnejše kot druge. Tako delež prihodkov, pridobljenih na trgu, predstavlja od 0,39 % pri Bolnišnici Sežana do kar 9,68 %, kolikor jih uspe na trgu pridobiti Bolnišnica Golnik. Povprečje deleža prihodkov, pridobljenih na trgu, se giblje pri 2,61 %. To nam pove, da so bolnišnice zelo različno uspešne pri trženju oziroma ponujanju svojih storitev na tržišču. Nekaj teh razlik lahko zagotovo pripišemo ambicioznosti in uspešnosti posloводства, razlike pa moramo iskati tudi v povezavi s konkretnimi zdravstvenimi storitvami, ki jih bolnišnice opravljajo, saj so nekatere zdravstvene storitve zagotovo bolj primerne za ponujanje na tržišču kot druge. Prav tako se bolnišnice razlikujejo tudi v infrastrukturi. V pozitivnem smislu poleg Bolnišnice Golnik izstopajo še CZBO Šentvid, BGP Kranj, URI Soča in Bolnišnica Postojna.

Iz Letnega poročila Univerzitetne klinike Golnik (2020), ki ima najvišji delež prihodkov, pridobljenih na trgu, vidimo, da na trgu ponujajo naslednje storitve: izobraževanja, raziskovalno dejavnost za farmacevtska podjetja, najemnine, vodarino, ogrevanje, elektriko, počitniško dejavnost itd. Tako vidimo, da morajo javni zdravstveni zavodi pri uveljavljanju svojega deleža na tržišču uporabljati vse svoje resurse, znanje in danosti, s katerimi razpolagajo. Poleg spodbujanja povpraševanja po zdravstvenih storitvah je treba na trgu aktivno ponujati tudi druge storitve z namenom pridobivanja dodatnih prihodkov.

Poleg višine in deleža prihodkov s trga je pomemben tudi rezultat, ki ga bolnišnice pri tem ustvarijo.

Tabela 5: Poslovni izid – javna služba in tržna dejavnost v bolnišnicah v letih 2018 in 2019 (v EUR)

Bolnišnica	2018		2019	
	Čisti poslovni izid JS	Čisti poslovni izid TRG	Čisti poslovni izid JS	Čisti poslovni izid TRG
SB Brežice	156.381	4.013	527.273	15.671
SB Celje	-3.646.952	98.406	-1.922.320	22.520
CZBO Šentvid	1.877	946	43.651	44.195
SB Izola	113.235	5.925	118.972	341.275
SB Jesenice	159.038	24.052	-21.615	67.234
OB Valdoltra	-14.830	163.177	-148.575	158.850
BGP Kranj	-944.914	-63.689	446.993	27.421
B Golnik	78.456	57.209	293.620	65.044
OI Ljubljana	-93.164	1.024.307	1.345.778	1.085.703
UKC Ljubljana	-22.692.994	248.458	-11.798.616	-14.804
URI Soča	451.116	162.225	537.383	80.611
UKC Maribor	-3.554.594	776.636	132.551	455.749
SB Murska Sobota	-999.329	2.086	-300.015	104.436
SB Novo mesto	42.173	352.124	935.183	315.327
B Postojna	-208.521	-14.580	-26.269	16
SB Ptuj	-736.918	185.888	181.544	174.908
B Sežana	254.552	2.390	171.382	668
SB Slovenj Gradec	-532.582	18.556	-957.894	211.459
SB Nova Gorica	-5.570.611	-103.676	-2.799.731	-42.784
B Topolšica	-136.396	1.802	2.526.176	16.941
SB Trbovlje	-166.435	-3.447	878.755	0
PB Idrija	-230.746	0	-46.613	47.603
UPK Ljubljana	1.346.254	69.383	1.714.350	36.458
PB Ormož	550	11	172.169	12.018
PB Begunje	115.981	8	238.057	115
PB Vojnik	-56.446	282	27.602	1.341
SKUPAJ	-36.865.819	3.012.492	-7.730.209	3.227.975

Vir: AJ PES (2020) in prikaz MZ (2020).

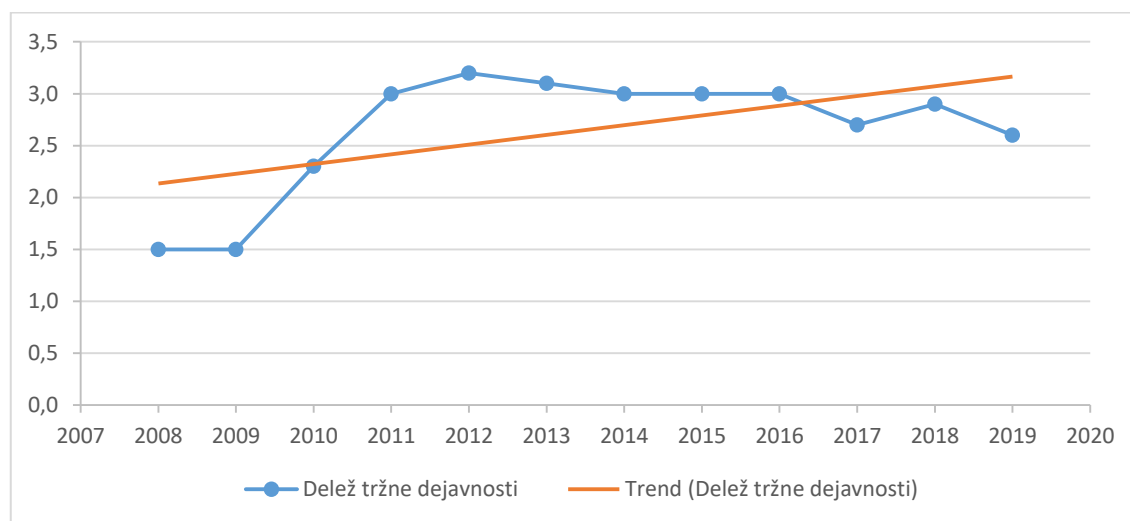
Izide poslovanja slovenskih bolnišnic iz javne službe in na trgu za leti 2018 in 2019 lahko vidimo v tabeli 5. V skupnem znesku so vse bolnišnice na trgu v letu 2018 ustvarile 3.012.492 EUR dobička, v letu 2019 pa 3.227.975 EUR dobička, kar predstavlja 7,15 % rast v letu 2019 glede na leto 2018.

Pri poslovanju nekaterih bolnišnic opazimo, da njihovi izidi poslovanja v letu 2019 glede na leto 2018 ohranjajo enako raven, pri drugih pa so opazna izrazita nihanja. Najbolj izstopajo negativni rezultati v poslovanju na trgu v nekaterih bolnišnicah. V letu 2018 so bile to SB Nova Gorica, BGP Kranj, Bolnišnica Postojna in SB Trbovlje, v letu 2019 pa SB Nova Gorica in UKC Ljubljana. Pri UKC Ljubljana je opazen velik padec, saj se je pozitiven rezultat iz poslovanja na trgu iz leta 2018 z 248.458 EUR dobička spremenil v kar 14.804 EUR izgube v letu 2019. Postavi se vprašanje o upravičenosti delovanja javnega zavoda v tržni dejavnosti, če ta pri tem poslovanju dosega negativen rezultat. Izguba iz tržnega deleža se namreč pokriva iz javnih sredstev in negativno vpliva na skupni izid poslovanja bolnišnice. V teh primerih bi bilo treba preveriti sodila za razmejevanje prihodkov in stroškov ter razloge za te rezultate.

Visok pozitiven rezultat iz poslovanja na trgu za leti 2018 in 2019 izkazuje Onkološki inštitut, ki čeprav s trga pridobiva le 3,08 % svojih prihodkov, na njem ustvari pozitiven rezultat v višini več kot 1 milijon EUR. V letnem poročilu Onkološkega inštituta za leto 2019 (Onkološki inštitut, 2020) je podrobneje opisana struktura prihodkov iz tržne dejavnosti. Največji delež dobička s trga (kar 86 %) ustvarijo z opravljanjem zdravstvenih storitev za druge zdravstvene zavode, ostalo pa s prihodki od kliničnih raziskav in tujih študij, z opravljenimi zdravstvenimi storitvami samoplačnikom, s prihodki od izobraževanj in ostalo. Pozitiven rezultat preko 100.000 EUR iz tržne dejavnosti ustvarijo tudi SB Izola, OB Valdoltra, UKC Maribor, SB Murska Sobota, SB Novo mesto, SB Ptuj in SB Slovenj Gradec.

Trženje v zdravstvu že od osamosvojitve leta 1991 ponuja možnosti in predstavlja izziv za ponudnike zdravstvenih storitev. Javnim zdravstvenim zavodom to sicer ni pglavitni cilj, vendar je smiselno in je prav, da država omogoča povečevanje prihodkov tudi v javnih zavodih na tak način. Tako se zagotavljajo dodatna sredstva, ki se tako pretakajo tudi v javni del poslovanja.

Slika 6: Prikaz deleža tržne dejavnosti v bolnišnicah (v %) in trend rasti v obdobju od leta 2008 do leta 2019



Vir: AJPES (2020) in MZ (2020) ter lasten prikaz.

Na sliki 6 so zajeti deleži tržne dejavnosti za obdobje od leta 2008 do leta 2019. Vidimo, da prihodki iz tržne dejavnosti predstavljajo komaj nekaj odstotkov prihodkov bolnišnic na leto. Od leta 2008 so prihodki z 1,5 % narasli na zdajšnjih 2,6 %. Izraženo z odstotki to ne predstavlja veliko, vendar je to v absolutnem znesku preko 42 milijonov evrov za leto 2019. Na grafu v sliki 6 je prikazan tudi pozitiven trend rasti skozi desetletje.

Vidimo lahko, da je v času ekonomske krize okoli leta 2009 prebivalstvo za zdravstvene storitve iz lastnega žepa namenjalo manj sredstev, prav tako so podjetja bolj racionalno trošila denar. Z gospodarsko rastjo in popravljanjem ekonomske situacije v naslednjih letih je opazna rast deleža prihodkov na tržišču, ki pa se po določenem časovnem obdobju ustavi oziroma celo nekoliko upade. Ta zmanjšana rast prihodkov na tržišču je lahko tudi posledica aktivne politike države pri skrajševanju čakalnih vrst in namenjanju več javnih sredstev izvajalcem za opravljanje zdravstvene dejavnosti (MZ, 2020).

V daljšem časovnem obdobju lahko pričakujemo, da se bo delež teh sredstev vsaj v primeru nadaljnje gospodarske rasti še povečeval. Pozitivno lahko na ta trend vplivata uspešno nastopanje ponudnikov na trgu in prilagajanje ponudbe javnih zdravstvenih zavodov. S povečevanjem potreb zaradi demografskih sprememb in staranja prebivalstva ter odkrivanjem novih načinov zdravljenja, ki ne bodo več nujno zahtevali daljše hospitalizacije, ampak bodo storitve lahko opravljene v enodnevem hospitalu ali ambulantno in bodo zato tudi cenovno dostopnejše, lahko predvidevamo, da se bo trend rasti še nadaljeval. Javni zdravstveni zavodi se na trgu srečujejo s konkurenco drugih ponudnikov zdravstvenih storitev, vendar se jim po mnenju Kamnarjeve (1999, str. 93) te konkurence na prelomu tisočletja še ni bilo treba bati, saj je bil njen razvoj šele v povojih. Ugotavljamo, da zasebni ponudniki tudi v letu 2019 v večini zdravstvenih dejavnosti lahko le z omejeno ponudbo konkurirajo bolnišnicam.

Prav je, da se sredstva, pridobljena na trgu, pritegne v javne zdravstvene zavode in se jih nameni izboljšanju splošne zdravstvene situacije prebivalstva. pri tem pa je pomembno, da se nad ponudbo, kakovostjo in evidentiranjem vrši kontrola, saj se lahko hitro pojavi problem izigravanja sistema. Država mora zagotavljati, da se storitve v bolnišnicah, ki se opravljajo v okviru tržne dejavnosti, vedno opravljajo v dobro javnega zavoda in nikakor kateregakoli drugega subjekta.

4.5 Primerjava med pogodbeno, realizirano in plačano vrednostjo

Javni zdravstveni zavodi morajo za svoje poslovanje pripraviti finančni načrt, ki ga pripravijo na podlagi trenutnega poslovanja, z upoštevanjem predvidljivih in načrtovanih poslovnih dogodkov v naslednjem poslovnem letu ter glede na pričakovana makroekonomska gibanja. Za poslovno leto vsi JZZ sklenejo pogodbo z ZZZS, v kateri natančno dogovorijo pogodbeno vrednost in obseg programa. Podatke o realizaciji letnega programa se spremlja v predpisanih obdobjih, prav tako tudi podatke o plačani vrednosti.

Tabela 6: Pogodbeno vrednost, realizirana vrednost in vrednost plačanega programa ZZZS v letu 2019 ter primerjava med njimi

	LETO 2019				
Bolnišnica	Pogodbeno vrednost 2019 (OZZ in PZZ)	Realizirana vrednost 2019 (OZZ in PZZ)	Vrednost plačanega programa 2019 (OZZ in PZZ)	Indeks realizirana/pogodbeno vrednost	Indeks realizirana/plačana vrednost
SB Brežice	16.139.408	17.089.580	16.506.079	1,06	1,04
SB Celje	105.320.613	108.647.996	107.456.157	1,03	1,01
CZBO Šentvid	2.246.244	2.336.945	2.336.945	1,04	1,00
SB Izola	49.252.618	49.260.835	48.971.810	1,00	1,01
SB Jesenice	35.868.128	36.660.439	36.235.407	1,02	1,01
OB Valdoltra	25.295.377	25.777.173	25.724.151	1,02	1,00
BGP Kranj	6.171.025	5.767.586	5.767.586	0,93	1,00
B Golnik	21.829.766	23.014.977	26.968.426	1,05	0,85
OI Ljubljana	128.825.537	119.814.139	119.250.874	0,93	1,00
UKC Ljubljana	520.713.098	515.894.708	512.841.925	0,99	1,01
URI Soča	19.461.519	20.604.679	19.820.082	1,06	1,04
UKC Maribor	199.834.356	211.506.334	208.611.010	1,06	1,01
SB Murska Sobota	50.728.226	51.793.456	51.356.294	1,02	1,01
SB Novo mesto	64.465.761	65.707.124	65.457.891	1,02	1,00
B Postojna	6.048.258	6.339.012	6.495.792	1,05	0,98
SB Ptuj	26.379.104	27.127.957	26.667.544	1,03	1,02

Se nadaljuje ...

Tabela 6: Pogodbena vrednost, realizirana vrednost in vrednost plačanega programa ZZZS v letu 2019 ter primerjava med njimi (nad.)

	LETO 2019				
Bolnišnica	Pogodbena vrednost 2019 (OZZ in PZZ)	Realizirana vrednost 2019 (OZZ in PZZ)	Vrednost plačanega programa 2019 (OZZ in PZZ)	Indeks Realizirana/ Pogodbena vrednost	Indeks Realizirana/ Plačana vrednost
B Sežana	8.038.378	8.189.415	8.189.415	1,02	1,00
SB Slovenj Gradec	43.842.455	44.733.511	44.658.028	1,02	1,00
SB Nova Gorica	44.386.986	50.808.493	50.504.513	1,14	1,01
B Topolšica	11.382.670	11.570.661	11.260.119	1,02	1,03
SB Trbovlje	17.313.474	17.618.228	17.266.070	1,02	1,02
PB Idrija	8.471.845	8.384.928	8.565.843	0,99	0,98
UPK Ljubljana	27.360.555	28.615.215	27.120.890	1,05	1,06
PB Ormož	6.430.874	6.067.011	6.033.633	0,94	1,01
PB Begunje	7.452.776	7.634.628	7.525.214	1,02	1,01
PB Vojnik	6.787.796	6.769.966	6.758.572	1,00	1,00
SKUPAJ	1.460.046.847	1.477.734.996	1.468.350.270	1,01	1,01

Vir: AJPES (2020) in lasten prikaz.

V prvem stolpcu tabele 6 so prikazane pogodbene vrednosti programa, to pomeni višina dogovorjenih sredstev iz pogodbe, ki jo je javni zavod sklenil z ZZZS. Tolikšna je vrednost programa, ki naj bi ga zavod opravil v letu 2019. Daleč najvišjo pogodbeno vrednost so sklenili v UKC Ljubljana, sledijo UKC Maribor, Onkološki inštitut Ljubljana in SB Celje. V skupnem seštevku so bolnišnice realizirale 17.688.149 EUR več, kot je bilo v pogodbah skupaj dogovorjeno. Če primerjamo indeks med realizirano in pogodbeno vrednostjo, vidimo, da so bolnišnice skupaj dosegle indeks 1,01. Najmanj zdravstvenih storitev glede na načrtovane storitve so opravile BGP Kranj, OI Ljubljana in PB Ormož. Načrt pa je za največ preseгла SB Nova Gorica, sledijo ji UKC Maribor, URI Soča in SB Brežice.

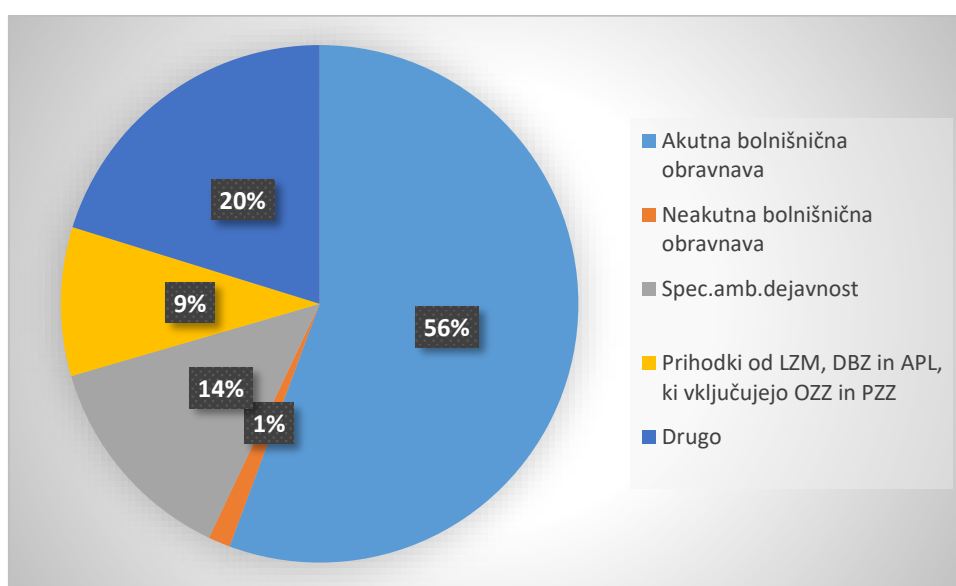
Če primerjamo realizirano vrednost s plačano vrednostjo programa, vidimo, da so bolnišnice v skupnem znesku realizirale za 9.384.726 EUR več programa, kot so ga dobile plačanega. Največ je v primerjavi s plačanim programom realizirala UPK Ljubljana, medtem ko pri B Golnik vidimo, da je dobila kar za 3.953.449 EUR več plačanega programa, kot ga je realizirala, oziroma je realizirala le 85 % plačanega programa. Večina bolnišnic se nahaja okoli indeksa 1,01, iz česar lahko sklepamo, da je ZZZS dokaj dobro pokrila opravljene storitve oziroma da so bolnišnice skupaj izvedle za 1 % več storitev, kot so jih dobile plačanih.

4.6 Pregled realiziranega programa po dejavnostih bolnišnic v letu 2019

Programe, ki jih bolnišnice izvajajo glede na dejavnosti, delimo na:

- akutno bolnišnično obravnavo,
- neakutno bolnišnično obravnavo,
- specialistično ambulantno dejavnost,
- prihodke od LZM, DBZ in APL, ki vključujejo OZZ in PZZ,
- drugo.

Slika 7: Strukturna sestava plačane vrednosti programa po dejavnosti bolnišnic v letu 2019



Vir: Poročilo Ministrstva za zdravje o poslovanju javnih zdravstvenih zavodov in JAZMP v letu 2019 (2020) in lasten prikaz.

Na sliki 7 vidimo, da akutna bolnišnična obravnava v strukturni sestavi plačane vrednosti programa predstavlja 55,65 %, ostali programi 20,21 %, specialistična ambulantna dejavnost (brez funkcionalne diagnostike in dializ) pa 13,46 %. Sledijo prihodki za ločeno zaračunljiv material, draga bolnišnična zdravila ter storitve priprave in aplikacije zdravil z 9,30 %, najmanjši delež pa pripada neakutni bolnišnični obravnavi, le 1,37 %.

Akutna bolnišnična obravnava se v Sloveniji financira po modelu skupin primerljivih primerov (v nadaljevanju SPP). Tak način obravnave se je oblikoval na podlagi t. i. sistema Diagnosis Related Groups (v nadaljevanju DRG), kjer so primeri obravnave oblikovani po skupinah med seboj primerljivih primerov. Razvoj sistema DRG sega v 80. leta prejšnjega stoletja, ko so v Združenih državah Amerike na podlagi izkušenj v razvoju industrijskih panog pripravili sistem, ki bi olajšal pregled nad delom in plačevanjem storitev ter hkrati pripomogel k nižanju in obvladovanju stroškov. Vpeljava novega sistema v letu 1983 je imela takojšen ugoden vpliv na stroške (Toth, 2003).

Izpopolnjen sistem se je hitro razširil po svetu, tako v Evropo kot tudi v Avstralijo. Busse in drugi (2013) so v svoji raziskavi »Diagnosis related groups in Europe: moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals?« pripravili primerjavo med sistemi evropskih držav. Ugotavljajo, da je večina evropskih držav vpeljala sistem DRG in ga preoblikovala glede na svoje potrebe in posebnosti. Uvedba sprva ni prinesla želenega učinka, saj se je z uvedbo novega sistema v nekaterih državah povečal pritisk na bolnišnice. S tem so se povečali tudi stroški, kar je dalo nasproten učinek od želenega. Sistem je bilo treba prilagoditi evropskemu načinu financiranja. Zaznati je bilo tudi različne negativne odklone v smislu povečanega števila ponovnih sprejemov, zmanjšanje zaznane kakovosti oskrbe pri bolnikih itd. Prav tako se je ob uvedbi sistema v evropskih državah pojavljalo nezaupanje v sistem na eni strani in izkoriščanje sistema v svoj prid v smislu izbiranja lažjih primerov na drugi. Za odpravo vseh teh anomalij je bilo treba pripraviti natančne kriterije in nadzor, s čimer se je plačilo opravljenih storitev uskladilo z dejanskimi stroški. Avtorji svojo raziskavo zaključujejo z ugotovitvijo, da je zaznati povečano zanimanje za uvedbo tovrstnega sistema tudi v drugih segmentih zdravljenja (paketi nege, ambulantne storitve itd.), vendar je zaenkrat težko pripraviti natančen nabor skupin za vse te dejavnosti. Sistemi DRG bodo po njihovem mnenju ostali še naprej v veljavi, saj so uveljavljen pokazatelj in merilec delovanja bolnišnic. Evropske države bi morale bolj kot na menjavi sistema med seboj sodelovati v smislu izpopolnjevanja sistema in izmenjevanja dobrih praks.

Skupne značilnosti vseh oblik javnega zdravstvenega varstva povzema Toth (2003, str. 369), ki ugotavlja, da je višina sredstev, ki jih države namenjajo zdravstvu, vedno omejena, nanjo lahko vplivajo le velike spremembe gospodarske rasti, največ razlik med načini plačevanja je na mezo- in mikroravni. Razlike so vezane na razvitost celotnega sistema, načini plačevanja in doseganje cen se ne uresničujejo po načelih trga, ker ne gre za pridobitno dejavnost, ampak je v prvi vrsti pomembna socialna varnost. Noben od načinov ne zagotavlja več sredstev, gre le za odločitve o razporejanju predvidenih sredstev, izvajalci nimajo možnosti odločanja o plačilu, izbrana oblika javnega zdravstvenega varstva je le eno izmed orodij za obvladovanje izdatkov v zdravstvu.

Vsaka država je razvila sebi prilagojen sistem, z upoštevanjem razmer v državi: glede na tradicijo, možnosti zdravljenja, gospodarsko razvitost, višino sredstev, ki jih namenja javnemu zdravstvu, način zbiranja teh sredstev itd. Oblikovani sistem je tudi tesno povezan z oblikovanjem kliničnih smernic in kliničnih poti v zdravstvu. Model SPP, ki ga uporabljamo pri nas, temelji na metodi plačevanja primera bolnišnične obravnave po teži zahtevnosti obravnave. Bolniki so razvrščeni v skupine glede na diagnozo in s tem povezano porabo finančnih sredstev za zdravljenje. Pri razvrščanju v sistem se upošteva podatke o glavni in dodatnih diagnozah ter o pomembnih kliničnih posegih (Pišek, 2015).

Ker je najpomembnejši kriterij za uvrstitev v skupino diagnoza in ne terapevtske storitve ali predpisana in uporabljena zdravila, tako oblikovani sistem plačevanja izvajalce sili k obvladovanju stroškov in racionalni porabi resursov, kar ima zaradi velikega deleža akutne bolnišnične obravnave v Sloveniji pomemben vpliv tudi na poslovanje bolnišnic in celotno

državno zdravstveno blagajno. Po drugi strani je tak način financiranja za izvajalce zdravstvenih storitev ugoden, saj jim zagotavlja plačilo velikega dela opravljenih storitev in lažjo kontrolo nad realiziranim delom programa ter lažje načrtovanje obsega storitev. Problem se pojavlja pri razvrščanju in kodiranju teh storitev, saj je administrativna obravnava v takšnem sistemu dokaj zahtevna. Pomembno je, da so vse opravljene storitve razvrščene v ustrezen SPP in temu primerno plačane.

Akutno bolnišnično obravnavo in s tem plačevanje po modelu SPP v Sloveniji izvaja 19 od 26 javnih bolnišnic. Že iz njihove predstavitve je razvidno, da se bolnišnice med seboj zelo razlikujejo glede na velikost in specialnost. Tako so nekatere bolnišnice namenjene le obravnavi ene vrste bolezni ali eni vrsti zdravljenja, druge se ukvarjajo z obširno diagnostiko, tretje pa so tako imenovane splošne bolnišnice, ki so namenjene širši paleti pacientov. Ravno zato je treba pri primerjavi bolnišnic glede izvajanja akutne bolnišnične obravnave to upoštevati. Bolnišnice v Sloveniji zato uporabljajo različen nabor SPP.

Tabela 7: Pregled realiziranih SPP, realiziranih uteži, realiziranih povprečnih uteži in rezultat poslovanja v slovenskih bolnišnicah za leto 2019

Bolnišnica	Real. SPP 2019	Real. uteži 2019	Real. povprečne uteži 2019	Rezultat poslovanja 2019
SB Brežice	6.458	7.859	1,2170	542.944
SB Celje	31.905	49.337	1,5464	-1.899.800
SB Izola	14.432	21.309	1,4765	460.247
SB Jesenice	13.196	18.870	1,4300	45.619
OB Valdoltra	6.599	17.252	2,6143	10.275
BGP Kranj	4.050	3.702	0,9140	474.414
B Golnik	8.998	11.081	1,2315	358.664
OI Ljubljana	16.320	17.629	1,0802	2.431.481
UKC Ljubljana	96.045	177.171	1,8447	-11.813.420
UKC Maribor	44.985	80.860	1,7975	588.300
SB Murska Sobota	17.627	23.804	1,3504	-195.579
SB Novo mesto	20.681	30.837	1,4911	1.250.510
B Postojna	3.239	3.241	1,0005	-26.253
SB Ptuj	9.249	11.820	1,2780	356.452
B Sežana	602	1.085	1,8019	172.050
SB Slovenj Gradec	15.222	21.573	1,4173	-746.435
SB Nova Gorica	15.345	22.054	1,4372	-2.842.515
B Topolšica	3.472	6.182	1,7804	2.543.117
SB Trbovlje	6.170	8.156	1,3219	878.755
SKUPAJ	334.595	533.822	1,5954	-7.411.174

Vir: Poročilo Ministrstva za zdravje o poslovanju javnih zdravstvenih zavodov in JAZMP v letu 2019 (2020) in lasten prikaz.

V prvem stolpcu tabele 7 imamo podatke o številu opravljenih SPP v bolnišnicah v letu 2019. V drugem stolpcu so ti SPP obteženi s povprečnimi utežmi. Podatek iz tretjega stolpca

o realizirani povprečni uteži nam pove, koliko so opravljeni SSP v posameznih bolnišnicah v letu 2019 v povprečju obteženi. Vidimo, da imajo bolnišnice v povprečju zelo različne uteži, kar je odraz storitev in zdravstvenih dejavnosti, ki jih bolnišnica izvaja. Med seboj je smiselno primerjati bolnišnice, ki imajo podoben program, to bi v našem primeru lahko bile splošne bolnišnice. Izhajamo iz tega, da so približno enakega reda velikosti, da so prostorsko načeloma v državi enakomerno razporejene, da zagotavljajo tako internistično kot kirurško in pediatrično ter ostale osnovne strokovnosti. Vidimo, da se njihove povprečne realizirane uteži gibljejo med približno 1,2 in 1,5, kar nam na prvi pogled ni videti veliko. Če v nadaljevanju to utež pomnožimo z vrednostjo SPP, lahko dobimo tudi okoli 500 EUR razlike pri enem primeru. Če naprej upoštevamo še podatek o številu obravnavanih primerov v letu, že govorimo o velikem vplivu povprečnih uteži na prihodke bolnišnic.

Ostale bolnišnice med seboj ponovno niso primerljive, saj vemo, da tako UKC Ljubljana kot UKC Maribor izvajata terciar, ki je bistveno bolj obtežen. Specialne bolnišnice, kot je recimo OB Valdoltra, pa imajo zaradi specialnih znanj in zahtevnosti posegov tudi neprimerljivo višje uteži. Enako velja tudi za druge specialne bolnišnice. Na drugi strani vidimo, da ima Bolnišnica Sežana le 602 primera SPP v letu 2019, saj je njen program zaradi narave dela v večini obračunan po BOD in zato ni mogoče pripraviti primerjave z ostalimi.

Obseg programa se na podlagi Splošnega dogovora načrtuje prospektivno, to pomeni z vnaprej določenimi finančnimi okvirji. Na podlagi načrtov iz preteklih let in z upoštevanjem predvidenih programov za zmanjševanje čakalnih vrst ali drugih prednostnih programov se pripravi finančni načrt. Del programa se plačuje prospektivno, del po realizaciji in del nad načrtom. V akutni bolnišnični obravnavi je prišlo v letih 2018 in 2019 do povečanja programa tudi zaradi leta 2017 izvedenega enkratnega dodatnega programa za zmanjševanje čakalnih vrst.

Pri določanju števila obravnavanih bolnikov po enotah in preverjanju uspešnosti delovanja bolnišnic se pojavljajo problemi podvajanja in težke sledljivosti pacientom. Bolniki namreč prehajajo iz ene enote v drugo po zelo različnih poteh, tako prek specialističnih ambulant kot iz ene bolnišnične enote v drugo. Za določitev natančnega števila obravnavanih bolnikov, s katerim bi lahko natančno ocenili izkoriščenost kapacitet, tako ne moremo uporabiti podatkov o plačilu ambulantnih pregledov (cena in vrednost točke) niti števila zaključenih obravnav v okviru sistema SPP. Če bi namreč te podatke enostavno sešteli, bi zanemarili razne možnosti prehajanja med enotami, ki se v resnici dogajajo, in bi izkazovali nerealne obremenitve posameznih enot bolnišnice. Ko pridemo z upoštevanjem teh popravkov do števila bolnikov, moramo pripraviti nabor normativov za vsak tip zmogljivosti in za vsako enoto opazovanja v bolnikovem toku. Upoštevati moramo tako človeške zmogljivosti, ki jih po navadi opredelimo z urami dela po posameznih profilih delavcev, prostorske, kjer predvidimo potreben prostor za vsako dejavnost, posteljne zmogljivosti, kjer največkrat upoštevamo ležalno dobo v enoti, prav tako pa moramo opredeliti tudi normative za aparate. Ker je v bolnišnici v uporabi ogromno aparatov, je smiselno, da se osredotočimo le na najdražje, ki po navadi predstavljajo ozka grla, in zanje določimo normative.

Došenović Bonča in Tajnikar (2009) navajata, da nam tok bolnikov, ki potrebujejo obravnavo, predstavlja povpraševanje, naše zmogljivosti, izražene z normativi, pa ponudbo. Odnos med povpraševanjem in ponudbo nam kaže izkoriščenost zmogljivosti znotraj posamezne enote. Izkaz uspeha poslovanja enote izrazimo z razliko med prihodki in odhodki, ki se morajo nanašati samo na to enoto. Pri tem ponovno naletimo na težave, saj je opredelitev stroškov, ki se nanašajo le na obravnavano enoto, pogosto težavna. Pri tem razvrščanju se uporabljajo različne metode. Tako lahko stroške zdravil npr. ocenimo s povprečjem stroškov zdravil na posameznega bolnika pri različnih SPP, prav tako lahko zaposleni različnih profilov delajo v več enotah in moramo natančno opredeliti, kolikšen del njihovih stroškov spada v obravnavano enoto. Za stroške, ki jih ne moremo drugače opredeliti, uporabljamo ključne. Z njimi razporedimo stroške med enotami na osnovi zastavljenih kriterijev.

Došenović Bonča in Tajnikar (2014) delita vzroke za poslovno neuspešnost na notranje in zunanje. Notranja vzroka sta dva. Prvi notranji vzrok neuspešnosti so neustrezni normativi, ki jih dosegajo zaposleni v enoti bolnišnice, drugi pa je neustrezna izkoriščenost razpoložljivih zmogljivosti. Če poslovodstvo zagotavlja ustrezno izkoriščenost in ustrezne normative, moramo vzrok za neuspešnost poslovanja iskati zunaj bolnišnice. V tem primeru je to neustrezen plačilni sistem oziroma neustrezne cene, ki jih zunanji plačnik priznava za zdravstvene storitve, ki jih opravlja bolnišnica.

Za obračunavanje in plačevanje neakutne bolnišnične obravnave se v slovenskih bolnišnicah uporablja popolnoma drugačen sistem. Za bolnike, ki po zaključeni diagnostični obravnavi in zastavljenem zdravljenju še ne morejo nadaljevati bivanja zunaj bolnišnice, je namenjena neakutna bolnišnična obravnava. Pri tem se spremlja število bolnišničnih oskrbnih dni (BOD). Iz poročila MZ (2020) sledi, da je bilo v letu 2019 v bolnišnicah realiziranih 108.897 BOD, kar je za 10.909 BOD oziroma za 9,11 % manj od načrtovanega in za 8.245 BOD oziroma za 7,04 % manj kot v letu 2018. Tudi pri tem načinu evidentiranja je plačilo za enoto pavšalno, medtem ko se stroški storitev, opravljenih na pacientih, za BOD razlikujejo. Ker gre za manj zahtevne storitve, pa so ta odstopanja večinoma manjša kot pri SPP. V skupni sestavi programa po dejavnostih neakutna bolnišnična obravnava predstavlja le 1 % vsega programa.

Naslednji pomemben del programa zdravstvene dejavnosti v slovenskih bolnišnicah predstavlja specializirana zunajbolnišnična/ambulantna zdravstvena dejavnost. Izvaja, spremlja in obračunava se na drugačen način, in sicer s številom točk. Vsaka storitev je vredna določeno število točk, ko se storitev opravi, pa se točke zabeležijo in prištejejo. Prejeto plačilo od ZZS je vezano na število vnaprej načrtovanih in opravljenih točk. Vrednostno predstavlja okoli 9 % vsega izvedenega programa v naših bolnišnicah. Ker za te paciente ni potrebna hospitalizacija, so tako opravljene storitve cenejše. Z razvojem stroke in izpopolnjevanjem zdravstvenih postopkov si želimo, da bi v največji možni meri nadomestila akutno bolnišnično obravnavo in tako pripomogla k doseganju enakih rezultatov z manjšimi stroški. Enodnevni hospital oziroma ambulantna obravnava ter čim

hitrejšje odpuščanje v domačo oskrbo sta prihodnost zdravstva pri nižanju stroškov za opravljene storitve.

Tabela 8: Realizacija specialistične zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti v letu 2019 glede na FN (finančni načrt) 2019 in glede na realizacijo 2018

Bolnišnica	Real. 2018	Real.2019	Real. 2019/FN 2019	Real. 2019/Real. 2018
SB Brežice	725.925	725.135	108,06	99,89
SB Celje	3.030.863	3.076.322	99,35	101,50
CZBO Šentvid	4.260	3.996	113,75	93,80
SB Izola	1.429.968	1.375.259	90,35	96,17
SB Jesenice	1.072.628	1.009.765	106,51	94,14
OB Valdoltra	226.035	242.165	116,99	107,14
BGP Kranj	50.038	65.049	106,66	130,00
B Golnik	811.760	798.370	105,74	98,35
OI Ljubljana	847.910	894.270	99,79	105,47
UKC Ljubljana	9.578.115	10.242.967	102,69	106,94
URI Soča	873.904	983.387	116,58	112,53
UKC Maribor	4.599.823	4.784.832	110,71	104,02
SB Murska Sobota	1.476.855	1.524.913	104,46	103,25
SB Novo mesto	1.891.247	1.811.386	102,03	95,78
B Postojna	69.486	79.244	126,38	114,04
SB Ptuj	827.685	900.637	106,29	108,81
B Sežana	163.202	205.139	101,98	125,70
SB Slovenj Gradec	1.127.236	1.212.185	101,01	107,54
SB Nova Gorica	1.177.852	1.187.407	102,25	100,81
B Topolšica	406.838	393.614	93,50	96,75
SB Trbovlje	465.664	438.732	95,20	94,22
PB Idrija	198.430	201.582	99,71	101,59
UPK Ljubljana	896.617	932.386	107,11	103,99
PB Ormož	176.217	150.421	92,96	85,36
PB Begunje	157.364	147.027	118,27	93,43
PB Vojnik	189.229	196.985	99,80	104,10
SKUPAJ	32.475.151	33.583.175	103,50	103,41

Vir: Poročilo Ministrstva za zdravje o poslovanju javnih zdravstvenih zavodov in JAZMP v letu 2019 (2020)in lasten prikaz.

Iz tabele 8 je razvidno, da daleč največ storitev v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti opravi UKC Ljubljana, kjer so leta 2019 realizirali kar 10.242.967 točk. Sledijo UKC Maribor, SB Celje, SB Novo mesto in SB Izola. Finančni načrt za leto 2019 je v največji meri presegla B Postojna, v primerjavi z realizacijo za leto 2018 pa sta največji dvig točk zabeležila BGP Kranj in B Sežana.

Ostale bolnišnične dejavnosti, ki so tudi del Splošnega dogovora, se nanašajo na različne dodatne programe, ki niso zajeti v prejšnjih načinih obravnave. Sem tako sodi program

psihiatrije, ki se izvaja tako v nekaterih specializiranih psihiatričnih bolnišnicah kot tudi v obeh univerzitetnih kliničnih centrih. Iz poročila sledi, da so v letu 2019 UKC Ljubljana, UKC Maribor, UPK Ljubljana, PB Vojnik in PB Begunje realizirali dogovorjeni program, medtem ko PB Idrija in PB Ormož programa nista realizirala v celoti. Prav tako med dodatne bolnišnične dejavnosti sodi program, namenjen za obravnavo invalidne mladine. V CZBO Šentvid so presegli načrtovani program za 5,75 %, SB Nova Gorica (Stara Gora) pa je načrt presegel le za minimalnih 0,67 %. V naslednjem velikem dodatnem sklopu, programu transplantacij, je bil načrtovani program realiziran 93,85 %. Daleč največ transplantacij, 366 od 371, je bilo v letu 2019 izvedenih v UKC Ljubljana. URI Soča pa je program rehabilitacije realiziral s 1.704 primeri od načrtovanih 1.615 primerov. Načrt je tako presegel za 5,51 % (Ministrstvo za zdravje, 2020).

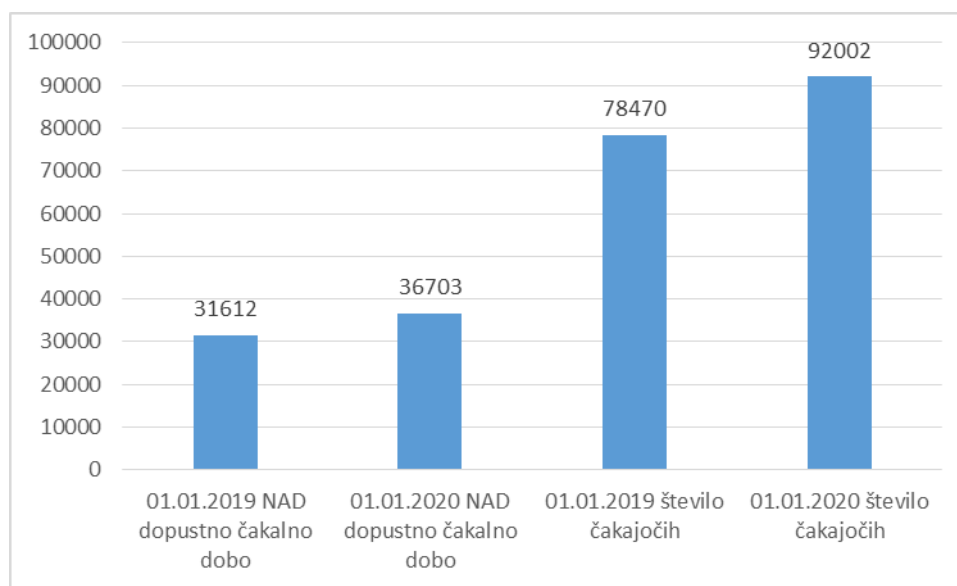
Kar 9 % programa bolnišnic, če jih primerjamo glede na dejavnost, zajemajo prihodki od LZM, DBZ in APL, ki vključujejo OZZ in PZZ. Za zdravljenje nekaterih bolezni se namreč uporablja zdravila s posebnega seznama, ki morajo biti dodatno odobrena in zaračunana ZZZS, saj niso na seznamih A in B, ZZZS pa jih plača na podlagi pacientom odobrenih odločb, če so uporabljena za namene zdravljenja. Ta zdravila predstavljajo zelo velike zneske in se jih obračunava individualno.

4.7 Analiza čakalnih vrst

Vzroke za nastanek čakalnih vrst vedno najprej iščemo v pomanjkanju kapacitet. Analiza, ki jo je pripravilo MZ (2020), je med glavnimi razlogi za predolge čakalne dobe izpostavila:

- povečuje se pričakovana življenjska doba, kar pomeni večje število starostnikov,
- pri nekaterih specialnostih prihaja do velikega pomanjkanja zdravnikov,
- obseg plačanega programa s strani ZZZS je premajhen,
- spreminjajo se strokovne usmeritve za zdravstveno obravnavo,
- uvajajo se biološka zdravila, katerih prejemniki imajo zagotovljeno prednostno obravnavo,
- s primarne ravni je zaznati bistveno več napotitev na sekundarno in terciarno raven,
- te napotitve so pogosto strokovno neutemeljene in nepotrebne,
- cene zdravstvenih storitev so prenizke,
- upokojitve zdravstvenih delavcev niso nadomeščene, zato število zaposlenih ni v skladu s programom.

Slika 8: Prikaz primerjave med številom čakajočih nad dovoljeno čakalno dobo in skupnim številom čakajočih na dan 1. 1. 2019 in na dan 1. 1. 2020



Vir: Mesečno poročilo NIJZ o čakalnih dobah na dan 1. 1. 2020 (2020).

Na sliki 8 vidimo spremembo števila čakajočih, če primerjamo stanje na dan 1. 1. 2019 in stanje na dan 1. 1. 2020. V prvem, najnižjem stolpcu vidimo, da je na dan 1. 1. 2019 nad dopustno čakalno dobo čakalo 31.612 pacientov. Njihovo število se je v enem letu, na dan 1. 1. 2020, povečalo na 36.703 pacientov. To pomeni, da je nad dopustno čakalno dobo v začetku leta 2020 čakalo kar 5.091 oseb več oziroma 16,1 %. Glede na pravila, ki veljajo glede čakalnih vrst, in glede na to, da želimo kot družba zagotoviti največje možne ugodnosti za paciente, je čakanje nad dopustno čakalno dobo ravno tisti dejavnik, ki se mu želimo izogniti. Predstavlja namreč veliko omejitev in tveganje za bolnike, ki potrebujejo obravnavo, vendar do nje nimajo dostopa v primernem času.

Tretji in četrti stolpec prikazujeta skupno število čakajočih na dan 1. 1. 2019 in na dan 1. 1. 2020. Vidimo, da se je število napotenih bolnikov z 78.470 povzpelo na 92.002 oseb oziroma za 13.532 ali 17,2 %. Ravno tako kot pri številu oseb, čakajočih nad dovoljeno čakalno dobo, tudi pri vseh čakajočih vidimo zelo velik porast. Za obdobje enega leta je ta razlika zelo velika, saj se zdravstveno stanje prebivalstva v enem letu ne more tako drastično poslabšati. Razloge za tako veliko povečanje napotitev in uvrstitev pacientov na čakalne seznane moramo torej iskati drugje. Zaskrbljujoč je tudi podatek, da kar 39,89 % čakajočih na dan 1. 1. 2020 čaka nad zakonsko dovoljeno čakalno dobo.

Po mnenju Remškarja (2017) so konkretni vzroki za daljšanje čakalnih vrst na sekundarni ravni defenzivna medicina, torej naročanje tudi za lažje težave k specialistom, nezaupanje med pacientom in osebnim zdravnikom, slaba komunikacija med različnimi specialisti, ki pacienta obravnavajo vsak samo s svojega vidika zdravstvenega problema, ter uvedba elektronske napotnice, ki vodi v brezosebnost medicine.

Predvsem nekatere vrste storitev, kot so operacija sive mreže, ultrazvok dojke, magnetna resonanca glave in skeleta, ambulantne storitve oralne kirurgije, storitve revmatološke ambulante, ortopedske operacije itd., imajo po podatkih NIJZ zelo dolge čakalne vrste.

SKLEP

V večini razvitih zdravstvenih sistemov največji izziv poleg pridobivanja sredstev predstavlja pravično razporejanje sredstev. Tudi v najbogatejših državah so namreč finančna sredstva, namenjena zdravljenju in oskrbi pacientov, omejena, medtem ko se potrebe zaradi spreminjanja demografske sestave prebivalstva vztrajno večajo. Tudi v Sloveniji se v zadnjih letih sredstva, namenjena za zdravstvo, povečujejo, med njimi pa največji delež predstavljajo prav sredstva za poslovanje bolnišnic. Zdravstveni sistem, kot ga poznamo danes, je nastal leta 2003 z zdravstveno reformo. Z ukinitvijo sistema, ki je bil v veljavi še v nekdanji državi, se je Slovenija približala sistemom, kot jih poznajo ostale primerljive članice EU. Uveden je bil sistem na osnovi Bismarckovega principa, ko se sredstva za delovanje zdravstva zbirajo na osnovi prispevkov delavcev in ostalih zavarovancev. Izpeljana je bila zdravstvena reforma, dodane so bile različne systemske spremembe in tako se je oblikovala edinstvena oblika zdravstvenega varstva, ki vključuje tako osnovno zavarovanje kot dopolnilno zdravstveno zavarovanje ter v manjši meri tudi ostale oblike dodatnega zavarovanja.

Analiza prihodkov prikazuje enakomerno rast prihodkov v slovenskih bolnišnicah, ki so posledica povečanja povpraševanja in na podlagi tega sprejetih odločitev plačnika, to je ZZZS, in ostalih odločevalcev. Odločevalci prihodke bolnišnic načrtujejo prospektivno, kar pomeni, da so v okviru določenega, vnaprej postavljenega finančnega okvira. Odločevalci v veliki meri odločajo tako o višini teh sredstev kot tudi o njihovi razporeditvi. Ugotavljam, da so opravljene storitve, ki so bile s Splošnim dogovorom na letni ravni dogovorjene in v javnih zdravstvenih zavodih opravljene, v veliki meri plačane, zato lahko sklepam, da neplačilo opravljenih storitev ni težava. Težava se torej pojavlja pri odločitvah o sestavi in obsegu programa, ki niso usklajene s povpraševanjem. Iz tega je razvidno, da je plačnik tisti, ki program regulira in ki ima možnost uvajati spremembe ali večati določene programe. Veliko težavo predstavlja tudi časovni okvir, v katerem se sprejemajo odločitve, saj se te sprejemajo prepozno, kar privede do dejstva, da se program dejansko ne načrtuje, ampak se razpoložljiva sredstva le razporeja. Pogodbe med izvajalci in ZZZS bi se morale podpisovati vsaj v začetku tekočega leta, tako bi izvajalci imeli možnost načrtovanja, pravočasnega organiziranja in načrtovanja obsega in vrste storitev.

Iz pripravljene analize o sredstvih bolnišnic vidimo, da so osnovna sredstva, ki jih imajo bolnišnice v uporabi, v veliki meri, v povprečju kar 83 %, odpisana. Iz teh podatkov lahko sklepam, da se sredstva ne obnavljajo dovolj hitro. Prav tako lahko sklepam, da se v osnovna sredstva in tehnologijo ne vlaga načrtovano in dolgoročno, ampak se bolnišnice odločajo za nakupe bolj na podlagi trenutnih zmožnosti in aktualnega stanja. Vemo namreč, da razvoj medicine in tehnologije bliskovito napreduje in da z vsakim stagniranjem v bistvu

nazadujemo, prav tako pa tudi vemo, da sodobnejša tehnologija in farmacija predstavljata velik finančni zalogaj. Izziv na tem področju bi nam lahko bila priprava smernic in usmeritev na državni ravni z razporeditvijo sredstev in specialnosti glede na druge danosti. Ena izmed vizij našega sistema bi lahko bila, da bi se naše splošne bolnišnice glede na majhnost naše države usmerjale in dodatno usposablјale za omejene specialnosti glede na potrebe prebivalstva in v tem smislu razvijale vrhunske strokovnjake ter intenzivneje vlagale v infrastrukturo. Iz podatkov o prihodkih in rezultatih poslovanja vidimo, da se redno poslovanje bolnišnic financira skoraj v celoti, ne vlaga pa se v razvoj, infrastrukturo in nabavo novejše, modernejše opreme.

Največji delež sredstev za delovanje slovenskih bolnišnic se porabi za dejavnost akutne bolnišnične obravnave, ki je zasnovana na skupinah primerljivih primerov. Skupine teh primerov so bile zastavljene že ob reformi sistema in se od takrat niso več na novo oblikovale. Prednost takšnega sistema obračunavanja je, da vse bolnišnice dobijo enako plačilo za obravnavo enake diagnoze pri zdravljenju bolnika. To izvajalce sili k optimiziranju stroškov, kar je bila največja pomanjkljivost prejšnjega sistema. Pomembno bi moralo biti, da bi se sistem razvijal v skladu z razvojem znanosti in tehnologije, ki omogočata vedno nove postopke zdravljenja. Vemo pa, da so bili vsi poskusi ponovnega vrednotenja neuspešni. Pojavlja se vprašanje zakaj. Vzroke za nezainteresiranost pri uvajanju sprememb lahko iščemo pri plačniku, torej ZZS, prav tako pa bi verjetno vzroke lahko našli tudi na strani nekaterih javnih zdravstvenih zavodov, ki so s trenutno situacijo zadovoljni in predvidevajo, da bi bili v ponovnem vrednotenju ocenjeni slabše. Prospektivno financiranje sistema namreč lahko privede do selekcije pacientov. Pojavi se torej vprašanje, ali sistem omogoča, da nekatere bolnišnice načrtujejo in delajo glede na stroške boljše obtežene storitve in imajo zato pozitiven rezultat ali pa gre nasprotno pri tistih, ki slabše poslujejo, za slabo organiziranost in izkoriščenost resursov. Analiza je pokazala, da višina povprečnega SPP ni neposredno povezana z dobrim poslovanjem zavoda. Smiselna bi bila priprava novega sistema vrednotenja in ocenjevanja uspešnosti poslovanja bolnišnic, ki bi za ugotavljanje uspešnosti posamezne poslovne enote v celoti upoštevala medsebojno opravljene storitve in medsebojno fakturirane storitve. Tako pridemo do resničnega rezultata poslovanja posamezne enote in do rezultatov, ki so lahko podlaga za odločanje v smislu nižanja stroškov in iskanja odgovorov, ali bi lahko s pomočjo zniževanja cen dejavnikov vplivali na poslovno uspešnost in druge odločitve v zvezi z izkoriščenostjo resursov in financiranjem bolnišnice.

Če zdravstveni sistem v Sloveniji ocenjujemo z vidika pacientov, je eden od najpomembnejših kriterijev čakalna doba. Pacient namreč upravičeno pričakuje, da bo s svojo vključitvijo v sistem zdravstvenega zavarovanja do potrebnih storitev dostopal v smiselnih rokih in brez večjih težav. Izkušnje nam povedo, da v veliko primerih ni tako, da je treba za uvrstitev na čakalni seznam oziroma za obravnavo pri specialističnem zdravniku pogosto uporabiti kar veliko iznajdljivosti, tudi tuje pomoči, hkrati so čakalne dobe še vedno

predolge za prenekatero zdravstvene storitve. Smisel zdravstvenega sistema je v tem, da pomaga bolnikom takrat, ko potrebujejo pomoč, vendar vidimo, da naš sistem ne deluje tako.

Ker vemo, da se prihodki, ki se zberejo v državno zdravstveno blagajno, ne morejo več povečevati, saj je delo v Sloveniji že dovolj obremenjeno z davki in prispevki, bi morali več aktivnosti nameniti drugi strani, to je porabi in razporeditvi teh sredstev. Izziv bi lahko bil uveljavljanje smernic, ki bi zdravnikom na primarni ravni omogočale boljše izvajanje poslanstva. Verjetno ni najbolj smiselno, da se nezadržno zvišuje število opredeljenih pacientov enemu zdravniku na primarni ravni, zdravnik pa ima zato skrajno omejen čas, da se pacientu posveti, mu da nasvet, da najde rešitev ali sprejme odločitev o napotitvi. Veliko težavo na tem področju zato predstavljajo nepotrebne napotitve pacientov na zdravljenje s strani napotnega oziroma osebnega zdravnika ali neustrezno označena stopnja nujnosti. MZ, Zdravniška zbornica Slovenije in ZZZS so se s temi težavami že večkrat spopadali, vendar prave rešitve še vedno ni na vidiku. Pacienti pogosto pritiskajo na zdravnika, saj so vedno bolj seznanjeni s svojimi pravicami in možnostmi zdravljenja. Prav tako se obračajo na varuha pacientovih pravic in s tem dodatno vršijo pritisk na zdravnike na primarni ravni. Veliko bi se v smislu nižanja stroškov na sekundarni ravni naredilo, če bi se osebnemu zdravniku dalo tisto težo in položaj, ki ju je imel včasih. Vemo namreč, da so stroški storitev na primarni ravni veliko manjši kot stroški storitev na sekundarni ravni, zato bi veliko privarčevali, če bi se čim več pacientov uspešno zdravilo na primarni ravni.

Kljub velikemu povečanju sredstev, ki se namenjajo za zdravstvo, nekatera sredstva so celo namenjena izključno krajšanju čakalnih vrst, teh nismo uspeli skrajšati. Ker pacientom tako ni omogočen hiter dostop do zdravstvenih storitev, to vpliva na povečanje sredstev, ki jih pacienti za zdravstvene storitve namenjajo iz svojega žepa. Pri analizi tržne dejavnosti v bolnišnicah ugotavljam, da je delež zdravstvenih storitev v tržni dejavnosti veliko manjši, kot sem pričakovala, ter hkrati, da je med tržnimi storitvami, ki jih bolnišnice opravijo, prevladujoč delež nezdravstvene dejavnosti oziroma nezdravstvenih storitev. Iz tega podatka je razvidno, da je na tem področju še veliko možnosti za povečanje prihodkov prav iz tržne zdravstvene dejavnosti. Kot izziv za nadaljnje poslovanje nam je vsekakor lahko razvoj takih zdravstvenih storitev, ki bi bile zanimive in privlačne. Nekatere od možnosti bi lahko bile tudi storitve, usmerjene v preventivo (pregledi, nasveti, testiranja, učenje itd.). Namen tako pridobljenih sredstev mora biti, da se prelijejo v javne zdravstvene zavode v skrb za razvoj in izobraževanje zaposlenih. Predpogoj pa ostaja, da se ta sredstva in tovrstne aktivnosti strogo razmejuje od ostalih, plačanih in dogovorjenih storitev z ZZZS.

Menim, da je in mora tudi v prihodnje ostati najpomembnejše vodilo našega zdravstvenega sistema solidarnost, ki bolnikom ne glede na njihov finančni položaj zagotavlja enakopraven dostop do zdravstvenih storitev. Brez posredovanja države tega ni mogoče zagotoviti, zato ostaja ideja o reformi v zdravstvu v obliki družbenega in političnega konsenza še naprej odprta.

LITERATURA IN VIRI

1. Agencija Republike Slovenije za javne evidence in storitve. (2020a). *Javna agencija za zdravila in medicinske pripomočke Letno poročilo za leto 2019*. Pridobljeno 22. januarja 2021 iz <https://www.ajpes.si/podjetje/JAZMP?enota=367523&EnotaStatus=1>
2. Agencija Republike Slovenije za javne evidence in storitve. (2020b). *Letno poročilo 2019 Diagnostični center Bled*. Pridobljeno 13. oktobra 2020 iz https://www.ajpes.si/podjetje/Diagnosticni_center_Bled_d.o.o.?enota=175814&EnotaStatus=1
3. Agencija Republike Slovenije za javne evidence in storitve. (2020c). *Letno poročilo Kirurgija Bitenc, d. o. o.* Pridobljeno 13. oktobra 2020 iz <https://www.ajpes.si/jolp/podjetje.asp?maticna=1532723000>
4. Agencija Republike Slovenije za javne evidence in storitve. (2020č). *Letno poročilo Kirurškega sanatorija Rožna dolina, d. o. o., za leto 2019*. Pridobljeno 13. oktobra 2020 iz <https://www.ajpes.si/jolp/podjetje.asp?maticna=5966809000#>
5. Agencija Republike Slovenije za javne evidence in storitve. (2020d). *Letno poročilo MD Medicina, d. o. o.* Pridobljeno 13. oktobra 2020 iz https://www.ajpes.si/jolp/podjetje.asp?maticna=5748429000&id_prikaza=2&id=12487873#porocilo
6. Agencija Republike Slovenije za javne evidence in storitve. (2020e). *MC Medicor, d. d., Letno poročilo 2019*. Pridobljeno 13. oktobra 2020 iz <https://www.ajpes.si/jolp/podjetje.asp?maticna=5743575000>
7. Bagon, J., Cirman, A., Hajtnik, T., Ivačič, A., Kamnar, H., Kociper, M. in drugi (2006). *Priročnik za javne menedžerje*. Ljubljana: Portis.
8. Ballini, L., Negro, A., Maltoni, S., Vignatelli, L., Flodgren, G., Simera, I., Holmes, J. & Grilli, R. (2015). *Interventions to reduce waiting times for elective procedures*. Pridobljeno 22. septembra 2020 iz <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005610.pub2/full#CD005610-tbl-0001>
9. Busse, R., Geissler, A., Aaviksoo, A., Cots, F., Hakkinen, U., Kobel, C., Mateus, C., Or, Z., O'Reilly, J., Serden, L., Street, A., Tan, S. & Quentin, W. (2013) *Diagnosis related groups in Europe: moving towards transparency, efficiency, and quality in hospitals?* University of Wollongoong: BMJ (Clinical research ed.) Pridobljeno 12. decembra 2020 iz <https://www.bmj.com/content/346/bmj.f3197>
10. Čižman, M. (2019). *Tema: Letno poročanje določenih in drugih uporabnikov. IKS, 12/19*, str. 33–46. Ljubljana: Zveza računovodij, finančnikov in revizorjev.
11. Dolžan, M. (2007). *Letno poročilo javnega zavoda – primer Klinični center (specialistično delo)*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
12. Došenović Bonča, P. (2014). *Opredelitev in merjenje učinkovitosti v zdravstvu: primer slovenskih bolnišnic*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta.
13. Došenović Bonča, P. & Tajnikar, M. (2009). Model presoje poslovne uspešnosti in izkoriščenosti zmogljivosti v bolnišnicah. *Uprava [na spletu]*, 3(7), 103–129. Pridobljeno 6. julija 2020 iz <http://www.fu.uni-lj.si/uprava/clanki/Letnik2009/2009-3-November-6-DosenovicBonca-Tajnikar.pdf>

14. Evropska komisija. (2014). *Sporočilo Komisije o učinkovitih, dostopnih in prožnih zdravstvenih sistemih*. Pridobljeno 18. oktobra 2020 iz http://ec.europa.eu/health/healthcare/docs/com2014_215_final_sl.pdf
15. Ferjanc, M., (2001). Finančni management v bolnišnici. V *Zbornik VIII. strokovnega srečanja ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu* (str. 57–63). Ljubljana: Društvo ekonomistov v zdravstvu.
16. Global Reporting Initiative. (brez datuma). *Getting started with the GRI standards*. Pridobljeno 15. oktobra 2020 iz <https://repozitorij.uni-lj.si/Dokument.php?id=112984&lang=slv>
17. Gostinčar, T., (2018). *Analiza trajnostnega poročanja podjetij v Sloveniji* (diplomsko delo). Ljubljana: Fakulteta za upravo.
18. Hočevār, M., Igličar, S. & Zaman, M. (2000). *Osnove računovodstva*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
19. Horvat, T. (2003). *Priprava letnega poročila za komuniciranje z interesnimi skupinami podjetja*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
20. Inštitut za slovenski jezik Frana Ramovša. (2014). *Slovar slovenskega knjižnega jezika*. Pridobljeno 18. oktobra 2020 iz <https://fran.si/iskanje?FilteredDictionaryIds=130&View=1&Query=pripoznanje>
21. International Accounting Standards Board. (2021). *About the IASB*. Pridobljeno 23. januarja 2021 iz <https://www.iasplus.com/en/resources/ifrsf/iasb-ifrs-ifrc/iasb>
22. Kamnar, H. (1999). *Javni zavodi med državo in trgovino*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
23. Keber, D., Leskovar, B., Kerstin Petrič, V. in drugi. (2003). *Zdravstvena reforma: pravičnost, dostopnost, kakovost, učinkovitost: osnutek*. Ljubljana: Vlada republike Slovenije, Ministrstvo za zdravje.
24. Kirurški sanatorij Rožna dolina. (2020). *Operacije in zdravljenje*. Pridobljeno 13. oktobra 2020 iz <http://www.kirurski-sanatorij.si/sl/operacije-zdravljenja>
25. Kotnik, J. (2010). Učinkovitost upravljanja in vodenja v zdravstvu, Merjenje uspešnosti javnih zdravstvenih zavodov. V *17. Strokovno srečanje ekonomistov v zdravstvu* (str. 43–53). Ljubljana: Društvo ekonomistov v zdravstvu.
26. Kreindler, S. (2010). Policy strategies to reduce waits for elective care: a synthesis of international evidence. *British Medical Bulletin*. Pridobljeno 14. oktobra iz <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20457662/>
27. Kuhar, M. (2007). *Strateško planiranje v slovenskih bolnišnicah* (diplomsko delo). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
28. Ministrstvo za zdravje. (2013). *Nacionalna anketa o izkušnjah odraslih pacientov v akutni bolnišnici leto 2012*. Pridobljeno 13. oktobra 2020 iz https://www.sb-brezice.si/pdf/Nacionalna_anketa.pdf
29. Ministrstvo za zdravje. (2020). *Poročilo o poslovanju javnih zdravstvenih zavodov in JAZMP v letu 2019*. Pridobljeno 24. maja 2020 iz <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/JZZ/Poslovanje-JZZ/Analiza-poslovanja/Porocilo-o-poslovanju-JZZ-v-letu-2019.pdf>

30. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2016). *Slovenia Health system review*. Pridobljeno 10. junija 2020 iz <https://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits/full-list-of-country-hits/slovenia-hit-2016>
31. OECD/European Observatory on Health systems and Policies. (2019). *Slovenija: Zdravstveni profil države 2019, State of Health in the EU*. Brussels: OECD Publishing/ European Observatory on Health Systems and Policies.
32. Onkološki inštitut. (brez datuma). *Onkološki inštitut, zdravstvena dejavnost*. Pridobljeno 10. junija 2020 iz <https://www.onko-i.si/dejavnosti/zdravstvena-dejavnost>
33. Pavlin, T. (2020). *Ocena vladnega projekta za zmanjšanje čakalnih dob v zdravstvu, v UKC Ljubljana* (magistrsko delo). Ljubljana: Fakulteta za upravo.
34. Pišek, B. (2015). *Analiza financiranja akutne bolnišnične obravnave po sistemu skupin primerljivih primerov* (magistrsko delo). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
35. Psihiatrična klinika Idrija. (brez datuma). *O bolnišnici*. Pridobljeno 15. junija 2020 iz <https://www.pb-idrija.si/o-bolnisnici/splosno>
36. Remškar, J. (2017). *Zdravstvena reforma, ali res?* Pridobljeno 8. decembra 2020 iz <https://siol.net/novice/siol/zdravstvena-reforma-ali-res-434762>
37. Skupina Generali AS. (2020). *Letno poročilo za leto 2019 revidirano Adriatic Slovenica, d. d.* Pridobljeno 17. oktobra 2020 iz https://www.generalis.si/documents/180316/328362/Letno+porocilo+AS+2019_R_SLO.pdf/e81931c3-7593-40bf-98cd-c6adb6996730
38. Slovenski inštitut za revizijo. (2016). *Slovenski računovodski standardi 2016 z dopolnitvami 2019*. Ljubljana: Slovenski inštitut za revizijo. Pridobljeno 15. avgusta 2020 iz <https://si-revizija.si/datoteke/standardi/1444/srs-2016-knjiga-popravki-2018.pdf>
39. Tajnikar, M. (2020). *Zdravstvo in zasebniki: zmeda tu in tam* (blog). Pridobljeno 21. januarja 2021 iz <https://makstajnikar.wordpress.com/2020/09/24/24-9-2020-zdravstvo-in-zasebniki-zmeda-tu-in-tam/>
40. Tajnikar, M., Došenović Bonča, P., Čok, M., Domadenik, P., Korže, B., Sambt, J. & Skela Savič, B. (2016). *Prenova gospodarskih vidikov slovenskega zdravstva*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
41. Tekavčič, M. (2001). Benchmarking in nefinančni kazalci za presojanje poslovanja. V *Zbornik Strokovno srečanje ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu* (str.30). Zreče: Društvo ekonomistov v zdravstvu.
42. Thomas, R. K. (2005). *Marketing Health Services*. Chicago: Health Administration Press. Pridobljeno 14. decembra 2020 iz <https://dl.uswr.ac.ir/bitstream/Hannan/131908/1/Marketing%20health%20services.pdf>
43. Toth, M. (2003). *Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
44. Toth, M. (2019). Lahko bi imeli javno in zasebno zdravstveno varstvo. *Dnevnik.si* Pridobljeno 13. decembra 2020 iz <https://www.dnevnik.si/1042816833/mnenja/odprta-stran/lahko-bi-imeli-javno-in-zasebno-zdravstveno-varstvo>

45. Triglav, zdravstvena zavarovalnica. (2020). *Revidirano letno poročilo za leto 2019*. Pridobljeno 17. oktober 2020 iz <http://www.triglavzdravje.si/wps/wcm/connect/b8d60b71-a44d-41ab-bf14-d1b5615aff5b/Letno+poro%C4%8Dilo+2019+-+revidirano.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=b8d60b71-a44d-41ab-bf14-d1b5615aff5b>
46. Ucieklak-Jež, P., Bem, A., Predkiewicz, P. & Siedlecki, R. (2017) *Healthcare benefits; luxury or necessity goods? EU countries case revisited*. Pridobljeno 10. oktobra 2020 iz https://www.researchgate.net/profile/Aleksandra_Sulik-Gorecka/publication/323005182_IFRS_valuation_models_vs_business_entities'_practice_-_a_case_of_Polish_publicly_traded_enterprises/links/5b17b9e1458515cd61a9d039/IFRS-valuation-models-vs-business-entities-practice-a-case-of-Polish-publicly-traded-enterprises.pdf#page=428
47. Univerzitetni klinični center Ljubljana. (2020). *O nas. Dejavnosti UKC Ljubljana*. Pridobljeno 10. junija 2020 iz https://www.kclj.si/index.php?dir=/ukc_ljubljana/o_nas
48. Univerzitetni klinični center Maribor. (2020). *UKC Maribor danes – poslanstvo in vizija*. Pridobljeno 10. junija 2020 iz <https://www.ukc-mb.si/bolni%C5%A1nica/ukc-maribor-danes-poslanstvo-in-vizija>
49. Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana. (brez datuma). *Predstavitev, organiziranost*. Pridobljeno 15. junija 2020 iz <https://www.psih-klinika.si/predstavitev/organiziranost/>
50. Univerzitetna klinika Golnik. (2020). *Letno poročilo Univerzitetne klinike Golnik za pljučne bolezni in alergijo za leto 2019*. Pridobljeno 20. junija 2020 iz https://www.klinika-golnik.si/storage/_sites/golnik/app/media/Letna-porocila/2019_letno_porocilo.pdf
51. Valentinčič, A. (2019). *Ekonomski strošek alkoholne miselnosti. Finance*. Pridobljeno 21. januarja 2021 iz <https://www.finance.si/8950128/Ekonomski-strosek-alkoholne-miselnosti>
52. Vlada RS. (2020). *Mreža javne zdravstvene službe*. Pridobljeno 12. oktobra 2020 iz <https://www.gov.si teme/mreza-javne-zdravstvene-sluzbe/>
53. Vzajemna zdravstvena zavarovalnica. (2020). *Revidirano letno poročilo 2019*. Pridobljeno 17. oktobra 2020 iz <https://www.vzajemna.si/storage/uploads/d277c56c-dc13-4292-853a-d976383abe4e/Revidirano-letno-porocilo-2019.pdf>
54. Zajec, D. (2018). *Čakalne dobe so ahilova peta zdravstva – nihče pa se ne vpraša, kakaj je tako*. Pridobljeno 11. avgusta 2020 iz <https://www.zdravstveniportal.si/zdravstvo/sistem/193/cakalne-dobe-so-ahilova-peta-zdravstva>
55. Zaletel-Kragelj, L., Fras, Z. & Maučec Zakotnik, J. (2004). *Tvegana vedenja, povezana z zdravjem, in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije: rezultati raziskave Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije (z zdravjem povezan vedenjski slog)*. Ljubljana: CINDI Slovenija.
56. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2019). *Splošni dogovor za pogodbeno leto 2019*. Pridobljeno 9. junija 2020 iz <https://www.zzzs.si/egradivap/37D1B2F27B0EC343C12583B7002DAF04>

57. Zavod za zdravstveno zavarovanje. (brez datuma). *Naročanje na zdravstvene storitve, čakalne dobe in ordinacijski časi*. Pridobljeno 11. avgusta 2020 iz https://zavarovanec.zzzs.si/wps/portal/portali/azos/pravice_zdravstvenih_storitev/cakalne_dobe
58. Zavod za zdravstveno zavarovanje. (brez datuma). *Vrste pravic v obveznem zdravstvenem zavarovanju*. Pridobljeno 15. junija 2020 iz https://zavarovanec.zzzs.si/wps/portal/portali/azos/pravice_ozz_ioz/vrste_pravic!/ut/p/z1/04_Sj9CPykssy0xPLMnMz0vMAfljo8zizQx8HT08DQw9_J29zQw8jQ1CDU2dnQ0NLz0C7IdFQHkTrNg/
59. Zupančič, V. & Čižman, M. (2020). Bilanca stanja določenih in drugih uporabnikov za leto 2020. IKS, 12(20), 23–29.