UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA

MAGISTRSKO DELO

BOŠTJAN KUŠAR

UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA

MAGISTRSKO DELO

OBLIKE IZVAJANJA JAVNO-ZASEBNEGA PARTNERSTVA V SLOVENSKIH ZDRAVSTVENIH ZAVODIH

Ljubljana, marec 2012 BOŠTJAN KUŠAR

IZJAVA O AVTORSTVU

Spodaj podpisani Boštjan Kušar, študent Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, izjavljam, da sem avtor magistrskega dela z naslovom Oblike izvajanja javno-zasebnega partnerstva v slovenskih zdravstvenih zavodih, pripravljenega v sodelovanju s svetovalcem prof. dr. Maksom Tajnikarjem, univ. dipl. ekon..

Izrecno izjavljam, da v skladu z določili Zakona o avtorskih in sorodnih pravicah (Ur. l. RS, št. 21/1995 s spremembami) dovolim objavo magistrskega dela na fakultetnih spletnih straneh.

S svojim podpisom zagotavljam, da

- je predloženo besedilo rezultat izključno mojega lastnega raziskovalnega dela;
- je predloženo besedilo 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 v magistrskem delu citirana oziroma navedena v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, in
  - pridobil vsa dovoljenja za uporabo avtorskih del, ki so v celoti (v pisni ali grafični obliki) uporabljena v tekstu, in sem to v besedilu tudi jasno zapisal;
- se zavedam, da je plagiatorstvo – predstavljanje tujih del (v pisni ali grafični obliki) kot mojih lastnih – kaznivo po Zakonu o avtorskih in sorodnih pravicah (Ur. l. RS, št. 21/1995 s spremembami);
- se zavedam posledic, ki bi jih na osnovi predloženega magistrskega dela dokazano plagiatorstvo lahko predstavljalo za moj status na Ekonomski fakulteti Univerze v Ljubljani v skladu z relevantnim pravilnikom.

V Ljubljani, dne 21. 3. 2012 Podpis avtorja:

KAZALO

UVOD **1**

1 SLOVENSKI SISTEM ZDRAVSTVENEGA VARSTVA **2**

1.1 Zgodovina zdravstvenega varstva na Slovenskem 2

1.2 Organiziranost zdravstvene dejavnosti v Sloveniji 4

1.3 Prihodki zdravstvenega varstva in njihovo razporejanje 6

1.3.1 Potek zbiranja sredstev za zdravstvo varstvo v Sloveniji 8

1.3.2 Razporejanje sredstev za zdravstveno varstvo 11

1.4 Izvajalci zdravstvenega sistema 12

1.5 Pregled zakonodaje, ki ureja delovanje slovenskega zdravstvenega sistema 15

1.5.1 Zakon o zdravstveni dejavnosti 16

1.5.2 Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju 17

1.5.3 Zakon o zavodih 18

1.5.4 Zakon o javnih financah 18

1.5.5 Nadgradnja zdravstvenega sistema do leta 2020 19

2 JAVNO-ZASEBNO PARTNERSTVO **20**

2.1 Prvi zametki javno-zasebnega partnerstva 20

2.2 Definicije javno-zasebnega partnerstva 21

2.3 Oblike javno-zasebnega partnerstva 24

2.3.1 Pogodbeno partnerstvo 25

2.3.1.1 Koncesijsko razmerje 25

2.3.1.1.1 Koncesija gradnje 25

2.3.1.1.2 Koncesija storitev 26

2.3.1.2 Javno-naročniško razmerje 26

2.3.2 Statusno partnerstvo 27

2.4 Izkušnja Velike Britanije z izvajanjem JZP 30

2.5 Postopek oblikovanja javno-zasebnega partnerstva 32

2.6 Pregled zakonodaje, ki jo je potrebno upoštevati pri izvajanju javno-zasebnega partnerstva v zdravstvu 32

2.6.1 Zakon o javno-zasebnem partnerstvu 32

2.6.2 Predlog zakona o koncesijah za opravljanje javne službe v zdravstveni in lekarniški dejavnosti in o svobodnih zdravnikih specialistih 32

3 ANALIZA ANKETNEGA VPRAŠALNIKA **32**

3.1 Metodologija raziskave 32

3.1.1 Osnovna raziskovalna metoda 32

3.1.2 Ciljna skupina 32

3.1.3 Izdelava in sestava anketnega vprašalnika 32

3.1.4 Izvedba anketiranja 32

3.2 Rezultati empirične raziskave in ugotovitve 40

3.2.1 Demografski podatki 40
3.2.2 Analiza podatkov o izvajanju JZP v praksi 42
3.2.3 Analiza odprtega vprašanja 51

4 PRIMERI DOBRIH PRAKS V SLOVENSKIH BOLNIŠNICAH 52
4.1 Bolnišnica Sežana – izgradnja in oprema prostorov Dializnega centra Sežana 52
4.2 Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo – možnosti JZP pri izgradnji novega vhoda in spremljajočih prostorov 32
4.3 Splošna bolnišnica Brežice – JZP na področju zagotavljanja učinkovite rabe energije 54
4.4 Osnovno zdravstvo Gorenjske – javno-zasebna investicija pri izgradnji prostorov 55

5 MOŽNE OBLIKE IZVAJANJA JZP V SLOVENSKIH ZDRAVSTVENIH ZAVODIH 56

SKLEP 59

LITERATURA IN VIRI 61

PRILOGE

KAZALO SLIK

Slika 1: Akterji sistema zdravstvenega varstva 5
Slika 2: Prihodki po kategorijah zavezancev za plačilo obveznega zdravstvenega zavarovanja in drugi prihodki v letu 2010 10
Slika 3: Število sklenjenih pogodb z javnimi in zasebnimi izvajalci zdravstvenih storitev z Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije v Sloveniji med letoma 1995 in 2010 13
Slika 4: Podatki o odhodkih javnih in zasebnih izvajalcev zdravstvenih storitev v letih 2004 in 2010 14
Slika 5: Število zdravnikov v javnih zavodih v primerjavi s številom zasebnikov s koncesijo v letu 2010 15
Slika 6: Oblike javno-zasebnih partnerstev 24
Slika 7: Postopek oblikovanja javno-zasebnega partnerstva. 32
Slika 8: Struktura anketiranih javnih zdravstvenih zavodov 40
Slika 9: Struktura anketiranih javnih zdravstvenih zavodov glede na področje dela 40
Slika 10: Struktura anketiranih glede na velikost zavodov 41
Slika 11: Struktura anketiranih glede na regijo delovanja in področja dela javnih zdravstvenih zavodov 42
Slika 12: Oblike izvajanja JZP 42
Slika 13: Struktura pravnih podlag za izvajanje JZP 43
Slika 14: Struktura anketiranih glede na mnenje o izvajanju JZP v prihodnosti 32

Slika 15: Izvajanje posameznih oblik JZP po vrstah javnih zavodih 44
Slika 16: Struktura izvajanja JZP glede na področje dela anketiranih zavodov 45
Slika 17: Struktura oblik izvajanja JZP glede na regijo delovanja javnih zdravstvenih zavodov 45
Slika 18: Struktura oblik izvajanja JZP glede na velikost javnih zdravstvenih zavodov ... 46
Slika 19: Struktura anketiranih glede na pravno podlago za izvajanje JZP 46
Slika 20: Struktura anketiranih glede na področje dela in pravno podlago za izvajanje JZP 47
Slika 21: Struktura anketiranih glede na regijo delovanja javnih zdravstvenih zavodov in pravno podlago za izvajanje JZP 47
Slika 22: Struktura anketiranih glede na velikost javnih zdravstvenih zavodov in pravno podlago za izvajanje JZP 48
Slika 19: Struktura anketiranih javnih zdravstvenih zavodov in mnenje o izvajanju JZP v njihovih zavodih v prihodnosti 48
Slika 24: Struktura anketiranih glede na mnenje o izvajanju JZP v prihodnosti po področjih dela 49
Slika 25: Struktura anketiranih javnih zdravstvenih zavodov glede na regijo zaposlitve in mnenje o izvajanju JZP v njihovih zavodih v prihodnosti 49
Slika 26: Struktura anketiranih javnih zdravstvenih zavodov glede na velikost javnih zdravstvenih zavodov in mnenje o izvajanju JZP v njihovih zavodih v prihodnosti 50
Slika 27: Število anketiranih zavodov, ki izvajajo JZP in ga prihodnosti ne nameravajo izvajati 50

KAZALO TABEL

Tabela 1: Značilnosti različnih oblik vključevanja zasebnega kapitala v javni sektor 28
Tabela 2: Odzivnost posameznih oblik partnerstva med javnim in zasebnim sektorjem na zastavljene cilje javnega sektorja pri vključevanju zasebnega sektorja 29
Tabela 3: Izvedba anketiranja 39
Tabela 4: Struktura anketiranih glede na regijo delovanja javnih zdravstvenih zavodov .. 41

UVOD

Koncept javno-zasebnega partnerstva (v nadaljevanju JZP) pokriva široko paleto situacij. Izraz JZP v evropski zakonodaji ni enotno definiran. V Zeleni knjigi o javno-zasebnem partnerstvu (2004, str. 3) je koncept JZP opredeljen kot oblika sodelovanja med javnim in zasebnim sektorjem, njegov namen pa je povečati učinkovitost in kakovost javnih storitev. Sodelovanje javnega in zasebnega sektorja nudi mnoge prednosti. Tako zasebni kot javni sektor imata določene lastnosti, zaradi katerih lahko njuno sodelovanje vodi do obojestranske koristi. Partnerstvo med javnim in zasebnim ima skupni cilj, vendar različne motive. Zasebni sektor išče ustrezen dobiček, javni pa izboljšanje kakovosti storitev. Partnerstvo med javnim in zasebnim sektorjem postaja vse aktualnejše, saj je s tovrstnim sodelovanjem mogoče izvesti marsikatere projekte v javnem interesu, vendar sredstva zanje niso zagotovljena v zadostnem obsegu.

Predmet obravnave. Za analizo oblik izvajanja JZP v slovenskih zdravstvenih zavodih sem se odločil zato, ker mi je bila ta tema že v času študija nekakšen izziv. Po pregledu različne literature sem ugotovil, da je na temo sodelovanja javnega in zasebnega sektorja v zdravstvu zapisanega zelo malo. V Sloveniji do sedaj še ni bila opravljena raziskava, ki bi na enem mestu celovito predstavila pregled izvajanja zasebne zdravstvene dejavnosti znotraj javnih zdravstvenih zavodov ter pregled projektov JZP. S pomočjo opravljene analize bo mogoče predlagati ter iskati nove možnosti tovrstnega sodelovanja.

Namen in cilji magistrskega dela. Namen magistrskega dela je predvsem analizirati sedanje oblike izvajanja JZP v slovenskih univerzitetnih zavodih, splošnih bolnišnicah, združenih zdravstvenih zavodih, zavodih za zdravstveno varstvo in zdravstvenih domovih. Ob tem pa želimo identificirati možne nove oblike sodelovanja med javnimi in zasebnimi partnerji na področju zdravstva, ki izhajajo iz veljavne zakonodaje.

Metode dela, raziskovalni pristop. Metodika magistrskega dela sloni na povezovanju teoretičnih izhodišč s praktičnimi primeri. V magistrskem delu je bilo uporabljenih več medsebojno dopolnjujočih se znanstvenih metod in tehnik raziskovanja. Podatki v magistrskem delu so prikazani opisno, slikovno, tabelarično ter grafično. Delo v osnovi lahko razdelim na dva dela, in sicer na prvega teoretičnega in drugega analitičnega, v katerem je predstavljena analiza izvajanja JZP v slovenskih zdravstvenih zavodih. Pri pisanju teoretičnega dela sem si pomagal z razpoložljivo literaturo na temo izvajanja JZP v zdravstvu. Poiskal sem najnovejše članke, znanstvene razprave, raziskave, zakonodajo in ugotovitve s tega področja. S pomočjo teoretično-analitičnega pregleda strokovne literature sem v smiselnem sosledju podal teorijo tovrstnega sodelovanja. Posamezne primere sem zaradi lažjega razumevanja poskušal povezati s praktičnimi primeri. Pri izdelavi magistrskega dela sem uporabil vsa pridobljena teoretična znanja ter izkušnje iz nekajletnega dela v zdravstvu. Uporabil sem deskriptivni pristop. Teoretičnemu delu sledi analiza obstoječih oblik izvajanja JZP v slovenskih zdravstvenih zavodih. Pri raziskavi sem

uporabil tako teoretične kot eksperimentalne metode dela. Raziskavo sem izvedel s pomočjo vnaprej pripravljenega anketnega vprašalnika. Pri njegovi izdelavi sem si pomagal s strokovno literaturo in praktičnimi nasveti mentorja.

Struktura poglavij magistrskega dela. Magistrsko delo je sestavljeno iz šestih glavnih poglavij, tematika je dodatno razdeljena v podpoglavja. V uvodnem poglavju predstavim predmet obravnave, namene in cilje dela, metode dela in raziskovalni pristop ter opišem strukturo posameznih poglavij. V drugem poglavju predstavim sistem zdravstvenega varstva pri nas. Na kratko opišem zgodovino zdravstvenega varstva na Slovenskem in organiziranost izvajanja zdravstvene dejavnosti ter predstavim financiranje zdravstvenega varstva, torej potek zbiranja sredstev in njihovo razporejanje. Predstavim tudi izvajalce zdravstvenega sistema ter pregled zakonodaje, ki ureja delovanje slovenskega zdravstvenega sistema. Tretje poglavje je namenjeno teoriji JZP. Predstavim prve zametke, podane definicije in opisane možne oblike izvajanja JZP. Opišem izkušnje z JZP, ki izhajajo predvsem iz tuje prakse in sam postopek oblikovanja JZP. Na koncu predstavim tudi zakonodajo, ki jo je potrebno upoštevati pri izvajanju JZP v zdravstvu. Četrto poglavje namenjam analizi anketnega vprašalnika. Delo se nadaljuje s petim poglavjem, v katerem predstavim primere obstoječih oblik izvajanja JZP v slovenskih javnih zdravstvenih zavodih. V šestem poglavju so podane možne oblike JZP, ki bi se prav tako lahko uporabljale v zdravstvu. Delo zaključim s sklepom, v katerem opišem relevantne ugotovitve, ki so rezultat raziskovalnega dela v času nastajanja magistrskega dela.

1 SLOVENSKI SISTEM ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

Zdravstveno varstvo je v Zakonu o zdravstveni dejavnosti (Ur. l. RS, št. 9/1992, 26/1992, 45I/1994, 37/1995, 8/1996, 59/1999, 90/1999, 98/1999, 31/2000, 36/2000, 45/2001, 131/2003, 135/2003, 2/2004, 80/2004, 23/2005, v nadaljevanju ZZDej) v 1. členu opredeljeno kot sistem vseh družbenih, skupinskih in individualnih aktivnosti, ukrepov in storitev za krepitev zdravja, preprečevanja bolezni, zgodnjega odkrivanja obolelosti, pravočasnega zdravljenja, nege in rehabilitacije obolelih in poškodovanih. V tem zakonu so definirani tudi univerzitetni zavodi, splošne bolnišnice in zdravstveni zavodi, ki jih obravnavam.

1.1 Zgodovina zdravstvenega varstva na Slovenskem

Začetek razvoja zdravstvenega varstva na Slovenskem sega v sredino 19. stoletja, ko je bil sprejet zakon, ki je uvedel obvezno zdravstveno zavarovanje za livarje, železničarje in rudarje. Leta 1888 je avstro-ogrska monarhija uvedla sistem bolniških blagajn (Albreht et al., 2002, str. 7). To obdobje je zaznamoval velik napredek na področju razvoja primarnega zdravstvenega varstva, predvsem otrok in mladine. Sistem bolniških blagajn je s spremembami deloval do druge svetovne vojne (Toth, Petrič & Kramberger, 1999, str.

145–146). Slovenija je bila od leta 1918 del Kraljevine Srbov, Hrvatov in Slovencev. Nastala je na območju razpadlega avstro-ogrskega cesarstva. V tem času se je izredno okrepila solidarnost. Ustanovljeni so bili zdravstveni domovi, socialno higienski zavodi za preprečevanje bolezni, osrednji zavodi za higieno in medicino, zdravniška zbornica in zdravniško društvo (Albreht et al., 2002, str. 8).

Švab, Markota in Albreht (2000, str. 791–794) so zapisali, da je bila naslednji mejnik v zdravstvenem varstvu druga svetovna vojna, ki je prenovila stara načela in vpeljala nova, z večjim poudarkom na socialističnih načelih. Zdravstvena reforma leta 1954 in 1955 je vpeljala naslednje spremembe: ukinitev zdravniške zbornice, ukinitev zasebnega dela zdravstvenih delavcev in tudi zdravniki so postali javni uslužbenci. V tem obdobju so bili ustanovljeni zdravstveni centri, ki so zagotavljali osnovne zdravstvene storitve (zobozdravstvo, pediatrija, splošna medicina, ginekologija, medicina dela). Imeli so sistem samoupravljanja. Veljala je miselnost, da mora biti zdravstvo dostopno vsem pod enakimi pogoji. Samoupravljanje je povzročilo ogromno birokracije in vmešavanja v delo zdravnikov. Sistem je takrat močno nasprotoval zasebnim zdravnikom.

V letu 1972 smo dobili univerzalno zdravstveno varstvo, ki je poudarjalo socialno pravičnost in zdravstveno varnost celotnega prebivalstva. Zdravstveni centri so bili razporejeni v regije in so vključevali: zdravstvene domove, bolnišnice, lekarne in zavode za zdravstveno varstvo. Slabi strani takšne organiziranosti sta bili nepreglednost in slab nadzor nad porabo sredstev (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2003, str. 64). Tak sistem solidarnosti je povzročil povečano povpraševanje po zdravstvenih storitvah. Potrebe, zahteve in pričakovanja ljudi so močno narasla. Prišlo je do neskladij med obsegom pravic in zmožnostmi financiranja z javnimi sredstvi. Kot posledica tega so bila leta 1973 uvedena doplačila, participacija. Ker je bilo vedno več ljudi oproščenih doplačil, so ta izgubila svoj namen (Toth, 1998, str. 54–55). Tako se je pojavila zamisel o zdravstvenem zavarovanju.

Pomanjkljivosti so leta 1990 privedle do ukinitve tedanjega sistema. Naloge plačnika je prevzela Republiška uprava za zdravstveno varstvo. Zaradi družbenih sprememb in osamosvojitve Slovenije je dve leti kasneje prenehala delovati (Toth, 1998, str. 145). Po osamosvojitvi je Slovenija začela z reformo zdravstvenega sistema, sprejet je bil zakon na področju zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, ki je prinesel naslednje novosti: uvedbo obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, participacije so zamenjala doplačila, postavitev Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije uvedba zasebne prakse, partnerski pristop k oblikovanju obsega in vsebine programov ter elementov cen zdravstvenih storitev (Gracar, 1999, str. 31).

Nova zakonodaja je pomenila velik korak na poti k modernizaciji sistema zdravstvenega varstva in zavarovanja. Z uvedbo obveznega in prostovoljnega zavarovanja so se razbremenila javna sredstva, namenjena zdravstvu. To je bil tudi glavni cilj reforme.

Država se je delno umaknila s področja javnega financiranja zdravstvenega varstva ter prenesla del izdatkov na zasebna sredstva v obliki doplačil in dopolnilnega zavarovanja. V to zavarovanje so se v nekaj letih vključili skoraj vsi državljani razen otrok, šolajoče mladine in invalidov. Njim zakon zagotavlja pokrivanje vseh stroškov v okviru obveznega zavarovanja (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2003, str. 64).

1.2 Organiziranost zdravstvene dejavnosti v Sloveniji

Zdravstvene mreže držav so po definiciji rezultat obsega zdravstvenih storitev, ki jih v sodobnih družbah zagotavlja sodobna medicinska znanost v razmerju z razpoložljivimi zmožnostmi. Z urejeno zdravstveno mrežo države dosežejo svojo družbeno in ekonomsko stabilnost. Dinamiko njihovega razvoja opredeljujejo organizacijski, socialni in ekonomski kazalci razvitosti posamezne družbe. Zaradi pomembnosti javne zdravstvene mreže, ki zadeva vsakega posameznika, ne glede na njegovo svetovno-nazorsko orientacijo in ekonomsko moč, države posvečajo razvoju zdravstvenih mrež veliko pozornost, saj postaja zdravje prebivalcev vse pomembnejša kategorija, ki vpliva tudi na stopnjo njenega razvoja.

Slovenska zdravstvena mreža je zapleten organizacijski sistem, ki povezuje številne politične, administrativne, družbene in zasebne proizvodne ter storitvene dejavnosti. Deluje v sprejemljivem družbeno političnem okolju in je glede doseganja svojih globalnih ciljev v medsebojni odvisnosti z razvitostjo gospodarstva in političnih opredelitev. Država z mrežo javne zdravstvene službe svojim državljanom in drugim upravičencem zagotavlja uresničevanje oziroma uveljavljanje zakonsko zagotovljenih pravic iz zdravstvenega zavarovanja. V javno zdravstveno mrežo so vključeni (ZZDej, 5. člen): javni zdravstveni zavodi, drugi zavodi oziroma pravne osebe ter zasebni zdravstveni delavci, ki opravljajo zdravstveno dejavnost na podlagi podeljene koncesije za opravljanje te dejavnosti.

ZZDej v 2. členu določa, da se javna zdravstvena mreža v Republiki Sloveniji izvaja na treh ravneh, in sicer na (ZZDej, 2. člen):

- primarni ravni (osnovna zdravstvena dejavnost in lekarniška dejavnost),
- sekundarni ravni (specialistična ambulantna in bolnišnična dejavnost) in
- terciarni ravni (opravljanje dejavnosti klinik, kliničnih inštitutov ali kliničnih oddelkov ter drugih pooblaščenih zdravstvenih zavodov).

Primarna raven obsega delo zdravnikov v zdravstvenih domovih, zdravstvenih postajah, koncesionarjev in zdravnikov brez koncesije. V skladu z 8. členom ZZDej opravljajo osnovno zdravstveno dejavnost (ZZDej, 8. člen): zdravstveni domovi, zasebni zdravstveni delavci in zdravstvene postaje. V primeru da v občini ni zdravstvenega doma, mora občina v sodelovanju z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije zagotoviti izvajanje preventivnih in drugih programov v osnovnem zdravstvenem varstvu s pogodbo z drugim

zdravstvenim domom, zdravstveno postajo ali z zasebnimi zdravstvenimi delavci, ki opravljajo javno zdravstveno službo na podlagi koncesije.

Sekundarno zdravstveno dejavnost sestavljajo (ZZDej, 8. člen): bolnišnice, zdravilišča, zdravniki specialisti posameznih strok v zdravstvenih domovih, koncesionarji in zdravniki zasebniki brez koncesije. Specialistična bolnišnična dejavnost obsega zdravljenje in medicinsko rehabilitacijo, poglobljeno diagnostiko, zdravstveno nego ter nastanitev in prehrano v splošnih in specialnih bolnišnicah. Ambulantno specialistično dejavnost opravljajo zasebni zdravniki specialisti, bolnišnice in zdravilišča. Skladno s 55. členom predloga Zakona o koncesijah za izvajanje javne službe v zdravstveni in lekarniški dejavnosti in o svobodnih zdravnikih specialistih (spletna stran Ministrstva za zdravje Republike Slovenije) se v naš prostor uvaja profil svobodnega zdravnika specialista, ki lahko svoj poklic opravlja samostojno kot samozaposlena oseba.

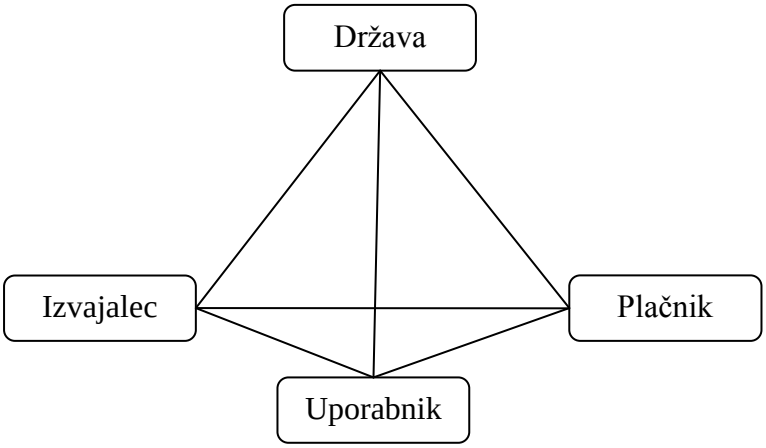
ZZDej v 17. členu določa, da zdravstvena dejavnost na terciarni ravni obsega dejavnost klinik, kliničnih inštitutov ali kliničnih oddelkov, obsega znanstveno-raziskovalno in vzgojno-izobraževalno delo za medicinsko fakulteto in druge visoke in višje šole ter opravljanje najzahtevnejših zdravstvenih storitev na ambulantni ali bolnišnični način, ki jih zaradi strokovne, kadrovske, tehnološke in organizacijske zahtevnosti ni možno niti ni smotrno opravljati na nižjih ravneh. V terciarno raven zdravstvenih ustanov sodijo Univerzitetni klinični center Ljubljana in Univerzitetni klinični center Maribor, Onkološki inštitut, Bolnišnica Golnik, Univerzitetna psihiatrična klinika ter Inštitut za rehabilitacijo invalidov Republike Slovenije.

Kot navajata 5. in 6. člen ZZDej mora javna zdravstvena mreža delovati tako, da so vsem zagotovljeni nujna medicinska pomoč, nujni reševalni prevozi, preskrba z zdravili. Za zagotovitev javne zdravstvene službe na primarni ravni je zadolžena občina ali mesto, za zagotavljanje sekundarne in terciarne ravni pa je odgovorna Republika Slovenija. Kersnik (2010, str. 10) je zapisal, da zdravstvena politika skrbi za izbiro, uzakonitev in uresničitev globalnih ciljev slovenskega zdravstvenega varstva. Globalni cilji zdravstvene politike pa so izboljšanje zdravstvenega stanja prebivalstva, vedno boljši odziv na potrebe prebivalstva in pravičnost pri razdelitvi finančnega bremena. Za doseganje teh ciljev mora država poskrbeti za dostopnost, dosegljivost, pravičnost in kakovost zdravstvene dejavnosti za vse prebivalce.

Slika 1 prikazuje akterje, ki oblikujejo slovenski sistem zdravstvenega varstva. Na eni strani je država, ki vpliva na oblikovanje zdravstvene politike, na drugi so izvajalci zdravstvene dejavnosti, uporabniki zdravstvenih storitev in plačnik opravljenih storitev. Vloga države je, da nenehno usklajuje razmerja med različnimi interesi zdravstvenega varstva ter drugimi področji gospodarstva in negospodarstva. Izvajalci zdravstvenih storitev so vsi zdravstveni delavci in sodelavci, ki delajo na primarni, sekundarni in terciarni ravni. V to skupino sodijo še Zdravniška in Lekarniška zbornica ter vsa oprema in

infrastruktura, ki jo uporabljajo izvajalci zdravstvenega varstva. Uporabniki zdravstvenih storitev so vsi prebivalci Republike Slovenije in drugi, ki si želijo zdravja. Predstavnik uporabnikov, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, je v tem primeru tudi eden izmed plačnikov zdravstvenih storitev. Ostali plačniki zdravstvenih storitev so še zavarovalnice, ki izvajajo prostovoljno zdravstveno zavarovanje.

Slika 1: Akterji sistema zdravstvenega varstva



Vir: J. Kersnik, Kakovost v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji, Pregled stanja, 2007, str. 10.

1.3 Prihodki zdravstvenega varstva in njihovo razporejanje

Vsaka država je skozi svoj razvoj razvila lasten sistem zdravstvenega varstva, vendar so si sistemi zaradi sledenja podobnim ciljem in zaradi podobnega zgodovinskega ozadja med seboj precej podobni (Roemer, 1993, str. 91).

V Evropi prevladujejo mešani javno-zasebni sistemi zdravstva, kar pomeni, da so vanje vključene tako lastnosti zasebnega kot javnega sistema. Prevladujejo trije modeli financiranja zdravstvenega varstva, in sicer:

- Beveridgeov model ali model nacionalnega zdravstvenega varstva,
- Semaškov model ali model socialističnega zdravstvenega varstva in
- Bismarckov model ali model socialnega zdravstvenega varstva.

Od navedenih modelov zdravstvenega varstva je slovenskemu najbližji Bismarckov model ali drugače. model socialnega zdravstvenega varstva.

Beveridgeov model ali model nacionalnega zdravstvenega varstva je razvil angleški ekonomist William Henry Beveridge po drugi svetovni vojni. Posebnost tega sistema je, da je zdravstveno varstvo v celoti podržavljeno. Država zagotavlja celotno socialno in zdravstveno varnost in je nosilka organiziranja, delovanja in izvajanja sistema

zdravstvenega varstva (Toth, 2003, str. 147). Financiranje stroškov je zagotovljeno iz državnega proračuna in se napaja iz davkov davčnih zavezancev (Albreht, 2005, str. 464). Sistem se ne financira s prispevki delodajalcev in delojemalcev. Po Normandu in Webru (1994, str. 55) je to državno vodeni sistem zdravstvenega varstva, saj je kombinacija proračunskega financiranja zdravstvenega varstva in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Beveridgeov model ali model nacionalnega zdravstvenega varstva se uporablja na Danskem, Portugalskem, Švedskem, Irskem, v Grčiji, Italiji, Španiji, in Veliki Britaniji (Toth, 2003, str. 147).

Semaškov model ali model socialističnega zdravstvenega varstva je nastal v času socialistične ureditve v Sovjetski zvezi v prvi polovici 20. stoletja. Model izhaja iz državne lastnine ter politične in ideološke naravnanosti. Zdravstvena služba je v celoti podržavljena in opravljanje zasebne zdravstvene dejavnosti v sistemu ni dovoljeno. Poudarja državno lastnino in dostopnost zdravstvenih storitev vsemu prebivalstvu. Model ne pozna prispevkov za zdravstveno zavarovanje, saj stroške zdravstvenih storitev in druge pravice krije državni proračun. Iz sistema so izključene tržne zakonitosti (Toth, 2003, str. 144–149). Semaškov model ali model socialističnega zdravstvenega varstva so v preteklosti uporabljale vse bivše socialistične države v Evropi, ki so se po letu 1990 začele nagibati k Bismarckovemu modelu (Kornai & Eggleston, 2001, str. 145).

Bismarckov model ali model socialnega zdravstvenega zavarovanja temelji na solidarnosti oziroma vzajemnosti; to je sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja. Model je v 19. stoletju razvil nemški kancler Otto von Bismarck v Nemčiji in predstavil prvi organiziran zdravstveno-zavarovalni sistem (Toth, 2003, str. 146). Država sprejema zgolj zakone in predpise, s katerimi postavi ovire in pravila urejanja področja zdravstvenega varstva. Izvajanje in urejanje je prepuščeno nosilcem posameznih skupinskih interesov (Normand & Weber, 1994, str. 55). Država je občutno posegla na »trg« zdravstvenih storitev s prevzemom financiranja dejavnosti in z zakonom uvedla obvezno zdravstveno zavarovanje (Toth, 2003, str. 144).

Prispevki se plačujejo »bolniškim blagajnam«, ki so »nevladne in neprofitne organizacije«. Imajo veliko javnih pooblastil, saj določajo prispevne stopnje zdravstveno zavarovanje, obolelim in poškodovanim osebam zagotavljajo kritje stroškov zdravljenja, nadomestilo plače v času bolezni in vstopajo v partnerske odnose z združenji zdravstvenih delavcev. Pokrivanje stroškov temelji na z zakonom predpisanih prispevkih delodajalcev in delojemalcev (zaposleni sami plačujejo iz svoje bruto plače) (Toth, 2003, str. 146).

Posebnost modela sta ločenost zdravstvene blagajne od državnega proračuna in tako imenovana »tripartitnost« (interesi države, uporabnikov in izvajalcev zdravstvenih storitev). Pogajanja potekajo med predstavniki države, uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev, ki imajo različne in nasprotujoče si interese. V okviru sistema sta določena obseg programa in cene zdravstvenih storitev (Normand & Weber, 1994, str. 55).

Obvezno zdravstveno zavarovanje uporabljajo v Avstriji, Belgiji, Franciji, Luksemburgu, Nemčiji, Sloveniji in na Nizozemskem. Če imajo posamezniki v Nemčiji in na Nizozemskem letne prihodke nad zakonsko mejo, se niso dolžni obvezno zavarovati. V Belgiji je samozaposlenim osebam zagotovljeno le kritje najdražjih zdravstvenih tveganj (bolnišnično zdravljenje). Zdravstveni sistemi omenjenih držav se poleg prevladujočega obveznega zdravstvenega zavarovanja dodatno financirajo z neposrednimi plačili in prostovoljnim zdravstvenim zavarovanjem (Toth, 2003, str. 146).

1.3.1 Potek zbiranja sredstev za zdravstvo varstvo v Sloveniji

Toth et al. (1999, str. 150–151) navajajo, da se prispevki za izvajanje zdravstvenih programov zbirajo na več različnih načinov. V grobem jih lahko razdelimo na javna in zasebna sredstva. Med javna sredstva spadajo sredstva obveznega zdravstvenega zavarovanja in proračunska sredstva, med zasebna pa sredstva raznih prostovoljnih zavarovanj in neposredna sredstva (samoplačniške storitve). Zbiranje sredstev (javnih) iz obveznega zdravstvenega zavarovanja opravlja Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Obvezno zdravstveno zavarovanje (ki obsega zavarovanje za primer poškodb izven dela in zavarovanje za primer poškodb pri delu in poklicne bolezni) predstavlja tudi največji del zagotavljanja sredstev in omogoča zavarovancem enakopravno dostopnost do zdravstvene preskrbljenosti, ki je določena v zakonu.

Aver (2011) je v svojem članku, v katerem predlaga spremembe zdravstvenega sistema, zapisal, da je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije javni zavod, ki ga je ustanovila država z Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Ur. l. RS, št. 9/1992, 13/1993, 9/1996, 29/1998, 77/1998, 6/1999, 56/1999, 99/2001, 42/2002, 60/2002, 11/2003, 126/2003, 20/2004, 62/2005, 76/2005, 100/2005, 21/2006, 38/2006, 72/2006, 114/2006, 91/2007, 71/2008, 76/2008, 118/2008, v nadaljevanju ZZVZZ). Njegovo poslanstvo je izvajanje obveznega zdravstvenega zavarovanja, v katerega so vključeni vsi prebivalci Republike Slovenije. Opredelitev poslanstva oblikuje sorazmerno trajne namene Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Večino sredstev zbere Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije s prispevki zavezancev.

Osnova za plačilo prispevka so (Aver, 2011):

- bruto plača,
- bruto nadomestilo za čas odsotnosti z dela,
- osnova, od katere se po posebnem zakonu plačuje davek od osebnih prejemkov,
- bruto osnova za pokojninsko in invalidsko zavarovanje,
- katastrski dohodek kmetijskih in gozdnih zemljišč,
- nadomestilo oziroma denarna pomoč,
- pokojnina z varstvenim dodatkom,
- preživnina po predpisih o preživninskem varstvu kmetov,

- izplačani prejemki in
- bruto zajamčena plača.

Aver (2011) pravi, da ima pristojnost glede nadzora nad obračunavanjem in plačevanjem prispevkov Zavod za zdravstveno zavarovanje Republike Slovenije. Država pa prispeva le manjši delež za posebej in vnaprej določene naloge (investicije v zdravstvene zmogljivosti javnih zavodov ali pa za zagotavljanje sredstev za osebe, ki niso sposobne plačevati prispevkov). ZZVZZ v 23. členu določa, da se z obveznim zavarovanjem zavarovanim osebam zagotavlja (ZZVZZ, 23. člen):

- plačilo zdravstvenih storitev,
- nadomestilo plače med začasno zadržanostjo od dela,
- pogrebnina in posmrtnina,
- povračilo potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenih storitev.

Temeljni cilj obveznega zdravstvenega zavarovanja je zaščita družbe pred pomanjkljivo individualno skrbjo za zdravje in socialno izravnavo. Zbiranje zasebnih sredstev, s katerimi se financirajo opravljene zdravstven storitve, ki jih (v celoti ali delno) ne krije obvezno zdravstveno zavarovanje, opravijo zavarovalnice: Adriatic Slovenica d.d., Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z. in Triglav zdravstvena zavarovalnica, d.d. Za prostovoljno zdravstveno zavarovanje se lahko odločimo sami, v nasprotnem primeru smo v primeru potrebe po storitvi, ki je zavarovalnica ne krije deloma ali v celoti, samoplačniki oziroma delni plačniki storitve. Prostovoljno zdravstveno zavarovanje temelji na vzajemnosti. Prostovoljna zdravstvena zavarovanja krijejo zavarovancem stroške zdravstvenih in z njimi povezanih storitev, oskrbe z zdravili in medicinsko-tehničnimi pripomočki ter izplačila dogovorjenih denarnih nadomestil v primeru bolezni, poškodbe ali posebnega zdravstvenega stanja. Takšna zavarovanja smejo na območju Republike Slovenije opravljati zavarovalnice, ki izpolnjujejo predpisane pogoje po tem zakonu in po zakonu, ki ureja zavarovalništvo.

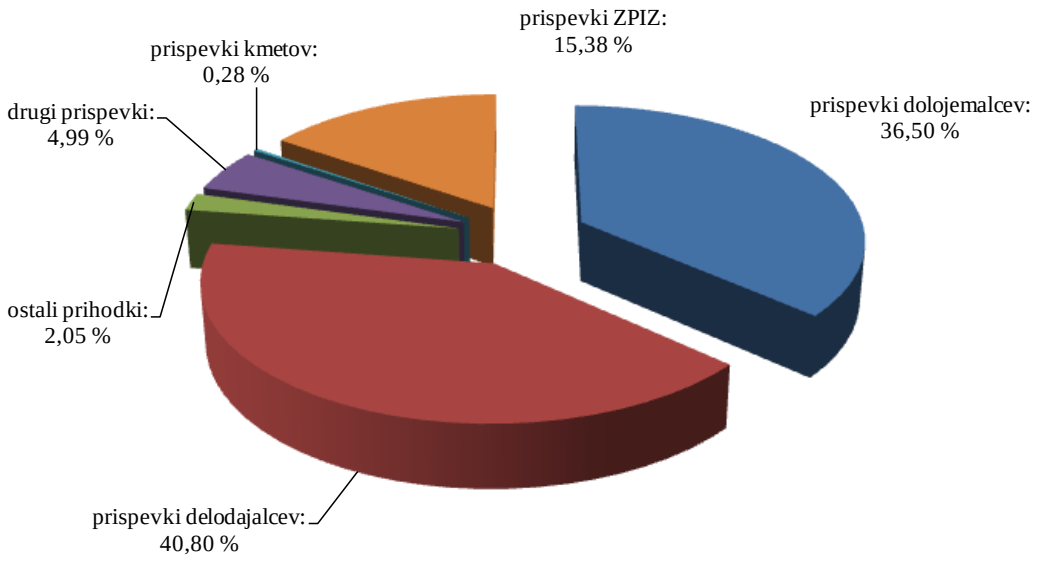
Zavarovalnice lahko, skladno z 61. členom ZZVZZ, uvedejo naslednje tipe prostovoljnih zavarovanj (ZZVZZ, 61. člen):

- dopolnilno zdravstveno zavarovanje, ki ob uresničevanju pravic do zdravstvenih storitev po postopkih in pogojih, kot so predpisani v obveznem zdravstvenem zavarovanju, krije razliko med vrednostjo zdravstvenih storitev, v skladu s 23. členom tega zakona, in deležem te vrednosti, ki ga v skladu z istim členom krije obvezno zdravstveno zavarovanje, oziroma del te razlike, ko se doplačilo nanaša na pravico do zdravil s seznama medsebojno zamenljivih zdravil in medicinsko-tehničnih pripomočkov;
- nadomestno zdravstveno zavarovanje, ki največ v obsegu standarda obveznega zdravstvenega zavarovanja krije stroške zdravstvenih in z njimi povezanih storitev ter

oskrbe z zdravili in medicinsko-tehničnimi pripomočki, osebam, ki po predpisih Republike Slovenije ne morejo biti obvezno zavarovane;

- dodatno zdravstveno zavarovanje, ki krije stroške zdravstvenih in z njimi povezanih storitev ter oskrbe z zdravili in medicinsko-tehničnimi pripomočki in za izplačila denarnih prejemkov, ki niso sestavni del pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, in ni niti dopolnilno niti nadomestno zdravstveno zavarovanje;
- vzporedno zdravstveno zavarovanje, ki krije stroške zdravstvenih in z njimi povezanih storitev ter oskrbe z zdravili in medicinsko-tehničnimi pripomočki, ki so sicer pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, a jih zavarovanci uveljavljajo po drugačnih postopkih in ob drugih pogojih, kot jih predpisuje obvezno zdravstveno zavarovanje.

Slika 2: Prihodki po kategorijah zavezancev za plačilo obveznega zdravstvenega zavarovanja in drugi prihodki v letu 2010



Vir: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Poslovno poročilo za leto 2010, str. 85, slika 13.

Iz Poslovnega poročila Zavoda za zdravstveno zavarovanje Republike Slovenije za leto 2010 (2011, str. 85) in Slike 2 je razvidno, da so bili prispevki za plačilo obveznega zdravstvenega zavarovanja, v višini 2.263.680.744 €, razporejeni po naslednji shemi: 4,99 % prihodkov predstavljajo drugi prispevki, 0,28 % prispevki kmetov, 15,38 % prispevki Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje. 36,50 % prispevki delojemalcev, 40,80 % prispevki delodajalcev ter 2,05 % drugih prihodkov. V poslovnem poročilu za leto 2010 (2011, str. 84) je zapisano, da je večina prihodkov od prispevkov v višini 81,5 % oziroma 1.844.910.396 € realiziranih z neposredno vplačanimi prispevki za obvezno zdravstveno zavarovaje. Med neposredno vplačane prispevke štejemo: prispevke zaposlenih, prispevke delodajalcev, prispevke samozaposlenih ter ostale prispevke za socialno varnost, to so plačane zamudne obresti iz naslova zamude plačila prispevkov, prispevke samoplačnikov ter prispevke delojemalca od raznih nadomestil. Transferni

prihodki predstavljajo 18,5 % vseh prihodkov od prispevkov (vplačila prispevkov Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje za upokojence, prispevke Zavoda za zaposlovanje za brezposelne, za druge zavarovane osebe od občin in prejeti transferi od državnega proračuna in starševskih nadomestil) in znašajo 418.770.348 €.

1.3.2 Razporejanje sredstev za zdravstveno varstvo

Na podlagi zbranih sredstev Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije skupaj z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije na letnem nivoju določita program storitev za naslednje leto. Program storitev je podrobneje opredeljen v Splošnem dogovoru za posamezno pogodbeno leto. Zaradi specifičnosti zdravstvenega sistema so znotraj splošnega dogovora dogovorjeni tudi področni dogovori za: bolnišnice, zdravstveno dejavnost socialnovarstvenih zavodov in zavodov za usposabljanje, zdravstveno dejavnost naravnih zdravilišč, zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost ter za lekarniško dejavnost.

Pri samem financiranju je problem plačevanje opravljenih bolnišničnih storitev. Poznamo različne sisteme plačevanja opravljenih bolnišničnih storitev; ti so (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2011):

- sistem plačevanja po obračunanih storitvah,
- sistem plačevanja po glavarini,
- sistem plačevanja po bolnišničnem oskrbnem dnevu,
- sistem plačevanja po primeru,
- sistem plačevanja po proračunu in
- plačilo za program.

Vsak od navedenih sistemov plačevanja ima prednosti in slabosti. Pri plačilu po oskrbovalnem dnevu se je izkazalo, da so izvajalci zdravstvenih storitev umetno podaljševali ležalno dobo, saj jim je to prinašalo finančno korist, težje bolnike, katerih zdravljenje je predstavljalo velik strošek, so napotili drugam (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2011).

Sledilo je plačevanje po primeru, kar je kasneje privedlo do krajših čakalnih dob, saj so izvajalci dobili plačilo za bolnika in storitve, ki so jih opravili, ne glede na to, koliko dni je bil bolnik v bolnici. Slabost tega sistema plačevanja je, da so začeli zdravniki na primarni ravni pošiljati svoje paciente brez pregledov in diagnoz (saj za to niso bili stimulirani oziroma nagrajeni) neposredno v terciarne ustanove k specialistom (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2011).
Področni dogovor za bolnišnice za pogodbeno leto 2011 določa, da se za plačilo na področju izvajanja neakutne bolnišnične obravnave uporablja bolnišnično oskrbovalni dan (BOD), ki vključuje vsa medicinska in nemedicinska opravila ter storitve pri posamezni

bolnišnično obravnavani osebi v času 24 ur. Program akutne bolnišnične obravnave se obračunava na podlagi skupin primerljivih primerov (SPP). Skupine primerljivih primerov so določene v prilogi Področnega dogovora za bolnišnice. Opravljene storitve v akutni obravnavi se ovrednoti na podlagi nastalih stroškov, vendar največ do ravni, opredeljene na podlagi povprečne cene obteženega primera na nacionalni ravni (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2011).

Ostali programi (centri za zdravljenje odvisnosti, zobozdravstvena vzgoja, dežurne službe, nujne medicinske pomoči itd.) se plačujejo po pavšalu, kar pomeni, da ti izvajalci storitev ne zaračunavajo posebej, ampak zdravstveni zavarovalnici le poročajo o vsebini in opravljenem delu (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2011).

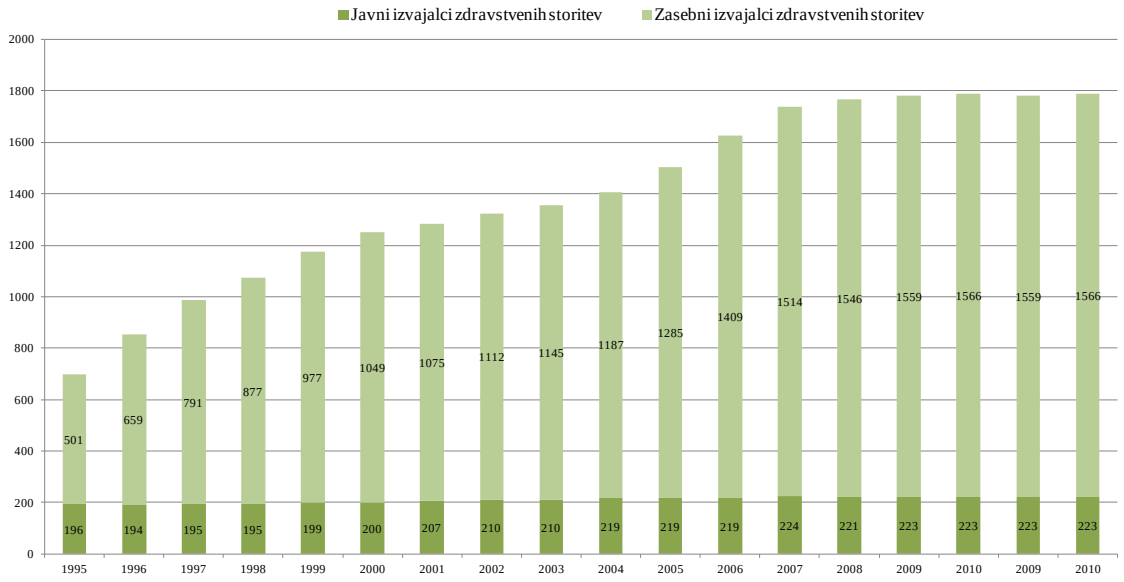
1.4 Izvajalci zdravstvenega sistema

Javno zdravje opredeljuje vlogo družbe in načine ukrepanja za ohranjanje in izboljšanje zdravja prebivalstva ter preprečevanje bolezni. Posameznikovo zdravje je namreč v veliki meri odvisno od razmer in pogojev v širši družbeni skupnosti, kjer ta posameznik živi. Kot sem že omenil, je v mrežo zdravstvenega sistema vpletenih več izvajalcev, ki jih lahko umestimo med javne zavode ali zasebnike s koncesijo. Med javne zavode spadajo: zdravstveni domovi, bolnišnice, socialni in posebni zavodi, lekarne, zdravilišča in inštituti za varovanje zdravja. Med zasebnike s koncesijo pa sodijo prav tako izvajalci v osnovni zdravstveni dejavnosti, zobozdravstveni, specialistični in lekarniški dejavnosti, socialnovarstveni zavodi in zavodi za usposabljanje, nega in patronaža, fizioterapija ter reševalni prevozi.

Zdravniška zbornica Slovenije (2011) je v izjavi za javnost zapisala, da delovnopravni status zdravnika za uporabnika ni pomemben, saj se zdravljenje pri zdravniku ali zobozdravniku koncesionarju v ničemer ne razlikuje od zdravstvene obravnave pri zdravniku ali zobozdravniku, zaposlenem v javnem zavodu. Zdravniki in zobozdravniki koncesionarji so torej sestavni del javne zdravstvene mreže, ki sklepajo koncesije za opravljanje javne zdravstvene službe. Nekaj zdravnikov in zobozdravnikov opravlja svoje delo brez koncesije, kot zasebniki, kar pomeni, da je potrebno njihove storitve plačati neposredno. Ti zdravniki in zobozdravniki niso del javnega zdravstva in zato ne prejemajo javnih sredstev od Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Javno zdravstveno mrežo sestavljajo javni zavodi in koncesionarji. Zdravniško službo opravljajo pod enakimi pogoji. Obseg dejavnosti je določen v odločbi o podelitvi koncesije ali v koncesijski pogodbi ali v pogodbi Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Pri zdravnikih v javnih zavodih in koncesionarjih so bolniki upravičeni do vseh pregledov in storitev brez neposrednega doplačila v okviru Pravil Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije in urejenega obveznega in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja.

Iz Slike 3 je razvidno naraščanje števila sklenjenih pogodb med javnimi in zasebnimi izvajalci ter Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije od leta 1995 do 2010. Razviden je velik porast zasebnih izvajalcev v primerjavi z opravljanjem zdravstvene oskrbe v javnih zavodih.

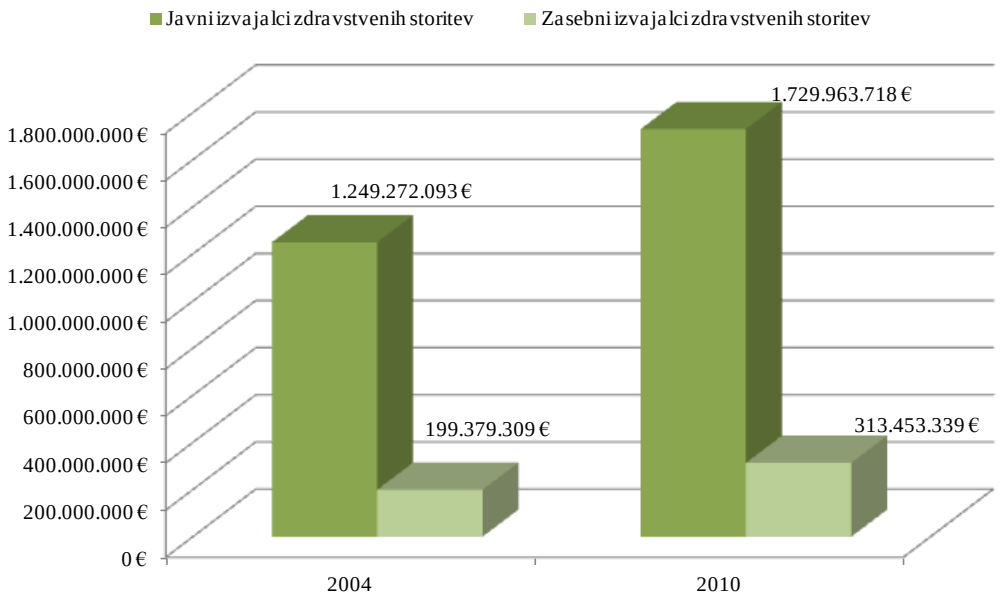
Slika 3: Število sklenjenih pogodb z javnimi in zasebnimi izvajalci zdravstvenih storitev z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije v Sloveniji med letoma 1995 in 2010



Vir: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Poslovno poročilo za leto 2010, str. 143, slika 27.

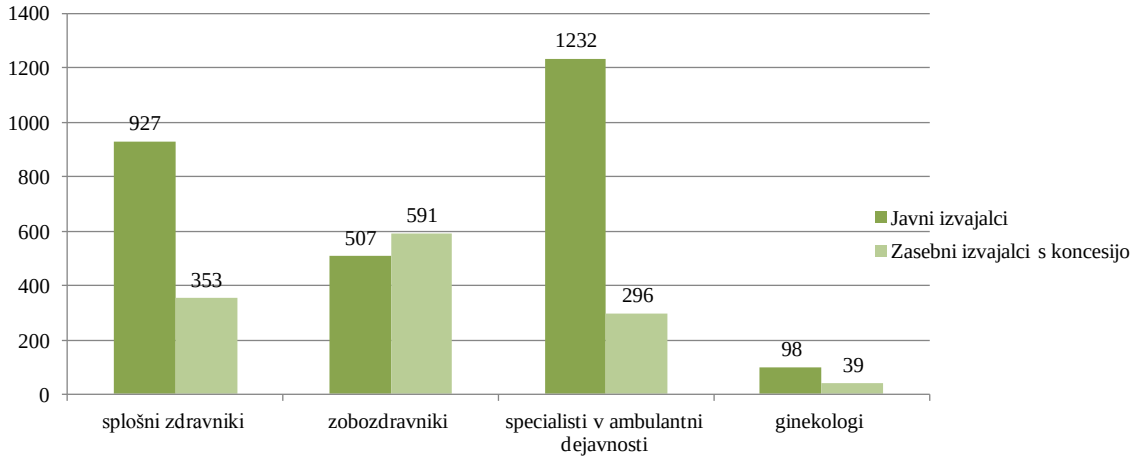
Iz Slike 4 je mogoče razbrati, da so odhodki Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za izvajalce javnih zdravstvenih storitev v letu 2004 znašali 1.249.272.093 €, za zasebne izvajalce zdravstvenih storitev pa 199.279.309 €. V letu 2010 so odhodki Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za javne izvajalce zdravstvenih storitev znašali 1.729,963,718 € in so se v primerjavi z letom 2004 povečali za 480.691.625 €. Odhodki ZZZS za zasebne izvajalce zdravstvenih storitev pa so leta 2010 znašali 313.453.339 €, kar pomeni, da so se v primerjavi z letom 2004 povečali za 114.074.030 €. Glavno sporočilo Slike 4 je, da se odhodki ZZZS za zasebne izvajalce zdravstvenih storitev, kljub večjemu številu sklenjenih pogodb, v primerjavi z javnimi izvajalci zdravstvenih storitev niso toliko povečali, kot se je to zgodilo pri javnih izvajalcih zdravstvenih storitev.

Slika 4: Podatki o odhodkih ZZZS za izvajalce javne in zasebne zdravstvene dejavnosti v letih 2004 in 2010



Vir: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Bilanca prihodkov in odhodkov 2004 in 2010.

Slika 5: Število zdravnikov v javnih zavodih v primerjavi s številom zasebnikov s koncesijo v letu 2010



Vir: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Poslovno poročilo za leto 2010, str. 33, slika 4.

Iz Slike 5 je po podatkih Zavoda za zdravstveno zavarovanje Republike Slovenije mogoče razbrati število zdravnikov v javnih zavodih v primerjavi s številom zasebnikov s koncesijo v letu 2010 po posameznih področjih. Razvidno je, da je bilo med splošnimi zdravniki v javni zdravstveni mreži zaposlenih 927 zdravnikov, 353 jih je bilo zasebnikov. Med zobozdravniki jih je bilo 507 zaposlenih v javnih zdravstvenih zavodih, 591 jih je svoje delo opravljalo preko koncesije, 1.232 je bilo specialistov v ambulantni dejavnosti, zaposlenih v javnih zavodih, 296 koncesionarjev. Med zdravniki ginekologi je delo v javni zdravstveni mreži opravljalo 98 zdravnikov, 39 je bilo koncesionarjev.

Vsi izvajalci zdravstvenih storitev v okviru javne zdravstvene mreže so pod nenehnim strokovnim nadzorom, ki ga redno opravlja Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije – ta opravlja nadzor nad izpolnjevanjem pogodb, ki jih je sklenil za opravljanje zdravstvene dejavnosti. Merila so za vse enaka, naj gre za izvajalca na primarni, sekundarni ali terciarni ravni. Izvajalci morajo in so dolžni omogočiti izvedbo nadzora. Strokovni nadzori se financirajo iz državnega proračuna, kadar so ugotovljene nepravilnosti, stroške krije zdravstveni zavod oziroma zasebni zdravstveni delavec. Prav tako imajo organi (ministrstvo, občine), ki podeljujejo koncesije, pravico do nadzora nad delom koncesionarjev. Po želji lahko sami oblikujejo tudi različne komisije, ki v njihovem imenu opravljajo nadzor (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2011).

Poznamo različne vrste nadzorov, ki se med seboj razlikujejo po tem, kdo nadzor opravlja. To so (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2011):

- upravni nadzor, ki ga opravlja Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije;
- interni strokovni nadzor, ki je izveden s pomočjo zdravstvenih delavcev in sodelavcev v ustanovi, kjer nadzor poteka;
- nadzor Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, kot je omenjeno že v začetku, ter
- strokovni nadzor s svetovanjem, ki ga opravi Zdravniška zbornica (ali druga, odvisno od področja) v sodelovanju z različnimi inštituti, klinikami ali drugimi zavodi.

Izvajalci zdravstvenih storitev morajo poleg internih pravilnikov, navodil in aktov upoštevati tudi zakonodajo, ki ureja delovanje slovenskega zdravstvenega sistema in predstavlja pravno-formalni okvir delovanja zdravstvene mreže pri nas.

1.5 Pregled zakonodaje, ki ureja delovanje slovenskega zdravstvenega sistema

Izvajanje storitev zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji je opredeljeno v različnih zakonih. Krovni zakon je ZZDej, ki ga bo najverjetneje nadomestil nov zakon (leta 2009 je bil v javno razpravo dan osnutek novega zakona, vendar ni prišlo do uveljavitve). Prav tako je delovanje zdravstvene dejavnosti opredeljeno v Zakonu o zavodih (Ur. l. RS, št. 12/1991, 45/1994, 8/1996, 18/1998, 36/2000, 127/2006, v nadaljevanju ZZ) in ZZVZZ. Financiranje in poslovanje zdravstvenih zavodov mora slediti Zakonu o javnih financah (Ur. l. RS, št. 79/1999, 124/2000, 79/2001, 30/2002, 56/2002, 127/2006, 14/2007, 109/2008, 49/2009, v nadaljevanju ZJF). Najnovejši dokument, ki usmerja delovanje zdravstvenega sistema, je Nadgradnja zdravstvenega sistema, ki je bil dan v javno razpravo v mesecu februarju 2011. Vsi zgoraj omenjeni zakoni so bolj podrobno opisani v naslednjem poglavju.

1.5.1 Zakon o zdravstveni dejavnosti

ZZDej je bil sprejet 27. 2. 2004. V 1. členu opredeljuje zdravstveno dejavnost kot ukrepe in aktivnosti, ki jih po medicinski doktrini in ob uporabi medicinske tehnologije opravljajo zdravstveni delavci oziroma delavke in zdravstveni sodelavci oziroma sodelavke pri varovanju zdravja, preprečevanju, odkrivanju in zdravljenju bolnikov in poškodovancev, ter ureja vsebino in opravljanje zdravstvene dejavnosti, javno zdravstveno službo ter povezovanje zdravstvenih organizacij in zdravstvenih delavcev oziroma delavk v zbornice in združenja.

Skladno s 3. členom ZZDej lahko zdravstveno dejavnost opravljajo na podlagi dovoljenja ministrstva, pristojnega za zdravje, domače in tuje pravne in fizične osebe, če izpolnjujejo s tem zakonom določene pogoje. Zdravstveno dejavnost kot javno službo pod enakimi pogoji opravljajo javni zdravstveni zavodi ter druge pravne in fizične osebe na podlagi koncesije. Dejavnosti klinik, kliničnih inštitutov ali kliničnih oddelkov, socialnomedicinska, higienska, epidemiološka in zdravstveno-ekološka dejavnost, lekarniška dejavnost, preskrba s krvjo, krvnimi pripravki in z organi za presajanje ter mrliško-pregledna služba se opravljajo samo kot javna služba.

Zdravstvena dejavnost se kot javna služba opravlja v okviru mreže javne zdravstvene službe. Merila za postavitev mreže javne zdravstvene službe se določijo s planom zdravstvenega varstva Republike Slovenije ob upoštevanju 4. člena ZZDej (ZZDej, 4. člen):

- zdravstvenega stanja, števila, starostne in socialne strukture prebivalcev,
- enakih pogojev oziroma možnosti za uporabo zdravstvenih storitev,
- potrebnega obsega posamezne dejavnosti iz 2. člena tega zakona,
- stopnje urbanizacije območij, specifičnosti poselitve in dostopnosti na demografsko ogroženih območjih ter stanja onesnaženosti okolja in gospodarskih možnosti.

Pri zagotavljanju ustreznih prostorov lahko zasebni zdravstveni delavec kandidira za prostore javne zdravstvene službe. Če za iste prostore kandidirata javni zdravstveni zavod in zasebni zdravstveni delavec, jih ustanovitelj dodeli tistemu, ki ponudi boljše pogoje. Kot navaja 6. člen ZZDej, mora biti javna zdravstvena služba organizirana tako, da je vsem prebivalcem Republike Slovenije zagotovljena vedno dostopna nujna medicinska pomoč, vključno z nujnimi reševalnimi prevozi ter s preskrbo z nujnimi zdravili, čim prej in čim bliže njihovemu nastanku in med transportom. Pogoje in način izvajanja nujne medicinske pomoči ter izvajanje v posebnih pogojih se uredi s posebnimi predpisi. Sedanji zakon omogoča opravljanje koncesijske dejavnosti pod pogojem, da koncesionar ni zaposlen v javnem zdravstvenem zavodu. Položaj koncesionarjev je sedaj izenačen s položajem javnih zdravstvenih zavodov. Dosedanja zakonska osnova o koncesijah je zelo splošna in površna (obravnavana le v štirih členih tega zakona). Dosedanje koncesije niso obsegale oziroma

določile sodelovanja s skupnimi dejavnostmi zdravstvenega doma – izpostavljam predvsem na nudenje nujne medicinske pomoči, nadomeščanja. Delo koncesionarjev do sedaj skorajda ni bilo nadzorovano, nadzor je opravljal le Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

10. 6. 2009 je bil dan v javno razpravo nov predlog Zakona o zdravstveni dejavnosti, vendar ta do sedaj še ni bil sprejet. Razlogi za sprejem novega zakona so se prvotno nanašali na tri osnovne vzroke: povečanje potreb zaradi staranja prebivalstva, rast stroškov zaradi večjih potreb in boljših možnosti zdravljenja ter večja pričakovanja prebivalcev.

1.5.2 Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju

ZZVZZ je bil sprejet 12. 2. 1992. Ta zakon ureja sistem zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, določa nosilce družbene skrbi za zdravje in njihove naloge, ureja zdravstveno varstvo v zvezi z delom in delovnim okoljem, odnose med zdravstvenim zavarovanjem in zdravstvenimi zavodi ter uveljavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja. Zdravstveno varstvo po 1. členu ZZVZZ obsega (ZZVZZ, 1. člen): sistem družbenih, skupinskih in individualnih aktivnosti, ukrepov in storitev za krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, zgodnje odkrivanje, pravočasno zdravljenje, nego in rehabilitacijo zbolelih in poškodovanih. Poleg tega zdravstveno varstvo obsega tudi pravice iz zdravstvenega zavarovanja, s katerimi se zagotavljajo socialna varnost v primeru bolezni, poškodbe, poroda ali smrti.

ZZVZZ omogoča stabilnejše financiranje zdravstvenega varstva ter boljše pogoje za dostop do kakovostnih pravic vsem zavarovanim osebam. Prav tako povečuje skrb države za socialno ogrožene prebivalce glede na njihov premoženjski status, s tem da zagotavlja kritje doplačil za zdravstvene storitve v breme proračuna Republike Slovenije socialno najbolj ogroženim zavarovanim osebam. Uveljavlja načelo zmanjševanja (nesprejemljivih) razlik v porazdelitvi bremen pri delodajalcih pri poravnavanju obveznih prispevkov in prispeva h krepitvi solidarnostnih odnosov med zavarovanci. Vzpostavlja ureditev, po kateri so v obračun prispevkov zajeti nekateri drugi prejemki zavezancev, na primer avtorske in podjemne pogodbe itd. (ne le bruto plače in nadomestila). Zaostruje odgovornost in zmanjšuje solidarnost pri kritju dela finančnih posledic rizičnih ravnanj zavarovanih oseb v primeru poškodb izven dela, ki so posledica zavestne izbire tveganih aktivnosti ali uživanja alkohola in drugih škodljivih substanc. Uvaja načelo osebne odgovornosti zavarovanih oseb, ki so stvar osebne izbire, in za ravnanja v času bolniške odsotnosti, ki niso v skladu z navodili zdravnika, s čimer je zaostrena odgovornost pri ravnanju zavarovancev v času bolniških odsotnosti z dela in so preprečene določene zlorabe v času bolniških odsotnosti. Zakon razbremenjuje delo zdravnikov na primarni ravni zdravstvene dejavnosti in vpliva na zmanjševanje odsotnosti z dela zaradi bolezni in poškodb. Opredeljuje nove postopke in vsebine partnerskih pogajanj v zdravstvu, ki prispevajo k boljšemu uresničevanju načel pregledne in racionalne rabe javnih sredstev

obveznega zdravstvenega zavarovanja. Zakon jasno opredeljuje vloge in pristojnosti partnerjev pri pogajanjih o obsegu in vrednosti zdravstvenih programov v državi. Drugačno in odgovornejšo vlogo pri oblikovanju zdravstvene politike in opredeljevanju prioritet ima Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. ZZVZZ na osnovi uvedbe plačila prispevka za poškodbe pri delu in poklicne bolezni uveljavlja načelo preprečevanja nesreč, poškodb in varnosti pri delu tudi za delovna okolja, ki ne najemajo delavcev za redne zaposlitve, temveč za različne oblike začasnega oziroma dodatnega dela.

1.5.3 Zakon o zavodih

ZZ je bil sprejet 21. 3. 1991 in zagotavlja splošno zakonsko podlago za delovanje javnih zavodov ter ureja statusna vprašanja zavodov. Za JZP je pomemben, saj v 2. členu opredeljuje, da so ustanovitelji zavodov lahko pravne osebe (domače ali tuje), če ni z zakonom določeno drugače, soustanovitelji pa tudi druge pravne ali fizične osebe. Med zavode uvrščamo organizacije, ki se ustanovijo za opravljanje dejavnosti vzgoje in izobraževanja, znanosti, kulture, športa, zdravstva, socialnega varstva, otroškega varstva, invalidskega varstva, socialnega zavarovanja ali drugih dejavnosti, če cilj opravljanja dejavnosti ni pridobivanje dobička. Za opravljanje oziroma izvajanje javnih služb se ustanovijo javni zavodi. Prav tako se lahko javni zavodi ustanovijo za opravljanje različnih dejavnosti, ki po ZZ niso opredeljeni kot javne službe. Ti zavodi morajo opravljati dejavnosti, ki so opredeljene v ZZ kot javne službe. Pri tem morajo upoštevati tudi vse pogoje, ki veljajo za javne službe. Ustanovitelj javnih zavodov je običajno Republika Slovenija, lahko pa tudi občina, mesto ali z zakonom pooblaščene javno pravne osebe. Za uresničevanje pravic narodnostnih manjšin lahko javni zavod ustanovijo samoupravne narodnostne skupnosti.

Zavod je tako pravna oseba, ki ima določene pravice, obveznosti ter odgovornosti, ki mu jih nalagata tako ZZ kot tudi akt o ustanovitvi. 4. člen ZZ nadalje navaja, da je javni zavod pravna oseba, če ni z zakonom oziroma drugim odlokom občine ali mesta določeno drugače. Vsi zaposleni v javnih zavodih so javni uslužbenci. Upravljanje in uresničevanje sindikalnih pravic zaposlenih poteka skladno z ZZ ter kolektivno pogodbo. Možno je tudi, da javni zavod, ki ni pravna oseba, izvršuje oziroma opravlja pooblastila v imenu ter za račun ustanovitelja.

1.5.4 Zakon o javnih financah

ZJF je bil sprejet 16. 9. 1999. Osnovni nameni ZJF so urejanje, sestava, priprava in izvrševanje proračuna Republike Slovenije in proračunov lokalnih samoupravnih skupnosti, upravljanje s premoženjem države in občin, zadolževanje države oziroma občin, poroštva države oziroma občin, upravljanje njihovih dolgov, računovodstvo in notranji nadzor javnih financ ter proračunsko inšpiciranje. Določbe tega zakona, ki se nanašajo na

neposredne uporabnike občinskega proračuna, veljajo tudi za ožje dele občin, ki so pravne osebe, če s tem zakonom ni določeno drugače.

Poleg tega ta zakon določa tudi pravila, ki se uporabljajo za Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije in Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije, za oba v obveznem delu zavarovanja, za javne sklade, javne zavode in agencije pri sestavi in predložitvi finančnih načrtov, upravljanju z denarnimi sredstvi, zadolževanju, dajanju poroštev, računovodstvu, predložitvi letnih poročil in notranjem nadzoru javnih financ ter proračunskem inšpiciranju. Ta zakon ureja tudi zadolževanje ter dajanje poroštev javnih gospodarskih zavodov, javnih podjetij in drugih pravnih oseb, v katerih ima država oziroma občina odločujoč vpliv na upravljanje. Posredni uporabniki državnega proračuna, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije in Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije, oba za obvezni del zavarovanja, javni gospodarski zavodi, javna podjetja in pravne osebe, v katerih ima država odločujoč vpliv na upravljanje, se lahko zadolžujejo in izdajajo poroštva samo pod pogoji, ki jih določi Vlada Republike Slovenije na predlog ministrstva, pristojnega za finance. Skupna višina zadolžitve in izdanih poroštev se določi z zakonom, ki ureja izvrševanje proračuna za posamezno leto. Vlada Republike Slovenije na predlog ministra, pristojnega za finance, izda seznam pravnih oseb, ki jih morajo pravne osebe oziroma predstavniki ali pooblaščenci države v organih teh pravnih oseb upoštevati pri zadolževanju in izdajanju poroštev.

1.5.5 Nadgradnja zdravstvenega sistema do leta 2020

Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije (2011) je 16. 2. 2011 v javno razpravo posredovalo teze za nadgradnjo zdravstvenega sistema do leta 2020. Bistveni cilji dokumenta so doseganje boljše geografske dostopnosti zdravstvenih storitev, kar bi dosegli s povezovanjem izvajalcev v regionalne centre oziroma s prenašanjem znanja med primarno, sekundarno in terciarno ravnijo. Povezovanje in mreženje zdravstvenih zavodov pomeni manj administrativnega in več zdravniškega kadra, učinkovitejšo uporabo opreme in drugih virov ter s tem tudi boljšo skrb za paciente.

Enega ključnih izzivov nadgradnje predstavlja tudi sprememba financiranja zdravstva in s tem reforma zdravstvenega zavarovanja, katere cilj je povečanje deleža javnih sredstev za zdravstvo na vsaj 80 % (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, b.l. a).

Pomemben del reforme je redefinicija zdravstvene košarice, ki naj bi v celoti pokrivala vse ključne zdravstvene storitve. Sredstva, ki jih sedaj zberemo z dopolnilnim zavarovanjem, naj bi v prihodnje zbrali z obveznim zavarovanjem, za kar bi bil potreben dvig prispevne stopnje delojemalcev za približno dve odstotni točki, del manjkajočih sredstev pa bi pridobili tudi z izločitvijo nepotrebnih storitev ter z racionalizacijo zdravstvenega sistema z naštetimi orodji (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, b.l. a).

Naslednji cilj je izboljšanje upravljanja z javnimi sredstvi in skrb, da interesi zasebnih izvajalcev ne bodo ogrozili ponudbe storitev iz košarice javnega zdravstva. Učinkovitejše ravnanje in upravljanje sredstev, namenjenih zdravstvu, bi morali biti tudi nalogi vodstev posameznih zavodov, zato na ministrstvu predlagajo večjo avtonomijo uprav, ki naj samostojno razpolagajo s premoženjem ter skrbijo za finančno in kadrovsko racionalizacijo v zavodih, ki jih vodijo in upravljajo (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, b.l. a).

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

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

2 JAVNO-ZASEBNO PARTNERSTVO

JZP je partnerstvo med javnim in zasebnim sektorjem, ki prinaša dolgoročno sodelovaje zdravstvene dejavnosti in zasebnikov s tega področja. Enotne definicije tega pojma ni. V Republiki Sloveniji se je o JZP začelo govoriti konec leta 2004, ko se je obravnaval osnutek Strategije razvoja Republike Slovenije za obdobje 2006–2013. Ena izmed prioritet te strategije je bila uvajanje JZP za izvajanje in financiranje javnih služb, kar je bil povod za pripravo zakona o javno-zasebnem partnerstvu.

2.1 Prvi zametki javno-zasebnega partnerstva

V Organizaciji za gospodarsko sodelovanje in razvoj (*Organisation for Economic Co-operation and Development*, 2000, str. 14) so zapisali, da izvor ter zgodovina JZP še danes nista popolnoma jasni. Nekateri avtorji pripisujejo prve zametke že egipčanskim in mezopotamskim civilizacijam 3.000 let pred našim štetjem. Te prve visoke civilizacije so

že obvladale gradnjo akvaduktov, tunelov in različnih namakalnih sistemov; gradile so jih organizirane skupine gradbenikov in obrtnikov, ki so bile običajno specializirane za posamezno vrsto dela. Osnove JZP najdemo kasneje v 16. stoletju v Franciji. Takrat so začeli podeljevati koncesije zasebnikom, saj je bilo to obdobje, ko so nastajale nove javne storitve. Koncesije so doživele svoj vrh v 19. stoletju. Najpogostejša uporaba koncesij je bila na področju oskrbe s pitno vodo, sledijo še koncesije na področju komunalnih storitev, izgradnje cest, izgradnje železnic in v javnem prevozu. Uporaba partnerstva je bila v tistih časih bolj omejena v primerjavi z današnjim. Mužina (2004, str. 22) v knjigi navaja, da se na slovenskih tleh med prvimi pridobljenimi koncesijami omenja koncesija Georgu Graffu, podjetniku iz Germescheima na Bavarskem, ki je leta 1869 od tedanjih mestnih oblasti pridobil koncesijo za ureditev in gospodarsko izkoriščanje plinske razsvetljave v Mariboru. V socialistični Jugoslaviji je bila institucija koncesije (javne službe) drugačna. Pojma koncesija povojno pozitivno pravo vse do začetka slovenske osamosvojitve ni poznalo. Koncesija se je kot ena od oblik opravljanja javne službe uporabljala na področjih, kot so zdravstvo, vzgoja, izobraževanje, kultura, pojavila pa se je leta 1991 v ZZ, kmalu potem pa tudi v Zakonu o zaposlovanju in zavarovanju za primer brezposelnosti. Komisija evropskih skupnosti je 30. 4. 2004 sprejela Zeleno knjigo o javno-zasebnem partnerstvu (angl. *Green paper on public-private partnerships and community law on public contracts and concessions*). Ker je Republika Slovenija del Evropske skupnosti, je tudi zanjo obvezna vpeljava programskih opredelitev iz Zelene knjige o javno-zasebnem partnerstvu.

Rosenau (1999, str. 1) pravi, da največ definicij JZP poudarja, da so bila JZP ustvarjena zato, da bi pri tem pridobila oba, tako javni kot zasebni sektor. Pisci so si enotni, da je največja iniciativa za nastanek JZP delitev tveganj med zasebnim in javnim sektorjem. Pri tem Williamson (1985) dodaja, da je potrebno upoštevati tudi negotovost glede prihodnosti, s tem pa tudi dejstvo, da vse podrobnosti ne morejo biti zapisane v pogodbi. Obenem je pomembno tudi pričakovanje, da se bo sodelovanje izkazovalo z novim proizvodom ali storitvijo, ki je nikoli ne bi bilo, če bi sektorja delovala vsak zase. Hodge in Greve (2005, str. 4) pa menita, da partnerstvo vključuje daljše sodelovanje, kar pomeni, da so lahko pogodbe sklenjene tudi za več let.

Ob tem želim poudariti, da koncesija ni edina oblika izvajanja JZP. Druge oblike so prikazane v poglavju 2.3.

2.2 Definicije javno-zasebnega partnerstva

Pojem JZP (na različnih področjih) se zadnje čase vse pogosteje obravnava v širši strokovni, politični in laični javnosti. Natančno definicijo JZP je težko podati. Zakon o javno-zasebnem partnerstvu (Ur. l. RS, št. 127/2006, v nadaljevanju ZJZP) definira pojem JZP kot:

2. člen ZJZP navaja, da JZP predstavlja razmerje zasebnega vlaganja v javne projekte in/ali javnega sofinanciranja zasebnih projektov, ki so v javnem interesu; sklenjeno je med javnim in zasebnim partnerjem v zvezi z izgradnjo, vzdrževanjem in upravljanjem javne infrastrukture ali drugimi projekti, ki so v javnem interesu, in s tem povezanim izvajanjem gospodarskih in drugih javnih služb ali dejavnosti, ki se zagotavljajo na način in pod pogoji, ki veljajo za gospodarske javne službe, oziroma drugih dejavnosti, katerih izvajanje je v javnem interesu, oziroma drugo vlaganje zasebnih ali zasebnih in javnih sredstev v zgraditev objektov in naprav, ki so deloma ali v celoti v javnem interesu, oziroma v dejavnosti, katerih izvajanje je v javnem interesu.

Groff Ferjančič (2009) ugotavlja, da JZP vključuje zasebni sektor pri zagotavljanju infrastrukturnih sredstev in storitev, ki jih je tradicionalno zagotavljala država.

Na področju zdravstva Svetovna zdravstvena organizacija (Scielo-health care, 2010) definira JZP kot sredstvo za povezovanje akterjev s ciljem izboljšati zdravje prebivalstva na podlagi sporazumno določenih vlog in principov; vzdrževanje ravnotežja moči med posameznimi stranmi, ki je bistvenega pomena, pri čemer mora sodelovanje slediti ciljem doseganja javnega zdravja, enakomerni dostopnosti do zdravstvenih storitev ter upoštevati avtonomijo vsakega partnerja in tudi preprečevati poslabšanje zdravja prebivalstva.

Inštitut za javno zasebno partnerstvo (2011) je na svoji spletni strani zapisal, da je eden od mehanizmov, ki povečuje učinkovitost sodelovanja med javnimi in zasebnimi subjekti, nedvomno tudi JZP, pri katerem je zaradi razvijajočih se in zelo različnih oblik ter vsebin skoraj nemogoče pričakovati enotno in splošno sprejeto definicijo. Gre lahko za izvajanje različnih storitev, ki so jih včasih izvajali subjekti javnega sektorja na podlagi različnih pogodb o izvajanju, skupnem vlaganju ali pogodb koncesijskega tipa.

Mužina et al. (2007, str. 11) pravijo, da JZP obsega različne oblike sodelovanja med javnimi organi in poslovnim svetom, katerih cilj je zagotoviti zasebno iniciativo za financiranje, upravljanje, vzpostavitev, prenovo, vodenje ali vzdrževanje infrastrukture oziroma izvajanje javnih storitev in za katerega so značilne dolgoročne pogodbe ter delitev tveganja in učinkov poslovanja.

Pirnat (2005, str. 327) v svojem članku ugotavlja, da pri JZP ne gre za vsakršno sodelovanje javnega in zasebnega sektorja ali za vsakršno javno lastnino v pravni osebi zasebnega prava, pač pa le za tisto, ki je v javnem interesu. JZP nujno vključuje izvajanje storitev, ki predstavljajo javno službo ali se tudi izvajajo v javnem interesu, izgradnjo objektov in naprav, ki so potrebni za opravljanje storitev (javna infrastruktura), ali oboje, torej izgradnjo javne infrastrukture in izvajanje storitev javne službe.

Ferčič (2005, str. 7) je podal naslednjo definicijo: JZP je dolgoročno (pogodbeno ali institucionalno) sodelovanje med vsaj enim javnim in vsaj enim zasebnim partnerjem v

zvezi z javnimi nalogami, ki javnemu partnerju omogoča učinkovit nadzor in enostranske ukrepe zaradi zaščite javnega interesa ter vsaj delni prenos tveganj na zasebnega partnerja.

Bohinc (2005, str. 16) navaja, da ima lahko JZP dvojno funkcijo javne službe: lahko upravlja neposredno prek ljudi, zaposlenih v javni administraciji, torej javnih uslužbencev (direktno upravljanje), ali pa država zaupa upravljanje javne službe javni oziroma zasebni osebi oziroma podjetju, pri čemer zadrži nadzor (indirektno upravljanje ali delegirano upravljanje), v slednjem primeru mora država določiti vrste in obseg opravljanja dejavnosti (naloge javne službe), hkrati pa tudi obveznosti, ki jih je potrebno izpolniti.

Coulson (2005, str. 201) pravi, da je JZP kot konzorcij zasebnih podjetij, ki zagotavljajo finančna sredstva za del ali celotne storitve, ki bi jih lahko upravljal javni sektor. Na eni strani imamo partnerje iz zasebnega sektorja (banke, inženirska in gradbena podjetja itd.), na drugi strani pa stranko, ki zagotavlja javne storitve (bolnišnice, lokalne uprave itd.).

Bailey (2002, str. 154) definira JZP kot nosilca izboljšane kakovosti javnih storitev, vedno bolj prisotnih predvsem v transportu, zdravstvu in lokalnih upravah.

Montanheiro (1998, str. 333) opredeljuje JZP z naslednjimi ključnimi dejavniki:

- omogočanje širitve lokalnega gospodarstva,
- povečevanje raznolikosti v poslovnih aktivnostih v regijah,
- spodbujanje razvoja obstoječih podjetij,
- pospeševaje izobraževanja in usposabljanja,
- zagotavljanje opore za razvoj skupnosti,
- izboljševanje kakovosti naravnega okolja,
- povečevanje življenjskega in socialnega statusa.

Brezovnik (2007, str. 22) pravi, da partnerstvo med javnim in zasebnim sektorjem predstavljajo različni tipi aranžmajev med državo ali lokalnimi skupnostmi in pravnimi ali fizičnimi osebami zasebnega sektorja, katerih namen je zagotavljati javno infrastrukturo in/ali javne dobrine.

V večini navedenih definicij najdemo naslednje značilne elemente, ki opisujejo JZP: javni partner, zasebni partner, javni interes, dolgoročnost, prenos tveganj, enostranski ukrepi, sodelovanje, učinkovit nadzor. Če povzamem navedene definicije in opišem pojem JZP, se definicija glasi: JZP je partnerstvo med javnim in zasebnim sektorjem. V primeru partnerstva javni partner (ob upoštevanju dejstva, da ima zasebni partner zadostno znanje in kompetence) pod določenimi pogoji in pravili prepusti opravljanje dogovorjene dejavnosti zasebnem sektorju. Javni partner ima ves čas trajanja partnerstva pravico in

možnost nadzora nad delom zasebnega partnerja. Omenjeno je bilo že, obstajajo različne oblike izvajanja JZP.

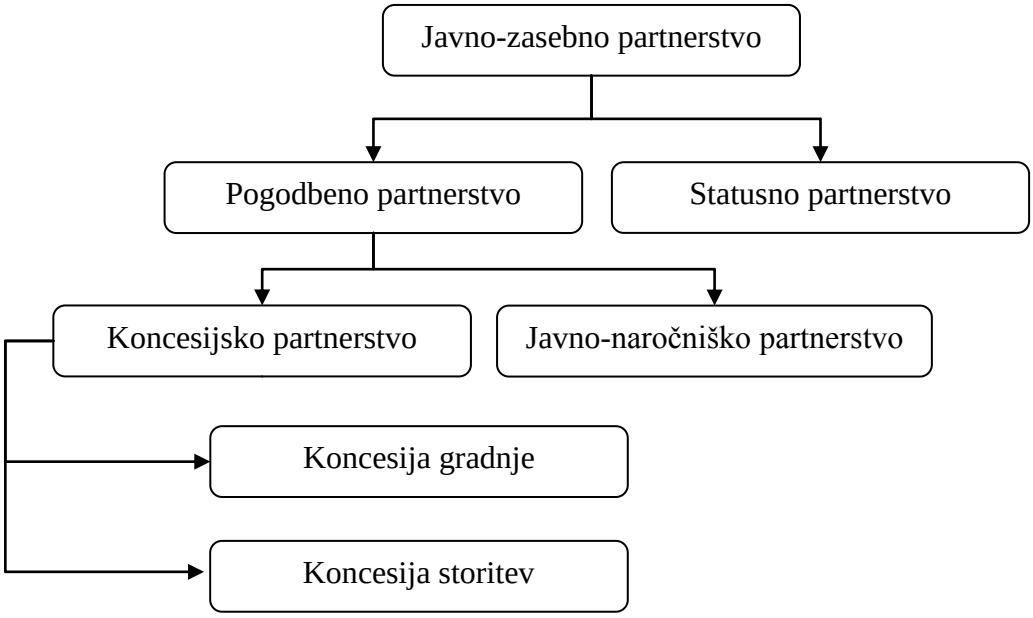
2.3 Oblike javno-zasebnega partnerstva

Mrak et al. (2005, str. 97) oblike JZP loči glede na razlike pri lastništvu, upravljanju, financiranju, tveganju in trajanju. Možne oblike vključevanja zasebnega sektorja deli v dve skupini:

- v prvo skupino – pogodbeno partnerstvo – uvrščamo pogodbe za opravljanje storitev, pogodbe za vodenje in upravljanje, pogodbe o najemu in klasične koncesijske pogodbe. Pri teh oblikah lastništvo objekta (infrastrukture) ostaja v rokah javnega sektorja (države) in se deli na koncesijsko partnerstvo (koncesija gradnje, koncesija storitev) in javno-naročniško partnerstvo;
- druga skupina – statusno partnerstvo – vključuje BOT (angl. *Build-Operate-Transfer*), obliko projektnega financiranja z izvedenkami in privatizacijo javnega podjetja. Zanju je značilno, da se lastništvo objekta začasno ali trajno prenese na zasebni sektor.

Slika 6 prikazuje možne oblike izvajanja JZP v praksi. JZP se v osnovi deli na pogodbeno partnerstvo, v katero spadajo različni pogodbeni odnosi predvsem za izvajanje storitev, na statusno partnerstvo, pri katerem gre prav tako za pogodbeno razmerje, vendar s pravno in lastninsko spremembo strukture posameznika v tem razmerju. Pogodbeno partnerstvo v nadaljevanju poteka kot koncesijsko partnerstvo, ki obsega koncesije gradenj in storitev, ter javno-naročniško partnerstvo.

Slika 6: Oblike javno-zasebnih partnerstev



2.3.1 Pogodbeno partnerstvo

ZJZP (23. člen) pri pogodbenem partnerstvu navaja dve obliki njegovega izvajanja: javno-naročniško partnerstvo in koncesijsko partnerstvo. V večini primerov se uporabljajo koncesijske pogodbe in ne javno-naročniški odnosi. Pogodbeno partnerstvo ter pogodba o JZP se močno razlikujeta od zasebnopravne (obligacijske pogodbe), saj ta vsebuje javnopravne elemente.

2.3.1.1 Koncesijsko razmerje

Koncesije poznajo v svetu že zelo dolgo. Mrak (2002, str. 163) je zapisal, da so jih podeljevali že srednjeveški vladarji – tako osvajalci novih ozemelj kot tudi za razvoj in gradnjo infrastrukturnih objektov. Kasneje so koncesijske pogodbe med državami omogočale gradnjo trgovskih poti, čezmorskih oporišč in pristanišč. Danes se taka razmerja med državami urejajo s paktom, sporazumom ali konvencijo. Termina koncesija in koncesijsko razmerje (to je specifičen odnos med državo in civilnopravnimi osebami) danes poznajo skoraj vse razvite države sveta.

Koncesijsko razmerje je razmerje med koncesionarjem (ki je po veljavni ureditvi lahko pravna ali fizična oseba, ki izpolnjuje pogoje za opravljanje dejavnosti) na eni strani ter koncendentom (v vlogi koncendenta nastopa država ali lokalna skupnost, izjemoma tudi druge osebe javnega prava) na drugi, kar pomeni, da imamo na eni stani državo oziroma samoupravno lokalno skupnost – koncendent – na drugi stani pa osebo zasebnega prava – koncesionar. Koncendent lahko podeli koncesionarju koncesijo za opravljanje gospodarske javne službe z izključno ali posebno pravico v javnem interesu. Poznamo koncesijo gradnje in koncesijo storitev. Že samo ime pove, da gre v prvem primeru za podeljevanje koncesije za potrebe izgradnje infrastrukture, v drugem primeru pa za opravljanje storitev. Na splošno govorimo o koncesiji kot o prenosu, pogosto monopolnem, določene pravice ali izvajanja določene dejavnosti z državnega področja in largo sensu na področje oseb civilnega prava. Pomen koncesije je v tem, da država, ki je dolžna zagotavljati javno službo (na različnih področjih), to svojo obveznost s koncesijo prenese na osebo zasebnega prava (skladno s predpisi). Oseba zasebnega prava (koncesionar) to obveznost prevzame, saj je zanjo izkazala interes. Osebi zasebnega prava opravljanje javne službe prinaša dobiček, ki je sicer nižji od tržnega, vendar ima to prednost, da je zanesljiv ter dolgoročen. Koncesionar bo dosegal dobiček brez večjih poslovnih tveganj.

2.3.1.1.1 Koncesija gradnje

Koncesija gradnje je edina oblika koncesije, ki je usklajena z zakonodajo Evropske skupnosti (Direktiva 2004/18/ES). Poudariti je potrebno, da ZJZP koncesijo gradnje ureja posebej zaradi prenosa določb Direktive 2004/18/ES v slovenski pravni red. Koncesijo gradnje se po ZJZP (79. člen) uporablja, kadar je namen koncesije izgradnja objektov in

naprav ali njihovih posameznih delov, katerih koncesionar ima v času trajanja razmerja pravico do njihove uporabe, upravljanja oziroma izkoriščanja ali da se pravica do uporabe, upravljanja oziroma izkoriščanja objektov in naprav kombinira s plačilom za izvedbo gradnje ter je vrednost gradenj, ki preide v last javnega partnerja (prvi odstavek 80. člena tega zakona), ocenjena skladno s predpisi o javnih naročilih, najmanj 5.278.000 € (koncesija gradenj), pri čemer se za ravnanje pri nastajanju in izvajanju razmerja JZP uporabljajo pravila tega zakona, ki urejajo koncesije gradenj. Pri tej vrsti koncesije koncesionar prevzame poslovno tveganje opravljanja dejavnosti na tak način, da koncendent ne nosi nikakršnega dejanskega tveganja.

2.3.1.1.2 Koncesija storitev

ZJZP (92. člen) opredeljuje pojem koncesije storitev takrat, ko je predmet koncesijskega partnerstva opravljanje gospodarskih javnih služb ali dejavnosti, ki se zagotavljajo na način in pod pogoji, ki veljajo za gospodarske javne službe oziroma druge dejavnosti, katerih izvajanje je v javnem interesu, ali izgradnja objektov in naprav ali njihovih posameznih delov, katerih koncesionar ima v času trajanja razmerja pravico do njihove uporabe, upravljanja oziroma izkoriščanja oziroma, da se pravica do uporabe, upravljanja oziroma izkoriščanja objektov in naprav kombinira s plačilom za izvedbo gradenj in ne gre za koncesijo gradenj (v nadaljnjem besedilu: koncesije storitev), pri čemer se za izbiro koncesionarja in izvajanje koncesijskega razmerja uporabljajo določbe tega zakona, ki urejajo koncesijsko partnerstvo. To pomeni, da pri tej vrsti koncesije ne gre za gradnjo, ampak za opravljanje neke storitve za tretjo osebo. Koncesija storitev ni usklajena z nobenim mednarodnim pravnim aktom, kot je koncesija gradenj. Vse članice Evropske skupnosti morajo spoštovati njena pravila ter splošna načela, kar pomeni, da morajo biti v pogodbenem odnosu upoštevana načela nediskriminatornosti, sorazmernosti in vzajemnega priznavanja. Tako pri opravljanju koncesije gradenj kot tudi koncesije storitev je v delu, ki se nanaša na koncesijska razmerja, potrebno smiselno upoštevati določila Zakona o gospodarskih javnih službah.

2.3.1.2 Javno-naročniško razmerje

Javno-naročniško razmerje je odplačno razmerje med javnim naročnikom in dobaviteljem blaga, izvajalcem gradenj ali izvajalcem storitev, katerega predmet je naročilo blaga, izvedba gradnje ali storitve. Ta vrsta razmerja je idealna za tiste projekte, v katerih zasebni sektor prevzame aktivno vlogo samo v določenih fazah realizacije projekta, ne prevzema pa nikakršnih tveganj (trženje projekta, rentabilnost, dostopnost itd.). Razlika med koncesijskim in javno-naročniškim razmerjem je v tem, da pri koncesijskem razmerju koncesionar prevzame celotno tveganje za opravljanje dejavnosti. Njegovo plačilo je vezano na njegovo delo oziroma njegove storitve, pri javno-naročniškem razmerju pa javni partner (javni zavod) nosi celotno tveganje, saj je prepustil zasebniku le opravljanje storitev Mrak (2002, str. 160).

2.3.2 Statusno partnerstvo

Statusno partnerstvo se opisuje ne le kot pogodbeno sodelovanje med zasebnim in javnim subjektom, ampak gre tu tudi za pravno in lastninsko spremembo strukture posameznika v tem razmerju. Pri izvedbi statusnega partnerstva se poleg ZJZP smiselno upoštevajo še določila iz Zakona o gospodarskih družbah in ZJF. V tem in vseh primerih statusnega partnerstva nastopata javni in zasebni partner kot družbenika in kot ena pravna oseba (to je lahko gospodarska družba ali družba, ki je v skladu z določili Zakona o gospodarskih družbah oziroma ZZ).

Mužina et al. (2007, str. 58–70) ugotavljajo, da se opravljanje pravic lahko podeli:

- z ustanovitvijo pravne osebe pod pogoji, ki jih določa zakon;
- s prodajo deleža javnega partnerja ali druge osebe javnega ali zasebnega prava v javnem podjetju;
- z nakupom deleža v osebi javnega ali zasebnega prava;
- z dokapitalizacijo ali drugimi, s primeri naštetimi oblikami, pravno in dejansko soroden in primerljiv način oziroma s prenosom izvajanja pravic in obveznosti, ki izhajajo iz JZP.

Zaradi različnega statusnega partnerstva se v praksi uporabljajo pravila, ki se običajno uporabljajo pri koncesijah gradenj, storitev ali koncesijah, ki se uporabljajo za prenos posebnih ali izključnih pravic. Slaba stran tega partnerstva je, da javni partner istočasno nastopa kot družbenik na eni strani, na drugi strani pa kot varuh družbenega interesa.

Mrak in Gazvoda (2005, str. 30) sta zapisala, da je naloga vsake države, da določi tiste infrastrukturne dejavnosti, ki delujejo učinkoviteje pod konkurenčnimi tržnimi pogoji brez državne regulacije, in tiste, ki imajo monopolno obliko in za katere je državna regulacija nujo potrebna. Znotraj tega izbora imajo države na voljo več možnih oblik javnega in zasebnega zagotavljanja infrastrukturnih storitev. Oblike zagotavljanja storitev in financiranja projektov na področju gospodarske infrastrukture lahko razdelimo na klasične oblike in partnerstvo med javnim in zasebnim (pogodbe o opravljanju storitev, pogodbe o upravljanju, pogodbe o najemu, koncesijske pogodbe, BOT oblike projektnega financiranja, delan ali popolna privatizacija).

Tabela 1 prikazuje značilnosti različnih oblik vključevanja zasebnega kapitala v javni sektor.

Tabela 1: Značilnosti različnih oblik vključevanja zasebnega kapitala v javni sektor

Oblika partnerstva	Lastništvo premoženja	Upravljanje in vzdrževanje	Kapitalske investicije	Komercialno tveganje	Trajanje pogodbe
Pogodba o opravljanju storitev	javni	javni/zasebni	javni	javni	1–2 leti
Pogodba o upravljanju	javni	zasebni	javni	javni	3–5 let
Lizing pogodba	javni	zasebni	javni	javni/zasebni	8–15 let
Koncesijska pogodba	javni	zasebni	zasebni	privatni	25–30 let
BOT oblika z izvedenkami	javni/zasebni	zasebni	zasebni	zasebni	20–30 let

Vir: M. Mrak et al., Projektno financiranje – alternativna oblika financiranja infrastrukturnih objektov, 2005, str. 32.

Iz Tabele 1 je mogoče razbrati, da Pogodba o upravljanju vključuje javno premoženje, upravlja jo zasebnik, kapital za investicije prihaja iz javnega sektorja, tveganja nosi javni sektor, uporablja se za projekte, ki so časovno omejeni na trajanje od treh do pet let.

Lizing pogodba vključuje javno premoženje, upravlja jo zasebnik, kapital za investicije prihaja iz javnega sektorja, tveganja nosi v veliki meri javni sektor, nekaj tudi zasebni, uporablja se za projekte, ki so časovno omejeni na osem do petnajst let.

Koncesijska pogodba vključuje javno premoženje, upravlja jo zasebnik, kapital za investicije prihaja iz zasebnega sektorja, tveganja nosita tako javni kot zasebni sektor, uporablja se za dolgoročne projekte, ki so časovno omejeni na petindvajset do trideset let.

Pogodbe izgradi-upravljaj-predaj (angl. *Build-Operate-Transfer*, v nadaljevanju BOT) vključujejo javno in zasebno premoženje, upravljanje je v domeni zasebnega sektorja, kapital za investicije prihaja iz zasebnega sektorja, tveganja nosita javni in zasebni sektor (zasebni sektor v večini primerov), uporablja se za dolgoročne projekte, ki so časovno omejeni na dvajset do trideset let.

Tabela 2 prikazuje odzivnost posameznih oblik partnerstva med javnim in zasebnim sektorjem na zastavljene cilje javnega in ob vključevanju zasebnega sektorja. Iz Tabele 2 lahko razberemo, kako odzivne so nekatere oblike partnerstva (med javnim in zasebnim)

za doseganje ciljev. Številka tri v tabeli pomeni, da lahko s to obliko partnerstva cilj dosežemo v celoti, številka dve, da cilj dosežemo le delno, ter številka ena, da s to obliko partnerstva ni možno doseči cilja. Z vsemi oblikami partnerstva je mogoče izboljšati tehnično in upravljavsko sposobnost. V primeru vključevanja zasebnega kapitala v nove investicije je možnih oblik bistveno manj. Najprimernejše so torej BOT oblike in koncesijske pogodbe.

Tabela 2: Odzivnost posameznih oblik partnerstva med javnim in zasebnim sektorjem na zastavljene cilje javnega sektorja pri vključevanju zasebnega sektorja

Oblika partnerstva	Tehnična ekspertiza	Učinkovitost pri upravljanju	Nove investicije	Zmanjšanje vplivov politike
Pogodba o opravljanju storitev	3	1	1	1
Pogodba o upravljanju	3	3	1	2
Lizing pogodba	3	3	1	3
Koncesijska pogodba	3	3	3	3
BOT oblika z izvedenkami	3	3	3	3

Legenda:

1 – cilja ni mogoče doseči **2** – cilj je mogoče doseči le delno **3** – cilj je mogoče doseči v celoti

Vir: M. Mrak et al., Projektno financiranje – alternativna oblika financiranja infrastrukturnih objektov, 2005, str. 35.

Preteklo obdobje je v razvoju JZP prineslo ogromno napredka. To gre gotovo pripisati vsem prednostim, ki jih prinaša tovrstno partnerstvo. Mužina (2005, str. 15) pravi, da se v primeru JZP vložki in tveganja porazdelijo v odvisnosti od oblike partnerstva, vsak od obeh sektorjev pa ima svoje primerjalne prednosti, tako naj bi partnerstvo izkoristilo prednosti obeh sektorjev. Pri JZP se vloga države bistveno spremeni, saj država nič več ne izvaja storitev, temveč nadzira proces. Koncept JZP ni primeren za vsako situacijo, vendar ima določene prednosti, med katere uvrščamo (Mužina, 2005, str. 15):

- angažiranje zasebnega kapitala in s tem zmanjšanje pritiska na javne vire (razbremenitev javnih financ),
- delitev tveganj,
- učinkovitejše izvajanje storitev,
- izboljšano kakovost in obseg storitev ali vzdrževanje storitev na dosedanjem nivoju,
- prihranke v stroških pri izgradnji kot tudi vzdrževanju in izvajanju,

- povečanje prihodkov zaradi inovativnosti zasebnega sektorja.

Na drugi strani pa Mužina (2005, str. 15) navaja tudi določene slabosti, ki se odražajo v različnih tveganjih, kot so:

- zmanjšanje nadzora javnega sektorja nad nudenjem storitev (privatni sektor soodloča),
- tveganje, povezano z neizkušenostjo,
- nejasna razdelitev odgovornosti in s tem tveganj med obema sektorjema,
- odpor javnosti pred zasebnim kapitalom,
- kreditiranje zasebnikov je dražje kot kreditiranje države,
- pristranskost pri izbiri partnerja.

2.4 Izkušnja Velike Britanije z izvajanjem JZP

Avtorja Hunger in Wheelen (1996, str. 181) sta s pomočjo SWOT analize prikazala bistvene prednosti in slabosti ter priložnosti in nevarnosti JZP. SWOT analiza sistematično identificira dejavnike prednosti in slabosti, ki se nanašajo na podjetja, ter priložnosti in nevarnosti, ki izvirajo iz okolja. Kljub temu da sta opravila SWOT analizo za izvajanje JZP v Veliki Britaniji, lahko njune ugotovitve zagotovo prenesemo tudi v ostale evropske države.

Prednosti JZP (Hunger & Wheelen, 1996, str. 181):

- lažje financiranje projektov s pomočjo mešanega kapitala,
- delitev poslovnega in finančnega tveganja med partnerji,
- sodelovanje v več projektih hkrati in z različnimi investicijskimi vložki,
- zadovoljevanje različnih razvojnih potreb in pridobivanje novih izkušenj,
- dvig kakovosti storitev,
- samopromocija zasebnikov in večanje prepoznavnosti javnih služb v širšem državnem in mednarodnem okolju.

Slabosti JZP (Hunger & Wheelen, 1996, str. 181):

- strah zasebnikov in javnega sektorja pred spremembami in uvajanjem novih načinov poslovanja,
- projektne aktivnosti se izvajajo počasneje,
- veliko birokracije in omejeno uradniško poslovanje,
- prelaganje odgovornosti zaradi nejasne delitve dela med sektorjema,
- če ima javni sektor premajhno ali pomanjkljivo vlogo v partnerstvu, lahko izgubi nadzor nad kakovostjo storitev,
- premajhna usmerjenost zasebnikov k internacionalizaciji in globalizaciji.

Priložnosti JZP (Hunger & Wheelen, 1996, str. 181):

- javni sektor ima v ponudbi veliko javnih storitev, ki v preteklosti niso bile del tržnega mehanizma, kar povečuje konkurenčnost,
- veliki projekti so kompleksi in težje izvedljivi, če jih financira in izvaja samo zasebni ali javni sektor,
- izboljša se stroškovna učinkovitost manj donosnih dejavnosti,
- na dolgi rok se znižajo stroški storitev, zaradi povečanja konkurence pa padejo tudi cene storitev,
- povezovanje strokovnega in specialnega kadra obeh sektorjev nudi možnost za odkrivanje novih znanj ter razvoj novih metod dela v procesu poslovanja,
- zmanjševanje brezposelnosti,
- vključevanje mednarodnih partnerjev,
- vpliv na ostale mednarodne dejavnike, kot je zmanjševanje zadolževanja države,
- vzpodbujanje družbenega konsenza za razvoj,
- lažje ugotavljanje potreb uporabnikov in optimalnejša izvedba virov.

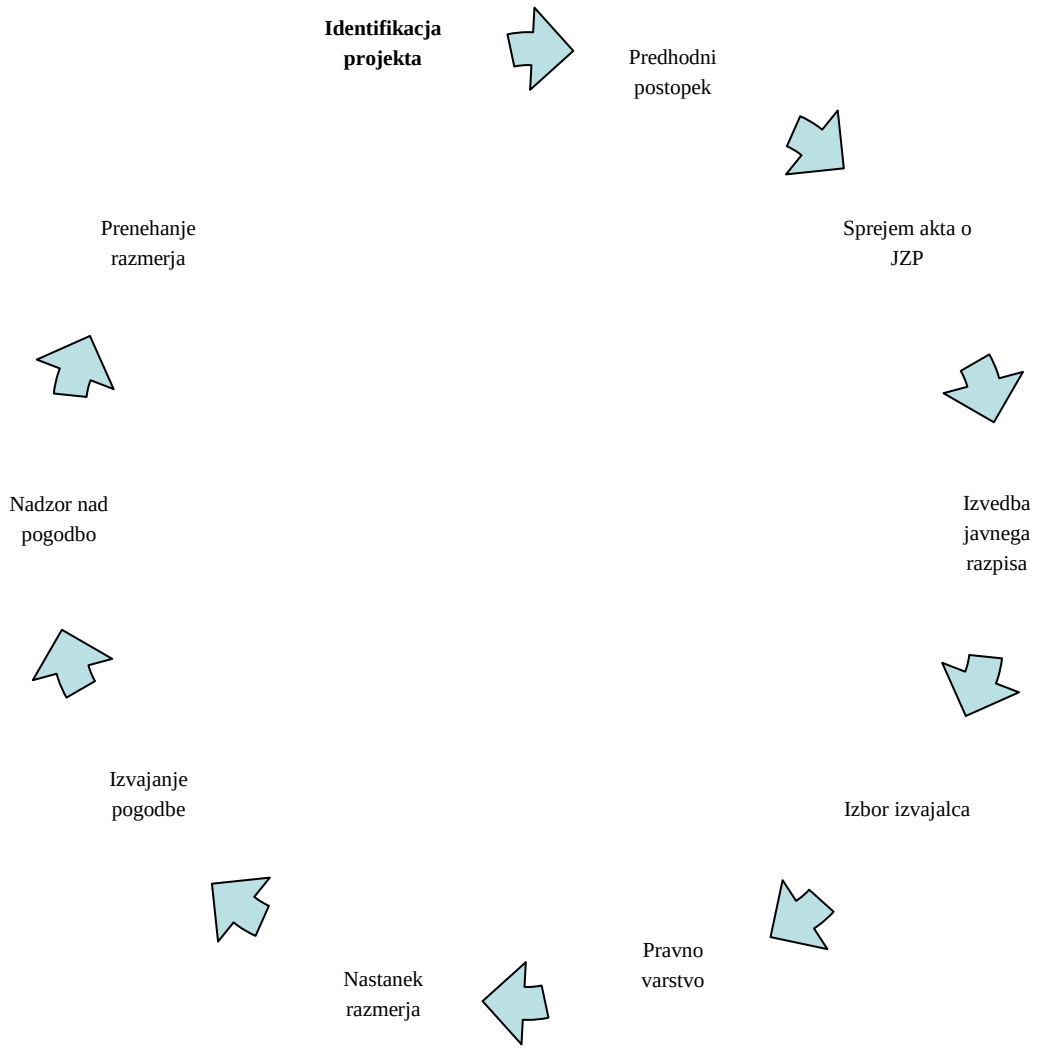
Nevarnosti JZP (Hunger & Wheelen, 1996, str. 181):

- politično tveganje: demokratični sistemi so občutljivi v obdobju pred volitvami tako na državni kot na lokalni ravni,
- recesija,
- pristranskost in nepravilnost pri postopkih javnega razpisa,
- negotova usoda uvajanja novih procesov, metod dela in tehnologij,
- velike gospodarske spremembe.

Opazovanje in nenehno iskanje prednosti, slabosti, nevarnosti in priložnosti JZP sta bistvenega pomena, saj so to ključna izhodišča za nadaljnje oblikovanje in opravljanje JZP.

2.5 Postopek oblikovanja javno-zasebnega partnerstva

Slika 7: Postopek oblikovanja JZP



Postopek oblikovanja JZP, ki ga prikazuje Slika 7, je povzet po ZJZP s pojasnili (Mužina et al., 2007, str. 40–62). Pri oblikovanju JZP je identifikacija projekta, primernega za izvedbo v obliki JZP, zelo pomembna. Identifikacijo primernega projekta lahko poda bodisi javni bodisi zasebni partner. V primeru da to stori zasebni partner, mora za projekt, za katerega meni, da bi ga bilo smotrno izvesti v obliki JZP, oddati vlogo promotorja, v kateri izkaže tudi interes, da bi predlagani projekt izvedel, in predlaga način oblikovanja JZP. ZJZP določa, da javni partner praviloma enkrat letno z javnim pozivom pozove morebitne promotorje k oddaji vlog o zainteresiranosti za izvedbo JZP na področjih, kjer bi lahko bili izpolnjeni pogoji za javno sofinanciranje zasebnega projekta ali kjer ostaja interes za zasebno vlaganje v javne projekte.

Izvedba predhodnega postopka je drugi korak. Namen predhodnega postopka je, da se na podlagi investicijskega elaborata ugotovi, ali so izpolnjeni ekonomski, pravni, tehnični, okoljevarstveni in drugi pogoji za izvedbo projekta ter sklenitev razmerja JZP, in da se opredelijo temeljni elementi JZP za določitev vsebine odločitve in/ali akta o JZP. V primeru ko je ocenjena vrednost projekta več kot 5.278.000 €, lahko javni partner naročilo gradnje oziroma storitve izvede kot javno naročilo samo v primeru, ko se glede na ekonomske in druge okoliščine projekta ugotovi, da postopka ni mogoče izvesti v eni izmed oblik JZP ali to ekonomsko ni upravičeno. V primeru ko se v predhodnem postopku potrdi, da je izvedba projekta v eni od oblik JZP izvedljiva in smotrna, se izvede tretji korak (Mužina et al., 2007, str. 40–42).

V tem okviru se sprejme akt o javno-zasebnem partnerstvu. Oblika in vsebina akta o JZP se razlikujeta glede oblike JZP. ZJZP opredeljuje naslednje možnosti (Mužina et al., 2007, str. 42–46):

- odločitev o JZP, ki se običajno sprejme v obliki sklepa vlade ali občinskega sveta in opredeljuje bistvene sestavine posameznega razmerja JZP (običajno se navedena oblika uporabi za javno-naročniško obliko JZP);
- akt o JZP, ki se sprejme v obliki splošnega akta vlade ali občinskega sveta in je obvezen v primeru, če izvajalec JZP pridobi posebno ali izključno pravico izvajati gospodarsko javno službo oziroma drugo dejavnost v javnem interesu, kjer zakon zaradi varstva javnega interesa zahteva izdajo koncesijskega oziroma drugega splošnega akta. Z aktom o JZP se lahko uredijo predmet, pravice in obveznosti javnega in zasebnega partnerja, postopek izbire zasebnega partnerja in druge sestavine posameznega razmerja JZP;
- koncesijski akt se imenuje akt o JZP, ki se sprejme za koncesijsko obliko JZP. Obliko in vsebino koncesijskega določa tudi Zakon o gospodarskih javnih službah;
- skupen akt je akt, ki hkrati vsebuje odločitev o JZP in akt o JZP. Skupni akt ima naravo splošnega akta vlade ali občinskega sveta.

Izvedba javnega razpisa je naslednji, četrti korak. Namen izvedbe javnega razpisa je izbor izvajalca JZP. Glede postopkovnih pravil, po katerih se izvede javni razpis, ZJZP predvideva naslednje možnosti (Mužina et al., 2007, str. 46–53):

- izbor izvajalca javno-naročniškega JZP se izvede skladno z določbami Zakona o javnem naročanju,
- izbor izvajalca koncesijskega JZP se izvede skladno z določbami Zakona o gospodarskih javnih službah,
- izbor izvajalca statusnega JZP se izvede ob smiselni uporabi določb Zakona o javnem naročanju.

Ne glede na obliko postopka JZP je mogoče za izbiro izvajalca JZP oziroma za izbiro ekonomsko najugodnejše ponudbe uporabiti postopek konkurenčnega dialoga, kot je opredeljen v ZJZP.

Izbor izvajalca JZP je peti korak. V postopku izbora običajno sodeluje strokovna komisija javnega partnerja, ki v postopku izbire pregleda in oceni prejete ponudbe ter ugotovi, ali izpolnjujejo razpisne pogoje, sestavi poročilo ter navede, katere ponudbe izpolnjujejo razpisne zahteve, razvrsti te ponudbe tako, da je razvidno, katera od ponudb najbolj ustreza postavljenim merilom oziroma kakšen je nadaljnji vrstni red glede na ustreznost postavljenim merilom. Strokovna komisija javnemu partnerju predlaga ponudnika, ki ga javni partner izbere kot izvajalca JZP. Akt izbora je običajno akt poslovanja, le izjemoma je akt izbire upravna odločba. Akt izbire je upravna odločba predvsem v primeru koncesijskih JZP (Mužina et al., 2007, str. 53–57).

Postopek pravnega varstva je šesti korak. Navedeni korak lahko izkoristijo neizbrani ponudniki, ki menijo, da so jim bile v postopku izbora kršene pravice in je bila njihova ponudba bodisi neupravičeno zavrnjena ali nepravilno ocenjena. V primerih ko je akt izbire akt poslovanja, je pravno varstvo zagotovljeno v okviru državne revizijske komisije. V primeru ko je akt izbire uprava odločba, je pravno varstvo zagotovljeno v okviru upravnega sodišča (Mužina et al., 2007, str. 40–42).

Sedmi korak je nastanek JZP. ZJZP določa, da je razmerje JZP vzpostavljeno s sklenitvijo pogodbe o JZP. S tem trenutkom nastanejo tudi pravice in obveznosti, ki izhajajo iz razmerja JZP (Mužina et al., 2007, str. 58–59).

Izvajanje sklenjene pogodbe o JZP je osmi korak. Glede na to, da so razmerja JZP dolgoročna razmerja, ki praviloma trajajo 10, 15 ali več let, je navedena faza seveda najdaljša. Razumljivo je, da glede na dolgotrajnost razmerja vnaprej ni mogoče opredeliti vseh potencialnih vprašanj oziroma težav, ki se lahko pojavijo v fazi izvajanja pogodbe. Zato je še posebej pomembno, da se v pogodbi opredelijo orodja in mehanizmi, ki partnerjema nudijo okvir, znotraj katerega rešujeta odprta vprašanja (Mužina et al., 2007, str. 59–62).

Deveti korak je nadzor nad izvajanjem pogodbe. Običajno javni partner s pogodbo o JZP opredeli način, na katerega bo potekal nadzor nad izvajanjem pogodbe. Pri tem je še posebej pomembno, da nadzor vključuje validacijo zadovoljstva uporabnikov javnih storitev ter da se glede na bonuse/maluse opravijo tudi plačila izvajalcu JZP (Mužina et al., 2007, str. 62).

Deseti korak je prenehanje razmerja JZP. Pogodba o JZP običajno preneha s potekom časa, za katerega je sklenjena. Pogodba o JZP pa praviloma vsebuje tudi posebne določbe, ki javnemu partnerju omogočajo, da jo predčasno prekine, običajno predvsem zato, ker je

navedeno nujno potrebno, da se zavaruje javni interes izvajanja javne službe oziroma interes uporabnikov javnih storitev javne službe (Mužina et al., 2007, str. 62).

2.6 Pregled zakonodaje, ki jo je potrebno upoštevati pri izvajanju javno-zasebnega partnerstva v zdravstvu

Zakonodaja, ki jo izpostavljam pri izvajanju JZP, je predvsem ZJZP in Predlog zakona o koncesijah za opravljanje javne službe v zdravstveni in lekarniški dejavnosti in o svobodnih zdravnikih specialistih.

2.6.1 Zakon o javno-zasebnem partnerstvu

ZJZP je bil sprejet 23. 11. 2006. V Uradnem listu Republike Slovenije je bil objavljen 7. 12. 2006, v veljavo je stopil 7. 3. 2007. Eden od ciljev zakona je, da bi se poslovanje javnega sektorja približalo poslovanju gospodarskih subjektov, ki delujejo na konkurenčnih trgih. Podlaga za njegov sprejem sta Direktivi Evropskega Parlamenta in Sveta, Direktiva 2004/17/ES (UL L 134, 30. 4. 2004, str. 0001–0113) o usklajevanju postopkov javnih naročil naročnikov v vodnem, energetskem in transportnem sektorju ter sektorju poštnih storitev (v nadaljevanju Direktiva 2004/17/ES) in Direktiva 2004/18/ES (UL L 134, 30. 4. 2004, str. 0114–0240) o usklajevanju postopkov za oddajo javnih naročil gradenj, blaga in storitev (v nadaljevanju Direktiva 2004/18/ES).

ZJZP je bil sprejet kot krovni zakon, ki bo vprašanje JZP uredil splošno, medtem ko se bodo za specifična področja sprejeli posebni zakoni.

ZJZP ima dva glavna cilja (ZJZP, 6. in 7. člen):

- omogočanje zasebnih vlaganj v javnem interesu (ta se izvaja na področju financiranja, projektiranja, gradnje, nadzora, organizacije, upravljanja, vzdrževanja ter izvajanja dejavnosti v javnem interesu) in
- zagotavljanje preglednosti, konkurenčnosti, nediskriminatornosti in poštenosti pri postopkih nastajanja, sklepanja in izvajanja posameznih oblik JZP.

Ostale prednosti, ki jih prinaša ZJZP, so:

- prenos znanja ter izkušenj iz zasebnega v javni sektor,
- spodbujanje vlaganja zasebnega kapitala v javno infrastrukturo (v najširšem smislu),
- razbremenitev javnih financ,
- zagotavljanje večje učinkovitosti ter kakovosti storitev,
- sodelovanje med javnimi in zasebnimi subjekti.

Na podlagi ZJZP so bili sprejeti tudi naslednji podzakonski predpisi (ZJZP, 22. člen):

- Odlok Sveta Vlade Republike Slovenije za JZP,
- Pravilnik o vsebini upravičenosti izvedbe projekta po modelu JZP,
- Pravilnik o vsebini in načinu vodenja evidenc projektov JZP in sklenjenih pogodb v okviru JZP,
- Uredba o upravljanju koprskega tovornega pristanišča, opravljanju pristaniške dejavnosti, podelitvi koncesije za upravljanje pristaniške infrastrukture v tem pristanišču.

2.6.2 Predlog zakona o koncesijah za opravljanje javne službe v zdravstveni in lekarniški dejavnosti in o svobodnih zdravnikih specialistih

Predlog zakona o koncesijah za izvajanje javne službe v zdravstveni in lekarniški dejavnosti in o svobodnih zdravnikih je bil objavljen 4. 1. 2007 na spletnih straneh Ministrstva za zdravje Republike Slovenije, ko je bil posredovan v javno razpravo. Ta zakon naj bi urejal postopek podeljevanja koncesij, razmerja med javnim zavodom in koncesionarjem ter tudi prenehanje koncesijskega razmerja. Predlog zakona vsebuje elemente, s katerimi bi lahko dosegli enotno politiko podeljevanja koncesij. Z uvedbo zakona bi se uvedel tudi status svobodnega zdravnika specialista, ki bi z izvajalci storitev, podobno kot samostojni podjetniki, lahko pod določenimi pogoji prosto sklepal pogodbe. S predlaganim zakonom naj bi se doseglo učinkovito opravljanje javne službe, pregledno in konkurenčno podeljevanje koncesij ter samostojno delo zdravnikov specialistov v okviru javne službe v zdravstveni dejavnosti. Koncesije naj bi se podeljevale z razpisi (z namenom enakomerne porazdelitve koncesij med različnimi deli države), za osnovno zdravstveno ali lekarniško dejavnost pa jih bodo podeljevale občine (če občine ne bi bile uspešne z razpisom, bi razpis izvedlo Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije). Zanimivo je tudi, da naj bi se koncesije podeljevale za najmanj sedem in največ petindvajset let, v primeru enkratnih dodatnih programov pa tudi za manj časa. Institut svobodnega zdravnika bo lahko dobil le tisti zdravnik, ki je pridobil naziv specialist ali specialist konzultant, ima vsaj pet let delovnih izkušenj od pridobitve naziva specialista in ni v delovnem razmerju oziroma ne prejema pokojnine (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2010).

Ta predlog zakona mnogi že dolgo pričakujejo, saj je zanimiv predvsem zaradi uvajanja dveh oblik zasebništva v zdravstvu, in sicer (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2010):

- podeljevanja koncesij za opravljanje javne službe v zdravstveni dejavnosti in
- pravne ureditve svobodnega zdravnika specialista.

Zakon še vedno ni sprejet.

Razlika med koncesionarjem in svobodnim zdravnikom je v tem, da koncesionar v celoti prevzame izvajanje javne službe, ki jo opravlja v svojem imenu in za svoj račun in je za svoje delo tudi odgovoren. Pri svobodnem zdravniku pa je situacija malce drugačna, saj svobodni zdravnik specialist ne opravlja samostojne javne službe, ampak samo dejavnost zdravnika. Kot samozaposlena oseba lahko opravlja delo za enega ali več izvajalcev javne zdravstvene mreže (javni zavod ali koncesionar).

3 ANALIZA ANKETNEGA VPRAŠALNIKA

V tem poglavju predstavljam rezultate analize anketnih vprašalnikov. Analiza anketnih vprašalnikov bo služila kot osnova za sklepne misli in oblikovanje stališč o oblikah in številu izvajanja JZP v slovenskih zdravstvenih zavodih.

Načini pridobivanja informacij so različni, najpogostejša sta anketa in intervju. Med bistvene prednosti omenjenih orodij štejemo zanesljivost dobljenih podatkov. Ločimo sicer štiri metode zbiranja podatkov s pomočjo ankete – anketiranje po pošti, elektronsko, telefonsko in osebno anketiranje. Za potrebe magistrskega dela sem se odločil za izvedbo anketiranja po pošti.

3.1 Metodologija raziskave

3.1.1 Osnovna raziskovalna metoda

V raziskavi sem uporabil kvantitativno metodo raziskovanja, s pomočjo katere sem zbral primarne podatke o izvajanju JZP v slovenskih javnih zdravstvenih zavodih. Podatke sem zbiral s pomočjo anketnega vprašalnika, ki sem ga poslal direktorjem javnih zdravstvenih zavodov.

3.1.2 Ciljna skupina

V raziskavo sem vključil 98 direktorjev slovenskih javnih zdravstvenih zavodov. Zaradi uravnoteženosti raziskave in ustrezne velikosti vzorca sem poskušal zajeti direktorje javnih zdravstvenih zavodov s celotnega območja Slovenije. Seznam in naslove direktorjev javnih zdravstvenih zavodov mi je posredovalo Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije.

3.1.3 Izdelava in sestava anketnega vprašalnika

Pripravili smo spremni dopis (Priloga 2), v katerem smo naslovnikom obrazložili namen anketnega vprašalnika in jih prosili za sodelovanje. Spremnemu dopisu smo priložili anketni vprašalnik (Priloga 1) z 9 vprašanji. Z anketo smo želeli analizirati obstoječe

oblike izvajanja JZP v slovenskih zdravstvenih zavodih in identificirati možne nove oblike sodelovanja med javnimi in zasebnimi partnerji na področju zdravstva.

Omenjeno je bilo, da je anketni vprašalnik sestavljalo 9 vprašanj. Prvi del anketnega vprašalnika se je nanašal na demografske podatke: področje dela, število zaposlenih in regijo, kjer deluje zavod. V drugem delu anketnega vprašalnika, ki je bil namenjen pridobivanju informacij o izvajanju JZP v praksi, nas je zanimalo predvsem, s katerimi oblikami JZP so se zavodi v praksi že srečali, katero pravno podlago so uporabljali za izvajanje JZP, kolikšen obseg sredstev namenjajo za izvajanje tovrstnega partnerstva ter ali v prihodnosti razmišljajo o uvedbi katere od oblik JZP v njihovem zavodu. Zadnje vprašanje je bilo odprto, in sicer nas je zanimalo mnenje anketirancev o izvajanju JZP v slovenskih zdravstvenih zavodih.

3.1.4 Izvedba anketiranja

Na podlagi seznama smo vsem 98 direktorjem 16. 9. 2011 poslali anketni vprašalnik s spremnim dopisom in jih prosili, da nam izpolnjen anketni vprašalnik vrnejo do 15. 10. 2011. Zaradi slabe odzivnosti smo se odločili, da vse tiste, ki nam še niso posredovali izpolnjenega vprašalnika, ponovno pozovemo, da to storijo. 7. 10. 2011 smo jim poslali nov dopis (Priloga 3). V tem času je na anketo odgovorilo 53 anketirancev (N = 53), kar predstavlja 54 % vseh naslovnikov anketnega vprašalnika. Nobena od prejetih anket ni bila neveljavna. Celotna izvedba anketiranja je predstavljena v Tabeli 3.

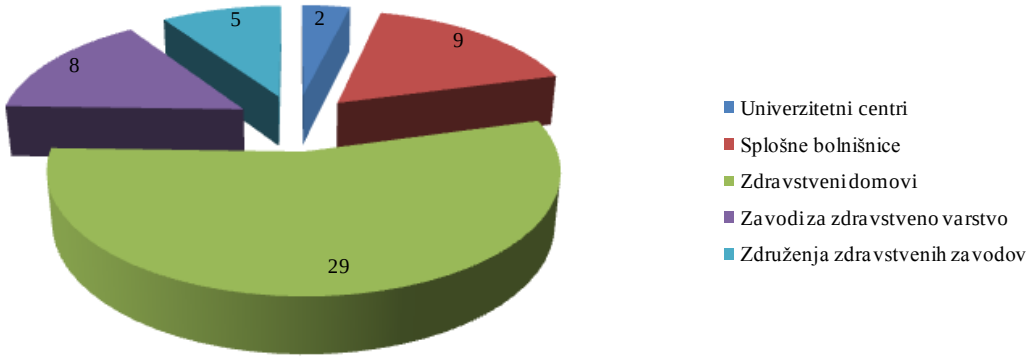
Tabela 3: Izvedba anketiranja

Statistična populacija	Javni zavodi, ki se v Sloveniji ukvarjajo z izvajanjem zdravstvene dejavnosti
Vzorčna enota	Direktorji javnih zdravstvenih zavodov
Velikost vzorca v raziskavi	98 direktorjev javnih zdravstvenih zavodov
Odziv anketiranih	53 javnih zdravstvenih zavodov oziroma 54 % izpolnjenih anketnih vprašalnikov
Raziskovalni instrument	Anketni vprašalnik
Metode zbiranja podatkov	Anketiranje po pošti
Metoda obdelave podatkov	Statistična obdelava podatkov v programu Microsoft Excel, interpretacija rezultatov
Čas anketiranja	16. 9. 2011–15. 10. 2011
Opomnik	7. 10. 2011

3.2 Rezultati empirične raziskave in ugotovitve

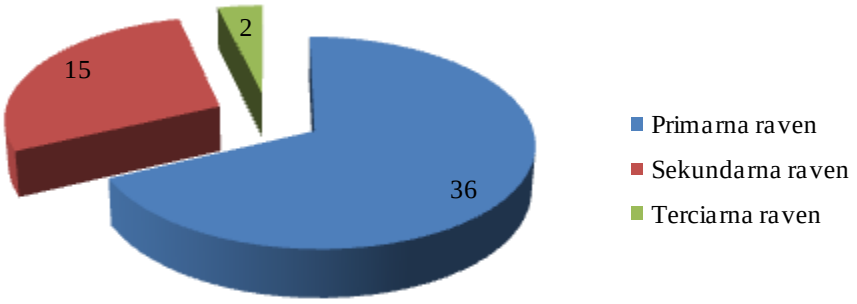
3.2.1 Demografski podatki

Slika 8: Struktura anketiranih javnih zdravstvenih zavodov



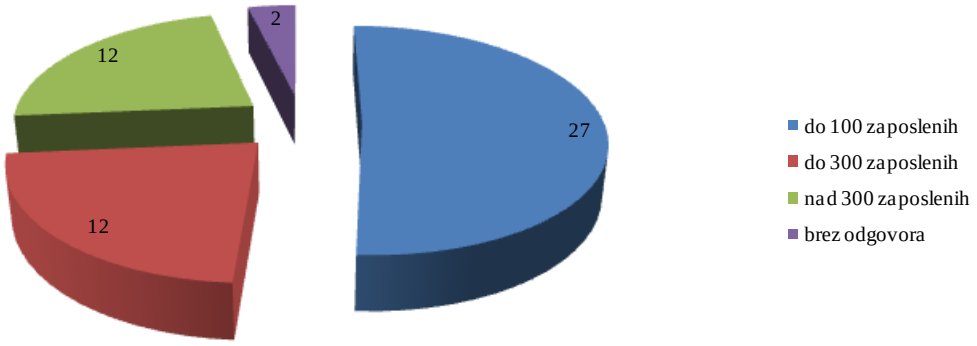
S Slike 8 je mogoče razbrati, da je na anketni vprašalnik odgovorilo največ zdravstvenih domov (29), sledijo jim splošne bolnišnice (9), zavodi za zdravstveno varstvo (8), posamezna združenja zdravstvenih zavodov (5) ter na zadnjem mestu univerzitetni centri (2). Odziv je pričakovan, saj je tudi v praksi največ zdravstvenih zavodov s statusno obliko zdravstveni dom.

Slika 9: Struktura anketiranih javnih zdravstvenih zavodov glede na področje dela



S Slike 9 je razvidno, da smo prejeli največ izpolnjenih anketnih vprašalnikov od predstavnikov primarne ravni zdravstvenega varstva (36), sledita sekundarna (15) in terciarna raven (2). Tu želim izpostaviti, da smo pri analizi odgovorov upoštevali le osnovno področje dela. Za primer je Univerzitetni klinični center Ljubljana, ki v osnovi opravlja terciarno dejavnost, poleg tega pa pokriva tudi sekundarni nivo.

Slika 10: Struktura anketiranih glede na velikost zavodov



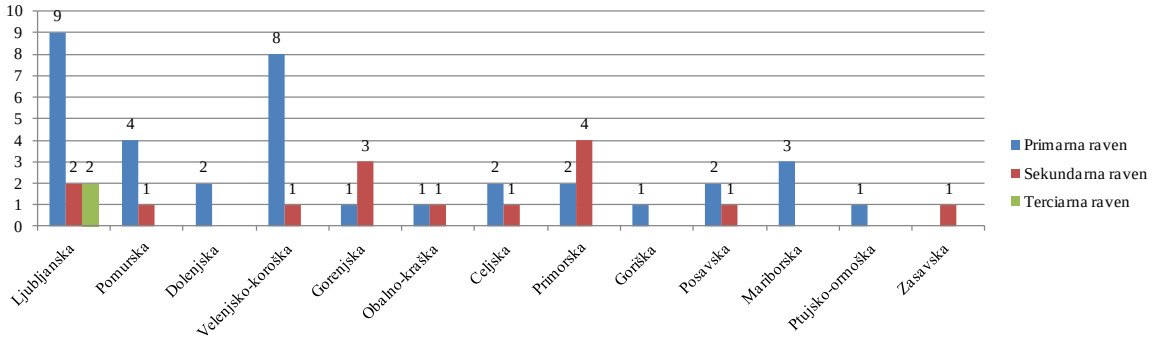
Slika 10 prikazuje, da se je anketnemu vprašalniku odzvalo največ javnih zdravstvenih zavodov, ki imajo do 100 zaposlenih (27), v enakem številu jim sledijo zavodi z do 300 (12) in nad 300 (12) zaposlenimi. Dva od zavodov nista podala podatka o številu zaposlenih. Rezultat je pričakovan, saj imajo javni zdravstveni zavodi primarne ravni v večini primerov do 100 zaposlenih (zdravstveni domovi itd.).

Tabela 4: Struktura anketiranih glede na regijo delovanja javnih zdravstvenih zavodov

Sedež zavodov po regijah	Število	V %
Ljubljanska	13	24,5
Velenjsko-koroška	9	17,0
Primorska	6	11,3
Pomurska	5	9,4
Gorenjska	4	7,5
Celjska	3	5,7
Mariborska	3	5,7
Posavska	3	5,7
Dolenjska	2	3,8
Obalno-kraška	2	3,8
Goriška	1	1,9
Ptujsko-ormoška	1	1,9
Zasavska	1	1,9
Skupaj	**53**	**100,0**

Iz Tabele 4 je mogoče razbrati število prejetih anketnih vprašalnikov glede na delovanje javnih zdravstvenih zavodov. Na prvem mestu je ljubljanska regija (13), sledi velenjsko-koroška (9), primorska (6), pomurska (5), gorenjska (4), celjska (3), mariborska (3), posavska (3), dolenjska (2), obalno-kraška (2), goriška (1), ptujsko-ormoška (1) in zasavska regija (1). Pomemben je podatek, da smo pridobili podatke s celotnega področja Slovenije.

Slika 11: Struktura anketiranih glede na regijo delovanja in področja dela javnih zdravstvenih zavodov

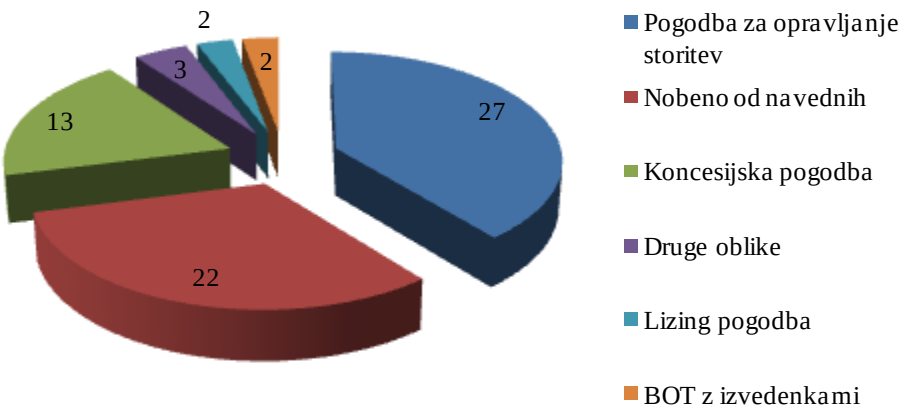


V anketi je sodelovalo 53 javnih zdravstvenih zavodov. Največ zavodov se je odzvalo iz ljubljanske regije (9 zavodov primarne ravni, 2 zavoda sekundarne ravni ter 2 zavoda, ki opravljata terciarno dejavnost), sledijo javni zdravstveni zavodi iz velenjsko-koroške regije (8 zavodov primarne ravni in 1 zavod sekundarne ravni), primorske regije (2 zavoda primarne ravni in 4 zavodi sekundarne ravni) ter pomurske regije (4 zavodi na primarni ravni in 1 zavod na sekundarne ravni). Iz Tabele 4 in Slike 11 je mogoče razbrati, da smo pridobili podatke z območja celotne Slovenije, prevladuje ljubljanska regija, saj na tem območju deluje največ zdravstvenih zavodov.

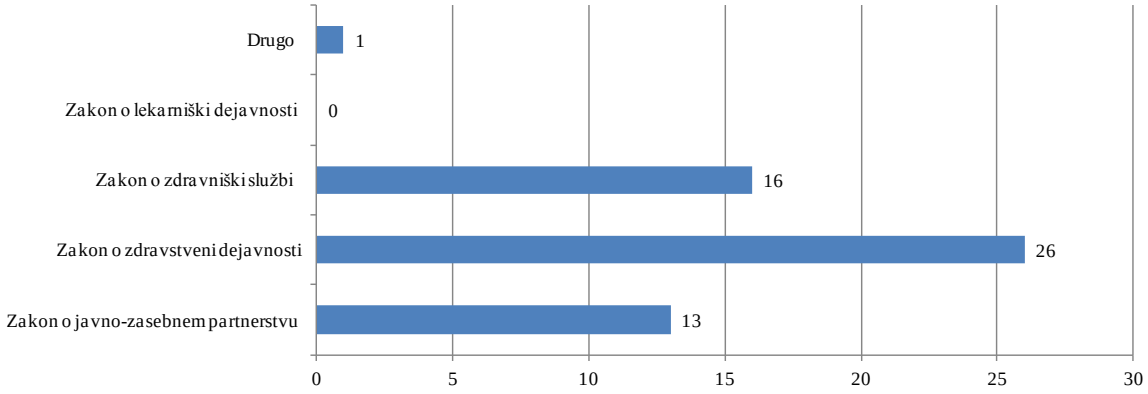
3.2.2 Analiza podatkov o izvajanju JZP v praksi

S Slike 12 je mogoče razbrati, da se v praksi največkrat uporabljajo pogodbe za opravljanje storitev (27); to so pogodbe, pri katerih javni zdravstveni zavod obdrži odgovornost za vodenje in upravljanje dejavnosti, opravljanje storitev za zagotavljanje omejenega, točno določenega obsega, vnaprej določene storitve pa javni zavod prenese na zasebnega izvajalca. Pogodbam za opravljanje storitev sledijo koncesijske pogodbe (13), s katerimi je zasebni partner oziroma koncesionar v celoti odgovoren za zagotavljanje določenih javnih zdravstvenih storitev, druge oblike (3), lizing pogodbe (2), ki dajejo zasebnemu partnerju pravico do najema določenega infrastrukturnega objekta, ki je v lasti javnega zdravstvenega zavoda, BOT pogodbe z izvedenkami (2), pri katerih gre za obliko zagotavljanja infrastrukturnih storitev in financiranje infrastrukturnih naložb pri katerih koncesionar na osnovi koncesijske pogodbe, sklenjene z državo oziroma javnim zdravstvenim zavodom, infrastrukturni objekt izgradi in financira, ga ima v lasti in z njim upravlja v obdobju, opredeljenem v pogodbi, po izteku tega obdobja pa objekt prenese v last države oziroma javnega zdravstvenega zavoda. V analizi so upoštevane vse pogodbe, ki se izvajajo v posameznem javnem zdravstvenem zavodu (lahko jih je tudi več).

Slika 12: Oblike izvajanja JZP



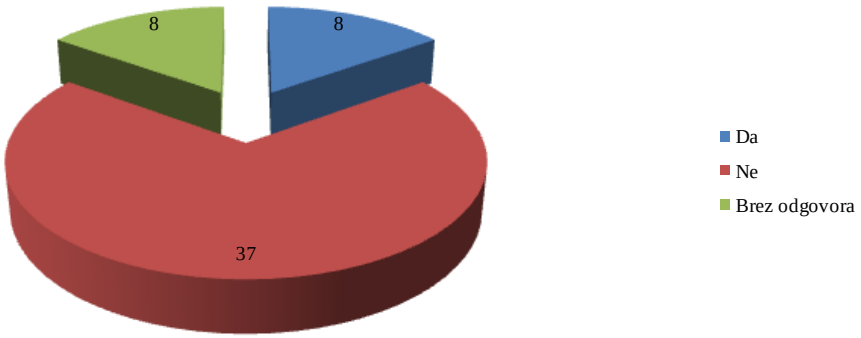
Slika 13: Struktura pravnih podlag za izvajanje JZP



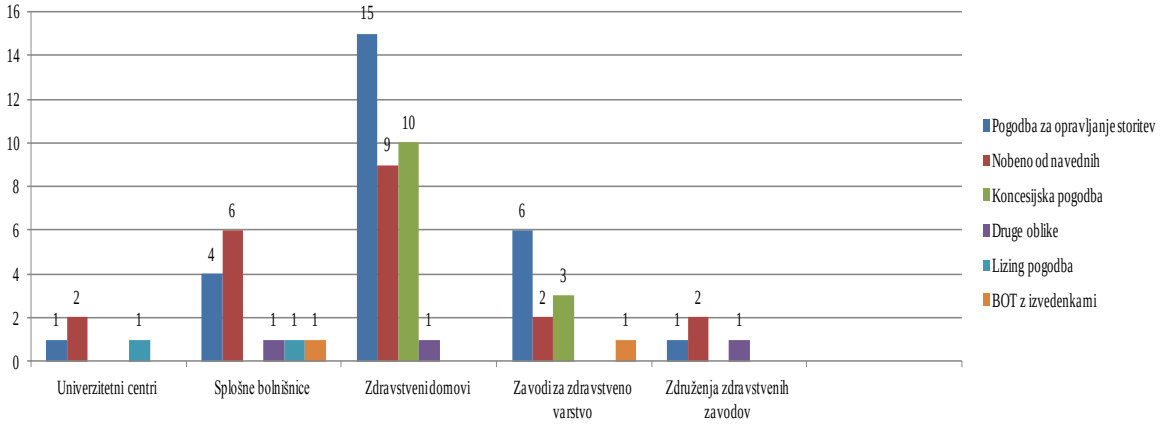
Slika 13 prikazuje, da se največkrat se kot pravna podlaga za izvajanje javno-zasebnih partnerstev v javnih zdravstvenih zavodih uporablja Zakon o zdravstveni dejavnosti (26), sledijo Zakon o zdravniški službi (16), Zakon o javno-zasebnem partnerstvu (13) in druge pravne podlage (1).

Zelo zanimivi so rezultati odgovorov na vprašanje, ali njihov zavod v prihodnosti razmišlja o uvedbi ene od oblik javno-zasebnega partnerstva in so prikazani v Sliki 14. Večina anketiranih (37) je odgovorila, da v prihodnosti ne razmišljajo v uvedbi javno-zasebnega partnerstva. Le 8 zavodov pa za prihodnost o tem tudi razmišlja; to so predvsem tisti zavodi, v katerih že sedaj izvajajo tovrstno partnerstvo. 8 zavodov na to vprašanje ni podalo odgovora, kar lahko razumemo, da nimajo dovolj informacij o tovrstnem sodelovanju oziroma še niso popolnoma odločeni o tovrstnem sodelovanju v prihodnosti.

Slika 14: Struktura anketiranih glede na mnenje o izvajanju JZP v prihodnosti



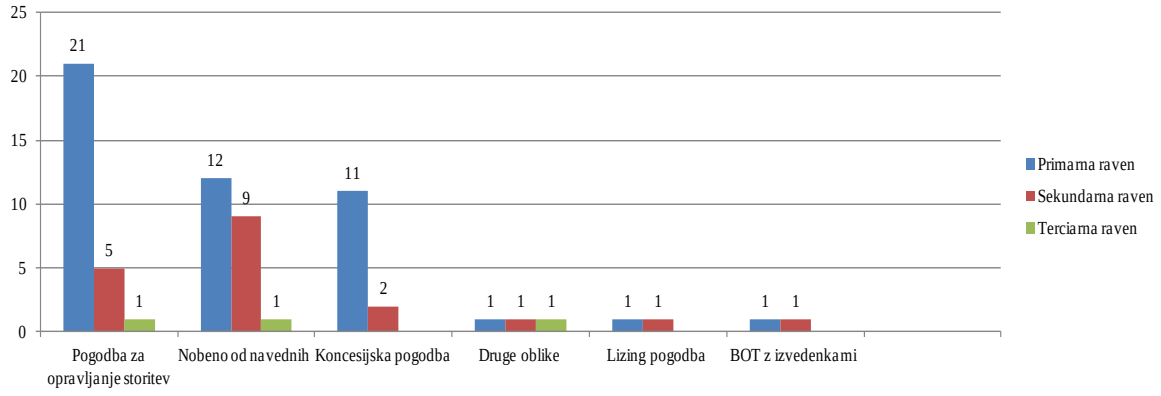
Slika 15: Izvajanje posameznih oblik JZP po vrstah javnih zavodov



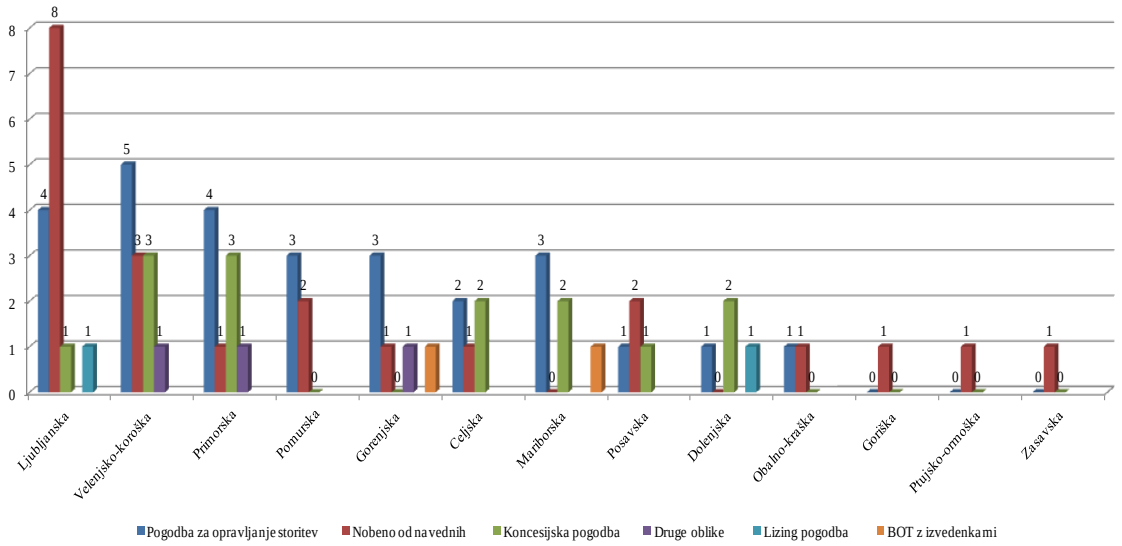
Slika 15 prikazuje izvajanje posameznih oblik JZP po različnih zavodih. V univerzitetnih zavodih se izvajajo pogodbe za opravljanje storitev (1) in lizing pogodbe (1), v splošnih bolnišnicah se največ uporabljajo pogodbe za opravljanje storitev (4), sledijo BOT oblike z izvedenkami (1), lizing pogodbe (1) in druge oblike izvajanja JZP (1). Zdravstveni domovi z največjim številom izvajanja JZP prav tako največkrat uporabljajo pogodbe za opravljanje storitev (15), sledijo koncesijske pogodbe (10) ter druge oblike JZP (1). V zavodih za zdravstveno varstvo v večini primerov uporabljajo pogodbe za opravljanje storitev (6), ki jim sledijo koncesijske pogodbe (3) in BOT oblike z izvedenkam (1). Združenja zdravstvenih zavodov največkrat uporabljajo pogodbe za opravljanje storitev (1) in druge oblike JZP (1).

Slika 16 predstavlja nadaljevanje interpretacije rezultatov Slike 8, saj so posamezne oblike sodelovanja razdeljene po ravneh delovanja javnih zdravstvenih zavodov. S Slike 16 razberemo, da se največ različnih pogodb izvaja na primarni ravni (48), ki ji sedita sekundarna (19) in terciarna raven (3).

Slika 16: Struktura izvajanja JZP glede na področje dela anketiranih zavodov



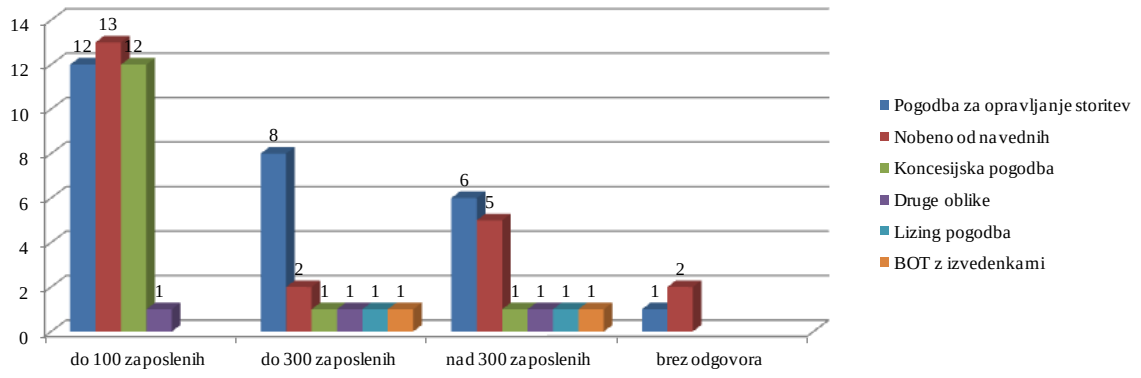
Slika 17: Struktura oblik izvajanja JZP glede na regijo delovanja javnih zdravstvenih zavodov



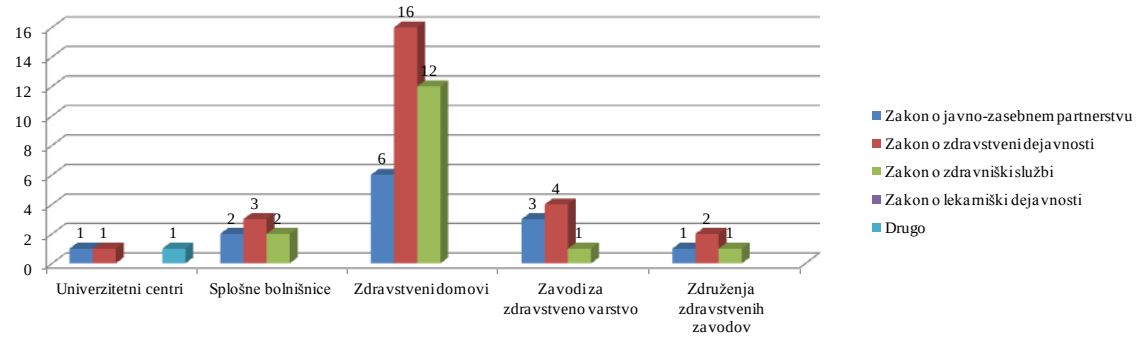
Slika 17 prikazuje, katere oblike izvajanja JZP se uporabljajo v posameznih regijah in v kolikšnem številu. Razbrati je mogoče, da se v praksi zavodi, ko sklepajo JZP, največkrat odločajo za pogodbo o opravljanju storitev.

S Slike 18 je mogoče razbrati, da se v manjših zavodih, ki imajo do 100 zaposlenih, pri sklepanju partnerstev med javnim in zasebnim v enakem številu uporabljajo pogodbe za opravljanje storitev (12) in koncesijske pogodbe (12). V zavodih z do 300 zaposlenimi se prav tako največkrat uporablja pogodba za opravljanje storitev (8), enako velja tudi v zavodih, ki imajo več kot 300 zaposlenih (6).

Slika 18: Struktura oblik izvajanja JZP glede na velikost javnih zdravstvenih zavodov

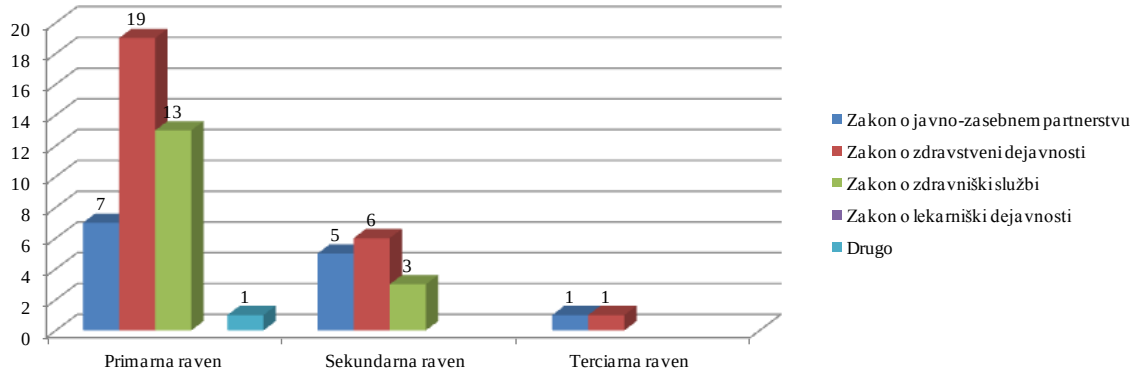


Slika 19: Struktura anketiranih glede na pravno podlago za izvajanje JZP



Slika 19 prikazuje pravne podlage, ki se v praksi uporabljajo za sklepanje JZP v posameznih oblikah javnih zdravstvenih zavodov. V analizi so pri posameznih oblikah javnih zdravstvenih zavodov upoštevane različne pravne podlage za sklepanje JZP.

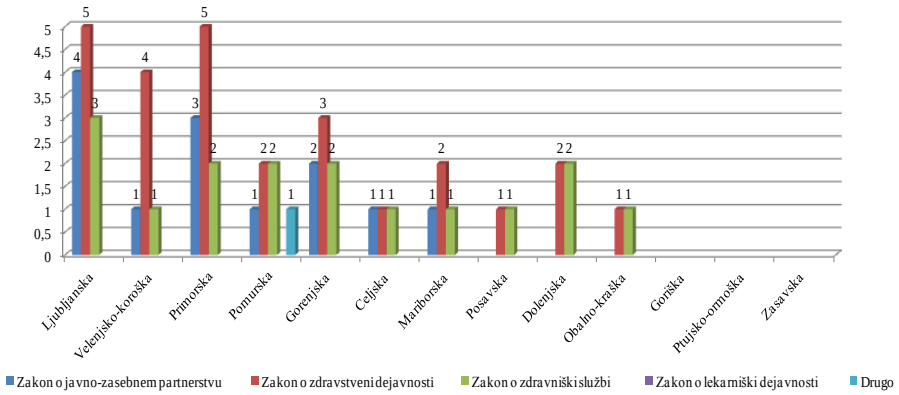
Slika 20: Struktura anketiranih glede na področje dela in pravno podlago za izvajanje JZP



S Slike 20 je razvidno, da se na primarni ravni pri sklepanju JZP največkrat uporablja Zakon o zdravstveni dejavnosti (19), prav tako na sekundarni ravni (6). Na terciarni ravni

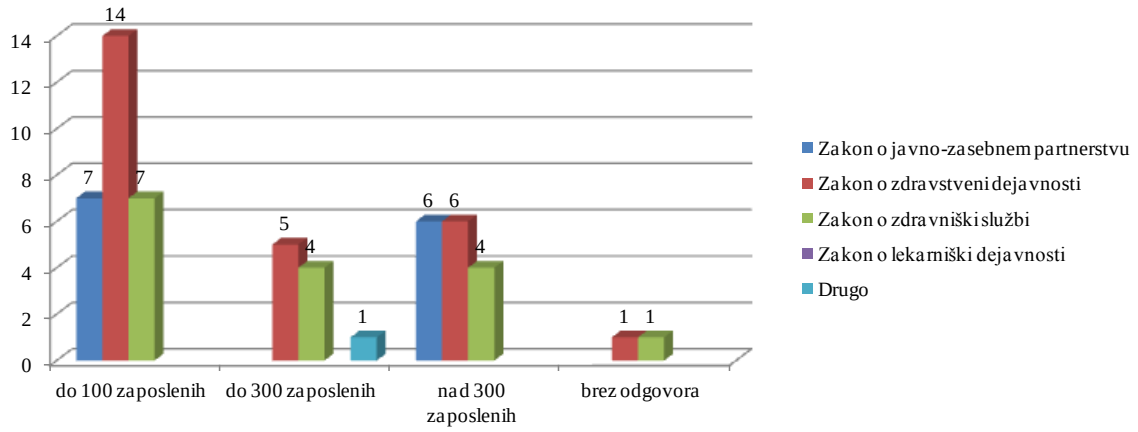
se v enakem številu uporabljata Zakon o javno-zasebnem partnerstvu (1) in Zakon o zdravstveni dejavnosti (1).

Slika 21: Struktura anketiranih glede na regijo delovanja javnih zdravstvenih zavodov in pravno podlago za izvajanje JZP



Slika 21 prikazuje uporabo različnih pravnih podlag za sklepanje JZP po posameznih regijah. V vseh regijah kot pravna podlaga za sklepanje JZP izstopa Zakon o zdravstveni dejavnosti, sledita mu Zakon o javno-zasebnem partnerstvu in Zakon o zdravniški službi.

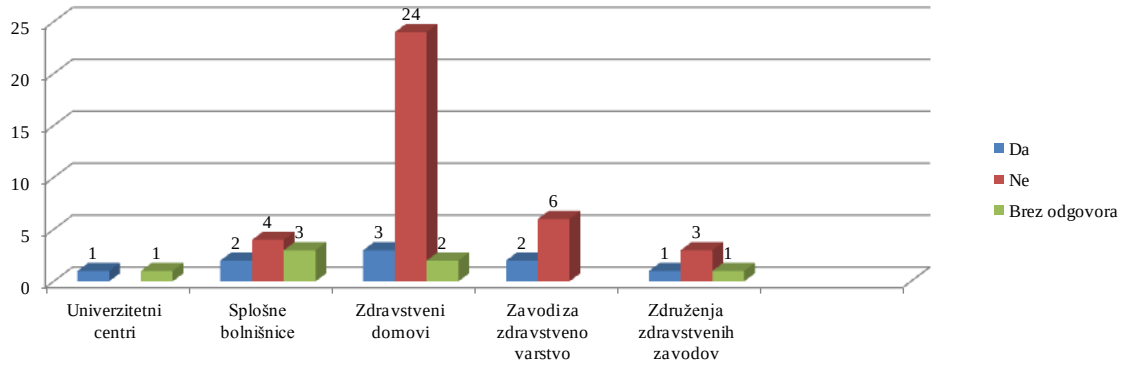
Slika 22: Struktura anketiranih glede na velikost javnih zdravstvenih zavodov in pravno podlago za izvajanje JZP



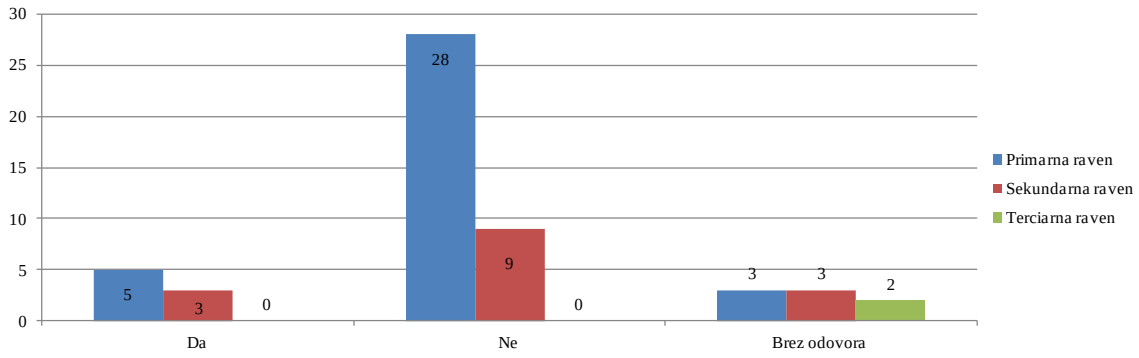
S Slike 22 so razvidna razmerja med velikostjo javnih zdravstvenih zavodov in posameznimi pravnimi podlagami za sklepanje JZP.

Iz analize anketnega vprašalnika je mogoče razbrati, da je v praksi največ JZP sklenjenih v okviru zdravstvenih domov. Slika 23 pa prikazuje, da zdravstveni zavodi v veliki večini (24) v prihodnosti ne nameravajo sklepati tovrstnih partnerstev. Glede na to sklepamo, da se bo število JZP v prihodnjem letu bistveno zmanjšalo.

Slika 23: Struktura anketiranih javnih zdravstvenih zavodov in mnenje o izvajanju JZP v njihovih zavodih v prihodnosti



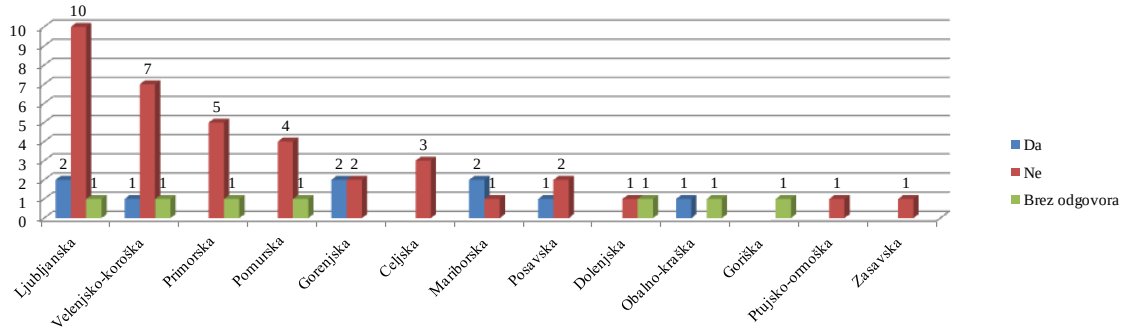
Slika 24: Struktura anketiranih glede na mnenje o izvajanju JZP v prihodnosti po področjih dela



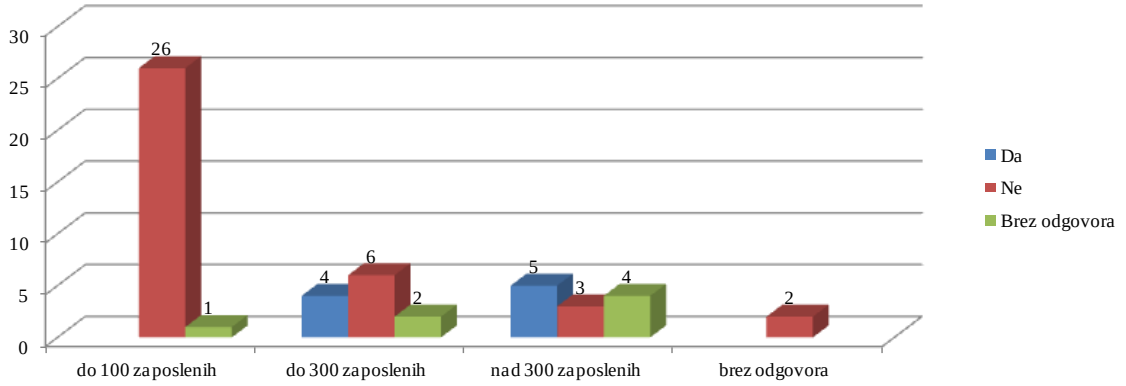
Slika 24 dodatno razčlenjuje odgovore na prejšnje vprašanje (Slika 14) o uvajanju javno-zasebnih partnerstev v javnih zdravstvenih zavodih po posameznih področjih. Za izvajanje JZP v prihodnosti bi se odločilo 5 zavodov s primarne ravni in 3 zavodi s sekundarne ravni. JZP v prihodnosti ne nameravajo izvajati v 28 zavodih primarne ravni in 9 zavodih sekundarne ravni. Na to vprašanje odgovorov niso podali 3 zavodi s primarne, 3 s sekundarne in 2 zavoda s terciarne ravni.

Slika 25 prikazuje namere o izvajanju JZP v prihodnosti po posameznih regijah. Rezultati so povezani s številom prejetih odgovorov iz posameznih regij.

Slika 25: Struktura anketiranih javnih zdravstvenih zavodov glede na regijo zaposlitve in mnenje o izvajanju JZP v njihovih zavodih v prihodnosti



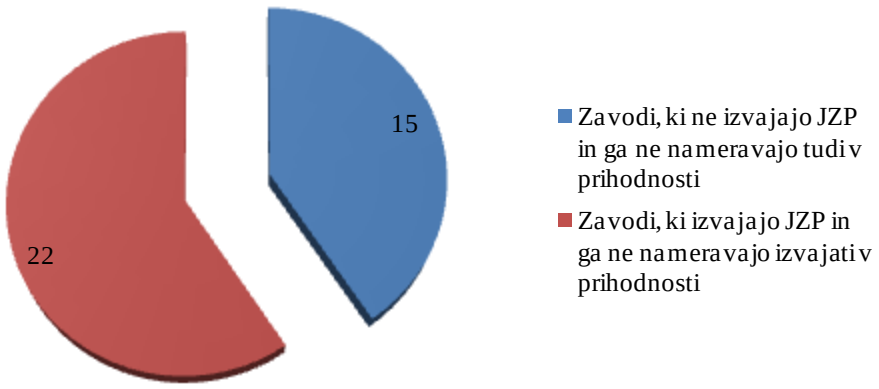
Slika 26: Struktura anketiranih javnih zdravstvenih zavodov glede na velikost javnih zdravstvenih zavodov in mnenje o izvajanju JZP v njihovih zavodih v prihodnosti



Rezultate, ki jih prikazuje Slika 26, je mogoče interpretirati kot posledico tega, da je v večini zdravstvenih domov zaposlenih do 100 oseb, zato je tudi v tem primeru veliko število negativnih odgovorov (26). V ostalih skupinah je število odgovorov enakomerneje razporejeno.

S Slike 27 je mogoče razbrati, da je izmed vseh zavodov, ki v prihodnosti ne nameravajo izvajati JZP (37), kar predstavlja 70 % vseh anketiranih, kar 22 takih, ki izvajajo JZP, a ga v prihodnosti ne nameravajo, 15 zavodov pa tistih, ki trenutno ne izvajajo JZP in ga v prihodnosti tudi ne nameravajo.

Slika 27: Število anketiranih zavodov, ki izvajajo JZP in ga v prihodnosti ne nameravajo izvajati



3.2.3 Analiza odprtega vprašanja

Odgovori na zadnje odprto vprašanje, kakšno je mnenje direktorjev javnih zdravstvenih zavodov o izvajanju JZP v njihovih zavodih, so naslednji:

- »Zadeva je premalo transparentna, nedorečena, nedefinirana in nekontrolirana, zato je v oblikah, kot se izvaja, slaba in povzroča zmedo v zdravstvu. Jasno je potrebno postaviti ločnico med javnim in zasebnim, določiti pogoje, merila, kontrolo in sankcije.«

- »Je izvedena ležerno in s strani davčne dokaj nezaželena (nezainteresiranost).«

- »Zelo slabo ali nič razvito. Vendar pa je to obenem problem. Glavni problem javnih zdravstvenih zavodov je v njihovem pravnoorganizacijskem stanju.«

- »V javnem zdravstvu je teh oblik dela premalo.«

- »V osnovnem zdravstvu se ne obnese – koncesionarji se izogibajo obveznostim, nad planskim delom …«

- »Javno-zasebna partnerstva so možna pri jasni zakonodaji in strategiji na področju javnega zdravja, ki je naša osnovna dejavnost.«

- »Za izvajalca zdravstvenih storitev je to najboljša in najenostavnejša pot do denarja – za javni zavod pa predstavlja veliko dela, manegiranja, usklajevanja, odgovornosti.«

- »Glede na podeljevanje koncesij splošne, otroško-šolske in zobne dejavnosti ter patronaže vse od leta 1997 in v večini leta 2007 je v javnem zavodu ostalo komaj dovolj dejavnosti, za približno normalno funkcioniranje in vsaka dodatna izguba lahko ogrozi obstoj javnega zavoda.«

- »Možnosti so dane, žal pa so še vedno zelo omejene glede na negativno stališče javnosti, predvsem politične.«

- »Potrebe po alternativnih finančnih virih za investicijska vlaganja v objekte za opremo se v zdravstvu povečujejo, saj investicijska vlaganja v zdravstvo v proračunskih virih pogosto niso zadostna. Pomemben element pri odločanju pa so sprejete strategije razvoja. Do danes se v našem zavodu za tak način sodelovanja še nismo odločili.«

4 PRIMERI DOBRIH PRAKS V SLOVENSKIH BOLNIŠNICAH

V nadaljevanju bodo predstavljeni primeri dobre prakse izvajana JZP v slovenskih zdravstvenih zavodih. Za predstavitev navedenih primerov sem se odločil zato, ker vsak od njih vsebuje različne elemente in oblike izvajanja JZP v praksi, pri tem pa so to tipični primeri izvajanja JZP. Predstavljena bo javno-zasebna investicija pri izgradnji prostorov Dializnega centra Sežana, možnost izvedbe JZP pri izgradnji novega vhoda in spremljajočih prostorov na Inštitutu Republike Slovenije za rehabilitacijo, primer JZP na področju zagotavljanja učinkovite rabe energije v Splošni bolnišnici Brežice ter javno-zasebne investicije pri izgradnji prostorov Osnovnega zdravja Gorenjske. Zagotovo je skupni imenovalec vseh spodaj opisanih JZP pomanjkanje javno finančnih virov za zagotavljanje kakovostnejših javnih storitev ter želja po izboljšanju sedanje infrastrukture v dobro bolnikov.

4.1 Bolnišnica Sežana – izgradnja in oprema prostorov Dializnega centra Sežana

Bolnišnica Sežana je manjša bolnišnica, ki je imela na dan 31. 10. 2011 131 zaposlenih. Dejavnost bolnišnice se deli na specialistično-hospitalno dejavnost, v kateri zdravijo pljučne bolnike, rehabilitacijo kroničnih pljučnih bolnikov in podaljšano splošno bolnišnično nego ter specialistično ambulantno dejavnost.

Šonc (2007, str. 39–40) je v Zborniku 14. strokovnega srečanja ekonomistov in poslovodnih delavcev v zdravstvu predstavila primer javno-zasebne investicije pri izgradnji in opremljanju prostorov Dializnega centra Sežana. Pobuda za izgradnjo dializnega centra so dali dializni bolniki iz okoliških občin (Sežana, Divača, Komen, Hrpelje, Postojna in Ilirska Bistrica) zaradi vse večjih potreb po tovrstnih zdravstvenih storitvah. Po izvedenem elaboratu o ekonomski upravičenosti projekta se je izkazalo, da bo

vrednost projekta znašala 2,5 mio €. Bolnišnica sama teh sredstev ni mogla zagotoviti, zato je bilo vodstvo bolnišnice prisiljeno pričeti iskati investitorja, ki bi bil pripravljen izvesti rekonstrukcijska dela (adaptacija gospodarskega dela bolnišnice) in nakupiti vso potrebno opremo za delovanje dializnega centra. To je bolnišnica tudi storila s pomočjo javnega razpisa. Projekt se je pričel izvajati leta 2004, ko še ni bil sprejet ZJZP. Za pripravo projektne dokumentacije je bolnišnica prejela sredstva v obliki donacij, prav tako so z donacijami krili stroške najema nadomestnih prostorov v času izgradnje novega dializnega centra. Po sklenjeni pogodbi s Kraškim zidarjem Sežana, izvajalcem, izbranim na javnem razpisu, in realizaciji projekta, sedaj Bolnišnica Sežana mesečno odplačuje sredstva, ki so bila vnaprej določena v pogodbi, kar pomeni, da gre za eno izmed BOT oblik sodelovanja javnega in zasebnega sektorja. Izgradnja in opremljanje novega dializnega centra sta potekala od leta 2004 do 2005.

Po zaključku projekta in uspešnem delovanju novega dializnega centra so po opravljeni analizi ugotovili racionalizacijo števila prevoženih kilometrov, ki jih morajo bolniki letno opraviti za izvedbo dialize – ti so se s 16.200 znižali na 2.544 prevoženih kilometrov.

4.2 Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo – možnosti JZP pri izgradnji novega vhoda in spremljajočih prostorov

Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo izvaja celostno rehabilitacijo z namenom izboljšanja kakovosti življenja pacientov oziroma rehabilitantov in vrnitve v njihovo življenjsko okolje. V 50 letih obstoja je Inštitut postal mednarodno uveljavljena ustanova, ki s svojim znanjem, izkušnjami, raziskovalnim delom in številnimi nastopi strokovnjakov na pomembnih mednarodnih konferencah in delavnicah pripomore k razvoju rehabilitacijske dejavnosti pri nas in v svetu.

Cugelj (2007, str. 31–34) je v Zborniku 14. strokovnega srečanja ekonomistov in poslovodnih delavcev v zdravstvu predstavil možnost JZP pri izgradnji novega vhoda in spremljajočih prostorov. V primeru Inštituta Republike Slovenije za rehabilitacijo gre le za idejni projekt, ki trenutno še čaka na realizacijo. Izgradnja novega objekta k obstoječemu objektu, ki bi ga sestavljali klet s kletnimi prostori in parkirnimi mesti, pritličje z recepcijo, trgovino za ortopedsko obutev, frizerjem, agencijo za transport in turizem uporabnikov na vozičkih, zobno ambulanto za invalide, pisarne ter avlo in nadstropje, kamor bi bili umeščeni pisarniški prostori. Inštitut sam za predvideno investicijo nima zadostnih finančnih sredstev, zato je pripravljen kot svoj delež v JZP investirati zemljišče ob obstoječem objektu ter kriti stroške priprave javnega razpisa. Skupna ocenjena vrednost investicije znaša 4,74 mio €, pri čemer bi delež koncesionarja znašal 680.000 €, vložek zasebnega investitorja pa 4,06 mio €. Za sodelovanje in realizacijo predlagane investicije je po ZJZP možnih več različnih variant, ki so jih v Inštitutu tudi že predlagali, gre pa zagotovo za koncesijo gradnje:

- objekti in naprave koncesije postanejo takoj v lasti javnega partnerje (zgradi- prenesi v last-upravljaj),
- objekti in naprave koncesije postanejo last javnega partnerja po določenem obdobju (zgradi-upravljaj-prenesi v last);
- objekti in naprave ostanejo v lasti zasebnega partnerja (izgradi-upravljaj-ohrani v lasti).

Bistveno prednost projekta JZP vidijo predvsem v tem, da bodo pacientom in obiskovalcem nudili lažjo dostopnost do različnih storitev na enem mestu.

4.3 Splošna bolnišnica Brežice – JZP na področju zagotavljanja učinkovite rabe energije

Splošna bolnišnica Brežice je bila ustanovljena leta 1872 in skrbi za okrog 70.000 prebivalcev brežiške, krške in sevniške občine ter za nekatere prebivalce sosednjih območij. Bolnišnica opravlja zdravstveno dejavnost na sekundarni ravni, ki obsega specialistično bolnišnično dejavnost za področje interne medicine, kirurgije, pediatrije, ginekološko-porodniške dejavnosti, ambulantno medicinsko rehabilitacijo, laboratorijsko in rentgensko diagnostiko, patoanatomsko dejavnost ter dejavnost zdravstvene nege in zdravstvene administracije. Njihov cilj je doseganje ravni kakovosti zdravstvenih storitev regionalnih bolnišnic v Sloveniji, zato si prizadevajo za kadrovsko primerno zasedenost in sodobno opremljenost bolnišnice.

Zorko (2007, str. 51–55) je v Zborniku 14. strokovnega srečanja ekonomistov in poslovodnih delavcev v zdravstvu predstavil primer JZP na področju zagotavljanja učinkovite rabe energije. Infrastruktura Splošne bolnišnice Brežice je stara 35 let in več, kar pomeni, da dandanes predstavlja energetsko visoko potrošni objekt. Vodstvo bolnišnice se je odločilo, da na svoje stroške pripravi študijo prednosti in slabosti ob morebitnem prehodu na nov energent (do tedaj so uporabljali paro iz lastne kotlovnice). V mesecu februarju 2004 so tako izdelali nov projekt idejne kotlarne, v katerem so predlagali rekonstrukcijo kotlarne in ogrevalnih sistemov ter prehod na zemeljski plin. Študija je potrdila potrebo po prenovi. Po objavljenem javnem naročilu (maja 2006) je bila z izbranim izvajalcem, Petrolom d.d., podpisana pogodba za izvedbo del v vrednosti 532.048 €. Prvi del pogodbe se je nanašal na rekonstrukcijo kotlarne in ogrevalnih sistemov, drugi del pa na upravljanje in vzdrževanje sistema ter dobavo energenta za obdobje 15 let. Sodelovanje Splošne bolnišnice Brežice in Petrola d.d. predstavlja pogodbeno financiranje projekta. To je ena od BOT oblik sodelovanja, pri kateri gre za obliko zagotavljanja sredstev in storitev. Po izteku pogodbenega roka se investicija prenese v last javnega zavoda.

Po realizaciji projekta JZP je bilo ugotovljeno, da je s stališča ekonomske upravičenosti in sprejemljivosti oziroma s stališča pokrivanja investicije, upravljanja in vzdrževanja sistema

iz sredstev prihrankov stroškov za energijo investicija sprejemljiva. Zaradi vgrajenih sodobnih naprav ima investicija poleg pozitivnega ekonomskega tudi ugoden ekološki učinek. Za javne zavode je tako partnerstvo verjetno najbolj sprejemljivo in koristno, če seveda ne povečuje obstoječih stroškov poslovanja zavoda ali če daje druge koristi, ki jih zavod sam ne more zagotoviti.

4.4 Osnovno zdravstvo Gorenjske – javno-zasebna investicija pri izgradnji prostorov

Osnovno zdravstvo Gorenjske je javni zavod, ki opravlja zdravstveno dejavnost na primarnem nivoju. Zdravstvene dejavnosti, ki jih nudi Osnovno zdravstvo Gorenjske so: zagotavljanje nujne medicinske pomoči, zdravstveno varstvo odraslih, žensk, otrok in mladine, patronažno varstvo ter laboratorijska in druga diagnostika, medicina dela, prometa in športa, fizioterapija in rehabilitacija, zagotavljajo urgentne in neurgentne reševalne prevoze, organizirajo preventivno zdravstveno varstvo vseh skupin prebivalcev, opravljajo specialistično ambulantno dejavnost in v njenem okviru zagotavljajo specialistične storitve s področja, ki niso vezana na bolnišnično zdravljenje in so v skladu s priznano zdravstveno mrežo na območju Gorenjske. V Osnovnem zdravstvu Gorenjske so združeni: Zdravstveni dom Jesenice, Zdravstveni dom Bled, Zdravstveni dom Radovljica, Zdravstveni dom Tržič, Zdravstveni dom Kranj, Zdravstveni dom Škofja Loka in Zobna poliklinika Kranj.

Veternik (2007, str. 67–69) je v Zborniku 14. strokovnega srečanja ekonomistov in poslovodnih delavcev v zdravstvu predstavil tri različne projekte v primeru Osnovnega zdravstva Gorenjske.

Zaradi vse večjega števila prebivalstva na območju, ki ga pokriva Zdravstveni dom Škofja Loka, in dotrajanosti obstoječe infrastrukture zdravstvenega doma so pričeli leta 1987 razmišljati o izgradnji prizidka k obstoječemu objektu. Glede na pomanjkanje sredstev Občine Škofja Loka in Zdravstvenega doma Škofja Loka, so spoznali, da bi bilo v projekt smiselno pritegnili zdravnike zasebnike s koncesijo, ki so do tedaj v njihovih prostorih opravljali zdravstveno dejavnost. Leta 1998 so pridobili vsa potrebna soglasja in pričeli z izgradnjo (ki je bila financirana z zasebnim denarjem) večnamenskega objekta. Objekt je bil v mesecu aprilu 2006 tudi uradno odprt. Skupni obseg sredstev je znašal 1,1 mio €, od katerih je Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije prispevalo 110.000 €, zasebni investitorji 200.000 €, Osnovno zdravstvo Gorenjske 150.000 €, proračun občine Škofja Loka pa 640.000 €.

Drugi projekt v okviru Osnovnega zdravstva Gorenjske je bil izveden leta 2002 v Zdravstvenemu domu Radovljica, kjer so prav tako kot v Škofji Loki združili finančna sredstva zasebnih zdravstvenih delavcev, ki so do takrat delovali znotraj njihovega

zdravstvenega doma, in javna sredstva. Rezultat projekta je bil nov prizidek ob zdravstvenem domu. Skupni obseg sredstev, namenjenih za projekt, je znašal 450.000 €, od katerih so zasebni investitorji zagotovili 150.000 €, Osnovno zdravstvo Gorenjske 150.000 € in 150.000 € proračun Občine Radovljica.

Tretji projekt so izvedli v Zdravstvenemu domu Kranj. Sodelovalo je 12 zasebnih investitorjev, ki so do tedaj delovali pod okriljem tedanjega Zdravstvenega doma Kranj. Objekt je bil februarja leta 2006 uradno odprt. Skupni obseg porabljenih sredstev je znašal 5 mio €. Zasebni investitorji so v projekt prispevali 2,5 mio €, Osnovno zdravstvo Gorenjske 250.000 € ter 2,25 mio € proračun Mestne občine Kranj.

Gre za projekte, v katerih je uporabljena BOT oblika JZP, kar pomeni, da gre za obliko zagotavljanja infrastrukturnih storitev in financiranje infrastrukturnih naložb, pri katerih koncesionar na osnovi koncesijske pogodbe, sklenjene z državo (v tem primeru z zdravstvenim domom), infrastrukturni objekt izgradi in financira, ga ima v lasti ter z njim upravlja v obdobju, opredeljenem v pogodbi, po izteku tega obdobja pa objekt prenese v last države.

Zasebni partnerji v projektih Osnovnega zdravstva Gorenjske so zasebniki, ki pod okriljem javnih zdravstvenih zavodov izvajajo koncesionarsko dejavnost.

Po zaključku projektov so vpleteni izpostavili naslednje prednosti tovrstnega sodelovanja: vsi so pridobili nove, sodobne prostore za izvajanje zdravstvene dejavnosti, z vključevanjem zasebnih sredstev je zlasti občinski proračun privarčeval znatna javna finančna sredstva. Investicija je bila realizirana hitro in z večjo mero nadzora, saj je bil vključen zasebni kapital, ki je hitreje v funkciji porabe, zahteva pa tudi večji in boljši nadzor. V zdravstvenih domovih so se sprostili prostori, ki so jih prej najemali zasebniki. Zasebni izvajalci s koncesijo bodo ostali dolgoročno v svojih prostorih, ki so sestavni del zdravstvenega doma, kar pomeni koncentracijo vseh prostorskih zdravstvenih kapacitet na eni lokaciji, to pa je zagotovo velika prednost za paciente.

Ob izpostavitvi prednosti je primerno omeniti tudi slabosti, ki izhajajo iz tovrstnega sodelovanja: v nekaterih ustanovah so se deloma poslabšali odnosi med zasebnimi in javnimi izvajalci zdravstvenih storitev, nedozorelo upoštevanje pravil nekaterih etažnih lastnikov o upravljanju s skupnimi prostori, v nekaterih zavodih se z odselitvijo zasebnikov pojavljajo prazni, neizkoriščeni prostori.

5 MOŽNE OBLIKE IZVAJANJA JZP V SLOVENSKIH ZDRAVSTVENIH ZAVODIH

V tem poglavju želimo odgovoriti na vprašanje, kje in kako bi lahko v slovenskih zdravstvenih zavodih uvedli različne oblike JZP. Zakonodaja, ki ureja področje delovanja

javnih zdravstvenih zavodov, določa, da se lahko javni zdravstveni zavodi pri izvajanju svoje dejavnosti povezujejo z zasebnim sektorjem. Kakršno koli sodelovanje javnega sektorja na eni strani ter zasebnega na drugi pa predstavlja JZP. Kot je bilo omenjeno v prejšnjih poglavjih, poznamo več različnih možnosti povezovanja obeh sektorjev. Odločitev, za katero vrsto se bomo odločili, pa je odvisna od različnih dejavnikov (katera dejavnost, obseg dejavnosti, dolgotrajnost razmerja itd.). V ZJZP je zapisano, da se lahko javni zdravstveni zavodi odločajo za pogodbeno partnerstvo oziroma statusno partnerstvo. Pogodbeno partnerstvo se deli na koncesijsko partnerstvo in javno-naročniško partnerstvo, koncesijsko partnerstvo pa na koncesije gradenj in koncesije storitev.

Pri koncesiji gradenj že samo ime pove, da se ta vrsta JZP uporablja v primeru, ko se javni zdravstveni zavod odloči, da bo zasebnemu izvajalcu zaupal izgradnjo, obnovo, infrastrukture, katere vrednost, obseg in roke za izvedbo bo določil v koncesijski pogodbi. V tem primeru javni zdravstveni zavod na podlagi razpisa izbere zasebnega izvajalca, ki bo izvedel predmet pogodbe in bo za izvedbo tudi odgovoren. Zasebnik pa bo na podlagi sklenjene pogodbe prejel s pogodbo dogovorjeno plačilo. Nepremičnina v tem primeru (ves čas koncesijskega razmerja) ostaja v lasti javnega zdravstvenega zavoda in se ne prenaša na zasebnika. Možne oblike, ki so primerne za izvedbo s koncesijo gradenj, so:

- prenova prostorov,
- prenova podporne infrastrukture v okolici javnih zdravstvenih zavodov,
- izgradnja dodatne infrastrukture.

Druga oblika koncesijskega partnerstva so koncesije storitev. Tudi pri tej obliki JZP že ime pove, da ne gre kot pri koncesijah gradenj za izgradnjo, temveč za opravljanje storitev. To pomeni, da se javni zdravstveni zavod lahko odloči, da bo s pomočjo tovrstnega JZP sklenil pogodbo za opravljanje storitev ali pogodbo za upravljanje. Za koncesijo storitev se javni zavod odloči v primeru, ko:

- želi izvajanje nekaterih nekliničnih podpornih storitev prepustiti zunanjim izvajalcem (pranje, oskrba, čiščenje, varnost, investicijsko vzdrževanje itd.);
- želi izvajanje kliničnih podpornih storitev prepustiti v izvajanje zunanjim izvajalcem (laboratorijske storitve, radiološke storitve …);
- želi izvajanje specializiranih kliničnih storitev prepustiti zunanjim (specializiranim) izvajalcem.

Zadnja oblika je širši javnosti tudi najbolj znana. S koncesijami storitev se v javno zdravstveno mrežo uvaja zasebni sektor. Znotraj javne zdravstvene mreže je temeljni izvajalec zagotovo javni zdravstveni zavod oziroma javni izvajalec, seveda pa se tam, kjer ni možno oziroma ni racionalno, vpelje zasebni izvajalec. V okviru mreže javnega zdravstvenega varstva je sklenjenih vedno več koncesijskih pogodb, ki so na tak ali

drugačen način soodvisne in povezane z javnimi zdravstvenimi zavodi. Bolnika oziroma zavarovanca, ki uresničuje pravico po zdravstvenem varstvu, ne bi smelo nič ovirati, ko vstopa v sistem obravnave, ne glede na to, ali je lastnik infrastrukture, v okviru katere uresničuje svojo pravico do zdravstvenega varstva, zasebnik ali država. Zasebni zdravstveni zavodi in koncesionarji so tako vedno bolj vpeti v sistem uresničevanja pravic in morajo tako kot javni zdravstveni zavodi zagotoviti najboljše pogoje za izvajanje teh pravic. Poreklo lastnine v nobenem primeru ne bi smelo vplivati na kakovost in obseg zdravstvene storitve, za katero sredstva zagotavljamo na temelju solidarnosti.

Koncesijska pogodba je pretežna in najprimernejša oblika v projektih javno-zasebnega partnerstva, čeprav pojem ne izključuje javno-naročniških odnosov, v kolikor so za takšno razmerje izpolnjene določene predpostavke. V primeru da nosi javni partner večino ali celotno gospodarsko tveganje izvajanja JZP, se partnerstvo ne šteje za koncesijsko, temveč za javno-naročniško (Mužina, 2005, str. 14).

Pravno gledano je statusno partnerstvo druga osnovna oblika JZP, ki se izvaja kot (ZJZP, 96. člen):

- partnerstvo z ustanovitvijo pravne osebe, pri katerem na eni strani država, ena ali več samoupravnih lokalnih skupnosti ali druge osebe javnega prava, na drugi strani pa ena ali več oseb zasebnega prava ustanovijo pravno osebo in nanjo prenesejo izvajanje pravic in obveznosti, ki izhajajo iz javno-zasebnega partnerstva,
- partnerstvo s prodajo deleža, pri katerem se proda del premoženja države, samoupravne lokalne skupnosti ali druge osebe javnega prava ter se prenese izvajanje pravic in obveznosti, ki iz javno-zasebnega partnerstva izhajajo iz te pravne osebe,
- partnerstvo z nakupom deleža, pri čemer pride do nakupa deleža javnega partnerja v osebi javnega prava in do prenosa izvajanja pravic in obveznosti, ki na to pravno osebo izhajajo iz javno-zasebnega partnerstva,
- na drug način, ki je pravno in dejansko soroden in primerljiv z naštetimi oblikami v prvi, drugi in tretji alineji.

Ena izmed oblik statusnega partnerstva je ustanovitev pravne osebe, ki se lahko oblikuje kot delniška družba, evropska delniška družba in družba z omejeno odgovornostjo. Pri statusnem partnerstvu ima tveganje ravno tako pomembno vlogo, saj se na podlagi prevzemanja poslovnega tveganja določi, ali ima ta oblika partnerstva naravo javnega naročila ali koncesije. Tudi v tem primeru velja, da ima v primeru prevzema večine ali celotnega poslovnega tveganja s strani javnega partnerja, razmerje statusnega partnerstva javno-naročniško naravo.

V nadaljevanju sledi pregled možnih oblik izvajanja JZP v javnih zdravstvenih zavodih.

Pogodbeno partnerstvo:

- koncesija gradnje:
  - izgradnja nove infrastrukture (z upoštevanjem različnih BOT oblik),
  - predelava in obnova obstoječe infrastrukture,
  - izgradnja naprav,
  - obnova in vzdrževanje javnih zdravstvenih zavodov,
  - nakup in izdelava energetske infrastrukture za distribucijo energentov;

- koncesija storitve:
  - izvajanje čiščenja v javnih zdravstvenih zavodih,
  - izvajanje logistične dejavnosti,
  - tehnično vzdrževanje (elektro storitve, mizarske storitve, telekomunikacijske storitve itd.),
  - informacijska podpora,
  - pranje, likanje perila in uniform,
  - varovanje javnih zdravstvenih zavodov,
  - izvajanje specialistične dejavnosti koncesionarjev znotraj javnih zdravstvenih zavodov,
  - izvajanje laboratorijskih storitev,
  - izvajanje rentgenskih storitev,
  - izvajanje odnosov z javnostmi.

Statusno partnerstvo:

- izgradnja zasebnega objekta in oddajanje v najem z namenom zagotavljanja javnih zdravstvenih storitev;
- javni zdravstveni zavod na javnem razpisu izbere izvajalca, s katerim ustanovi novo pravno osebo, ki bo zgradila objekte na zemljišču, ki je v lasti javnega zdravstvenega zavoda oziroma njihovega ustanovitelja;
- javni zdravstveni zavod lahko vloži stvarni vložek v obliki zemljišč oziroma nepremičnin s pripadajočimi zemljišči ali pa v obliki stavbne pravice na zemljiščih, ki so v lasti javnega zdravstvenega zavoda ali njihovega ustanovitelja;
- zasebni partner odkupi delež javnega zdravstvenega zavoda in nase prenese izvajanje pravic in obveznosti.

SKLEP

Osnovni namen magistrskega dela je predvsem analizirati obstoječe oblike izvajanja JZP v slovenskih univerzitetnih zavodih, splošnih bolnišnicah, združenih zdravstvenih zavodih, zavodih za zdravstveno varstvo in zdravstvenih domovih. Namen je uspešno izveden. V nalogi so tako na enem mestu zbrane informacije o izvajanju JZP v slovenskih zdravstvenih zavodih. Opravljen je pregled oblik ter obsega izvajanja pogodb JZP v praksi. Zbrana so tudi mnenja in izkušnje dosedanjih izvajalcev JZP. Iz zbranih podatkov je tako mogoče razbrati, na katerih področjih bi se lahko JZP še uvedlo in katera področja niso primerna za izvajanje v oblikah JZP. V zaključku magistrskega dela predlagamo možne oblike izvajanja JZP, ki bi se jih ob upoštevanju veljavne zakonodaje in predpisov še lahko uvedlo v poslovanje slovenskih javnih zdravstvenih zavodov.

Po natančni analizi odgovorov iz anketnega vprašalnika, ugotavljamo, da se v Sloveniji izvaja JZP predvsem na primarni in sekundarni ravni, kjer gre v večini primerov za pogodbeno sodelovanje za opravljanje različnih storitev (zdravstvenih, nezdravstvenih) ter sklepanje koncesijskih pogodb. Majhno število zavodov se odloča za BOT oblike z izvedenkam. Menimo, da je v tovrstnem sodelovanju (BOT oblike z izvedenkam) še veliko potenciala, saj država kot lastnik večine nepremičnin javnih zdravstvenih zavodov iz leta v leto namenja vse manj sredstev za obnovo starih ter izgradnjo novih. Tako se bodo morali vodilni delavci javnih zdravstvenih zavodov v prihodnosti povezovati z zasebnim sektorjem, ki ima kapital in znanje, ter skupaj zagotavljati uporabnikom zdravstvenih storitev kakovostnejšo zdravstveno oskrbo. Glede na javno mnenje o zasebništvu v zdravstvu smo pričakovali večje število koncesijskih pogodb. Zanimiva je tudi ugotovitev anketnega vprašalnika, da se za sodelovanje med javnim in zasebnim sektorjem odločajo predvsem na pravni podlagi Zakona o zdravstveni dejavnosti in Zakona o zdravniški službi ter na zadnjem mestu na podlagi Zakona o javno-zasebnem partnerstvu. Menimo, da je zakonodaja s področja sodelovanja javno-zasebnega partnerstva v Zakonu o zdravstveni dejavnosti opredeljena zelo skopo in splošno, saj jo opredeljujejo le 4 členi tega zakona. Na začetku smo omenili, da vidimo prihodnost razvoja zdravstvenega sistema predvsem v sodelovanju obeh sektorjev, ravno nasprotno pa kažejo rezultati ankete, saj več kot polovica (33 zavodov) v prihodnosti ne načrtuje sodelovanja med javnim in zasebnim sektorjem. Na vprašanje, zakaj v slovenskih zdravstvenih zavodih ne najdemo več oblik sodelovanja med javnim in zasebnim sektorjem, ugotavljamo, da je to predvsem zaradi nepoznavanja tovrstnega področja vodstvenih delavcev in njihove pripravljenosti za vpeljavo, na drugi strani pa zaradi neenotnih izhodišč in stališč države.

Za uspešno prihodnost JZP v zdravstvu so potrebni pravilen pristop in postopne spremembe uvajanja JZP v prakso. Smiselno bi bilo, tako kot se to že dogaja v praksi, vpeljati določene projektne primere JZP in jih nato glede na njihovo učinkovitost vpeljati tudi v druge zavode. Eden od bistvenih predpogojev za učinkovito implementacijo JZP je usposobljenost in informiranost vodilnih delavcev, saj je mnogokrat odločitev o izvedbi JZP v njihovih rokah. Sodelovanje in sožitje javno in zasebno-javnega zdravstva je

temeljni predpogoj za korektno izpolnitev pravice do zdravstvene storitve v javnem zdravstvu.

LITERATURA IN VIRI

1. Abadie, R., & Howcroft, A. (2004). *Developing Public Private Partnerships in New Evrope*. London: Pricewaterhouse Coopers.
2. Albreht, T. (2005). *Zasebništvo v različnih zdravstvenih sistemih*. Ljubljana: Zdravniški vestnik.
3. Albreht, T., Turk, E., Toth, M., Ceglar, J., Marn, S., Pribaković, Brinovec, R., & Schafer, M. (2002). *Health Care Sistems in Transition*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Sistems.
4. Bailey, S. (2002). *Public sector economics: theory and practice* (2nd ed.). New York: Palagrave.
5. Bohinc, R. (2005). *Javno in zasebno partnerstvo na primeru javnega podjetja*. Ljubljana: GV Izobraževanje.
6. Brezovnik, B. (2007). Javno partnerstvo (medobčinsko sodelovanje). *Revija za javna naročila in javne finance*, *4*(2), 22–26.
7. Brščič, B., & Tajnikar, M. (2007). Zdravstvene storitve kot ekonomska dobrina. *Revija Zdravstveno varstvo*, *46*(2), 78–84.
8. Bručan, A. (2005). Ureditev razmerja med državnim in zasebnim delom v javnem zdravstvu. *Zdravniški vestnik*, *74*(7–8), 456–460.
9. Coulson, A. (2005). Plauge on all your Partnerships: Teory and Pratctice in Regeneration. *International Journal of Public Sector Management*, *18*(2), 200–205.
10. Cugelj, R. (2007). Možnosti JZP pri izgradnji novega vhoda in spremljajočih prostorov na IRI. *Zbornik 14. strokovnega srečanje ekonomistov in poslovodnih delavcev v zdravstvu* (str. 31–34). Radenci: Društvo ekonomistov in poslovodnih delavcev v zdravstvu.
11. Direktiva Evropskega parlamenta in sveta 2004/17/ES z dne 30. 4. 2004 o usklajevanju postopkov javnih naročil naročnikov v vodnem, energetskem in transportnem sektorju ter sektorju poštnih storitev, Uradni list Evropske unije L 134: 0001–0113.
12. Direktiva Evropskega parlamenta in sveta 2004/18/ES z dne 30. 4. 2004 o usklajevanju postopkov javnih naročil gradenj, blaga in storitev, Uradni list Evropske unije L 134: 0114–0240.
13. *Direktiva o usklajevanju postopkov javnih naročil naročnikov v vodnem, energetskem in transportnem sektorju ter sektorju poštnih storitev*. Najdeno 5. junija 2010 na spletnem naslovu http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=DD:06:07:32004L0017:SL:PDF
14. Došenović Bonča. P., & Tajnikar, M. (2004, 10. avgust). Skrivnost slovenskih bolnišnic. *Finance*, str. 8–9.
15. Došenović Bonča. P., & Tajnikar, M. (2009). Model presoje poslovne uspešnosti in izkoriščenosti zmogljivosti v bolnišnicah. *Uprava*, *3*(7), 103–129.

16. *Dr. Boštjan Aver predlaga spremembe na področju zdravstva.* Najdeno 5. marca 2011 na spletnem naslovu http://www.primorska.info/novica_/1320/dr_bostjan_aver_predlaga_spremembe_na_podrocju_zdravstva
17. Fakin, S., & Smrke, D. (2003). Management v zdravstvu priložnosti za izboljšanje. *Zbornik Management in razvoj organizacije* (str. 891–894). Kranj: Moderna organizacija.
18. Ferčič, A. (2005). Izhodišča za definicijo. *Pravna praksa*, *24*(29/30), 6–7.
19. Gracar, I. (1999). *Analiza socialnih in ekonomskih neskladij v sistemu zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji* (magistrsko delo). Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
20. *Zelena knjiga o javno-zasebnem partnerstvu*. Najdeno 5. junija 2010 na spletnem naslovu http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2004/com2004_0327en01.pdf
21. Groff Ferjančič, M. (2009). *Institucionalni vidik javno-zasebnega partnerstva*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
22. Hodge, G., & Greve, C. (2005). *The callange of public-private partnerships*. Cheltenham: Edvard Elgar.
23. Hunger, J., & Wheelen, T. L. (1996). *Strategic Management*. New York: Addison-Wesley Publishing Company.
24. Inštitut za javno-zasebno partnerstvo (2011). *Oblike javno-zasebnih partnerstev*. Najdeno 15. marca 2011 na spletnem naslovu http://pppforum.si/javno-zasebno-partnerstvo/oblike-javno-zasebnih-partnerstev.htm
25. Kersnik, J. (2010). *Kakovost v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji, Pregled stanja.* Najdeno 13. marca 2011 na spletnem naslovu http://www.drmed.org/projekt_kakovost/Porocilo_za_WHO_3.doc
26. Kornai, J., & Eggleston, K. (2001). *Welfare, choice and solidarity in transition*. Cambridge, New York: Cambridge University Press.
27. Kranjc, V. (2007). Razmejitev med koncesijskimi in javno – naročniškimi razmerji. *Podjetje in delo*, 6–7, str. 1176–1184.
28. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. (2003). *Zdravstvena reforma* (osnutek). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije.
29. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. (2010). *Predlog zakona o zdravstveni dejavnosti*. Najdeno 5. junija 2010 na spletnem naslovu http://www.mz.gov.si/si/zakonodaja_in_dokumenti/javna_razprava/
30. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. (2011). *Poročilo o poslovanju javnih zdravstvenih zavodov in lekarn v letu 2010. Ljubljana*: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije.
31. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. (b.l. a). *Nadgradnja zdravstvenega sistema do leta 2020.* Najdeno 3. aprila 2010 na spletnem naslovu http://www.mz.gov.si/nc/si/splosno/cns/novica/article/670/6199/
32. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. (b.l. b). *Predlog zakona o koncesijah za izvajanje javen službe v zdravstveni in lekarniški dejavnosti o svobodnih zdravnikih in specialistih*. Najdeno 5. junija 2010 na spletnem naslovu

http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/aktualno/javna_razprava/zakon_o_koncesijah/zakon_o_kocesijah_v_zdravstvu.doc
33. Montantheiro, L. (1998). *Identifying economic benefits in multi-organization partnerships. V Public and private sector partnerships: fostering enterprise* (str. 331–339). Sheffiedld: Sheffiekd Hallam University Press.
34. Možina, S. (2004). *Management*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
35. Mrak, M. (1997). *BOT oblika projektnega financiranja: riziki in zavarovanja pred njimi*. Ljubljana: Slovenska ekonomska revija.
36. Mrak, M. (2002). *Mednarodne finance*. Ljubljana: GV Založba.
37. Mrak, M., Gazvoda, M., & Mrak, M. (2005). *Projektno financiranje – alternativna oblika financiranja infrastrukturnih objektov*. Ljubljana: Služba Vlade Republike Slovenije za lokalno samoupravno in regionalno politiko.
38. Mužina, A. (2004). Koncesije: pravna ureditev koncesijskih razmerij v Sloveniji in EU. Ljubljana: Primath.
39. Mužina, A. (2005). Javno-zasebno partnerstvo. *Sodobna javna uprava: zbornik povzetkov. Konferenca Ministrstva za javno upravo Republike Slovenije* (str. 14–17). Ljubljana: Ministrstvo za javno upravo Republike Slovenije.
40. Mužina, A., Bohinc, R., & Tičar, B. (2007). *Zakon o javno-zasebnem partnerstvu s pojasnili*. Ljubljana: Nebra.
41. Normand, C., & Weber, A. (1994). *Social Health Insurance. A Guidebook for Planning*. Geneva: World Health Organization.
42. *Oblike javno-zasebnih partnerstev*. Najdeno 5. junija 2010 na spletnem naslovu http://pppforum.si/javno-zasebno-partnerstvo/oblike-javno-zasebnih-partnerstev.html
43. Organisation for Economic Co-operation and Development. (2000). *Global trends in urban water supply and waste water financing and management: changing roles for the public and private sectors*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
44. Pirnat, R. (2004). Vpliv prava Evropskih skupnosti na pravno ureditev javnih služb. *Zbirka Scripta*, str. 287–307.
45. Pirnat, R. (2005). Nekaj pravnih vprašanj javno – zasebnega partnerstva. *Javna uprava*, *41*(2–3), 326–327.
46. Premik, M. (1995). Primarno zdravstveno varstvo in zdravstveni dom. *Zbornik Strokovni posvet Primarno zdravstveno varstvo* (str. 14–22). Ljubljana: Medicinska fakulteta, Inštitut za socialno medicino.
47. *Public Private Partnership*. Najdeno 5. marca 2011 na spletnem naslovu http://www.ppp.gov.ie
48. Roemer, M. (1993). *National Health Systems of the World*. New York: Oxford University Press.
49. Rosenau, P. (1999). *Vaillancourt Introduction: the strenghts and weaknesses of public-private policy partnerships*. Houston: The American Behavioral Sceientist.
50. Rus, V. (1996). *Privatizacija šolstva, zdravstva in kulture* (str. 118–169). Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

51. *SCIELO – health care.* Najdeno 5. marca 2011 na spletnem naslovu http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S004296862000000400019&script=sci_arttet
52. Sistem financiranja zdravstvenega varstva. *Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.* Najdeno 14. marca 2011 na spletnem naslovu http://www.zzzs.si/
53. Splošni dogovor za pogodbeno leto 2010. *Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.* Najdeno 14. marca 2011 na spletnem naslovu http://www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/o/9A5C83D33340B453C12576FD00468384
54. Stanovnik, T. (2008). *Javne finance*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
55. Šonc, S. (2007). Javno zasebna investicija pri izgradnji in opremi prostorov Dializnega centra Sežana. *Zbornik 14. strokovnega srečanje ekonomistov in poslovodnih delavcev v zdravstvu* (str. 39–40). Radenci: Društvo ekonomistov in poslovodnih delavcev v zdravstvu.
56. Švab, I., Markota, M., & Albreht, T. (2000, 12. december). Reforma sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji: Od kapitalizma do socializma in nazaj. *Zdravniški vestnik,* 12, str. 791–798.
57. Tajnikar, M. (2003, 12. avgust). Kako do tržnega zdravstva. *Finance,* str. 4.
58. Tajnikar, M., & Došenović Bonča, P. (2004). *Kratka analiza stroškovne učinkovitosti slovenskih bolnišnic v letu 2002.* Ljubljana: Ekonomska fakulteta, Raziskovalni center, Inštitut za javni sektor.
59. Tajnikar, M., & Došenović Bonča, P. (2004). *Stroškovna učinkovitost izvajalcev osnovne zdravstvene dejavnosti v Sloveniji: delovna različica.* Ljubljana: Ekonomska fakulteta, Raziskovalni center, Inštitut za javni sektor.
60. Tajnikar, M., & Došenović, Bonča, P. (2005, 9. april). Kaj polaga na srce zasebnik javnemu zdravniku: McZdravstvo. *Delo,* str. 2.
61. Tavčar, M. (2000). *Strateške razsežnosti managementa*. Maribor: Ekonomsko-poslovna fakulteta.
62. Toth, M. (1998). Prostovoljno zdravstveno zavarovanje v Evropi. *5. Dnevi slovenskega zavarovalništva* (str. 50–61). Portorož: Slovensko zavarovalno združenje.
63. Toth, M. (2003). *Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje* (str. 12–21). Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
64. Toth, M., Petrič, D., & Kramberger, B. (1999). *Sistemi financiranja zdravstvenih programov v Sloveniji* (str. 150–151). Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
65. Trpin, G. (2004). Javne službe in javni zavodi. *Zbornik posveta X dnevi javnega prava* (str. 1376–1382). Portorož: Inštitut za javno upravo.
66. *Vaši zdravniki in zobozdravniki na poti do zdravja in zdravljenja pri nas.* Najdeno 31. oktobra 2010 na spletnem naslovu http://www.zzs-mcs.si/library/includes/file.asp?FileId=879
67. Veternik, J. (2007). Javno zasebne investicije pri izgradnji prostorov Osnovnega zdravstva Gorenjske. *Zbornik 14. strokovnega srečanje ekonomistov in poslovodnih delavcev v zdravstvu* (str. 67–69). Radenci: Društvo ekonomistov in poslovodnih delavcev v zdravstvu.

68. Williamson, O. (1985). *The Economic Institutions of Capitalism*. New York: Yale University.
69. Zakon o gospodarskih družbah. *Uradni list RS* št. 42/2006, 60/2006, 26/2007, 33/2007, 67/2007, 100/2007, 10/2008, 68/2008, 23/2009, 42/2009, 65/2009, 83/2009.
70. Zakon o gospodarskih javnih službah. *Uradni list RS* št. 32/1993, 30/1998, 127/2006.
71. Zakon o javnem naročanju. *Uradni list RS*, št. 128/2006, 16/2008.
72. Zakon o javnih financah. *Uradni list RS* št. 79/1999, 124/2000, 79/2001, 30/2002, 56/2002, 127/2006, 14/2007, 109/2008, 49/2009.
73. Zakon o javnih naročilih. *Uradni list RS* št. 39/2000, 102/2000, 2/2004, 36/2004, 128/2006.
74. *Zakon o javno-zasebnem partnerstvu*. Najdeno 9. januarja 2011 na spletnem naslovu http://www.energap.si/dokumenti/Javno_zasebno_partnerstvo.pdf
75. Zakon o javno-zasebnem partnerstvu. *Uradni list RS* št. 127/2006.
76. Zakon o lekarniški dejavnosti. *Uradni list RS* št. 9/1992, 13/1993, 38/1999, 86/2002, 2/2004, 36/2004.
77. Zakon o lokalni samoupravi. *Uradni list RS* št. 72/1993, 6/1994, 45/1994, 57/1994, 14/1995, 20/1995, 63/1995, 73/1995, 9/1996, 39/1996, 44/1996, 26/1997, 70/1997, 10/1998, 74/1998, 12/1999, 16/1999, 36/1999, 59/1999, 70/2000, 94/2000, 100/2000, 28/2001, 87/2001, 16/2002, 51/2002, 108/2003, 77/204, 72/2005, 21/2006, 14/2007, 60/2007, 94/2007, 27/2008, 76/2008, 100/2008, 79/2009.
78. Zakon o splošnem upravnem postopku. *Uradni list RS* št. 80/1999, 70/2000, 52/2002, 73/2004, 22/2005, 119/2005, 24/2006, 105/2006, 126/2007, 65/2008, 47/2009, 48/2009.
79. Zakon o zavodih. *Uradni list RS* št. 12/1991, 45/1994, 8/1996, 18/1998, 36/2000, 127/2006.
80. Zakon o zdravniški službi. *Uradni list RS* št. 98/1999, 67/2002, 15/2003, 45/2003, 63/2003, 2/2004, 36/2004, 62/2004, 47/2006, 72/2006, 15/2008, 58/2008.
81. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. *Uradni list RS* št. 9/1992, 13/1993, 9/1996, 29/1998, 77/1998, 6/1999, 56/1999, 99/2001, 42/2002, 60/2002, 11/2003, 126/2003, 20/2004, 62/2005, 76/2005, 100/2005, 21/2006, 38/2006, 72/2006, 114/2006, 91/2007, 71/2008, 76/2008, 118/2008.
82. Zakon o zdravstveni dejavnosti *Uradni list RS* št. 9/1992, 26/1992, 45I/1994, 37/1995, 8/1996, 59/1999, 90/1999, 98/1999, 31/2000, 36/2000, 45/2001, 131/2003, 135/2003, 2/2004, 80/2004, 23/2005.
83. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2004). *Bilanca prihodkov in odhodkov 2004*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
84. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2009). *Poslovno poročilo za leto 2009*. Najdeno 23. novembra 2010 na spletnem naslovu http://www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/0/1b99c27fc5698ad2c12576ef0024a184/$FILE/Poslovno%20poro%C4%8Dilo%20ZZZS%20za%20leto%202009_12.04.2010.pdf
85. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2010). *Bilanca prihodkov in odhodkov 2010*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

86. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2011). *Poslovno poročilo za leto 2010.* Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
87. Zdravniška zbornica Slovenije. (b.l.). *Vaši zdravniki in zobozdravniki na poti do zdravja pri nas*. Najdeno 14. marca 2011 na spletnem naslovu http://www.zdravniskazbornica.si/zs/312/partnerstvo-zdravnik-pacient
88. Zorko, T. (2007). Primer javno-zasebnega partnerstva na področju zagotavljanja učinkovite rabe energije v Splošni bolnišnici Brežice. *Zbornik 14. strokovnega srečanje ekonomistov in poslovodnih delavcev v zdravstvu* (str. 51–55). Radenci: Društvo ekonomistov in poslovodnih delavcev v zdravstvu.
89. Židanik, A. (2005). Privatizacija v zdravstvu na primarni ravni: prednosti in pomanjkljivosti. *Zdravniški vestnik*, 7/8, str. 461–463.

PRILOGE

KAZALO PRILOG

Priloga 1: Anketni vprašalnik 1
Priloga 2: Spremni dopis z dne 16. 9. 2011 4
Priloga 3: Spremni dopis z dne 7. 10. 2011 5
Priloga 4: Analiza anketnega vprašalnika – tabele 6

Priloga 1: Anketni vprašalnik

A N K E T N I V P R A Š A L N I K

Spoštovani,

pred vami je anketni vprašalnik o oblikah izvajanja javno-zasebnega partnerstva v slovenskih zdravstvenih zavodih. Namen anketnega vprašalnika je analiza obstoječih oblik izvajanja javno-zasebnega partnerstva v slovenskih zdravstvenih zavodih in identifikacija možnih novih oblik sodelovanja med javnimi in zasebnimi partnerji na področju zdravstva.

Prosim, da vprašalnik vrnete do **15. 10. 2011**.

Javni zavod: _____

Področje dela:

☐ primarna raven ☐ sekundarna raven ☐ terciarna raven

Število zaposlenih* **v vašem zavodu** (31. 8. 2011): _____

**Všteti naj bodo vsi zaposleni za določen in nedoločen čas, ne glede na število ur, ki jih opravljajo (polni, krajši delovni čas, dopolnilno delo), vključno s pripravniki, sekundariji in specializanti, ki imajo z vašim zavodom sklenjeno pogodbo o zaposlitvi na dan 31. 8. 2011 in za JZZ pomenijo strošek dela, ne glede na to, da so refundirani s strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije.*

Regija, v kateri deluje vaš zavod:

☐ ljubljanska	☐ gorenjska	☐ posavska
☐ mariborska	☐ velenjsko-koroška	☐ zasavska
☐ celjska	☐ primorska	☐ dolenjska
☐ pomurska	☐ obalno-kraška	☐ ptujsko-ormoška

S katerimi od spodaj navedenih oblik javno-zasebnega partnerstva ste se že srečali v zavodu?

☐ Pogodba za opravljanje storitev

Pri pogodbi za opravljanje storitev javni zdravstveni zavod obdrži odgovornost za vodenje in upravljanje dejavnosti, opravljanje storitev za zagotavljanje omejenega, točno določenega obsega vnaprej določenih storitev pa prenese na zasebnega izvajalca.

- ☐ Pogodba za upravljanje
  Pri pogodbah za upravljanje javni zdravstveni zavod prenese odgovornost za vodenje in upravljanje v roke zasebnega izvajalca.

- ☐ Lizing pogodba
  Lizing pogodba daje zasebnemu partnerju pravico do najema določenega infrastrukturnega objekta, ki je v lasti javnega zdravstvenega zavoda.

- ☐ Koncesijska pogodba
  S sklenitvijo koncesijske pogodbe postane zasebni partner oziroma koncesionar v celoti odgovoren za zagotavljanje določenih javnih zdravstvenih storitev.

- ☐ BOT z izvedenkami
  Gre za obliko zagotavljanja infrastrukturnih storitev in financiranje infrastrukturnih naložb pri kateri koncesionar na osnovi koncesijske pogodbe, sklenjene z državo oziroma javnim zdravstvenim zavodom, infrastrukturni objekt izgradi in financira, ga ima v lasti in z njim upravlja v obdobju, opredeljenem v pogodbi, po izteku tega obdobja pa objekt prenese v last države oziroma javnega zdravstvenega zavoda.

- ☐ nobeno

- ☐ drugo: _____

Pravna podlaga za izvajanje javno-zasebnega partnerstva pri vas:

- ☐ Zakon o javno-zasebnem partnerstvu
- ☐ Zakon o zdravstveni dejavnosti
- ☐ Zakon o zdravniški službi
- ☐ Zakon o lekarniški dejavnosti
- ☐ drugo: _____

Kolikšen obseg sredstev (prihodka) vaše organizacije je povezan z opisanimi oblikami javno-zasebnega partnerstva (znesek v €)?

_____

Ali v prihodnosti razmišljate o uvedbi ene od oblik javno-zasebnega partnerstva v vašem zavodu?

- ☐ da
- ☐ ne

Če, katere(-ih): _____

Prostor za vaše cenjeno mnenje o izvajanju javno-zasebnega partnerstva v slovenskih zdravstvenih zavodih:

_____

_____

_____

_____

Za sodelovanje se vam najlepše zahvaljujemo!

Vljudno vas prosimo, da izpolnjen anketni vprašalnik vrnete v priloženi ovojnici.

Priloga 2: Spremni dopis z dne 16. 9. 2011

Ljubljana, 16. 9. 2011

DIREKTORJEM JAVNIH
ZDRAVSTVENIH ZAVODOV

ZADEVA: Anketni vprašalnik o oblikah izvajanja javno-zasebnega partnerstva v slovenskih zdravstvenih zavodih

Spoštovani,

v okviru magistrskega študija na Ekonomski fakulteti, smer Management in ekonomika v zdravstvenem varstvu, pripravlja študent Boštjan Kušar magistrsko nalogo z naslovom »Oblike izvajanja javno-zasebnega partnerstva v slovenskih zdravstvenih zavodih«.

Z anketnim vprašalnikom želim pridobiti podatke za analizo obstoječih oblik izvajanja javno-zasebnega partnerstva v slovenskih zdravstvenih zavodih in s tem identificirati možne nove oblike sodelovanja med javnimi in zasebnimi partnerji na področju zdravstva. Vljudno vas prosim, da izpolnite priloženi anketni vprašalnik in ga vrnete po pošti v priloženi ovojnici **do 30. 9. 2011**. Anketni vprašalnik bo uporabljen izključno za potrebe omenjene raziskave.

Rezultati raziskave bodo objavljeni v magistrski nalogi. Za vaše sodelovanje se vam že vnaprej zahvaljujemo.

Prof. dr. Dušan Mramor,
dekan

Prof.dr. Maks Tajnikar,
mentor

Priloga: *anketni vprašalnik*

Priloga 3: Spremni dopis z dne 7. 10. 2011

Ljubljana, 10. 10. 2011

DIREKTORJEM JAVNIH
ZDRAVSTVENIH ZAVODOV

ZADEVA: Anketni vprašalnik o oblikah izvajanja javno-zasebnega partnerstva v slovenskih zdravstvenih zavodih

Spoštovani,

izteka se rok za oddajo anketnega vprašalnika, ki smo vam ga poslali meseca septembra 2011. Zato vas še enkrat vljudno prosimo, da si vzamete trenutek vašega dragocenega časa in izpolnite anketni vprašalnik ter nam ga čim prej vrnete po pošti v priloženi ovojnici.

Za vaše sodelovanje se vam zahvaljujemo.

Prof. dr. Dušan Mramor,
dekan

Prof. dr. Maks Tajnikar,
mentor

Priloga: *anketni vprašalnik*

Priloga 4: Analiza anketnega vprašalnika – tabele

Tabela 1: Struktura anketiranih javnih zdravstvenih zavodov

Zavod	Število
Univerzitetni centri	2
Splošne bolnišnice	9
Zdravstveni domovi	29
Zavodi za zdravstveno varstvo	8
Združenje zdravstvenih zavodov	5

Tabela 2: Struktura anketiranih javnih zdravstvenih zavodov glede na področje dela

Raven	Število
Primarna raven	36
Sekundarna raven	15
Terciarna raven	2

Tabela 3: Struktura anketiranih glede na velikost zavodov

Velikost zavoda	Število
Do 100 zaposlenih	27
Do 300 zaposlenih	12
Nad 300 zaposlenih	12
Brez odgovora	2

Tabela 4: Struktura anketiranih glede na regijo delovanja in področja dela javnih zdravstvenih zavodov

Regija/raven	Primarna raven	Sekundarna raven	Terciarna raven
Ljubljanska	9	2	2
Pomurska	4	1	
Dolenjska	2		
Velenjsko-koroška	8	1	
Gorenjska	1	3	
Obalno-kraška	1	1	
Celjska	2	1	
Primorska	2	4	
Goriška	1		
Posavska	2	1	
Mariborska	3		
Ptujsko-ormoška	1		
Zasavska		1	

Tabela 5: Oblike izvajanja JZP

Vrsta JZP	Število
Pogodba za opravljanje storitev	27
Nobeno od navedenih	22
Koncesijska pogodba	13
Druge oblike	3
Lizing pogodba	2
BOT z izvedenkami	2

Tabela 6: Struktura pravnih podlag za izvajanje JZP

Pravna podlaga	Število
Zakon o javno-zasebnem partnerstvu	13
Zakon o zdravstveni dejavnosti	26
Zakon o zdravniški službi	16
Zakon o lekarniški dejavnosti	
Drugo	1

Tabela 7: Struktura anketiranih glede na mnenje o izvajanju JZP v prihodnosti

JZP v prihodnosti	Število
Da	8
Ne	37
Brez odgovora	8

Tabela 8: Izvajanje posameznih oblik JZP po vrstah javnih zavodov

Vrsta/oblika JZP	Pogodba za opravljanje storitev	Nobeno od navedenih	Koncesijska pogodba	Druge oblike	Lizing pogodba	BOT z izvedenkami
Univerzitetni centri	1	2			1	
Splošne bolnišnice	4	6		1	1	1
Zdravstveni domovi	15	9	10	1		
Zavodi za zdravstveno varstvo	6	2	3			1
Združenja zdravstvenih zavodov	1	3		1		

Tabela 9: Struktura izvajanja JZP glede na področje dela anketiranih zavodov

Vrsta JZP/raven	Primarna raven	Sekundarna raven	Terciarna raven
Pogodba za opravljanje storitev	21	5	1
Nobeno od navedenih	12	9	1
Koncesijska pogodba	11	2	
Druge oblike	1	1	1
Lizing pogodba	1	1	
BOT z izvedenkami	1	1	

Tabela 10: Struktura oblik izvajanja JZP glede na regijo delovanja javnih zdravstvenih zavodov

Regija/raven	Pogodba za opravljanje storitev	Nobena od navedenih	Koncesijska pogodba	Druge oblike	Lizing pogodba	BOT z izvedenkami
Ljubljanska	4	8	1		1	
Velenjsko-koroška	5	3	3	1		
Primorska	4	1	3	1		
Pomurska	3	2				
Gorenjska	3	1		1		1
Celjska	2	1	2			
Mariborska	3		2			1
Posavska	1	2	1			
Dolenjska	1		2		1	
Obalno-kraška	1	1				
Goriška		1				
Ptujsko-ormoška		1				
Zasavska		1				

Tabela 11: Struktura oblik izvajanja JZP glede na velikost javnih zdravstvenih zavodov

Velikost/oblika JZP	Pogodba za opravljanje storitev	Nobena od navedenih	Koncesijska pogodba	Druge oblike	Lizing pogodba	BOT z izvedenkami
Do 100 zaposlenih	12	11	11	1		
Do 300 zaposlenih	7	2	1	3	1	1
Nad 300 zaposlenih	5	5		1	2	1
Brez odgovora	1	1				

Tabela 12: Struktura anketiranih glede na pravno podlago za izvajanje JZP

Pravna podlaga/oblika zavoda	Univerzitetni centri	Splošne bolnišnice	Zdravstveni domovi	Zavodi za zdravstveno varstvo	Združenja zdravstvenih zavodov
Zakon o javno-zasebnem partnerstvu	1	2	6	3	1
Zakon o zdravstveni dejavnosti	1	3	16	4	2
Zakon o zdravniški službi		2	12	1	1
Zakon o lekarniški dejavnosti					
Drugo	1				

Tabela 13: Struktura anketiranih glede na področje dela in pravno podlago za izvajanje JZP

Pravna podlaga/raven	Primarna raven	Sekundarna raven	Terciarna raven
Zakon o javno-zasebnem partnerstvu	7	5	1
Zakon o zdravstveni dejavnosti	19	6	1
Zakon o zdravniški službi	13	3	
Zakon o lekarniški dejavnosti			
Drugo	1		

Tabela 14: Struktura anketiranih glede na regijo delovanja javnih zdravstvenih zavodov in pravno podlago za izvajanje JZP

Regija/raven	Zakon o javno zasebnem partnerstvu	Zakon o zdravstveni dejavnosti	Zakon o zdravniški službi	Zakon o lekarniški dejavnosti	Drugo
Ljubljanska	4	5	3		
Velenjsko-koroška	1	4	1		
Primorska	3	5	2		
Pomurska	1	2	2		1
Gorenjska	2	3	2		
Celjska	1	1	1		
Mariborska	1	2	1		
Posavska		1	1		
Dolenjska		2	2		
Obalno-kraška		1	1		
Goriška					
Ptujsko-ormoška					
Zasavska					

Tabela 15: Struktura anketiranih glede na velikost javnih zdravstvenih zavodov in pravno podlago za izvajanje JZP

Pravna podlaga/velikost	Do 100 zaposlenih	Do 300 zaposlenih	Nad 300 zaposlenih	Brez odgovora
Zakon o javno-zasebnem partnerstvu	7		6	
Zakon o zdravstveni dejavnosti	14	5	6	1
Zakon o zdravniški službi	7	4	4	1
Zakon o lekarniški dejavnosti				
Drugo		1		

Tabela 16: Struktura anketiranih javnih zdravstvenih zavodov in mnenje o izvajanju JZP v njihovih zavodih v prihodnosti

JZP v prihodnosti/oblika zavoda	Univerzitetni centri	Splošne bolnišnice	Zdravstveni domovi	Zavodi za zdravstveno varstvo	Združenja zdravstvenih zavodov
Da	1	2	3	2	1
Ne		4	24	6	3
Brez odgovora	1	3	2		1

Tabela 17: Struktura anketiranih glede na mnenje o izvajanju JZP v prihodnosti po področjih dela

Raven/JZP v prihodnosti	Da	Ne	Brez odgovora
Primarna raven	5	28	3
Sekundarna raven	3	9	3
Terciarna raven			2

Tabela 18: Struktura anketiranih javnih zdravstvenih zavodov glede na regijo zaposlitve in mnenje o izvajanju JZP v njihovih zavodih v prihodnosti

Regija/raven	Da	Ne	Brez odgovora
Ljubljanska	2	10	1
Velenjsko-koroška	1	7	1
Primorska		5	1
Pomurska		4	1
Gorenjska	2	2	
Celjska		3	
Mariborska	2	1	
Posavska	1	2	
Dolenjska		1	1
Obalno-kraška	1		1
Goriška			1
Ptujsko-ormoška		1	
Zasavska		1	

Tabela 19: Struktura anketiranih javnih zdravstvenih zavodov glede na velikost javnih zdravstvenih zavodov in mnenje o izvajanju JZP v njihovih zavodih v prihodnosti

JZP v prihodnosti/velikost	Do 100 zaposlenih	Do 300 zaposlenih	Nad 300 zaposlenih	Brez odgovora
Da		4	5	
Ne	26	6	3	2
Brez odgovora	1	2	4	

Tabela 20: Struktura anketiranih zavodov, ki izvajajo JZP in ga v prihodnosti ne nameravajo izvajati

JZP v prihodnosti	Število
Zavodi, ki ne izvajajo JZP in ga ne nameravajo tudi v prihodnosti	15
Zavodi, ki izvajajo JZP in ga ne nameravajo izvajati v prihodnosti	22