

UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA

DIPLOMSKO DELO

JERNEJA URANIČ

UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA

DIPLOMSKO DELO
**PRIVATIZACIJA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI
V SLOVENIJI**

Ljubljana, junij 2006

JERNEJA URANIČ

IZJAVA

Študentka Jerneja Uranič izjavljam, da sem avtorica tega diplomskega dela, ki sem ga napisala pod mentorstvom mag. Marka Čoha in dovolim objavo diplomskega dela na fakultetnih spletnih straneh.

V Ljubljani, dne_____ Podpis:_____

UVOD	1
1 SISTEM ZDRAVSTVENGA VARSTVA	2
1.1 OPREDELITEV ZDRAVSTVENEGA VARSTVA	2
1.2 UDELEŽENCI V SISTEMU ZDRAVSTVENEGA VARSTVA	2
1.3 ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE	3
1.4 PREDSTAVITEV ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI	4
1.5 FINANCIRANJE SISTEMA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA	5
1.5.1 Zbiranje sredstev	6
1.5.2 Razporejanje in poraba sredstev	7
1.6 RAZVOJ ZDRAVSTVENEGA VARSTVA IN ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V SLOVENIJI	8
1.6.1 Slabosti sedanjega zdravstvenega zavarovanja.....	10
2 ANALIZA UČINKOVITOSTI SLOVENSKEGA ZDRAVSTVENEGA SISTEMA	11
2.1 LASTNIŠTVO	12
2.2 UPRAVLJANJE IN ORGANIZACIJA ZDRAVSTVENEGA SISTEMA.....	12
2.3 KONKURENCA IN TRŽNO GOSPODARJENJE	14
2.3.1 Odnos izvajalec - uporabnik zdravstvenih storitev.....	14
2.3.2 Odnosi med izvajalci zdravstvenih storitev	14
2.3.3 Odnosi izvajalci - dobavitelji.....	15
2.3.4 Odnosi med izvajalci zdravstvenega varstva in organizacijami zdravstvenega zavarovanja	16
2.4 FINANCIRANJE ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI	16
2.5 REGULACIJA DRŽAVE.....	18
3 REFORME ZDRAVSTVENEGA SISTEMA.....	18
3.1 REFORMA ZDRAVSTVENEGA SISTEMA V SLOVENIJI	19
4 PRIVATIZACIJA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI.....	22
4.1 POJEM PRIVATIZACIJE IN VZROKI ZANJO.....	22
4.2 CILJI IN OBLIKE PRIVATIZACIJE.....	24
4.3 PREDNOSTI IN SLABOSTI ZASEBNEGA IN JAVNEGA ZDRAVSTVENEGA SISTEMA	26
4.4 RAZMERJE IN RAVNOVESJE MED JAVNIM IN ZASEBNIM SEKTORJEM	28
4.5 ZASEBNIŠTVO V RAZLIČNIH ZDRAVSTVENIH SISTEMIH	29
4.6 PRIVATIZACIJA ZDRAVSTVA V SLOVENIJI.....	30
4.6.1 Problemi, povezani z uvajanjem zasebne dejavnosti v slovensko zdravstvo.....	32
4.6.1.1 Možnosti za »čiste« zasebnike	32
4.6.1.2 Zasebnik v mreži javne zdravstvene službe	33
4.6.1.3 Konkurenčna klavzula	34
4.6.1.4 Podeljevanje koncesij.....	35
4.6.2 Podjetizacija javnih bolnišnic	36
4.6.3 Prihodnost slovenskega zdravstva.....	37
4.7 ODNOS SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠTVA DO PRIVATIZACIJE ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI: ANALIZA NA PRIMERU ZDRAVSTVENEGA DOMA KRANJ.....	38
SKLEPI.....	41
LITERATURA	43
VIRI	45

UVOD

Zdravstvo je eno najkompleksnejših in najobčutljivejših področij vsake države. Predstavlja področje, ki je vselej deležno velikega zanimanja, tako s strani posameznika kot družbe. Vse naše dejavnosti so namreč odvisne od našega dobrega zdravja. Zagotavljanje ustreznih zdravstvene in socialne varnosti je tako v interesu tako države kot tudi posameznika.

Izzivi v zdravstvu pa so v sodobni družbi mnogo bolj kompleksni kot izzivi pred nekaj leti. Vse države po svetu se soočajo s problemom naraščajočih zdravstvenih stroškov na eni strani ter omejenimi viri financiranja na drugi strani. Razlogov za naraščanje stroškov je več, med najpomembnejše uvrščamo podaljševanje življenjske dobe prebivalstva ter naraščanje stroškov novih tehnologij in zdravil. Ljudje pa imajo glede zdravja tudi vedno večje potrebe in pričakovanja. Države tako poskušajo z različnimi reformami zdravstvenega sistema najti ustrezno razmerje in ravnovesje med ekonomsko racionalnostjo in socialno pravičnostjo.

Ustrezen odgovor na nastale probleme naj bi bilo sproščanje zasebne ponudbe, svobodnega podjetništva ter tržnih zakonitosti. Predpogoj za vzpostavitev teh mehanizmov je določena mera privatizacije zdravstvene dejavnosti. Številne evropske države se tako že nekaj let srečujejo s procesom privatizacije. Tudi v Sloveniji se tem trendom nismo mogli izogniti. V zadnjih letih se je v zdravstvenem varstvu okrepil zasebni sektor, kar je vplivalo tudi na delovanje javnega zdravstva.

Namen diplomskega dela je osvetliti probleme, ki se dandanes pojavljajo v zdravstvu. Posebna pozornost je namenjena privatizaciji zdravstvenega sistema v Sloveniji ter problematiki uvajanja zasebne zdravstvene dejavnosti v zdravstvo.

Diplomsko delo obsega štiri tematske sklope. V prvem poglavju so predstavljene opredelitve osnovnih pojmov ter značilnosti različnih sistemov zdravstvenega varstva. Opisan je tudi razvoj zdravstvenega sistema v Sloveniji ter njegove glavne značilnosti.

Drugo poglavje preučuje učinkovitost slovenskega zdravstvenega sistema. Glavna področja (ne)učinkovitosti so na področju lastništva oziroma odnosa med javno in privatno lastnino, pri upravljanju in organizaciji zdravstvenega sistema, na področju financiranja zdravstva, regulacije države ter na področju konkurence med organizacijami zdravstvenega varstva.

Tretje poglavje obravnava reforme zdravstvenega sistema. V njem so na kratko predstavljeni nekateri glavni cilji reforme zdravstvenega sistema v Sloveniji.

Četrto poglavje pa preučuje privatizacijo zdravstvene dejavnosti, njene oblike, cilje in učinke. Poudarek je na obravnavi uvajanja zasebne zdravstvene dejavnosti v slovensko zdravstvo ter problemih, ki se ob tem pojavljajo. Osrednji del tega razdelka je prikaz rezultatov ankete, ki sem jo izvedla med zdravniki Zdravstvena doma Kranj in katere namen je predstaviti odnos zdravnikov do privatizacije zdravstvene dejavnosti.

1 SISTEM ZDRAVSTVENGA VARSTVA

1.1 Opredelitev zdravstvenega varstva

Po Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (v nadaljevanju ZZVZZ) je zdravstveno varstvo opredeljeno kot 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 zagotavlja socialna varnost v primeru bolezni, poškodbe, poroda ali smrti (ZZVZZ, 2005).

Osnovni cilj vseh sistemov zdravstvenega varstva je zagotoviti univerzalen dostop do zdravstvenih pravic ob hkratnem ohranjanju stroškov na določeni ravni. Dostop do zdravstvenega varstva mora biti pravičen, zagotovljena mora biti enaka kakovost zdravstvenih storitev za ljudi, ki imajo enake zdravstvene potrebe (Keber et al., 2003, str. 20).

Sistem zdravstvenega varstva je razvejan, odprt, dinamičen sistem, ki se v času spreminja. Razvojne spremembe se kažejo tako v zgradbi sistema (notranje spremembe) kot tudi v delovanju (zunanje spremembe). S spreminjanjem se sistem zdravstvenega varstva prilagaja spremembam širšega družbenega in političnega okolja ter zdravstvenim potrebam in zahtevam ljudi. V sistem zdravstvenega varstva se je že zelo zgodaj vmešala država, da bi v njem strokovno in ekonomsko zavarovala bolnika. V delovanje sistema zdravstvenega varstva razvitih držav pa se vse bolj mešajo tudi spontani tržni odnosi. Tako dandanes prevladujejo mešani javno-zasebni sistemi (Česen, 1998, str. 20). Glavni razlogi za spreminjanje zdravstvenega varstva v Evropi so uveljavljanje komercializacije, privatizacije, podjetništva in konkurence.

1.2 Udeleženci v sistemu zdravstvenega varstva

V procesu usklajevanja interesov v upravljanju in vodenju sistema zdravstvenega varstva nastopajo organizirane skupine ljudi, ki imajo različne, tudi nasprotujoče si interese in cilje. Organizacija sistema zdravstvenega varstva je zato zasnovana tako, da kar najbolj učinkovito povezuje in usklajuje interese vseh teh skupin. Gre za tripartitni sistem upravljanja, ki vključuje tri skupine akterjev: uporabnike zdravstvenih storitev, izvajalce zdravstvenih storitev ter državo, ki zastopa družbene interese. Partnerji so organizacijsko povsem ločeni, svoje interese pa usklajujejo z dogovarjanji ali pogajanjem.

- **Uporabniki zdravstvenih storitev** so vsi prebivalci, ki želijo ostati zdravi, ob bolezni pa dobiti ustrezno medicinsko pomoč. Predstavnice in nosilke interesov uporabnikov zdravstvenih storitev so zdravstvene zavarovalnice (javne in privatne), ki za ceno prispevka ali premije ljudem zagotavljajo zdravstveno varstvo.
- **Izvajalci zdravstvenih storitev** so vsi zdravstveni delavci in sodelavci, ki opravljajo zdravstveno dejavnost. Skupaj z materialnimi zmogljivostmi, kot so zgradbe in oprema, tvorijo zdravstveno službo. Ljudem ponujajo preventivne in kurativne zdravstvene storitve ter nezdravstvene storitve. V zdravstveno službo pa sodijo tudi delavci, ki opravljajo izobraževalno in raziskovalno dejavnost. Izvajalce zdravstvenih storitev razdelimo na tiste, ki opravljajo zdravstveno dejavnost v okviru javne zdravstvene službe in tiste, ki svojo dejavnost opravljajo izven javne zdravstvene službe in so zato plačljivi. Med izvajalci zdravstvenega varstva prevladujejo javne organizacije. Javne organizacije so lahko organizirane v obliki javnih zavodov, pri katerih država neposredno uresničuje družbeni interes z upravljanjem in financiranjem, in v obliki javnih podjetij, kjer so izvajalci organizirani v obliki podjetij, katerih lastnik je država.
- **Država** skrbi za ravnotežje med interesi zdravstvenega varstva in interesi drugih področij gospodarstva in negospodarstva. Država tako zastopa družbene interese ter ima med partnerji nadrejen položaj. Sistem zdravstvenega varstva je zato polavtonomen, saj ima država ključne pristojnosti in največji vpliv na glavne odločitve.

Glavne skupine udeležencev pri upravljanju sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji so Ministrstvo za zdravje kot predstavnik države, Zdravniška zbornica in Lekarniška zbornica kot predstavnik izvajalcev zdravstvene in lekarniške dejavnosti ter Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju ZZVS), ki predstavlja interese uporabnikov zdravstvenih storitev.

1.3 Zdravstveno zavarovanje

Zdravstveno zavarovanje zagotavlja zavarovancem dve skupini pravic, in sicer pravico do zdravstvenih storitev in pravico do denarnih prejemkov. Do zdravstvenih storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja so upravičene vse zavarovane osebe in med njimi ni razlik. Denarni prejemki pa so nadomestila plače za čas odsotnosti od dela iz bolezenskih razlogov, povračila potnih stroškov, pogrebne in posmrtnine (ZZVZZ, 2005).

Poznamo dve vrsti zdravstvenih zavarovanj:

Obvezno zdravstveno zavarovanje predstavlja največji del zagotavljanja zdravstvenega zavarovanja. Vsem zavarovancem nudi enakopraven dostop do zdravstvene preskrbljenosti, ki jo določata zakon in vsakoletni dogovor med partnerji. Pravice iz tega zavarovanja pomenijo najvišji dosegljivi zdravstveni standard, ki ga zagotavlja država (Česen, 1998, str. 64).

Obvezno zdravstveno zavarovanje pa ne krije vseh storitev v celoti, ampak le določen odstotek cene storitev. Razliko do polne cene storitve mora plačati zavarovanec neposredno zdravstveni službi, lahko pa se za ta doplačila prostovoljno zavaruje. Nosilec obveznega zavarovanja v Sloveniji je ZZVS. Sredstva za obvezno zavarovanje se zagotavljajo s prispevki, ki jih plačujejo zavarovanci, delodajalci in drugi zavezanci (ZZVZZ, 2005).

Prostovoljno zdravstveno zavarovanje – Obsega zavarovanje za razliko do polne vrednosti storitev, ki so sestavni del obveznega zdravstvenega zavarovanja, zavarovanje za večji obseg pravic ali višji standard storitev ter zavarovanje za dodatne pravice, ki niso zajete v obveznem zavarovanju. Za to zavarovanje se zavarovanci odločijo sami. Prostovoljno zdravstveno zavarovanje na podlagi ZZVZZ izvajajo zavarovalnice. V Sloveniji so to naslednje: Adriatic d.d., Triglav zdravstvena zavarovalnica d.d. in Vzajemna zdravstvena zavarovalnica d.v.z.

1.4 Predstavitev zdravstvene dejavnosti

V zdravstveni dejavnosti so združene tiste zdravstveno usmerjene aktivnosti, za katere država na določeni stopnji ekonomske in socialne razvitosti presodi, da morajo biti ljudem na voljo za zadovoljevanje zdravstvenih potreb. Z opravljanjem zdravstvene dejavnosti želi doseči dva cilja (Česen, 1988, str. 14):

- vzdrževati delovno sposobnost prebivalstva (predvsem aktivnega) na ravni, ki omogoča nemoten potek proizvodnih procesov,
- prispevati k blaginji in kakovosti življenja posameznika.

Po zakonu pa zdravstvena dejavnost obsega 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 (Zakon o zdravstveni dejavnosti, 2005).

Zdravstvena dejavnost se izvaja na treh ravneh:

- **Primarna raven** - obsega osnovno zdravstveno dejavnost in lekarniško dejavnost. Osnovno zdravstveno dejavnost opravljajo zdravstveni domovi, zdravstvene postaje in zasebni zdravstveni delavci.
- **Sekundarna raven** - pomeni specialistično-hospitalno, diagnostično in terapevtsko obravnavo. Zdravstvena dejavnost obsega specialistično ambulantno in bolnišnično dejavnost. Specialistično ambulantno dejavnost opravljajo bolnišnice, zdravilišča ali zasebni zdravniki specialisti posameznih strok.
- **Terciarna raven** - obsega opravljanje dejavnosti klinik, kliničnih inštitutov ali kliničnih oddelkov ter drugih pooblaščenih zdravstvenih zavodov. Dejavnost 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. Zdravstvene storitve oziroma programe, ki se opravljajo na terciarni ravni, določi ministrstvo, pristojno za zdravje.

V Sloveniji mrežo javne zdravstvene službe na primarni ravni določa in zagotavlja občina oziroma mesto, izjemoma pa sodeluje tudi Republika Slovenija. Na sekundarni in terciarni ravni pa mrežo javne zdravstvene službe zagotavlja Republika Slovenija. Poslovno poročilo ZZS-ja za leto 2004 navaja, da je bilo v pogodbenem letu 2004 v javno zdravstveno mrežo vključenih 1.406 izvajalcev, in sicer 219 z javnimi zavodi in 1.187 z zasebniki.

1.5 *Financiranje sistema zdravstvenega varstva*

Financiranje zdravstva pomeni zbiranje in razporejanje sredstev na vse ravni zdravstvene dejavnosti: na primarno raven (v Sloveniji jo imenujemo tudi osnovna zdravstvena raven), sekundarno in terciarno raven (Stepan et al., 1999, str. 13).

Sistem financiranja zdravstvenega varstva je za učinkovito izvajanje zdravstvenih programov, kakovostnih storitev in dostopnost zavarovancev do pravic, dogovorjenih v državni zakonodaji, izjemnega pomena za funkcioniranje zdravstva (Košir, 2005, str. 460).

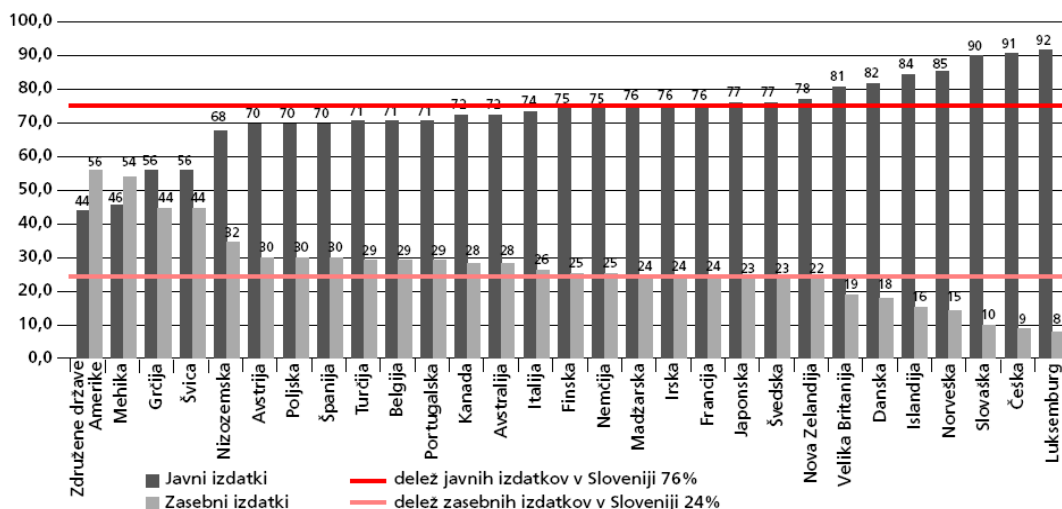
Financiranje zdravstvenega varstva poteka na dva temeljna načina. Za dobrine zasebnega značaja poteka financiranje preko trga. Viri tega financiranja so dohodki posameznikov oziroma njihova neposredna plačila in sredstva prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Za dobrine javnega značaja pa poteka financiranje preko obveznega zdravstvenega zavarovanja, državnega proračuna, sredstev občin in regij. Država mora s politiko obveznega zdravstvenega zavarovanja zagotoviti tak obseg sredstev za financiranje zdravstvenega varstva, da obseg ponudbe teh storitev ustreza družbenemu interesu. Zagotoviti pa mora tudi ustrezno raven enakosti in pravičnosti pri dostopu do zdravstvenega varstva (Tajnikar, Došenovič, 2003, str. 4).

Nenehno grožnjo financiranju zdravstvenega varstva in njegovi finančni stabilnosti pa predstavljajo hitro rastoči izdatki za zdravstvo (delež BDP za zdravstvo se namreč hitro povečuje). Ti so predvsem posledica staranja prebivalstva, posledičnih sprememb v patologiji, hitrega razvoja medicine, novih zdravil, večje zahtevnosti in večjega povpraševanja zavarovancev, zmanjševanja števila aktivnega prebivalstva in drugih razvojnih izzivov. Razvite države tako iščejo rešitve, kako s kombinacijami javno-zasebnih virov zagotoviti financiranje organiziranega javno-zasebnega zdravstva in zadostiti povečevanju izdatkov za zdravstvo (Košir, 2005, str. 460).

Kljub trendu povečevanja zasebnih izdatkov v financiranju zdravstva pa v Evropi še vedno prevladujejo javna finančna sredstva, delež zasebnih sredstev pa je manjši in le v nekaterih

državah presega 20 odstotkov vseh stroškov. Slika 1 prikazuje delež zasebnih in javnih izdatkov, namenjenih zdravstvenemu varstvu po posameznih državah. Deleži so odvisni od pravne ureditve zdravstvenega varstva v posamezni državi, obsega pravic zavarovanih oseb in njihove zdravstvene ter socialne varnosti v državi, razvitosti prostovoljnih zavarovanj ter pripravljenosti ter sposobnosti ljudi, da si zdravstvene dobrine privoščijo z lastnimi sredstvi (Toth, 2003, str. 128).

Slika 1: Delež zasebnih in javnih izdatkov, namenjenih zdravstvu po posameznih državah



Vir: Keber et al., 2003, str. 253.

Proces financiranja sistema zdravstvenega varstva gre skozi tri faze: zbiranje (viri) sredstev, prenos sredstev ter poraba sredstev. Mnogokrat pa se strategije, ki vplivajo na prenos ali porabo sredstev, vračajo na zbiranje sredstev, zato je včasih jasno razmejevanje med temi procesi nemogoče (Stepan et al., 1999, str. 19).

1.5.1 Zbiranje sredstev

Vire financiranja zdravstvenega varstva predstavljajo (Toth, 2003, str. 475):

- prispevki za obvezno zdravstveno zavarovanje oziroma sredstva ZZS-ja,
- sredstva oziroma prispevki prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj,
- proračunska sredstva (državni proračun, občine),
- sredstva drugih naročnikov (samoplačniki - neposredna plačila "iz žepa", delodajalci,...).

Evropske države so vsaka zase razvile sistem financiranja zdravstvenega varstva, vendar pa so si ti sistemi zaradi sledenja podobnim ciljem in zaradi podobnega zgodovinskega ozadja med seboj precej podobni. Glede na načine zbiranja sredstev tako v Evropi poznamo tri različne modele sistemov zdravstvenega varstva in sicer Bismarckov model ali model socialnega

zdravstvenega varstva, Beveridgeov model ali model nacionalnega zdravstvenega varstva in Semaškov model ali model socialističnega zdravstvenega varstva. V ZDA pa so razvili Tržni model zdravstvenega varstva. Podrobneje so modeli opisani v Prilogi 1.

1.5.2 Razporejanje in poraba sredstev

Medtem ko se načini zbiranja sredstev za zdravstveno varstvo med državami razlikujejo, pa poraba sredstev v različnih državah kaže podobno sliko. V porabi sredstev prevladujejo stroški osebja (plače zdravnikov in drugih medicinskih delavcev), ostalih 30 – 50 odstotkov pa predstavljajo stroški uporabnih in potrošnih dobrin ter tehnologije. V kategoriji uporabnih in potrošnih dobrin prevladujejo stroški zdravil ter druge medicinske uporabne in potrošne dobrine, v kategoriji tehnologije pa amortizacija stavb, naprav ter medicinskih aparatov (Stepan et al., 1999, str. 126-127).

Obstajata dva sistema razporejanja sredstev, delitev pa se izvede glede na osnovno plačilno enoto oziroma možnost izvajalca za prerazdeljevanje:

- Storitveni sistem - temelji na plačevanju zdravstvenih storitev ali posameznih sestavin celotnih zdravstvenih storitev v bolnišnici. Tveganje obvladovanja stroškov je preneseno na plačnika (Ceglar, 2004, str. 27).
- Proračunski sistem - temelji na plačilu celotne vsote posameznemu izvajalcu za celotni dogovorjeni obseg zdravstvenega programa (Keber et al., 2003, str. 90). Tveganje obvladovanja stroškov je tako preneseno na izvajalca zdravstvene dejavnosti. Ta model uporablja tudi Slovenija.

Stroški plačila zdravstvenih delavcev predstavljajo največji del porabe sredstev v zdravstvu. Načini oziroma modeli plačevanja zdravstvenih delavcev zato predstavljajo pomemben del sistema zdravstvenega varstva vsake države. Le-ti lahko v veliki meri vplivajo na obseg in kakovost zdravstvenih storitev. Uporabljajo se kot orodje, s katerim je možno vplivati na spodbujanje ali omejevanje obsega zdravstvenih storitev, s tem pa tudi na višino sredstev za pokrivanje zdravstvenih programov ter preko tega na izdatke zdravstvenega varstva in zavarovanja. Modeli morajo biti zato oblikovani tako, da izvajalcem zdravstvenega varstva omogočajo dovolj visoka plačila, ki so motiv za kakovostno opravljanje storitev, po drugi strani pa morajo preprečiti razsipavanje za nepotrebne storitve (Ceglar, 2004, str. 26).

Poznamo naslednje modele plačevanja zdravstvenih delavcev: plačevanje po proračunu ali plačilo za program, plačevanje po glavarini, plačevanje po bolnišničnem oskrbnem dnevu, plačevanje po primeru in plačevanje po obračunanih storitvah. Vsi modeli so podrobneje opisani v Prilogi 2.

V Sloveniji so v veljavi naslednji modeli plačevanja zdravstvenih delavcev:

- V **zdravstveni dejavnosti na primarni ravni** se uporablja kombiniran sistem glavarine in storitev, kjer je približno 50% prihodka zdravniške ekipe zagotovljeno preko glavarine, 50% pa preko storitev. Za opravljene storitve v času dežurne službe in nujno medicinsko pomoč plačuje ZZZS v pavšalu.
- V **specialistični ambulantni dejavnosti** je v veljavi storitveni sistem. Za posamezne ožje specialistične ambulantne dejavnosti so opredeljeni standardi, ki določajo letni plan finančnih sredstev na tim.
- V **bolnišnični dejavnosti** je v veljavi sistem plačevanja po številu odpuščenih primerov (bolnikov), evidenčno pa se spremljajo tudi dnevi. Obseg finančnih sredstev bolnišnice se planira s številom primerov v skladu s standardno ležalno dobo. Za plačevanje enodnevnih in dnevne bolnišnice je v veljavi sistem plačevanja po primeru.

1.6 Razvoj zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji

Slovenija ima dolgo tradicijo oblikovanja javnega zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja. Že leta 1889 je bila v Ljubljani po vzoru Bismarckovega modela ustanovljena prva bolniška blagajna. Bolniške blagajne so se kasneje razširile v ostale večje kraje na Slovenskem, kjer so delovale vse do druge svetovne vojne. V tem času je bil storjen velik napredek pri razvoju primarnega zdravstvenega varstva. Zdravniki so delali predvsem kot zasebniki, delovale pa so tudi številne bolnišnice. Slovenija je imela ob vstopu v Jugoslavijo za tedanje čase dobro razvit sistem socialnega zavarovanja. Poleg centralistično planskega gospodarstva se je izvajalo tudi plansko zdravstvo, ki je iz enega centra določalo programe zdravstvenega varstva ter obseg sredstev, namenjenih zdravstvu.

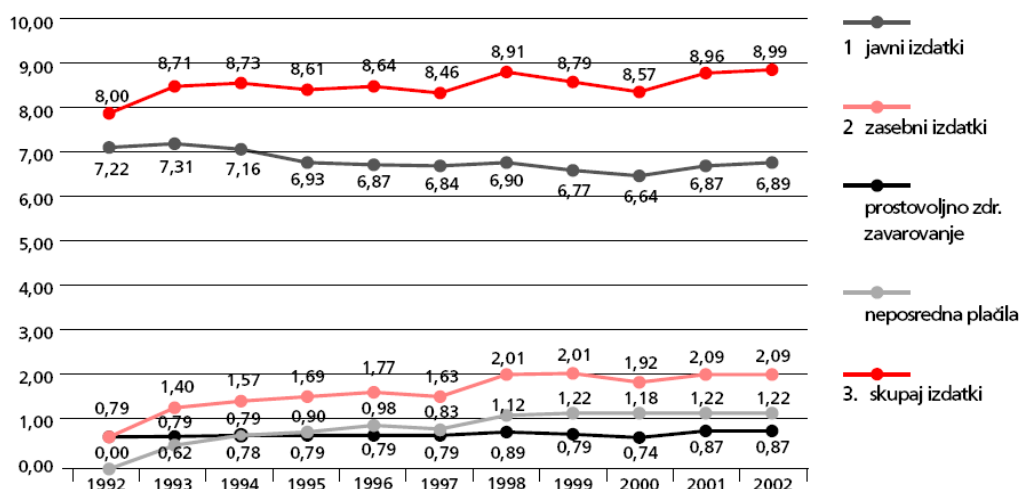
Po drugi svetovni vojni je šel razvoj zdravstvenega sistema skozi različne faze in organizacijske oblike, ki so bile večinoma rezultat političnega in ekonomskega razvoja v tedanji Jugoslaviji. Sistem se je vedno bolj približeval Beveridgovemu modelu nacionalne zdravstvene službe. Uvedeno je bilo namreč splošno zdravstveno zavarovanje, ki je bilo ločeno od socialnega zavarovanja, zdravstveno varstvo pa je bilo zagotovljeno enako za vse prebivalstvo. Regijsko zasnovani zdravstveni centri (vključevali so zdravstvene domove, bolnišnice, lekarne in zavod za zdravstveno varstvo), ki so postali last države, so se financirali iz državnega proračuna. Zasebna praksa je bila ukinjena in prepovedana. Decentralizacija zdravstvenega sistema je pripeljala do nepreglednosti zdravstvene politike, slabega nadzora nad porabo sredstev, odvečne administracije ter širjenja uveljavljanja pravic. Posledica tega je bilo naraščanje stroškov zdravstvene dejavnosti ter posledično pomanjkanje virov za financiranje zdravstva, saj se je le to financiralo zgolj iz javnih financ. Za razbremenjevanje javnih izdatkov so bila uvedena doplačila (t.i. participacije), ki pa večjih pozitivnih učinkov niso prinesla (Košir, Mencelj, 1992, str. 12-13; Stepan et al., 1999, str. 145-146; Keber et al., 2003, str. 64).

Že pred osamosvojitvijo Slovenije je tako dozorevalo spoznanje, da obstoječi sistem nacionalne zdravstvene službe ne more dati pravih rezultatov. Po osamosvojitvi Slovenije leta 1991 je tako ob drugih splošnih spremembah v slovenski družbi prišlo tudi do reforme zdravstvenega sistema. V okviru reforme je bila marca 1992 sprejeta nova zakonodaja na področju zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, ki je prinesla naslednje novosti (Gracar, 1999, str. 31):

- prekinitev izvajanja sistema nacionalnega zdravstvenega varstva in uvedbo sistema zdravstvenega zavarovanja,
- uvedbo obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja,
- uvedbo doplačil,
- postavitev ZZZS-ja kot javnega zavoda, ki izvaja obvezno in prostovoljno zavarovanje,
- uvedbo zasebne zdravniške prakse, ki lahko storitve opravlja tudi kot del javne zdravstvene dejavnosti - to pomeni nastanek konkurence med javnim in zasebnim zdravstvom, kar lahko prispeva k izboljšanju kakovosti zdravstvenih storitev,
- partnerski pristop k oblikovanju in vsebini programov ter elementov cen zdravstvenih storitev - partnerji (izvajalci zdravstvenih storitev, država ter zavarovane osebe) tako skupaj odločajo o programu zdravstvenih storitev ter izhodiščih za njihovo uresničevanje.

Današnji model zdravstvenega varstva v Sloveniji lahko uvrstimo v Bismarckov model zdravstvenega varstva. Delež javnih izdatkov za zdravstvo se je v BDP od leta 1992 po uvedbi prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja zmanjševal, medtem ko so zasebni izdatki v obdobju 1992-2002 pospešeno rasli, kar kaže tudi Slika 2. Breme dodatnega financiranja zdravstva se je prevalo predvsem na zasebna sredstva prebivalcev v obliki premij prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja in neposrednih plačil.

Slika 2: Delež javnih, zasebnih in celotnih izdatkov za zdravstvo v Sloveniji v % od BDP v obdobju 1992 – 2002



Vir: Keber et al., 2003, str. 241.

1.6.1 Slabosti sedanjega zdravstvenega zavarovanja

Prostovoljna zavarovanja so veliko pripomogla k razbremenjevanju javne porabe in večjemu financiranju zdravstvenega sistema z zasebnimi sredstvi, hkrati pa so povzročila zmanjšanje solidarnosti in pravičnosti. Delni umik države s področja financiranja zdravstvenega varstva je namreč z uvedbo doplačil za večino zdravstvenih pravic zmanjšal dotedanjo skoraj popolno solidarnost pri zbiranju sredstev in breme financiranja v povečani meri prenesel na ekonomsko šibkejšje sloje prebivalstva (Keber, 2003, str. 57). Slabosti sistema zdravstvenega zavarovanja se nanašajo predvsem na naslednja področja:

- **Doplačila za zdravstvene storitve** - Uvedba doplačil za zdravstvene pravice je zmanjšala solidarnost in breme financiranja delno prenesla z zdravih na bolne in od ekonomsko močnejših na ekonomsko šibkejšje sloje. Zakon ne predvideva niti minimalnega svežnja pravic, ki bi jih v celoti pokrivalo obvezno zdravstveno zavarovanje in ki bi vsaj najmanj zahtevnim državljanom zadoščal za njihove zdravstvene potrebe brez poseganja v njihove zasebne vire (Keber et al., 2003, str. 66). Državljanom ni tako nobena pravica več v celoti zagotovljena iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.
- **Prostovoljno dodatno zavarovanje** - Prostovoljno zavarovanje je izboljšalo vzajemnost in pripomoglo k solidarnosti med zdravimi in bolnimi (odpravilo je tveganje pred velikim plačilom iz žepa v primeru bolezni), ki so jo okrnili doplačila, ne pa tudi solidarnosti med bogatimi in revnimi. Zavarovanje tako ni pravično. Prispevki za obvezno zavarovanje so sorazmerni z višino dohodka, prispevki za prostovoljno zavarovanje pa so za vse enaki. S tem so privilegirani ljudje z višjimi dohodki, revnejši državljani pa prispevajo za zdravstveno varstvo relativno znatno več kot bogatejši (Hindl, 2003, str. 5-6).

Zavarovanje za doplačila pa tudi ni pravo prostovoljno zavarovanje, saj ljudje brez njega praktično ne morejo uveljaviti pravic iz obveznega zavarovanja. Sama distribucija zdravstvenih pravic med obveznim in prostovoljnim zdravstvenim zavarovanjem namreč ni razumno urejena. Kar 95 odstotkov ljudi je namreč vključenih tudi v prostovoljno zavarovanje. To kaže, da gre v bistvu za prikrito obvezno zavarovanje, ki ga je izsilila zakonska uredba: zanj se ljudje odločajo predvsem zaradi bojazni, da v primeru bolezni ne bodo mogli uveljaviti nobene od stroškovno zahtevnejših pravic (Keber et al., 2003, str. 70).

- **Sveženj pravic, ki jih zagotavlja obvezno zdravstveno zavarovanje** - Seznam zdravstvenih pravic ni natančno opredeljen niti po vrstah niti po številu posameznih storitev. Večinoma je določen le z globalnimi potrebami prebivalstva, kot so število pregledov in število hospitalizacij, le izjemoma pa s številom posameznih storitev. Če se primerjamo z drugimi državami v Evropi, imamo glede na BDP na prebivalca zelo visoko raven pravic, vendar so najzahtevnejše in s tem tudi najdražje premalo dostopne. V naši košarici pravic so tudi takšne, ki vanjo ne sodijo, kot na primer pogrebne (v košarici zdravstvenih pravic jih nima nobena druga država) in prevozni stroški (Zupančič, 2005d).

2 ANALIZA UČINKOVITOSTI SLOVENSKEGA ZDRAVSTVENEGA SISTEMA

Za trg zdravstvenih storitev je značilno, da ne deluje popolnoma učinkovito. Na učinkovitost trgov zdravstvenih storitev pa tudi trgov nasploh vplivata dve značilnosti: nepopolna konkurenca in tržne nepopolnosti. Tržne nepopolnosti prinašajo odklone od splošno uveljavljenih načel tako pri oblikovanju cene kot tudi pri kakovosti proizvodov in storitev (Jaklič, 2005, str. 11).

Zdravstveni trg je zelo specifičen in zanj ne veljajo klasični ekonomski zakoni. Razlogov za specifičnost trga zdravstvenih storitev je več, najpomembnejši pa so naslednji (Keber et al. 2003, str. 44):

- informacijska asimetrija (pacienti v nasprotju z naprimer kupci v trgovini nimajo zadostnih podatkov in znanj, na podlagi katerih bi se odločali, katera bolnišnica je dobra in kateri zdravnik je slab; zdravniku in bolnišnici morajo preprosto zaupati in verjeti, da je bila zdravstvena nega nujna in najboljša možna),
- moralni hazard (ker storitve plača zavarovanje, jih izvajalci pretirano izvajajo in predpisujejo, uporabniki pa v pretirani meri uporabljajo),
- »posnemanje smetane« (privatne zavarovalnice izbirajo bogate in zdrave ali manj bolne zavarovance, v javnem sistemu pa ostanejo revnejši in bolj bolni),
- etično pogojena neučinkovitost (operacija kolka bolnika z aidsom leto dni pred smrtjo predstavlja s stališča učinkovitosti neracionalno porabo sredstev).

Zaradi vseh navedenih tržnih nepopolnosti so trgi zdravstvenih storitev tradicionalno regulirani in so področje številnih intervencij s strani države. Večina držav išče odgovore, kako povečati učinkovitost zdravstvenega sistema, česar se lotevajo z različnimi zdravstvenimi reformami.

Večina zdravstvenih reform, ki se loteva financiranja zdravstvenega sistema, se ukvarja s problemom (ne)učinkovitosti le-tega. Učinkovitost je možno izboljšati v vseh segmentih in na vseh ravneh zdravstvenega sistema (Keber et al., 2003, str. 46). Čeprav so načini in orodja, kako povečati učinkovitost, znani, se zastavlja vprašanje, zakaj se ne uporabljajo ali zakaj se premalo uporabljajo.

Učinkovitost v zdravstvu moramo iskati na poti od sredstev za zdravstveno varstvo do zdravja. Glavna področja (ne)učinkovitosti v zdravstvu nastajajo na področju lastništva oziroma odnosa med javno in privatno lastnino, pri upravljanju in organizaciji zdravstvenega sistema, na področju financiranja zdravstva, regulacije države ter na področju konkurence med organizacijami zdravstvenega varstva.

2.1 Lastništvo

Prvo področje neučinkovitosti v zdravstvu je lastništvo oziroma odnos med privatno in javno lastnino izvajalcev ter plačnikov zdravstvenega varstva. Učinkovitost je tudi v zdravstvu povezana z razgrajevanjem državne lastnine, njeno delno privatizacijo ter izpostavljanjem vplivu konkurence privatne lastnine. Konkurenca med državnim in privatnim sektorjem v zdravstvu pa lahko poveča učinkovitost enega in drugega (Došenovič, 2005, str. 109).

V Sloveniji imamo dva vzporedna zdravstvena sistema – privatnega in javnega (državnega). Med sabo bi morala biti komplementarna, vendar ni tako. Mnenja o tem, ali je bolj učinkovito javno ali zasebno zdravstvo, so zelo različna. Po eni strani naj bi bil zasebni sektor učinkovitejši, saj ga k temu vodijo kapitalski dobički. Pri zasebnih izvajalcih izgube ne pokriva plačnik, temveč lastnik, zato je njihovo poslovanje podrejeno ciljem lastnika.

Javno zdravstvo naj bi v primerjavi z zasebnim slabo gospodarilo s sredstvi, imelo manjšo donosnost, ekonomičnost in produktivnost. Razlogi za to so v lastništvu javnega zdravstva, ki je pod okriljem države, poslovanje pa je lahko podrejeno ciljem plačnika. Države in zaposlenih tako nihče ne sili, da bi prevzeli odgovornost lastnika. Direktorji javnih zdravstvenih ustanov niso prisiljeni upoštevati stroškovne učinkovitosti in konkurirati z zasebnim sektorjem kot običajne gospodarske družbe, saj se izgube v javnem zdravstvu prenašajo v blagajno ZZZS in iz te blagajne v državni proračun. Po mnenju nekaterih bi bilo zato potrebno značaj javnih izvajalcev pripeljati bližje podjetniškemu organiziranju, kar se dogaja v javnem sektorju tudi povsod po svetu (Tajnikar, Došenovič, 2005, str. 16-17).

Kljub prednostim zasebnega sektorja pa je treba opozoriti tudi na njegove slabosti. Za zasebno dejavnost je značilno, da ne skrbi za javni interes. Tak sistem je tako lahko veliko bolj krivičen do državljanov - uporabnikov zdravstvenega varstva. Javni sistem tako velikokrat opravlja naloge, ki bi jih moralo zasebno zdravstvo, ki hoče delovati čim bolj racionalno, po načelu minimalnih stroškov. To pa naj bi bil tudi razlog za izgube v javnem sektorju.

2.2 Upravljanje in organizacija zdravstvenega sistema

Javni zavodi so v Sloveniji organizirani v skladu z birokratsko paradigmo organizacije. Delujejo po natančno določenih pravilih, zato je poudarjena hierarhična kontrola delovanja uslužbencev. Pri poslovanju so tako v ospredju formalni vidiki javne odgovornosti, kakovost in gospodarnost pa je drugotnega pomena. To pa je tudi eden od razlogov za togost in neučinkovitost organizacije zdravstvenega sistema (Tajnikar, Došenovič, 2003, str. 14).

Največje probleme v upravljanju in organizaciji zdravstvenega varstva predstavljajo (Keber et al., 2003, str. 193) :

- proces dela (neopredeljenost postopkov, razpršenost lokacij, zaloge zdravil...),
- organizacijska struktura (nedorečenost odgovornosti, nedoločenost klasifikacij storitev, slaba razmejitev organiziranosti...),
- poslovna kultura (odnos med zaposlenimi na različni hierarhični lestvici, neupoštevanje delovnega časa s strani zdravnikov, delovanje v svoj interes in lastno afirmacijo...),
- razmerje med poslovno in medicinsko stroko.

Ena najšibkejših točk slovenskega zdravstvenega sistema je organizacijska struktura. V zdravstvenih zavodih je le-ta preprosta, delitev dela ni usmerjena v procese, ampak je v veljavi delitev dela po poslovnih funkcijah ter delitev dela po tehnologiji in vrstah dela. Ta dva tipa delitve dela sicer omogočata specializacijo osebja po poklicih, kar vzpodbuja strokovno izpopolnjevanje. Prinašata pa tudi veliko slabosti, kot so zmanjševanje pomembnosti skupnega cilja organizacije, zaposleni so navezani bolj na svoj poklic in probleme poklica kot pa na uresničevanje skupnih ciljev organizacije, oddelki se težje sporazumevajo med seboj in se včasih tudi ovirajo (Keber et al., 2003, str. 193).

Tudi poslovna kultura v slovenskem zdravstvu ni dobra. Prevladuje linijska zvrst hierarhije, ki je sicer enostavna za vzpostavljanje in razumljiva večini udeležencev, omogoča strogo kontrolo in delovno disciplino, vendar pa prinaša tudi številne slabosti. Te so zapiranje v svoj oddelek, spodbujanje oddelčnega partikularizma, zaostrovanje konkurence med posameznimi oddelčnimi managerji itd (Tajnikar, Došenovič, 2003, str. 14).

Naslednja slabost je razdrobljenost zdravstvenega sistema, ki je izredno decentraliziran, slabo voden in tako neracionalen. Večina zavodov je bila zgrajenih, ko še ni bilo dobrih prometnih povezav, danes pa je imeti toliko bolnišnic nesmiselno. V teh zavodih je veliko strokovnega kadra in drage medicinske opreme, ki pogosto ni dovolj izkoriščena (Fortuna, 2005). Število stacionarnih zdravstvenih domov je za državo, ki vse skupaj tudi financira, preveliko. To vodi v drobljenje kapacitet, neustrezno kadrovske usposobljenosti oddelkov, premalo izkoriščeno medicinsko opremo na eni in zastarelost le-te na drugi strani. Tudi eden najbolj perečih problemov zdravstva v Sloveniji, čakalne dobe, so med drugim posledica razdrobljenosti sistema in nesodelovanja med bolnišnicami, ki preiskave in preglede večkrat ponavljajo.

Slabost slovenskega zdravstvenega sistema pa je tudi njegovo vodenje in upravljanje. Pri vodenju zdravstvenih organizacij se je okrepila miselnost, da direktor zdravstvenega zavoda za kakovostno delo potrebuje le znanje medicine. Trendi, ki so prisotni v svetovnem zdravstvu, pa kažejo, da poslovodstvo za uspešno vodenje zdravstvenih institucij ne potrebuje le medicinskega znanja, temveč tudi podjetniško znanje in sposobnosti. Sodobni direktor v javnem zavodu bi tako moral biti tudi podjetnik, saj so vse sodobne tendence v zdravstvu povezane s kombiniranjem virov, priložnosti in ljudi (Tajnikar, Došenovič, 2005, str. 16-17).

2.3 Konkurenca in tržno gospodarjenje

Neučinkovitost v zdravstvu se pojavlja tudi zaradi odsotnosti tržnega gospodarjenja in konkurence. Konkurence v Sloveniji ni prav veliko, saj je ta prostor zelo majhen, poleg tega pa javna mreža ohranja monopol javnega sektorja. Problemi nastajajo zaradi razmer na trgu delovne sile, zaradi monopolizacije trga dobaviteljev in zaradi neobstoja trga storitev zdravstvenega varstva (Došenovič, 2004, str. 33). Vprašanje konkurence se v zdravstvu pojavlja na štirih mestih, v katere moramo vključiti izvajalce in organizacije zdravstvenega varstva. Gre za tekmo med izvajalci za denar, tekmo za bolnike, tekmo med dobavitelji za izvajalce ter tekmo med zavarovalnicami za zavarovance.

2.3.1 Odnos izvajalec - uporabnik zdravstvenih storitev

Zdravstvo v znatni meri deluje v pogojih monopola. Uporabnik zdravstvenih storitev svoje potrebe lahko zadovoljijo le v ustanovah javnega sektorja, saj konkurenca le-teh ne obstaja. Zdravstvenim delavcem so stabilen položaj in plače zagotovljene s kolektivno pogodbo ne glede na količino in kakovost dela ter njihovo prijaznost ter ustrežljivost, zato se morajo uporabniki prilagoditi njihovim pravilom vedenja (Tajnikar, 2003, str. 10). Zaradi velikega povpraševanja lahko zdravstvena ustanova program vedno izpolni, čeprav bi jo posamezni uporabniki zapuščali. To pa ne velja za zasebne izvajalce, ki se morajo za svoje uporabnike mnogo bolj truditi.

Monopol pa v zdravstvu obstaja tudi ne glede na to, ali je lastnina državna ali zasebna. Ta se nanaša na monopol zdravstvene stroke nad vedenjem o tem, kaj je za posameznika koristno. Gre za uporabnikovo premajhno informiranost ter posledično nepoznavanje ponujenih storitev. Zdravniki tako kot ponudniki določajo storitve, ki bodo opravljene, uporabnik pa pri tem lahko le sodeluje. Zdravstveni izvajalci lahko "sugerirajo" posamezniku tiste storitve, ki so za njih bolj donosne, dodana vrednost k zdravju posameznika pa je vprašljiva (Keber et al., 2003, str. 188).

2.3.2 Odnosi med izvajalci zdravstvenih storitev

Vprašanje konkurence se pojavlja tudi med izvajalci zdravstvenih storitev. V mreži javne zdravstvene službe obstaja zelo malo konkurence med javnimi zdravstvenimi zavodi in koncesionarji, še manj pa med zdravniki znotraj zavodov (Podobnik, 1999, str. 35).

Med javnimi izvajalci obstaja konkurenca za programe ter poskusi prelaganja stroškov, pa tudi oblikovanje povezav za skupne programe. Pogoj za konkurenčnost med izvajalci predstavlja svobodna izbira zdravnika. Predmet konkurence predstavljajo predvsem nezdravstvene storitve, kot so prijaznost, odnos do bolnika, kakovost storitev ter zadovoljstvo

uporabnikov zdravstvenih storitev. Vendar pa je obstoj te vrste konkurence med zdravniki pogojen oziroma odvisen od načina plačevanja zdravnikov (Česen, 2003, str. 114).

Nekaj več značilnosti trga in konkurence je med zasebnimi zdravstvenimi izvajalci zdravstvenih storitev zunaj mreže javne zdravstvene službe. Vendar pa nastane problem ravno v boju za boljši konkurenčni položaj. Zasebni izvajalci v želji po boljšem poslovanju izbirajo donosnejše storitve, medtem ko za tiste, ki jim ne omogočajo pravih donosov, paciente preusmerijo v javne zdravstvene zavode. Pogosto izberejo za dejavnost donosno preiskavo, ki poveča število bolnikov, ki potrebujejo zdravljenje v javnih ustanovah, in s tem povečujejo nezadovoljstvo z javnim sistemom zdravstvenega varstva (Keber et al., 2003, str. 188).

2.3.3 Odnosi izvajalci - dobavitelji

Dobavitelji zdravstvenega in nezdravstvenega materiala so pomembni poslovni partnerji zdravstvenega sistema. Za večino dobaviteljev predstavlja poslovanje z javnim zdravstvenimi zavodi trajen in uspešen posel, saj je javni finančni sektor praviloma zanesljiv in neproblematičen plačnik (Česen, 2003, str. 112).

Odnosi med izvajalci in dobavitelji bi morali biti odnosi trdega pogajanja o cenah z namenom zmanjševanja stroškov zdravstvene dejavnosti. To pa velja samo za zasebne ustanove, v javnem zdravstvenem sistemu pa prizadevanje za zmanjševanje stroškov pogosto ni v ospredju. Velikokrat željo po učinkovitem poslovanju javnega zavoda zamenja interes izvajalca oziroma zdravnika do dodatnih ugodnosti. Ta sega od podkupovanja zdravnikov s strani farmacevtskih podjetij za predpisovanje zdravil določenega proizvajalca do velikih podkupovanj vodstva zavoda za nakup velike količine opreme, materiala in zdravil določenega dobavitelja (Keber et al., 2003, str. 188-189).

Prvi problem je država delno rešila z novo uredbo o predpisovanju zdravil. Zdravniki so dolžni predpisovati cenejša (generična) zdravila, ki so primerljiva z dražjimi, originalnimi zdravili, za izbiro originalnega oziroma dražjega zdravila pa mora pacient doplačati določen znesek. Glavni namen tega predpisa je bil sicer znižanje stroškov v zdravstvu in s tem prihranek v zdravstveni blagajni, vendar pa je s tem tudi okrnjena možnost izbire zdravil s strani zdravnikov.

Problem z nabavo zdravstvenega in tehničnega materiala pa naj bi bil rešen z izbiranjem le tega preko javnega razpisa, s čimer bi bili dobavitelji prisiljeni v cenovno in ponudbeno tekmovalnost. S tem naj bi se odpravilo podkupovanje, po mnenju strokovnjakov pa bi s tem prihraniti vsaj 10% do 20% sredstev v zdravstvu. V skladu z zakonom o javnih naročilih so javni zdravstveni zavodi dolžni nabave nad določeno vrednostjo izvajati preko sistema javnega naročanja. (Zakon o javnih naročilih, 2004). Vendar pa se pri tem pojavljajo številni problemi kot na primer razpršeno dogovarjanje z dobavitelji, neenotne zahteve in tehnične

specifikacije različnih naročnikov pri enakih naročilih, različni pogoji in merila za izbiro in neenotna uporaba postopkov oddaje javnih naročil po vrsti in vsebini izvedbe. Velik problem pa predstavlja tudi pomanjkanje standardov za posamezne predmete javnih naročil (Keber et al., 2003, str. 189).

2.3.4 Odnosi med izvajalci zdravstvenega varstva in organizacijami zdravstvenega zavarovanja

V Sloveniji konkurence na področju odnosa med plačniki - zdravstvenimi zavarovalnicami in izvajalci zdravstvenega varstva ni. Imamo namreč samo enega javnega plačnika, to je ZZZS, ki izvaja obvezno zdravstveno zavarovanje. S tem pa določa tudi prostovoljno zavarovanje, saj le-to preko doplačil krije del istih storitev, ki jih v preostalem delu pokriva obvezno zavarovanje. Zato zavarovalnice, ki izvajajo prostovoljno zdravstveno zavarovanje, med seboj ne morejo konkurirati z različnimi programi. Lahko bi sicer konkurirale z višino premij, vendar sočasno zviševanje premij in njihova izenačenost kažeta na elemente kartelnega dogovarjanja (Keber et al., 2003, str. 189).

2.4 *Financiranje zdravstvene dejavnosti*

Ustrezno financiranje zdravstvenega varstva usmerja izvajalce k dejavnostim, ki so koristne za uporabnike in za družno na splošno, neustrezno financiranje pa vzpodbuja zdravstvene delavce k neracionalnemu delovanju.

Od načina financiranja ponudbe dobrin zdravstvenega varstva je odvisno, ali se struktura ponudbe izvajalcev zdravstvenega varstva v resnici sklada s strukturo družbenega interesa po teh dobrinah. Merila in kriteriji za financiranje zdravstvenega varstva opredeljujejo ne le skladnost ponudbe in povpraševanja po dobrinah zdravstvenega varstva, ampak tudi učinkovitost izvajalcev zdravstvenega varstva (Tajnikar, 2003, str. 8).

Nadzor nad porabo sredstev po Zakonu o zdravstveni dejavnosti izvajata Ministrstvo za zdravje in ZZZS. Vendar pa je njun nadzor preslabo definiran, poleg tega pa je ministrstvo tudi kadrovsko prešibko, nadzor zavoda pa se omejuje predvsem na pravilno evidentiranje opravljenega dela v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja in delno na izpolnjevanje določil splošnih in področnih dogovorov (Keber et al., 2003, str. 187).

Prvi problem financiranja zdravstvenega varstva v Sloveniji se nanaša na proračunski način financiranja, ki spodbuja zapravljanje. Pri tem načinu financiranja ima vsaka organizacijska enota v zdravstvu vnaprej opredeljeno količino finančnih sredstev za vsako aktivnost. Če jih ne porabi v tekočem letu (ne opravi programa), so ta sredstva zanjo izgubljena. Vsaka bolnišnica ima namreč določeno število pacientov na leto. Če jih oskrbi manj, mora del

dodeljenega denarja vrniti. Sredstva, ki so porabljena za hospitalizacijo teh bolnikov, so izgubljena, naslednje leto pa bolnišnica dobi ustrezno manj sredstev. Na ta način so izvajalci zdravstvenega varstva spodbujeni, da porabijo vse, kar jim je na voljo, in da opravijo program ne glede na koristnost ali racionalnost. Slovenske bolnišnice tako sprejemajo bolnike, katerih hospitalizacija sploh ne bi bila potrebna (Tajnikar, Došenovič, 2005, str. 16-17).

Drug problem predstavlja način plačevanja bolnišnic. Do nedavnega je bila enota za plačilo bolnišnic bolnišnično oskrbovani dan. Interesa zdravnikov za čim hitrejšo odpuščanje bolnikov in sprejemanje večjega števila novih ni bilo, saj so stroški za vsakega novega bolnika neprimerno večji kot stroški za že ozdravljenega bolnika, ki ostane v bolnišnici nekaj dni dlje. Za dober finančni rezultat je bilo tako pomembno ustvariti zadostno število oskrbovalnih dni in po možnosti težje bolnike napotiti drugam. Učinkovitost se je kazala kot prelaganje stroškov na druge izvajalce in pobiranje smetane. Posledica vsega tega je bilo, da so bile ležalne dobe v slovenskih bolnišnicah za četrtno daljše od nekaterih drugih evropskih držav. Šele ko se je način razporejanja sredstev med bolnišnicami spremenil iz plačevanja oskrbnih dni v plačevanje po primeru, je prišlo do skrajševanja ležalnih dob (Keber et al., 2003, str. 187).

Problem pa leži tudi v načinu financiranja oziroma plačevanja zdravnikov v javnem zdravstvu. Vsi dosednji načini razporejanja sredstev so sledili potrebam izvajalcev in ne državljanov. Modeli plačevanja vzpodbujajo izvajalce k prenosu obravnave, odgovornosti in stroškov od sebe na višjo raven. Sistem je v preteklosti vzpodbujal le koordinacijo bolnišničnih aktivnosti, ne pa reševanja zdravstvenih problemov konkretnih bolnikov (Keber et al., 2003, str. 114). Zdravnik je plačan po številu ljudi, ki jih oskrbi (glavarini). Njegov dohodek pa ni odvisen od tega, kolikokrat ga pacient dejansko obišče. Izhodiščna plača zdravnika je določena, razredi in način napredovanja prav tako, za stimulacijo je na voljo 2% skupne mase plač oz. 20% individualne stimulacije, nadurno delo je z zakonom omejeno (Židanik, 2005, str. 462). Ker tako zdravnik ne dobi nikakršne nagrade za zdravje pacientov, jih pošlje k specialistu, kjer zanje preprosto nimajo časa ali pa se jim ne da ukvarjati z njimi. Nepotrebne napotitve k specialistom pa spet povečujejo stroške zdravstvenega sistema.

Zasebni izvajalci zdravstvenega varstva s tega vidika v zdravstvu uveljavljajo nov pogled na stroške. Tako naj bi postalo poglobljeno razmerje med stroški in bolnikovim zadovoljstvom in ne več razmerje med številom storitev in stroški. Po tem pa se bodo morali začeti ravnati tudi javni izvajalci, saj naj bi cilj bolnikovega zadovoljstva začel izpodrivati cilj števila storitev, ki je del glavarinskega sistema financiranja ZZZS. K temu bi veliko pripomogel tudi drugačen način plačevanja zdravnikov, ki bi jih bolj stimuliral in nagrajeval za kakovostno opravljeno delo. Odpraviti bi bilo potrebno tudi uravnilovko (vsi zdravniki enake stroke dobijo enako plačilo ne glede na količino dela) plačil in uvesti plačilo po dejansko opravljenem delu (Tajnikar, Došenovič, 2005, str. 16-17).

2.5 Regulacija države

Zaradi naštetih tržnih nepopolnosti in neučinkovitosti je za trge zdravstvenih storitev značilna visoka stopnja državne regulacije. Namen le-te je povečati socialno blaginjo. Država mora za uresničevanja splošnih načel zdravstvenega varstva regulirati obseg, vrste in kakovost zdravstvenih storitev, organiziranost plačnikov v skladu z načeli zdravstvenega varstva, zaradi odsotnosti tržnega mehanizma in ustreznih ravnotežnih cen vplivati na lokacijo produkcijskih faktorjev, v primerih nepopolnih in asimetričnih informacij, eksternalij in javnih dobrin zdravstvenega varstva pa vplivati tudi na obseg storitev ter lokacijo produkcijskih faktorjev. Regulirati mora tudi odnos med dobavitelji ter izvajalci, zlasti dobavitelji zdravil in zagotavljati ustrezno akreditacijo izvajalcem (Došenovič, 2004, str. 51-55).

Čeprav namen regulacije navadno ni izrinjanje konkurence, ampak večkrat pospeševanje le te z namenom dvigovanja blaginje, pa se ob številnih tržnih nepopolnostih na trgih zdravstvenih storitev regulacija pogosto kaže kot nadomestek konkurence ali kot sredstvo za ukinjanje konkurence. Posledice so lahko v končni fazi tudi družbeno nezaželene in se pokažejo v zmanjšanju družbene blaginje. Reguliranje namreč v praksi vedno ne deluje. Neravnotežja na trgu zdravstvenih storitev, rast stroškov in neustrezno financiranje so lahko posledica tudi slabega reguliranja in ne vzrok za regulacijo (Jaklič, 2005, str. 25-36).

3 REFORME ZDRAVSTVENEGA SISTEMA

Vzrokov za reformo zdravstvenega varstva je zelo veliko, vendar pa je s procesom reform skoraj nemogoče izpolniti vse zahteve hkrati. Glede na različne vzroke in cilje, ki se pojavljajo v posameznih državah, vsaka država ubere svojo strategijo za doseganje zelenih ciljev. Poglavitni cilji zdravstvenih reform v splošnem je splošno izboljšanje zdravstvenega stanja prebivalstva na eni strani ter kontrolirana rast porabe sredstev, namenjenih za zdravstvene storitve ter zdravila na drugi strani (Stepan et al., 1999, str. 7).

Najpomembnejši dejavniki, ki vplivajo na zdravstvo varstvo in silijo države v zdravstvene reforme so (Česen, 1988, str. 52-53; Keber, 2003, str 57-58):

- **Ekonomske in socialne spremembe** – zaradi prestrukturiranja in globalizacije gospodarstva ter posledično potrebe po konkurenčnosti so vedno bolj prisotne težnje po zmanjševanju stroškov na enoto dela, kar pomeni zaostrovanje pritiskov po omejevanju javne porabe. Tu pa so še tehnološki napredek in z njim nove tehnologije in zdravila, ki povečujejo stroške zdravstvenega sistema.
- **Demografske spremembe** – zaradi boljših postopkov zdravljenja se podaljšuje življenjska doba ljudi ter povečuje število kroničnih bolnikov. To pomeni povečevanje

stroškov zdravstvene oskrbe ter posledično večjo obremenitev delovno aktivnega prebivalstva. To še posebej velja ob dejstvu, da se v populaciji delež mladih in s tem za delo sposobnih zmanjšuje. V Sloveniji so demografske spremembe med najneugodnejšimi, saj se število otrok zmanjšuje in starejših ljudi povečuje, stroški za zdravje pa so pri slednjih skoraj petkrat večji od stroškov v predhodnih življenjskih obdobjih.

- **Socialno-kulturne spremembe** – povečuje se ozaveščenost ljudi o možnostih uveljavljanja določenih zdravstvenih storitev, povečuje se zahtevnost prebivalstva glede izvajanja storitev. Z družbenim razvojem in vse večjo dostopnostjo informacij se izboljšuje osveščenost državljanov, hkrati pa tudi njihove zahteve. Pričakujejo nove programe, večjo možnost izbire, boljšo odzivnost izvajalcev ter bolj k pacientu orientiran pristop zdravnikov ter lastno sodelovanje pri zdravstveni oskrbi, ki so je deležni.
- **Politične spremembe** – zaradi kratkoročnih ciljev političnih oblasti, da bi si pridobili volilno telo, se v času pred in po volitvah spreminjajo tudi politične odločitve v zvezi z reformo zdravstva.

V svetu danes veliko držav pripravlja zdravstveno reformo. Z reformo izvajanja, organizacije in financiranja zdravstvenega varstva želijo zmanjšati razkorak med povečanimi pričakovanji in omejenimi možnostmi.

Zdravstvene reforme, ki se jih lotevajo razvite države v zadnjem desetletju, si za svoja temeljna izhodišča zastavljajo podobne vrednote in načela, in sicer:

- središče pozornosti zdravstvenega sistema mora biti državljanov interes, zato morajo biti interesi izvajalcev ter spremljajočih dejavnosti temu podrejeni,
- dostop do zdravstva mora biti omogočen vsem državljanom, kar pomeni univerzalno zdravstveno varstvo, ki upošteva potrebe vseh ljudi ne glede na njihov materialni položaj, iz česar izhaja tudi solidarnost pri financiranju zdravstvenega varstva,
- dostop do zdravstvenih storitev mora biti tudi pravičen, kar pomeni enako dobro zdravstveno oskrbo za vse ljudi z enakimi zdravstvenimi potrebami.

3.1 Reforma zdravstvenega sistema v Sloveniji

Tudi v Sloveniji teče reforma zdravstvenega sistema. Cilji reforme zdravstva so v veliki meri usklajeni s cilji Evropskega urada Svetovne zdravstvene organizacije. V prihodnje bodo tako potrebni postopni in evropsko primerljivi reformni procesi, seveda ob zagotovitvi najširšega družbenega soglasja, to pomeni soglasja med prebivalstvom, stroko in civilnimi združenji (Bručan, 2004, str. 5).

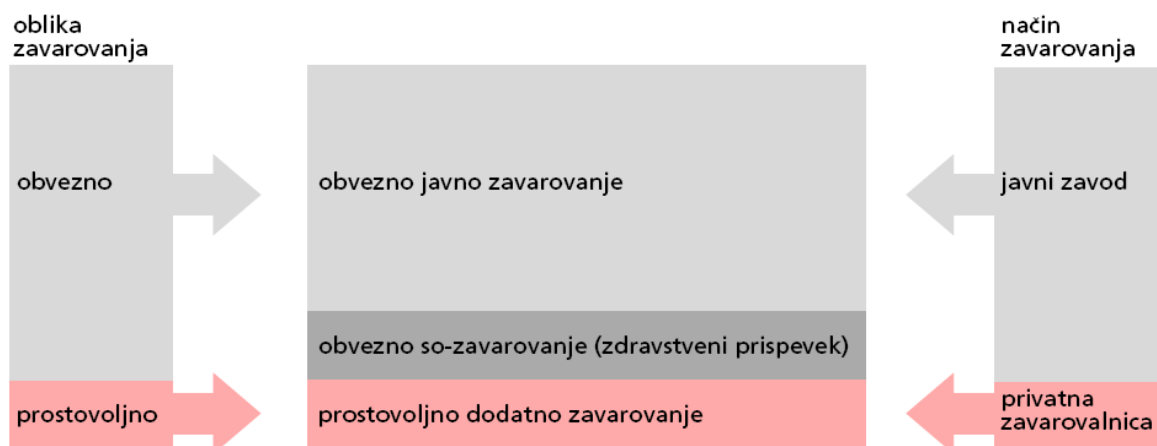
V nadaljevanju bodo na kratko predstavljeni nekateri cilji reforme zdravstvenega sistema v Sloveniji. Treba je poudariti, da se različni strokovnjaki zavzemajo za različno reševanje

nastalih problemov in neučinkovitosti slovenskega zdravstvenega sistema, v diplomski nalogi pa bo predstavljena le ena od možnih rešitev, ki pa ni nujno, da je tudi najboljša.

Prvi cilj reforme je ureditev sistema zdravstvenih zavarovanj. Problemi, povezani z njim, so opisani v poglavju o slabostih zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji. Če na kratko povzamem, predstavlja glavni problem zmanjšanje solidarnosti in pravičnosti pri uvedbi prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja ter neustrezna distribucija pravic med obveznim in prostovoljnim zdravstvenim zavarovanjem.

Rešitev predstavlja združitev obeh zavarovanj v obvezno zavarovanje (kot kaže Slika 3), ki bi krilo tudi doplačila. Namesto današnjega prostovoljnega dopolnilnega zavarovanja z enotnimi premijami bi vzpostavili obvezno dopolnilno zavarovanje, ki bi bilo odvisno od višine prejemkov. Doplačila bi lahko obstajala še naprej, vendar ljudi ne bi več silila v prostovoljno zavarovanje, ampak bi le odprla možnosti za nove oblike prostovoljnih zavarovanj. Prostovoljno zavarovanje bi obstajalo še naprej, vendar pa bi pokrivalo storitve, ki niso bistvene (dostop do zdravstvenih storitev, kjer so v javnem sistemu čakalne dobe, samostojna izbira zdravnika in bolnišnice, v kateri se želi bolnik zdraviti, soba s televizorjem in zasebnim straniščem, boljša hrana itd). Vse za zdravje pomembne storitve pa bi morale zajemati obvezno zavarovanje (Hindl, 2003, str. 4-6).

Slika 3: Oblika, način in viri financiranja zdravstvenega zavarovanja



Vir: Keber et al., 2003, str. 76.

V prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju se v Sloveniji tako odpira "zavarovalniški trg", na katerem se bosta srečala povpraševanje in ponudba po zdravstvenih in nezdravstvenih storitvah, ki ne bodo vključene v obvezno zdravstveno zavarovanje. Vsebina prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja bo postajala vse bogatejša in poslovno zanimiva za komercialne zavarovalnice (Česen, 1999, str. 40). S tem bodo nastala prava privatna zavarovanja, primerljiva s tistimi v razvitih evropskih državah.

Drugi cilj reforme je povezan z modeli plačevanja izvajalcev. Vsi dosednji načini razporejanja sredstev zdravstvenega zavarovanja med javne zdravstvene izvajalce so sledili potrebam izvajalcev in ne državljanov. Sedanji sistem financiranja ne daje podlage za večjo učinkovitost, prav tako pa tudi ne vsebuje nobenih spodbud za kakovostno, racionalno in učinkovito delo zdravstvenega osebja (Bručan, 2004, str. 3). Ravno nasprotno, spodbuja izvajalce k prenosu obravnave, odgovornosti in stroškov od sebe na višjo raven, kar podaljšuje ležalne dobe, povzroča prepogoste hospitalizacije in nepotrebne napotitve k specialistom. Ne vzpodbuja pa učinkovitejših in cenejših oblik dela, kot so dnevna kirurgija, ambulantno zdravljenje in zdravljenje na domu (Keber, 2003, str. 57-58).

Z novim modelom plačevanja, ki bi temeljil na celovitosti in zahtevnosti zdravstvene oskrbe posameznega državljana, bi državljan tudi v finančnem smislu postal osrednja točka zdravstvenega sistema. Usmeritev, da bo denar sledil bolniku in ne potrebam zdravstvenih ustanov, bi izboljšala dostopnost do zdravstvenih pravic in povečala izenačenost državljanov, ki te pravice potrebujejo.

Novi modeli financiranja zdravstvenih izvajalcev naj bi se uvedli na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti. Na primarni oziroma osnovni ravni naj bi se ohranil glavarinski model plačevanja, vendar naj bi bil le-ta nadgrajen in naj bi bolj kot doslej upošteval demografske, socialne in ekonomske razloge, ki vplivajo na zdravstvene potrebe ljudi. Na sekundarni oziroma bolnišnični ravni pa naj bi bilo uvedeno plačevanje po skupinah primerljivih primerov (SPP) oziroma metoda plačevanja primerov po zahtevnosti obravnave.

Tretji cilj reforme pa je povezan z izboljšanjem organizacije, vodenja in upravljanja sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji. Za zdravstveni sistem je značilno neracionalno trošenje javnih sredstev, slaba in neelastična organiziranost, avtoritarno vodenje namesto vodenja z učenjem, koruptivni odnosi na področju nabave zdravil, opreme in potrošnega materiala itd.

Izvajalci zdravstvenih storitev strukturno in organizacijsko izvajajo zdravstvene programe v zastarelih, zastarelo oblikovanih zdravstvenih zavodih ter pri zasebnih koncesionarjih. Zaradi omejevanja delovanja samega sistema, predvsem dela koncesionarjev, obstajajo neenake možnosti in tudi privilegiji posameznikov pri obravnavi posameznih storitev (Bručan, 2004, str. 2). V Sloveniji naj bi tako zadostovalo manjše število splošnih bolnišnic in zdravstvenih domov, ki bi bolnike celostno obravnavale. Četudi bi bilo bolnišnic manj in bi bile te večje, bi to bilo bolj racionalno, predvsem pa na višji strokovni ravni. Drugih bolnišnic pa ne bi bilo potrebno ukiniti, ampak spremeniti v specialne ustanove, priključiti večjim bolnišnicam ali jih preoblikovati v negovalne bolnišnice, ki pa so nujno potrebne zaradi staranja prebivalstva in velike potrebe po posteljnih zmogljivostih v domovih za ostarele (Ključna je drugačna organizacija zdravstva, 2003).

Slabost zdravstvenega sistema pa je tudi njegovo vodenje in upravljanje. Za vodenje zdravstvenih zavodov direktor ne potrebuje le znanje medicine, ampak tudi vse več

podjetniškega znanja. Zato bi bilo smiselno, da bi zdravniki del poslovnega in podjetniškega znanja pridobilo že med rednim šolanjem (Tajnikar, Došenovič, 2005, str. 16-17).

Četrty cilj reforme pa je privatizacija zdravstva. V prihodnje naj bi upravljanje zdravstvene dejavnosti ter tudi lastništvo nad materialnimi zmogljivostmi v mreži javne zdravstvene službe v večjem obsegu prevzeli zasebni izvajalci. Država naj bi prenašala odgovornost zlasti za naloge s področja organiziranja in vodenja javne zdravstvene in zavarovalniške dejavnosti, v njeni pristojnosti pa naj bi ostale ključne naloge pri načrtovanju in nadzoru sistema.

Potrebna pa je tudi ureditev razmerja med državnim in zasebnim delom v javnem zdravstvu, predvsem na primarni ravni. Uvajanje zasebnega dela mora biti pregledno ter v okviru obstoječih zmogljivosti. Razmišljanja pa tečejo tudi v smeri uvedbe svobodnih zdravnikov, specialistov. Ti naj bi delovali v okviru združništva, in sicer v zasebnih zadrugah v okviru javnega sistema, ki naj bi bile na določenem območju organizirane za določene bolezni (Bručan, 2004, str. 8).

Spodbujati pa bi bilo potrebno tudi tekmovalnost med zasebnimi in javnimi zdravstvenimi izvajalci ter krepiti konkurenco na trgu javnih zdravstvenih storitev. Konkurenčnost bi bilo potrebno spodbujati tudi med zdravstvenimi zavarovalnicami. Vpeljati bi bilo potrebno zasebni sistem zdravstvenega zavarovanja in omogočiti vsem zavarovalnicam v Sloveniji, da oblikujejo pakete zdravstvenega zavarovanja in jih ponujajo na trgu (Stojanov, 2006). Zavarovalnice bi tako morale med sabo tekmovati za čim nižje prispevke ter s tem tudi za zavarovance. V Sloveniji zaenkrat to ni mogoče, saj ima država enotno javno zdravstveno zavarovanje, z uvedbo privatnih zavarovanj pa bi se tudi to uredilo (Česen, 2003, str. 14).

4 PRIVATIZACIJA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

4.1 Pojem privatizacije in vzroki zanjo

Pojem privatizacije v zadnjem času pogosto zasledimo tako v gospodarstvu kot v negospodarstvu. Privatizacija zdravstvenega sistema pa se močno razlikuje od privatizacije ekonomije. V zdravstvu namreč nastajajo vsaj tri od štirih možnih tržnih napak (monopol, asimetrija v informacijah in seveda javne dobrine), ki onemogočajo, da bi trg deloval učinkovito (Tajnikar, 2003, str. 4). Trg deluje dobro na področjih, kjer so porabniki sposobni racionalnega odločanja. Proces zdravstvene oskrbe pa je zelo zapleten, neravnotežje znanj pa zelo veliko (Hindl, 2003, str. 4-6).

S privatizacijo v javni zdravstveni službi prihaja do zamenjave nekaterih javnih monopolov z zasebnimi. Težava pa nastane, ker so motivi delovanja obeh monopolov povsem različni.

Javni monopoli so usmerjeni v družbeno pravičnost, varnost in blaginjo vseh ljudi, medtem ko zasebni monopoli dajejo prednost svobodi trga in maksimiranju dobička. Zato je nujno, da država zdravstvo nadzira in ga usmerja po meri celotne skupnosti. Naloga vlade je tako, da uporabi trg za dobro ljudi, ne pa da dovoli trgu, da ljudi izrablja (Česen, 2005).

Smisel privatizacije družbenih dejavnosti ni v strogi ločenosti javnega in zasebnega sektorja. Privatizacija naj bi v zdravstveni sistem vnesla podjetniški duh, omogočila naj bi več samostojnosti na organizacijskem in finančnem področju javnih ustanov ter tako pripomogla k njihovem učinkovitejšemu delovanju. Zagovorniki privatizacije se tako ne zavzemajo za popoln umik države s področja zdravstvene dejavnosti, ampak jo hočejo postaviti v vlogo enakovrednega partnerja izvajalcem in uporabnikom (Beltram, 1993, str. 7).

V zvezi s privatizacijo zdravstvene dejavnosti je treba ločiti med dvema pojmom. Pojem združuje zasebno upravljanje in financiranje zdravstvenih storitev ter zasebno lastninjenje materialnih zmogljivosti javnih zdravstvenih zavodov.

Zasebno zdravstveno dejavnost lahko opravljajo:

- Zasebni zdravstveni izvajalci brez koncesije (»čisti« oziroma pravi zasebniki), ki niso vključeni v javno zdravstveno mrežo. Vse njihove storitve, razen nujne zdravniške pomoči, morajo bolniki plačati sami. Za delovanje potrebujejo odločbo o vpisu v register zasebnih zdravstvenih delavcev, ki jo izda upravni organ, pristojen za zdravstvo. »Čisti« zasebniki morajo za prostore in opremo poskrbeti sami.
- Zasebni zdravstveni izvajalci s koncesijo v mreži javne zdravstvene službe. Zasebniki s pridobitvijo koncesije opravljajo zdravstvene programe iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki pa se javno financirajo. Z zasebno zdravstveno dejavnostjo koncesionar še vedno opravlja javno zdravstveno službo, katere organizacija je naloga države. Zasebniki v tem primeru lahko najamejo prostore in opremo v javnih zdravstvenih ustanovah.

Zasebno financiranje prek zdravstvenega trga (prostovoljno zdravstveno zavarovanje in neposredna plačila) v zdravstvu poteka na naslednjih področjih (Česen, 2003, str. 16):

- v javnih zdravstvenih zavodih za zdravstvene storitve v samoplačniških ambulantah ter po pogodbah z organizacijami zasebnega sektorja,
- pri zdravstvenih storitvah koncesionarjev, ki jih ti opravljajo zunaj zdravstvenih programov iz obveznega zdravstvenega zavarovanja,
- pri zdravstveni dejavnosti »čistih« zasebnikov ter zdravstvenih storitvah na račun prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja.

Možne kombinacije javnega in zasebnega izvajanja in financiranja zdravstvenih storitev so prikazane v Tabeli 1.

Tabela 1: Kombinacije javnega in zasebnega izvajanja in financiranja zdravstvenih storitev

	Mreža javne zdravstvene službe				»Čisti« zasebni zdravstveni delavci
	Javni zdravstveni zavodi		Koncesionarji		
Program	Javni	Zasebni	Javni	Zasebni	Zasebni
	Obvezno zdravstveno zavarovanje	Zdravstveni trg	Obvezno zdravstveno zavarovanje	Zdravstveni trg	Zdravstveni trg
Izvajanje	Javno	Javno	Zasebno	Zasebno	Zasebno
Financiranje	Javno	Zasebno	Javno	Zasebno	Zasebno

Vir: Bručan, 2005, str. 456.

Druga razlaga pojma privatizacije pa zajema **lastnino materialnih zmogljivosti javnih zdravstvenih zavodov**, med katero spadajo zemljišča, zgradbe in oprema. Ta je lahko javna (državna lastnina, lastnina lokalne skupnosti) ali pa zasebna. Lastniki materialnih zmogljivosti javnih zdravstvenih zavodov so njihovi ustanovitelji (lokalne skupnosti, Republika Slovenija), javni zdravstveni zavodi pa imajo tako le pravico do upravljanja in uporabe tega premoženja. Ustanovitelj pa lahko proda to premoženje fizičnim ali pravnim osebam zasebnega prava. V tem primeru pa lahko govorimo o pravi privatizaciji, ki prvotno pomeni zasebno lastninjenje državnega premoženja v korist zasebnega lastnika (Česen, 2003, str. 17).

V svetu so lastnice materialnih zmogljivosti večjih zdravstvenih organizacij, ki opravljajo javno zdravstveno službo, praviloma države. Lastniki pa so tudi javni zavarovalni skladi, cerkev, dobrodelni skladi, redkeje zdravstveni delavci sami. V javni zdravstveni službi večinoma ni zasebnega podjetniškega kapitala. Zdravstvena dejavnost v javni zdravstveni službi namreč ni dobičkonosna, zato naložbe vanjo niso pridobitne (Česen, 1999, str. 38-42).

4.2 Cilji in oblike privatizacije

Proces privatizacije je odvisen od hierarhije ciljev. Cilj privatizacije ni samo uveljavitev zasebne sektorja na račun državnega ter nadomestitev državne regulacije s tržno. Vključuje namreč tudi druge cilje, kot so učinkovitejša poraba sredstev ter s tem večja stroškovna učinkovitost, večji pretok možnih virov ter s tem boljša kakovost storitev, možnost večje izbire za uporabnika ter s tem večja neodvisnost od države itd. Optimalni cilj privatizacije je tako, da javni in zasebni sektor zagotavljata učinkovito porabo javnih, zasebnih človeških in materialnih virov za zdravstveno varstvo (Bručan, 2005, str. 456).

Najpogostejši cilji privatizacije zdravstva so:

- omejevanje oziroma oslabitev vloge in moči države, večja individualizacija proizvodnje in koriščenja zdravstvenih storitev,
- oblikovanje lastninskih oblik, ki bodo spodbujale profesionalno samostojnost in odgovornost, ki bodo omogočale razvoj podjetniških inovacij ter skrbnejše gospodarjenje s sredstvi,
- omejevanje porabe proračunskih sredstev: z dopolnjevanjem javnega financiranja z zasebnim se rešuje problem naraščajočih stroškov v zdravstvu,
- večja finančna učinkovitost, disciplina ter večja mikroderegulacija, ki bi vplivala tudi na večjo administrativno učinkovitost,
- alokacijska učinkovitost: problema ne predstavljajo le redki viri, ampak tudi neenakomerna distribucija – privatizacija posameznih področij bi sprostila pretirano financiranje določenega sektorja (nekateri države namenjujejo velik del proračunskih sredstev bolnišnicam, primarna zdravstvena raven pa je slabo razvita in ni dostopna vsem državljanom),
- kakovost storitev: javne zdravstvene službe pogosto izvajajo storitve slabše kakovosti kot zasebne, predvsem zaradi slabše organizacije, managementa in izvajanja storitev; s privatizacijo naj bi se tako zaradi povečane tekmovalnosti med izvajalci povečala kakovost storitev tako v zasebnem kot v javnem sektorju, izboljšala pa naj bi se tudi organiziranost in koordiniranost,
- odprava oziroma zmanjšanje monopola javnih zdravstvenih ustanov ter spodbujanje konkurence med javnim in zasebnim sektorjem ter tako večja učinkovitost pri produkciji zdravstvenih storitev tudi v javnem sektorju,
- podjetizacija javnih ustanov: višja fleksibilnost starih birokratskih sistemov in revitalizacija le teh,
- svoboda izbire ter večja odzivnost na potrebe uporabnikov: s privatizacijo naj bi zaradi zasebnega sektorja zdravstvo postalo bolniku prijaznejše, ta lastnost pa naj bi se razširila tudi na javni sektor; s privatizacijo pa naj bi se povečala tudi možnost izbire ter dostopnost zdravstvenih storitev.

Različni cilji v zvezi s privatizacijo zdravstva pa zahtevajo tudi različne oblike privatizacije. Te so odvisne od stopnje prenosa upravljalških in razpolagalnih pravic iz javnega na privatni sektor. V procesu privatizacije država najhitreje prenese upravljalške funkcije, nato izvajalske, najdlje pa zadrži konstitutivne in nadzorne funkcije. Država pri vseh oblikah ohranja pomembno vlogo, saj mora zagotavljati uspešen nadzor tako nad zasebnim kot tudi javnim sektorjem. V privatizaciji zdravstva se namreč skrivajo tudi pasti, saj bi v primeru, ko bi kapitalski dobički prevladali, skrb za zdravje ljudi lahko postala drugotnega pomena (Zupančič, 2005). Glede na intenzivnost regulacije države poznamo naslednje oblike privatizacije (Gorjup, 1999, str. 22):

- **Prikrita privatizacija** (pogodbeni plani, managementske pogodbe, javne korporacije) - pomeni vladno deregulacijo in ne prenos lastništva na zasebni sektor. Država začasno

pogodbeno odda upravljanje in vodenje javnih zavodov managementu javnih podjetij, v svojih rokah pa zadrži konstitutivno funkcijo ter razpolagalno lastninsko pravico. Izvajalec je še naprej javni zavod, država pa zadrži tudi nadzorno funkcijo. Z večjo avtonomijo vodenja in upravljanja zavoda se doseže večja zanesljivost planiranja stroškov, večja učinkovitost pri porabi sredstev in bolj učinkovita kontrola te porabe.

- **Mešana oblika privatizacije ali kvaziprivatizacija** (koncesije, franšize, vavčerji) - pomeni bolj intenzivno obliko privatizacije, saj del lastninskih pravic (vezane so na pravico upravljanja) država v celoti prenese iz javnih na zasebne izvajalce, bistveni del lastninskih pravic (razpolagalna pravica) pa ostane javnemu sektorju. Država pri tej obliki zadrži tudi del konstitutivnih in nadzornih funkcij. Ena od oblik kvaziprivatizacije je koncesija. Pri tem javni organ sklene pogodbo z zasebnikom o obsegu, vrsti, kakovosti storitev, ter o višini sredstev, ki jih bo zasebnik za svoje delo prejemal. Pogodbenega partnerja se praviloma izbira prek javnega razpisa, kjer izberejo najkonkurenčnejšega med njimi.
- **Polna privatizacija** (leasing, prodaja delnic, prodaja poslovnih enot) - pomeni prenos celotnih lastninskih pravic iz javnega na zasebni sektor, in sicer tako pravico upravljanja kot tudi pravico razpolaganja. Zasebni subjekti pa imajo v rokah tudi konstitutivno funkcijo ter del nadzorne. Funkcija, ki ostane državi, pa je zagotavljanje enakih možnosti dostopa do storitev, ki so opredeljene kot javno dobro ter s tem kontrola ter nadzor nad izvajanjem tega principa.

Tako pri nas in tudi v drugih državah so vse pogostejše mešane oblike privatizacije, saj zagotavljajo bolj ali manj partnersko sodelovanje vseh udeležencev, se pravi države, zasebnega sektorja, izvajalcev in tudi uporabnikov.

4.3 Prednosti in slabosti zasebnega in javnega zdravstvenega sistema

Javni in zasebni zdravstveni sektor nista izključujoča, temveč dopolnjujoča se načina zagotavljanja zdravstvenega varstva. V večini razvitih držav sta se zato uveljavila oba, le njuna zastopanost na posameznih ravneh se od države do države razlikuje. V prejšnjem desetletju je stalno prihajalo do konfliktov med njima, zato je potrebno v prihodnosti stremeti k iskanju rešitev za kompetitivno sodelovanje obeh sektorjev (Rus, 2005).

Tako javni kot zasebni sektor v zdravstvu imata svoje prednosti in pomanjkljivosti. Glavne prednosti zasebnega izvajanja zdravstvene dejavnosti so naslednje (Česen, 1999, str. 41; Zasebna zdravstvena dejavnost-predstavitev za občine, str. 5; Židanik, 2005; Česen, 2005) :

- zasebne naložbe v materialne zmogljivosti javne zdravstvene službe,

- večja možnost izbire osebnega zdravnika zaradi večjega števila izvajalcev,
- višja produktivnost dela, pravočasna zdravstvena oskrba brez čakalnih vrst (velja predvsem za izvajalce, ki so plačani po opravljenih storitvah),
- pocenitev storitev zaradi večje konkurence,
- višja celovita kakovost, zlasti laična kakovost, ki jo vidijo ljudje (prijaznost, zavzetost, sodelovanje bolnika) in večje zadovoljstvo bolnikov,
- vzpostavljanje konkurence in tekmovalnost med izvajalci; predmet konkurence med izvajalci zdravstvene dejavnosti so predvsem nezdravstvene storitve (prijaznost, prizadevnost v procesih zdravljenja, kakovost nastanitve in bivanja v bolnišnici itd),
- večja poslovna samostojnost (prožnost v organizaciji dela, gospodarno ravnanje z viri, stroškovna zavest),
- večja izkoriščenost kapacitet,
- večja dostopnost do zdravstvene službe z delovanjem v odročnih krajih, ki za javne zavode zaradi visokih stroškov niso zanimivi,
- večja preglednost in nadzor porabe sredstev,
- gospodarnejše ravnanje ter odgovornost za poslovni uspeh.

Nasprotniki privatizacije zdravstva pa opozarjajo na naslednje pomanjkljivosti zasebnega sektorja (Česen, 1999, str. 41; Česen, 2005; Zasebna zdravstvena dejavnost-predstavitev za občine, str. 2-4):

- profitna naravnost zasebnikov,
- možnost mešanja zdravstvene dejavnosti na javni in zasebni račun (odsotnost ali nespoštovanje konkurenčne klavzule - zdravnik, ki je v rednem delovnem razmerju, bodisi v javnem bodisi v zasebnem zavodu, ne sme hkrati opravljati tudi zasebne zdravstvene dejavnosti, samoplačniške ordinacije - ambulantni specialist sam ustvari nekaj tednov dolgo čakalno dobo, zato se njegovi pacienti odločijo za samoplačništvo),
- dajanje prednosti kurativi pred preventivo,
- napotitve bolnikov po koncu delovnega časa v javne zdravstvene ustanove,
- slabo sodelovanje z javnimi zdravstvenimi zavodi pri opravljanju nujne medicinske pomoči, zagotavljanju dežurne službe ter nadomeščanju v času dopustov,
- nepravična dostopnost ljudi do zdravstvene oskrbe (zavračanje in usmerjanje "dragih" ali "nedonosnih" bolnikov v javni sektor, razlike v čakalnih dobah med ljudmi, razlike v zavzetosti zdravstvenega osebja do bolnikov),
- nesodelovanje zasebnikov koncesionarjev pri financiranju posodobitve laboratorijske opreme javnih zavodov,
- težavno usklajevanje finančnih interesov z javnim plačnikom,
- nepotrebno zdravljenje in pretirana ustrežljivost do bolnikov na javni račun (predpisovanje zdravil, napotitev k specialistom in v bolnišnice, odobravanje bolniške odsotnosti),
- nelegalno pridobivanje dohodka (neupravičeno doplačevanje, pridobivanje "dobička iz bolezni"),

- odhodi dobro usposobljenih kadrov iz javnega sektorja v zasebnništvo, kar povzroča višek kadrov v javnem zdravstvu, s tem pa je ogrožen obstoj javnih zavodov,
- slabša dostopnost do zdravstvenega varstva ter slabši javni nadzor zaradi zemljepisne in strokovne razpršenosti izvajalcev,
- zasebniki za svoje delovanje izbirajo centralne lokacije, selijo se iz periferije v center, mreža postaja nepokrita oziroma za javni zavod še dražja.

4.4 Razmerje in ravnovesje med javnim in zasebnim sektorjem

Pojem privatizacija pomeni prenos lastninskih pravic iz javnega na zasebne subjekte. Ne obstaja pa samo javni zavod na eni strani in zasebna dejavnost z zasebnimi sredstvi na drugi strani, ampak med njima obstaja več vrst lastninjenja z bolj poudarjenimi prvinami bodisi javnega bodisi zasebnega (Rus, 1996, str. 158). Številne države si tako zastavljajo vprašanje, kakšno naj bo razmerje med javnim in zasebnim delom zdravstvene dejavnosti oziroma do katere mere naj gre privatizacija v zdravstvu.

Ne čista privatna ne čista državna lastnina ne zagotavljata pogojev bodisi za profesionalno avtonomijo bodisi za poslovno pobudo, bodisi za enake možnosti dostopa do pomembnih storitev ter za nadzor uporabnikov nad izvajanjem storitev (Rus, 1996, str. 144). Kot že povedano, imata tako javni kot zasebni sektor svoje prednosti in pomanjkljivosti, predvsem pa različne interese delovanja. Naloga zdravstvene politike je tako učinkovito uravnavanje razmerja med javnim in zasebnim zdravstvom.

Najboljši model privatizacije bi bil tisti, pri katerem bi bilo vzpostavljeno ravnotežje med vsemi štirimi udeleženci procesov v zdravstvenem sistemu: managementom, uporabniki, državo ter zdravniki. Idealen model privatizacije v zdravstvu naj bi tako omogočal ravnovesje med misijo in dobičkom, socialno varnostjo in svobodno izbiro storitev, med usmerjenostjo v ljudi in stroko ter usmerjenostjo v dobiček med posameznikom ter njegovim vključevanjem v družbo (Gorjup, 1999, str. 25).

Idealnemu tipu privatizacije v zdravstvu v smislu vzdrževanja ravnotežja vseh štirih udeležencev se bi lahko po mnenju Gorjupove (1999, str. 25) najbolj približali v kombinaciji privatizirane izvajalske funkcije, državnega (oziroma občinskega) lastništva stavb in opreme in javnega financiranja življenjsko pomembnih storitev. To v praksi pomeni izvajanje zasebne zdravstvene dejavnosti v objektih in z opremo, ki so v državni ali občinski lasti. Zdravniki (zasebniki) pa bi svoja sredstva vlagali le v dejavnost in razvoj stroke, ne pa tudi v naložbe in objekte, s čimer bi se povečevala tudi učinkovitost poslovanja.

Po mnenju Hindla (2003, str. 4) naj bi bilo v Sloveniji danes razmerje med javnim in zasebnim zdravstvom blizu idealnega. Zdravstveni model naj bi bil dober, potrebne naj bi bile

sicer manjše spremembe, v celoti pa naj bi bilo razmerje pravo. Pravo vprašanje ni, katere zdravstvene storitve naj bodo javne in katere zasebne, ampak kako storitve narediti boljše.

4.5 Zasebnost v različnih zdravstvenih sistemih

V različnih državah se tržna gospodarstva različno odzivajo na urejevanje »trga« in privatizacijo na področju zdravstva. Odzivi so odvisni od liberalizacije tržnega gospodarstva, sistema zdravstvenega varstva (Beveridgov model, Bismarckov model, Semaškov model, tržni model) ter tudi od stranke na oblasti. V večini demokratičnih in socialnih držav pri zadovoljevanju zdravstvenih potreb izhajajo iz javnega zdravstvenega interesa, katerega cilj je čim boljše zdravstveno varstvo za vse ljudi, na drugi strani pa so omejeni z razpoložljivimi viri. Zato je ves čas v ospredju iskanje kombinacije in razmerja med javnim in zasebnim zdravstvom, ki pa je pogojeno tudi s tradicijo in stopnjo gospodarske razvitosti (Košir, 1996, str. 681).

V celotni Evropi zdravstveni sistem bolj ali manj omogoča pacientom univerzalen dostop do zdravstvenih storitev. Od stopnje socializiranosti sistema pa je odvisno, kolikšno vlogo bo imel zasebni sektor oziroma zasebni kapital bodisi v vlogi zavarovalniških sredstev, lastništva nad sredstvi za delo, bodisi pri izvajanju dejavnosti (Albrecht, 2005, str. 463). Delež zasebnega sektorja je v posameznih evropskih državah zato precej različen. Izoblikovala sta se nekako dva koncepta glede na to, ali gre bolj poudarek zasebni pobudi izvajalcev ali bolj za socialno naravnost države:

- **Zahodnoevropski koncept**, ki poudarja zasebnost z deležem 60 -100%. Ta koncept uporabljajo naslednje države: Avstrija, Nemčija, Belgija, Francija, Irska, Italija, Švica, Luksemburg itd.
Temu konceptu se v zadnjih letih približuje tudi del novih vzhodnoevropskih držav, pristopnic Evropske unije. Prisoten je v glavnem trend povečevanja deleža zasebnih splošnih zdravnikov. Te države so Madžarska, Poljska, Slovaška, Češka itd.
- **Skandinavski koncept**, za katerega je značilen manjši delež zasebnih splošnih zdravnikov (pod 12%), daje pa večji pomen javnemu zdravstvu, predvsem zaradi poudarjene socialne note. Uporabljata ga Finska in Švedska.

V Tabeli 2 na strani 30 so prikazani deleži zasebnih zdravnikov kot odstotek vseh zdravnikov zaposlenih na primarni ravni ter zdravnikov specialistov po posameznih državah za leto 2004. Izstopata dve državi, in sicer Nemčija in Švica, ki imata precej liberaliziran socialni model zdravstvenega varstva in veliko svobode v sistemu tako za izvajalce zdravstvene dejavnosti kot za bolnike. Slabost obeh držav je predvsem v končni bilanci stroškov. Ti dve državi se namreč uvrščata takoj za ZDA po deležu BDP, namenjenega za zdravstvo.

Tabela 2: Deleži zasebnih zdravnikov kot odstotek vseh zdravnikov zaposlenih na primarni ravni ter zdravnikov specialistov po posameznih državah za leto 2004

	Primarna raven	Specialisti
Francija	75	68
Češka	95	-
Nemčija	okrog 100	45
Poljska	75	-
Madžarska	85	40
Slovaška	90	49
Švica	100	100
Slovenija	spl. 20; zobozdr. 46	15
Švedska	12	-
Finska	8	-

Vir: Bručan, 2005, str. 457.

V Prilogi 3 so na kratko predstavljeni sistemi zdravstvenega varstva in pomen zasebne zdravstvene dejavnosti v nekaterih evropskih državah.

4.6 Privatizacija zdravstva v Sloveniji

Slovenija je po osamosvojitvi 1991 sprivatizirala številne sektorje in dosegla veliko koristnih učinkov. Pri privatizaciji zdravstva pa je bila zelo previdna. V Sloveniji je možnosti za privatizacijo zdravstva veliko, vendar je prej potrebno zagotoviti, da bo država lahko ohranila močan vladni nadzor (Hindle, 2003, str. 5).

Nova zdravstvena zakonodaja leta 1991 je povzročila spremembe celotnega zdravstvenega varstva in zavarovanja in zdravstvene dejavnosti ter omogočila začetek uvajanja zasebne zdravniške prakse. Poleg uvedbe zavarovalniškega modela ter nekaterih drugih novosti v ZZZV in v Zakonu o zdravstveni delavnosti je bila zasebna praksa oziroma zasebno izvajanje javne zdravstvene dejavnosti ena temeljnih novosti. Pred tem je bila ta dovoljena le izjemoma. Nov zakon je na široko odprl vrata koncesijskemu opravljanju zdravstvene dejavnosti (Dobnikar, 2005, str. 465).

Zdravniki lahko opravljajo zasebno dejavnost pod določenimi pogoji, ki so določeni v Zakonu o zdravstveni dejavnosti. Ti določajo, da mora imeti zasebnik zahtevano izobrazbo za opravljanje predvidene dejavnosti in je usposobljen za samostojno delo, da ni v delovnem razmerju (konkurenčna klavzula), da mu ni s pravnomočno sodbo sodišča prepovedano opravljanje zdravstvene službe oziroma poklica, da ima zagotovljene ustrezne prostore,

opremo in če zahteva narava dela, tudi ustrezne kadre, ter da pridobi mnenje pristojne zbornice ali strokovnega združenja (Zakon o zdravstveni dejavnosti, 2005)

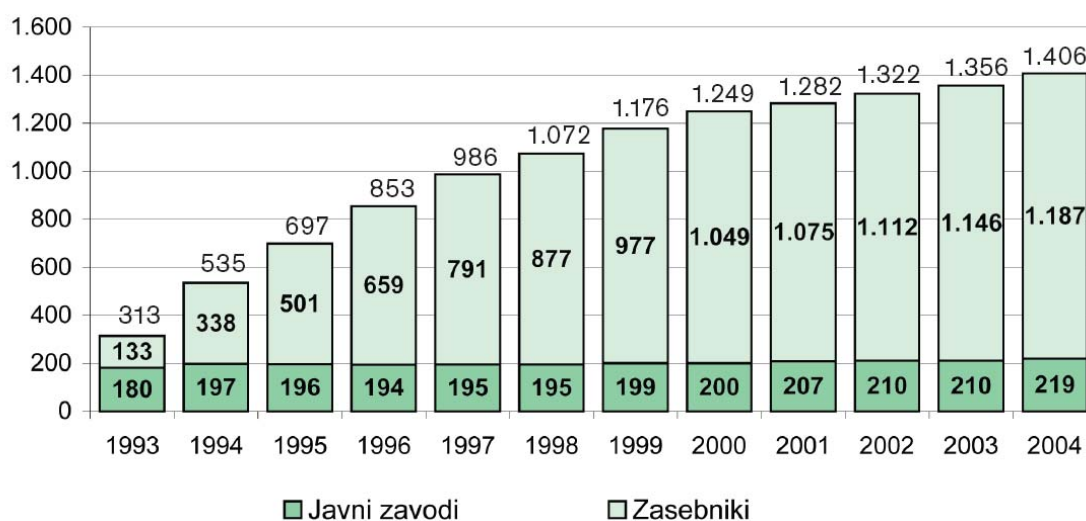
Vsi zdravniki, ki želijo v RS samostojno opravljati zdravniško službo, morajo po predpisanem postopku pridobiti zdravniško licenco. Licenca se podeli po opravljeni specializaciji, zdravniki se morajo tudi vpisati v zdravniški register pri Zdravniški zbornici Slovenije.

Zdravstveno dejavnost danes pri nas v mreži javne zdravstvene službe opravljajo javni zdravstveni zavodi in zasebniki - koncesionarji. V postopek podeljevanja koncesij so vključene poleg Ministrstva za zdravje tudi Zdravniška zbornica in občine.

Izven te mreže pa lahko delujejo »čisti« zasebniki, ki za svoje delovanje potrebujejo odločbo o vpisu v register zasebnih zdravstvenih delavcev, ki jo izda upravni organ, pristojen za zdravstvo (Česen, 1999, str. 40). »Čisti« zasebniki načeloma lahko delujejo na vseh področjih zdravstvene dejavnosti. Zakon o zdravstveni dejavnosti pa določa, da zasebne zdravstvene dejavnosti ni mogoče opravljati na področjih preskrbe s krvjo, krvnimi pripravki, odvzema in hranjenja človeških organov za presajanje, socialnomedicinske, higienske, epidemiološke in zdravstveno-ekološke dejavnosti, patoanatomske dejavnosti. Izjemoma zasebni zdravnik lahko opravlja tudi mrliško pregledno službo na podlagi pooblastila občinskega upravnega organa (Zakon o zdravstveni dejavnosti, 2005).

Na podlagi pogodb z ZZZS-jem je bilo leta 2004 v javno mrežo vključenih 219 javnih zavodov in 1.187 zasebnih zdravnikov ter drugih zasebnikov (Slika 4). Od javnih zavodov nudi programe zdravstvenih storitev 61 zdravstvenih domov, 26 bolnišnic, 24 lekarn, 15 zdravilišč in 93 socialnovarstvenih zavodov in zavodov za usposabljanje.

Slika 4: Število sklenjenih pogodb z javnimi zavodi in zasebniki od leta 1993 do 2004



Vir: Poslovno poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje za leto 2004, str. 12.

Po podatkih Zdravniške zbornice Slovenije je bilo število zasebnih zdravnikov leta 2005 po posameznih zdravstvenih dejavnostih porazdeljeno kot prikazuje Tabela 3. V Sloveniji je trenutno okoli 80 odstotkov javnega ter 20 odstotkov zasebnega koncesionarskega zdravstva, pri čemer je večino koncesionarjev zobozdravnikov. Čistih zasebnikov pa je manj kot odstotek, tudi ti pa so večinoma zobozdravniki.

Tabela 3: Število zasebnih zdravnikov leta 2005 po posameznih zdravstvenih dejavnostih

zasebni zdravniki	s koncesijo	brez koncesije	skupaj
skupaj	1.010	188	1.198
osnovno zdravstvo	261	18	279
specialisti sek. nivoja	224	23	247
zobozdravniki	524	147	671

Vir: Zdravniška zbornica Slovenije, 2006.

4.6.1 Problemi, povezani z uvajanjem zasebne dejavnosti v slovensko zdravstvo

Uvedba zasebne pobude v slovensko zdravstvo je prinesla določen pozitiven prispevek k zagotavljanju zdravstvenih storitev za paciente, po drugi strani tudi manjše in večje težave, ki izhajajo iz v osnovi ne dovolj domišljene tranzicije zdravstva na področju zasebne prakse - na izvedbenem nivoju, zlasti pa kršenja pravnih norm ter izvajanja dostikrat nedopustne protekcionistične politike (Dobnikar, 2005, str. 465).

Ovire za proces privatizacije se pojavljajo tako na strani ponudbe kot povpraševanja po zdravstvenih storitvah. Med dejavnike ponudbe spadajo pomanjkanje znanja in izkušenj ter še pomembnejše, pomanjkanje kapitala. Omejitve na strani povpraševanja pa predstavljajo majhna kupna moč prebivalstva. Omejitev pa predstavlja tudi širok obseg pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, zaradi česar je težko pričakovati, da bodo ljudje za storitve, ki jih lahko dobijo brezplačno in so del obveznega zdravstvenega zavarovanja, pripravljeni zasebnikom plačevati polno ceno (Kamnar, 1992, str. 289-290).

4.6.1.1 Možnosti za »čiste« zasebnike

Kapital v primeru kvaziprivatizacije ne predstavlja nepremagljive ovire, saj zasebnikom s koncesijami prostore in opremo lahko zagotavljajo javni zavodi, za katere zasebniki plačujejo najemnino. Za »čiste« zasebnike, ki sredstva nujno potrebujejo za pridobitev ustreznih prostorov ter nakup drage tehnične opreme, pa lahko kapital predstavlja zelo veliko oviro (Kamnar, 1992, str. 289). Ker opravljanje zdravstvene službe predstavlja nedobičkonosna

dejavnost, se postavlja tudi vprašanje, ali in kdaj se naložbe v javno službo sploh povrnejo. Zasebne naložbe v javne službe so zato ekonomsko manj privlačne, posojila pa za posojilodajalca visoko tvegana in nezanesljiva (Česen, 1999, str. 38).

Omejitve za razvoj »čistega« zasebnitva obstajajo tudi na strani povpraševanja. Kot že omenjeno, je tudi prostor za razvoj pravega privatnega sektorja razmeroma majhen in omejen predvsem z ekonomsko močjo prebivalstva na eni strani ter širokim obsegom pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja ter z javnimi zdravstvenimi zavodi na drugi strani (Kamnar, 1992, str. 292).

Vse to so razlogi, da je pravih zasebnikov v Sloveniji zelo malo, pojavljajo pa se predvsem na področju zobozdravstva. Regulacija na področju zdravstvene dejavnosti pa omogoča velik obseg koncesionarskega opravljanja storitev ter bistveno manjši obseg prave privatizacije.

»Čisti« zasebniki oziroma pravi privatni sektor naj bi tako v prihodnosti deloval predvsem kot alternativa oziroma dopolnilna dejavnost javni zdravstveni službi. Predstavljal naj bi dodatno ponudbo zdravstvenih storitev za tiste, ki to ekonomsko zmorejo, ne pa ponudbo za nujne potrebe prebivalstva. Gre predvsem za ponudbo, ki naj bi predstavljala predvsem boljšo kvaliteto storitev ter omogočala krajše čakalne dobe (Kamnar, 1992, str. 291).

4.6.1.2 Zasebnik v mreži javne zdravstvene službe

Temeljni nosilci osnovne zdravstvene dejavnosti v Sloveniji so zdravstveni domovi. To so neprofitno organizirani in financirani javni zavodi, katerih ustanovitelj in lastnik je občina. Osnovni cilj teh organizacij je možnost oskrbe v vseh občinah ter zagotovitev različnih vrst oskrbe v celostnem pristopu ter za različne populacijske skupine.

Z uvajanjem zasebne zdravstvene dejavnosti so se pokazale potrebe po reorganizaciji osnovne zdravstvene dejavnosti ter s tem tudi zdravstvenih domov. Cilj reorganizacije je bil poglobitev sodelovanja med javnimi in zasebnimi zdravstvenimi delavci. Ker je obstajala nevarnost, da bi z odhodom zdravnikov dejavnosti, ki jih po zakonu mora opravljati zdravstveni dom, le ta formalno prenehal obstajati, ter v bojazni, da bi se začela vzpostavljati vzporedna mreža zdravstvenih storitev, zdravstveni domovi pa bi bili neizkoriščeni, se je rodila ideja o "zdravstvenodomsosti" (Židanik, 2005, str. 461-462).

Zasebniki danes tako lahko pod določenimi pogoji najamejo tiste prostore, v katerih so že doslej opravljali svojo dejavnost. Zdravstvena oskrba na osnovni ravni naj se tako s privatizacijo ne bi poslabšala. Vendar pa v praksi prihaja do številnih problemov, saj se je z javno-zasebnimi partnerstvi prej enoten zavod razbil na več pravnih oseb, ki imajo vsaka svoje interese in vlečejo vsaka v svojo smer. Problem nastane tudi zato, ker se tako zasebniki

koncesionarji kot javni zavodi financirajo iz istega vira, obravnavajo isto populacijo, ekonomska uspešnost enega pa za drugega pomeni težje poslovanje (Židanik, 2005, str. 462).

Teoretično so sicer pogoji zaposlovanja koncesionarjev in zdravnikov zaposlenih v javnem zdravstvu enaki, vendar pa se koncesionarji v praksi pogojev, ki jih vsebuje koncesijska pogodba, velikokrat ne držijo. Poleg tega pa njihovega ravnanja nihče sistematično in redno ne nadzoruje. Najpogostejše kršitve zasebnikov so naslednje:

- Zdravstveni domovi imajo natančno predpisano, da mora imeti splošni zdravnik medicinsko ekipo, zasebniki pa se tega pravila ne držijo in zaradi prihrankov zaposlijo minimalno število zdravniškega osebja. Z odhodom zdravnikov med zasebnike ZZZS odšteje pripadajoče število zdravstvenih delavcev, ki pa skoraj vedno ostanejo v zavodu. Ker zasebniki ne prevzemajo kadrov, prihaja do viška kadra v javnih ustanovah (Arnež, 2000, str. 34-35).
- Zasebniki se ne držijo pravil, po katerih bi morali svojim pacientom nuditi neprekinjeno zdravniško pomoč. Poleg tega bi se morali zasebniki vključevati v dežurstva ter nujno medicinsko pomoč, vendar se to ne dogaja. Problemi nastajajo tudi pri medsebojnem nadomeščanju v času rednih letnih dopustov, bolezni ter strokovnega izobraževanja.
- Medtem ko javni zavodi poslujejo po knjigovodskih in računovodskih predpisih, ki veljajo za javne zavode, poslujejo zasebniki po predpisih, ki veljajo za samostojne podjetnike. Pri tem morajo javni zavodi upoštevati vse kolektivne pogodbe, zasebnikom to ni potrebno. Čeprav je znano, da koncesionarji ne namenjajo za davke in prispevke enakih sredstev, kot jih imajo s standardizacijo priznane v ceni svojih storitev, tega problema država še ni rešila (Židanik, 2005, str. 461-462).
- Problem predstavlja tudi dejstvo, da ZZZS vsako leto najprej sklene pogodbe z zasebniki koncesionarji, kader in program pa odšteje javnim zavodom, čeprav bi ti lahko ponudili nižjo ceno in kvalitetnejše storitve. ZZZS bi moral namesto tega vzpodbujati konkurenčnost tudi z javnimi razpisi ter podpisi pogodb s kvalitetnejšimi in cenejšimi izvajalci (Židanik, 1999, str. 43-46).

Kot je razvidno, »zdravstvenodomska« pod današnjimi pogoji delovanja javnih zavodov in zasebnikov koncesionarjev ni možna. Zdravstveni domovi sicer lahko zagotavljajo svojo celovitost ne le z lastnimi zaposlenimi delavci, ampak tudi v sodelovanju s koncesionarji. Vendar pa morajo biti pravice in dolžnosti koncesionarjev bolj točno definirane, zagotovljeno pa mora biti tudi poslovanje obeh strani na enaki osnovi. Država mora tudi bolj dosledno nadzorovati delo zasebnikov ter poslovanje le teh v skladu s koncesijsko pogodbo.

4.6.1.3 Konkurenčna klavzula

Zakon o zdravstveni dejavnosti od izvajalca, ki želi pridobiti koncesijo, zahteva, da ni v delovnem razmerju. V Sloveniji tako popoldansko delo ni dovoljeno, kar ni v skladu z običajno prakso evropskih držav. Zasebno popoldansko delo v zahodnoevropskih državah

dviguje ugled ustanove, v elitnem popoldanskem času prihajajo premožnejši pacienti, ki večino storitev plačajo iz lastnega žepa (evropske zavarovalnice za take aranžmaje pacientom ne povrnejo polne cene storitev). S takim ravnanjem pa se krajšajo tudi čakalne dobe za posamezne posege in preglede v dopoldanskem času (Rus, 1996, str. 125).

Nezdružljivost opravljanja javne in zasebne zdravstvene službe tako predstavlja nevarnost, da javne zdravstvene zavode zapustijo kvalitetni zdravniki, ki bodo proti plačilu cele vrednosti zdravstvenih storitev na voljo le premožnejšim (Kamnar, 1992, str. 291).

Poleg tega ta odločba sili v pollegalno popoldansko ordiniranje tiste izvajalce, ki ne želijo izgubiti stika z zadnjimi dosežki svoje stroke, z napredkom na področju tehnologije in diagnostike ter vsem drugim, kar omogoča zaposlitev v javnih ustanovah, hkrati pa želijo izboljšati svoj materialni položaj (Rus, 1996, str. 125).

4.6.1.4 Podeljevanje koncesij

Koncesije so se v preteklosti podeljevale nekontrolirano. Podeljene so bile vsakemu zdravniku, ki je zanj zaprosil, praviloma zdravnikom v najbolj produktivnem življenjskem obdobju, z največjo glavarino in v okolju s koncentriranim prebivalstvom, kjer ni obstajala nevarnost, da ne bi imeli zdravniki dovolj storitev (Židanik, Košir, 1999, str. 45). Koncesije se niso razpisovale na demografsko ogroženih območjih, v regijah s pomanjkanjem kadra ter tam, kjer so bili ljudje nezadovoljni s kakovostjo in dostopnostjo zdravstvenih storitev.

Tudi današnji sistem podeljevanja koncesij v zdravstvu je neustrezen. To še posebno velja za bolnišnične zdravnike, ker bi ponekod odhod samo enega zdravnika lahko ogrozil delovanje celotnega oddelka (Zajc, 2005). Pri podeljevanju koncesij se velikokrat odloča od primera do primera, brez javnih razpisov in pravičnih pravil, občine pa s podeljevanjem ne prevzemajo nikakršne odgovornosti glede nadaljnjega poslovanja zavodov. Zaradi nepremišljenega podeljevanja koncesij se tako vzpostavlja neenakopraven položaj zaposlenih v zdravstvu ali tistih, ki hočejo postati koncesionarji. Pri podeljevanju koncesij tudi niso zagotovljeni dodatni finančni viri oziroma širitev mreže, javne finance pa se praviloma preusmerjajo na zasebno področje. Računsko sodišče tudi nima pristojnosti, da bi nadziralo, kako porabljajo javna sredstva koncesionarji in »čisti« zasebniki (Gačša, 2005).

Problem predstavlja tudi že omenjena določba, da koncesije podeljujejo občine. Zaradi neenotnih kriterijev in neenotne uporabe obstoječih pravnih podlag je tako podelitev koncesije pogosto odvisna od dobre volje župana, lobijev občinske uprave, pristojne za zdravstveno varstvo, in drugih interesov. Problemi nastajajo tudi zaradi nasprotujočih si interesov med občinami in v okviru občin, nekatere občine podelijo koncesijo (skoraj) vsem prosilcem, druge nikomur itd (Dobnikar, 2005, str. 467).

Rešitve problema v zvezi s koncesijami Arnež (2000, str. 35) ne vidi v omejevanju njihovega podeljevanja, mora pa država sama vedeti, do katere mere ji je zasebnštvo v pomoč in kdaj postane breme. Zasebnštvo mora potekati nemoteno, vendar nadzorovano, vlada pa mora zagotoviti enakopravnost pri podeljevanju koncesij. Skupaj s strokovno javnostjo mora pripraviti smernice za spremembe in razvoj zdravstvenega sistema ter določiti ustrezno razmerje med javnim in zasebnim (Gačša, 2005).

Koncesije bi se morale razpisovati načrtno in izbrati bi bilo potrebno najugodnejše ponudnike. Ob nadaljevanju sedanje politike se tako lahko zgoditi, da bodo stroškovno manj tvegane dejavnosti predane v roke koncesionarjev, v javnih ustanovah pa bodo ostale najdražje. To pa bi bilo smiselno samo, če bi zdravniki koncesionarji dejavnosti pocenili (Zupančič, 2005e).

4.6.2 Podjetizacija javnih bolnišnic

Bolnišnice predstavljajo tisti del državne blaginje, ki je za Slovenijo najdražji, zato bi imela vsaka učinkovitejša in racionalnejša alokacija virov na tem področju pozitivne učinke na razbremenjevanje javnih izdatkov (Rus, 1996, str. 169). Prav te učinke pa bi dosegli s podjetizacijo bolnišnic.

Polnih oblik privatizacije (prodaja javne lastnine) v bolnišničnem zdravstvu v bližji prihodnosti ni pričakovati. Res bi s tem prišlo do visoke stopnje razbremenitve države, vendar pa bi se s tem po vsej verjetnosti zmanjšala dostopnost ljudi do storitev, ki so lahko življenjskega pomena. Aktualne so predvsem kvaziprivatizacijske oblike privatizacije ter s tem razbremenitev države preko demonopolizacije trga oziroma partnerstva med javnim in zasebnim. Na kratek rok so tako smotrne prikrite oblike privatizacije, kar pomeni deetatizacijo bolnišnic ter prehod na njihovo podjetizacijo (Mezek, 1999, str. 40).

S podjetizacijo bolnišnic bi posodobili organizacijski model bolnišnic, prišlo bi do decetralizacije upravljanja ter povečane avtonomije ob povečani odgovornosti bolnišničnih vodstev. Podjetizacije bolnišnic ne gre razumeti kot razvoja v smeri ohlapnejšega nadzora bolnišnic ali celo odpravljanja javnega nadzora nad njimi. Gre namreč za učinkovitejšo prerazdelitev funkcij med državnimi organi ter nedržavnimi subjekti na eni strani ter izpostavljanje javnih bolnišnic trgu na drugi strani (Rus, 1996, str. 163-164).

V bolnišnicah bi se še naprej zagotavljala javna zdravstvena služba po dogovorjenem programu, hkrati pa bi se številne neizkoriščene zmogljivosti zapolnile s programi z nadstandardnimi storitvami. S tem bi se lahko uvedla tudi omenjena prava privatna, nadstandardna zavarovanja. Do sedaj to ni bilo mogoče, ker nadstandarda nikjer niso nudili. Uvedli bi lahko tudi negovalne bolnišnice. Za lastništvo bolnišnic so zainteresirane vse tri zdravstvene zavarovalnice ter tudi fizične osebe s tujimi partnerji, ki so pripravljene bodisi zgraditi negovalno bolnišnico bodisi prevzeti že obstoječi prostor (Zupančič, 2005d).

Z uvedbo možnosti privatnega lastništva bi bolnišnice lahko delovale ali v javnem sektorju ali za samoplačnike. Končni cilj privatizacije bolnišnic pa bi bil njihovo preoblikovanje v delniške družbe, katerih lastniki bi bili država kot večinski lastnik, zavarovalnice, uspešnejša podjetja, banke, skladi in zaposleni. Tako bi lahko pritegnili najširši krog zasebnih vlagateljev, ki bi svoje prihranke vložili v bolnišnice (Prva bolnišnica v zasebni lasti v letu dni?, 2005).

Predlagana pa je tudi izvedba pilotskega projekta zasebne bolnišnice. To pomeni, da bi eno od manjših slovenskih bolnišnic prodali zasebnemu kapitalu in s tem preverili, kako deluje predlagana vzpostavljena kontrola in ustreznost predlaganih rešitev. Najverjetneje bi za projekt izbrali tako bolnišnico, ki je v izgubi.

4.6.3 Prihodnost slovenskega zdravstva

Slovenski zdravstveni sistem je do sedaj deloval relativno dobro, zato bi lahko s prehitro in nepremišljeno privatizacijo naredili več škode kot koristi. Vendar pa zdravstveni sistem potrebuje spremembe zaradi spreminjanja političnih, demografskih in ekonomskih okoliščin pri nas in v svetu (Česen, 2005).

Ne glede na omejitve in navedene pomanjkljivosti zasebnega zdravstva je zasebništvo prineslo svež veter v slovensko medicino. Povečala se je konkurenčnost, tudi uporabniki zdravstvenih storitev so zasebno zdravstveno dejavnost po večini dobro sprejeli. To potrjujejo tudi ankete o zadovoljstvu bolnikov, kar je v pretežni meri posledica dobre organizacije, krajših čakalnih dob in na splošno boljše dostopnosti do določenih zdravstvenih storitev (Poredoš, 2005, str. 455).

Pričakuje se, da se bo v bližnji prihodnosti sprivatiziral večji del zdravstvene dejavnosti na primarni ravni, in to na področju družinske medicine. Cilj v osnovnem zdravstvu je po mnenju ministra Andreja Bručana (Zupančič, 2005a) stoodstotno zasebništvo s koncesijami, to pa naj bi se zgodilo postopno. Minister je tudi predlagal prenos pristojnosti za osnovno zdravstvo iz občin na državo. Koncesije naj v prihodnje ne bi več podeljevale občine, temveč naj bi se podeljevale preko javnih razpisov v pristojnosti države.

Privatizacija je cilj tudi pri specialistični ambulantni dejavnosti, kar je tudi eden od prednostnih projektov sedanjega ministra za zdravje. Ambulantni specialisti kot tudi del bolnišničnih zdravnikov naj bi pridobili status svobodnega zdravnika. Potrebna naj bi bila tudi privatizacija bolnišnic, interesentov za nakup bolnišnic pa naj bi bilo kar nekaj. Kljub temu pa na sekundarni ravni, zlasti na ravni hospitalne dejavnosti, verjetno v bližnji prihodnosti ne bo prišlo do bistvenega povečanja deleža zasebnštva (Poredoš, 2005, str. 455). Glavni vzrok predstavlja dejstvo, da to dejavnost zaznamujejo visoki stroški infrastrukture in delovanja, ki

bi za zasebnike lahko predstavljali problem. Poleg tega pa bi se s privatizacijo lahko nevarno omejil dostop ljudi do zdravstvenih storitev, ki so lahko življenjskega pomena.

Zdravstveni domovi bi morali tudi v prihodnje ostati temeljni nosilci osnovne zdravstvene dejavnosti. V evropskem merilu je namreč slovenski zdravstveni sistem na visoki ravni predvsem zaradi zdravstvenih domov. Tudi po mnenju Arneža (2000, str. 34) bi morali zdravstveni domovi ohraniti svojo funkcijo, četudi so vsi zdravniki v njih koncesionarji. Zdravstveni domovi bi morali prevzeti vlogo koordinatorja med posameznimi ravni zdravstvenega varstva, med javnimi in zasebnimi izvajalci zdravstvenega varstva ter med zdravstvenimi in ostalimi sektorji.

Cilj Ministrstva za zdravje je tudi vzpodbujanje javno - zasebnega partnerstva. Pomembna predpostavka v ureditvi razmerja med državnim in zasebnim delom v javnem zdravstvu je določitev in obnavljanje mreže javne zdravstvene službe z določitvijo normativov in meril (Bručan, 2005, str. 459-460). Država mora pred nadaljnjo privatizacijo izboljšati tudi davčno zakonodajo, določiti mrežo zasebnikov in vsebino sklenjenih pogodb, določiti strokovne standarde zdravniških storitev in strogo razmejiti javno zdravstveno službo od zasebne dejavnosti za samoplačnike.

V prihodnosti se bo moral bolj kot doslej razvijati tudi javno-zasebni sistem. Ker je denarja v zdravstvu premalo in ga z javnimi sredstvi ni mogoče zbrati, ga bo potrebno zbirati z zasebnimi sredstvi. Rešitev predstavlja povečanje deleža zasebnih sredstev, kar pomeni več prostovoljnih zavarovanj, neposrednih plačila storitev in participacij pri obiskih zdravnika in pri receptih (Zupančič, 2005a). Možna naj bi bila tudi izbira različnih zdravstvenih zavarovanj. S tem namenom je bil sprejet tudi zakon o izravnalnih shemah, s katerim so se uredila razmerja med zavarovalnicami (Zupančič, 2005c).

4.7 Odnos slovenskih zdravnikov do privatizacije zdravstvene dejavnosti: analiza na primeru Zdravstvenega doma Kranj

Delež zdravstvene oskrbe s strani privatnih institucij se v državah Evropske unije v povprečju giblje okoli 50 odstotkov, kar je veliko večji odstotek kot v Sloveniji (Iglič, 1999, str. 9). Zato je pričakovati, da se bo tudi v Sloveniji v naslednjih letih ta delež povečeval. Seveda pa je trend povečevanja deleža zasebnega zdravstva v veliki meri odvisen od aspiracij zdravnikov, zaposlenih v javnih zdravstvenih ustanovah.

V nadaljevanju bodo predstavljeni rezultati ankete, ki sem jo izvedla v Zdravstvenem domu Kranj v mesecu maju 2006. Namen le-te je predstaviti odnos zdravnikov do privatizacije zdravstvene dejavnosti. V raziskavo so bili vključeni zdravniki, zaposleni kot javni uslužbenci na primarni zdravstveni ravni. Vključeni so splošni zdravniki, specialisti splošne medicine,

specialisti pediatri, specialisti šolske medicine ter specialisti ginekologi. Celoten vprašalnik ankete in njena analiza sta prikazana v Prilogi 4.

V Zdravstvenem domu Kranj je danes zaposlenih 60 zdravnikov. Od leta 1991 do danes se je za zasebno prakso odločilo 5 zdravnikov. Vsi zasebniki so zdravniki koncesionarji, ki svojo prakso lokacijsko še vedno opravljajo v zdravstvenem domu (Interna gradiva Zdravstvenega doma Kranj).

Izhodiščni vzorčni okvir zdravnikov, ki so zaposleni v Zdravstvenem domu Kranj, je predstavljal spisek vseh zdravnikov, ki so v njem zaposleni kot javni uslužbenci. Slučajni vzorec iz tega spiska je zajel 50 odstotkov zdravnikov, kar predstavlja 30 zdravnikov. Na anketo je odgovorilo 26 zdravnikov. Treba je poudariti, da rezultati ankete prikazujejo mnenja zdravnikov Zdravstvenega doma Kranj in jih ni mogoče posplošiti. Za bolj reprezentativne rezultate bi bile potrebne nadaljnje raziskave v ostalih slovenskih zdravstvenih domovih, kar pa presega okvir diplomske naloge.

Prvo vprašanje se nanaša na vzroke, ki so pripeljali do pomanjkanja denarja v zdravstvu. Večina zdravnikov, ki so odgovarjali na anketo, se strinja, da sta glavna razloga za naraščajoče izdatke v zdravstvu v Sloveniji dražje sodobno zdravljenje, ki je posledica novih tehnologij, zdravil ter večjih zahtev s strani pacientov (82 odstotkov), ter neugodni demografski trendi (73 odstotkov). Pri trditvah, ki navajata, da sta razloga za pomanjkanje denarja neracionalna poraba sredstev, namenjenih zdravstvu ter slaba organizacija in vodenje zdravstvenih ustanov, pa so mnenja zdravnikov deljena. Približno polovica se s trditvama strinja, približno polovica pa v tem ne vidi glavnega vzroka.

Med zdravniki, zaposlenimi v Zdravstvenem domu Kranj, je slaba polovica (46 odstotkov) takih, ki razmišljajo o odprtju zasebne prakse s koncesijo, vendar večina za dovoljenje za opravljanje zasebne prakse še ni zaprosila. Dobra polovica (54 odstotkov) pa je takih, ki o zasebništvu sploh ne razmišlja. Glede na starost zdravnikov o zasebništvu najmanj razmišljajo najstarejši zdravniki, stari nad 55 let (75 odstotkov). Glede izobrazbene strukture je največ zanimanja za zasebništvo zaslediti pri dr. medicine (67 odstotkov) ter dr. medicine spec. šolske medicine. Starost pa na odločitev o zasebništvu nima bistvenega vpliva.

V primeru, da bi se zdravniki odločili za izvajanje zasebne dejavnosti, bi velika večina (96 odstotkov) poskušala prostore za opravljanje prakse najeti znotraj zdravstvenih domov. Med tistimi zdravniki, ki razmišljajo o zasebni zdravniški praksi, se kot glavna razloga za prehod v zasebništvo navajata možnost boljšega dostopa do kvalitetnejših materialov in sodobne tehnologije (75 odstotkov) ter želja po večji avtonomiji pri delu (67 odstotkov). Večina (67 odstotkov) pa se ne strinja s trditvijo, da bi bil razlog za prehod v zasebno dejavnost boljši materialni in statusni položaj. Pri trditvi, da bi bil eden od razlogov za prehod v zasebništvo nezadovoljstvo s sedanjo delovno situacijo, se jih slaba polovica (42 odstotkov) s tem strinja, dobra polovica (58 odstotkov) pa ne. Taka razporeditev odgovorov je presenetljiva, predvsem

največji odstotek, ki so ga zdravniki namenili odgovoru, ki kot glavni razlog za prehod v zasebništvo navaja možnost boljšega dostopa sodobne tehnologije in materialov. Težko je namreč pričakovati, da bi si zdravniki zasebniki kvalitetnejše materiale in najnovejše aparature lahko privoščili, saj bi le-ta predstavljala zanje velik finančni zalogaj. Odgovor gre bolj razumeti v smeri, da bi kot zasebniki imeli do opreme neomejen dostop ter jim za uporabo le te ne bi bilo potrebno čakati.

Zadnje vprašanje ankete pa se nanaša na oblike privatizacije zdravstvenih ustanov. Različne oblike privatizacije zdravstvenih domov lahko razdelimo od »šibkih« oblik, ki zajemajo privatizacijo dejavnosti, ne pa tudi privatizacijo lastnine, do »močnih« oblik, ki zajemajo privatizacijo lastnine in dejavnosti hkrati (Iglič, 1999, str. 9). Glede na to, da bi večina zdravnikov Zdravstvenega doma Kranj v primeru zasebne prakse poskušala najeti prostore v okviru zdravstvenega doma, se pričakuje, da se zavzemajo za tisto obliko privatizacije, ki jim bo to tudi omogočila. Glede želene oblike privatizacije, kot je bilo pričakovati, obstaja razkorak med zdravniki, ki razmišljajo o zasebni praksi, in zdravniki, ki o zasebništvu ne razmišljajo.

Zdravniki, ki razmišljajo o prehodu v zasebno prakso, se večinoma zavzemajo za »močnejše« oblike privatizacije. O privatizaciji v smislu najemanja prostorov znotraj zdravstvenih domov razmišlja nekaj manj kot 60 odstotkov vprašanih (58 odstotkov), četrtnina pa se zavzema za to, da se javni zdravstveni zavodi organizirajo kot javne korporacije, s katerimi upravljajo zaposleni. Zdravniki, ki o zasebni praksi ne razmišljajo, pa se večinoma zavzemajo za »mehkejš« oblike privatizacije. 50 odstotkov vprašanih je mnenja, da naj zdravstveni domovi ostanejo v državni (občinski) lasti, zdravniki pa javni uslužbenci, slabih 30 odstotkov (29 odstotkov) pa se zavzema za to, da javni zavodi ostanejo v državni lasti, zdravniki pa naj kot zasebniki najemajo prostore v njih. Tako eni kot drugi pa zavračajo prodajo zdravstvenih domov na trgu najboljšemu ponudniku, saj se je za to možnost opredelil zgolj en zdravnik.

Glavne ugotovitve:

- Približno polovica zdravnikov, ki so danes zaposleni v Zdravstvenem domu Kranj, izraža interes po odprtju zasebne prakse. To so predvsem zdravniki, ki želijo pri svojem delu več avtonomije ter imeti možnost dostopa do boljših materialov ter tehnologij, nekatere pa v to žene tudi nezadovoljstvo s sedanjo delovno situacijo.
- Če bi se zdravniki odločili za zasebno prakso, bi jo vsi z izjemo enega še vedno želeli opravljati v prostorih zdravstvenega doma, kjer bi poskušali najeti prostore.
- Za večino zdravnikov je najsprejemljivejša »šibka« oblika privatizacije, ki pomeni privatizacijo dejavnosti, ne pa tudi infrastrukture. Večina zdravnikov se zavzema za to, da zdravstveni domovi ostanejo v državni (občinski) lasti, zdravniki pa naj kot koncesionarji najemajo prostore v njih.

SKLEP

Zdravstveno varstvo se v Evropi spreminja, spremembe pa so povezane z uveljavljanjem komercializacije, privatizacije, podjetništva in konkurence. Tudi v Sloveniji se je v zadnjih letih v zdravstvenem varstvu okrepil zasebni sektor, kar je vplivalo na delovanje javnega (Tajnikar, Došenovič, 2005, str.16).

Za financiranje zdravstvenega varstva so v svetu na voljo javna in zasebna finančna sredstva. Zasebna sredstva predstavljajo dohodki posameznikov oziroma njihova neposredna plačila ter sredstva prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Javna sredstva pa predstavljajo obvezno zdravstveno zavarovanje, državni proračun ter sredstva občin in regij.

Nenehno grožnjo financiranju zdravstvenega varstva in njegovi finančni stabilnosti predstavljajo hitro rastoči izdatki za zdravstvo. Sistem zdravstvenega varstva in zavarovanja v Sloveniji deluje že vrsto let, podobno kot drugi zdravstveni sistemi v državah EU, na zgornji meji svojih javno-finančnih zmožnosti. Razvite države tako poskušajo z uvajanjem privatizacije v zdravstvo ter s kombiniranjem javno-zasebnih virov zagotoviti zadostna sredstva za financiranje zdravstvenega sistema. V svetu je sicer večina izdatkov za zdravstveno varstvo še vedno javnih, vendar pa se delež zasebnih izdatkov iz leta v leto povečuje.

Uspešnost reformnih procesov v Sloveniji, določenih z zdravstvenimi zakoni v letu 1992, ki so z zasebnimi viri sredstev iz prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja omogočili dokaj visoko raven zdravstvene varnosti državljanov, se je po letu 2000 izčrpala. V sistemu zdravstvenega varstva in zavarovanja po letu 1992 ni bilo niti pomembnejših zakonskih sprememb niti drugih reformnih posegov, ki bi kakorkoli zmanjševali pritiske na povečevanje izdatkov za zdravstveno varstvo. Dogajalo se je ravno nasprotno; priča smo širokemu obsegu pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, širjenju pravic na področjih diagnostike in novih zdravil, povečevanju standardov, povečevanju čakalnih dob, povečevanju izdatkov za zdravila na recepte in izdatkov za nadomestila zaradi odsotnosti z dela, majhnemu obsegu zasebnega dela in odsotnosti konkurence, pomanjkanju nadzora ter neučinkovitemu upravljanju in vodenju javnih zdravstvenih zavodov (Košir, 2005, str. 460).

Slovensko zdravstvo tako nujno potrebuje spremembe. Rešitev lahko pomeni privatizacija zdravstvenega sistema. Pod pojmom privatizacija razumemo ali zasebno opravljanje javnih zdravstvenih programov ali pa pravo privatizacijo, to je lastninjenje premoženja javnih zdravstvenih zavodov v korist zasebnih lastnikov. Prednosti privatizacije so v krčenju pristoynosti države, zmanjševanju centralizacije, povečanju konkurenčnosti med izvajalci zdravstvenega varstva, večjo možnost izbire, gospodarnejše ravnanje in odgovornost za poslovni uspeh. Privatizacija pa prinaša tudi pasti, kot so pobiranje smetane s strani zasebnikov, nepravilno dostopnost do zdravniških storitev, možno nezaželeno

ekonomiziranje ter postavljanje kapitalskih dobičkov posameznikov pred javni interes uporabnikov. S privatizacijo se veča tudi nevarnost korupcije, kolonizacije javnega sektorja po privatnem, izkoriščanje koncesij za neupravičeno črpanje javnih sredstev, skratka pretakanje javnih sredstev v privatna (Rus, 2005).

V diplomsko nalogo je vključena anketa, ki prikazuje odnos zdravnikov do privatizacije zdravstvene dejavnosti v Sloveniji. Njen namen je prikazati odnos zdravnikov Zdravstvenega doma Kranj do privatizacije zdravstva. Po rezultatih ankete lahko sklepamo, da so mnenja o privatizaciji med zdravniki zelo deljena. Približno polovica zdravnikov namreč ima interes za odprtje zasebne zdravniške prakse, polovica pa o zasebništvu sploh ne razmišlja. Večina zdravnikov želi, da bi zdravstveni domovi ostali v državni (občinski) lasti, zdravniki pa bi kot koncesionarji najemali prostore v njih. Velik pa je tudi odstotek zdravnikov, ki si prizadevajo za to, da zdravstveni zavodi ostanejo v državni lasti, zdravniki pa javni uslužbenci.

Dosedanja privatizacija zdravstva v Sloveniji ni prinesla zelenih učinkov, saj zaradi koncesionarjev zdravstveni sistem za državo ni bistveno cenejši. Gre predvsem za pomanjkanje izvedbene zakonodaje na področju podeljevanja koncesij. Pravice in dolžnosti koncesionarjev so slabo definirane, koncesije pa so se podeljevale nepremišljeno. Država pa bi morala vzpostaviti tudi boljši nadzor nad zasebnimi izvajalci zdravstvenih storitev.

Slovenija se bo v prihodnje morala s svojim mešanim sistemom odločiti, ali se bo bolj približevala zahodnoevropskemu ali pa skandinavskemu konceptu izvajanja zdravstvenih storitev. K projektu povečevanja deleža zasebništvu mora pristopiti načrtovano z upoštevanjem potreb prebivalstva. Zagotoviti je potrebno enakost pogojev vseh zdravstvenih izvajalcev, nemoteno delovanje javne zdravstvene službe, postopnost, preglednost in prioritetenost prehoda v zasebnništvo ter strogo razmejiti javno zdravstveno službo od zasebne dejavnosti za samoplačnike. V nasprotnem primeru bo privatizacija nepregledna in škodljiva za uporabnike zdravstvenih storitev.

V prihodnosti se mora med javnim in zasebnim sektorjem vzpostaviti enakopravni partnerski odnos in na njih temelječe različne oblike sodelovanja. Kakovost in uspešnost posamezne zdravstvene storitve je namreč odvisna od aktivne in enakopravne vloge vseh subjektov, ki se pojavljajo na trgu zdravstvenih storitev. To so bolnik kot uporabnik, zdravnik kot izvajalec ter država oziroma zavarovalnica kot plačnik.

Sodobna prizadevanja so tako dolgoročno usmerjena v medsebojno odvisnost in povezanost zasebnega in javnega interesa na socialnih področjih. Javna zdravstvena politika pa bo morala še naprej vzdrževati občutljivo ravnotežje med družbeno solidarnostjo, pravično dostopnostjo ter interesi svobodnega podjetništva (Česen, 2005).

LITERATURA

1. Albreht Tit: Zasebnništvo v različnih zdravstvenih sistemih. Zdravniški vestnik, Ljubljana, 2005, 7/8, str. 463-464.
2. Arnež Zoran: Privatizacija zdravstva. Mladina, Ljubljana, 2000, 12, str. 32-35.
3. Beltram Peter: Privatizacija na področju družbenih dejavnosti. Ljubljana : Državna založba Slovenije, 1993. 385 str.
4. Bručan Andrej: Predstavitev kandidata za ministra za zdravje. Ljubljana : Ministrstvo za zdravje, 2004. 11 str.
5. Bručan Andrej: Ureditev razmerja med državnim in zasebnim delom v javnem zdravstvu. Zdravniški vestnik, Ljubljana, 2005, 7/8, str. 456-460.
6. Brus Alojz: Organiziranost javnozdravstvene službe v Republiki Sloveniji. Organizacija, Kranj, 1995, 6, str. 343-349.
7. Ceglar Jakob: Modeli plačevanja izvajalcem bolnišnične dejavnosti v Sloveniji in izbranih državah. Magistrsko delo. Ljubljana : Ekonomska fakulteta, 2004. 80 str.
8. Cukjati France: Je politika osnovnega zdravstva v slepi ulici?. ISIS, Ljubljana, 1999, 3, str. 34-37.
9. Česen Marjan: Zdravje in denar. Ljubljana : Agencija demokratičnega inozemskega tiska, 1988. 127 str.
10. Česen Marjan: Osnove upravljanja sistema zdravstvenega varstva. Ljubljana : Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 1998. 90 str.
11. Česen Marjan: Moč in nemoč privatizacije v zdravstvenem varstvu. Bilten ekonomika organizacija informatika v zdravstvu, Ljubljana, 1999, 2, str. 38-42.
12. Česen Marjan: Management javne zdravstvene službe. Ljubljana : Center za tehnološko usposabljanje, 2003. 254 str.
13. Česen Marjan: Koliko stane predan zdravnik. Delo (Sobotna priloga), Ljubljana, 22.10.2005.
14. Dobnikar Brane: Koncesijsko opravljanje zdravstvene dejavnosti: uspehi, težave in izzivi. Zdravniški vestnik, Ljubljana, 2005, 7/8, str. 464-471.
15. Došenovič Petra: Cost efficiency of basic health care providers in Slovenia. Magistrsko delo. Ljubljana : Ekonomska fakulteta, 2004. 97 str.
16. Fortuna Marjan: Pandorina skrinjica v zdravstvu. Delo, Ljubljana, 16.11.2005.
17. Gačša Jelena: Ustaviti dajanje koncesij v zdravstvu. Delo, Ljubljana, 27.10.2005.
18. Gorjup Viktorija: Oblike privatizacije v zdravstvu. Zbornik – 6. strokovno srečanje ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu: Tranzicija, spreminjanje lastninske strukture in uvajanje zasebne prakse v zdravstvo po letu 1990. Ljubljana : Društvo ekonomistov v zdravstvu, 1999, str. 19-27.
19. Gracar Ivan: Analiza socialnih in ekonomskih neskladij v sistemu zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji. Magistrsko delo. Ljubljana : Fakulteta za družbene vede, 1999. 110 str.

20. Hindle Don: Nisem socialist. Sem le za učinkovito zdravstvo. Delo (Sobotna priloga), Ljubljana, 31.05.2003, str. 4-6.
21. Iglč Hajdeja: Aspiracije in stališča zdravnikov do privatizacije v zdravstvu. Zbornik – 6. strokovno srečanje ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu: Tranzicija, spreminjanje lastninske strukture in uvajanje zasebne prakse v zdravstvo po letu 1990. Ljubljana : Društvo ekonomistov v zdravstvu, 1999, str. 9-17.
22. Jaklič Marko: Tržne neučinkovitosti in reguliranje trgov zdravstvenih storitev: primer lekarniških storitev v Sloveniji. Magistrsko delo. Ljubljana : Ekonomska fakulteta, 2005. 103 str.
23. Kamnar Helena: Privatizacija zdravstvene dejavnosti v luči nove zdravstvene zakonodaje. Zdravstveno varstvo, Ljubljana, 1992, 10/11/12, str. 289-292.
24. Keber Dušan et al.: Zdravstvena reforma. Ljubljana : Ministrstvo za zdravje, 2003. 348 str.
25. Keber Dušan: Utrjevanje vrednot in vzpodbujanje sprememb: Zdravstvena reforma 2003. Zdravniški vestnik, Ljubljana, 2003, 2, str. 57-58.
26. Ključna je drugačna organizacija zdravstva. Delo, Ljubljana, 16.01.2003.
27. Košir Franc: Primerjava zasebnega in javnega zdravstva v razvitih državah in državah tranzicije. Zdravniški vestnik, Ljubljana, 1999, 11, str. 681-684.
28. Košir Franc: Financiranje zdravstvenega varstva: javno-zasebno. Zdravniški vestnik, Ljubljana, 2005, 7/8, str. 460-461.
29. Košir Tone, Mencej Meta: Zdravstveni zakoni: zakoni s pojasnili in komentarjem: po novem. Ljubljana : Center marketing, 1992. 284 str.
30. Podobnik Rafael: Iluzije o prednostih zasebne konkurence, Delo, Ljubljana, 8. 5. 1999, str. 35.
31. Poredoš Pavel: Javno in zasebno zdravstvo: prednosti in pomanjkljivosti posameznih sistemov. Zdravniški vestnik, Ljubljana, 2005, 7/8, str. 455.
32. Prva bolnišnica v zasebni lasti v letu dni?. Delo, Ljubljana, 31.10.2005.
33. Rus Veljko: Privatizacija šolstva, zdravstva in kulture. Ljubljana : Fakulteta za družbene vede, 1996. 264 str.
34. Rus Veljko: Nihamo med postkapitalizmom in postsocializmom, Delo (Sobotna priloga), Ljubljana, 30.4.2005.
35. Saltman Richard B., Figueras Josep: European health care reform: analysis of current strategies. Copenhagen : World health organization, regional office for Europe, 1999. 308 str.
36. Saražin Klemenčič Ksenija: Privatizacija v zdravstvenem varstvu v nekaterih evropskih državah in drugod po svetu. Bilten: ekonomika, organizacija, informatika v zdravstvu, Ljubljana, 1998, 9, str. 234-236.
37. Stepan Adolf et al.: Sistemi financiranja v zdravstvu: mednarodna primerjava. Ljubljana : Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 1999. 170 str.
38. Stojanov Veso: Mi zanje, oni zase. Delo (Sobotna priloga), Ljubljana, 28.01.2006.
39. Svetic Aleša: Tržni koncept poslovanja v slovenskem zdravstvu da ali ne?. Slovenska ekonomska revija, Ljubljana, 1993, 5, str. 480-486.

40. Švab Igor: The reforms of the Slovenian health care system : from capitalism to socialism and back = Reforme sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji: od kapitalizma do socializma in nazaj, Zdravniški vestnik, Ljubljana, 2000, 12, str. 791-798.
41. Tajnikar Maks: Kako do tržnega zdravstva. Finance, Ljubljana, 12.8.2003, str. 8-9.
42. Tajnikar Maks, Došenovič Petra: Upravljanje in regulacija sistema zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji. Ljubljana : Ekonomska fakulteta v Ljubljani , 2003. 35 str.
43. Tajnikar Maks, Došenovič Petra: Kaj polaga na srce zasebnik javnemu zdravniku, Delo (Sobotna priloga), Ljubljana, 09.04.2005, str. 16-17.
44. Toth Martin: Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje. Ljubljana : Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2003. 524 str.
45. Zajc Diana: Podeljevanje koncesij na pamet. Delo, Ljubljana, 09.11.2005.
46. Zupančič Milena: Pod odejo kapitalskih dobičkov, Delo (Sobotna priloga), Ljubljana, 19.3.2005.
47. Zupančič Milena: Privatniki po Bručanu prijaznejši. Delo, Ljubljana, 23.6.2005a.
48. Zupančič Milena: Zasebniki učinkovit, a dragi. Delo, Ljubljana, 18.7.2005b.
49. Zupančič Milena: Vroč kostanj zdravstvenih sprememb. Delo, Ljubljana, 30.7.2005c.
50. Zupančič Milena: Za vsako bolezen se najde denarnica, Delo, Ljubljana, 01.10.2005d.
51. Zupančič Milena: Razcvet zdravstva?. Delo, Ljubljana, 18.10.2005e.
52. Židanik Anton, Košir Marija: Zasebna dejavnost v osnovnem zdravstvu. Zbornik – 6. strokovno srečanje ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu: Tranzicija, spreminjanje lastninske strukture in uvajanje zasebne prakse v zdravstvo po letu 1990. Ljubljana : Društvo ekonomistov v zdravstvu, 1999, str. 43-46.
53. Židanik Anton: Privatizacija v zdravstvu na primarni ravni: prednosti in pomanjkljivosti. Zdravniški vestnik, Ljubljana, 2005, 7/8, str. 461-463.

VIRI

1. Health Care Reform in Central and Eastern Europe.
[URL: <http://www.medicover.com/en/en/en/Default.aspx?TabId=292>], 2006.
2. Interna gradiva Zdravstvenega doma Kranj.
3. Ministrstvo za zdravje. [URL: <http://www2.gov.si/mz/mz-splet.nsf>], 2006.
4. Nacionalni program zdravstvenega varstva Republike Slovenije – Zdravje za vse do leta 2004 (Uradni list RS, št. 49/2000).
5. OECD Health Data 2005: Statistics and Indicators for 30 Countries.
[URL: http://www.oecd.org/document/30/0,2340,en_2825_495642_12968734_1_1_1_1,00.html], 8.6.2005.
6. Osnovno zdravstvo Gorenjske. [URL: <http://zd-kranj.s5.net/>], 2006.
7. Poslovno poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje za leto 2004. Ljubljana : ZZZS, 2005.
8. Slovensko zdravniško društvo. [URL: <http://www.szd.si/>], 2006.

9. Uvajanje zasebnitva na primarni ravni - strokovno srečanje, 17. jan 2006, Ljubljana
[URL:
[http://www.mz.gov.si/index.php?id=677&encryptionKey=d41d8cd98f00b204e9800998ecf8427e4ffce04d92a4d6cb21c1494cdfcd6dc12e152612c12e443b34d4c35a6229dc39&tx_ttnews\[backPid\]=670&tx_ttnews\[tt_news\]=2424&cHash=9c2516adb7](http://www.mz.gov.si/index.php?id=677&encryptionKey=d41d8cd98f00b204e9800998ecf8427e4ffce04d92a4d6cb21c1494cdfcd6dc12e152612c12e443b34d4c35a6229dc39&tx_ttnews[backPid]=670&tx_ttnews[tt_news]=2424&cHash=9c2516adb7)], 18.01.2006.
10. Zakon o javnih naročilih (Uradni list RS, št. 36/2004).
11. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 100/2005).
12. Zakon o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 23/2005).
13. Zasebna zdravstvena dejavnost.
[URL: http://www.pcmg.si/upload/files/zasebna.zdravstvena_dejavnost.rtf], 12.6.2006.
14. Zasebna zdravstvena dejavnost - predstavitev za občine. 6 str.
[URL:http://zasebniki.zzs-mcs.si/pdf/bodoci_zasebniki_predstavitev_za_obcine.pdf], 2006.
15. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. [URL: <http://www.zzzs.si/>], 2006.
16. Zdravniška zbornica Slovenije. [URL: <http://www.zzs-mcs.si/>], 2006.

PRILOGE

PRILOGA 1 - Modeli sistemov zdravstvenega varstva	2
PRILOGA 2 - Modeli plačevanja zdravstvenih delavcev	3
PRILOGA 3 - Značilnosti sistemov zdravstvenega varstva nekaterih evropskih držav	5
PRILOGA 4 - Anketa in analiza ankete	9

PRILOGA 1 - Modeli sistemov zdravstvenega varstva

Bismarckov model ali model socialnega zdravstvenega zavarovanja

Model so razvili v Nemčiji in predstavlja prvi organiziran sistem zdravstvenega varstva na svetu. Glavni vir sredstev za zdravstveno oskrbo predstavljajo sredstva iz socialnega zavarovanja. Država predpiše obvezno zdravstveno zavarovanje za vse državljane za primer bolezni in poškodb. V teh državah se vse bolj uveljavlja tudi prostovoljno zavarovanje. Prispevke plačujejo vsi, ki imajo kakršenkoli dohodek (tako delojemalci kot delodajalci), prispevki pa se stekajo v bolniške blagajne ali zavarovalnice. Bolniške blagajne so dokaj avtonomne, saj same določajo obseg pravic zavarovancev, prispevne stopnje za zdravstveno zavarovanje, nastopajo pa tudi kot pogajalska stran v pogajanjih z združenji izvajalcev (zdravnikov, bolnišnic, lekarn) o cenah zdravstvenih storitev, o njihovih plačah ter drugih pogojih izvajanja zdravstvenih dejavnosti.

Najznačilnejše predstavnice tega modela so Nemčija, Avstrija, Francija, Belgija, Nizozemska, Luksemburg, Japonska, v ta model pa uvrščamo tudi Slovenijo.

Beveridgov model ali model nacionalnega zdravstvenega varstva

Model so razvili v Veliki Britaniji po drugi svetovni vojni. Nastal je kot posledica nezadovoljivega stanja, ko je bila v državi zdravstveno zavarovana le tretjina prebivalstva. Država je s tem modelom želela razširiti socialne dobrine in zdravstvene storitve vsem prebivalcem ter tako izboljšati zdravstveno varnost in zdravstveno stanje ljudi. Sredstva za zdravstveno varstvo se v tem modelu zbirajo z davki v proračunu. Država mora tako zagotoviti dovolj denarja, zmogljivosti, posebno organizacijo zdravstvene dejavnosti ter posebno upravljanje in organizacijo področja. Odloča tudi o deležu proračuna in predpisuje delovanje in naloge nacionalne zdravstvene službe. Nacionalna zdravstvena služba (National Health Service – NHS) predstavlja specifično organizacijo zdravstvenih dejavnosti na vseh ravneh. Na primarni ravni delujejo zasebni splošni zdravniki, ki so v pogodbenem razmerju z NHS. Bolnišnice so večinoma javne, čeprav so dovoljene tudi zasebne (Toth, 2003, str. 147).

Model nacionalnega zdravstvenega varstva se od Bismarckovega modela poleg načina zbiranja sredstev razlikuje v tem, da imajo pri tem modelu vsi prebivalci države zagotovljen dostop do zdravstvenih storitev pod enakimi pogoji. Najznačilnejše predstavnice tega modela so poleg Velike Britanije še Irska, Islandija, Norveška, Švedska, Finska, Danska,...

Semaškov model ali model socialističnega zdravstvenega varstva

Sistem je nastal v nekdanji Sovjetski zvezi v času socialistične družbene ureditve. Izvajanje zdravstvene dejavnosti je bila skupna lastnina, zdravstvena služba je bila poddržavljena, zasebna zdravstvena dejavnost pa ni bila dovoljena. O vsem v zvezi z zdravstvenim varstvom je odločala izključno država, sredstva za financiranje so izhajala iz državnega proračuna, polnila pa so se iz davkov (Toth, 2003, str. 148). Sistem naj bi vsem državljanom zagotavljal popolno dostopnost do zdravstvenih storitev brez neposrednega plačevanja ali doplačila.

Model socialističnega zdravstvenega varstva so po drugi svetovni vojni sprejele vse srednje in vzhodnoevropske države, ob padcu socialističnega sistema pa so te države začele reformirati tudi zdravstveno varstvo. Model se še vedno uporablja v Rusiji, Severni Koreji ter na Kitajskem. Iz enakih ideoloških izhodišč pa je na začetku izhajal tudi slovenski zdravstveni sistem.

Tržni model zdravstvenega varstva

Zdravstveni sistem je prepuščen tržnim silam in delovanju tržnih zakonitosti, zato je delež zasebnih zdravstvenih izvajalcev zelo velik. Sestavljen je iz različnih podsistemov, ki omogočajo različne načine zavarovanj za različne primere zdravstvenih tveganj posameznih skupin prebivalcev.

Ta model je značilen za Združene države Amerike. ZDA so država z največjim deležem prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja in najnižjimi obveznimi dajatvami za zdravstvo. Država se umika iz zdravstva, zasebna podjetja pa vedno bolj zasledujejo cilj kovanja dobička. Rezultat je najdražji zdravstveni sistem na svetu (porabijo 14 odstotkov BDP, npr. Slovenija 8 odstotkov), ki pa je hkrati tudi najmanj učinkovit (visoka stopnja smrtnosti v bolnišnicah, slaba razporeditev zdravstvene oskrbe med prebivalstvo,...).

PRILOGA 2 - Modeli plačevanja zdravstvenih delavcev

Poznamo naslednje modele plačevanja zdravstvenih delavcev (Keber et al., 2003, str. 93-96; Ceglar, 2004, str. 27-29; Česen, 1988, str. 25-28):

- **Plačevanje po obračunanih storitvah** – Plačilo zdravnika je vezano na opravljeno individualno storitev, cena storitev pa je določena vnaprej. Prednost takega plačevanja je administrativna nezahtevnost, izvajalci pa tudi vedo vnaprej, koliko in kako bodo plačani. Glavna slabost tega modela pa je, da tak način plačevanja izvajalce spodbuja k izvajanju večjega števila storitev, med katerimi so lahko tudi nepotrebne, dvig storilnosti pa tako povečuje stroške in zmanjšuje kakovost storitev.

- **Plačevanje po glavarini** – Zdravnik je plačan z določenim zneskom za vsakega pacienta, ki ga zdravi. Pri tem ni pomembno, kako pogosto zdravnik obravnava zavarovane osebe in kako zahtevne posege opravlja, pač pa samo, da svoje naloge dosledno in celovito opravlja. Ta način plačevanja se uporablja predvsem pri financiranju osebnih in družinskih zdravnikov. Večinoma se model nadgradi z dodatnim upoštevanjem razlik glede na spol, starost in socialnoekonomski status pacientov. Prednost tega sistema je enostavno evidentiranje opravljenega dela, model pa tudi vzpodbuja k celoviti in stroškovno učinkoviti obravnavi. Slabost pa je možna izbira cenejših pacientov, necelovita obravnava, izogibanje preiskavam, če so vključene v glavarino.
- **Plačevanje po bolnišničnem oskrbnem dnevu** - Osnovna plačilna enota je oskrbni dan, večinoma pa se uporablja pri plačevanju bolnišnic. Cena za oskrbni dan vključuje povprečje stroškov storitev, zdravil, hrane in namestitve. Plačilo izvajalca temelji na številu opravljenih oskrbnih dni in vrednosti oskrbnega dne. Metoda je administrativno enostavna in poceni, glavna slabost metode je vzpodbuda k podaljševanju ležalne dobe in povečevanju števila oskrbnih dni, s čimer se zmanjšuje dostopnost in kakovost zdravstvenih storitev.
- **Plačevanje po primeru** – Ločimo dva različna načina plačevanja po primeru: plačilo po primeru neodvisno od zahtevnosti ter plačilo po zahtevnosti primera. Pri prvem načinu je določena enotna cena za vsakega bolnika. Plačilo je torej neodvisno od različnih obravnav bolnikov z opravljenimi preiskavami, posegi in porabljenimi zdravili. Ta metoda je tako administrativno poceni, skrajšuje ležalne dobe. Ob plačilu, ki je neodvisno od zahtevnosti in dolžine obravnave, pa metoda ni pravična in ne vzpodbuja učinkovitosti. Glavne slabosti so tako povečevanje števila neustreznih in nezahtevnih obravnav ter tako zmanjševanje kakovosti le-teh.

Drugi model pa je plačevanje po zahtevnosti primera, ki je v svetu najbolj prepoznaven kot DRG model (Diagnosis-Related Groups) ali model SPP (skupine primerljivih primerov). Pri tem modelu plačilo opredeli celoten postopek obravnave bolnika. Tako se za različne primere zagotovi različno plačilo, ki je sorazmerno stroškom. Na ta način se plačilni sistem preusmeri na bolnikove probleme in njegove potrebe, saj zahtevnost primera določajo klinične diagnoze, opravljeni posegi in dolžina obravnave. Ta model je administrativno in izvedbeno bolj zahteven. Glavne prednosti pa so zagotavljanje pravičnega in primerljivega razporejanja sredstev med posamezne izvajalce, izvajalce pa tudi spodbuja k optimizaciji stroškov zdravstvenih storitev.

- **Plačevanje po proračunu ali plačilo za program** – V tem modelu je izvajalcem vnaprej določen letni znesek sredstev za opravljanje storitev in to ne glede na dejansko število obravnavanih primerov ali vrsto in količino opravljenih storitev ter njihovo zahtevnost. Tak način plačevanja omejuje rast cen in količine storitev, vendar dovoljuje prožnost pri porabi sredstev znotraj proračuna. Presežek proračuna po koncu obračunskega obdobja

lahko ostane izvajalcu, za primanjkljaj sredstev pa mora izvajalec sredstva priskrbeti sam. Za izvajalce je model administrativno in izvedbeno bolj zahteven, saj omejen proračun sili k učinkoviti porabi dodeljenih sredstev. Iz tega pa izhaja tudi slabost modela, saj to lahko vodi v izogibanje dragim storitvam, postopkom in zdraviom.

PRILOGA 3 – Značilnosti sistemov zdravstvenega varstva nekaterih evropskih držav

Države so razporejene glede na koncept, kateremu pripadajo.

Zahodnoevropski koncept

V zahodnoevropskih državah so bili cilji reform zdravstvenega varstva doseči večjo učinkovitost zdravstvenega sistema, uspešnost in več nadzora nad porabo sredstev, namenjenih za zdravstvo, približati se potrebam uporabnikov zdravstvenega varstva, zagotoviti kakovost zdravstvenih storitev ter spodbuditi izvajalce zdravstvenega varstva k izvajanju preventivne dejavnosti (Saražin Klemenčič, 1998, str. 235).

- **Velika Britanija** je domovina Beveridgevega modela zdravstvenega varstva, ki se financira prek davkov iz državnega proračuna. Leta 1948 je bil namreč podržavljen celoten zdravstveni sistem, ki se je ohranil vse do prihoda Tonyja Blaira. Do pred nekaj leti zasebnštvo praktično ni bilo prisotno. V času prejšnjega mandata Blairrove vlade pa so bile uvedene spremembe, ki so omogočile odpiranje trga. Uvedli so dodatno zavarovanje, zasebne izvajalce in s tem javnemu sistemu vzporeden konkurenčen sistem. Danes tako že najdemo vse tri elemente zasebnštva - zasebne bolnišnice, zasebno izvajanje dejavnosti in zasebno zdravstveno zavarovanje (Albreht, 2005, str. 464). Uvedeni so bili tudi skladi splošnih zdravnikov (»GP fund-holders«), ki naj bi kupovali bolnišnične storitve za svoje bolnike. Večji objekti v zdravstvu naj bi bili delno samostojni, delno pa naj bi bili v okviru nacionalnega sistema zdravstvenega varstva (Saražin Klemenčič, 1998, str. 235). Zasebno zdravstveno zavarovanje je komplementarno obveznemu, vendar pa ljudje iz obveznega zavarovanja ne morejo izstopiti. Večina zasebnih bolnišnic in zdravnikov je v velikih mestih.

V Veliki Britaniji so tako na poti v kombinirani sistem s povsem liberalizirano zasebno pobudo tako pri zavarovanjih kot pri izvajanju dejavnosti. Poleg zasebnih izvajalcev pa se pojavljajo še posebne, pravzaprav javnemu sistemu neposredno konkurenčne storitve, to je sistem HealthDirect. Sistem je oblika telefonskega zdravstvenega svetovanja, dostopen 24 ur na dan, tudi preko spleta, vendar pa je plačljiv (Albreht, 2005, str. 464).

Velika Britanija za zdravstvo porabi skoraj 8 odstotkov BDP-ja, od tega 6,4 odstotka javnih sredstev in 1,3 odstotka zasebnih sredstev (Zupančič, 2005b).

- **Nizozemska** je prevzela Bismarckov model zdravstvenega varstva zaradi nemške okupacije med drugo svetovno vojno, po vojni pa ga ni zavrgla, temveč ga je razvijala po svoje. Država je znana po neprestanih reformah v zdravstvu. Ima dolgoletno tradicijo zasebnitva. Danes je njihov zdravstveni sistem organiziran z zasebnimi (neprofitnimi) izvajalci na vseh treh ravneh, razen treh univerzitetnih bolnišnic, ki pa so v državni lasti (Zupančič, 2005b). Bolnišnice upravljajo upravni odbori, v katerih so pomembne osebe iz gospodarskega in finančnega življenja (predsedniki uprav bank, zavarovalnic ipd.).

V zadnjem času so se zdravniki odločili, da bodo postopoma ukinili splošno in neomejeno dostopnost do zdravstvenih storitev in zdravstveno službo reorganizirali tako, da bodo uvedli splošne urgence, s čimer pa se je dostopnost zelo poslabšala. Problem take organizacije je namreč večji v manjših krajih in na podeželju, saj je s tem zdravnik slabše dostopen, javni prevoz ni vedno na voljo, poleg tega pa je na Nizozemskem uvedena tudi participacija za posamezen obisk (Albreht, 2005, str. 464).

Za zdravstvo v Nemčiji porabijo 9,1 odstotka BDP-ja, od tega 5,5 odstotkov javnih in 3,6 odstotkov zasebnih sredstev (Zupančič, 2005b).

Skandinavski koncept

Skandinavske države težijo k poudarjanju vloge javnega sektorja. Posamezne bolnišnice in zdravstveni centri na primarni ravni so se in naj bi se tudi v prihodnje preoblikovali iz nesamostojnih administrativnih enot v javne zavode (Saražin Klemenčič, 1998, str. 235).

- **Švedska in Finska** imata dolgoletno tradicijo državnega zdravstvenega varstva. Zanje je značilen tradicionalno socializiran sistem, z decentraliziranim sistemom financiranja, organiziranja in izvajanja zdravstvene dejavnosti. Ves zdravstveni sistem je v lasti občin in države, terciarne bolnišnice so v državni lasti.

Tudi izvajanje zdravstvene dejavnosti je pretežno vezano na javne ustanove. Na primarni ravni se zdravstvena dejavnost odvija v zdravstvenih domovih. Tudi bolnišnice v obeh državah so pretežno v javni lasti - univerzitetne bolnišnice so državne, regionalne in lokalne pa so v lasti lokalnih skupnosti - mest in občin oziroma njihovih skupnosti. Za javne zdravstvene zavode lahko storitve opravljajo tudi zasebni izvajalci. Delež zdravnikov zasebnikov je zelo majhen, običajno pa so to zdravniki splošne medicine v odročnih predelih, ki so za to delo posebej stimulirani (Albreht, 2005, str. 464).

Na Švedskem je 90% vseh zdravnikov zaposlenih v javnih ustanovah in le 7% je čistih zasebnikov. Za zdravstvo porabijo 9,2 odstotka BDP-ja, od tega 7,9 odstotka javnih sredstev in 1,3 odstotka zasebnih sredstev (Zupančič, 2005b).

Vzhodnoevropske države

V centralni in vzhodni Evropi je sistem zdravstvenega varstva iz zgodovinskih razlogov zaznamovan s pomanjkanjem finančnih sredstev in temu ustrezno slabšo zdravstveno infrastrukturo. Te države so v večini prevzele Semaškov modela zdravstvenega varstva, katerega slabosti so bile predvsem naslednje:

- relativno majhen delež BDP-ja namenjenega zdravstvu
- centralizirana in nepravilna alokacija resursov
- premajhna odzivnost na zdravstvene potrebe ljudi
- premalo razvita primarna raven zdravstvenega varstva ter prevelik poudarek na hospitalizacijskih storitvah
- premajhen poudarek na socialnem skrbstvu, predvsem za starejše ljudi
- povečevanje nepravilnosti zdravstvene oskrbe med regijami in različnimi socialnimi skupinami
- slabe upravljaljske sposobnosti vodilnih znotraj zdravstvenega sistema
- podkupovanje, ki je postajalo vedno bolj družbeno sprejemljivo

Po zlomu sovjetskega Semaškovega modela organizacije zdravstva so države izoblikovale različne oblike mešanega lastništva oziroma izvajanja zdravstvene dejavnosti. Večina vzhodnoevropskih držav se je namreč v devetdesetih letih soočila s tranzicijo, katere poledica je bila vzpostavitev sistemov zdravstvenega zavarovanja, večja decentralizacija ter pojavljanje privatnih izvajalcev zdravstvenega varstva (Košir, 1999, str. 682)

Ciljem reform zdravstvenega varstva se je poleg ciljev zahodnoevropskih držav pridružil še cilj povečanja deleža BDP-ja, namenjenega za zdravstvo. Večji delež bi namreč pomenil več finančnih sredstev za plače, nakup medicinske opreme, zdravil in ostalega. Dodatne vire financiranja so vzhodnoevropske države pridobile z uvedbo dodatnih (zasebnih) zdravstvenih zavarovanj ter uvedbo novega zavarovalniškega trga (Saražin Klemenčič, 1998, str. 236).

- **Češka** je leta 1990 začela eno najliberalnejših zdravstvenih reform v Evropi, ki je zajela celotno osnovno zdravstveno varstvo, farmacevtsko proizvodnjo, lekarne, zdravilišča itd. Novi zdravstveni sistem temelji na obveznem zdravstvenem zavarovanju z enakimi možnostmi oskrbe za vse ljudi. Vloga države v financiranju zdravstvenega varstva se je s tem zmanjšala in sedaj predstavlja dopolnilna sredstva.

Leta 1992 je bil ustanovljen Sklad zdravstvenega zavarovanja (General Health Insurance Fund (VPZ)), v katerega je vključeno celotno prebivalstvo, ki plačuje določeno premijo

glede na dohodek. Kasneje so bili z namenom vzpostavitve konkurence VPZ skladu ustanovljeni novi skladi zdravstvenega zavarovanja. Danes jih na Češkem deluje 9, vendar pa konkurenca med njimi ni prava zaradi prevelike regulacije s strani države.

Primarna raven ter specialistična dejavnost zunaj bolnišnic sta v rokah zasebnikov, večina bolnišnic pa je v lasti občinskih upravnih organov, ki delujejo ob pomoči državnih subvencij. Vendar pa se bodo morale bolnišnice v prihodnosti reorganizirati, saj so preveč geografsko skoncentrirane, imajo pa tudi neprimerno strukturo in management.

Za zdravstvo na Češkem porabijo 7,5 odstotka BDP-ja, od tega 6,75 odstotkov javnih in 0,75 odstotkov zasebnih sredstev.

- **Madžarska** ima enega najboljših sistemov zdravstvenega varstva centralne in srednje Evrope, vendar se kljub temu sooča z težavami v zvezi s potekom zdravstvenih reform. Do reform so privedle številne pomanjkljivosti Semaškovega modela zdravstvenega varstva, ki je bil na Madžarskem vzpostavljen po drugi svetovni vojni.

Prvi korak v procesu reformiranja sistema je bil sprejetje zakona, po katerem je lastništvo in upravljanje zdravstvenega sistema prešlo v roke občinskih in mestnih upravnih organov. Leta 1993 je bil ustanovljen Sklad zdravstvenega zavarovanja (Health insurance fund (HIF)), ki se napaja s prispevki delodajalcev in delojemalcev, njegov namen pa je razbremenitev financiranja zdravstva s strani države zaradi vseskozi naraščajočih stroškov zdravstvenega sistema.

Zasebni izvajalci so na Madžarskem prisotni na primarni ter delno sekundarni ravni zdravstvenega varstva. Skoraj vsi splošni zdravniki (družinski zdravniki) so privatniki, ki so plačani po sistemu glavarine s strani HIF. Na sekundarni ravni so v zasebni lasti nekateri kirurški oddelki ter nekateri diagnostični centri. Bolnišnična dejavnost pa je še vedno v lasti in kontroli lokalnih skupnosti ali Ministrstva za zdravje. Izjemi sta dve manjši bolnišnici, kjer preizkušajo model privatnega partnerstva. Bolnišnici sta dobro upravljeni in izboljšujeta zdravstveno oskrbo in dostopnost zdravstvenih storitev, zato so tudi bolniki posledično bolj zadovoljni. V nasprotju z njima pa se javne bolnišnice soočajo s problemi nezadostnih sredstev za vzdrževanje infrastrukture in drugih stroškov ter tako postajajo veliko breme za državo.

Madžarsko zdravstvo se financira iz dveh virov. Večina investicij v zgradbe in opremo se financira iz regijskih in občinskih proračunov ter Ministrstva za zdravje. Vse ostale izdatke za zdravstvo vključno s plačami zdravniškega osebja, pa financira HIF, ki pa velikokrat ne zagotovi dovolj sredstev za pokritje celotnih stroškov zagotavljanja zdravstvenega varstva. Posledica je vedno bolj razširjeno podkupovanje zdravnikov ter uporaba javnih zmogljivosti za zasebno prakso s strani zdravnikov v želji povečanja dohodka.

Za zdravstvo na Madžarskem porabijo približno 8,4 odstotkov BDP-ja, od tega je približno 6,1 odstotkov javnih sredstev in 2,3 odstotkov zasebnih sredstev.

PRILOGA 4 – Anketa

Spol Ž M

Starost do 35 36-45 46-55 nad 55

Izobrazba dr. medicine dr. med. spec. splošne medicine dr. med. spec. pediater
dr. med. spec. šolske medicine dr. med. spec. ginekolog

Glavni razlog za pomanjkanje denarja v zdravstvu v Sloveniji je neustrezna in neracionalna poraba sredstev, namenjenih zdravstvu.

Se popolnoma strinjam	Se strinjam	Sem nevtralen	Se deloma strinjam	Se ne strinjam
-----------------------	-------------	---------------	--------------------	----------------

Glavni razlog za pomanjkanje denarja v zdravstvu v Sloveniji je slaba organizacija in vodenje zdravstvenih ustanov.

Se popolnoma strinjam	Se strinjam	Sem nevtralen	Se deloma strinjam	Se ne strinjam
-----------------------	-------------	---------------	--------------------	----------------

Glavni razlog za poviševanje stroškov v zdravstvu v Sloveniji je dražje sodobno zdravljenje, ki je posledica novih tehnologij, zdravil ter večjih zahtev s strani pacientov.

Se popolnoma strinjam	Se strinjam	Sem nevtralen	Se deloma strinjam	Se ne strinjam
-----------------------	-------------	---------------	--------------------	----------------

Glavni razlog za poviševanje stroškov v zdravstvu v Sloveniji so neugodni demografski trendi (staranje prebivalstva,...).

Se popolnoma strinjam	Se strinjam	Sem nevtralen	Se deloma strinjam	Se ne strinjam
-----------------------	-------------	---------------	--------------------	----------------

Ali razmišljate, da bi sami odprli zasebno prakso:

1. da, razmišljam in sem tudi že zaprosil(a) za koncesijo
2. da, razmišljam vendar za koncesijo še nisem zaprosil(a)
3. da, vendar razmišljam o odprtju zasebne prakse brez koncesije, kot »čisti« zasebnik
4. o tem ne razmišljam

Razlog, zaradi katerega bi se odločil(a) za prehod v zasebno zdravstveno dejavnost je boljši materialni in statusni položaj.

Se popolnoma strinjam	Se strinjam	Sem nevtralen	Se deloma strinjam	Se ne strinjam
-----------------------	-------------	---------------	--------------------	----------------

Razlog, zaradi katerega bi se odločil(a) za prehod v zasebno zdravstveno dejavnost je nezadovoljstvo s sedanjo delovno situacijo.

Se popolnoma strinjam	Se strinjam	Sem nevtralen	Se deloma strinjam	Se ne strinjam
-----------------------	-------------	---------------	--------------------	----------------

Razlog, zaradi katerega bi se odločil(a) za zasebno zdravniško prakso je želja po večji avtonomiji pri delu.

Se popolnoma strinjam	Se strinjam	Sem nevtralen	Se deloma strinjam	Se ne strinjam
-----------------------	-------------	---------------	--------------------	----------------

Razlog, zaradi katerega bi se odločil(a) za zasebno zdravniško prakso je možnost boljšega dostopa do kvalitetnejših materialov in sodobne tehnologije.

Se popolnoma strinjam	Se strinjam	Sem nevtralen	Se deloma strinjam	Se ne strinjam
-----------------------	-------------	---------------	--------------------	----------------

Če bi imeli možnost ustanovitve zasebne prakse, kje bi jo želeli opravljati:

1. poskušal(a) bi najeti prostore znotraj zdravstvenih domov
2. prostore bi najel(a) ali kupil(a) na privatnem trgu nepremičnin

Za kakšen način privatizacije javnih zdravstvenih zavodov se zavzimate:

1. javni zdravstveni zavodi naj ostanejo v državni (občinski) lasti, zdravniki pa javni uslužbenci
2. javni zdravstveni zavodi naj ostanejo v državni (občinski) lasti, zdravniki pa naj kot zasebniki najemajo prostore v njih
3. javni zdravstveni zavodi naj se organizirajo kot javne korporacije, s katerimi upravljajo zaposleni
4. javne zdravstvene zavode naj postopoma odkupijo zaposleni
5. javni zdravstveni zavodi naj se v celoti ali deloma prodajo najboljšemu ponudniku

Analiza ankete

Skupno število anketirancev	26	
Spolna struktura anketirancev	Število	Delež
Moški	12	46,15%
Ženske	14	53,85%
Izobrazbena struktura anketirancev		
1=dr.med.	6	23,08%
2=dr.med.spec.spl.med.	11	42,31%
3=dr.med.spec.ped.	5	19,23%
4=dr.med.spec.šol.med.	3	11,54%
5=dr.med.spec.gin.	1	3,85%
Starostna struktura anketirancev		
do 35 let	5	19,23%
od 36-45 let	8	30,77%
od 46-55 let	9	34,62%
nad 55 let	4	15,38%

	Skupaj		Struktura odgovorov glede na spol		Struktura odgovorov glede na izobrazbo				Struktura odgovorov glede na starost				
	Število	Delež	Moški	Ženske	1	2	3	4	5 do 35	36-45	46-55	nad 55	
Glavni razlog za pomanjkanje denarja v zdravstvu v Sloveniji je: neustrezna in neracionalna poraba sredstev, namenjenih zdravstvu.													
se popolnoma strinjam	5	19,23%	16,67%	21,43%	33,33%	9,09%	0,00%	66,67%	0,00%	20,00%	25,00%	22,22%	0,00%
se strinjam	8	30,77%	33,33%	28,57%	50,00%	27,27%	0,00%	33,33%	100,00%	40,00%	25,00%	33,33%	25,00%
sem nevtralen	0	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
se deloma strinjam	13	50,00%	50,00%	50,00%	16,67%	63,64%	100,00%	0,00%	0,00%	40,00%	50,00%	44,44%	75,00%
se ne strinjam	0	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
slaba organizacija in vodenje zdravstvenih ustanov.													
se popolnoma strinjam	1	3,85%	0,00%	7,14%	16,67%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	12,50%	0,00%	0,00%
se strinjam	12	46,15%	41,67%	50,00%	50,00%	45,45%	20,00%	100,00%	0,00%	60,00%	37,50%	55,56%	25,00%
sem nevtralen	0	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
se deloma strinjam	12	46,15%	58,33%	35,71%	33,33%	54,55%	60,00%	0,00%	100,00%	40,00%	50,00%	44,44%	50,00%
se ne strinjam	1	3,85%	0,00%	7,14%	0,00%	0,00%	20,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	25,00%
dražje sodobno zdravljenje, ki je posledica novih tehnologij													
se popolnoma strinjam	8	30,77%	8,33%	50,00%	33,33%	27,27%	40,00%	0,00%	100,00%	60,00%	50,00%	11,11%	0,00%
se strinjam	16	61,54%	83,33%	42,86%	66,67%	63,64%	40,00%	100,00%	0,00%	40,00%	50,00%	66,67%	100,00%
sem nevtralen	0	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
se deloma strinjam	2	7,69%	8,33%	7,14%	0,00%	9,09%	20,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	22,22%	0,00%
se ne strinjam	0	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
neugodni demografski trendi (staranje prebivalstva,...)													
se popolnoma strinjam	2	7,69%	8,33%	7,14%	33,33%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	20,00%	12,50%	0,00%	0,00%
se strinjam	17	65,38%	66,67%	64,29%	66,67%	72,73%	60,00%	0,00%	100,00%	80,00%	62,50%	55,56%	75,00%
sem nevtralen	0	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
se deloma strinjam	6	23,08%	16,67%	28,57%	0,00%	18,18%	40,00%	100,00%	0,00%	0,00%	12,50%	44,44%	25,00%
se ne strinjam	1	3,85%	8,33%	0,00%	0,00%	9,09%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	12,50%	0,00%	0,00%
Ali razmišljate, da bi sami odprli zasebno prakso:													
da, razmišljam in sem tudi že zaprosil(a) za koncesijo	1	3,85%	0,00%	7,14%	0,00%	0,00%	0,00%	33,33%	0,00%	0,00%	0,00%	11,11%	0,00%
da, razmišljam vendar za koncesijo še nisem zaprosil(a)	11	42,31%	41,67%	42,86%	66,67%	36,36%	20,00%	33,33%	100,00%	40,00%	50,00%	44,44%	25,00%
da, vendar razmišljam o odprtju zasebne prakse brez koncesije, kot »čisti« zasebnik	0	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
o tem ne razmišljam	14	53,85%	58,33%	50,00%	33,33%	63,64%	80,00%	33,33%	0,00%	60,00%	50,00%	44,44%	75,00%

	Skupaj		Struktura odgovorov glede na spol		Struktura odgovorov glede na izobrazbo				Struktura odgovorov glede na starost					
	Število	Delež	Moški	Ženske	1	2	3	4	5 do 35	36-45	46-55	nad 55		
Razlog, zaradi katerega bi se odločil za zasebno prakso:														
boljši materialni in statusni položaj														
se popolnoma strinjam	2	7,69%		0,00%	14,29%	0,00%	18,18%	0,00%	0,00%	0,00%	12,50%	11,11%	0,00%	
se strinjam	3	11,54%		0,00%	21,43%	0,00%	0,00%	20,00%	66,67%	0,00%	0,00%	12,50%	11,11%	25,00%
sem nevtralen	7	26,92%		33,33%	21,43%	50,00%	27,27%	0,00%	33,33%	0,00%	40,00%	25,00%	22,22%	25,00%
se deloma strinjam	11	42,31%		50,00%	35,71%	50,00%	36,36%	60,00%	0,00%	100,00%	60,00%	37,50%	55,56%	0,00%
se ne strinjam	3	11,54%		16,67%	7,14%	0,00%	18,18%	20,00%	0,00%	0,00%	0,00%	12,50%	0,00%	50,00%
nezadovoljstvo s sedanjo delovno situacijo.														
se popolnoma strinjam	3	11,54%		0,00%	21,43%	0,00%	27,27%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	37,50%	0,00%	0,00%
se strinjam	5	19,23%		16,67%	21,43%	33,33%	9,09%	0,00%	66,67%	0,00%	0,00%	25,00%	22,22%	25,00%
sem nevtralen	6	23,08%		33,33%	14,29%	33,33%	18,18%	20,00%	33,33%	0,00%	40,00%	0,00%	33,33%	25,00%
se deloma strinjam	7	26,92%		33,33%	21,43%	33,33%	27,27%	20,00%	0,00%	100,00%	20,00%	25,00%	33,33%	25,00%
se ne strinjam	5	19,23%		16,67%	21,43%	0,00%	18,18%	60,00%	0,00%	0,00%	40,00%	12,50%	11,11%	25,00%
želja po večji avtonomiji pri delu.														
se popolnoma strinjam	5	19,23%		16,67%	21,43%	33,33%	9,09%	0,00%	66,67%	0,00%	0,00%	25,00%	33,33%	0,00%
se strinjam	7	26,92%		33,33%	21,43%	50,00%	27,27%	20,00%	0,00%	0,00%	40,00%	37,50%	11,11%	25,00%
sem nevtralen	7	26,92%		41,67%	14,29%	16,67%	36,36%	20,00%	33,33%	0,00%	20,00%	12,50%	44,44%	25,00%
se deloma strinjam	1	3,85%		0,00%	7,14%	0,00%	9,09%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	11,11%	0,00%
se ne strinjam	6	23,08%		8,33%	35,71%	0,00%	18,18%	60,00%	0,00%	100,00%	40,00%	25,00%	0,00%	50,00%
možnost boljšega dostopa do kvalitetnejših materialov in sodobne tehnologije.														
se popolnoma strinjam	3	11,54%		0,00%	21,43%	16,67%	0,00%	0,00%	66,67%	0,00%	0,00%	25,00%	11,11%	0,00%
se strinjam	10	38,46%		41,67%	35,71%	50,00%	45,45%	40,00%	0,00%	0,00%	60,00%	37,50%	44,44%	0,00%
sem nevtralen	4	15,38%		25,00%	7,14%	16,67%	18,18%	0,00%	33,33%	0,00%	20,00%	0,00%	22,22%	25,00%
se deloma strinjam	2	7,69%		8,33%	7,14%	0,00%	18,18%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	25,00%	0,00%	0,00%
se ne strinjam	7	26,92%		25,00%	28,57%	16,67%	18,18%	60,00%	0,00%	100,00%	20,00%	12,50%	22,22%	75,00%
Če bi imeli možnost ustanovitve zasebne prakse, kje bi jo želeli opravljati:														
poskušal(a) bi najeti prostore znotraj zdravstvenih domov	25	96,15%		91,67%	100,00%	83,33%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	80,00%	100,00%	100,00%	100,00%
prostore bi najel(a) ali kupil(a) na privatnem trgu nepremičnin	1	3,85%		8,33%	0,00%	16,67%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	20,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Za kakšen način privatizacije javnih zdravstvenih zavodov se zavzimate:														
javni zdravstveni zavodi naj ostanejo v državni (občinski) lasti, zdravniki pa javni uslužbenci	8	30,77%		33,33%	28,57%	0,00%	45,45%	40,00%	0,00%	100,00%	0,00%	37,50%	33,33%	50,00%
javni zdravstveni zavodi naj ostanejo v državni (občinski) lasti, zdravniki pa naj kot zasebniki najemajo prostore v njih	11	42,31%		41,67%	42,86%	33,33%	45,45%	40,00%	33,33%	100,00%	60,00%	25,00%	44,44%	25,00%
javni zdravstveni zavodi naj se organizirajo kot javne korporacije, s katerimi upravljajo zaposleni	5	19,23%		8,33%	28,57%	33,33%	9,09%	20,00%	66,67%	0,00%	20,00%	25,00%	22,22%	25,00%
javne zdravstvene zavode naj postopoma odkupijo zaposleni	1	3,85%		8,33%	0,00%	16,67%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	20,00%	0,00%	0,00%	0,00%
javni zdravstveni zavodi naj se v celoti ali deloma prodajo najboljšemu ponudniku	1	3,85%		8,33%	0,00%	16,67%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	12,50%	0,00%	0,00%

Struktura odgovorov (na vprašanje o razlogih, zaradi katerih bi se odločil za zasebno prakso) tistih zdravnikov, ki razmišljajo o odprtju zasebne zdravniške prakse (12 zdravnikov).

	Skupaj		Struktura odgovorov glede na spol	
	Število	Delež	Moški	Ženske
Razlog, zaradi katerega bi se odločil za zasebno prakso:				
boljši materialni in statusni položaj				
se popolnoma strinjam	1	8,33%	0,00%	14,29%
se strinjam	2	16,67%	0,00%	28,57%
sem nevtralen	1	8,33%	0,00%	14,29%
se deloma strinjam	6	50,00%	80,00%	28,57%
se ne strinjam	2	16,67%	20,00%	14,29%
nezadovoljstvo s sedanjo delovno situacijo.				
se popolnoma strinjam	1	8,33%	0,00%	14,29%
se strinjam	4	33,33%	20,00%	42,86%
sem nevtralen	0	0,00%	0,00%	0,00%
se deloma strinjam	5	41,67%	60,00%	28,57%
se ne strinjam	2	16,67%	20,00%	14,29%
želja po večji avtonomiji pri delu.				
se popolnoma strinjam	4	33,33%	20,00%	42,86%
se strinjam	4	33,33%	60,00%	14,29%
sem nevtralen	0	0,00%	0,00%	0,00%
se deloma strinjam	1	8,33%	0,00%	14,29%
se ne strinjam	3	25,00%	20,00%	28,57%
možnost boljšega dostopa do kvalitetnejših materialov in sodobne tehnologije.				
se popolnoma strinjam	3	25,00%	0,00%	42,86%
se strinjam	6	50,00%	80,00%	28,57%
sem nevtralen	0	0,00%	0,00%	0,00%
se deloma strinjam	0	0,00%	0,00%	0,00%
se ne strinjam	3	25,00%	20,00%	28,57%