

UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA

MAGISTRSKA NALOGA

**SISTEM FINANCIRANJA SLOVENSКИH BOLNIŠNIC IN FINANČNA
ANALIZA POSLOVANJA UKC LJUBLJANA**

Ljubljana, 1. december 2017

ANDREJ KOKOVE

IZJAVA O AVTORSTVU

Podpisani Andrej Kokove, študent Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, avtor predloženega dela z naslovom Sistem financiranja slovenskih bolnišnic in finančna analiza poslovanja UKC Ljubljana, pripravljenega v sodelovanju s svetovalcem prof. dr. Aljošem Valentinčičem.

IZJAVLJAM

1. da sem predloženo delo pripravil 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 poskrbel, 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 pridobil vsa potrebna dovoljenja za uporabo podatkov in avtorskih del v predloženem delu in jih v njem jasno označil;
7. da sem pri pripravi predloženega dela ravnal v skladu z etičnimi načeli in, kjer je to potrebno, za raziskavo pridobil soglasje etične komisije;
8. da soglašam, da se elektronska oblika predloženega dela uporabi za preverjanje podobnosti 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 dela v elektronski obliki, pravico reproduciranja ter pravico dajanja predloženega dela na voljo javnosti na svetovnem spletu preko 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 študenta: _____

KAZALO

UVOD	1
1 JAVNI ZAVOD	3
2 VRSTE ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI.....	4
3 ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE SLOVENIJE	7
3.1 Obvezno zdravstveno zavarovanje	7
3.2 Nadzor ZZZS nad izvajalci.....	8
3.2.1 Pravilnik o nadzorih.....	9
3.2.2 Pravilnik o izvajanju nadzora nad dobavitelji	10
3.3 Delovanja ZZZS – še nekaj pomislekov	11
4 SISTEM FINANCIRANJA JAVNEGA ZDRAVSTVA	12
4.1 Viri financiranja	12
4.2 Sistem obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja.....	14
4.3 Poslovna učinkovitost in uspešnost v javnem zavodu	15
4.4 Razporeditev sredstev po vrstah zdravstvenih dejavnosti	16
4.4.1 Zbiranje javnih in zasebnih sredstev	17
4.4.2 Javni izdatki	17
4.4.3 Zasebni izdatki.....	18
4.4.4 Modeli financiranja zdravstvene dejavnosti	19
4.4.5 Storitveni in proračunski modeli plačevanja	20
4.4.6 Financiranje bolnišnic po načelu skupin primerljivih primerov	20
4.4.7 Partnersko dogovarjanje	23
4.4.8 Predlog zdravstvene reforme.....	23
5 MANAGEMENT JAVNIH ZAVODOV	25
5.1 Management učinkovitosti in uspešnosti v javnem sektorju	27
5.1.1 Merjenje učinkovitosti in uspešnosti v javnem sektorju.....	27
5.1.2 Uspešnost, odgovornost in zanesljivost javnih organizacij.....	28
5.1.3 Spremembe v finančnem managementu javnih organizacij	28
5.1.3.1 Klasični model finančnega managementa.....	28
5.1.3.2 Model novega javnega managementa	28
5.1.3.3 Bernard-Simonov model vladanja.....	29

5.2	Vpliv okolja in politike na javni management.....	29
5.3	Posebnosti managementa v nepridobitnih organizacijah.....	30
6	ANALIZA POSLOVANJA UKC LJUBLJANA.....	32
6.1	Predstavitev zavoda UKC Ljubljana.....	32
6.2	Organi upravljanja in vodstvo UKC Ljubljana	33
6.2.1	Svet UKC.....	33
6.2.2	Strokovni svet UKC	33
6.2.3	Generalni direktor UKC.....	33
6.2.4	Strokovni direktor UKC	33
6.3	Analiza sredstev UKC Ljubljana.....	34
6.4	Izkaz poslovnega izida UKC Ljubljana	38
6.4.1	Povzetek izkaza poslovnega izida.....	44
6.4.2	Zapadle obveznosti.....	44
6.5	Računovodski kazalniki.....	45
6.5.1	Finančni kazalniki.....	46
6.5.2	Temeljni kazalniki vodoravnega finančnega ustroja	46
6.5.3	Kazalniki obračanja	47
6.5.4	Temeljni kazalniki gospodarnosti.....	49
6.5.5	Kazalnik ravnotežja	52
	SKLEP.....	52
	LITERATURA IN VIRI.....	55

KAZALO TABEL

<i>Tabela 1: Delež sredstev za zdravstvo v letih od 2012 – 2015</i>	13
<i>Tabela 2: Obseg in struktura sredstev v letih od 2013 – 2015</i>	35
<i>Tabela 3: Obseg in struktura dolgoročnih sredstev v letih od 2013 – 2015.....</i>	35
<i>Tabela 4: Obseg in struktura kratkoročnih sredstev v letih od 2013 – 2015.....</i>	36
<i>Tabela 5: Obseg in struktura obveznosti do virov sredstev v letih od 2013 – 2015</i>	37
<i>Tabela 6: Obseg in struktura prihodkov v letih od 2013 – 2015</i>	39
<i>Tabela 7: Prihodki javne službe in prihodki iz trga.....</i>	40
<i>Tabela 8: Obseg in struktura odhodkov v letih od 2013 – 2015</i>	40
<i>Tabela 9: Obseg in struktura stroškov materiala in storitev v letih 2013 – 2015.....</i>	41

<i>Tabela 10: Obseg in struktura stroškov glede na vrsto zdravstvene dejavnosti v letih 2012 – 2014</i>	41
<i>Tabela 11: Obseg in struktura stroškov dela v letih 2013 – 2015</i>	43
<i>Tabela 12: Struktura zapadlih obveznosti do dobaviteljev in uporabnikov enotnega kontnega načrta po zapadlosti</i>	45
<i>Tabela 13: Koeficient kratkoročne pokritosti kratkoročnih obveznosti (kratkoročni koeficient)</i>	46
<i>Tabela 14: Koeficient komercialnega terjatveno-obveznostnega razmerja</i>	47
<i>Tabela 15: Pospešeni koeficient</i>	47
<i>Tabela 16: Koeficient obračanja terjatev do kupcev</i>	48
<i>Tabela 17: Koeficient obračanja zalog</i>	48
<i>Tabela 18: Koeficient gospodarnosti poslovanja</i>	49
<i>Tabela 19: Koeficient celotne gospodarnosti</i>	50
<i>Tabela 20: Stopnja tehnične (zmogljivosti) stroškovnosti poslovnih prihodkov</i>	50
<i>Tabela 21: Stopnja delovne stroškovnosti poslovnih prihodkov</i>	51
<i>Tabela 22: Stopnja materialne stroškovnosti poslovnih prihodkov</i>	51
<i>Tabela 23: Kazalnik zadolžitve</i>	52

KAZALO SLIK

<i>Slika 1: Celotni tekoči izdatki za zdravstveno varstvo po vrstah dejavnosti, Slovenija, 2013 (v odstotku)</i>	17
<i>Slika 2: Prihodki in odhodki v letih od 2011 – 2015</i>	38
<i>Slika 3: Strošek dela v UKC Ljubljana v letih od 2011 – 2015</i>	43

SEZNAM KRATIC

ang. – angleško

BDP – bruto domači proizvod

EUR – evro

MP – medicinski pripomočki

MZ – Ministrstvo za zdravje

OECD – (ang. Organisation for Economic Co-operation and Development); Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj

OZZ – obvezno zdravstveno zavarovanje

RS – Republika Slovenija

SPP – skupine primerljivih primerov

SRS – Slovenski računovodski standardi

SURS – Statistični urad Republike Slovenije

UKC Ljubljana – Univerzitetni klinični center Ljubljana

ZDDPO-2 – Zakon o davku od dohodkov pravnih oseb

ZZ – Zakon o zavodih

ZZDej – Zakon o zdravstveni dejavnosti

ZZVZZ – Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju

ZZZS – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

UVOD

Vsak izmed nas se je v življenju že nič kolikokrat srečal z zdravstveno dejavnostjo. Zaradi tega je zdravstvena dejavnost ena izmed najpomembnejših oblik dejavnosti, za katero so skupni izdatki za leto 2014 predstavljali 8,6% bruto domačega proizvoda (BDP) (SURS, 2016). V zdravstveno dejavnost smo v letih od 2009 pa do leta 2016 vlagali približno enak delež BDP iz naslova osnovnega zdravstvenega zavarovanja, ki je znašal od 6,26% do 6,29% v letu 2016 (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije - ZZZS, 2016, str. 74). Ob tem se je ves čas prebivalcem zagotavljalo ob minimalnem plačilu visoko zdravstveno varstvo. Vendar lahko v prihodnje pričakujemo, da bo tega vedno manj in bomo prepuščeni predvsem lastnim financam in sredstvom za izboljšanje kakovosti življenja. V prihodnosti bo potrebno namenjati še več sredstev za širjenje javne zdravstvene mreže oziroma jih prilagoditi socialnemu razvoju.

Težave se kažejo tudi v zdravstvenem stanju prebivalstva. Projekcije Eurostata iz leta 2014 nakazujejo, da se bo delež starejših od 65 let povečal iz sedanjih 18% na 23% do leta 2025. Profesor dr. Jože Sambt (Tajnikar in drugi, 2016, str. 85) je z raziskavo prišel do rezultatov, da izdatki v starosti 50, 60 in 70 letih vedno hitreje naraščajo in v 80 letih dosežejo raven 3000 evrov (EUR) letno. Glede na projekcije Eurostata, se bo starostna skupina nad 65 let povečevala na drugi strani pa se bo delovno aktivna populacija zmanjševala iz dosedanjih 62,7% na 57,2% do leta 2025 (Tajnikar in drugi, 2016, str. 84). Po teh podatkih lahko sklepamo, da se bodo izdatki za zdravstvo povečevali. Vedno več nas je takih, ki obiskujemo zdravstvene ustanove pogosteje kot v preteklosti. V Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana (UKC Ljubljana) se je v letu 2012 v bolnišnični obravnavi zdravilo 101.631 pacientov, opravljenih pa je bilo 741.824 specialistično ambulantnih pregledov (UKC Ljubljana, 2012, str. 5). Do leta 2015 je ta številka precej porasla in se je v bolnišnični obravnavi zdravilo 115.599 pacientov, opravljenih pa je bilo 1.159.193 specialistično ambulantnih pregledov (UKC Ljubljana, 2015, str. 5). Razlogov je več, eden izmed njih pa je hiter način življenja, ki ga narekuje gospodarski svet. S tem se kažejo tudi stroški zdravljenja oziroma nudenje zdravstvenih storitev na prebivalca, ki so iz leta v leto višji. Zaradi tega mora management v javnih zdravstvenih zavodih zmanjševati stroške in iskati notranje rezerve za delovanje. Management mora delovati tako, da javni zdravstveni zavod kakovostno opravlja zdravstvene storitve in ob racionalni rabi finančnih, materialnih in drugih sredstev uspešno in učinkovito deluje.

Namen oz. cilj delovanja javnega zavoda je opravljanje neprofitne družbene dejavnosti, torej javne službe, pri tem pa lahko opravlja tudi druge dejavnosti, kot npr. tržni del. Analiza poslovanja se v javnem zavodu ocenjuje preko kakovosti njihovih storitev in izpolnitve vnaprej postavljeni nalog, ne pa skozi maksimiranje dobička, kar je cilj v gospodarskih družbah. Kljub temu mora poslovanje javnega zavoda težiti k čimbolj

ugodnemu poslovnemu rezultatu, saj le ta omogoča njihov nadaljnji razvoj in kakovostnejše opravljanje osnovne dejavnosti, zaradi katerega je bil zavod ustanovljen.

Na delovanje javnih zavodov vpliva veliko zunanjih dejavnikov, največji vpliv pa ima ZZZS, ki je plačnik opravljenih zdravstvenih storitev. Ustanovljen je bil z zdravstveno reformo leta 1992, njegova naloga pa je zbiranje in razdeljevanje sredstev osnovnega zdravstvenega zavarovanja med izvajalce zdravstvenih storitev. ZZZS tako iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja zbere večino svojih prihodkov in so v letu 2014 znašali 97,7% (2.314.101.396 EUR) vseh prihodkov zavoda (ZZZS, 2014, str. 74). Vsa ta sredstva se razdelijo med izvajalce zdravstvenih storitev in predstavljajo v celotnih izdatkih za zdravstvo več kot 72%, saj je bilo leta 2014 vseh tekočih izdatkov za zdravstvo 3.188 milijonov EUR (Statistični urad Republike Slovenije - SURS, 2016).

V Sloveniji se je ravno tako kot v razvitem svetu uveljavil model plačevanja po skupinah primerljivih primerov (SPP), in sicer za akutno bolnišnično obravnavo. Način plačevanja bolnišnic po sistemu SPP upošteva opravljeno delo bolnišnic, ki se kaže v številu obravnavanih bolnikov ter njihove bolezni in opravljenih posegov. Ta sistem plačevanja naj bi vzpostavil dober odnos med ceno in stroški primera, ter omogočal transparentnost in spodbude za učinkovitost dela. Sistem SPP naj bi izločil tudi razlike med enakimi bolniki v različnih bolnišnicah.

Javni zavod s finančno analizo obdela pretekle podatke in informacije, ter tako dobi rezultate, ki pokažejo, kako uspešno se je management spopadal z vsakdanjimi izzivi za dobro poslovno uspešnost. S finančno analizo bom v magistrski nalogi spoznal oz. določil ekonomski položaj Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana in sicer premoženjsko in finančno stabilnost ter učinkovitost.

UKC Ljubljana je javni zavod, ki ima kot temeljno dejavnost registrirano zdravstveno dejavnost na sekundarni in terciarni ravni, izobraževalno dejavnost in raziskovalno dejavnost. Njeno poslanstvo je ostati vodilna strokovna, pedagoška in znanstvena ustanova slovenskega zdravstva. Ravno tako želi mednarodno primerljivost na znanstvenih dokazih temelječ razvoj vseh bolnišničnih specialnosti, ter izvajanje najzahtevnejši oblik zdravljenja in posredovanje znanja drugim zdravstvenim ustanovam.

Finančno poslovanje je dejavnost oz. strokovno opravilo, ki omogoča, da presodimo ekonomski položaj podjetja, njegovo učinkovitost, uspešnost, premoženjsko in finančno stabilnost. Finančna analiza preteklega obdobja nam omogoča, da se racionalnejše in boljše odločamo. Omogoča nam iskanje strateških možnosti za razvoj in izpolnjevanje vizije in ciljev. Temeljni cilj vsakega podjetja ali zavoda je kakovostno poslovanje; uspešnost, ugled in učinkovitost. Finančna analiza je glavno orodje managementa za odločanje o dolgoročnih strategijah, ravno tako pa je pomembna pri kratkoročnih odločitvah.

Namen magistrske naloge je predstaviti sistem in modele financiranja slovenskih bolnišnic ter management v javnem zavodu, ki je trenutno zelo birokratsko naravnano. Predstavil bom

tudi Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ki zbira večinski delež sredstev namenjenih za zdravstvo in je tako tudi glavni plačnik zdravstvenih storitev. Končni namen je predstaviti finančno analizo UKC Ljubljana in podati ugotovitve, kako zavod posluje. Analizo finančnega položaja bom opravil na podlagi temeljnih računovodskih izkazov bilance stanja in izkaza poslovnega izida. Analiza bo zajemala tudi ugotavljanje uspešnost finančnega položaja s pomočjo računovodskih kazalnikov. Podatki za analizo bodo pridobljeni iz javno dostopnih virov.

1 JAVNI ZAVOD

Zakon o zavodih (ZZ), Ur. l. RS, št. 12/1991, 8/1996, 36/2000 – ZPDZC in 127/2006 – ZJZP opredeljuje, da se za opravljanje javnih služb ustanovi javni zavod. Zavodi se ustanovijo za opravljanje dejavnosti zdravstva, kulture, vzgoje in izobraževanja, znanosti, športa, socialnega varstva, otroškega varstva, invalidskega varstva, socialnega zavarovanja ali drugih dejavnosti, če cilj opravljanja dejavnosti ni pridobivanje dobička. Javni zavod je organizacijska oblika, ki proizvaja in prodaja izdelke in storitve, in katerih lastnik ni zasebni delničar ampak država, občina, mesto in druge z zakonom pooblašene javne pravne osebe.

Na splošno lahko javni sektor opredelimo kot zbir javnih organizacij, ki delujejo po netržnih načelih (Renčelj, 2006, str. 5). Javni zavod je organizacijska oblika, preko katere država ali lokalna skupnost organizira javno preskrbo za svoje državljane (Trojer, 2009, str. 1). V javni sektor sodijo vsi javni zavodi, ki so posredni uporabniki državnega oz. občinskega proračuna.

Javne službe so dejavnosti javnih organizacij preko katerih se zadovoljujejo potrebe po javnih dobrinah, pri tem pa javne organizacije za glavni cilj nimajo pridobivanje dobička (Logar, 2007, str. 1). Javne službe se opravljajo v okviru posebne pravne ureditve. Na področju negospodarskih dejavnosti jih opravljajo javni zavodi, na področju gospodarskih dejavnosti pa režijski obrat, javni gospodarski zavod, javna podjetja in drugi izvajalci, ki imajo koncesijo za izvajanje javne službe. Pogoje za izvajanje javnih služb določa država, ki izvaja tudi nadzor nad izvajanjem (Grafenauer & Brezovnik, 2006, str. 55-56).

Na področju zdravstva, bolnišnice zagotavljajo sekundarne in terciarne zdravstvene storitve in se financirajo iz državnega proračuna. Za primarno raven pa skrbi občinski proračun preko zdravstvenih domov, ki nudi državljanom najosnovnejše zdravstvene storitve. Izvaja izobraževanje na področju preventive in skrbi za zdravo življenje.

Javni zavodi so posebna organizacijska oblika, v kateri se izvajajo družbene dejavnosti, ki pomenijo javno službo, izvajajo pa lahko tudi tržno dejavnost. Namen ustanovitve javnega zavoda je opravljanje različnih družbenih dejavnosti, ki naj bi jih zagotavljala socialna država, da zadovolji potrebe državljanov.

Na področju dejavnosti javnih služb, ki jih zagotavlja država, se pojavljajo tudi zasebni izvajalci, katerih kakovost storitve presega storitve javnih služb. Takšnih tržnih dejavnosti je vse več zaradi tega, ker država ni zmožna pokrivati potreb po javnih dobrinah (Ivanjko, 2001, str. 128-131).

Javni zavodi spadajo v neprofitni sektor, kar pomeni, da je njihov cilj čim večja kakovost njihovih storitev in ne maksimiranje dobička. Bistvo neprofitnih organizacij je izpolnjevanje v naprej postavljenih nalog in ciljev, kljub temu pa delujejo v smeri čim boljšega finančnega rezultata. Javni zavodi potrebujejo dobiček za svoj razvoj in izboljševanje kakovosti svojih storitev.

Neprofitne organizacije se po Weisbrodu (1994, str. 14) ločijo od profitnih po naslednjih lastnostih:

- nihče nima pravice deliti dobička oz. presežka, ki ga organizacija ustvari, kar povečuje njihovo učinkovitost,
- ne plačujejo davka na dobiček,
- imajo tudi druge davčne olajšave, s čimer so v ugodnejšem položaju kot profitne organizacije.

V Sloveniji se neprofitna dejavnost razlikuje od profitne po poslanstvu. Neprofitna dejavnost je dolgoročno humanitarno usmerjena, profitne dejavnosti pa so usmerjene v profit. Tako se neprofitne dejavnosti od profitnih razlikujejo v naslednjih lastnostih:

- ZZ v 48. členu prepoveduje deljenje dobička, saj se lahko porablja samo za opravljanje in razvoj dejavnosti,
- po 9. členu Zakona o davku od dohodkov pravnih oseb (ZDDPO-2), Ur. l. RS, št. 117/2006, 56/2008, 76/2008, 5/2009, 96/2009, 110/2009 – ZDavP-2B, 43/2010, 59/2011, 24/2012, 30/2012, 94/2012, 81/2013, 50/2014, 23/2015, 82/2015 in 68/2016, so neprofitne organizacije oproščene plačevanja davka,
- ZZ v 8. členu opredeljuje, da javni zavod za svoje delovanje pridobi sredstva za ustanovitev in sredstva, ki jim omogočijo začetek delovanja od ustanovitelja.

2 VRSTE ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

V Sloveniji se je zdravstvena dejavnost organizirala na treh nivojih; primarni, sekundarni in terciarni zdravstveni dejavnosti. Vsak od nivojev ima svoje specifične zadolžitve. Izvajalci zdravstvenih storitev morajo medsebojno usklajeno sodelovati na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti, če želijo nuditi uporabnikom celostno oskrbo. Primarna raven deluje kot vratar, ki ob nezmožnosti zagotovitve ustrezne zdravstvene oskrbe, napoti uporabnika na sekundarno raven zdravstvene oskrbe. Terciarna zdravstvena raven pa izvaja najzahtevnejše zdravstvene storitve in skrbi za vzgojno, izobraževalno in znanstvenoraziskovalno dejavnost v zdravstvu.

Primarna zdravstvena dejavnost je po Zakonu o zdravstveni dejavnosti (ZZDej), Ur. l. RS, št. 23/2005-UPB2, 15/2008-ZPacP, 23/2008, 58/2008-ZZdrS-E, 77/2008-ZDZdr, 40/2012-ZUJF, 14/2013 v 7. členu opredeljena kot osnovna zdravstvena dejavnost. Ta zajema spremljanje zdravstvenega stanja prebivalcev ter predlaganje ukrepov za varovanje, izboljšanje in krepitev zdravja. Na drugi strani pa skrbi primarna mreža zdravstvene dejavnosti za preprečevanje, odkrivanje in zdravljenje bolnikov in poškodovancev. Ravno tako pa je v osnovno dejavnost vključena zobozdravstvena dejavnost, ki skrbi za preprečevanje, odkrivanje in zdravljenje ustnih, ter zobnih bolezni. Osnovna zdravstvena dejavnost se izvaja v zdravstvenih domovih, zdravstvenih postajah in pri zasebnih zdravstvenih delavcih.

Primarna zdravstvena dejavnost naj bi bila temelj vseh kakovostnih sistemov zdravstvenega varstva v svetu. Na to opozarjajo številne deklaracije mednarodnih organizacij, na čelu s Svetovno zdravstveno organizacijo. Dobra primarna zdravstvena dejavnost namreč omogoča večjo kakovost, manjše stroške, večjo enakost in večje zadovoljstvo z zdravstvenim varstvom nasploh in je dostopna vsem ljudem v lokalnem okolju. Zdravniki, ki delujejo na primarni ravni, so zdravniki splošne in družinske medicine, pediatri, specialisti šolske medicine, specialisti medicine dela, ginekologi, zobozdravniki. Na primarni ravni je trenutno ena tretjina koncesionarjev, večina je organizirana v samostojne prakse, ki so del sistema javnozdravstvenega varstva.

Sodobni trendi v zdravstvu postavljajo primarni zdravstveni dejavnosti velike izzive. Veča se število kroničnih bolnikov zaradi demografskih sprememb, večja izobrazenost in zahtevnost bolnikov, večanje glavarine na zdravnika, hiter razvoj medicinskih smernic in priporočil je samo nekaj dejavnikov, ki zahtevajo spremembe na primarni ravni zdravstvenega varstva. Za prenos dela s sekundarne na primarno raven, je Ministrstvo za zdravje (MZ) ustanovilo projekt referenčnih ambulant. Prve so pričele delovati 1. 4. 2011, do danes pa jih je nastalo že 733. To so ambulante družinske medicine z razširjenim timom zdravstvenega osebja, kjer se zdravniku in medicinski sestri pridruži še diplomirana medicinska sestra. Naloga te je, da bo spremljala določene parametre določenih kroničnih bolnikov ter izvajala preventivne aktivnosti. Vse to naj bi pripomoglo, da bodo bolniki s kronično boleznijo bolje spremljani in vodeni, ter bo posledično potrebno manj napotitev na sekundarno raven zdravstvene dejavnosti (MZ, 2017).

Namen zdravstvenega sistema na primarni ravni v Sloveniji je omogočiti kakovostno obravnavo vseh bolnikov do stopnje, ko je nujna napotitev na sekundarno raven, povečati kakovost in stroškovno učinkovitost obravnave bolnikov ter povečati zadovoljstvo bolnikov in zaposlenih na primarni ravni.

Na področju družinske medicine je Slovenija v zadnjih desetletjih dosegla pomembne uspehe: razvoj kateder, kakovost strokovnega izobraževanja, izdaja literature in smernic priporočil, raziskovalna dejavnost, prepoznavnost v svetu in Evropi. To družinski medicini nalaga zahteve in daje možnosti tudi v domačem okolju, da se dokaže kot temeljna stroka

zdravstvenega sistema. Kot eden pomembnejših vsebinskih projektov na tem področju so nastale referenčne ambulante, ki bodo s svojo nadgradnjo dela timov družinske medicine tako z organizacijskega, vsebinskega kot tudi finančnega vidika pokazale pot razvoja tega področja (Petrič & Žerdin, 2013, str. 1-2).

Za ustrezno prilagajanje dejavnosti potrebam prebivalstva in zagotavljanje enake dostopnosti do zdravstvenih storitev v danih finančnih okvirih, potrebujemo mrežo javne zdravstvene službe. Petrič & Žerdin (2013, str. 3) menita, da javno zdravstveno mrežo na primarni ravni potrebujemo za:

- zagotavljanje dostopnosti do zdravstvenih storitev – enaka dostopnost za vse; mreža je orodje za zmanjševanje razlik med regijami, reorganizacijo in racionalizacijo opravljanja zdravstvenih storitev; omogoča preglednejše podeljevanje koncesij in dodeljevanje programov po splošnem dogovoru glede na potrebe prebivalcev,
- načrtovanje kadrov v zdravstvu (razpis in podeljevanje koncesij, razpisi specializacij, zaposlovanje tujcev, izdajanje soglasij k novim zaposlitvam, izdajanje soglasij k podjemnim pogodbam, projekcije kadrov glede na upokojevanje),
- mogoče projekcije zdravstvenega sistema glede na nadgradnjo zdravstvenega sistema (združevanje, razdruževanje ali ukinjanje zavodov z vidika racionalizacije zdravstvenega sistema),
- omogočanje strokovnih analiz za določanje politik,
- neposredno upravljanje podatkov in izvajanje ustreznih politik zdravstvenega varstva.

ZZDej opredeljuje, da zdravstvena dejavnost na sekundarni ravni obsega specialistično ambulantno in bolnišnično dejavnost. Specialistična ambulantna dejavnost se opravlja v bolnišnici, zdravilišču ali pri zasebniku zdravniku specialistu, obsega pa nadaljevanje osnovne zdravstvene dejavnosti s poglobljeno diagnostiko, zdravljenje bolezni in bolezenskih stanj, ter izvajanje ambulantne rehabilitacije.

ZZDej opredeljuje zdravstveno dejavnost na terciarni ravni kot glavno dejavnost klinik in inštitutov ter drugih pooblaščenih zdravstvenih zavodov. Terciarna dejavnost obsega poleg znanstvenoraziskovalnega in vzgojno-izobraževalnega dela tudi opravljanje najzahtevnejših zdravstvenih storitev na ambulantni in bolnišnični način. Le te ni smotrno opravljati na nižjih ravneh zaradi strokovne, kadrovske, tehnološke in organizacijske zahtevnosti. V statutu Kliničnega centra Ljubljana je terciarna zdravstvena dejavnost opredeljena kot:

- razvijanje specialističnih zdravstvenih dejavnosti v državi v skladu z njihovim razvojem v svetu,
- oblikovanje medicinskih doktrin,
- uvajanje novih zdravstvenih metod,
- posredovanje novega znanja in veščin drugim zdravstvenim zavodom,

- izvajanje najzahtevnejših zdravstvenih storitev in zdravljenje bolnikov, napotenih iz drugih bolnišnic.

Dolžnosti terciarne ravni zdravstvene oskrbe na vseh specialističnih področjih so številne. Želje in pričakovanja za zdravljenje na terciarni ravni so večje, kot so možnosti ustanov in države. Pogosto prihaja do velikega neskladja med potrebami in možnostmi, med željami bolnikov in zmogljivostmi zdravstvenih ustanov, ki morajo zagotavljati terciarno raven oskrbe (Kovač, Kranjec, Markovič, Pretnar & Repše, 2003, str. 631).

3 ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE SLOVENIJE

ZZZS je nosilec obveznega zdravstvenega zavarovanja in ga izvaja na podlagi Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ), Ur. l. RS, št. 72/2006 – UPB, 14/2006 – ZUTPG, 91/2007, 76/2008, 62/2010 – ZUPJS, 87/2011, 40/12 – ZUJF, 21/2013 – ZUTD-A, 91/2013, 99/2013 – ZUPJS-C, 99/2013 – ZSVarPre-C, 111/2013 – ZMEPIZ-1, 95/2014 – ZUJF-C in 47/2015 – ZZSDT. ZZZS je pričel delovati 1. 3. 1992. Obvezno zdravstveno zavarovanje se izvaja po načelu socialne pravičnosti in solidarnosti med zdravimi in bolnimi, starimi in mladimi, bogatimi in revnimi.

Zavod ima 10 območnih enot in 45 izpostav na območju Slovenije, v svoji organizaciji pa ima še področni enoti Informacijski center in Direkcija. Konec leta 2014 je bilo na Zavodu zaposlenih 856 delavcev.

Osnovna funkcija ZZZS je izvajanje obveznega zdravstvenega zavarovanja, zagotavljanje učinkovitega zbiranja in razdeljevanja javnih sredstev za kakovostno uresničevanje pravic iz tega naslova. Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, za katerega se namenljajo sredstva, zbrana z obveznim plačevanjem prispevkov, zagotavljajo zavarovanim osebam:

- pravico do zdravstvenih storitev na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti,
- zdravila in medicinske pripomočke,
- pravico do nadomestil plače med začasno zadržanostjo od dela,
- povračilo potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenih storitev.

V letu 2014 je bila iz obveznega zdravstvenega zavarovanja ukinjena pravica do pogrebne in posmrtnine (ZZZS, 2014, str. 68).

3.1 Obvezno zdravstveno zavarovanje

Obvezno zdravstveno zavarovanje (OZZ) omogoča zavarovanim osebam uveljavljanje pravic do zdravstvenih storitev, medicinskih pripomočkov in zdravil ter do denarnih nadomestil.

OZZ je v Republiki Sloveniji obvezno za vse osebe, ki izpolnjujejo z ZZVZZ predpisane pogoje. Kot zavarovanci morajo biti v obvezno zdravstveno zavarovanje vključene osebe, ki izpolnjujejo pogoje iz 15. člena ZZVZZ, kot družinski člani pa so v obvezno zdravstveno zavarovanje vključene osebe, ki izpolnjujejo pogoje, določene v 20. do 22. členu ZZVZZ.

Za zavarovance je z ZZVZZ predpisana obveznost plačevanja prispevkov, pri čemer je predpisano tudi kdo je zavezanec za njihovo plačevanje. Določeno je tudi, kdo je zavezanec za prijavo oseb v obvezno zdravstveno zavarovanje, vrsta prispevkov in osnova od katere se le ti plačujejo ter tudi obseg pravic. Tako je plačilo vezano na vir, ki zavarovancu zagotavlja osnovno socialno varnost (zaposlitev, samostojna dejavnost, invalidnine, pokojnina lastna sredstva, družbene pomoči).

V OZZ je določen obseg pravic, ki ga lahko zavarovane osebe koristijo:

- plačilo zdravstvenih storitev,
- nadomestilo plače med začasno zadržanostjo od dela,
- povračilo potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenih storitev (ZZVZZ, 13. člen).

Na podlagi ZZVZZ, lahko zavarovance obveznega zdravstvenega zavarovanja razdelimo v štiri skupine (Bubnov Škobrne & Strban, 2010, str. 277-278):

- Aktivni zavarovanci so osebe, ki so v delovnem razmerju, samozaposlene osebe (katerih posebna skupina so kmetje), vrhunski športniki in nekateri tujci.
- Prejemniki socialnih dajatev so brezposelni, prejemniki pokojnin našega ali tujega nosilca zavarovanja, prejemniki nadomestil in invalidskega zavarovanja, upravičenci do pravic iz zavarovanja za starševsko varstvo, vojni invalidi, vojni veterani ter še drugi.
- Druge osebe z dohodkom.
- Državljeni Slovenije s stalnim prebivališčem pri nas.

3.2 Nadzor ZZZS nad izvajalci

Nadzor, ki ga izvaja ZZZS, je določen s Pravilnikom o nadzorih in Pravilnikom o izvajanju nadzorov nad dobavitelji, ki ga pripravi in izda ZZZS na podlagi ZZVZZ. ZZZS izvaja nadzor nad izpolnjevanjem pogodb, ki jih je podpisal z izvajalci zdravstvenih storitev. Nadzor nad izvajalci zdravstvenih storitev izvajajo samo nadzorniki ZZZS-ja, katerih število je omejeno, da bi lahko temeljito nadzirali ali je denar upravičeno porabljen. Po podatkih ZZZS-ja je bilo v letu 2015 opravljenih 906 nadzorov, kar je za 26,1% več kot v preteklem letu. Izvajalci zdravstvenih storitev so v letu 2015 opravili več kot 360.000 hospitalizacij in več kot 4.7 milijonov ambulantnih pregledov na sekundarni ravni. Na primarni ravni pa je bilo opravljenih nad 8.7 milijonov ambulantnih pregledov, ter

predpisanih več kot 17 milijonov receptov (ZZZS, 2015, str. 37). Iz teh podatkov je jasno razvidno, da je nadzor nad porabljenim denarjem izredno težak. Zdravstvene zavarovalnice, ki plačujejo zdravstvene storitve iz dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, nimajo pravice izvajati nadzora nad izvajalci zdravstvenih storitev.

3.2.1 Pravilnik o nadzorih

Pravilnik o nadzorih (ZZZS, 2014a) ureja vsebino, vrste, načine, organizacijo in postopek nadzorov, ki jih izvaja ZZZS nad pravnimi in fizičnimi osebami, ki na podlagi pogodb z ZZZS nudijo zavarovanim osebam zdravstvene storitve oziroma zdravila ali jim predpisujejo medicinske pripomočke.

Po vsebinah nadzora ZZZS izvaja:

- nadzor nad spoštovanjem prevzetih obveznosti po pogodbah,
- nadzor nad vodenjem evidenc in obračunavanjem zdravstvenih storitev,
- nadzor nad uveljavljanjem pravic iz OZZ (npr. nega družinskega člana, spremstvo, napotitev na sekundarni nivo, itd.),
- nadzor nad izvajanjem drugih pogodbenih obveznosti (npr. ordinacijskega časa, vodenja čakalnih seznamov, itd.).

Po vrstah nadzora ZZZS izvaja naslednje vrste nadzorov:

- finančno medicinski nadzor,
- administrativni nadzor: finančni, nadzor pravic in drugih pogodbenih obveznosti.

Finančno medicinski nadzor temelji na obračunskih listinah (zbirni račun, zahtevke za plačilo, poročilo, specifikacija), listinah za uveljavljanje pravic iz OZZ, drugi razpoložljivi dokumentaciji ali dostopnih bazah podatkov in na vpogledu v zdravstveno dokumentacijo ter vključuje nadzor nad evidentiranjem in obračunavanjem zdravstvenih storitev, nadzor nad predpisovanjem in izdajanjem zdravil, nadzor nad predpisovanjem medicinskih pripomočkov in drugih pravic iz OZZ.

Administrativni nadzor temelji na obračunskih listinah (zbirni račun, zahtevke za plačilo, poročilo, specifikacija) in na tistih listinah za uveljavljanje pravic iz OZZ, ki so v skladu z akti ZZZS obvezna priloga k obračunskim listinam ter vključuje nadzor nad pravilnostjo evidentiranja in obračunavanja zdravstvenih storitev, ločeno zaračunanih materialov in storitev, zdravil in drugih pravic iz OZZ. Ravno tako temelji na listinah za uveljavljanje pravic iz OZZ in drugi razpoložljivi dokumentaciji ali bazah podatkov, ki jih vodi ZZZS ter vključuje nadzor nad izvajanjem pravil OZZ (upravičenost ali neupravičenost zavarovanih oseb do pravic iz OZZ, spoštovanje postopkov za uveljavljanje pravic itd.) in drugih aktov zavoda, ki urejajo pravice iz OZZ, kot so npr. lista zdravil in drugo. Nadzor

pa temelji tudi na kontroli izvajanja pogodbenih obveznosti glede ordinacijskega časa, vodenja čakalnih seznamov in drugih pogodbenih obveznosti izvajalca.

Po načinu nadzora ZZZS izvaja:

- redni (načrtovani) nadzor,
- izredni nadzor.

Zavod izvede izredni nadzor, če obstaja sum, da izvajalec krši pogodbeno določila ali če obstaja sum, da izvajalec ne spoštuje splošnih ali posamičnih aktov, ki urejajo uveljavljanje pravic iz OZZ. V vseh drugih primerih, če izredni nadzor narekujejo okoliščine na strani izvajalca ali če obstajajo druge okoliščine, iz katerih je sklepati, da izvajalec krši pogodbeno razmerje ali nastaja materialna škoda. Izredni nadzor lahko odredijo: generalni direktor, direktor za področje zdravstvene analitike in ekonomike ter direktor območne enote zavoda. Odredijo ga lahko za vse izvajalce, ne glede na njihov sedež. Izredni nadzor se odredi nadzorniku s pisnim nalogom in pooblastilom za vsak posamični izredni nadzor.

Nadzor izvajajo nadzorniki, ki so delavci ZZZS in izvajajo finančno medicinski nadzor. Imenuje jih generalni direktor. Nadzornike, ki izvajajo administrativni nadzor imenujejo direktorji območni enot. Finančno medicinski nadzor lahko izvajajo le zdravniki, zobozdravniki, farmacevti, diplomirani zdravstveniki. Ravno tako pa nadzornik ne sme biti z izvajalcem v nobenem sorodstvenem ali pogodbenem razmerju.

Nadzorne skupine za izvajanje finančno medicinskega nadzora določi generalni direktor s sklepom po posameznih zdravstvenih dejavnostih in jih lahko glede na potrebe tudi združi, preoblikuje ali ukine (ZZZS, 2014a).

V primeru, da nadzorniki ugotovijo kršitve pogodbenega razmerja, izvajalcu izdajo obvestilo. To je listina s katero ZZZS izvajalca obvešča o ugotovljenih nepravilnostih. Glede na vrsto in vrednost nepravilnega obračuna o izreku pogodbene kazni, ki je posledica ugotovitev nadzora. Obvestilo je nalog, na katerega se sklicuje finančno računovodski oddelek za izvršitev obveznosti kot izhaja iz zapisnika o nadzoru.

Izvajalec je nato dolžan ZZZS izdati dobropis oziroma bremepis ali storno poročila ali popravek poročila v roku 8 dni od prejema obvestila. V nasprotnem primeru ZZZS izda račun izvajalcu, ki ga je dolžan poravnati (ZZZS, 2014a).

3.2.2 Pravilnik o izvajanju nadzora nad dobavitelji

ZZZS izvaja nadzor nad dobavitelji medicinskih pripomočkov (MP), glede na sklenjeno pogodbo med njima. Nadzor izvaja nad izdajnimi mesti, nad minimalnim obratovalnim časom in nad izdajo MP, ki so predmet pogodbe za MP.

Pred sklenitvijo pogodbe med dobaviteljem in ZZZS mora le ta preveriti, da dobavitelju v zadnjih dveh letih pred podpisom pogodbe ni bila izrečena pravnomočna globa za davčni prekršek, ki ga pridobi od Finančne uprave Republike Slovenije.

Nadzor izvajajo nadzorniki, ki jih pooblasti generalni direktor ZZZS, v svoji območnih enotah, izjemoma lahko nadzor opravi tudi druga območna enota. Nadzornik je pri opravljanju dela samostojen in se je dolžen izločiti iz nadzora če je z lastnikom, pooblaščen osebo ali z osebo, ki opravlja delo pri dobavitelju, v sorodstvenem ali pogodbenem razmerju.

Na podlagi končnega zapisnika ZZZS izda Obvestilo dobavitelju o opravljenem nadzoru. Obvestilo s katerim ZZZS obvesti dobavitelja je listina, s katero dobavitelja obvešča o morebitnih kršitvah ter o zahtevkih in rokih za odpravo nepravilnosti (ZZZS, 2014b).

3.3 Delovanja ZZZS – še nekaj pomislekov

Trenutni sistem nadzora temelji na tem, da ZZZS sam izbira nadzornike in nadzoruje izvajalce zdravstvenih storitev s katerimi ima sklenjene pogodbe. Določene zdravstvene storitve niso v celoti krite iz OZZ in tu nastopijo zdravstvene zavarovalnice, ki zbirajo sredstva za dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Kljub temu da plačujejo del zdravstvenih storitev pa jim noben zakon ne omogoča, da bi izvajale nadzor nad izvajalci zdravstvenih storitev. Z zakonom bi morali omogočiti, da lahko zdravstvene zavarovalnice same vršijo nadzor nad izvajalci zdravstvenih storitev.

ZZZS bi moral pripraviti standarde in normative za zdravstvene storitve, ki bi bile podlaga za določitev cene storitve. Tako bi bili vsi izvajalci plačani po istih cenah.

Izvajalci zdravstvenih storitev podpišejo pogodbo z ZZZS za opravljanje določenega števila zdravstvenih storitev. V primeru, da izvajalec to število preseže iz kakršnega koli razloga za ta del ni upravičen do plačila, ampak se za presežen del zdravstvenih storitev dodatno pogaja z ZZZS. Kljub temu presežen program dela ni nikoli v celoti poplačan. Ta problem se pojavlja predvsem izvajalcem sekundarnih in terciarnih zdravstvenih storitev, ki ne morejo zavrniti bolnikov, ki nujno potrebujejo zdravstveno storitev. Tako se pojavlja, da večino bolnišnic v Sloveniji prekorači dogovorjeni plan zdravstvenih storitev.

Medtem, ko izvajalci zdravstvenih storitev niso upravičeni do plačila pogodbeno prekoračenega števila zdravstvenih storitev, pa zdravstvene zavarovalnice in ZZZS prikazujejo konec leta dobiček iz naslova prispevkov za zdravstveno varstvo.

MZ v trenutnem ZZDej nima pristojnosti strokovnega nadzora nad izvajalci zdravstvene dejavnosti. Slednji je v celoti prepuščen pristojni zbornici, na delovanje katere ima ministrstvo le malo vpliva (MZ, brez datuma).

4 SISTEM FINANCIRANJA JAVNEGA ZDRAVSTVA

Področje, ki ga je nujno potrebno preurediti znotraj sistema zdravstvenega varstva, je sistem financiranja. Ta sistem je odvisen od notranje ureditve samega sistema zdravstvenega varstva posamezne države. Dober sistem financiranja zdravstvenega varstva predstavlja zmožnost zagotavljanja finančne vzdržnosti, ki zagotavlja določen obseg zdravstvene storitve in pravic, ki jih prebivalstvo potrebuje. Sistem financiranja zdravstvenega varstva deluje na dveh področjih: prvo je zbiranje sredstev, naslednje pa razdeljevanje oziroma plačevanje zdravstvenih storitev. Od sistema zdravstvenega varstva je odvisno, ali se bodo programi zdravstvenih storitev izvajali učinkovito in kakovostno, ter kakšna bo dostopnost do zdravstvenih storitev (Košir, 2005, str. 460).

V Sloveniji se sistem financiranja zdravstvenega varstva izvaja na podlagi zdravstvene reforme. Sistem financiranja se od ustanovitve bistveno ni spremenil; bilo je nekaj poskusov, ki pa niso prinesli velikih sprememb.

4.1 Viri financiranja

Slovensko zdravstveno varstvo za svoje delovanje uporablja dva vira financiranja in sicer javna in zasebna sredstva.

Obvezno zdravstveno zavarovanje predstavlja javni vir financiranja, katerega sredstva se zbirajo preko prispevkov, medtem ko prostovoljno zdravstveno zavarovanje spada med zasebna sredstva. Ravno tako med zasebna sredstva spadajo plačila posameznikov za zdravstvene storitve. Sredstva iz obveznega zdravstvenega zavarovanja predstavljajo v letu 2015 od vseh zbranih prihodkov ZZZS-ja 97,4% (ZZZS, 2015, str. 90). Ekonomska moč države in BDP močno vplivata na delovanje zdravstvenega sistema, saj je od njiju odvisna višina zbranih sredstev za OZZ. V sistemu zdravstvenega varstva je veliko pomanjkljivosti, ki se kažejo v nejasnosti kriterijev financiranja javnih zavodov, neprimernih nadzorih, prepozno sprejetje letnih pogodb ter nedorečene odgovornosti. Na neučinkovitost sistema najbolj vplivata nepreglednost in neustreznost financiranja zdravstvenega varstva v Sloveniji, zato je nova zdravstvena reforma nujno potrebna (Pirnat, 2007, str. 71-75).

V tabeli 1 so prikazani podatki o javnih in zasebnih sredstvih za zdravstveno varstvo v Sloveniji. Upoštevati moramo, da gre za leti 2014 in 2015 za oceno ZZZS-ja, saj še ni bilo dokončnih podatkov. Prav tako je pri uporabi podatkov potrebno vedeti, da so na podlagi uporabljene metodologije Organizacije za gospodarsko sodelovanje in razvoj - OECD (ang. Organisation for Economic Co-operation and Development) v Sloveniji v okviru nacionalnih zdravstvenih računov iz javnih izdatkov obveznega zdravstvenega zavarovanja izvzeti izdatki za denarna nadomestila:

- odsotnost od dela,

- pogrebne,
- posmrtnine,
- povračila zavarovalnicam za socialno ogrožene,
- sredstva mednarodnega zavarovanja za tuje zavarovance.

V javne izdatke za zdravstveno varstvo pa so vključeni dodatki za pomoč in postrežbo ter tudi nekatere socialne dajatve, in sicer kot izdatki za dolgotrajno oskrbo (zdravstveni del). Čeprav so ti dodatki in dajatve v Sloveniji pravica iz pokojninskega zavarovanja in drugih področij socialne varnosti in ne iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Tabela 1: Delež sredstev za zdravstvo v letih od 2012 – 2015

		2012		2013		2014		2015	
		milijoni EUR	%BDP	milijoni EUR	%BDP	milijoni EUR	%BDP	milijoni EUR	%BDP
1	Obvezno zdravstveno zavarovanje	2.083,51	5,79	2.060,54	5,74	2.080,13	5,58	2.151,29	5,58
2	Obvezno pokojninsko zavarovanje	75,60	0,21	76,17	0,21	76,75	0,21	78,05	0,21
3	Centralna država	187,10	0,52	157,60	0,44	156,50	0,42	182,93	0,47
4	Lokalna država	56,83	0,16	57,94	0,16	72,32	0,19	68,97	0,18
5	Javni izdatki skupaj	2.403,04	6,68	2.352,25	6,55	2.385,70	6,40	2.481,24	6,44
6	Prostovoljno zdravstveno zavarovanje	458,60	1,27	474,30	1,31	473,83	1,27	465,11	1,21
7	Gospodinjstva	393,67	1,09	419,20	1,16	423,39	1,14	407,56	1,06
8	Družbe (brez skladov soc. varnosti) in npisg	53,06	0,15	53,01	0,15	52,96	0,14	51,44	0,13
9	Vsa zasebna sredstva skupaj	905,33	2,51	946,51	2,62	950,18	2,55	924,11	2,4
10	Skupaj	3.308,37	9,19	3.298,76	9,17	3.335,88	8,95	3.405,35	8,84

Vir: ZZZS (2015).

Iz tabele 1 je razvidno, da sredstva iz obveznega zdravstvenega varstva predstavljajo večinski delež vseh zbranih sredstev in predstavljajo 64,4% vseh sredstev v letu 2014. Javna sredstva skupaj predstavljajo 74,4%, zasebna sredstva skupaj pa 27,7%.

Iz tega je razvidno, da ima ZZZS veliko odgovornost pri razdeljevanju denarja izvajalcem zdravstvenih storitev in skrb za nemoteno delovanje zdravstvenega sistema. ZZZS s

sprejemom letnega plana, vpliva tudi na dolžino čakalnih dob posameznih zdravstvenih storitev.

4.2 Sistem obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja

OZZ je bilo v Sloveniji uvedeno z reformo sistema zdravstvenega varstva v letu 1992. S tem so bili sprejeti novi zakoni, ki so preuredili sistem zdravstvenega varstva, in sicer:

- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju
- Zakon o zdravstveni dejavnosti,
- Zakon o zavodih in drugi.

Zdravstveno zavarovanje zagotavlja ustrezno zdravstveno in socialno varnost v času bolezni ali poškodbe, saj pokriva stroške za tveganje v primerih, ko zbolimo, se poškodujemo ali imamo kakšne druge zdravstvene potrebe (ZZZS, 2015a).

OZZ se izvaja po načelu solidarnosti in socialne pravičnosti med starimi in mladimi, bolnimi in zdravimi ter revnimi in bogatimi. OZZ je obvezno za vse osebe, ki izpolnjujejo z ZZVZZ predpisane pogoje. Zavarovanci kot nosilci zavarovanja so dolžni plačevati prispevke, medtem ko družinski člani niso zavezanci za plačevanje prispevkov. Plačilo prispevkov je vezano na vir, ki zavarovancu zagotavlja osnovno socialno varnost. Viri prispevkov so zaposlitev, invalidnina, samostojna dejavnost, lastna sredstva in družbene pomoči. Državljanke, ki ne izpolnjujejo pogojev ZZVZZ iz 15. člena, v OZZ prijavi pristojni Center za socialno delo, ki za takšnega zavarovanca ugotavlja ali ima ustrezne pogoje, ki jih je potrebno izpolnjevati. OZZ zavarovanim osebam omogoča uveljavljanje pravic do zdravstvenih storitev, medicinskih pripomočkov, zdravil in denarnih nadomestil v času odsotnosti z dela zaradi bolniškega staleža ali povračilo potnih stroškov zaradi uveljavljanja zdravstvenih storitev. Določene zdravstvene storitve se plačajo v celoti iz OZZ, ki jih plača ZZZS, za druge pa mora imeti zavarovana oseba urejeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Brez tega zavarovanja mora razliko zdravstvenih storitev kriti iz lastnih sredstev. V primerih, kadar gre za nujna zdravljenja in zavarovana oseba nima sklenjenega dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, se stroški zdravljenja v celoti krijejo iz OZZ. ZZVZZ določa obseg in vrsto pravic, podrobneje pa so določene v Pravilih obveznega zdravstvenega zavarovanja (ZZZS, 2015a).

Prostovoljno (dodatno) zdravstveno zavarovanje izvajajo na podlagi ZZVZZ naslednje zavarovalnice:

- Adriatic Slovenica, d.d.,
- Triglav, d.d.,
- Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z.

V Sloveniji je v ZZVZZ določeno prostovoljno zdravstveno zavarovanje, ki omogoča kritje zdravstvenih storitev do polne vrednosti in prostovoljno zdravstveno zavarovanje za večji obseg pravic ali višji standard, ki jih OZZ ne krije. Katere zdravstvene storitve se krijejo v celoti iz OZZ so določene v ZZVZZ. ZZVZZ ravno tako določa posebne skupine zavarovanih oseb, ki jim razliko do polne vrednosti zdravstveni oseb krije proračun RS. To so upravičenci preko centra za socialno delo in priporniki, naslednja skupina so vojaški in civilni invalidi vojne ter vojni veterani in žrtve vojnega nasilja (ZZZS, 2015b).

V procesu dogovarjanja sodelujejo MZ, ZZZS in predstavniki izvajalcev. Rezultat dogovarjanj so splošni in področni dogovori med partnerji in podpis pogodbe med ZZZS in posameznim izvajalcem.

4.3 Poslovna učinkovitost in uspešnost v javnem zavodu

V javnem sektorju je merjenje uspešnosti in učinkovitosti težavna naloga, še veliko bolj kot v zasebnem gospodarstvu (Podgoršek, 2009, str. 1). Cilj opravljanja dejavnosti ni ustvarjanje dobička, vendar mora javni zavod vložena sredstva za svoje delovanje kljub temu porabiti čim koristneje. Dobro porabljen denar je takrat, ko je storitev opravljena gospodarno (minimalni stroški vloženi sredstev), uspešno in učinkovito (Dolžan, 2007, str. 9).

Uspešnost poslovanja javnega zavoda lahko opredelimo kot obseg, do katerega je bil plan realiziran in planirani rezultati doseženi (Vuk, 2007, str. 17). Uspešnost poslovanja moramo najprej izmeriti in nato presoditi ali vrednosti kazalnikov, ki smo jih izbrali, kažejo realno sliko delovanja javnega zavoda (Markežič, 2007, str. 6).

Zdravstvo je danes zaradi fiskalnih omejitev pod velikim pritiskom, zato je spremljanje uspešnosti in učinkovitosti nujno. Javno zdravstvo mora upravičiti uporabo finančnih sredstev in zagotavljati vrednost za davkoplačevalski denar. Uspešnosti in učinkovitosti ne gledamo samo preko finančne uspešnosti, temveč je zelo pomembna kakovost opravljene storitve za prebivalstvo (Štruc, 2006, str. 1).

Osnova za merjenje uspešnosti poslovanja so merljivi cilji, ki jih zdravstvo poskuša doseči pri poslovanju. Merjenje je pomembno zaradi uvajanja izboljšav, primerjanja uspešnost v določenem obdobju, ter zaradi primerjav z organizacijami v isti panogi (Vuk, 2007, str. 18).

Bolnišnice so obsežne enote, ki proizvajajo veliko zdravstvenih storitev in zaradi tega lahko pri njihovi analiz uporabimo splošna ekonomska načela. Tehnična neučinkovitost pomeni, da ponudnik z danimi inputi ne dosežejo maksimalne možne ravni proizvodnje oz. outputa. Značilnost alokacijske neučinkovitosti je, da proizvedene storitve oz. uporabljeni inputi niso razporejeni primerno glede na njihove cene (niso razporejeni na način, ki bi

omogočil proizvodnjo po minimalnih povprečnih stroških) (Tajnikar & Došenovič Bonča, 2005, str. 3).

Analiza v zdravstvu je lahko zelo obsežna, saj jo lahko izvedemo ne le po različnih segmentih, ampak tudi na različnih ravneh. Poznati je potrebno razliko, da je pri proizvodnji storitev pomemben končni proizvod (določen zdravstveni postopek), pri učinkoviti preskrbi z storitvami pa končni izid (kvaliteta življenje ali zdravstveno stanje prebivalstva) (Porter & Olmsted Teisberg, 2004, str. 5).

Z medicinskega vidika je bolnišnica uspešna, kadar izvaja zdravstveno storitev ne glede na porabo virov. Z vidika računovodstva je bolnišnica uspešna, kadar vodstvo izrablja razpoložljive zmogljivosti in gospodari v dobro lastnikov, torej državljanov. Tako prihaja do konflikta interesov med vodstvom bolnišnice, zdravniki in drugimi zdravstvenimi strokovnjaki. To je tudi temeljni vzrok, da niso določena sodila za ugotavljanje uspešnosti poslovanja bolnišnice, ki bi bila tako sprejemljiva za obe vedi (Česen, 2003, str. 251).

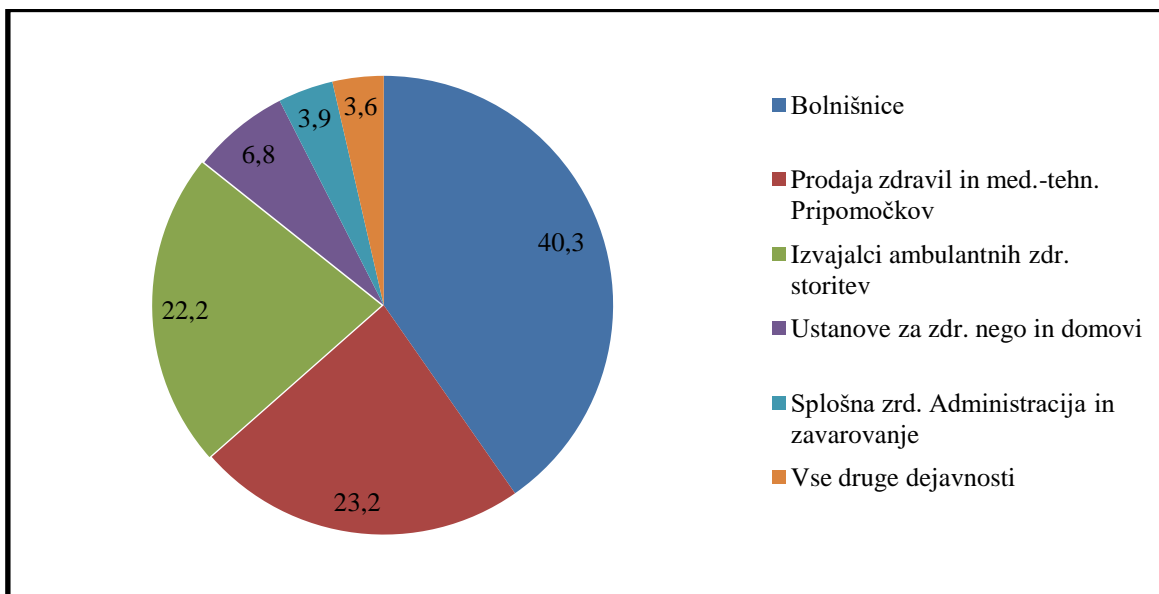
S kazalniki, ki so normativno določeni s Slovenskimi računovodskimi standardi 2006 (SRS), Ur. l. RS, št. 118/2005 lahko ocenjujemo uspešnost poslovanja bolnišnic. Uporabni so za vse organizacije in temeljijo na računovodskih podatkih in obračunih. Kazalniki, opredeljeni v SRS 29, kažejo gospodarsko in finančno uspešnost. Z vidika gospodarske uspešnosti so to:

- kazalniki gospodarnosti in dobičkonosnosti, ki kažejo uspešnost poslovanja iz zornega kota ustanoviteljev in bolnišnice,
- kazalniki dohodkovnosti, ki kažejo uspešnost poslovanja iz zornega kota zaposlencev, prinašalcev denarja (financerjev) in bolnišnice same,
- kazalniki financiranja, investiranja, vodoravnega finančnega ustroja, obračanja sredstev in denarne tokovnosti, pa kažejo v kakšnih razmerah je bolnišnica dosegla takšen izid, ter kažejo razloge za doseganje takšnega izida.

4.4 Razporeditev sredstev po vrstah zdravstvenih dejavnosti

V Sloveniji so bila v letu 2013 sredstva za zdravstveno dejavnost razporejena kot je prikazano na sliki 1. Daleč največ sredstev je namenjeno za bolnišnično dejavnost, kateri sledijo medicinsko tehnični pripomočki in zdravila. Na tretjem mestu pa je ambulantna zdravstvena dejavnost oz primarna zdravstvena dejavnost, kateri se namenja čedalje več pozornosti.

Slika 1: Celotni tekoči izdatki za zdravstveno varstvo po vrstah dejavnosti, Slovenija, 2013
(v odstotku)



Vir: SURS (2015).

Iz slike 1 je razvidno, da so bili izdatki za dejavnosti v bolnišnicah in ustanovah za zdravstveno nego še enkrat višji od izdatkov za zunajbolnišnične ambulante ali od dejavnosti lekarn. V strukturi celotnih tekočih izdatkov za zdravstveno varstvo v letu 2013 so izdatki za zdravstvene storitve, opravljene v bolnišnicah in ustanovah za zdravstveno nego znašali 47,1%. Izdatki za zdravila in medicinsko-tehnične pripomočke 23,2% ter za storitve, opravljene v zunajbolnišničnih ambulantah 22,2%.

4.4.1 Zbiranje javnih in zasebnih sredstev

Zdravstveno varstvo se financira iz javnih in zasebnih sredstev. Javna sredstva financiranja predstavljajo proračunska sredstva države in občin ter sredstva OZZ. Zasebni viri financiranja pa predstavljajo sredstva prostovoljnega in nezgodnega zdravstvenega zavarovanja, neposredna plačila prebivalstva za zdravstvene storitve ter sredstva dobrodelnih organizacij in donatorjev (Zaletel Kragelj, Eržen & Premik, 2007, str. 169).

4.4.2 Javni izdatki

Tako v Sloveniji, kot tudi v večini evropskih držav, se je v letu 2014 pretežni delež sredstev za zdravstveno varstvo črpal iz javnih virov. Javna sredstva so predstavljala 72,9% vseh sredstev za zdravstveno varstvo. Glavnino javnih sredstev so predstavljala sredstva iz OZZ v višini 63,2% vseh sredstev. Preostale javne izdatke so predstavljala sredstva občinskih in državnega proračuna – vključno z investicijami države in občin

(7,4% vseh sredstev) in izdatki za dolgotrajno oskrbo (dodatek Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje za pomoč in postrežbo: 2,3%) (ZZZS, 2015, str. 147).

V Republiki Sloveniji je prispevna stopnja za OZZ 13,45% in se že od leta 2002 dalje ni spreminjala. Zbirno prispevno stopnjo sestavljajo prispevne stopnje, ki jo plačujejo:

- zavarovanci za zavarovanje za vse pravice za primer bolezni in poškodbe izven dela (6,36%),
- delodajalci za zavarovance za zavarovanje vseh pravic za primer bolezni in poškodbe izven dela (6,56%),
- delodajalci za zavarovanje za vse pravice za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni (0,53%).

Zbirna prispevna stopnja v obdobju 2000-2004 ni zagotovila zadostnih prihodkov od prispevkov, s katerimi bi se lahko pokrili tekoči odhodki. Razlogi so bili naslednji:

- hitrejša rast plač v zdravstvu,
- realna rast izdatkov za zdravstvo,
- večja zahtevnost prebivalstva,...

Primanjkljaj, ki je nastal v tem obdobju je pokrila država v letu 2005 v višini 119,5 milijona EUR. V obdobju 2005-2008 so vplačani prispevki ponovno zagotavljali pokrivanje tekočih odhodkov in še realizacijo presežkov, ki so konec leta 2008 kumulativno znašali 130 milijonov EUR. Odhodki ZZZS-ja so se v letu 2009 povečali za 5,8% glede na predhodno leto, kar je bilo za 3,6% hitreje od porasta prihodkov v tem letu. Na to je najbolj vplivala vpeljava novega plačilnega sistema in odprava plačnih nesorazmerij v zdravstvu. Posledično so se podražile zdravstvene storitve in programi. V času gospodarske krize se je začela zmanjševati stopnja rasti prihodkov, zaradi tega je bilo v obdobju 2009-2014 sprejeta vrsta ukrepov za zagotovitev finančne vzdržnosti sistema OZZ, katerih učinek na letni ravni ocenjen na 580 milijonov EUR, od tega je učinek dodatnih ukrepov v letu 2014 učinkoval na poslovanje ZZZS v višini 48,5 milijona EUR (ZZZS, 2014, str. 79-82).

OZZ se v Sloveniji financira s pobiranjem prispevkov, ki jih plačuje aktivna populacija za zdravljenje celotnega prebivalstva. Zdravstveno varstvo zaradi takšnega sistema nima rezervnega sklada za plačevanje zdravstvenih storitev v primeru gospodarske krize. V času ekonomske krize se je pokazalo, da je takšen sistem financiranja zdravstvenega varstva nestabilen.

4.4.3 Zasebni izdatki

Pomemben delež izdatkov za zdravstveno varstvo v letu 2015 predstavljajo zasebna sredstva, katerih delež je znašal 27,1% vseh izdatkov. Zavarovalnice so s plačevanjem

škodnih primerov in obratovalnimi stroški v letu 2015 zagotovile sredstva skupno za skoraj 13,7% vseh izdatkov. Največji delež je šel na račun prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, s katerimi se pokrivajo tveganja doplačil do polne vrednosti zdravstvenih storitev, ki so pravica iz OZZ. Posamezniki in družbe so z zasebnimi sredstvi prispevali skupno 13,4% vseh izdatkov (ZZZS, 2015, str. 147).

4.4.4 Modeli financiranja zdravstvene dejavnosti

Pri plačevanju zdravstvenih programov izvajalcem, si ZZZS prizadeva za čim boljšo pravičnost in transparentnost financiranja.

Ravno tako bi se morala zdravstvena politika zavzemati za jasno in razumljivo financiranje zdravstvene dejavnosti. Omogočati bi morala zagotovitev nadzora in primerjave med izvajalci, ter enostavno administracijo.

Učinkovit model financiranja bi tako moral zasledovati vsaj naslednje cilje (Petrič, 1993, str. 14-15):

- nezahtevna administracija,
- enostaven nadzor in nedvoumnost,
- motiviranost izvajalcev k čim boljšemu delu,
- enakost zavarovancev pri uveljavljanju pravic,
- ni spodbud za opravljanje nepotrebni storitev.

Ob tem velja poudariti, da cilji plačnikov zdravstvenih storitev niso enaki ciljem izvajalcev zdravstvene dejavnosti. Medtem ko prvi želijo z varčno razdelitvijo razpoložljivih sredstev zagotoviti dogovorjeno raven zdravstvene preskrbljenosti vsem zavarovanim osebam, želijo drugi z opravljanjem zdravstvene dejavnosti maksimirati prihodek (Česen, 1997, str. 7).

Izvajalci zdravstvenih storitev lahko v različnih modelih plačevanja uresničijo svoj cilj na naslednje načine (Normand & Weber, 1994, str. 59):

- da nudijo največjo možno število zdravstvenih storitev,
- da privabijo največje možno število bolnikov,
- da pošljejo bolnike s finančno neprivlačnimi težavami drugam,
- da naročajo bolnike na večkratne obiske, čeprav to ni nujno,
- da kupujejo drago medicinsko opremo, ki ni nujno potrebna, zaradi vključitve amortizacije v stroške.

Modeli financiranja morajo zagotavljati izvajalcem zdravstvenih storitev dovolj visoka plačila, ki bodo motiv za kakovostno opravljanje storitev. Po drugi strani pa morajo ohranjati nerazsipnost in ekonomsko učinkovitost izvajalcev. Javni zavodi pa morajo s

svojim proračunom ravnati transparentno, saj so odgovorni za zagotavljanje čimboljšega zdravstvenega stanja prebivalstva.

Modele plačevanja lahko delimo na več načinov. Prvi način je delitev glede na merilo predvidljivosti. Tako poznamo dve skupini modelov (Česen, 1997, str. 10):

- retrospektivne modele,
- prospektivne modele.

Plačnik pri retrospektivnem modelu za plačilo izdatkov izve takrat, ko mu izvajalec izda račun za opravljene zdravstvene storitve. Vpliv plačnika na višino izdatkov je tako ničen, ravno tako pa ne more v naprej predvideti višino izdatkov. Pomanjkljivost tega modela je, da celotno tveganje stroškov zdravljenja nase prevzame plačnik. Izvajalci zdravstvenih storitev pa nimajo interesa za racionalnejše opravljanje zdravstvenih storitev (Reisman, 1993, str. 147).

Za plačnika (v Sloveniji je to predvsem ZZZS) so praviloma bolj sprejemljivi prospektivni modeli, kjer se lahko vsaj deloma vpliva na izdatke za zdravstveno zavarovanje.

Pri prospektivnem modelu se plačnik in izvajalec vnaprej dogovorita za določeno število zdravstvenih storitev kot tudi za ceno posamezne zdravstvene storitve. Glavna značilnost tega modela je, da tako plačnik kot izvajalec vesta kakšno je njuno stanje za prihodnje obdobje. Izvajalec tako že v začetku poslovnega leta ve koliko zdravstvenih storitev mora opraviti in s kakšnimi prihodki bo razpolagal (Česen, 1997, str. 26).

4.4.5 Storitveni in proračunski modeli plačevanja

Ob preučevanju modelov poznamo še delitev glede na osnovno plačilno enoto oziroma možnost izvajalca na prerazporeditev sredstev. Poznamo storitveni in proračunski model plačevanja. Storitveni model temelji na plačevanju zdravstvenih storitev ali posameznih sestavin celotnih zdravstvenih storitev v bolnišnici. Proračunski model pa temelji na plačilu celotne vsote posameznemu izvajalcu za celotni dogovorjeni obseg zdravstvenega programa (Keber, Leskovar & Kerstin Petrič, 2003, str. 90).

Storitveni model je podoben retrospektivnemu, saj oba modela prenašata tveganje na plačnika, ki pri obeh modelih ne more v naprej predvideti višine izdatkov. Proračunski model pa je podoben prospektivnemu, saj je tveganje preneseno na izvajalca in ga tako sili, da prevzema odgovornost za svoje poslovanje in racionalno obnašanje.

4.4.6 Financiranje bolnišnic po načelu skupin primerljivih primerov

V svetu se je uveljavilo še veliko drugih modelov financiranja, vendar bi se v magistrski nalogi posvetil modelu plačevanja po primeru, ki ga je Slovenija uvedla leta 2004.

SPP je prevod angleškega izraza Diagnosis Related Grups – DRG, ki se je začel uporabljati v Združenih državah Amerike. To je sistem razvrščanja bolnikov v skupine, za katere porabimo podobno količino virov, podlaga za razvrščanje bolnikov pa so statistične analize kliničnih podatkov in podatkov o porabi virov velikih vzorcev bolnikov. Sistem SPP se je razvil kot odgovor na naraščajoče stroške bolnišnic in krčenje zdravstvenih proračunov v zgodnjih 80 letih. Prve študije in poskusno uvajanje so bili narejeni v sodelovanju ameriških in avstralskih strokovnjakov, kasneje pa se je sistem prenesel na številne druge države. Sistem je primeren za obračunavanje opravljenega dela v bolnišnicah. Na podlagi statističnih izračunov je izračunana osnovna cena posameznega primera zdravljenja, s katero izvajalec obračuna svoje delo plačniku. Ključni cilj uvajanja novega sistema razporejanja sredstev za bolnišnične obravnave je bila izboljšati preglednost in pravičnost plačevanja storitev, ki bo temeljil na enotnih merilih in bo tako omogočal boljšo primerljivost za izvajalce zdravstvenih storitev. Model plačevanja po sistemu SPP temelji na plačevanju primera po zahtevnosti obravnave. Ta model sledi načelu, da denar sledi bolnikom (Zupanc, 2008, str. 14).

Vsaka bolnišnična obravnava se v sistemu SPP na podlagi glavne diagnoze in ob upoštevanju morebitnih drugih podatkov, na primer dodatnih diagnoz in posegov, razporedi v določeno skupino. Te se tvorijo na podlagi medicinskih podatkov, pri čemer se upoštevajo tudi ekonomski parametri. Vsaka skupina vsebuje bolnišnične obravnave, ki zahtevajo podobno količino virov. To pomeni, da je vsak SPP medicinsko - ekonomska enota, ki sicer temelji na medicinskih značilnostih, vendar upošteva tudi stroške (uporabo virov). Tako so lahko v isti skupini zbrane tudi bolnišnične obravnave z različnimi glavnimi diagnozami ali s posegi, kadar so stroški primerljivi. V najboljšem primeru naj bi bila skupina tako z medicinsko kot ekonomskega vidika homogena, sistem pa naj bi vseboval le pregledno število skupin.

Razvrstitev bolnika v posamezen SPP primer je odvisna od treh skupin podatkov (Wahl, Mate & Yazbeck, 2004, str. 689):

- Glavna diagnoza, ki je po končanem zdravljenju opredeljena kot glavni razlog zaradi katerega je bil bolnik sprejet v bolnišnično obravnavo.
- Dodatne diagnoze, ki so že obstajale ob sprejemu bolnika ali so nastale med potekom zdravljenja in so pomembno vplivale na zdravljenje.
- Pomembni klinični posegi, ki so bili opravljeni pri bolniku med bolnišnično obravnavo. To so pomembni klinični posegi kot so kirurški, ki zahteva anestezijo, poseben prostor, ekipo ali usposabljanje.

Vsakemu pacientu se pri odpustu iz bolnišnice na podlagi glavne diagnoze, dodatnih diagnoz in pomembnih kliničnih posegov določi ustrezen SPP primer. Določanje SPP primera poteka s pomočjo t.i. »gruperja«, kar lahko opredelimo kot računalniški sistem, ki na podlagi pravil in vnesenih diagnoz, dodatnih diagnoz in posegov določi ustrezen SPP. Posamezna akutna bolnišnična obravnava pacienta je razvrščena v en SPP primer, skupaj z

utežjo tega SPP primera. S ceno uteži pa lahko izračunamo ceno akutne bolnišnične obravnave.

V izračun SPP spadajo vsi stroški dela (vključno s stroški plač, skupaj s prispevki in davki). Vključeni so materialni stroški in amortizacija, povezani z izvajanjem programa akutne bolnišnične obravnave. Povprečna cena ene uteži za SPP (cena t.i. enke) je količnik med vsoto načrtovanih sredstev za akutno bolnišnično obravnavo in načrtovano vsoto uteži za SPP za vse izvajalce v Sloveniji. Cena enke se določi vnaprej na podlagi zadnjih veljavnih pogodb med ZZZS in izvajalci akutne bolnišnične obravnave (Zupanc, 2008, str. 48).

Podrobnejša opredelitev pojmov, ki so potrebni za razumevanje sistema SPP:

- **Utež**; vsak SPP primer ima dodeljeno utež. Utež 1 ustreza povprečno zahtevnemu bolniku. Primeri z višjo utežjo so zahtevnejši in zahtevajo večjo porabo virov, primeri z nižjo utežjo pa manj zahtevni.
- **Povprečna utež**; se izračuna na podlagi seštevka števila primerov in števila uteži posameznega izvajalca. Če se obravnavajo zahtevnejši primeri je povprečna utež izvajalca višja. Izračun je po enačbi (1):

$$\text{Indeks SPP} = \frac{\text{vsota relativnih uteži SPP}}{\text{vsota števila SPP}} \quad (1)$$

- **Povprečna cena uteži**; za posamezni SPP je količnik med vsoto vseh načrtovanih sredstev za akutno bolnišnično obravnavo in načrtovano vsoto uteži za SPP za vse izvajalce v Sloveniji,
- **Cena primera**; izračunamo iz uteži posameznega primera in vrednosti uteži.

V Sloveniji je trenutno za kodiranje bolezni v uporabi avstralska modifikacija desete revizije Mednarodne klasifikacije bolezni in sorodstvenih zdravstvenih problemov za statistične namene (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016).

Šifre in kode bolezni so sestavljene iz strukturiranega zapisa in nazivov skupin iz preglednega seznama klasifikacij na petih hierarhičnih ravneh in vsebujejo samo aktivne kode diagnoz. Ta klasifikacija je nadomestila MKD-10-AM, 2. izdajo, saj je ta vsebovala samo 4 mestne kode. Tako ni več zadostovala za potrebe spremljanja bolnišničnih obravnav, kjer so za razvrščanje bolnišničnih obravnav v SPP potrebne petmestne kode diagnoz. Za boljše razumevanje je celotna verzija z navodili objavljena na strani Nacionalnega inštituta za javno zdravje.

Homogenost skupin z vidika porabe virov (stroškov) je koristna predvsem za financiranje zdravstvenih storitev: za vsako bolnišnično obravnavo definirane skupine primerljivih primerov je določen pavšalni znesek. Tako je sistem kodiranja bolnišničnih obravnav (SPP) povezan s sistemom financiranja (Zupanc, 2008, str. 15).

Sistem SPP je bil v Sloveniji vpeljan zaradi boljše preglednosti in pravičnejše porabe sredstev namenjenih za zdravstvene storitve. Sistem naj bi omogočal boljšo primerljivost med izvajalci zdravstvenih storitev. V Sloveniji je v SPP sistem trenutno vključena samo akutna bolnišnična obravnava, ki predstavlja 90% vseh bolnišničnih obravnav.

4.4.7 Partnersko dogovarjanje

Vir za financiranje dogovorjenih programov je finančni načrt ZZZS in samo za del, ki se nanaša na kritje storitev v deležu za OZZ. Doplačila do polne vrednosti so krita iz dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja ali jih krijejo zavarovanci sami, če niso prostovoljno zavarovani. Partnerji v zdravstvu so: Ministrstvo za zdravje, Zdravniška zbornica Slovenije, Lekarniška zbornica Slovenije, Združenje zdravstvenih zavodov, Skupnost socialnih zavodov, Skupnost organizacij za usposabljanje, Skupnost slovenskih naravnih zdravilišč in ZZZS. Med seboj se dogovorijo o programu zdravstvenih storitev na področju osnovnih in specialističnih ambulant, bolnišnični, zdraviliški in lekarniški dejavnosti ter dejavnosti socialnih zavodov. Tako se več kot dve tretjini zbranih sredstev iz naslova OZZ nameni izvajanju programu zdravstvenih storitev za katere se dogovorijo partnerji v vsakoletnem Splošnem dogovoru. ZZZS kot plačnik se zavzema za optimalno razporeditev sredstev med izvajalce in s tem omogoči dostop do zdravstvenih storitev vsem zavarovancem (ZZZS, 2015, str. 26-27).

ZZZS na osnovi sklenjenih pogodb z izvajalci zagotavlja zavarovanim osebam dostop do zdravstvenih storitev, ki so pravica iz OZZ. Plačnik se zavzema za optimalno razporeditev sredstev med izvajalce in s tem poskuša zagotoviti ustrezen dostop vsem zavarovancem do zdravstvenih storitev. V 63. členu ZZVZZ je določeno, da se morajo partnerji dogovoriti o realizaciji zdravstvenih storitev, opredeliti morajo zmogljivosti za njihovo izvajanje in določiti obseg sredstev. Na tej osnovi lahko potem določijo cene storitev oziroma programov. Če ta izhodišča niso sprejeta do konca decembra za naslednje leto o njih odloči arbitražna najkasneje v enem mesecu, če pa se tudi arbitražna ne more dogovoriti o spornih vprašanjih, odloča Vlada Republike Slovenije.

4.4.8 Predlog zdravstvene reforme

Do sedaj je bilo ogromno predlogov za novo zdravstveno reformo vendar do uveljavitve nove reforme še ni prišlo. V nadaljevanju bom predstavil predlog zdravstvene reforme, ki so ga pripravili strokovnjaki iz ekonomske fakultete v Ljubljani.

Trenutna zdravstvena reforma ima veliko pomanjkljivosti v svojem sistemu, tako na področju financiranja kot na področju zagotavljanja zdravstvenih storitev. Razlog za to je neomejena košarica zdravstvenih storitev, ki se financira iz obveznega in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Sredstva pa so seveda omejena in znašajo 2,1 milijarde EUR iz OZZ, ki ga plačujejo delodajalci in delojemalci, ter 0,4 milijarde EUR, ki jih zdravstvene

zavarovalnice zberejo iz naslova dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Tu se pojavlja tudi problem solidarnosti, saj je samo 0,8 milijarde zdravstvenih dobrin v celoti financirano iz sredstev OZZ. Vse ostale zdravstvene storitve se doplačujejo iz prispevkov dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, torej v višini 1,7 milijarde EUR. Zaradi trenutno neomejene košarice zdravstvenih dobrin in omejenih sredstev nastajajo nedopustne čakalne vrste (Tajnikar in drugi., 2016, str. 146-150).

V predvideni zdravstveni reformi se obeta kar nekaj sprememb tako na področju financiranja kot tudi v obsegu zdravstvenih dobrin. V Sloveniji so prispevne stopnje za pokojninsko in invalidsko zavarovanje in prispevek za obvezno zdravstveno zavarovanje med najvišjimi v Evropi. Tako da dvig prispevnih stopenj ni mogoč, saj bi to vplivalo na ceno dela in posledično na konkurenčnost gospodarstva. Ravno tako ni možno zagotoviti dodatnih sredstev z uvajanjem novih dajatev ali iz proračuna Republike Slovenije, ker bi to povečalo delež javne porabe. Tako je edina rešitev omejitev košarice iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja (Tajnikar in drugi, 2016, str. 149).

V predvideni zdravstveni reformi naj bi se ustvarili košarica A in B zdravstvenih dobrin, ki bi imeli vsaka svoj vir financiranja. V košarici A naj bi bile zdravstvene dobrine, ki bi se financirale iz OZZ, košarica B pa bi se financirala iz prispevkov, ki se zbirajo prek obveznega zavarovanja pri zdravstvenih zavarovalnicah (Tajnikar in drugi, 2016, str. 149-150).

Košarica A – zdravstvene dobrine

Z njo se zagotavljajo solidarnosti glede na dohodek, mesto bivanja, bolezen, spol, starost in zaposlenost oz. nezaposlenost. Ta košarica zamenjuje trenutno neomejeno zdravstveno košarico.

ZZZS naj bi se preoblikoval v sklad z ustreznimi pooblastili, katerega temeljna naloga bi bila usklajevanje med razpoložljivimi sredstvi za košarico A in nakupnimi odločitvami. Povečala bi se tudi solidarnost iz sedanjih 0,8 milijarde na 2,1 milijarde sredstev kolikor jih trenutno zbere ZZZS iz naslova OZZ. Saj bi se vse dobrine iz košarice A 100% financirale iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja. Cilj košarice A je prebivalstvu RS zagotoviti ponudbo zdravstvenih storitev na način, da je ponudba usklajena z razpoložljivimi viri OZZ s potrebami. V praksi bi to pomenilo, da pri izvajalcu ne nastajajo nenormalno dolge čakalne dobe niti izgube zaradi neustreznega financiranja.

V košarico A so uvrščene dobrine na področju preventive, bolnišničnega varstva, urgence, dolgotrajnega varstva in paliativne oskrbe. O potrošnji teh zdravstvenih dobrin ne odloča uporabnik. Omejevanje zdravstvenih dobrin iz košarice A, ki se financira iz OZZ, bo glede na višino cene zdravstvenih dobrin, dostopnost do posameznih dobrin zdravstvenega varstva in glede na dostopnost posameznih skupin prebivalstva do dobrin OZZ (Tajnikar in drugi, 2016, str. 153-156).

Košarica B – zdravstvene dobrine

»Košarica B zagotavlja dobrine, ki niso del košarice A, a jih prebivalstvo potrebuje z vidika zagotavljanja osnovnega zdravja posameznika in bi lahko njihovo plačilo v primeru, da bi jih moral posameznik plačati sam, pomenilo finančno in zdravstveno nenormalno tveganje za posameznika.« Košarico B potrebujemo, ker z načinom kot financiramo košarico A ne zmoremo zagotoviti vseh dobrin prebivalcem, ki so nujno potrebne za vzdrževanje zdravstvenega stanja (Tajnikar in drugi, 2016, str. 158).

Sestavo košarice B določa Ministrstvo za zdravje. S košarico B moramo zagotoviti zdravstvene dobrine iz primarne zdravstvene dejavnosti, razen urgence, osnovno zobozdravstvo, porodništva z vsemi spremljajočimi dejavnostmi in rehabilitacije, ki niso posledica bolezni. Košarica B naj bi imela vrednost okoli 0,5 milijarde EUR, kar bi pomenilo okoli 25% povišanje premije. Vlada RS bi morala določiti začetno velikost in maksimalno premijo (Tajnikar in drugi, 2016, str. 159-160).

Premijo bi zbirale zdravstvene zavarovalnice, ki ne smejo izbirati nobenih selekcioniranih kriterijev za zavarovance. Zdravstvene zavarovalnice, ki pobirajo premije za dopolnilno zdravstveno zavarovanje, bi morale preoblikovati sedanja prostovoljna zdravstvena zavarovanja v pogodbeno zavarovanja za vsakega zavarovanca posebej. Pravice iz košarice B si je mogoče pridobiti samo s sklenitvijo zavarovanja za košarico B. zdravstvene dobrine se bodo izvajale tako v javni mreži zdravstva, kot tudi pri zasebnih izvajalcih zdravstvenih dobrin (Tajnikar in drugi, 2016, str. 161).

Zdravstvene zavarovalnice bodo delovale po načelu profitnosti, tako bodo lahko ponujale dodatne nadstandardne storitve za višjo premijo. Same bodo izbirale izvajalce zdravstvenih storitev in tudi same izvajale nadzor nad izvajalci. Izbirajo lahko tako med javnimi kot zasebnimi izvajalci za kar pa ne potrebujejo javnega razpisa. Za način plačila lahko izbirajo med vsemi običajnimi načini plačilnih instrumentov: glavarine, plačilo primerov, plačilo storitve in pavšalna plačila (Tajnikar in drugi, 2016, str. 162-173).

5 MANAGEMENT JAVNIH ZAVODOV

V osemdesetih letih prejšnjega stoletja se je uveljavil pojem javni management, kot odgovor na odmike od tradicionalnega pojmovanja javne uprave, ki naj bi temeljila na birokratskem načinu dela. Novi javni management je pravzaprav podjetniški koncept upravljanja javnega sektorja. Cilj novega managementa v javni upravi je usmerjenost k uporabniku ter uveljavitev prožnosti pri trženju in organizaciji (Kovač v Haček, 2009, str. 36-37).

V razvitih državah se je začelo poudarjati pomen prevzemanja tveganj, odgovornosti, tržnih pristopov itd. tudi v javnem sektorju, kar je pomenilo premik v pojmovanju managementa v javnih podjetjih. Bistvo ideologije novega javnega managementa je

prepričanje, da je treba in je mogoče v delovanje javnega sektorja uvesti načela in pozitivne izkušnje managementa iz zasebnega sektorja. Ta načela se nanašajo na ekonomiko poslovanja, stopnje menedžerskega procesa, delovne metode in tehnike, podjetniško-poslovni način razmišljanja, usmerjenost k ljudem (uporabnikom in zaposlenim), opredelitvijo odgovornosti za rezultate delovanja, ipd. Vse to naj bi se doseglo v skladu z javnimi interesi in veljavnimi predpisi.

Značilnosti elementov splošnega modela novega javnega managementa so (Falconer, 1997, str. 67–83):

- Profesionalni management. Ljudje, ki so na vodilnih položajih v javnem sektorju, so »aktivni« menedžerji, ne »reakcionarni« birokrati. Sodobni menedžer ima pravico odločati po svoji presoji na področju za katerega je odgovoren.
- Standardi in merjenje uspešnosti. Težnja novega javnega managementa je spremljanje uspešnosti, kar pomeni, da bi organizacije zasledovale svoje cilje in spremljale, kako in s kakimi stroški jih dosegajo. Uspešnost organizacije je povezana z usmerjenostjo k rezultatom, ne k procesom.
- Decentralizacija v javnem sektorju in spodbujanje konkurence. Glavna naloga novega javnega managementa je decentralizacija javnega sektorja s ciljem, doseči večjo učinkovitost in uspešnost manjših enot. Bistvo decentralizacije je v ustvarjanju in spodbujanju konkurence. Trg in konkurenca spodbujata učinkovitost in povečujeta potrošnikovo izbiro. Tako naj bi konkurenca spodbujala javne organizacije k doseganju boljše kakovosti storitev.
- Zasebno sektorske lastnosti menedžerskega procesa. Vzpostaviti je potrebno poslovno-podjetniški način obnašanja v javnem sektorju. Vzpostaviti prilagodljiv sistem zaposlovanja, nagrajevanja in izvajanja aktivnosti, kar je naloga managementa, saj je ekonomična raba virov pomemben dejavnik uspešnosti.

Ključ paradigme novega javnega managementa je prav v reorganizaciji javnega sektorja. Pretvorba tradicionalnega »birokratskega« državnega aparata v novi javni management približuje javni sektor zasebnemu sektorju, po drugi strani pa se povečuje moč upravnih menedžerjev, da se odločajo po svoji presoji in se slabijo centralni vplivi. Pretvorba pomeni (Dunleavy & Hood, 1994, str. 9-16):

- povečanje preglednosti proračunov v računovodskem smislu in merjenjem uspešnosti poslovanja s finančnimi kazalniki,
- gledanja na organizacijo kot na verigo odnosov med lastniki in menedžerji in mrežo pogodb, katerih smisel je doseganje uspešnosti,
- decentralizacija organizacij v manjše pogodbene oziroma tržne organizacije,
- spodbujanje konkurence med ponudniki javnih storitev,
- omogočiti uporabnikom čim bolj preprost prehod od enega ponudnika k drugemu.

5.1 Management učinkovitosti in uspešnosti v javnem sektorju

Ideologija novega javnega managementa je tudi merjenje učinkovitosti in uspešnosti delovanja javnega sektorja. Management učinkovitosti in uspešnosti ima čedalje večji pomen, zaradi vse večje zadolženosti javnega sektorja ter omejenih izdatkov javnega sektorja. Cilji managementa učinkovitosti in uspešnosti so povezani s povečanjem učinkovitosti javnega sektorja kot dejavnika zmanjšanja javnih izdatkov in povečanjem konkurenčnosti narodnega gospodarstva.

5.1.1 Merjenje učinkovitosti in uspešnosti v javnem sektorju

Bouckaert in van Dooren (v Pevcin, 2011, str. 77) navajata štiri glavne koncepte merjenja učinkovitosti in uspešnosti.

- Prvi koncept: input-output modeli učinkovitosti in uspešnosti:
 - Podajajo sistematski pregled namenov in strategije organizacije, pri čemer operacionalizacija ciljev izhaja iz strategije organizacije.
 - Modeli izhajajo iz menedžerskega cikla, ki predstavljajo pretvorbo inputov (prek poslovnih aktivnosti) v outpute (izide). Potrebno pa jih je ločevati od rezultatov, ki zajemajo posledice delovanja neke organizacije in so temelj za povratne informacije pri preverjanju njenih strategij.
- Drugi koncept: kazalniki učinkovitosti in uspešnosti:
 - Namen je ugotoviti kako organizacija zasleduje svoje cilje svojega delovanja.
 - Kazalniki: ekonomija (razmerje stroškov in aktivnosti), produktivnost (razmerje med izidi in vloženim delom), učinkovitost (razmerje med izidi in aktivnostim), uspešnost (razmerje med rezultati in izidi) in stroškovna uspešnost (razmerje med rezultati in stroški).
- Tretji koncept: standardi učinkovitosti in uspešnosti:
 - Zajemajo vrednost kazalnikov, ki jo moramo zagotoviti za uspešno delovanje neke organizacije.
 - Kazalniki so določeni oziroma opredeljeni s primerjavo med organizacijami ali v času.
- Četrty koncept: merjenje učinkovitosti in uspešnosti:
 - Uporaba različnih statističnih tehnik. Omeniti je potrebno predvsem neparametrične tehnike, kot so analiza ovojnice podatkov (ang. Data Envelopment Analysis).
 - Bistvo teh tehnik je, da optimalno produkcijsko funkcijo neke organizacije opredeljujejo podatki in so pogosto v uporabi pri merjenju uspešnosti in učinkovitosti javnih organizacij.

Pomembnost merjenja učinkovitosti in uspešnosti je vezana na akcijo, ki mora nujno slediti ugotovitvam. Cikel managementa je sestavljen iz štirih faz; priprava, odločanje, udejanjanje, evalvacija, pri čemur je povratna informacija o učinkovitosti in uspešnosti

pomembna v vseh štirih fazah cikla. Povratna informacija je najbolj pomembna za srednji management in operativni kader podjetja. Obstajajo pa tudi nekatere težave, kot so neustrezno določeni cilji delovanja organizacije, izostanek natančno opredeljenih želenih vrednosti, olepševanje stanj in prirejanje vrednosti kazalnikov (Pevcin, 2011, str. 78).

5.1.2 Uspešnost, odgovornost in zanesljivost javnih organizacij

Temelj za doseg uspešnosti organizacije je sledenje namenom in ciljem delovanja organizacije, predvsem pa učinkovita raba virov za doseganje ciljev. Mehanizmi za doseganje takšnega delovanja organizacije so: zakonodaja in državna regulacija, samoregulacija (standardi in akreditacije) in transparentnost. Odgovornost in uspešnost pa je potrebno tudi meriti s finančnimi kazalniki delovanja in jih primerjati z drugo organizacijo v isti dejavnosti po možnosti z najboljšo in ugotoviti zakaj so najboljši. Potrebna je tudi evalvacija programov in njihovih rezultatov, družbena vrednost delovanja organizacije in mešano vrednost organizacije (kar predstavlja družbeno, ekonomsko in okoljsko vrednost delovanje organizacije) (Pevcin, 2011, str.81).

5.1.3 Spremembe v finančnem managementu javnih organizacij

Zaradi prevladujočih konceptov novega javnega managementa in sprememb organiziranosti javnih organizacij, se je spremenil tudi finančni management le teh. Poznamo tri pristope oziroma modele finančnega managementa v javnih organizacijah. V nadaljevanju so predstavljeni klasični model finančnega managementa, model novega javnega managementa in Bernard-Simonov model vladanja.

5.1.3.1 Klasični model finančnega managementa

Klasični model finančnega managementa ima dve izhodišči:

- delovanje javnega sektorja naj bi temeljilo na uravnoteženem proračunu,
- javne organizacije naj bi porabljale sredstva v skladu s svojimi finančnimi zmožnostmi.

Dejansko klasični model temelji na managementu izdatkov javnega sektorja, saj naj bi obseg izdatkov temeljil na razpoložljivih prihodkih.

5.1.3.2 Model novega javnega managementa

Glavne značilnosti modela novega javnega managementa so:

- model izhaja iz preslikave finančnega managementa zasebnega sektorja v javni sektor, pri čemer se posamezne organizacije v javnem sektorju spremenijo v strateške poslovne enote, ki so konkurenčne med seboj,

- menedžerji naj bi težili k povečanju prihodkov javnih organizacij in omejevanju stroškov njihovega poslovanja,
- težava modela je, da ne priznava razlik v namenih delovanja med javnimi in zasebnimi organizacijami, zaradi tega ima v praksi številne omejitve.

Bistvo delovanja javnih organizacij je omejevanje tržnih nepopolnostih, ki nastanejo kot posledica delovanja trga in nezainteresiranega zasebnega sektorja za proizvodnjo nekaterih dobrin.

5.1.3.3 Bernard-Simonov model vladanja

Glavna naloga menedžerjev je zadostna preskrba javnih organizacij s finančnimi sredstvi za izvajanje zelenega obsega proizvodnje.

Tako je glavna naloga menedžerjev nadzor nad denarjem, ki ga javne organizacije pridobijo od različnih družbenih deležnikov, hkrati pa naj bi z njimi sodelovali pri proizvodnji (sklepanje pogodbenih razmerij, dajanje kreditov in kreditnih garancij, s finančnimi podporami) (Pevcin, 2011, str. 81-84).

5.2 Vpliv okolja in politike na javni management

Organizacijsko okolje je ključni element analize organizacij in njihovega managementa. Javne organizacije so pod večjim vplivom političnega vmešavanja kot zasebni sektor.

Rainey navaja, da organizacijsko okolje zaznamujejo naslednji dejavniki (v Pevcin, 2011, str. 129):

- Tehnološke razmere: razvoj znanosti, komunikacijskih in logističnih tehnologij, proizvodnih procesov, razvoj oziroma novih organizacijskih tipov, ipd.
- Zakonske razmere: razvoj zakonodaje, učinki sodne prakse, pomen človekovih pravic, ipd.
- Politične razmere: značilnost političnega sistema in procesa, politična stabilnost, ipd.;
- Gospodarske razmere: splošne gospodarske razmere (gospodarska rast, brezposelnost, inflacija), stanje na trgih (dela, kapitala), davki, ipd.
- Demografske razmere: naraščanje heterogenosti in pluralizma populacije, demografske spremembe ipd.
- Ekološke razmere: izraba naravnih virov, onesnaževanje, ipd.
- Kulturne razmere: spreminjanje družbenih norm, strukture družin, vloga religij in ideologij, ipd.

Vsi ti dejavniki imajo vpliv na učinkovitost in uspešnost delovanja javnih organizacij in na njihovo primerno organizacijsko strukturo. Pri stabilnem in homogenem organizacijskem okolju je primernejša centralizirana organizacijska struktura, medtem ko je pri nestabilnem

in kompleksnem organizacijskem okolju primernejša decentralizirana organizacijska struktura.

Dejstvo je, da ima politika velik vpliv in moč nad javnimi organizacijami in njihovim managementom. Potrebno se je zavedati, da javne organizacije potrebujejo za svoj obstoj podporo javnosti. Pri tem javnost sestavljata dva specifična elementa, in sicer širša javnost, ter interesne skupine. Javno mnenje ima pomembno vlogo pri oblikovanju javnih politik, pri čemer je danes javno razpoloženje v splošnem usmerjeno proti javnemu sektorju in javnim organizacijam. Javne organizacije so pod drobnogledom medijev, saj gre za porabo davkoplačevalskega denarja, hkrati pa je poročanje medijev o delovanju javnih organizacij izjemno negativno usmerjeno (Patterson v Pevcin, 2011, str.130).

Potrebno je izpostaviti tudi vpliv zasebnih interesov na javne politike, ki se največkrat kaže v delovanju interesnih skupin. Te lahko zaradi svoje organiziranosti in specifičnega interesa celo prevladujejo pri vplivanju na javno politiko in javni management, lahko pa je njihovo delovanje tudi koristno. Tudi volivci so pomembna skupina, ki predstavlja okolje javnih organizacij, katerih podpora izboljšuje strateški položaj javnih organizacij. Pri uresničevanju javnih politik imajo javne organizacije veliko vlogo in so tudi pomemben del okolja političnih organizacij (Pevcin, 2011, str. 131).

»Okolje javnih organizacij in vpliv posameznih skupin akterjev se razlikujeta glede na položaj in relativno »hierarhično« raven posamezne javne organizacije.« Velik vpliv na okolje organizacije ima tudi zakonodaja in sodni organi ter višje ravni izvršilne oblasti (Pevcin, 2011, str. 132).

5.3 Posebnosti managementa v nepridobitnih organizacijah

Nepridobitni sektor temelji na definiciji nepridobitnosti, saj se ustvarjena razlika med prihodki in odhodki ne deli niti med lastnike niti med člane, temveč se lahko presežek porabi le za financiranje dejavnosti za katerega je organizacija bila ustanovljena. Naloge in namen nepridobitnih organizacij je zadovoljevanje potreb prebivalstva na tistih področjih, ki jih država ali pridobitne organizacije ne morejo ali ne želijo zadovoljiti. V nasprotju s pridobitnimi organizacijami, katerih glavni cilj je ustvarjanje dobička, imajo nepridobitne organizacije drugačne cilje delovanje. Njihov temeljni cilj je povečevanje družbene blaginje z učinkovito in uspešno rabo prvin organizacije in je namen pridobivanja in povečevanja sredstev povečevanje zmožnosti doseganja zastavljenih ciljev. V nepridobitni sektor v Sloveniji spadajo organizacije s področja (Pevcin, 2011, str. 157-158):

- zdravstva,
- vzgoje in izobraževanja,
- znanosti,
- socialnega varstva,
- športa,

- kulture,
- otroškega varstva,
- socialnega zavarovanja,
- varstva invalidov in drugih dejavnosti.

Cilj opravljanja dejavnosti mora biti neprofiten.

Nepridobitne organizacije pridobivajo za svoje delovanje sredstva iz različnih virov, zato je management virov teh organizacijah zelo pomemben. Glavni trije viri za delovanje nepridobitnih organizacij so javna sredstva, tržna dejavnost in donacije. Velike razlike so med državami, saj v državah kjer je kultura donatorstva bolj razvita, to pozitivno vpliva na razpoložljiva sredstva nepridobitne organizacije in na razvitost celotnega sektorja (Pevcin, 2011, str. 162-163).

Pomembna posebnost v nepridobitnih organizacijah je management virov, ki se nanaša na ravnanje z ljudmi oziroma kadri. V teh organizacijah sodelujejo poleg zaposlenih še prostovoljci, ki navadno za svoje opravljeno delo niso plačani in lahko zajemajo pomemben delež delovne sile v teh organizacijah. Zavedati se je treba, da je s prostovoljci potrebno ravnati kot z dragocenimi viri organizacije in zato obstajajo tudi načela dobre prakse ravnanja s prostovoljci. Načela, ki jih navaja Pevcin (2011, str. 164-165) so:

- organizacija mora ugotoviti potrebo po uporabi prostovoljne delovne sile (ob začetku neke akcije ali projekta je potrebno vedeti zakaj se jih potrebuje, koliko, katere so njihove naloge in odgovornosti, katere kompetence, sposobnosti in znanja potrebujejo, itd.),
- izbira prostovoljcev mora potekati enako kot izbira preostalega kadra (za prostovoljce mora biti vzpostavljena kadrovska politika, to pomeni opis delovnih mest, dolžnosti, sankcij ob neizpolnjevanju dolžnosti, ter način končanja delovnega razmerja),
- način izobraževanja in usposabljanja prostovoljcev je enak kot pri zaposlenih,
- prostovoljcem je potrebno postaviti osebne cilje, spremljati njihove dosežke in zagotoviti njihovo priznanje (jasno postavljeni cilji njihovega dela so odličen motivator, hkrati pa je potrebno tudi priznavati doseganje in preseganje ciljev, posledično pa nedoseganje ciljev vodi h končanju delovnega razmerja).

6 ANALIZA POSLOVANJA UKC LJUBLJANA

6.1 Predstavitev zavoda UKC Ljubljana

UKC Ljubljana (2014, str. 3) je sekundarna in terciarna bolnišnica, ki želi ostati vodilna strokovna, pedagoška in znanstvena ustanova slovenskega zdravstva. To vključuje tudi skrb za mednarodno primerljiv in na znanstvenih dokazih temelječ razvoj vseh bolnišničnih specialnosti, ki jih Slovenija potrebuje, uvajanje in izvajanje najzahtevnejših oblik zdravljenja in posredovanje znanja drugim zdravstvenim ustanovam in posameznikom. Poslanstvo UKC Ljubljana kot sekundarne bolnišnice je, da prebivalcem svoje regije zagotavlja vse sekundarne bolnišnične storitve z enako dostopnostjo, kot jo uživajo prebivalci drugih regij.

UKC Ljubljana obravnava najtežje primere bolnikov v Sloveniji, kot univerzitetna ustanova pa skrbi tudi za razvoj medicine, zdravstvene in babiške nege. Ravno tako skrbi za razvoj laboratorijske dejavnosti in medicinske rehabilitacije. Dobro sodeluje z izobraževalnimi ustanovami ter izobražuje kadre vseh zdravstvenih poklicev. UKC Ljubljana se močno razlikuje od ostalih javnih zavodov v Sloveniji, saj je terciarna ustanova, ki ima visoko stopnjo strokovnosti in usposobljenosti. Tako se lahko primerja z najboljšimi univerzitetnimi bolnišnicami na svetu.

UKC Ljubljana je ustanova, sestavljena iz trinajstih klinik, ki nudijo oskrbo bolnikov na vseh področjih terciarnega zdravljenja. Klinike, ki imajo v sestavi več notranjih organizacijskih enot (kliničnih oddelkov) so (UKC Ljubljana, 2007):

- Interna klinika,
- Kirurška klinika,
- Nevrološka klinika,
- Ginekološka klinika,
- Pediatrična klinika in
- Stomatološka klinika.

Samostojne klinike in klinični inštituti pa so:

- Dermatovenerološka klinika,
- Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja,
- Očesna klinika,
- Ortopedska klinika,
- Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo,
- Inštitut za medicinsko rehabilitacijo in
- Klinični inštitut za medicino dela prometa in športa.

6.2 Organi upravljanja in vodstvo UKC Ljubljana

Upravljanje in vodenje poteka v skladu s statutom in pravilnikom o organizaciji (UKC Ljubljana, 2007, str. 9). Organi upravljanja v UKC Ljubljana so:

- svet UKC,
- strokovni svet UKC,
- generalni direktor UKC,
- strokovni direktor UKC.

6.2.1 Svet UKC

Svet UKC Ljubljana je organ upravljanja, ki ima enajst članov. Od tega je šest predstavnikov ustanovitelja, trije so predstavniki zaposlenih, eden je predstavnik Mestne občine Ljubljana ter en predstavnik uporabnikov oziroma zavarovancev. Svet zavoda odloča o imenovanju generalnega in strokovnega direktorja zavoda ter sprejema statut, programe dela, razvoja in nabav, investicij in naložb ter spremlja njihovo izvrševanje. Sprejema tudi finančni načrt in odloča o razporejanju presežkov prihodkov nad odhodki ter o drugih zadevah skladno z določili statuta zavoda (UKC Ljubljana, 2007, str. 9).

6.2.2 Strokovni svet UKC

Strokovni svet je kolegijski strokovni organ, ki načrtuje, obravnava in usmerja strokovno dejavnost UKC Ljubljana z upoštevanjem strokovne samostojnosti klinik, kliničnih inštitutov in kliničnih oddelkov v okviru njihovih strokovnih pooblastil. Strokovni svet sestavljajo strokovni direktor UKC Ljubljana, strokovni direktorji klinik, dva predstavnika samostojnih klinik in kliničnih inštitutov ter glavna medicinska sestra UKC Ljubljana. Vodi ga strokovni direktor UKC Ljubljana (UKC Ljubljana, 2007, str. 11).

6.2.3 Generalni direktor UKC

Generalni direktor zastopa in predstavlja zavod. Njegova naloga je, da organizira in vodi delo ter poslovanje zavoda. Za poslovni uspeh UKC-ja odgovarja ustanovitelju. Generalni direktor UKC-ja predlaga načrte za razvoj in temeljne poslovne politike zavoda. Imenuje in razrešuje ga Svet UKC s soglasjem Vlade Republike Slovenije (UKC Ljubljana, 2007, str. 12).

6.2.4 Strokovni direktor UKC

Strokovni direktor UKC usklajuje, vodi in odgovarja za strokovno dejavnost. Odgovoren je za uresničevanje uravnoteženega strokovnega razvoja in strokovnega povezovanja z drugimi zdravstvenimi zavodi (UKC Ljubljana, 2007, str. 14).

6.3 Analiza sredstev UKC Ljubljana

Bilanca stanja je temeljni računovodski izkaz, ki prikazuje premoženjsko in finančno stanje podjetja v določenem trenutku oziroma na določen dan. Vsako podjetje potrebuje za svoje delovanje sredstva, ki mu omogočajo izvajanje njegove dejavnosti. Premoženjsko stanje podjetja se kaže z višino in strukturo njegovih sredstev, finančni položaj pa v strukturi in višini njegovih obveznosti do virov sredstev (Igličar, Hočevar & Zaman Groff, 2017, str. 44).

Sredstva se nenehno spreminjajo, zato jih razdelimo glede na hitrost preoblikovanja v dolgoročna in kratkoročna sredstva.

Dolgoročna sredstva se v svojo prvotno pojavno obliko vračajo praviloma v obdobju daljšem od enega leta. V poslovnem procesu pa postopoma prenašajo svojo vrednost na nastajajoče proizvode oziroma storitve (Igličar, Hočevar & Zaman Groff, 2017, str.45).

Kratkoročna sredstva so sredstva, ki se v prvotno pojavno obliko vračajo praviloma v obdobju krajšem od enega leta in se v poslovnem procesu hitro oziroma takoj porabijo. Najpomembnejše skupine kratkoročnih sredstev so zaloge materiala, proizvodov in trgovskega blaga, poslovne terjatve, kratkoročne finančne naložbe in denarna sredstva (Igličar, Hočevar & Zaman Groff, 2017, str.45).

Izkazovanje sredstev v upravljanju je predvsem posledica dejstva, da javni zavod nima svojega kapitala. Ustanovitelj javnemu zavodu za poslovanje zagotovi sredstva na način, da mu jih da v upravljanje. Po 12. členu Pravilnika o enotnem kontnem načrtu za proračun, proračunske uporabnike in druge osebe javnega prava Ur. l. RS, št. 112/09, 58/10, 104/10, 104/11, 97/12, 108/13, 94/14, 100/15 in 84/16 se vrednost sredstev danih v upravljanje ob prenosu sredstev v upravljanje knjiži na ustrezen konto skupine 09 in se izkažejo kot terjatev v znesku, enakem čisti vrednosti sredstev danih v upravljanje. Ob knjiženju na kontih te skupine se povečuje oziroma zmanjšuje splošni sklad.

Za lažje razumevanje analize UKC Ljubljana bom razložil pojem uporabniki enotnega kontnega načrta. Po 1. in 2. členu Pravilnika o enotnem kontnem načrtu za proračun, proračunske uporabnike in druge osebe javnega prava Ur. l. RS, št. 112/09, 58/10, 104/10, 104/11, 97/12, 108/13, 94/14, 100/15 in 84/16 so uporabniki enotnega kontnega načrta pravne osebe javnega prava. To pomeni vsi posredni ali neposredni uporabniki proračuna in imajo določeni kontni načrt s tem pravilnikom.

Tabela 2: Obseg in struktura sredstev v letih od 2013 – 2015

Postavka	Znesek v EUR						indeks 14/13	indeks 15/14
	na dan 31.12.2013	v %	na dan 31.12.2014	v %	na dan 31.12.2015	v %		
Dolgoročna sredstva	233.021.859	80,3	230.844.200	80,9	215.599.708	80,5	99,1	93,4
Kratkoročna sredstva	56.550.064	19,5	53.942.104	18,9	51.353.809	19,2	95,4	95,2
Kratkoročne aktivne časovne razmejitev	497.794	0,2	595.311	0,2	912.065	0,3	119,6	153,2
Skupaj	290.069.717	100	285.381.615	100	267.865.582	100	98,4	93,9

Vir: UKC Ljubljana (2013), UKC Ljubljana (2014), UKC Ljubljana (2015) in lastno delo.

Iz tabele 2 je razvidno, da so se skupna sredstva v letu 2015 glede na leto 2014 zmanjšala za 6,1%, v letu 2014 pa so se glede na leto 2013 prav tako zmanjšala za 1,6%. Iz tabele je tudi razvidno, da se v zadnjih dveh letih zmanjšujejo dolgoročna sredstva, ki so se leta 2015 glede na leto 2014 zmanjšala za 6,6%, kratkoročna pa so se v letu 2015 glede na leto 2014 zmanjšala za 4,8% in sicer na račun zmanjšanja terjatev do uporabnikov enotnega kontnega načrta.

Tabela 3: Obseg in struktura dolgoročnih sredstev v letih od 2013 – 2015

Postavke	Znesek v EUR						indeks 14/13	indeks 15/14
	na dan 31.12.2013	v %	na dan 31.12.2014	v %	na dan 31.12.2015	v %		
Neopredmetena sredstva in dolgoročne aktivne časovne razmejitev	3.921.902	1,7	4.060.726	1,8	2.738.976	1,3	103,5	67,5
Nepremičnine	180.336.704	77,4	185.040.228	80,2	179.468.751	83,2	102,6	97,0
Oprema in druga opredmetena osnovna sredstva	48.756.656	20,9	41.737.659	18,1	33.386.394	15,5	85,6	80,0
Dolgoročne finančne naložbe	3.582	0,0	2.572	0,0	2.572	0,0	71,8	100,0
Dolgoročne terjatve iz poslovanja	3.015	0,0	3.015	0,0	3.015	0,0	100,0	100,0
Skupaj	233.021.859	100	230.844.200	100	215.599.708	100	99,1	93,4

Vir: UKC Ljubljana (2013), UKC Ljubljana (2014), UKC Ljubljana (2015) in lastno delo.

Iz tabele 3 je razvidno, da so se dolgoročna sredstva v letu 2014 in 2015 zmanjševala zaradi večjega popravka vrednosti opreme in drugih opredmetenih osnovnih sredstev, ter manjše nabave nove opreme v zadnjih letih. Vrednost dolgoročnih sredstev dvigujejo večja

vrednost nepremičnin, kar je posledica različnih investicij in investicijskih vzdrževanj. Dolgoročna sredstva so se v letu 2015 glede na predhodno leto znižala za 6,6%.

Tabela 4: Obseg in struktura kratkoročnih sredstev v letih od 2013 – 2015

Postavke	Znesek v EUR						indeks 14/13	indeks 15/14
	na dan 31.12.2013	v %	na dan 31.12.2014	v %	na dan 31.12.2015	v %		
Denarna sredstva v blagajni in takoj unovčljive vrednostnice	1.754	0,0	2.198	0,0	4.343	0,0	125,3	197,6
Dobroimetje pri bankah in drugih finančnih ustanovah	493.019	0,9	440.834	0,8	229.440	0,4	89,4	52,0
Kratkoročne terjatve do kupcev	8.784.423	15,4	8.925.280	16,4	9.590.867	18,4	101,6	107,5
Dani predujmi in varščine	28.338	0,0	42.752	0,1	64.735	0,1	150,9	151,4
Kratkoročne terjatve do uporabnikov enotnega kontnega načrta	33.236.039	58,3	30.286.624	55,5	26.966.845	51,6	91,1	89,0
Kratkoročne finančne naložbe	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Kratkoročne terjatve iz financiranja	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Druge kratkoročne terjatve	1.206.165	2,1	1.283.766	2,4	1.329.316	2,5	106,4	103,5
Aktivne časovne razmejitev	497.794	0,9	595.311	1,1	912.065	1,7	119,6	153,2
Zaloge	12.800.326	22,4	12.960.650	23,8	13.168.263	25,2	101,3	101,6
Skupaj	57.047.858	100	54.537.415	100	52.265.874	100	95,6	95,8

Vir: UKC Ljubljana (2013), UKC Ljubljana (2014), UKC Ljubljana (2015) in lastno delo.

Iz tabele 4 je razvidno, da so se kratkoročna sredstva v letu 2015, glede na predhodno leto, znižala za 4,2%, kar je posledica zmanjšanja kratkoročnih terjatev do uporabnikov enotnega kontnega načrta, ki so se v letu 2015 glede na leto 2014 znižala za 11%. Največji delež kratkoročnih sredstev v letu 2015 predstavljajo terjatve do uporabnikov enotnega kontnega načrta v višini 51,6% in zaloge v višini 25,2%, ter terjatve do kupcev 18,4%. Leta 2014 pa so se glede na leto 2013 povečale terjatve do kupcev za 1,6% in zmanjšale terjatve do uporabnikov enotnega kontnega načrta za 8,9%. Terjatve v letu 2015, kljub znižanju v letu 2013 in 2014, predstavljajo 70% kratkoročnih sredstev.

Tabela 5: Obseg in struktura obveznosti do virov sredstev v letih od 2013 – 2015

Postavke	Znesek v EUR						indeks 14/13	indeks 15/14
	na dan 31.12.2013	v %	na dan 31.12.2014	v %	na dan 31.12.2015	v %		
Kratkoročne obveznosti in pasivne časovne razmejitev	101.008.474	34,8	109.100.508	38,2	107.562.316	40,2	108,0	98,6
Kratkoročne obveznosti za prejete predujme in varščine	473.792	0,2	609.091	0,2	674.569	0,3	128,6	110,8
Kratkoročne obveznosti do zaposlenih	24.603.811	8,5	18.400.539	6,4	19.203.561	7,2	74,8	104,4
Kratkoročne obveznosti do dobaviteljev	52.237.297	18,0	63.031.718	22,1	56.778.906	21,2	120,7	90,1
Druge kratkoročne obveznosti iz poslovanja	1.130.438	0,4	1.144.207	0,4	1.173.157	0,4	101,2	102,5
Kratkoročne obveznosti do uporabnikov enotnega kontnega načrta	20.914.606	7,2	24.377.858	8,5	28.110.449	10,5	116,6	115,3
Kratkoročno obveznosti do financerjev	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Pasivne časovne razmejitev	1.648.530	0,6	1.537.095	0,5	1.621.674	0,6	93,2	105,5
Lastni viri in dolgoročne obveznosti	189.061.243	65,2	176.281.107	61,8	160.303.266	59,8	93,2	90,9
Dolgoročne pasivne časovne razmejitev	6.262.151	2,2	5.360.237	1,9	4.807.645	1,8	85,6	89,7
Druge dolgoročne obveznosti	390	0,0	282	0,0	173	0,0	72,3	61,3
Obveznosti za neopredmetena sredstva in opredmetena osnovna sredstva	241.300.234	83,2	238.989.942	83,7	229.859.877	85,8	99,0	96,2
Presežek prihodkov nad odhodki	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Presežek odhodkov nad prihodki	58.501.532	20,2	68.069.354	23,9	74.364.429	27,8	116,4	109,2
Skupaj	290.069.717	100	285.381.615	100	267.865.582	100	98,4	93,9

Vir: UKC Ljubljana (2013), UKC Ljubljana (2014), UKC Ljubljana (2015) in lastno delo.

Obveznosti do virov sredstev iz tabele 5 so se leta 2014 glede na leto 2013 znižale za 2%. V letu 2015 so se obveznosti do virov sredstev glede na leto 2014 znižale še za dodatnih 6,1%. K temu je največ prispevalo zmanjšanje obveznosti za neopredmetena in opredmetena osnovna sredstva, ki so se glede na predhodno leto znižala za 3,8%. V letu

2014 so se kratkoročne obveznosti do dobaviteljev povečala za 20% glede na leto 2013, leta 2015 pa so se glede na leto 2014 kratkoročne obveznosti do dobaviteljev zmanjšale za 10%. Povečujejo pa se obveznosti do uporabnikov enotnega kontnega načrta, ki so se v letu 2014 glede na predhodno leto zvišala za 17%, leta 2015 pa so se povečala glede na predhodno leto še za dodatnih 15%. Vsi navedeni podatki nakazujejo na slabo likvidnost zavoda, saj ostajajo dobavitelji neplačani.

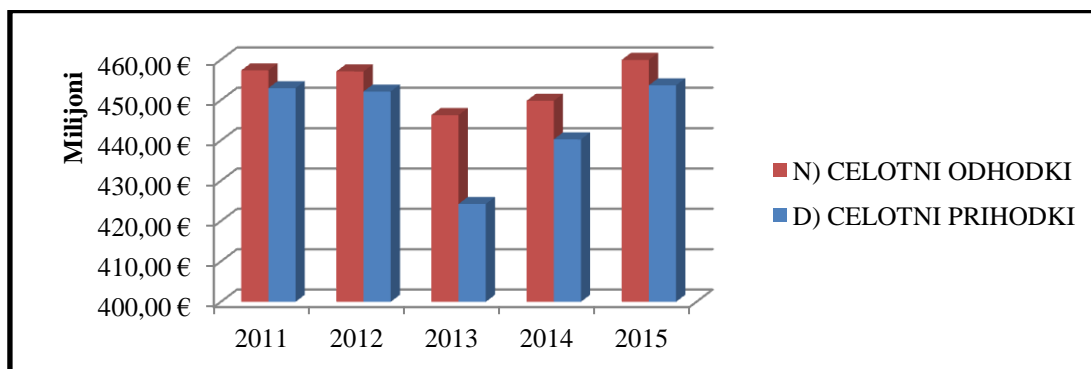
6.4 Izkaz poslovnega izida UKC Ljubljana

Izkaz poslovnega izida je temeljni računovodski izkaz, ki sistematično in urejeno prikazuje nastale prihodke in odhodke, ter ustvarjeni poslovni izid, ki je razlika med prihodki in odhodki. Če prihodki presegajo odhodke podjetje doseže dobiček, če pa so odhodki večji od prihodkov, ima podjetje izgubo. Izkaz poslovnega izida nam kaže gospodarsko uspešnost poslovanja podjetja v določenem obdobju (Igličar, Hočevar & Zaman Groff, 2017, str. 51).

Prihodki nam prikazujejo povečanje gospodarske koristi podjetja v določenem časovnem obdobju, ki povečujejo poslovni izid obdobja. Prihodki se vsebinsko razčlenjujejo na poslovne prihodke, pri katerih največji delež predstavljajo prihodki od prodaje, finančne prihodke in druge prihodke (Igličar, Hočevar & Zaman Groff, 2017, str. 51).

Odhodki so zmanjšanja gospodarskih koristi podjetja v posameznem obdobju, ki zmanjšujejo poslovni izid obdobja. So nasprotje prihodkom in skupaj z njimi oblikujejo poslovni izid podjetja v določenem obdobju. Ravno tako jih vsebinsko razčlenjujemo na poslovne odhodke, finančne odhodke in druge odhodke. Odhodki zajemajo stroške, ki se nanašajo na prodane proizvode, storitve in blago, s katerimi so ustvarjeni prihodki od prodaje, seveda pa zajemajo tudi nekatere druge postavke, ki zmanjšujejo poslovni izid (Igličar, Hočevar & Zaman Groff, 2017, str. 51).

Slika 2: Prihodki in odhodki v letih od 2011 – 2015



Vir: UKC Ljubljana (2011), UKC Ljubljana (2012), UKC Ljubljana (2013), UKC Ljubljana (2014), UKC Ljubljana (2015) in lastno delo.

Iz slike 2 je razvidno, da prihodki že od leta 2011 zaostajajo za odhodki. Posebno izstopa leto 2013, ko so odhodki kar za 22 milijonov EUR preseгли prihodke. Tako je primanjkljaj sredstev znašal 4,9%. Razlogi za zmanjšanje prihodkov so bili (UKC Ljubljana, 2013):

- znižanje cen zdravstvenih storitev za 3% - 11 milijonov EUR
- znižanje sredstev za amortizacijo za 20% - 2,4 milijonov EUR
- sprememba obračuna SPP primerov – 9,7 milijonov EUR
- podcenjenost programov – 25,5 milijonov EUR
- neplačan prekoračen program – 13 milijonov EUR
- strošek povečanega DDV – 0,6 milijona EUR

V letu 2014 je razlog izgube v izplačilu $\frac{3}{4}$ plačnega nesorazmerja zaposlenim, ki je znašal 7,35 milijonov EUR ter neplačanega prekoračenega programa. V letu 2015 pa je razlog izgube neplačan program zdravstvenih storitev, ki je bil izveden preko pogodbenih določil.

Tabela 6: Obseg in struktura prihodkov v letih od 2013 – 2015

Postavka	Znesek v EUR						indeks 14/13	indeks 15/14
	na dan 31.12.2013	v %	na dan 31.12.2014	v %	na dan 31.12.2015	v %		
Prihodki od poslovanja	423.779.423	99,9	439.774.981	99,9	453.069.792	99,87	103,8	103,0
Finančni prihodki	25.670	0,01	47.155	0,01	28.060	0,01	183,7	59,5
Drugi prihodki	304.025	0,07	197.869	0,04	509.347	0,11	65,1	257,4
Prevrednotovalni poslovni prihodki	147.594	0,03	238.534	0,05	70.105	0,02	161,6	29,4
Skupaj	424.256.712	100	440.258.539	100	453.677.304	100	103,8	103,0

Vir: UKC Ljubljana (2013), UKC Ljubljana (2014), UKC Ljubljana (2015) in lastno delo.

V tabeli 6 je vidno, da je zavod UKC Ljubljana povečal svoje prihodke v letu 2014 za 3,8% v letu 2015 pa za 3% glede na predhodno leto. V letu 2013 so se glede na leto 2012 prihodki znižali za 6%, kar je bila posledica sprememb v plačevanju SPP primerov, neplačan prekoračen program ter podcenjenost programov. UKC Ljubljana v zadnjih dveh letih povečuje svoje prihodke, kar nakazuje na uspešno poslovanje.

Tabela 7: Prihodki javne službe in prihodki iz trga

Postavka	Znesek v EUR						indeks 14/13	indeks 15/14
	na dan 31.12.2013	v %	na dan 31.12.2014	v %	na dan 31.12.2015	v %		
Prihodki za izvajanje javne službe	411.850.096	97,1	427.821.208	97,2	441.137.235	97,2	103,88	103,11
Prihodki od prodaje blaga in storitev na trgu	12.406.616	2,9	12.437.331	2,8	12.540.069	2,8	100,25	100,83
Skupaj	424.256.712	100	440.258.539	100	453.677.304	100	103,77	103,05

Vir: UKC Ljubljana (2013), UKC Ljubljana (2014), UKC Ljubljana (2015) in lastno delo.

V tabeli 7 je razvidno, da zavod v zadnjih letih ne povečuje svoje tržne dejavnosti in se ta giblje nekaj pod 3%. Prihodki iz izvajanja javne službe tako predstavljajo 97%, kar pomeni, da so posredno odvisni od ZZZS-ja, ki je plačnik teh storitev.

Tabela 8: Obseg in struktura odhodkov v letih od 2013 – 2015

Postavke	Znesek v EUR						indeks 14/13	indeks 15/14
	na dan 31.12.2013	v %	na dan 31.12.2014	v %	na dan 31.12.2015	v %		
Stroški blaga, materiala in storitev	202.509.446	45,4	210.735.596	46,8	221.926.009	48,2	104,1	105,3
Stroški dela	228.040.466	51,1	223.792.509	49,7	221.294.651	48,1	98,1	98,9
Amortizacija	13.958.667	3,13	12.505.561	2,78	15.557.554	3,38	89,6	124,4
Drugi stroški	610.752	0,14	652.886	0,15	602.992	0,13	106,9	92,4
Finančni odhodki	1.064.866	0,24	1.798.340	0,40	431.478	0,09	168,9	24,0
Drugi odhodki	87.621	0,02	313.627	0,07	90.540	0,02	357,9	28,9
Prevrednotovalni poslovni odhodki	17.582	0,00	27.842	0,01	69.155	0,02	158,4	248,4
Skupaj	446.289.400	100	449.826.361	100	459.972.379	100	100,8	102,3

Vir: UKC Ljubljana (2013), UKC Ljubljana (2014), UKC Ljubljana (2015) in lastno delo.

Iz tabele 8 je razvidno, da so stroški blaga, materiala in storitev v letu 2015 znašali v celotnih stroških 48,2% in so bili glede na preteklo leto za 5,3% višji. Drugi največji delež stroškov predstavlja v letu 2015 strošek dela v višini 48,1% in se je glede na predhodno leto znižal za 1,1%. K temu je prispevalo nižje izplačilo regresa, ki je bil izplačan glede na plačilne razrede. Ravno tako so se stroški amortizacije v letu 2014 znižali glede na leto 2013 za 10,4% in so v vseh odhodkih predstavljali 2,78%. V letu 2015 pa se je strošek

amortizacije glede na leto 2014 zvišal za 24,4%. To je amortizacija, ki je bila vračunana v ceno storitev.

Tabela 9: Obseg in struktura stroškov materiala in storitev v letih 2013 – 2015

Postavke	Znesek v EUR						indeks 14/13	indeks 15/14
	na dan 31.12.2013	v %	na dan 31.12.2014	v %	na dan 31.12.2015	v %		
Nabavna vrednost prodanega materiala in blaga	9.328.674	4,61	9.390.876	4,46	9.344.041	4,21	100,7	99,5
Stroški materiala	138.437.406	68,36	145.626.598	69,10	154.434.277	69,59	105,2	106,0
Stroški storitev	54.743.366	27,03	55.718.122	26,44	58.147.691	26,20	101,8	104,4
Skupaj	202.509.446	100	210.735.596	100	221.926.009	100	104,1	105,3

Vir: UKC Ljubljana (2013), UKC Ljubljana (2014), UKC Ljubljana (2015) in lastno delo.

Iz tabele 9 je razvidno, da največji delež v strukturi stroškov blaga, materiala in storitev predstavlja strošek materiala v višini 69,5% v letu 2015 in se je glede na predhodno leto znižal za 0,5%. Strošek storitev predstavlja 26% v letu 2015 in se je glede na predhodno leto zvišal za 4,4%.

Tabela 10: Obseg in struktura stroškov glede na vrsto zdravstvene dejavnosti v letih 2012 – 2014

Postavka	Vrsta dejavnosti	Znesek v EUR			indeks 13/12	indeks 14/13
		2012	2013	2014		
Stroški materiala s stroški energetskih virov	Bolnišnična dejavnost	67.667.319	67.075.444	67.297.051	99,13	100,33
	Ambulantna dejavnost	10.377.412	10.307.704	10.963.643	99,33	106,36
	Ostale dejavnosti	63.276.576	61.054.258	67.365.903	96,49	110,34
Stroški zdravstvenega materiala	Bolnišnična dejavnost	62.539.464	61.204.849	61.493.529	97,87	100,47
	Ambulantna dejavnost	9.557.983	8.963.210	9.634.551	93,78	107,49
	Ostale dejavnosti	54.841.247	52.431.267	59.091.644	95,61	112,70
Stroški gotovih zdravil v evrih	Bolnišnična dejavnost	23.682.226	23.239.543	23.306.034	98,13	100,29

se nadaljuje

(nad.)

Postavka	Vrsta dejavnosti	Znesek v EUR			indeks 13/12	indeks 14/13
		2012	2013	2014		
	Ambulantna dejavnost	8.107.994	7.255.034	8.077.589	89,48	111,34
	Ostale dejavnosti	16.248.992	16.256.732	19.337.142	100,05	118,95
Stroški zdravstvenih in ne-zdravstvenih storitev	Bolnišnična dejavnost	28.492.735	28.642.404	27.849.453	100,53	97,23
	Ambulantna dejavnost	6.709.652	6.862.072	8.038.214	102,27	117,14
	Ostale dejavnosti	18.185.557	19.238.890	19.830.456	105,79	103,07
Stroški zdravstvenih storitev v evrih	Bolnišnična dejavnost	18.185.298	18.306.428	17.299.393	100,67	94,50
	Ambulantna dejavnost	4.698.338	4.815.510	5.926.567	102,49	123,07
	Ostale dejavnosti	1.712.639	1.407.548	2.325.718	82,19	165,23
Stroški dela v evrih	Bolnišnična dejavnost	100.743.880	99.715.030	98.098.942	98,98	98,38
	Ambulantna dejavnost	24.855.566	24.397.053	23.447.294	98,16	96,11
	Ostale dejavnosti	104.322.997	103.928.382	102.246.273	99,62	98,38
Ostali stroški (amortizacija, nabavna vrednost prodanega materiala, finančni, izredni, prevrednotevalni) v evrih	Bolnišnična dejavnost	8.751.845	5.971.183	4.983.988	68,23	83,47
	Ambulantna dejavnost	1.377.495	1.002.564	995.180	72,78	99,26
	Ostale dejavnosti	22.352.333	18.094.416	18.709.964	80,95	103,40
Skupaj vsi odhodki v evrih		457.113.367	446.289.400	449.826.361	97,63	100,79

Vir: UKC Ljubljana (2014) in lastno delo.

Tabela 10 nam prikazuje, da so glede na vrsto zdravstvene dejavnosti, največje stroške predstavlja bolnišnična dejavnost, ki je tudi glavna dejavnost zavoda. Sledijo ji ostale dejavnosti v katero spadajo:

- dejavnost funkcionalne diagnostike in laboratorijev,
- znanstveno-raziskovalna dejavnost,
- dejavnosti enot skupnega pomena (npr. prevozi, lekarna),

- dejavnosti služb skupnega pomena (npr. kurirska, gospodinjska služba,...),
- vodstva posameznih enot,
- dejavnosti enot strateškega upravljanja in poslovno-administrativnih storitev.

Najnižji strošek pa predstavlja ambulantna dejavnost

Tabela 11: Obseg in struktura stroškov dela v letih 2013 – 2015

Postavke	Znesek v EUR						indeks 14/13	indeks 15/14
	na dan 31.12.2013	v %	na dan 31.12.2014	v %	na dan 31.12.2015	v %		
Plače in nadomestila plač	184.375.501	80,85	180.540.403	80,67	178.185.341	80,52	97,9	98,7
Prispevki za socialno varnost delodajalcev	28.441.893	12,47	28.104.349	12,56	27.790.379	12,56	98,8	98,9
Drugi stroški dela	15.223.072	6,68	15.147.757	6,77	15.318.931	6,92	99,5	101,1
Skupaj	228.040.466	100	223.792.509	100	221.294.651	100	98,1	98,9

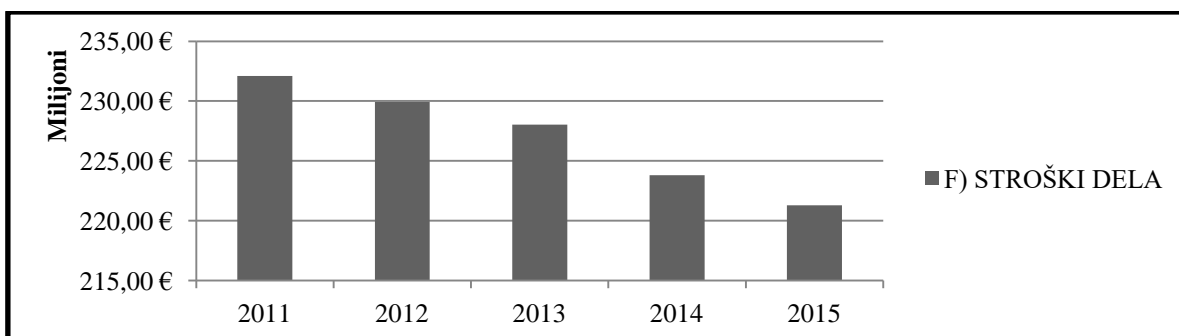
Vir: UKC Ljubljana (2013), UKC Ljubljana (2014), UKC Ljubljana (2015) in lastno delo.

V tabeli 11 je prikazano, da zavodu plače predstavljajo največji strošek in zato se jim namenja velika pozornost in izvajajo različni ukrepi kot so:

- obvladovanje nadurnega dela,
- obvladovanje stroškov podjemnih pogodb,
- omejevanje stroškov izobraževanja in stroškov študentskega dela,
- obvladovanje in ustavitve plačil za povečan obseg dela...

Vsi ti ukrepi so pripomogli, da se je strošek plač v 2015 glede na predhodno leto znižal za 1,1% in v 2014 glede na 2013 za 1,9%.

Slika 3: Strošek dela v UKC Ljubljana v letih od 2011 – 2015



Vir: UKC Ljubljana (2011), UKC Ljubljana (2012), UKC Ljubljana (2013), UKC Ljubljana (2014), UKC Ljubljana (2015) in lastno delo.

Iz slike 3 je razviden trend padanja stroška plač v zadnjih štirih letih. K temu je pripomogel Zakon o ukrepih na področju plač in drugih stroškov dela v javnem sektorju za leto 2015 Ur. l. RS, št. 95/14, ki je omejil zaposlovanje v javnem sektorju.

6.4.1 Povzetek izkaza poslovnega izida

Izkaz poslovnega izida nam razkriva, da so se prihodki v letu 2014 glede na leto 2013 povečali za 3,8% in leta 2015 glede na predhodno leto za 3%. Tako so se prihodki od leta 2015 glede na 2013 povečali za 29 milijonov EUR. To nakazuje na izboljšanje poslovanja v zadnjih letih. Razlog za velik padec prihodkov v letu 2013 je bila sprememba vrednosti zdravstvenih storitev, ki jih je ZZZS znižal za 3% oz. v spremembi obračuna SPP primerov.

Podatki iz izkaza poslovnega izida pa nam prikazujejo, da UKC Ljubljana vsako leto posluje z izgubo, ki je v letu 2015 znašala 1,4% od vseh prihodkov. Leta 2013, ko je imel UKC Ljubljana največjo izgubo, je ta znašala 5,2% vseh prihodkov ali dobrih 22 milijonov EUR. Razlog za nastalo izgubo, ki je nastala v letu 2013, je bil povišan DDV in izplačilo $\frac{3}{4}$ plačnih nesorazmerij, za katerega ni bilo finančnega kritja. Vsakoletna izguba je tudi posledica prekoračenih pogodbenih obveznosti za opravljene zdravstvene storitve, za katere UKC Ljubljana ne dobi plačila s strani ZZZS-ja.

Iz izkaza poslovnega izida je tudi razvidno, da UKC Ljubljana ne povečuje svojega prihodka iz tržne dejavnosti, saj ta v vseh leti ostaja na isti ravni in to je nekaj manj kot 3% od vseh prihodkov.

V letu 2015 predstavlja največji delež odhodkov strošek blaga, materiala in storitev v višini 48,2%. V največjem deležu se je glede na preteklo leto povečal strošek materiala za 6%, povečal pa se je na račun večjega števila opravljenih zdravstvenih storitev. Na področju nabave materiala je prišlo do velikega preobrata na področju kardioloških stentov, katerim se je cena v letu 2014 znižala za štirikrat. UKC Ljubljana bi mogel s podobnimi aktivnostmi nadaljevati tudi pri drugih materialih in tako znižati strošek materiala. Eden izmed vzrokov za rast stroška materiala je tudi neredno plačevanjem dobaviteljem in posledično si UKC Ljubljana izposluje slabše pogoje in nižje popuste pri nabavi materiala. Drugi najvišji strošek pa je leta 2015 predstavljal strošek dela v višini 48,1% od vseh odhodkov v letu 2015 in se je glede na preteklo leto znižal za 1,1%. Strošek dela se je v letu 2015 glede na leto 2013 znižal za 3%, kar je enako 6,7 milijona EUR. Vodstvo UKC Ljubljana posveča veliko pozornosti na kadrovske politiko in omejevanju nadurnega dela.

6.4.2 Zapadle obveznosti

Na dan 31.12.2015 je imel UKC Ljubljana neporavnane zapadle obveznosti do dobaviteljev in uporabnikov enotnega kontnega načrta v višini 56.654.696 EUR.

Tabela 12: Struktura zapadlih obveznosti do dobaviteljev in uporabnikov enotnega kontnega načrta po zapadlosti

Neporavnane obveznosti glede na zapadlost	Kratkoročne obveznosti do dobaviteljev v EUR	Kratkoročne obveznosti do uporabnikov EKN v EUR	Skupaj stanje v EUR na dan 31.12.2015
Zapadle do 30 dni	15.417.619	3.051.001	18.468.620
Zapadle od 30 do 60 dni	11.692.016	2.854.962	14.546.978
Zapadle od 60 do 120 dni	5.566.829	4.805.389	10.372.218
Zapadle od 120 dni	331.277	12.935.603	13.266.880
Skupaj zapadle	33.007.741	23.646.955	56.654.696
Nezapadle	23.274.173	4.353.183	27.627.356
Skupaj vse obveznosti	56.281.914	28.000.138	84.282.052

Vir: UKC Ljubljana (2015).

V tabeli 12 so prikazane nezapadle kratkoročne obveznosti do uporabnikov enotnega kontnega načrta, ki so znašale 4.353.183 EUR, nezapadle obveznosti do dobaviteljev pa 23.274.173 EUR. Skupaj so neporavnane obveznosti do uporabnikov enotnega kontnega načrta in dobaviteljev, na dan 31.12.2015, znašale 84.282.052 EUR.

6.5 Računovodski kazalniki

SRS 29 se uporablja za proučevanje računovodskih podatkov in oblikovanje računovodskih informacij kot podlaga za odločanje.

Računovodski kazalniki so v SRS 29 opredeljeni kot relativna števila, ki se nanašajo na gospodarske kategorije, o katerih obstajajo računovodski podatki. Dobimo jih s primerjavo dveh kategorij. Računovodski kazalniki se glede na izhodišče v bilanci stanja in izkazu poslovnega izida ter glede na potrebe po finančnem in gospodarskem načinu presojanja razdeljeni v skupine:

- kazalniki stanja financiranja (vlaganja),
- kazalniki vodoravnega finančnega ustroja,
- kazalniki investiranja (naložbenja),
- kazalniki obračanja,
- kazalniki dobičkonosnosti,
- kazalniki gospodarnosti,
- kazalniki dohodkovnosti in
- kazalniki denarne tokovnosti.

Računovodski kazalniki so relativna števila, ki se nanašajo na gospodarske kategorije. S primerjavo dveh kategorij podatkov lahko dobimo koeficient, stopnjo udeležbe ali indeks. Če količnik pomnožimo s 100, govorimo o odstotnem koeficientu, odstotku udeležbe ali odstotnem indeksu. Računovodsko proučevanje povečuje kakovost računovodskih informacij, ki pojasnjujejo stanje in dosežke pri delovanju, ter so podlaga za izboljšavo procesov.

6.5.1 Finančni kazalniki

Uspešno poslovanje podjetja ocenjujemo z vidika donosnosti sredstev, ki so vložena v podjetje. Pri tem si pomagamo s finančno analizo, pri kateri so najpomembnejši podatki, ki izhajajo iz letnih računovodskih izkazov ter iz njih izpeljani kazalniki.

Finančne kazalnike je potrebno obravnavati z veliko mero razumevanja ter previdnosti. Tako npr. kazalnik gospodarnosti kaže, koliko prihodkov na eno enoto odhodkov je bolnišnica ustvarila. Če kazalnik dosega vrednost manjšo od ena, lahko rečemo, da je bolnišnica z vidika gospodarnosti neuspešna, vendar pa lahko z vidika poslanstva uspešno upravlja svoje nalogo (Hrovatin, 2001, str. 38). Finančni kazalniki so osnova za ugotavljanje uspešnosti finančnega poslovanja bolnišnic.

6.5.2 Temeljni kazalniki vodoravnega finančnega ustroja

Kazalniki primerjajo postavke sredstev iz podatkov na aktivni in pasivni strani bilance stanja. Ti kazalniki so pomembni za presojanje kvalitete financiranja (pokritost posameznih sredstev z ustreznimi viri financiranja).

Tabela 13: Koeficient kratkoročne pokritosti kratkoročnih obveznosti (kratkoročni koeficient)

Kratkoročni koeficient	Leto				
	2011	2012	2013	2014	2015
Kratkoročna sredstva	54.877.421	50.911.276	57.047.858	54.537.415	52.265.874
Kratkoročne obveznosti	74.814.023	75.101.137	101.008.474	109.100.508	107.562.316
Vrednost kazalnika	0,73	0,68	0,56	0,50	0,49

Vir: UKC Ljubljana (2011), UKC Ljubljana (2012), UKC Ljubljana (2013), UKC Ljubljana (2014), UKC Ljubljana (2015) in lastno delo.

Kratkoročni koeficient pokaže razmerje med kratkoročnimi sredstvi in kratkoročnimi obveznostmi. Pove nam, ali je zavod sposoben, da odplačuje obveznosti, ki zapadejo v obdobju krajšem od enega leta, s sredstvi, ki se unovčijo v enem letu. V tabeli 13 je iz

vrednosti kazalnika razvidno, da lahko UKC Ljubljana v letu 2015 odplača samo polovico kratkoročnih obveznosti s kratkoročnimi sredstvi. To nakazuje na zelo slabo finančno zdravje zavoda.

Tabela 14: Koeficient komercialnega terjatveno-obveznostnega razmerja

Koeficient komercialnega terjatveno-obveznostnega razmerja	Leto				
	2011	2012	2013	2014	2015
Terjatve do kupcev	40.960.861	36.234.547	42.020.462	39.211.904	36.557.712
Obveznosti do dobaviteljev	51.352.805	52.887.646	73.151.903	87.409.576	84.889.355
Vrednost kazalnika	0,80	0,69	0,57	0,45	0,43

Vir: UKC Ljubljana (2011), UKC Ljubljana (2012), UKC Ljubljana (2013), UKC Ljubljana (2014), UKC Ljubljana (2015) in lastno delo.

Koeficient komercialno terjatveno-obveznostnega razmerja prikazuje razmerje med obveznostim do dobaviteljev in terjatvami kupcev. Vrednost manjša od ena nakazuje, da ima zavod veliko več obveznosti do dobaviteljev, kot terjatev do kupcev, in to razmerje se iz leta v leto poslabšuje. Vrednost kazalnika v tabeli 14 nam prikazuje, da se obveznosti do dobaviteljev iz leta v leto povečujejo.

Tabela 15: Pospešeni koeficient

Pospešeni koeficient	Leto				
	2011	2012	2013	2014	2015
Kratkoročna sredstva-zaloge	42.628.415	38.692.958	44.247.532	41.576.765	39.097.611
Kratkoročne obveznosti	71.975.631	73.291.264	99.359.944	107.563.413	105.940.642
Vrednost kazalnika	0,59	0,53	0,45	0,39	0,37

Vir: UKC Ljubljana (2011), UKC Ljubljana (2012), UKC Ljubljana (2013), UKC Ljubljana (2014), UKC Ljubljana (2015) in lastno delo.

Pospešeni koeficient v tabeli 15 prikazuje, koliko svojih kratkoročnih obveznosti je zavod sposoben z likvidnimi sredstvi in kratkoročnimi terjatvami odplačati v zelo kratkem časovnem obdobju.

6.5.3 Kazalniki obračanja

Kazalniki obračanja nam pokažejo čas vezave posameznih vrst sredstev oziroma hitrost obračanja le teh. Analiza teh kazalnikov nam pokaže ali je določena postavka v bilanci

stanja prevelika, premajhna ali ravno pravšnja glede na trenutno in predvideno raven poslovanja. Kažejo tudi sposobnost posloводства za učinkovito poslovanje s sredstvi. Višji kot je koeficient, hitreje je obračanje sredstev, kar pomeni, da ima podjetje manj vezanih sredstev. Pri izračunu koeficienta obračanja sredstev moramo vedno upoštevati le povprečno stanje sredstev, ki ga dobimo tako, da seštejemo začetno in končno stanje in seštevek delimo z dva (Hočevar, Zaman & Petrič, 2008, str. 282).

Tabela 16: Koeficient obračanja terjatev do kupcev

Koeficient obračanja terjatev do kupcev	Leto				
	2011	2012	2013	2014	2015
Prihodki od prodaje	449.744.533	451.891.417	423.779.423	439.774.981	453.069.792
Terjatve	40.968.938	36.238.379	42.023.477	39.214.919	36.560.727
Vrednost kazalnika	10,98	12,47	10,08	11,21	12,39
Dnevi vezave terjatev	33,25	29,27	36,19	32,55	29,45

Vir: UKC Ljubljana (2011), UKC Ljubljana (2012), UKC Ljubljana (2013), UKC Ljubljana (2014), UKC Ljubljana (2015) in lastno delo.

Koeficient obračanja terjatev do kupcev v tabeli 16 kaže število obratov terjatev do kupcev v denarna sredstva v enem letu. S tem kazalnikom lahko analiziramo sposobnost posloводства pri izterjavi terjatev. UKC Ljubljana ima zelo dober obrat terjatev do kupcev, saj je vrednost kazalnika visoka in dnevi vezave denarja v terjatvah so nizki, 30 dni. Kazalnik obračanja terjatev do kupcev se v zadnjih letih še izboljšuje glede na pretekla leta in je tako dober pokazatelj, da vodstvo nima težav s kupci in njihovimi plačili.

Tabela 17: Koeficient obračanja zalog

Koeficient obračanja zalog	Leto				
	2011	2012	2013	2014	2015
Nabavna vrednost prodanega blaga + stroški materiala	150.540.953	150.762.258	147.766.080	155.017.474	163.778.318
Zaloge	12.249.006	12.218.318	12.800.326	12.960.650	13.168.263
Vrednost kazalnika	12,29	12,34	11,54	11,96	12,44
Dnevi vezave zalog	29,70	29,58	31,62	30,52	29,35

Vir: UKC Ljubljana (2011), UKC Ljubljana (2012), UKC Ljubljana (2013), UKC Ljubljana (2014), UKC Ljubljana (2015) in lastno delo.

Koeficient obračanja zalog v tabeli 17 kaže obrat zalog materiala v obdobju enega leta. Krajša kot je vezava zalog v dnevih, manj zalog potrebuje zavod, saj se tej v UKC Ljubljana v letu 2014 obrnejo 12 krat na leto. Vrednost kazalnika tako nakazuje na politiko minimalnih zalog.

6.5.4 Temeljni kazalniki gospodarnosti

S temi kazalniki proučujemo učinkovitost in uspešnost porabe sredstev ter presojamo kvaliteto poslovanja. Uporabljajo se podatki iz izkaza poslovnega izid.

Za poslovni management javnega zdravstvenega zavoda in za plačnike zdravstvenih storitev je uspeh popoln, če je bila ozdravitev dosežena z gospodarno porabo razpoložljivih virov. Za popoln uspeh je pomembno, da je zavod uspešen pri doseganju zdravstvenih izidov ter učinkovit pri porabi virov (Česen, 2003, str. 190).

Kazalniki gospodarnosti nam pokažejo ali je javni zavod uspešen pri svojem temeljnem poslovanju. Kazalniki gospodarnosti so pomembni za dolgoročno napovedovanje uspešnosti poslovanja.

Kritična vrednost ali njegova minimalna vrednost je 1, kar pomeni, da so prihodki in odhodki izenačeni, takrat javni zavod posluje z 0. Ko je poslovni izid 0, se zavod nahaja na kritičnosti gospodarjenja. Ob povečevanju obsega dejavnosti, bo poslovni izid narasel, če pa se poslovanje zmanjša, se bo tudi poslovni izid zmanjšal. Javni zavod deluje uspešno takrat, kadar je njegova gospodarnost ob koncu obdobja večja kot 1.

Tabela 18: Koeficient gospodarnosti poslovanja

Koeficient gospodarnosti poslovanja	Leto				
	2011	2012	2013	2014	2015
Poslovni prihodki	452.677.649	451.899.856	423.927.017	440.013.515	453.139.897
Poslovni odhodki	456.647.889	456.130.660	444.526.161	447.061.508	458.847.369
Vrednost kazalnika	0,99	0,99	0,95	0,98	0,99

Vir: UKC Ljubljana (2011), UKC Ljubljana (2012), UKC Ljubljana (2013), UKC Ljubljana (2014), UKC Ljubljana (2015) in lastno delo.

Čim višja je vrednost kazalnika gospodarnosti poslovanja, uspešnejši je zavod. Kazalnik v tabeli 18 kaže, da ima UKC Ljubljana že od leta 2011 naprej izgubo iz poslovanja, saj odhodki iz poslovanja presegajo prihodke iz poslovanja. Iz tabele 18 je razvidno, da je vrednost kazalnika pod 1, kar pomeni, da ima zavod slabo gospodarnost iz svoje osnovne dejavnost.

Tabela 19: Koeficient celotne gospodarnosti

Koeficient celotne gospodarnosti	Leto				
	2011	2012	2013	2014	2015
Prihodki	452.975.727	452.133.370	424.256.712	440.258.539	453.677.304
Odhodki	457.365.249	457.113.367	446.289.400	449.826.361	459.972.379
Vrednost kazalnika	0,99	0,99	0,95	0,98	0,99

Vir: UKC Ljubljana (2011), UKC Ljubljana (2012), UKC Ljubljana (2013), UKC Ljubljana (2014), UKC Ljubljana (2015) in lastno delo.

Vrednost koeficienta celotne gospodarnosti v tabeli 19 se ne razlikuje veliko od kazalnika gospodarnosti poslovanja, saj ima zavod zelo malo ostalih prihodkov in odhodkov. Tudi tu je vrednost kazalnika od leta 2011 pod 1.

Kazalnika gospodarnosti iz tabele 18 in 19 sta pokazala, da UKC Ljubljana posluje v zadnjih letih z izgubo, ki pa se od leta 2013 zmanjšuje, saj se vrednost kazalnika izboljšuje. Kljub temu pa kazalnik gospodarnosti ostaja malo pod 1 in ima v letu 2015 vrednost 0,99. Tako je izguba v letu 2015 znašala dobrih 6 milijonov EUR, kot je bilo že večkrat omenjeno, na račun prekoračenega in neplačanega programa zdravstvenih storitev. Management mora kljub temu iskati notranje rezerve, ki se skrivajo predvsem v bolj smotrni in ugodnejši nabavi materiala. Strošek materiala namreč od leta 2013 narašča, nekaj na račun več opravljenih storitev in posledično višjih prihodkov. Drugi vzrok pa je uvajanje novih metod zdravljenja in uporaba najnovejših zdravil, ki pa so zelo draga.

Tabela 20: Stopnja tehnične (zmogljivosti) stroškovnosti poslovnih prihodkov

Stopnja tehnične (zmogljivosti) stroškovnosti poslovnih prihodkov	Leto				
	2011	2012	2013	2014	2015
Stroški amortizacije	20.725.963	22.044.555	13.958.667	12.505.561	15.557.554
Poslovni prihodki	452.677.649	451.899.856	423.927.017	440.013.515	453.139.897
Vrednost kazalnika	0,05	0,05	0,03	0,03	0,03

Vir: UKC Ljubljana (2011), UKC Ljubljana (2012), UKC Ljubljana (2013), UKC Ljubljana (2014), UKC Ljubljana (2015) in lastno delo.

Strošek amortizacije, kot je razvidno iz tabele 20, se je po letu 2012 začel zmanjševati, predvsem na račun zmanjšanja amortizacije v breme obveznosti za sredstva, prejeta v upravljanje.

Tabela 21: Stopnja delovne stroškovnosti poslovnih prihodkov

Stopnja delovne stroškovnosti poslovnih prihodkov	Leto				
	2011	2012	2013	2014	2015
Stroški dela	232.096.723	229.922.442	228.040.466	223.792.509	221.294.651
Poslovni prihodki	452.677.649	451.899.856	423.927.017	440.013.515	453.139.897
Vrednost kazalnika	0,51	0,51	0,54	0,51	0,49

Vir: UKC Ljubljana (2011), UKC Ljubljana (2012), UKC Ljubljana (2013), UKC Ljubljana (2014), UKC Ljubljana (2015) in lastno delo.

V tabeli 21 je razvidno, da strošek dela v poslovnih prihodkih predstavlja v vseh letih več kot polovico poslovnih prihodkov. Strošek dela pa se je v letu 2013 nekoliko povečal na račun izplačila plačnega nesorazmerja, v letu 2014 pa se je strošek dela zmanjšal, kar je posledica zmanjševanja stroškov dela. Trend se je nadaljeval tudi v letu 2015.

Tabela 22: Stopnja materialne stroškovnosti poslovnih prihodkov

Stopnja materialne stroškovnosti poslovnih prihodkov	Leto				
	2011	2012	2013	2014	2015
Strošek materiala	141.760.295	141.321.307	138.437.406	145.626.598	154.434.277
Poslovni prihodki	452.677.649	451.899.856	423.927.017	440.013.515	453.139.897
Vrednost kazalnika	0,31	0,31	0,33	0,33	0,34

Vir: UKC Ljubljana (2011), UKC Ljubljana (2012), UKC Ljubljana (2013), UKC Ljubljana (2014), UKC Ljubljana (2015) in lastno delo.

Stroški materiala v tabeli 22 se glede na poslovne prihodke vsa leta gibljejo v približno istem območju. Stroški materiala predstavljajo nekaj več kot 30% vseh prihodkih od poslovanja.

6.5.5 Kazalnik ravnotežja

Tabela 23: Kazalnik zadolžitve

Kazalnik zadolžitve	Leto				
	2011	2012	2013	2014	2015
Celotne obveznosti	89.746.435	82.087.850	107.270.625	114.460.745	112.369.961
Celotna sredstva	272.024.563	286.639.471	290.069.717	285.381.615	267.865.582
Vrednost kazalnika	0,33	0,29	0,37	0,40	0,42

Vir: UKC Ljubljana (2011), UKC Ljubljana (2012), UKC Ljubljana (2013), UKC Ljubljana (2014), UKC Ljubljana (2015) in lastno delo.

Celotne obveznosti so dolgoročne in kratkoročne obveznosti. Kazalnik zadolžitve nam pove strukturo virov sredstev, ki predstavljajo razmerje med lastnimi in tujimi viri sredstev. Za UKC Ljubljana je iz tabele 23 razvidno, da je s tujimi viri financiranih 40% celotnih sredstev. Podjetje ali zavod, ki ima nižjo vrednost kazalnika boljše posluje, saj krepi lastne vire financiranja. Prednost samofinanciranja se kažejo v manjših stroških poslovanja in v večji finančni trdnosti podjetja.

SKLEP

Vsako podjetje ali zavod, ki želi poslovati dobro, mora sproti spremljati svoje poslovanje. S finančno analizo lahko poslovodje, menedžerji, lastniki ali vlagatelji ugotovijo kakšno je zdravje podjetja. Finančna analiza je tako strokovno orodje, ki nam omogoči, da ugotovimo uspešnost, učinkovitost, finančni položaj podjetja, premoženjsko in finančno trdnost. Rezultati analize omogočijo vodstvu sprejemanje nadaljnjih odločitev za poslovanje podjetja in sprotno reševanje težav, ki so nam brez finančne analize skrite. Pri javnih zavodih se uspešnost ne meri z izkazovanjem dobička, ampak z uspešnim sledenjem ciljem in viziji zavoda. Z danimi sredstvi mora zavod zagotoviti kakovostno opravljene storitve s čim manjšimi stroški na dano enoto, da lahko obenem sledi tudi nadaljnjemu razvoju zavoda.

Podatki iz računovodskih izkazov nam dajo absolutne številke, ki pa nam ne dajo dovolj informacij o uspešnosti in učinkovitosti poslovanja podjetja ali zavoda. Podatke iz računovodskih izkazov je potrebno primerjati v nekem časovnem obdobju in zraven upoštevati tudi vidik nefinančnih kazalnikov. Pridobljene informacije iz daljšega časovnega obdobja nam pokažejo, kako so se gibale posamezne ekonomske enote in prikažejo oceno nadaljnjih gibanj in vplive na poslovanje zavoda ali podjetja.

V magistrski nalogi sem analiziral računovodske izkaze UKC Ljubljana in sicer; bilanco stanja in izkaze poslovnega izida z vodoravno in navpično analizo ter s finančnimi kazalniki.

UKC Ljubljana je javni zavod in kot tak nima lastnega kapitala ampak dobi od lastnikov, to je država, sredstva v upravljanje s katerimi razpolaga za svoje uspešno delovanje. Cilji in vizija zavoda sta ostati najkakovostnejša in najvarnejša bolnišnica, ter zeleno mesto zdravljenja za paciente in motivirano delovno okolje za zaposlene.

UKC Ljubljana je zavod, ki izvaja zdravstvene storitve na sekundarnem in terciarnem nivoju, ter specialistično ambulantno dejavnost. Na dan 31.12.2015 je UKC Ljubljana zaposloval 7.884 ljudi, od tega 1.212 (15%) zdravnikov in zobozdravnikov in 3857 (49%) medicinskih sester. V bolnišnici se je v letu 2015 zdravilo 115.599 pacientov, opravljenih pa je bilo 759.865 specialistično-ambulantnih obiskov. To uvršča UKC Ljubljana ob bok največjim bolnišnicam v Srednji Evropi.

Finančno poslovanje UKC Ljubljana sem analiziral iz računovodskih podatkov iz let 2013, 2014 in 2015. Z analizo sem poskušal ugotoviti, kako trdno je finančno stanje zavoda, in kako zunanji dejavniki iz okolja vplivajo na poslovanje.

Iz bilance stanja lahko ugotovimo, da so se sredstva od leta 2013 pa do leta 2015 zmanjševala na račun manj nabavljene nove opreme in velikega odpisa izrabljene opreme v višini 162,8 milijona EUR v letu 2015. Višina dolgoročnih sredstev se zmanjšuje tudi zaradi popravka vrednosti nepremičnin, ki je v letu 2015 znašal 91,8 milijonov EUR.

Obseg obveznosti v letu 2015 se je zmanjšal, kratkoročne obveznosti so se zmanjšale za 1,4%, največ so se zmanjšale kratkoročne obveznosti do dobaviteljev, in sicer za 10%. Dolgoročne obveznosti pa so se zmanjšale za 9% na račun izgube in zmanjšanja obveznosti do neopredmetenih in opredmetenih osnovnih sredstev.

V magistrski nalogi sem analiziral plačilno sposobnost UKC Ljubljana s pomočjo finančnih kazalnikov, in sicer za leto 2013, 2014 in 2015. Kazalniki likvidnosti so pokazali zelo slabo plačilno sposobnost zavoda, saj so vrednosti kazalnikov zelo nizke. To pomeni, da UKC Ljubljana s kratkoročnimi sredstvi v letu 2015 pokrije nekaj manj kot polovico kratkoročnih virov financiranja. UKC Ljubljana ima veliko zapadlih neporavnanih obveznosti do dobaviteljev in do uporabnikov enotnega kontnega načrta, kar je pokazala tudi vrednost kazalnika pospešenega koeficienta, ki je zelo nizka.

Od leta 2013 se zmanjšujejo stroški dela, kar je pokazala tudi vrednost kazalnika delovne stroškovnosti poslovnih prihodkov, saj se vrednost kazalnika zmanjšuje. Strošek dela se je zmanjšal predvsem zaradi omejevanja nadurnega dela in prepovedi novega zaposlovanja v preteklih letih.

UKC Ljubljana z danimi razpoložljivimi sredstvi posluje uspešno in učinkovito, kljub vsakoletnim izgubam, ki so posledica preseženega planskega programa. Razlog za presežen plan zdravstvenih storitev je, da UKC Ljubljana ne more zavriniti akutno bolnih bolnikov. Ravno zaradi tega bi morale biti vse akutne obravnave plačane s strani ZZZS-ja vsem bolnišnicam, ki izvajajo zdravstveno varstvo na sekundarnem in terciarnem nivoju.

UKC Ljubljana bi moral, glede na razpoložljivo opremo in kader, povečati svoj tržni delež poslovnih prihodkov. Na drugi strani pa bi moral zmanjšati svoje dolgove do dobaviteljev in uporabnikov enotnega kontnega načrta in si tako v prihodnje izboriti nižje nabavne cene blaga, materiala in storitev. Le tako bo lahko izboljšal svoje poslovanje in zagotavljal nadaljnji razvoj v medicini in uvajal nove načine zdravljenja, kar je tudi primarna naloga tega javnega zavoda. Glede vsakoletnega prekoračevanja pogodbenega programa zdravstvenih storitev, bi si moral zavod izboriti večji program zdravstvenih storitev. Tako zavod nebi imel težav z vsakoletnimi pogajanjmi za prekoračeni program zdravstvenih storitev, ki pa nikoli ni plačan v celoti in tako doprinese k slabemu poslovnemu izidu.

UKC Ljubljana je terciarna zdravstvena ustanova, ki uvaja nove načine zdravljenja, vendar ta večinoma niso pravilno ovrednotena ter plačana s strani ZZZS-ja. Kot primer lahko navedem zdravljenje odraslih bolnikov s priključitvijo na zunajtelesni krvni obtok z oksigenacijo (extracorporeal membrane oxygenation), ki ga izvajamo na oddelku, kjer sem zaposlen. Program izvajamo od leta 2009 in do leta 2016 ta način zdravljenja ni pravilno uvrščen v SPP ter določena pravilna utež za izračun plačila. Vse to pa vpliva na prihodke UKC Ljubljana, ki mora razliko stroškov zdravljenja kriti iz svojih notranjih virov.

Zmanjšati bi morali vpliv politike na izbiro višjega ter srednjega managementa. Tako bi se omogočila večja samostojnost managementa, ki bi tako imel več avtonomije pri odločanju o poslovanju UKC Ljubljana. Potrebno bi bilo izboljšati nabavni management, ki se bo znal pogajati z dobavitelji in si tako izboril nižje nabavne cene. Pri nabavi materiala in blaga, bi bilo potrebno izključiti posrednike in izvesti nabavo direktno od proizvajalcev, kar bi po mojem mnenju zelo vplivalo na znižanje nabavnih cen blaga in materiala. Seveda pa je potrebno to tudi zakonsko urediti, kar pa bi moral biti nacionalni interes, predvsem Ministrstva za zdravstvo. Ministrstvo za zdravstvo bi lahko pri nabavi materiala izvajalo razpise za celotno Slovenijo in ne da je to prepuščeno vsakemu naročniku posebej. Na ta način bi bili informacijski sistemi in medicinska oprema poenotena, kar bi pripomoglo k zmanjšanju porabe materiala in posledično znižanju stroškov. Tako pa imamo samo v UKC Ljubljana različne informacijske sisteme in aparature. To privede do tega, da se ob premestitvi iz internih oddelkov na kirurške oddelke izgubljajo zdravstvene informacije, ter se po nepotrebnem menjajo različni medicinski sistemi zaradi nekompatibilnosti.

Management bi moral izboljšati tudi notranje procese in sisteme ter uvesti klinične poti, ki bi poenotile načine zdravljenja. Vse to pa bi vplivalo na boljše poslovanje in nižje stroške zdravljenja.

Trenutno je zelo aktualna zdravstvena reforma Milojke Kolar Celarc, v kateri se predvidevajo spremembe na področju financiranja, na področju pravic iz OZZ in tudi spremembe na drugih področjih v zdravstvu. Glavne spremembe predloga nove zdravstvene reforme so: ukinitiv dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, omejitiv bolniškega staleža na največ 18 mesecev, ravno tako pa naj bi bilo omejeno nadomestilo za bolniški stalež na največ 2,5 kratnik povprečno bruto plače. Uvedle naj bi se dve prispevne stopnje iz sedanjih enajst. Ravno tako se na novo formira, tako imenovana košarica pravic iz OZZ, ki ne predvideva več doplačil iz dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Predvidene so tudi spremembe na področju delovanja ZZZS-ja, ki se mu določa vloga aktivnega kupca s tem pa tudi odgovornost za postavitev minimalnega standarda kakovosti storitev in materiala, zahtevanega pri plačilu zdravstvenih storitev. Na področju financiranja se ukine dopolnilno zdravstveno zavarovanje in se nadomesti sredstva z uvedbo obveznega zdravstvenega nadomestila, ki predvideva 7 dohodkovnih razredov glede na povprečno plačo (MZ, brez datuma).

Vsekakor pa bi si morala tako politika kot Ministrstvo za zdravje prizadevati za izboljšanje stanja v zdravstvu.

LITERATURA IN VIRI

1. Bubnov Škobrne, A. & Strban, G. (2010). *Pravo socialne varnosti*. Ljubljana: GV založba.
2. Česen, M. (1997). *Oblike plačevanja izvajalcev zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
3. Česen, M. (2003). *Management javne zdravstvene službe*. Ljubljana: Center za tehnološko usposabljanje.
4. Dolžan, M. (2007). *Letno poročilo javnega zavoda – primer klinični center (specialistično delo)*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
5. Dunleavy, P. & Hood, C. C. (1994). From Old Public Administration to New Public Management. *Public Money and Management*, july-september, 9-16.
6. Falconer, P. (1997). The new Public Management: Principles and Practice in the UK, *Javna uprava*, 33(1), 85-108.
7. Grafenauer, B. & Brezovnik, B. (2006). *Javna uprava*. Maribor: Pravna fakulteta.
8. Haček, M. (2009). *Politiki in visoki javni uslužbenci: Kdo vlada?* Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
9. Hočevar, M., Zaman, M. & Petrič, J. K. (2008). *Osnove računovodstva gospodarskega in javnega sektorja*. Ljubljana: Fakulteta za upravo.
10. Hrovatin, N. (2001). *Jadranje po nemirnih vodah managementa nevladnih organizacij: Ekonomski vidiki managementa nevladnih organizacij*. Ljubljana: Zavod Radio Študent.
11. Igličar, A., Hočevar, M. & Zaman Groff, M. (2017). *Osnove računovodstva*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta

12. Ivanjko, Š. (2001). Tržna in netržna dejavnost javnega zavoda. V N. Borak (ur.), *Novosti v državnem revidiranju in izvajanju zakona o javnih financah* (str. 128-131). Ljubljana: Zveza ekonomistov Slovenije.
13. Keber, D., Leskovar, B. & Kerstin Petrič, V. (2003). *Zdravstvena reforma: pravičnost, dostopnost, kakovost, učinkovitost: osnutek*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
14. Košir, F. (2005). Financiranje zdravstvenega varstva: javno-zasebno. *Zdravniški vestnik*, 74(7/8), 460.
15. Kovač, D., Kranjec, I., Markovič, S., Pretnar, J. & Repše, S. (2003). Sodelovanje med zdravniki – terciarna raven zdravljenja. *Zdravstveni vestnik*, 72, 631.
16. Logar, T. (2007). *Posebnosti računovodstva gospodarskih javnih služb*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
17. Markežič, N. (2007). *Uravnotežen sistem kazalnikov kot način za izvajanje strategije v storitvenem podjetju*. Koper: Fakulteta za management.
18. Ministrstvo za zdravje. (2017). *Referenčne ambulante*. Pridobljeno 21. oktobra 2017 iz http://www.mz.gov.si/si/pogoste_vsebine_za_javnost/referencne_ambulante/
19. Ministrstvo za zdravje. (brez datuma). *Predlog zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenemu zavarovanju*. Pridobljeno 7. julija 2016 iz http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja_in_prioritete/zdravstveno_varstvo/predlog_zakona_o_zdravstvenem_varstvu_in_zdravstvenem_zavarovanju/
20. Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2016). *Mednarodne klasifikacije bolezni in sorodstvenih zdravstvenih problemov za statistične namene (MKB-10-AM, verzija 6)*. Pridobljeno 15. marca 2017 iz http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/podatki/klasifikacije_sifranti/mkb/mkb10-am-v6_v03_splet.pdf
21. Normand, C. & Weber, A. (1994). *Social Health Insurance, A Guidebook for Planning*. Geneva: World Health Organization.
22. Petrič, D. (1993). Spremembe v financiranju zdravstvene dejavnosti v letu 2003. *ISIS: glasilo zdravniške zbornice Slovenije*, 2, 13-14.
23. Petrič, D. & Žerdin, M. (2013). *Javna mreža primarne zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji; Področji ambulante splošne oziroma družinske medicine (SADM) in pediatrije na primarni ravni (PED)*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
24. Pevcin, P. (2011). *Management javnega sektorja* (1 izd.). Ljubljana: Fakulteta za upravo.
25. Pirnat, R. (2007). Zdravstvo med javnim in zasebnim. V F. Hočevar (ur.), *Javno - zasebno partnerstvo / 14. strokovno srečanje ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu, Radenci 17 in 18. maj 2007* (str. 71-75). Ljubljana: Društvo ekonomistov v zdravstvu.
26. Podgoršek, M. (2009). *Merjenje uspešnosti delovanja (performanse) in kakovosti javnih storitev* (diplomsko delo). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
27. Porter, M. E. & Olmsted Teisberg, E. (2004). *Fixing Competition in U.S. Health Care*. Boston: Harvard Business Review.
28. Reisman, D. (1993). *The Political Economy of Health Care*. London: The Macmillan Press LTD.

29. Renčelj, D. (2006). *Analiza uporabe skupnega ocenjevalnega modela za organizacije v javnem sektorju – model odličnosti caf* (magistrsko delo). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
30. Statistični urad Republike Slovenije. (2015). *Izdatki in viri financiranja zdravstvenega varstva, Slovenija, 2013*. Pridobljeno 9. januarja 2015 iz <http://www.stat.si/StatWeb/prikazi-novico?id=5306&idp=10&headerbar=8>
31. Statistični urad Republike Slovenije. (2016). *Izdatki in viri financiranja zdravstvenega varstva, Slovenija, 2014*. Pridobljeno 20. marca 2017 iz <http://www.stat.si/StatWebPDF/PrikaziPDF.aspx?id=5700&lang=sl>
32. Štruc, N. (2006). *Merjenje uspešnosti poslovanja zdravstvenega doma s pomočjo uravnoteženega sistema kazalnikov* (magistrsko delo). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
33. Tajnikar, M. & Došenović Bonča, P. (2005). *A short analysis of hospital cost determinants in Slovenia in 2002*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
34. 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.
35. Trojer, S. (2009). *Presojanje uspešnosti poslovanja domov upokojencev v Sloveniji z finančnimi in nefinančnimi kazalniki* (magistrsko delo). Ljubljana: Ekonomska fakulteta
36. Univerzitetni klinični center Ljubljana. (2007). *Statut Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana*. Pridobljeno 21. marca 2017 iz http://www.kclj.si/index.php?dir=/ukc_ljubljana/o_nas/statut_ukcl
37. Univerzitetni Klinični center Ljubljana. (2011). *Letno poročilo 2011*. Pridobljeno 5. januarja 2016 iz https://www.kclj.si/index.php?dir=/strokovna_javnost/poslovanje_ukcl
38. Univerzitetni Klinični center Ljubljana. (2012). *Letno poročilo 2012*. Pridobljeno 5. januarja 2016 iz https://www.kclj.si/index.php?dir=/strokovna_javnost/poslovanje_ukcl
39. Univerzitetni Klinični center Ljubljana. (2013). *Letno poročilo 2013*. Pridobljeno 5. januarja 2016 iz https://www.kclj.si/index.php?dir=/strokovna_javnost/poslovanje_ukcl
40. Univerzitetni Klinični center Ljubljana. (2014). *Letno poročilo 2014*. Pridobljeno 5. januarja 2016 iz https://www.kclj.si/index.php?dir=/strokovna_javnost/poslovanje_ukcl
41. Univerzitetni Klinični center Ljubljana. (2015). *Letno poročilo 2015*. Pridobljeno 5. januarja 2016 iz https://www.kclj.si/index.php?dir=/strokovna_javnost/poslovanje_ukcl
42. Vuk, V. (2007). *Uporaba uravnoteženega sistema kazalnikov (BSC) s socialno varstvenih zavodov*. Maribor: Fakulteta za organizacijske vede.
43. Wahl, J., Mate, T. & Yazbeck, A. M. (2004). Skupine primerljivih primerov v Sloveniji – Prvih sto petdeset dni. *Zdravniški vestnik* 73(9), 689-690.
44. Weisbrod, B. A. (1994). *The nonprofit Economy*. Harvard: University Press.

45. Zaletelj Kragelj, L., Eržen, I. & Premik, M. (2007). *Uvod v javno zdravje*. Ljubljana: Medicinska fakulteta.
46. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2014). *Poslovno poročilo za leto 2014*. Pridobljeno 20. oktobra 2015 iz http://www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/poslovno_porocilo_slo?OpenView
47. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2014a). *Pravilnik o nadzorih*. Pridobljeno 12. marca 2015 iz <http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/o/6FEAEBFF7D2D646AC1257996002B1574?OpenDocument>
48. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2014b). *Pravilnik o izvajanju nadzorov nad dobavitelji*. Pridobljeno 10. marca 2015 iz <http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/o/71C46AD128F70FE4C1257D7E003F6C6E?OpenDocument>
49. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2015). *Poslovno poročilo za leto 2015*. Pridobljeno 20. oktobra 2015 iz http://www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/poslovno_porocilo_slo?OpenView
50. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2015a). *Osnovno zdravstveno zavarovanje*. Pridobljeno 3. februarja 2015 iz <http://www.zzzs.si/zzzs/internet/zzzs.nsf/o/875E847A07B8589AC1256D34002A1360>
51. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2015b). *Prostovoljno zdravstveno zavarovanje*. Pridobljeno 7. februarja 2015 iz <http://www.zzzs.si/zzzs/internet/zzzs.nsf/o/52D9D035D538D7A1C1256D34002A6FBD>
52. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2016). *Poslovno poročilo za leto 2016*. Pridobljeno 20. oktobra 2015 iz http://www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/poslovno_porocilo_slo?OpenView
53. Zupanc, I. (2008). *SPP: skupine primerljivih primerov: vprašanja in odgovori o sistemu razvrščanja bolnišničnih obravnav (SPP) in financiranju bolnišnic*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.