

UNIVERZA V LJUBLJANI  
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

URBAN BREČKO  
KONCESIJE JAVNIH SLUŽB  
DIPLOMSKO DELO

LJUBLJANA, 2004

UNIVERZA V LJUBLJANI  
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

URBAN BREČKO

Mentor: izr. prof. dr. MARJAN BREZOVŠEK

**KONCESIJE JAVNIH SLUŽB**

DIPLOMSKO DELO

LJUBLJANA, 2004

## **IZJAVA O AVTORSTVU DIPLOMSKEGA DELA**

Spodaj podpisani URBAN BREČKO, rojen 27. 11. 1977 v Slovenj Gradcu, sem avtor diplomskega dela z naslovom KONCESIJE JAVNIH SLUŽB.

S svojim podpisom zagotavljam, da:

- je predloženo diplomsko delo izključno rezultat mojega lastnega raziskovalnega dela;
- sem poskrbel, da so dela in mnenja drugih avtorjev/avtoric, ki jih uporabljam v predloženem delu, navedena oziroma citirana v skladu s fakultetnimi navodili;
- sem poskrbel, da so vsa dela in mnenja drugih avtorjev/avtoric navedena v seznamu virov; slednji je sestavni element predloženega dela in je zapisan v skladu s fakultetnimi navodili;
- sem pridobil vsa dovoljenja za uporabo avtorskih del, ki so v celoti prenesena v predloženo delo, in sem to jasno zapisal tudi v predloženem delu;
- se zavedam, da je plagiatorstvo – predstavljanje tujih del, bodisi v obliki citata, bodisi v obliki skoraj dobesednega parafraziranja, bodisi v grafični obliki, s katerimi so tuje misli oz. ideje predstavljene kot moje lastne – kaznivo po zakonu (Zakon o avtorskih in sorodnih pravicah, Ur. l. RS, št. 21/95), prekršek pa podleži tudi ukrepom Fakultete za družbene vede v skladu z njenimi pravili;
- se zavedam posledic, ki jih dokazano plagiatorstvo lahko predstavlja za predloženo delo in za moj status na Fakulteti za družbene vede.

Podpis avtorja:

Ljubljana,

## KAZALO

<b>1. UVOD</b> .....	6
1.1 Opredelitev izbrane teme .....	6
1.2 Cilji in hipoteze .....	8
1.3 Metode dela in struktura naloge .....	8
<b>2. JAVNE SLUŽBE</b> .....	9
2.1 Definicija javne službe .....	9
2.1.1 Problematika opisovanja javnih služb .....	9
2.1.2 Teoretična izhodišča pri opisovanju javnih služb .....	9
2.2 Vrste javnih služb .....	11
2.3 Značilnosti javnih služb .....	12
2.4 Zakonska ureditev javnih služb .....	13
<b>3. KONCESIJE</b> .....	14
3.1 Definicija koncesije .....	14
3.2 Vrste koncesij .....	15
3.3 Podelitev koncesij .....	16
3.3.1 Koncesijski akt .....	16
3.3.2 Koncesijsko razmerje .....	16
3.4 Koncesije v Sloveniji .....	18
3.4.1 Uvedba koncesij .....	18
3.4.2 Delitev koncesij .....	19

<b>4. KONCESIJE JAVNIH SLUŽB</b> .....	21
4.1 Splošna pravna ureditev .....	21
4.1.1 Zakon o zavodih (ZZ) .....	21
4.1.1.1 Opravljanje javnih služb prek koncesij .....	22
4.1.2 Zakon o javnih naročilih (ZJN) .....	23
4.2. Zdravstvo .....	23
4.2.1 Zakon o zdravstveni dejavnosti.....	23
4.2.2 Splošni pogoji za opravljanje zdravstvene dejavnosti in za pridobitev koncesije ...	25
4.2.3 Podeljevanje koncesij v zdravstvu .....	26
4.2.4 Vsebina koncesijske pogodbe .....	27
4.2.5 Nadzor nad izvajanjem zdravstvene dejavnosti.....	28
4.3 Okoliščine, ki so spodbudile uvedbo koncesij v zdravstvu .....	30
4.3.1 Javni sektor .....	31
4.3.2 Dileme pri uvajanju novosti v izvajanje javnih služb .....	33
4.3.3 Uporabniki zdravstvenih storitev .....	36
<b>5. SISTEMSKA PRIMERJAVA MED JAVNIMI IZVAJALCI ZDRAVSTVENIH STORITEV IN ZASEBNIMI IZVAJALCI ZDRAVSTVENIH STORITEV S KONCESIJO</b> .....	39
5.1 Poskus primerjave javnih zavodov z zasebnimi izvajalci zdravstvenih storitev .....	39
5.2 Spodbude za kakovost v izvajanju zdravstvenih storitev pri zasebnih izvajalcih s koncesijo .....	41
5.3 Odziv javnih zavodov na izziv zasebnih izvajalcev zdravstvenih storitev s koncesijo .....	43
5.3.1 Kakovost izvajanja storitev .....	43
5.3.1.1 Elementi in načela projekta Kakovost v zdravstvu .....	44
5.3.2 Učinkovitost izvajanja storitev .....	45
5.4 Predlog zdravstvene reforme .....	48

5.4.1 Razvoj sistema celovite kakovosti .....	48
5.4.1.1 Učinki predlaganih sprememb .....	49
5.4.2 Večja učinkovitost regulacije in upravljanja sistema zdravstvenega varstva .....	50
5.4.2.1 Učinki predlaganih sprememb .....	52
<b>6. ZAKLJUČEK .....</b>	<b>53</b>
<b>7. VIRI IN LITERATURA .....</b>	<b>57</b>

# 1. UVOD

## 1.1 Opredelitev izbrane teme

Za analizo koncesij javnih služb sem se odločil že zato, ker je problematika javnih služb med drugim predstavljala osrednji del mojega študijskega zanimanja, še posebej pa se mi zdi koristno predstaviti nove načine izvajanja javnih služb, kot je na primer izvajanje javnih služb prek koncesij, pa tudi morebitne nove težave, ki pri tem nastajajo.

Koncesije v Sloveniji niso več popolna novost, saj so bile prve koncesije podeljene že na začetku prejšnjega desetletja na področju zaposlovanja, nato pa so se sprva le počasi, a vendarle vztrajno začele širiti na nova področja. Sedaj je koncesij že toliko, da nekateri avtorji celo govorijo o »pravi koncesiomaniji« v Sloveniji. Države, ki so bile članice Evropske unije že pred sedanjo širitvijo (2004), imajo s koncesijami že več desetletne izkušnje ter s tem v zvezi in v primerjavi s Slovenijo tudi dokaj izpopolnjeno zakonodajo.

Prav pomanjkljiva zakonska ureditev je glavna pomanjkljivost področja koncesij v Sloveniji. Koncesije niso urejene z enotnim področnim zakonom, kot bi to bilo precej smiselno, temveč jih ureja množica zakonov, predpisov in občinskih aktov. Takšna ureditev je pripeljala do dokaj nepregledne ureditve področja, pri čemer si posamezni zakoni, ki se dotikajo koncesij, celo nasprotujejo.

Izvajanje koncesij na področju gospodarskih javnih služb ureja Zakon o gospodarskih javnih službah – ZGJS (Uradni list RS, št. 32/1993, 30/1998). Ta zakon določa le splošna načela podeljevanja koncesij, medtem ko naj bi konkretno podelitev koncesij določali področni zakoni. Taka ureditev pa je lahko privedla le do zelo neenotne ureditve področja. Še precej slabše je na področju negospodarskih javnih služb (v nadaljnjem besedilu: javne službe), kjer koncesije zakonsko ureja Zakon o zavodih – ZZ (Uradni list RS, št. 12/91, št. 8/96, 36/00-odl. US), ki prav tako določa le splošna načela in področja opravljanja dejavnosti na naslednjih področjih:

- vzgoja in izobraževanje,
- znanost,
- kultura,

- šport,
- zdravstvo in socialno zavarovanje,
- druge dejavnosti,

vendar za izvajanje javnih služb na naštetih dejavnostih določa samo zavode, ne ureja pa drugih izvajalcev – drugih pravnih ali fizičnih oseb, ki ravno tako opravljajo te službe, kar je njegova glavna pomanjkljivost.

Takšna pomanjkljiva ureditev bo trajala vse do sprejetja systemskega Zakona o koncesijah – ZK, ki pa je v fazi sprejemanja že kar predolgo časa. Ravno to dejstvo me je še posebej spodbudilo k raziskavi izvajanja koncesij na področju javnih služb, ki so posebnega pomena za vsako družbo, saj kakovost njihovega izvajanja bistveno določa kakovost življenja v vsaki družbi.

Ker je področij izvajanja javnih služb veliko, sem izbral samo eno od področij, na katerih se izvajajo javne službe. Izbral sem področje zdravstva, saj sem mnenja, da je vsem državljanom dostopna kakovostna zdravstvena storitev nujna za doseganje dobrega splošnega zdravja prebivalstva. Dobro zdravstveno stanje prebivalstva pa je pomemben pokazatelj kakovosti življenja ljudi v posamezni državi.

Procesi pospešene modernizacije so poleg zasebnega sektorja zajeli tudi javni sektor, ki pa ga je zaradi njegove pomembnosti in velikosti, a tudi zaradi pomanjkanja zadostnih notranjih ter zunanjih spodbud, ki tudi lahko učinkovito prispevajo k racionalizaciji, profesionalizaciji in povečani učinkovitosti delovanja, neprimerno težje spreminjati.

Ob vseh drugih ukrepih, ki jih izvaja država, naj bi ravno uvedba koncesij, s katerimi bi se v izvajanje javnih služb vpletla tržna načela delovanja, bistveno pripomogla k izboljšanju kakovosti in učinkovitosti ponudbe tudi na tem področju.



## 1.2 Cilji in hipoteze

Cilje te naloge vidim najprej v predstavitvi koncesij javnih služb, za kar je treba predstaviti posebej tako javne službe kot koncesije in nato podrobno področje koncesij za izvajanje javnih služb na področju negospodarskih dejavnosti (v nadaljnjem besedilu: javne službe).

Osredotočil se bom na koncesije v zdravstvu, pri tem pa bom poskušal tudi s pomočjo raziskave o ureditvi izvajanja javne zdravstvene službe ugotoviti, ali je uvedba koncesij, s katerimi je izvajanje teh nujnih storitev v določenem obsegu prešlo iz javne v zasebno sfero, bistveno vplivala na izboljšanje kakovosti in učinkovitosti izvajanja javne zdravstvene službe ali pa so na sistemski ravni potrebni (tudi) še drugi ukrepi, ki lahko pripeljejo do vsem tako zaželenega cilja, to je kakovostne in učinkovite ter vsem državljanom dostopne javne zdravstvene službe.

Moja osnovna hipoteza se glasi:

»Uvedba koncesij je bistveno pripomogla k dvigu kakovosti ter večji učinkovitosti izvajanja negospodarskih javnih služb v zdravstvu.«

## 1.3 Metode dela in struktura naloge

Pri izdelavi diplomskega dela sem si pomagal s kar se da raznovrstnimi viri, ki bi lahko pripomogli k razjasnitvi obravnavane problematike.

Izhajal sem iz določil obstoječe zakonodaje, spoznanj že opravljenih raziskav na tem področju, strokovne literature pa tudi novinarskih člankov in interneta.

Diplomsko nalogo uvaja začetni del, v katerem so predstavljeni osnovni pojmi, kot so javne službe in koncesije, ki mu sledi predstavitev zakonske ureditve področja koncesij javnih služb. V osrednjem delu naloge so predstavljeni položaj izvajanja javne zdravstvene službe v Sloveniji ter njena notranja ureditev in značilnosti s poudarkom na določitvi pomena kakovosti in učinkovitosti izvajanja javne zdravstvene službe v Sloveniji. V zadnjem delu naloge pa so predstavljene sklepne ugotovitve.

## 2. JAVNE SLUŽBE

### 2.1 Definicija javne službe

#### 2.1.1 Problematika opisovanja javnih služb

Pri poskusu opisa oziroma definicije javnih služb se pojavi težava. Upoštevati je treba številne dejavnike, ki bistveno sodoločajo širino pojma, poleg tega se pomen in pogled na javne službe skozi čas in prostor neprestano spreminjata.

V preteklosti je pojem javne službe na primer opisoval delovanje vseh dejavnosti države kot celote, ki so se izvajale v javnem interesu, v zadnjem času pa se opisi javnih služb omejujejo samo na nujne servisne storitve in dobrine, ki jih država nudi.

Razlike v pojmovanju javnih služb izhajajo tudi iz različne pravne ureditve javnih služb med državami, ne nazadnje pa poznamo tudi mnogo teoretikov, ki se ukvarjajo z navedenim področjem, pri čemer se vsak od njih trudi uveljaviti svoj pogled oziroma definicijo javnih služb. (Rudež 2003 : 10-15)

Teoretiki pristopajo k pojmu javne službe tako s formalnega kot z materialnega vidika. V skladu s tem sta se izoblikovala organizacijski in funkcionalni pojem javne službe. Za prvega je izhodišče služba (organizacija), za drugega pa dejavnost. (Rakočevič 1994 : 135)

#### 2.1.2 Teoretična izhodišča pri opisovanju javnih služb

Za teoretično izhodišče pri opisu javne službe bom uporabil prispevek prof. dr. Marjana Brezovška Teoretični pojem uprave, v katerem avtor predstavlja zgodovino nastanka, vsebino ter različne pojavne oblike pojma javna uprava.

*»Teoretično lahko pojem javne službe izpeljemo iz pojma uprave kot socialne ali družbene funkcije. Takšen pogled ne dopušča zoženja izvajanja upravne dejavnosti države zgolj na izvajanje državne oblasti, ampak ravno nasprotno, izvajanje upravne dejavnosti predpostavlja predvsem izvajanje javnih služb, ki opravljajo vse dejavnosti, ki so nujne za*

*nemoteno življenje državljanov ter delovanje in razvoj družbe. Državna javna oblast potemtakem pridobiva funkcijo javne službe s ciljem zagotavljanja javnih storitev in dobrin za državljane na raznovrstnih področjih, kot so npr. sociala, zdravstvo, izobraževanje idr., javna uprava pa postane integralni del političnega sistema.» (Brezovšek 1996 : 997–1008)*

Teorijo javnih služb so najmočneje razvili Francozi, francoski avtorji pa so tudi največkrat navedeni pri opisih javnih služb. Pri tem ne gre zanemariti dejstva, da imajo Francozi enega izmed najrazvitejših oziroma najobsežnejših javnih sektorjev med primerljivimi državami, prav tako so znane njihove visoko cenjene in priznane administrativne šole in univerze, kot je npr. Ecole D'Administration Nationale.

Bonnard deli javne službe po njihovi funkciji na tri vrste: zakonodajno, upravno ter sodno javno službo, tej razdelitvi sledijo tudi vsa njegova nadaljnja razmišljanja.

Za Bonnarda je javna služba vsaka upravna dejavnost, ki nudi storitve in usluge posameznikom in ki ne posega na področje zasebnega prava. (Bonnard 1926 : 53)

Duguit govori o javni službi kot o vsaki dejavnosti, ki je nujno potrebna za obstoj in razvoj družbe in ki jo morajo zagotoviti, urediti ter nadzirati tisti, ki vladajo, saj lahko samo oni tudi s pomočjo državne prisile zagotavljajo izvajanje teh dejavnosti. Vsak zastoj, ki bi nastal pri izvajanju navedenih dejavnosti, bi lahko povzročil nered v družbi. Država je kooperacija javnih služb, organiziranih in nadziranih v vladi. (Duguit v Viler Kovačič 2003: 19)

Avstrijska normativna pravna šola, katere glavni predstavnik je Kelsen, razume pojem javne službe izredno široko. Osnovna ideja te šole je identičnost prava in države, kar vodi do sklepa, da je vsak izvrševalec prava javni organ in vsaka služba, ki to opravlja, javna služba. (Rakočević 1994 : 137)

V Sloveniji je pojem javnih služb zožen zgolj na servisno dejavnost države in lokalnih skupnosti, ne zajema pa njihovih oblastnih funkcij. Pojem javne službe je v našem pozitivnem pravu in teoriji opredeljen funkcionalno.

Javna služba označuje dejavnost, prek katere se zagotavljajo javne dobrine, in ne izvajalca

te dejavnosti. (Virant 1998 : 129)

Vavpetič vidi javne službe kot tisto delovanje, s pomočjo katerega se nudijo interesentom dobrine in koristi z najrazličnejših področij, vendar pa morajo biti takšne, da imajo poseben pomen za našo družbo. (Vavpetič v Rus 2001 : 141)

Za Bučarja je javna služba dejavnost, ki ustvarja dobrine za zadovoljevanje družbenih potreb, kadar tem potrebam ni mogoče zadostiti v procesu tržne blagovne proizvodnje. (Bučar v Rus 2001 : 142)

## 2.2 Vrste javnih služb

Javne službe lahko v grobem delimo na gospodarske in negospodarske. Gospodarske javne službe nadalje delimo na državne, za katerih izvajanje je odgovorna država, in lokalne, katerih izvajanje je odvisno od lokalnih oblasti.

Obstaja pa še ena delitev, in sicer na obvezne in na zbirne javne službe. Obvezne javne službe so tiste, ki jih država ali lokalna skupnost mora zagotavljati kot javne službe, izbirne pa so tiste, ki jih lahko zagotavljajo, ni pa nujno (velja le za lokalne skupnosti). (Virant 1998 : 131–136)

Gospodarske javne službe se izvajajo na področjih varstva okolja, energetike, prometa in zvez, komunalnega in vodnega gospodarstva in na drugih področjih gospodarske infrastrukture. Število in obseg ter poleg tega tudi vse ostale pogoje podrobno navajajo področni zakoni. (1. člen ZGJS)

Tudi negospodarske javne službe so podrobno našteje in opisane v posameznih področnih zakonih, velja pa, da jih srečujemo na področjih zdravstva, socialnega, otroškega in invalidskega varstva, socialnega zavarovanja, vzgoje in izobraževanja, športa, znanosti ter kulture. (1. člen ZZ)

## 2.3 Značilnosti javnih služb

Javne službe obsegajo dejavnosti, ki so nujne za nemoteno in kakovostno življenje posamezne družbe. Glavne značilnosti javnih služb so:

- a) izvajajo se v javnem interesu;
- b) dejavnosti, ki se opravljajo kot javna služba in so določene z zakonom oziroma odlokom občine ali mesta, mora zagotavljati država, občina ali mesto;
- c) javne službe se izvajajo po posebnem javnopravnem režimu, saj so izvzete iz pravnega režima tržnih dejavnosti in tudi vseh tržnih zakonitosti. Pri javnih službah javni interes prevladuje nad zasebnim. Javnopravni režim pri izvajanju javnih služb se nanaša predvsem na naslednje značilnosti:
  - način izvajanja dejavnosti,
  - razmerja med izvajalcem, uporabnikom in državo ali lokalno skupnostjo,
  - cenovni režim (ker glavni namen proizvodnje oz. ponujanja javnih dobrin v okviru javne službe ni ustvarjanje dobička oziroma je namenjeno zadovoljevanju javnih potreb, sta določanje obsega in načina izvajanja javnih služb ter cenovni režim v pristojnosti države);
- d) storitve in dobrine, ki jih zagotavljajo javne službe, morajo biti v enaki meri na voljo vsem državljanom trajno in neprestano (kontinuiranost, enakopravnost);
- e) uporabo nekaterih dobrin in storitev javnih služb je mogoče državljanom odrediti prisilno (Virant, 1998, str. 129–132)

Za negospodarske javne službe pa veljajo še nekatere posebne značilnosti:

- obseg izvajanja javnih služb odseva stopnjo socialnega občutka neke družbe;
- poleg dejavnosti, ki se izvajajo kot javne službe, se odvija tudi normalna tržna dejavnost, kar jih razlikuje od gospodarskih javnih služb, ki se izvajajo monopolno;
- javne službe se v celoti financirajo iz javnih sredstev – tako državnih kot lokalnih, le pri nekaj izjemah se dejavnosti v manjši meri financirajo tudi iz cene storitev (vstopnine za gledališče, muzej), medtem ko se gospodarske javne službe kolikor je mogoče financirajo prek cen storitev (Virant 1998 : 135);
- javne službe se po Zakonu o zavodih (ZZ) lahko izvajajo prek:

- a) javnih zavodov, katerih ustanovitelj je država ali lokalna skupnost, kot soustanovitelj pa lahko nastopa tudi subjekt zasebnega prava (3. člen ZZ),
- b) s pomočjo koncesije (23. in 24. člen ZZ)

## 2.4 Zakonska ureditev javnih služb

Javne službe v Sloveniji ureja mnogo zakonov, vendar obstajata dva zakona, ki na splošno urejata javne službe: Zakon o zavodih (Uradni list RS, št. 12–481/1991), ki ureja negospodarske javne službe in je v svojih določbah zelo skop, in pa Zakon o gospodarskih javnih službah (Uradni list RS, št. 32/1993), ki ureja gospodarske javne službe, v svojih določbah pa je v primerjavi z Zakonom o zavodih precej obsežnejši in podrobnejši.

Nobeden od teh dveh zakonov natančno ne določa dejavnosti, ki se izvajajo kot javne službe, pač pa oba le okvirno urejata režim njihovega izvajanja. Posamezne javne službe po dejavnostih so določene šele v področnih zakonih.

Ker v diplomski nalogi obravnavam koncesije negospodarskih javnih služb, bom v nadaljevanju s pomočjo področnih zakonov predstavil delovanje prav teh služb.

## 3. KONCESIJE

### 3.1 Definicija koncesije

Koncesija ni samo enoznačen pojem, ki bi ga bilo mogoče opredeliti z enotno definicijo. Poznamo namreč mnogo vrst koncesij, ki se med sabo ločijo po namenu, obsegu, različnih dejavnostih, ki so podlaga za izvajanje koncesij, ipd.

Za natančen opis koncesije bi bilo torej treba navesti definicije vseh posameznih vrst koncesij, poleg tega pa se v teoriji pojavlja še množica med sabo neuskklajenih avtorjev, kar še otežuje možnosti za oblikovanje enotne definicije koncesije.

Beseda koncesija izhaja iz latinske besede *concessio* (iz *concedere* – dovoliti) in pomeni uradno dovoljenje, podelitev kake (posebne) pravice ali samo pravico. (Verbinc 1971: 364)

Kot sledi iz francoskega pravnega nauka, pojma »javnega interesa« v primeru izvajanja servisne funkcije države ni mogoče izpustiti, vendar pa nekatere pravne situacije, pri katerih zaradi podobnosti težko ločimo med koncesijami ter javnimi naročili, nakazujejo, da obstoj javnega interesa še ni predpostavka za obstoj koncesijskega razmerja. (Mužina 2004 : 29)

Koncesija je oblika opravljanja določene substance, stvari, premoženja, javne dobrine oziroma opravljanje določene storitve splošnega pomena, pri čemer se dovoljenje za opravljanje storitve da koncesionarju, praviloma zasebnemu podjetniku. (Grilc, Juhart 1991: 13)

*Koncesija ima formalni vidik (akt kot podlaga za podelitev koncesije) in materialni vidik (dejavnost, ki jo na podlagi koncesije izvaja koncesionar). Pri koncesiji gre za prenos izvajanja dejavnosti, ki je v izključni pristojnosti države, v zasebno sfero. Gre torej za eno od oblik privatizacije javnih služb.*« (Čebulj 1991 : 6)

»Pri koncesiji gre za razmerje med državo kot dajalcem koncesije oziroma dovoljenja (koncedent) in drugim subjektom, ki je lahko država ali civilnopravni subjekt (koncesionar), kateremu država podeli dovoljenje za upravljanje določene dejavnosti, ki je sicer po naravi pridržano državi.« (Ivanjko 1992 : 392)

Francoski teoretik Richier opisuje koncesijo za javno službo kot: »pogodbo, po kateri oseba javnega prava podeli drugi osebi javnega ali zasebnega prava odgovornost za javno službo ...« (Richier L. v Viler Kovačič 2002 : 15)

Pri koncesijah gre torej za prenos izvajanja javnih služb v zasebni sektor, vendar pa dejavnosti prek določil koncesijske pogodbe, katere vsebino bistveno določi država, ostanejo pod monopolom države, saj gre le za organizacijo izvajanja prek zasebnega sektorja. Koncesije lahko štejemo le za obliko navidezne privatizacije. (Čopič 1996 : 179)

### 3.2 Vrste koncesij

Koncesij je več vrst, tipične vrste koncesij pa so našteje v nadaljevanju:

1. trgovinska koncesija: proizvajalec odstopi pravico prodaje določenih proizvodov drugemu trgovcu za celotno ozemlje posamezne države ali regije;
2. licenčna koncesija: imetnik patenta za izum, blagovno znamko ali model odstopi pravico uporabe izuma, modela ali blagovne znamke na določenem ozemlju in za določen čas;
3. koncesija franšizinga in koncesija distribucije: dovoljenje za distribucijo določenega blaga oziroma opravljanje določenih storitev;
4. koncesija nepremičnin in premičnin: lastnik dovoli uporabo nepremičnin oziroma premičnin tretji osebi za določen čas brez komercialnega izkoriščanja;
5. koncesija za izvajanje javne službe: izvajanje javne službe se pod natančno določenimi pogoji za določen čas prenese na praviloma zasebnega izvajalca;
6. BOT, BTO, BOO: koncesije za gradnjo infrastrukturnih objektov, ki jih financira zasebni partner, država pa temu partnerju z dolgotrajnostjo razmerja omogoči povrnitev stroškov gradnje in vnaprej določen zaslužek;



7. meddržavna koncesija: država prepusti drugi državi, da izkorišča naravne ali druge dobrine na njenem ozemlju. (Viler Kovačič 2002 : 14–15)

### 3.3 Podelitev koncesij

Kandidat za pridobitev koncesije je praviloma samo pravni interesent, ki ima pravico do določenega postopka, nima pa pravice do določene vsebinske odločitve, ki je v rokah pristojnega upravnega organa. (Internet 1)

#### 3.3.1 Koncesijski akt

Koncesija se v večini primerov podeli na podlagi javnega razpisa (133. člen ZJN), v nekaterih primerih pa tudi že na podlagi zahteve interesenta za koncesijo, če le-ta seveda izpolnjuje vse z zakonom določene pogoje. (Internet 1) V obeh primerih je obvezna podlaga koncesijski akt, ki je v odvisnosti od tega, kdo je ustanovitelj koncesije, lahko zakon, predpis lokalne oblasti, predpis izvršilne oblasti ali v izjemnih primerih upravna odločba. (3. in 25. člen ZZ)

S koncesijskim aktom nastane zakonska podlaga za podelitev koncesije na posameznem področju, poleg tega pa vsebuje še pogoje za podelitev, odvzem ter opravljanje dejavnosti, ki je predmet koncesije. Koncesijski akt je enostranski akt države oziroma lokalne skupnosti in ima javnopravno naravo. (Čebulj 1991 : 6).

#### 3.3.2 Koncesijsko razmerje

Koncesijsko razmerje torej formalno nastane že s koncesijskim aktom, vendar ta še ne določa vseh podrobnosti tega razmerja, zato je za dokončno podelitev koncesije potrebna še koncesijska pogodba, ki ima tako javnopravne kot civilnopravne elemente. Pri koncesijskih pogodbah javnopravni interes prevlada nad zasebnim. (Ivanjko 1992 : 14). Koncesijska pogodba natančno ureja razmerja med državo oziroma lokalno skupnostjo kot koncedentom in civilnopravnim subjektom kot koncesionarjem. (Viler Kovačič 2002 :

166–167) Koncesijski akt ter koncesijska pogodba sta v medsebojnem hierarhičnem razmerju. Koncesijska pogodba ne more biti v nasprotju s koncesijskim aktom, saj se v takšnem primeru neposredno uporabljajo določbe koncesijskega akta, ki je povsem javnopravne narave, s koncesijsko pogodbo pa se samo natančno uredijo medsebojne pravice in obveznosti koncedenta in koncesionarja v zvezi z začetkom izvajanja koncesije, financiranjem, garancijami koncedenta, prenehanjem koncesije itd. (Čebulj 1991 : 6)

Koncesijsko razmerje je po svoji naravi mešano – deloma je javnopravno in deloma zasebnopravno. (Virant 1998 : 140)

V koncesijskem razmerju kot eden od udeležencev vedno nastopa država oziroma lokalna skupnost, ki v javno korist zagotavlja določene storitve, na drugi strani pa je civilnopravna oseba (pravna ali fizična oseba), ki opravlja koncesionirano dejavnost v svojem imenu in za svoj račun. (Čebulj 1995 : 1–10)

Razmerje, ki nastane med koncedentom in koncesionarjem, je pogodbeno in se ureja praviloma s koncesijsko pogodbo, ki pa ni zakonsko urejena, ker zajema veliko različnih pravnih razmerij. Čeprav stranke svobodno izražajo svojo pogodbeno voljo, pa gre pri koncesiji kljub temu v bistvu za določeno pravno razmerje, ki je podobno adhezivskim pogodbam, pri katerih eden od pogodbenikov postavlja pogoje, ki jih drugi pogodbenik sprejme.

»V koncesijskem razmerju prevladuje javnopravni interes nad zasebnim. Kadar gre za državno koncesijo, ki jo izdaja država, se koncesija praviloma izda v obliki pravnega akta, ki ima ponavadi naravo upravnega akta, ki je akt posebne vrste, ker ima v nasprotju z drugimi upravnimi akti dvojno naravo: ureditveno ter pogodbeno.« (Ivanjko 1992 : 392)

Prevladujoč položaj koncedenta – države v razmerju do koncesionarja se kaže v naslednjih značilnostih:

- koncesionar mora dejavnost, za katero je pridobil koncesijo, opravljati nemoteno in pod pogoji, ki izhajajo iz koncesijske pogodbe in koncesijskega akta;
- višino dobička koncesionarja določi koncedent;
- koncedent stalno nadzira zakonitost in strokovnost izvajanja dejavnosti, ki je predmet koncesije;

- koncesionar mora opravljati koncesionirano dejavnost tudi, če se okoliščine poslovanja bistveno spremenijo;
- koncedent lahko koncesionarju enostransko nalaga nove obveznosti, ki jih v koncesijski pogodbi ni, česar pa koncesionar ne more uveljavljati kot razlog za prenehanje koncesijskega razmerja;
- koncedent ima pravico do enostranske spremembe oziroma modifikacije koncesijske pogodbe;
- koncedent lahko koncesionarju ob neizpolnjevanju pogojev iz koncesijske pogodbe odvzame koncesijo;
- za razdrtje koncesijske pogodbe je potrebno koncedentovo soglasje, a tudi v tem primeru je koncesionar dolžan opravljati dejavnost do izbire novega izvajalca;
- koncesionar ne more prenesti koncesije na drugo osebo brez soglasja koncedenta;
- koncedent ima v nekaterih primerih in pod določenimi pogoji možnost prisilnega odkupa koncesije od koncesionarja. (Čebulj 1996 : 238)

### 3.4 Koncesije v Sloveniji

#### 3.4.1 Uvedba koncesij

Zgodovina koncesij v samostojni Sloveniji je kratka. Začela se je s sprejetjem Zakona o zavodih (Uradni list RS, št. 12/91) leta 1991, prvo koncesijo pa so uvedli že istega leta, vendar še pred sprejetjem Zakona o zavodih, in sicer na področju zaposlovanja. Prve koncesije so bile tako podeljene na področju izvajanja negospodarskih javnih služb.

Uvedba koncesij pa ni bila cilj sam po sebi, ampak je v tistih prelomnih časih vzpostavljanja novega sistema predvsem sledila razmišljanjem o uvedbi učinkovitejše javne uprave. Izvajanje javnih služb oziroma s starejšim izrazom poimenovanih kot dejavnosti posebnega družbenega pomena naj bi s privatizacijo oziroma s predajo izvajanja zasebnim koncesionarjem postalo kakovostnejše, učinkovitejše, večji obseg storitev pa naj bi postal dostopen celo z nižjim stroški. Vse to so bili ukrepi, ki so sledili novim doktrinom v javni upravi, kot je bil med drugimi npr. novi javni menedžment.

Leta 1993 so se koncesije z Zakonom o gospodarskih javnih službah (Uradni list RS,

št. 32/93) pojavile tudi na področjih, kot so gozdarstvo, vodno gospodarstvo, varstvo okolja ipd., torej na področju izvajanja gospodarskih javnih služb. Prav tako leta 1993 so bile podeljene tudi koncesije za izkoriščanje in upravljanje naravnih virov.

Vsa leta do sedaj se je število koncesij povečevalo, hitro pa so se širila tudi področja, na katerih so bile uvedene oz. vzpostavljene zakonske podlage za možnost oddaje koncesij. Največ koncesij je bilo uvedenih leta 2001. (Viler Kovačič 2002 : 153–154)

Hitremu in nesistematičnemu uvajanju koncesij pa ni sledila pravna ureditev koncesij, kar se kaže v naslednjih pomanjkljivostih:

- izraz koncesija uporabljajo zakoni dokaj nesistematično, pri čemer se kot skupna lastnost vsem lahko ugotovi le plačilo koncedentu za izvajanje koncesije;
- kljub delitvi koncesij le na koncesije za opravljanje neke javne službe in za uporabo neke javne stvari lahko najdemo tudi koncesije, ki s tem nimajo nič skupnega (uvoz vojaškega orožja, klasične igre na srečo);
- postopek podelitve koncesije je slabo urejen, saj ni jasno razmerje med upravnim postopkom in javnim razpisom;
- medsebojna povezanost podeljevanja različnih vrst koncesij je neurejena, postopek podeljevanja koncesije pa je neprilagojen položaju, ko je treba za isti projekt podeliti več različnih koncesij (npr. za uporabo vode in za oskrbo s pitno vodo). (Pirnat 1999 :14)

### 3.4.2 Delitev koncesij

Že uvedene koncesije v Sloveniji lahko v grobem razdelimo na dve veliki skupini:

- a) koncesije za izvajanje neke dejavnosti (varstvo potrošnikov, uvoz blagovnih rezerv, rušenje nedovoljenih gradenj, v gozdovih, promet z orožjem, igre na srečo, storitve v železniškem prometu, veterinarstvo, telekomunikacije, zdravstvena ter lekarniška dejavnost);
- b) koncesije za uporabo, izkoriščanje ali drugo posebno pravico na naravnem viru, na javnem dobru ali stvareh v javni lasti. (Pirnat 2001)

Koncesije je mogoče deliti tudi glede na to, katera razmerja urejajo, in ne samo, s katerih področij izhajajo. Na ta način lahko koncesije razvrstimo v štiri večje skupine:

1. koncesije v javnih službah,
2. koncesije v gospodarskih javnih službah,
3. koncesije za rabo in izkoriščanje naravnih dobrin,
4. koncesije na drugih področjih (uvoz blaga za blagovne rezerve, upravljanje pomorske in pristaniške infrastrukture, promet z vojaškim orožjem, igre na srečo, gradnja infrastrukture, izdajanje mednarodnih vozniških dovoljenj ter koncesije med državami kot preferencialni tretma v trgovinskih odnosih). (Viler Kovačič 2002 : 155)

Gornji dve razdelitvi sta nam lahko v pomoč pri pregledu že uvedenih koncesij v Sloveniji, pravnoformalno razdelitev, predvsem pa ureditev že vzpostavljenih pa tudi prihodnjih koncesij, bo določil šele novi splošni zakon o koncesijah.

## 4. KONCESIJE JAVNIH SLUŽB

### 4.1 Splošna pravna ureditev

Koncesije v Sloveniji niso urejene enotno, pač pa jih ureja večje število zakonov in podzakonskih aktov.

Veliko število zakonov, ki urejajo mnogo različnih vrst koncesij, je privedlo do nezadostne oziroma v nekaterih primerih do med sabo tudi nasprotujoče si ureditve tega področja. Takšna pomanjkljiva ureditev na tako pomembnih področjih, kot je izvajanje javnih služb ali izkoriščanje naravnih dobrin, pa je slej kot prej pripeljala do sporov med samimi interesenti za koncesije in tudi med interesenti in dajalci koncesij (državo oz. lokalno skupnostjo). Mnogi od teh sporov so se znašli celo pred Ustavnim sodiščem. (Viler Kovačič 2002 : 194–204)

Zakon o koncesijah, ki je v pripravi, bo koncesije natančno razvrstil, določil postopke za pridobitev in prenehanje koncesije ter opredelil in opisal razmerja med koncedentom in koncesionarjem, njihove pravice in obveznosti.

#### 4.1.1 Zakon o zavodih

Negospodarske javne službe in tudi koncesije v njihovem okviru ureja Zakon o zavodih – ZZ (Uradni list RS, št. 12-481/1991), katerega vsebino bom predstavil v nadaljevanju. V tem zakonu so našteje vse dejavnosti, ki se opravljajo kot javne službe prek javnih zavodov kot pristojnih organizacij za opravljanje javnih služb ter katerih cilj ni pridobivanje dobička, saj je dovoljeno presežek prihodkov nad odhodki zavoda uporabiti le za opravljanje in razvoj dejavnosti, razen če ni z aktom o ustanovitvi določeno drugače.

Javne službe so opredeljene kot samo tiste z zakonom določene dejavnosti, ki se opravljajo z zakonom oziroma z odlokom občine ali mesta in katerih trajno in nemoteno opravljanje zagotavlja v javnem interesu republika, občina ali mesto.

Ustanovitelji javnih zavodov so lahko država, občina, mesto in druge z zakonom pooblašene javne pravne osebe ter soustanovitelji, ki so lahko tudi druge pravne in fizične osebe. Ustanovitelji javnih zavodov so prav tako dolžni pridobivati sredstva za delovanje teh zavodov. Financiranje pa je mogoče še s plačili za storitve, s prodajo blaga in storitev na trgu in iz drugih virov na način in pod pogoji, določenimi z zakonom in aktom o ustanovitvi.

#### 4.1.1.1 Opravljanje javnih služb preko koncesij

ZZ omogoča opravljanje javnih služb na podlagi koncesije tudi drugim zavodom, ki imajo pri opravljanju javne službe enake pravice in obveznosti kot javni zavodi, vsi pa morajo izpolnjevati v tem zakonu jasno postavljene pogoje za izvajanje javnih služb. Pravico do pridobitve koncesije za opravljanje javne službe imajo tudi podjetja, društva ter druge organizacije ali posamezniki, ki izpolnjujejo vse predpisane pogoje za opravljanje javne službe.

Koncesijo za opravljanje javne službe je mogoče podeliti z zakonom ali odlokom občine ali mesta ali z odločbo pristojnega organa v skladu z zakonom oziroma odlokom (akt o koncesiji).

Organ, ki koncesijo daje (koncedent), in zavod, ki se mu koncesija daje (koncesionar), skleneta pogodbo o koncesiji, s katero uredita medsebojna razmerja v zvezi z opravljanjem javne službe ter določita pogoje, pod katerimi mora koncesionar opravljati javno službo, v skladu s predpisi, ki urejajo javno službo.

Koncedentu je dopuščena možnost, da za opravljanje javne službe koncesionarju priskrbi potrebne prostore in opremo.

Koncesije je mogoče oddati tako za določen kot za nedoločen čas, v vsakem primeru pa koncesija preneha s potekom časa, za katerega je bila dana, ali na podlagi odpovedi v roku, določenem z aktom o koncesiji. Koncedent ima tudi pravico do odvzema koncesije, če koncesionar ne opravlja javne službe v skladu s predpisi ali aktom o koncesiji ter s pogodbo o koncesiji.

#### 4.1.2 Zakon o javnih naročilih – ZJN1

Ugotovimo lahko, da je po Zakonu o zavodih, ki ureja podeljevanje koncesij na področju negospodarskih javnih služb, ureditev precej splošna in zatorej premalo natančna. V tej luči je bil leta 2000 sprejet Zakon o javnih naročilih – ZJN (Uradni list RS, št. 39/2000 in 102/2000), ki je v nekaterih določbah posegel tudi na področje podeljevanja koncesij.

ZJN-1 govori o oddaji koncesij tako:

»Do uveljavitve posebnega zakona, ki bo natančneje uredil oddajanje koncesij in v kolikor ni v nasprotju s področnim zakonom, ki dodelitev koncesije dopušča, koncedent za izvedbo postopka oddaje koncesije smiselno uporablja določbe tega zakona, ki urejajo objave javnih naročil. V objavi mora biti posebej navedeno, da se oddaja nanaša na oddajo koncesij.«

ZJN-1 torej zahteva javni razpis v vseh postopkih podelitve koncesije, razen:

- ko področni zakon omogoča podelitev koncesije brez javnega razpisa,
- če bi zakon navajal drugačno objavo javnega razpisa za podelitev koncesije.

V nadaljevanju bom na primeru zdravstva s pomočjo področnega zakona ter procesov, ki se izvajajo na konkretnem področju, predstavil problematiko podeljevanja koncesij za izvajanje javnih služb.

## 4.2 Zdravstvo

### 4.2.1 Zakon o zdravstveni dejavnosti

Zakon o zdravstveni dejavnosti – ZZDej (Uradni list RS, št. 9/92 – 21. 2. 1992, 26/92-popr., 37/95, 8/96, 90/99, 31/00, 36/00-odl. US) je bil sprejet leta 1992 in je od takrat doživel že več dopolnil, nekateri člani pa so postali celo predmet presoje Ustavnega sodišča.



Za kratko predstavitev zakona naj navedem in opišem njegove temeljne določbe.

ZZDej v okviru svojih temeljnih določb določa zdravstveno dejavnost kot »obseg ukrepov in aktivnosti zdravstvene dejavnosti, ki jih po medicinski doktrini in ob uporabi medicinske tehnologije opravljajo zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci oziroma pri varovanju zdravja, preprečevanju, odkrivanju in zdravljenju bolnikov in poškodovancev.«

Posebej so navedene ravni in obseg izvajanja zdravstvene dejavnosti ter ravni oblasti, ki so pristojne za posamezno raven izvajanja zdravstvene dejavnosti:

- a) Primarna raven obsega osnovno zdravstveno ter lekarniško dejavnost (razen za študente, ki jo določa in zagotavlja država). Določanje in zagotavljanje mreže javne zdravstvene mreže na tej ravni sta v pristojnosti občin, razen na demografsko ogroženih področjih, kjer v skladu s planom zdravstvenega varstva sodeluje država.
- b) Sekundarna raven obsega specialistično ambulantno ter bolnišnično dejavnost; za delovanje mreže javne zdravstvene službe na tej ravni skrbi država, ki pri tem upošteva predloge zainteresiranih občin.
- c) Terciarna raven zajema dejavnosti klinik in inštitutov ter drugih pooblaščenih zdravstvenih zavodov. Tudi na tej ravni za delovanje mreže javne zdravstvene službe skrbi država.

ZZDej določa mrežo javne zdravstvene službe, v okviru katere se opravlja zdravstvena dejavnost kot javna služba, merila za postavitev zdravstvene mreže pa izhajajo iz Plana zdravstvenega varstva Republike Slovenije ob upoštevanju:

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

Kot izključno javno službo je dovoljeno opravljati dejavnosti klinik in inštitutov, socialnomedicinsko, higiensko, epidemiološko in zdravstvenoekološko dejavnost, lekarniško dejavnost, preskrbo s krvjo, krvnimi pripravki in z organi za presajanje ter mrliško pregledno službo.

Našteti dejavnosti, razen dejavnosti klinik in inštitutov, ne morejo opravljati zasebni izvajalci. Kot možni izvajalci zdravstvene dejavnosti se lahko na podlagi dovoljenja ministrstva, pristojnega za zdravstvo, pojavljajo domače in tudi tuje pravne ter fizične osebe, če izpolnjujejo vse z zakonom določene pogoje.

Na podlagi koncesije lahko zdravstveno dejavnost kot javno službo pod enakimi pogoji opravljajo javni zdravstveni zavodi ter tudi druge pravne in fizične osebe.

Pomembno je poudariti, da je v skladu z zakonom vsakemu posamezniku pod enakimi pogoji dana možnost do proste izbire zdravnika in zdravstvenega zavoda.

#### 4.2.2 Splošni pogoji za opravljanje zdravstvene dejavnosti in za pridobitev koncesije

ZZDej jasno loči med opravljanjem zdravstvene dejavnosti kot zasebne dejavnosti in opravljanjem javne službe v zdravstveni dejavnosti na podlagi koncesije.

Vsi zdravniki, ki želijo v Republiki Sloveniji samostojno opravljati zdravniško službo, morajo po predpisanem postopku pridobiti zdravniško licenco, ki je javna listina, s katero se dokazuje strokovna usposobljenost zdravnika za samostojno opravljanje zdravniške službe na določenem strokovnem področju. Zdravniku se licenca podeli po opravljeni specializaciji, za področje zobozdravstva pa po pripravništvu in uspešno opravljenem strokovnem izpitu oziroma po opravljeni specializaciji. Zdravniki se morajo obvezno vpisati v zdravniški register pri Zdravniški zbornici Slovenije.

Pogoji, ki jih mora po ZZDej izpolnjevati zdravnik oziroma zobozdravnik, da se lahko registrira kot zasebni zdravnik, so:

- zahtevana izobrazba in usposobljenost za samostojno opravljanje predvidene dejavnosti v skladu z zakonom;
- da ni v delovnem razmerju;
- 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;
- da pridobi mnenje pristojne zbornice oziroma strokovnega združenja, če ni organizirane pristojne zbornice.

Izpis iz registra zasebnih zdravstvenih delavcev se opravi v naslednjih primerih:

- če zasebni zdravstveni delavec ne začne opravljati dejavnosti v enem letu po vpisu v register;
- če odjavi opravljanje zasebne zdravstvene dejavnosti;
- v primeru njegove smrti;
- ko mu je s pravnomočno odločbo prepovedano opravljanje dejavnosti oziroma poklica;
- če opravlja dejavnost v nasprotju z vpisom v register;
- če ne izpolnjuje predpisanih pogojev za opravljanje dejavnosti. (39. člen ZZDej)

Na odločbo pristojnega ministrstva o vpisu in izbrisu iz registra zasebnih zdravstvenih delavcev, ki ga to pristojno ministrstvo tudi vodi, ni pritožbe.

Zdravstveni delavec, ki izpolnjuje predpisane pogoje, lahko začne opravljati zasebno zdravstveno dejavnost z dnem izdaje odločbe o vpisu v zdravniški register. (Internet 2)

#### 4.2.3 Podeljevanje koncesij v zdravstvu

Peto poglavje ZZDej je namenjeno koncesijam v zdravstveni dejavnosti.

41. člen ZZDej določa izvajalce, ki lahko opravljajo koncesionirano dejavnost:

»Javno službo v zdravstveni dejavnosti lahko opravljajo na podlagi koncesije domače in tuje pravne in fizične osebe, če izpolnjujejo s tem zakonom določene pogoje.«

Pristojnost za podeljevanje koncesij na občinski ravni imajo občinski oziroma mestni upravni organi, ki s soglasjem Ministrstva za zdravje podeljujejo koncesije za opravljanje javne službe v osnovni zdravstveni dejavnosti, koncesije za opravljanje javne službe v drugih zdravstvenih dejavnostih pa podeli z odločbo Ministrstvo za zdravje. Pravna ali

fizična oseba, ki želi pridobiti pravico do opravljanja zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe kot koncesionar, mora vložiti vlogo za pridobitev koncesije. Čeprav zakonodaja javnega razpisa ne predvideva, se koncedent v posameznih primerih lahko odloči, da koncesionarje izbere na podlagi javnega razpisa. (Viler Kovačič 2002 : 33)

Upravni organ je v primeru izpolnjevanja vseh zakonskih pogojev dolžan izdati dovoljenje, kandidat za pridobitev koncesije pa je v vsakem primeru samo pravni interesent s pravico do določenega postopka in brez pravice do določene vsebinske odločitve. Odvisno od ravni izvajanja zdravstvene dejavnosti podeljuje koncesije država (Ministrstvo za zdravje) ali organi lokalne oblasti (občinski oziroma mestni upravni organi, pristojni za zdravstvo) s soglasjem Ministrstva za zdravje. (Internet 3)

Pri tem velja pravilo, da izdaja odločbe o koncesiji in tudi sklepa pogodbe o koncesiji organ enake ravni državne oblasti. V postopku odločanja za novega koncesionarja pa poleg organov oblasti nastopajo tudi Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije in pristojne zbornice ali strokovna združenja, ki morajo podati obvezno strokovno mnenje o kandidatih za koncesijo.

Možnost pridobitve koncesije imajo vsi samostojni zdravstveni poklici v mreži javne zdravstvene službe, če se s tem ne spremeni dogovorjeni obseg javne zdravstvene mreže, spoštovati pa je treba tudi skupno količino zdravstvenih storitev, ki jih dovoljujejo dogovorjeni, vsakoletni finančni okviri na državni ravni. (Viler Kovačič 2002 : 32)

#### 4.2.4 Vsebina koncesijske pogodbe

S pogodbo o koncesiji koncedent in koncesionar uredita razmerja v zvezi z opravljanjem javne službe in pogoje, pod katerimi mora koncesionar opravljati javno službo. S pogodbo o koncesiji se podrobneje določijo predvsem:

- vrsta zdravstvene dejavnosti,
- obseg izvajanja javne službe,
- začetek izvajanja koncesije,
- rok za odpoved koncesije,
- sredstva, ki jih za opravljanje javne službe zagotavlja koncedent.

Poleg naštetih določil je koristno, da koncesijska pogodba vsebuje tudi določila o dostopnosti storitve ljudem, času trajanja koncesionirane dejavnosti ter o drugih medsebojnih pravicah in obveznostih. (Viler Kovačič 2002 : 32–34)

Koncedent ima pravico odvzeti koncesijo z odločbo v primeru, da koncesionar tudi v predhodno določenem roku ne začne opravljati javne službe v skladu s predpisi, odločbo o koncesiji ter pogodbo o koncesiji. Koncedent je v tem primeru dolžan poskrbeti, da bolnike pod enakimi pogoji sprejme v zdravljenje drug zdravstveni zavod ali zasebni zdravstveni delavec, ki opravlja javno službo.

Pomembno značilnost predstavlja, seveda ob izpolnjevanju vseh drugih predpisanih pogojev za opravljanje dejavnosti, brezplačnost pridobitve koncesije, koncesionarji pa poleg tega za svoje delo prejemajo plačilo v ceni celotnega programa, dogovorjenega v vsakoletni pogodbi z Zavodom za zdravstveno zavarovanje. Vse storitve, ki sodijo v obseg obveznega zdravstvenega zavarovanja, koncesionar zaračuna zavodu. (Viler Kovačič 2002 : 34–35)

#### 4.2.5 Nadzor nad izvajanjem zdravstvene dejavnosti

Organi, ki podeljujejo koncesije, imajo med drugim tudi pravico do nadzora nad izvajanjem koncesije, v določenih primerih oblikujejo tudi komisije za nadzor nad izvajanjem koncesioniranih dejavnosti.

Strokovni nadzor zdravstvenih delavcev, sodelavcev ter zavodov je lahko:

1. interni strokovni nadzor – izvajajo ga zdravstveni delavci, sodelavci s samonadzorom in odgovorni za strokovnost dela v zavodu;
2. strokovni nadzor s svetovanjem, ki ga izvaja pristojna zbornica v sodelovanju s klinikami, inštituti in drugimi zavodi;
3. upravni nadzor – izvaja ga ministrstvo, pristojno za zdravstvo;
4. nadzor, ki ga izvaja Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Zdravstveni zavod in zasebni zdravstveni delavec morajo omogočiti opravljanje nadzora iz prejšnjega odstavka.

Pristojna strokovna zbornica opravi strokovni nadzor s svetovanjem tudi na predlog zavarovane osebe, delodajalca, zdravstvenega delavca oziroma zavoda ali na drug predlog.

Ukrepa, ki sta po strokovnem nadzoru ter pri ugotovljenih večjih pomanjkljivostih v delovanju zdravstvenih delavcev ali zavodov oziroma pri zasebnem zdravstvenem delavcu na voljo pristojnim zbornicam, sta:

- zahteva po dodatnem strokovnem izpopolnjevanju delavcev, za katere se ugotovi pomanjkljiva usposobljenost, in po potrebi tudi ponovitev preizkusa usposobljenosti;
- odvzem dovoljenja za samostojno delo posameznemu zdravstvenemu delavcu oziroma zasebnemu zdravstvenemu delavcu.

Ministrstvo za zdravje ima v podobnih primerih naslednji možnosti ukrepanja:

- zahteva odpravo organizacijskih, materialnih in drugih pomanjkljivosti, ki pogojujejo neustrezno kakovost ali strokovnost dela, in določi rok za odpravo pomanjkljivosti;
- začasno, dokler niso odpravljene ugotovljene pomanjkljivosti, prepove dejavnost zdravstvenega zavoda, njegove enote ali zasebnega zdravstvenega delavca.

ZZDej določa upravni nadzor nad zakonitostjo dela zdravstvenih zavodov in zasebnih zdravstvenih delavcev, ki ga izvaja Ministrstvo za zdravje, na podlagi programa ali na predlog bolnika, njegovega svojca ali skrbnika, zdravstvenega zavoda, delodajalca, pristojne zbornice, sodišča ali po lastni presoji.

Način izvajanja upravnega nadzora določi minister za zdravje. Če se pri upravnem nadzoru ugotovijo nepravilnosti, izda ministrstvo, pristojno za zdravstvo, odločbo, s katero določi ukrepe in roke za odpravo nepravilnosti.

Strokovni nadzor se financira iz državnega proračuna; kadar so ugotovljene nepravilnosti, stroške nadzora poravnava zdravstveni zavod oziroma zasebni zdravstveni delavec, pri katerem so bile nepravilnosti ugotovljene.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije je odgovorno za nadzor nad izpolnjevanjem pogodb, ki jih je sklenil za opravljanje zdravstvene dejavnosti, kar vključuje tudi različne strokovne nadzore.

V nekoliko drugačni, predvsem pa v samostojni vlogi nadzornika nastopajo še področne inšpekcijske službe, pa tudi Računsko sodišče RS, ki ima pravico do nadzora vseh proračunskih porabnikov, in ne nazadnje še tržna inšpekcija, ki izvaja nadzor nad izvajanjem ukrepov nadzora cen.

### 4.3 Okoliščine, ki so spodbudile uvedbo koncesij v zdravstvu

Slovenija je na začetku prejšnjega desetletja najprej doživela spremembo družbenega sistema, ki je s seboj neizogibno pripeljala tudi spremembo organiziranosti ter financiranja javnega sektorja, nato pa je s ciljem izboljšanja delovanja začela uvajati nova načela delovanja javnega sektorja. (Kovač, Stanonik 2000 : 316–329)

Pri financiranju javnega zdravstva se v čedalje večjem obsegu kot dodatne oteževalne okoliščine za uveljavljen sistem financiranja javnega zdravstva kažejo naraščajoča povprečna starost prebivalstva, kar vodi do zmanjšanja aktivne populacije, ki vplačuje v zdravstveno blagajno, nato povečevanje deleža starejših, ki potrebujejo zdravstveno pomoč, in tudi znanstveni napredek, ki vodi do novih metod zdravljenja in vpliva na izdatno naraščanje sredstev, namenjenih zdravstvu.

Ukrepi, ki jih uvajajo države za zagotovitev nemotenega delovanja zdravstvenega sistema, so racionalizacije, omejitve ali zmanjševanje pravic in različne oblike participacij zavarovancev. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije se tako vsako leto sooča s primanjkljajem, ki je posledica prevelikega obsega pravic zavarovancev glede na zagotovljen obseg finančnih sredstev. (Miklavčič 2003 : 26)

To problematiko naj bi po mnenju Ministrstva za zdravje rešil Predlog nove zdravstvene reforme (Ministrstvo za zdravje, 2003), ki skuša na kritike predlagane zdravstvene reforme odgovoriti z imenovanjem ovir za učinkovito načrtovanje politike zdravstvenega

varstva, ki bi jih lahko poimenovali velika razpršenost interesov oziroma pogledov posameznih subjektov zdravstvenega varstva. Tako uporabniki zdravstvenega varstva ocenjujejo kakovost zdravstvenih storitev glede na lastno zadovoljstvo, izvajalci zdravstvenega varstva merijo uspešnost storitev glede na trenutni razvoj stroke, ki ji pripadajo, upravljavci zdravstvene politike pa svojo pozornost usmerjajo predvsem na ekonomske vidike zdravstvenega varstva oziroma na doseganje optimalne učinkovitosti pri najnižjih možnih stroških. (Ministrstvo za zdravje, Predlog reforme, 2003, cilj 4)

#### 4.3.1 Javni sektor

Javni sektor se v praksi v mnogih primerih ni najbolje izkazal. Pomanjkljivosti so bile zaznane na vseh področjih delovanja, torej tako na kvalitativni kot na kvantitativni ravni. Stroški za zdravstvo npr. rastejo hitreje kot kakovost ali obseg storitev, ki jih to nudi, ob tem pa vse analize kažejo, da bi bilo z učinkovitejšim upravljanjem ter drugačnim financiranjem mogoče veliko javnih sredstev tudi privarčevati. (Ministrstvo za zdravje, Predlog reforme, 2003, cilj 5)

S stanjem in učinkovitostjo uprave (državne) niso zadovoljni tako Državni zbor RS kot tudi ne državljani in drugi pravni subjekti, s svojim statusom in materialnim položajem pa niso zadovoljni celo uslužbenci v upravnih organih in upravnih organizacijah. (Cijan, Grafenauer 1993 : 17)

Ker javni sektor opravlja oziroma nudi nujno potrebne storitve, ki jih mora zagotavljati država, obstaja prepričanje o njem kot o podaljšani roki države, kar je v določeni meri seveda tudi res. (Šmidovnik 1985 : 141–142)

Javni zavodi kot izvajalci javnih služb, ki nudijo storitve javnega interesa, pa so vselej tako kot državna uprava v celoti nenaklonjeni spremembam, ki vodijo v povečan obseg in večjo kakovost dela, saj bi lahko ogrozile njihov ustaljen način dela oziroma morebitne privilegije. (Ministrstvo za zdravje, Predlog reforme, 2003, cilj 5)

Nosilci dejavnosti javnih služb se poleg tega tudi dobro zavedajo, da opravljajo monopolno dejavnost, da so torej brez konkurence, ki bi jih lahko prisilila v spremembe, oziroma da bodo od države dobili plačilo ne glede na kakovost opravljenega dela.



Vendar takšen pogled v pre mnogih primerih vodi v vse prej kot odgovorno in učinkovito poslovanje javnega sektorja, na kar kaže vprašljivost postopka nakupa operacijskih miz v Kliničnem centru Ljubljana (2003) kot posamičen primer, kot splošen pojav pa višina osebnih dohodkov vodilnih v javnih zdravstvenih zavodih, ki v nekaterih primerih presegajo celo dohodke vodilnih političnih predstavnikov države. (Luskovec 2004 : 5)

Veljko Rus (2001 : 91) omenja neformalne dogovore med državnimi organi in zasebnimi izvajalskimi organizacijami, in to še pred javnim razpisom koncesij, tako da so javni razpisi le formalna legalizacija neformalno dogovorjenih aranžmajev.

Vendarle so mnenja družboslovcev o razlikah v obsegu korupcije med javnim in zasebnim sektorjem dokaj nasprotujoča.

Hodge meni, da se s privatizacijo javna podjetja zapirajo, krepi se sloj menedžerjev in zmanjšuje se vpliv javnosti zaradi pomanjkanja informacij o stroških in kazalcih uspešnosti poslovanja. Tržna logika in dobiček vse bolj potiskata v ozadje javne interese. (Hodge v Rus 2001 : 126)

Thompson celo navaja rezultate empiričnih raziskav, ki potrjujejo negativno soodvisnost med privatizacijo in družbeno odgovornostjo menedžerjev. (Thompson 1993 : 131–135)

Povsem nasprotno pa trdi Savas , da je treba žarišča korupcije iskati v političnih centrih moči oziroma med birokrati, ki nadzirajo javni sektor, in ne v podjetjih. (Savas v Rus 2001 : 127)

Postavlja se vprašanje, kako v tem sektorju spodbuditi spremembe ali za začetek vsaj željo po spremembah v smeri kakovostnejšega, učinkovitejšega ter predvsem preglednega delovanja.

#### 4.3.2 Dileme pri uvajanju novosti v izvajanje javnih služb

Dejstvo je, da je vsaka država sistem javnih služb prilagodila svojim potrebam, tako da ne obstaja neka enotna evropska ureditev področja, ki bi bila zgled učinkovite organizacije javnega sektorja, obstajajo pa kot rečeno splošna načela, ki ob primerni uporabi lahko pripeljejo do učinkovitejšega poslovanja javnega sektorja. (Stanonik 2000 : 294–315)

Ideja, ki je v želji po vsestranskem izboljšanju delovanja javnih služb vodila tudi načrtovalce zdravstvenih sistemov, je bil prenos načel upravljanja in delovanja zasebnega sektorja (načrtnost, učinkovitost poslovanja, uvajanje nenehnih izboljšav, nagrajevanje zaposlenih po učinku itn.) v delovanje javnih služb, ki morajo nenehno zagotavljati vse nujne storitve vsem državljanom, in to v kolikor je mogoče enaki meri. (Žurga 2001 : 49)

Vendarle se dileme pojavljajo že pri tej osnovni predpostavki, po kateri naj bi bil zasebni sektor pri svojem delu učinkovitejši od javnega sektorja, le-ta pa naj bi iz tega razloga iz zasebnega sektorja prevzemal njegove vzorce delovanja. Celo tako ugledni posamezniki, kot je Nobelov nagrajenec in nekdanji direktor Svetovne banke Joseph Stieglitz, menijo, da zasebna lastnina pri svojem poslovanju ni nič učinkovitejša od javne. (Repovž, Delo: 29. 11. 2003)

Ne glede na gornjo ugotovitev pa še vedno ni razrešena dilema, kaj naj bi se zgodilo z morebitnimi prihranki takrat, ko bi zasebni izvajalec uspel posamezno zdravstveno storitev opraviti z nižjimi stroški kot javni izvajalec zdravstvene storitve oziroma z nižjimi stroški, kot storitev plača Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Stroški zdravstvenega sistema kot celote bi se namreč znižali le v primeru, da bi se ta prihranek vrnil v zdravstveno blagajno oziroma da bi v takšnem primeru Zavod za zdravstveno zavarovanje ustrezno prilagodil oziroma znižal vrednost posamezne storitve, ki jo plačuje izvajalcem zdravstvenih storitev, saj predstavlja doseženi prihranek v nasprotnem primeru izključno dobiček zasebnega izvajalca zdravstvenih storitev.

Zakonodaja in vsi drugi pogoji, katerih izpolnjevanje je nujno potrebno za izvajanje javne službe zdravstvene dejavnosti, veljajo enako tako za javne kot za zasebne izvajalce zdravstvenega varstva, pri čemer morajo slednji po ZZDej izpolniti še nekaj dodatnih pogojev.

Na začetku uvajanja novih načel upravljanja javnega sektorja – novega javnega

menedžmenta (NJM) – je bila v ospredju privatizacija javnega sektorja, ki naj bi vzpostavila učinkovitejši javni sektor. Tovrstni procesi so se v mnogih državah (Velika Britanija, ZDA ...) začeli odvijati že dobro desetletje prej kot pri nas. Razlog za hitro razširitev NJM je bila vse večja neučinkovitost hierarhičnih sistemov upravljanja v razmerah, ko postaja družbeno dogajanje vse kompleksnejše in razgibano, saj je znano, da so birokratski hierarhični sistemi učinkoviti le tedaj, ko je družba stabilna, predvidljiva in nekompleksna. (Rus 2001 : 22)

Obstaja pa precejšnja vprašljivost smiselnosti uvajanja koncepta NJM, saj je bil v mnogih primerih rezultat uvedbe ravno nasproten od pričakovanih ciljev. (Intervju: Pollit Cristopher Delo, 29. 11. 2003 : 10–12).

Smisel delovanja javnih služb sta zadovoljevanje in zagotavljanje osnovnih potreb določene družbe kot celote, torej javnega interesa. Zasebne organizacije pa so vedno ustanovljene s ciljem zadovoljevanja potreb in želja oziroma ciljev njihovih ustanoviteljev – zasebnega interesa, prek čim višjega dobička. Na tej točki prihaja do temeljnega nasprotja med javnimi in zasebnimi organizacijami.

Privatizacija naj torej sploh ne bi imela pozitivnih ekonomskih učinkov na zmanjševanje sredstev ali/in povečevanje kakovosti zdravstvenih storitev, temveč je bila le sredstvo za prerazdelitev sredstev in moči v korist višjih slojev in v škodo povečanja učinkovitosti. (Hutton v Rus 2001 : 41)

Gornja ugotovitev je bila le dodatna spodbuda k predlogom o potrebi po omejitvi procesov pretirane profesionalizacije v medicini, za katere je značilno, da nosijo v sebi ambicijo ne le ohraniti monopolni položaj zdravniškega poklica na somatskem področju, ampak razširiti svoj prevladujoč vpliv tudi na druga področja, ki so v domeni drugih poklicev, kar vodi v zanikanje potrebnosti in pomembnosti poklicev in hkrati v lastno preprofesionalizacijo. (Gorjup 1996 : 147–148)

Veljko Rus (2001 : 100–101) izpostavlja vprašanja, povezana z dediščino javnih podjetij ali zavodov, ki se privatizirajo, saj ti tudi po prehodu na trg ohranijo vrsto podedovanih monopolnih prednosti. Izgube, ki morebiti nastajajo pri novih storitvah, se pokrivajo z dodatnim dobičkom, ki izvira iz podedovanega monopola, pri tem pa se uporabljajo

prednosti, ki izvirajo iz stare infrastrukture, ki so jo zgradili na podlagi javnih virov. Da bi se preprečile negativne posledice privatizacije javnih zavodov, je treba določiti jasna merila sprejemljivega delovanja in strogo omejiti prednosti, ki izvirajo iz podedovanega monopolnega položaja.

Zaradi občutljivosti področja javnih služb sta nujni postopnost ter omejenost privatizacijskih procesov, ki naj bi imeli naslednje fazno zaporedje:

1. deregulacija ter decentralizacija javnih zavodov,
2. revitalizacija javnih zavodov prek boljšega upravljanja, povečevanje enakega dostopa državljanov do storitev ...,
3. profesionalizacija izvajalcev in povečevanje njihove poklicne avtonomije,
4. socializacija s pomočjo večje vloge uporabnikov,
5. komercializacija oziroma tržna regulacija javnih zavodov, ki so še vedno nepridobitne organizacije, ki ves dobiček namenjajo krepitevi svoje dejavnosti (Rus 1996 : 12–13)

V okviru NJM se je privatizacija začela z odprodajo javnih podjetij in pokrivanjem proračunskih primanjkljajev, danes pa v ospredje pred prodajo sredstev stopa privatizacija upravljanja posameznih delov javnega sektorja. (Rus 2001 : 22)

Ugotovimo lahko, da za dobro delovanje javnih služb nista primerna ne popoln monopol države nad izvajanjem in ne popolna privatizacija, ki sledi le motivu dobička. Najti je treba neko srednjo pot, ki jo po Viktoriji Gorjup (1996 : 144-145) predstavlja socializirana lastnina, oblikovana v procesih preobrazbe povsem državne in povsem zasebne lastnine kot rezultat medsebojne soodvisnosti elementov in vrednot trga, države, civilne družbe in poklica – javnega in zasebnega. Med menedžmentom, državo, uporabniki in profesionalci je treba težiti k takšni razdelitvi vlog, da bo doseženo ravnovesje moči.

#### 4.3.3 Uporabniki zdravstvenih storitev

Zaradi svoje kompleksnosti in posledične neorganiziranosti je v najslabšem položaju civilna družba oziroma uporabniki zdravstvenih storitev, ki lahko edini neposredno merijo kakovost storitev s spremembo stanj na njih samih. Za dvig kakovosti izvajanja javnih služb, ki bi bile v korist uporabnikov, bi bila potrebna aktivna participacija uporabnikov – civilne družbe v organih upravljanja javnih zavodov, druge aktivnosti, ki lahko dodatno pripomorejo k dvigu pomena civilne družbe, pa so:

- anketiranje uporabnikov,
- spremljanje rezultatov neke dejavnosti pri uporabnikih,
- neposredni dogovori med uporabniki in izvajalci na lokalni ravni,
- evalvacija dejavnosti, ki jo izvajajo lokalni organi,
- uporabniški sveti na lokalni ravni,
- delegati predstavnikov uporabnikov v svetih zavodov,
- neposredno komuniciranje s ponudniki storitev po elektronski pošti,
- usposabljanje za delo z uporabniki,
- eksperimentalno uvajanje novih storitev,
- javni standardi za zagotavljanje kakovosti storitev,
- uvajanje varuhov pravic za posamezna področja,
- razvoj pritožbenih služb, ki bi si prizadevale za večjo odzivnost ponudnikov,
- postavljanje pritožbenih skrinjic na javnih mestih. (Osborne in Gaebler v Rus 2001 : 134)

Javnomnenjska raziskava SJM, ki jo je Center za raziskavo javnega mnenja pri Fakulteti za družbene vede opravil leta 2001, je predstavila mnenje prebivalstva o zdravstvu v Sloveniji in še posebej o morebitni razliki, ki jo opažajo ljudje med storitvami zasebnega in javnega zdravstva. V raziskavo je bilo zajetih 1110 oseb. Ocene zdravstvenih služb so temeljile bodisi na osebnih izkušnjah bodisi na stališčih, oblikovanih na podlagi posredovanih izkustev (prijatelji, sodelavci, mediji).

Izvedena anketa je pomembna predvsem zaradi prikaza razlik v kakovosti izvajanja zdravstvenih storitev med javnim ter zasebnim sektorjem, ki jih zaznavajo uporabniki teh storitev:

- Pri merjenju zadovoljstva z zdravstveno službo kot celoto so se anketiranci razdelili

na tretjine; približno tretjina anketirancev je z njo zadovoljna, dobra tretjina ni ne zadovoljna ne nezadovoljna, tretjina pa je nezadovoljna.

- Pri obiskovanju zdravstvenih ustanov anketirance najbolj motijo privilegiji nekaterih pacientov, pretirano administriranje, slaba organizacija dela, neprijazen odnos osebja, slaba kakovost storitev ter ne nazadnje v mnogih primerih neustrezni prostori, v katerih se izvaja zdravstvena dejavnost.
  - Pri oceni zaupanja v zdravnike sta dve tretjini anketirancev prepričani, da bi zdravnik zanje naredil vse, kar je v njegovi moči, le desetina anketirancev je nasprotnega mnenja.
  - Zadovoljstvo s storitvijo zasebnega zdravnika v primerjavi s storitvijo javne zdravstvene ustanove (v letu 2001, ko je bila raziskava opravljena, je slaba tretjina anketirancev obiskala zasebnega zdravnika, od tega večina zobozdravnika, malo manj specialista, daleč najmanj pa splošnega zdravnika) sta dve tretjini anketirancev ocenili za bolj zadovoljivo, tretjina anketirancev pa ni zaznala nobene razlike.
- Ocenjevanje zadovoljstva s storitvami zasebnega zdravnika je dalo pričakovane rezultate, saj zasebnega zdravnika obiskujejo predvsem premožnejši sloji, in to za nadstandardne storitve, čakalne dobe so krajše, kar je razumljivo, kadar gre za samoplačništvo, pomembno vlogo pri tem pa ima tudi psihološki učinek potrjevanja svoje »naložbe« v zasebnega zdravnika (respondent jo želi oceniti kot smiselno).
- Pri ocenjevanju vpliva uvajanja zasebne zdravniške prakse na raven zdravstvenih storitev dobra tretjina anketirancev meni, da se je le-ta zvišala, primerljiv delež anketirancev je mnenja, da se ni spremenila, le desetina pa meni, da se je poslabšala, ob tem da je zasebnega zdravnika obiskala tretjina vseh anketirancev.

Rezultati raziskave pa dobijo povsem drugačen pomen, če jih primerjamo z rezultati podobne raziskave, ki je bila izvedena leta 1994.

Ocene zadovoljstva s storitvami zasebnega zdravnika ostajajo vseskozi dokaj konstantne, saj sta dve tretjini anketirancev bolj zadovoljni s storitvami zasebnega zdravnika kot s storitvami v javnih ustanovah, tretjina pa enako.

Leta 1994 je zasebnega zdravnika obiskala samo desetina anketirancev, ob tem pa je kar polovica anketirancev soglašala z mnenjem, da bo uvedba zasebne prakse izboljšala raven zdravstvenih uslug. (Toš, Malnar 2002)

Rezultati ankete so pokazali, da so anketiranci mnenja, da jim zasebni izvajalci zdravstvenih storitev nudijo višjo raven zdravstvenih storitev kot javni izvajalci zdravstvenih storitev. Vendar pa je nemara še pomembnejši rezultat ankete, da se z večanjem števila uporabnikov zdravstvenih storitev pri zasebnikih povečuje tudi odstotek anketirancev, ki je mnenja, da uvedba zasebne zdravniške prakse ne vpliva na dvig kakovosti zdravstvenih storitev pri javnih izvajalcih zdravstvenih storitev.

## 5. SISTEMSKA PRIMERJAVA MED JAVNIMI IZVAJALCI ZDRAVSTVENIH STORITEV IN ZASEBNIMI IZVAJALCI ZDRAVSTVENIH STORITEV S KONCESIJO

### 5.1 Poskus primerjave javnih zavodov z zasebnimi izvajalci zdravstvenih storitev

Za primerjavo med javnimi ter zasebnimi izvajalci zdravstvenih storitev je najprej treba določiti merila, po katerih naj bi se ti razlikovali. Pri svoji nalogi sem se osredotočil na sistemski pogled na dve spremenljivki za primerjavo med javnimi ter zasebnimi izvajalci javnih služb. Ti pa sta:

- kakovost izvajanja storitev,
- učinkovitost upravljanja.

Preden se lotimo primerjave med zasebnimi ter javnimi izvajalci zdravstvenih storitev s pomočjo gornjih dveh spremenljivk, bi rad opozoril še na nekaj dejstev, ki bistveno vplivajo na celotno problematiko:

- obseg mreže izvajalcev javne službe zdravstvenih storitev je omejen in ga določi država (5. člen ZZDej);
- obseg storitev javnega zdravstva, ki jih krije obvezno zdravstveno zavarovanje, okvirjata vsakoletni dogovor med partnerji in prispevna stopnja za zdravstvo (Viler Kovačič 2002 : 32);
- pogoje za prehod posameznega zdravstvenega delavca iz javnega zavoda med zasebne izvajalce zdravstvenih storitev s koncesijo, ki potemtakem še vedno delno ostajajo del enotne mreže javne zdravstvene službe, prav tako določa država (41., 42. in 43. člen ZZDej);
- obseg finančnih sredstev za izvajanje javne službe zdravstvenega varstva prav tako določijo pristojne institucije oziroma države (31. in 43. člen ZZDej).

Na tem mestu je trebno navesti 45. člen ZZDej, ki pravi, da so »zdravstveni delavci in sodelavci dolžni opravljati svojo dejavnost v skladu s sprejeto zdravstveno doktrino in s kodeksom medicinske deontologije oziroma z drugimi strokovnimi in etičnimi kodeksi. Pri opravljanju svojega dela morajo obravnavati vse ljudi pod enakimi pogoji na enak način in spoštovati njihove ustavne in zakonske pravice. Edino merilo prednosti je nujnost



zdravstvenega posega.«

Zdravstvena dejavnost je v javnem interesu zaradi posebne narave njenega opravljanja, zato njenega izvajanja ni mogoče prepustiti zgolj trgu. Noben zakon, ki ureja področje zdravstva, ni določil standardov izvajanja dejavnosti niti tega niso uredili podzakonski akti. Standardi bi morali po eni strani zagotavljati določene pravice bolnikom oziroma potrošnikom, po drugi pa omogočiti zainteresiranim, da uveljavijo svobodno gospodarsko pobudo. (Dolčič 2002 : 9–10)

Ker je koncesija dovoljenje za opravljanje dejavnosti in hkrati pogodba med javnim financerjem (državo) in zasebnim izvajalcem brez javnega nadzora, je posebej pomembno, da se vzpostavi učinkovit sistem nadzora javnosti na tistih področjih gospodarskih in negospodarskih javnih dejavnosti, ki se tako ali drugače privatizirajo. (Tičar 1996 : 55)

Ob tem pa Sellers (2000, prispevek na IRSPM IV) opozarja, da lahko pride do negativnih vzratnih učinkov tudi v primeru, ko je naročnik kljub pogodbenim razmerjem vzpostavil nad izvajalcem prestrog nadzor, saj se v takšnem primeru lahko zgodi, da ekonomski učinki koncesijskih pogodb izostanejo, v skrajnem primeru se lahko nevladna organizacija zbirokratizira in postane bolj ali manj podobna vladnim. Sellers na istem mestu opozori tudi na naslednje težave, ki so se pojavile v ZDA ob uveljavljanju koncesijskih pogodb:

- koncesioniranje je povezano z vrsto dodatnih stroškov, ki ponavadi pri merjenju učinkovitosti niso upoštevani;
- zaradi nejasne delitve dela med koncesionarjem in koncedentom se pogosto zgodi, da odgovornost za posamezne segmente dejavnosti ni razmejena jasno ali pa sploh ni;
- vstopanje zasebnih ali prostovoljnih organizacij v koncesijsko razmerje z državo pogosto privede do izgube legitimnosti teh organizacij;
- daljše koncesijsko razmerje omogoči posameznim koncesionarjem, da si iz javnih sredstev zgradijo dragoceno infrastrukturo, s katero so na javnih natečajih praktično brez konkurence.

Čeprav ostajajo posamezni avtorji neenotni glede temeljnih ciljev privatizacije, pa so hkrati soglasni v tem, da v družbenih dejavnostih ni mogoče uveljavljati samo ekonomskih ciljev, ki v praksi največkrat prevladajo, pač pa je treba enako pozornost nameniti tudi socialnim stroškom storitev. S tem v zvezi je pogost pojav selekcija programov oziroma ciljnih skupin na le tiste, ki prinašajo več dobička ali manj stroškov, medtem ko se nasprotnim primerom izogiba. Pogost pojav je tudi zasledovanje enih ekonomskih ciljev v javnem sektorju (proizvodna učinkovitost) in spet drugih ekonomskih ciljev v zasebnem sektorju (alokativna učinkovitost). V prvem primeru je pozornost usmerjena zgolj na stroškovno učinkovitost, v drugem pa zgolj na zniževanje cene. (Rus 2001 : 60–61)

## 5.2 Spodbude za kakovost v izvajanju zdravstvenih storitev pri zasebnih izvajalcih

V prejšnjih poglavjih smo spoznali, da veljajo splošna pravila o usposobljenosti izvajalcev zdravstvenega varstva in tudi o trajnem nadzoru nad strokovnostjo enako za zaposlene v javnem sektorju in tudi za zaposlene v zasebnem sektorju.

Kot sledi iz zakonodaje (47. člen ZZDej), imajo uporabniki zdravstvenih storitev možnost prosto izbrati izvajalca zdravstvenih storitev v okviru koriščenja storitev javnih služb. Prosta izbira se seveda najbolj izrazi na gosteje naseljenih področjih, na katerih deluje več različnih izvajalcev, vključenih v javno zdravstveno mrežo. Drži tudi, da je obseg mreže izvajalcev omejen, da ga določi država in da je v skladu s številom prebivalstva. (5. člen ZZDej)

Zasebnim izvajalcem s koncesijo država prek vsakoletne pogodbe z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ki določa obseg storitev zdravstvenega varstva, poravna celotne stroške storitev, ki nastajajo pri opravljanju javne službe. (Viler Kovačič 2002 : 34)

Popolnoma drugače pa je pri storitvah, ki jih opravljajo za trg. Te storitve morajo v celoti poravnati končni uporabniki. Količino storitev, ki jo zasebni izvajalci opravijo na trgu,

določajo sami, cena za te storitve pa se vzpostavlja prosto na trgu.

Zasebni izvajalci morajo torej svojim strankam – pacientom nuditi storitev (ki v tem primeru spada v okvir izvajanja javne službe), boljše od primerljive, ki bi je bili ti deležni v kakšnem javnem zavodu. Ker morajo takšen cilj doseči ob enakih pogojih (enaka višina plačila za posamezno storitev, ki jo plača Zavod za zdravstveno zavarovanje) kot javni zavodi, je edino sredstvo, s katerim lahko pridobijo nove paciente in s tem ustvarijo večji promet, občutno boljša kakovost njihove storitve.

V sistemu, v katerem se za paciente borijo na eni strani motivirani zasebniki, na drugi strani pa javni zavodi z nespremenjeno oziroma z za trg neprilagojeno notranjo strukturo (neobstoj plačila po učinku, pomanjkljiva ureditev nagrajevanja, slabe delovne razmere ...), obstaja velika nevarnost za prehod najsposobnejšega kadra iz javnega v zasebni sektor, s čimer se v končni fazi lahko bistveno poslabša raven storitev javnega zdravstva, s tem pa se ustvarjajo pogoji za povečanje socialne ter ekonomske neenakosti ter poslabšanje splošnega zdravja prebivalstva. (Bizjak-Mlakar 2004 : 16)

Razumljivo je, da bo zadovoljen uporabnik storitve javne službe zdravstvenega varstva, ki je je bil kot zavarovanec pri koncesionarju deležen brez doplačila, zainteresiran pri istem ponudniku opraviti še kakšno dodatno storitev, tokrat seveda kot samoplačnik. Na tem mestu je zato smiselno opozoriti na dejstvo, da večina ljudi nima vsega potrebnega znanja o posameznih bolezenskih stanjih in njihovem zdravljenju in da zato obstaja verjetnost, da bo stranka pri zasebnem izvajalcu javne zdravstvene službe poleg nujno potrebnih storitev za ozdravitev deležna tudi nepotrebnih dodatnih zdravstvenih storitev (predolga hospitalizacija, nepotrebni testi, podvajanje in preveč storitev, preveč in predraga zdravila ...), saj pomeni večji obseg dodatnih zdravstvenih storitev tudi višji dobiček posameznega zasebnega izvajalca.

Profesionalci imajo s svojo preobrazbo v profesionalca – zasebnega zaslužkarja zato precej močne razloge, da se za vsako stranko – uporabnika zdravstvenih storitev še posebej potrudijo oziroma opravijo svoje delo kar najkakovostneje.

## 5.3 Odziv javnih zavodov na izziv zasebnih izvajalcev zdravstvenih storitev s koncesijo

### 5.3.1 Kakovost izvajanja storitev

V sodelovanju s Svetovno zdravstveno organizacijo (WHO) naj bi načrt za zdravstveno varstvo ljudi v Republiki Sloveniji že do leta 2000 vključeval obveznost za vse soudeležene v državi, da razvijejo sistem za kakovostno izboljšanje zdravstvenega varstva.

Leta 1999 se je v zdravstvu začel projekt Kakovost v zdravstvu, katerega izvajalka je Zdravniška zbornica Slovenije, kot sonosilca projekta pa nastopata Ministrstvo za zdravje in Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (Isis 1998, št. 5) Predvideni uporabniki projekta segajo od najožjih strokovnih skupin Ministrstva za zdravje do v končni fazi najširše javnosti. Projekt nima časovnega okvira, saj naj bi potekal kontinuirano, trajno in stalno zagotavljal kakovost v zdravstvu. Prvi pričakovani rezultati pa bodo znani po obdobju treh let, potem pa naj bi sledila podrobna obdelava.

Projekt Kakovost v zdravstvu predvideva zagotavljanje relativno enakih pogojev dostopnosti, dosegljivosti in primernosti zdravstvenih storitev za zavarovane osebe na celotnem področju države. Vključuje vse izvajalce zdravstvenih storitev – tako javne kot zasebne, pri katerih naj bi bili zavarovanci deležni izboljšanih osnovnih pogojev za kakovostno uživanje svojih pravic. Tako za zasebne kot za javne izvajalce zdravstvenih storitev pa naj bi bil enak tudi sistem merjenja, zagotavljanja ter izboljševanja kakovosti v zdravstvu.

Ena od prednostnih nalog projekta je zagotoviti učinkovit informacijski sistem, ki bo omogočal pridobitev podatkov oziroma oblikovanje enotne podatkovne zbirke, iz katere bodo ustrezna strokovna telesa Zdravniške zbornice s podporo Ministrstva za zdravje in ob upoštevanju ekonomskih vidikov plačnika (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije) za vso Slovenijo določila standarde kakovosti za posamezne specialnosti.

Po tej poti dobljene podatke naj bi ti primarni uporabniki uporabili za primerjavo ravni kakovosti med posameznimi enotami, omogočili pa naj bi tudi odkriti težave in morebitne pomanjkljivosti, hkrati pa bi bilo s to primerjavo moč pristopiti k analizi vzrokov in k aktivnostim za njihovo odpravo ter hkrati tudi k vrednotenju celotnega procesa.

Javnost kot končni uporabnik rezultatov projekta Kakovost v zdravstvu naj bi bila deležna vseh pozitivnih posledic projekta – izboljšanja kakovosti – šele po vzpostavitvi vseh načrtovanih notranjih procesov za izboljševanje kakovosti celotnega zdravstva, ki bodo potekali na vsebinsko tehničnih ter organizacijskih temeljih, vzpostavljenih s samim projektom. Pričakovati je, da se bo na ta način v javnosti dvignil ugled izvajalcev zdravstvenih storitev.

Projekt Kakovost v zdravstvu v tem času zajema 48 različnih področij v zdravstvu in temelji na spoznanju, da kakovost ni sama sebi namen, predvsem pa ni tisto, kar je priznано s certifikati ali urejeno s standardi in protokoli, ampak je predvsem to, kar kot dobro občuti na eni strani zdravstveni delavec (zdravnik, sestra), na drugi strani pa uporabnik storitev (bolnik, plačnik).

Še več, zagotavljanje celovite kakovosti zdravstva v Sloveniji, opredeljeno v strateških usmeritvah in ciljih ter operacionalizirano v konkretnih projektih, naj bi postalo temeljna sestavina stabilnosti in razvojne perspektive celotnega sistema zdravstvenega varstva.

#### 5.3.1.1 Elementi in načela projekta Kakovost v zdravstvu

Projekt Kakovost v zdravstvu opredeljuje naslednje dejavnosti za doseganje kakovosti:

- dejavnosti, ki omogočajo nenehno izboljševanje kakovosti pri izvajalcih zdravstvene službe;
- dejavnosti, ki omogočajo uporabnikom večjo preglednost kakovosti na zdravstvenih oddelkih;
- dejavnosti, ki omogočajo finančno ovrednotenje kakovostnega dela ter stimulacijo uspešnih.

Načela kakovosti so podlaga za dejavnosti v smeri izboljšanja zdravstvenega varstva na vseh ravneh služb za zdravstveno varstvo. Zagotavljanje kakovosti naj bi obenem predstavljalo odgovor na številne probleme, ki se pojavljajo v zdravstvu, med katerimi izstopata izjemen porast stroškov za izvajanje zdravstvenega varstva ter povečana zahteva po javni odgovornosti.

Zagotavljanje kakovosti se vgrajuje v glavne cilje zdravstvene politike, med katerimi sta najpomembnejša izboljšanje učinkovitosti in uspešnosti zdravstvenega varstva ter ugoditev željam in potrebam uporabnikov zdravstvenega varstva do mere, ki jo dovoljujejo kadrovske in materialne možnosti.

Pričakovati je, da bodo izvajalci zdravstvenega varstva in zdravstvene ustanove v veliki meri zainteresirani za rezultate projekta, saj bo morebitnim odstopanjem od sprejetih standardov kakovosti sledilo tudi temu ustrezno ravnanje plačnika – Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ki naj bi s sklepanjem pogodb stimuliral predvsem kakovostne izvajalce storitev.

Postavljeni standardi so predvideni tudi kot merilo za delovanje znotraj posameznih izvajalcev zdravstvenega varstva, saj naj bi na ta način neposredno spodbujali vsakega posameznika h kakovostnejši izvedbi storitev zdravstvenega varstva. Projekt Kakovost v zdravstvu naj bi stalno zagotavljal tudi natančne podatke kot podlago za merjenje kakovosti individualnega dela vsakega zdravnika posebej.

Ugotavljanje oziroma merjenje odstopanj od sprejetih standardov delovanja v zdravstvu naj bi postal stalen proces, ki bi po tej poti tudi spodbujal nenehno izboljševanje storitev. Tako zamišljen sistem mora nujno dobiti podlago v splošni zakonodaji pa tudi v podrobnejših pravilnikih. (Internet 5)

### 5.3.2 Učinkovitost izvajanja storitev

Do predloga zdravstvene reforme na področju učinkovitosti izvajanja zdravstvenih storitev ni bilo sistemskih usmeritev oziroma jasno postavljenih meril in s tem povezanega financiranja. Uvedeni so bili le posamični projekti, ki pa niso mogli dati rezultatov povečanja učinkovitosti na nacionalni ravni.

Eden od takšnih projektov datira v leto 1996, ko je bil kot zaključek zdravniške stavke sklenjen sporazum med zdravništvom in Vlado RS z uradnim nazivom »Dogovor med Ministrstvom za zdravstvo, Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije, zdravniškimi združenji in direktorji regijskih bolnišnic o ukrepih za izboljšanje razmer v zdravstvu«. (Isis 1998 : št. 4)

Sporazum je predvidene ukrepe za boljše in racionalnejše zdravstveno varstvo delil na kratkoročne, srednjeročne in na dolgoročne. Glavnina ukrepov se je navezovala na spremembe zakonodaje, zanimiv pa je eden od kratkoročnih ukrepov, saj je predvideval ukinitvev samoplačniških ambulant pri izvajalcih javne zdravstvene službe, ki niso dosegle svojega cilja, da bi se z njihovo uveljavitvijo skrajšale čakalne dobe. A rezultat je bil ravno obraten in tudi vir raznih korupcijskih postopkov – prenaročanja na operativne posege, koriščenje javne zdravstvene službe za izpeljavo diagnostike in zdravljenja ipd.

Po takšni oceni stanja je bil sprejet sklep, da je za delovanje samoplačniških ambulant najprej treba določiti pogoje, pod katerimi te lahko delujejo.

Ena od možnih poti za zagotovitev nemotenega delovanja zdravstvenega sistema je dvig učinkovitosti in kakovosti zdravstvenega sistema, in to ob zmanjšanih stroških s pomočjo mikroregulacije (npr. sistemi poslovanja HMO, DRG, GP). (Sotošek 1996 : 132–135)

Kljub pomanjkanju sistemskih prisil za izboljševanje učinkovitosti pa je spodbudno dejstvo, da so se nekateri zavodi samoiniciativno odločili za izvedbo projektov izboljševanja notranje učinkovitosti.

Najznačilnejši takšen projekt je izpeljal Zdravstveni dom Ljubljana (ZDL) kot največji javni zavod na primarni ravni zdravstvenega varstva v državi. »Predlog vsebine nalog managementa za ZDL« je nastal v sodelovanju s podjetjem Produktivnost, d.o.o., glavni poudarek pa je bil na vodenju takšne institucije. Neposredni cilji projekta, ki so bili nadalje opredeljeni z nadaljnjimi ukrepi, so bili naslednji:

- postaviti pravila delovanja za organiziranost ZDL,
- izdelati predlog smernic za nov statut ZDL,
- izdelati predlog projektov, s katerimi bodo spremembe izpeljane,
- prilagoditi se novim tržnim razmeram.

Ta projekt se je že po prvem letu delovanja izkazal za nadvse uspešnega, saj se je začela spreminjati organizacijska kultura, zaposleni so začeli razmišljati o kakovostnejših odnosih med seboj in z uporabniki. Ponekod so začeli naročati paciente na uro, delovati so začeli v smeri skrajševanja čakalnih dob, vzpostavili so koristno sodelovanje z nekaterimi prostovoljnimi organizacijami. Vodstvo je med drugim tudi s pomočjo ugotovitev ankete »Pacient je kralj – kaj smo pa mi?« pridobilo dragocene informacije o tem, kako jih zaposleni sprejemajo in kakšne so napake vodstva, iz česar so opredelili novo vsebino nalog menedžmenta. (Šalehar 1998 : 4)

Gornji primer kaže, kako pomembno je za izboljševanje učinkovitosti strokovno vodenje zdravstvenih ustanov.

Dr. Flis v zvezi s povzročenimi zdravniškimi napakami pravi, da »je delo ustanov oziroma kakršnihkoli kompleksnih okolij težko ocenjevati. V velikih bolnišnicah, kakršne so Klinični center ali druge bolnišnice v Sloveniji in Evropi, se odgovornost razprši po sistemu.«

Dr. Zwitter pa o odgovornosti v zdravstvu pravi: »Zavzemam se za individualno odgovornost na vseh nivojih ... Zdravniška napaka je tudi, če se zdravniki na vodilnih položajih ne odzovejo na opozorila glede pomanjkljivosti izobraževanja, kadrov, opreme ali organizacije dela ...«. (Škerl 2003 : 20–22)

Za še boljše rezultate bi veljalo razmisliti o ločitvi strokovnih funkcij od poslovnih funkcij pri upravljanju zdravstvenih ustanov.

Za uspešno vodenje v zdravstvu je potrebnega veliko znanja, ob tem pa tudi izkušenj, zlasti s področja ekonomike, informatike, vodenja, trženja, načrtovanja kontrole, kulture institucije itd. Dober direktor mora med drugim skrbeti tudi za poslovne partnerje in glavne pogodbenike (Vlada in njene službe, Ministrstvo za zdravje, ZZZS itn.), javne službe, nevladne organizacije in številne druge službe, s katerimi mora ustanova sodelovati. Direktor mora v svojem ožjem in širšem okolju predstavljati in uveljavljati interese svoje ustanove, skrbeti za njen ugled in jo promovirati. Ta položaj torej zahteva celega človeka, ki se mora z vsem svojim znanjem posvetiti delu, ki mu je zaupano. (Hočevnar 2000 : ISIS št. 7)



## 5.4 Predlog zdravstvene reforme

Na pobudo Ministrstva za zdravje je socialni sporazum, podpisan aprila 2003, vključil tudi napoved zdravstvene reforme. Osnutek oziroma predlog zdravstvene reforme, ki so ga s pomočjo številnih tako domačih kot tujih strokovnjakov začeli pripravljati že dosti prej, pa je bil predstavljen jeseni 2003.

Zdravstvena reforma naj bi vodila spremembe v smeri povečanja pravičnosti pri zbiranju sredstev, poštenosti pri razporejanju zbranih sredstev, učinkovitosti zdravstvenega sistema, gospodarnosti pri ravnanju s sredstvi, kakovosti zdravstvenih storitev, odgovornosti vseh subjektov in nadzoru. Vse te spremembe je predlog zdravstvene reforme združil v štiri stebre reforme: pravičnost, dostopnost, kakovost in učinkovitost, iz katerih je izvedenih šest glavnih ciljev reforme:

1. pravičnost pri zagotavljanju sredstev za zdravstveno varstvo,
2. razporejanje sredstev po potrebah državljanov,
3. boljša dostopnost do zdravstvenega varstva,
4. razvoj sistema celovite kakovosti,
5. večja učinkovitost regulacije in upravljanja sistema zdravstvenega varstva,
6. krepitev področja javnega zdravja. (Ministrstvo za zdravje, 2003)

V nadaljevanju bom, zaradi njune pomembnosti, podrobneje predstavil 4. in 5. cilj zdravstvene reforme.

### 5.4.1 Razvoj sistema celovite kakovosti

Za izboljšanje kakovosti izvajanja zdravstvenega varstva je potrebno nenehno, načrtno izvajanje vseh ukrepov, ki lahko pripomorejo k dvigu kakovosti, prav tako pa tudi nenehen nadzor in ocenjevanje rezultatov ter nadaljnje ukrepanje na njihovi podlagi.

Ob osredotočenosti na uporabnike (predvsem bolnike, pa tudi na njihove svoje, zaposlene v zdravstvenih ustanovah, zunanje sodelavce in partnerje) je uvajanje sistema celovite kakovosti treba osnovati na vseh ravneh izvajanja zdravstvene oskrbe: na ravni individualnih izvajalcev, ambulant, bolnišnic in drugih zdravstvenih zavodov, in sicer tako v javnih kot v zasebnih ambulantah in zdravstvenih zavodih, vsi sistemi pa morajo biti medsebojno usklajeni.

Zdravstvena reforma je tako za povečanje kakovosti zdravstvenih storitev predvidela naslednje ukrepe:

- vzpostavitev neodvisne institucije za kakovost zdravstvene oskrbe,
- vzpostavitev sistema upravljanja celovite kakovosti,
- klinične smernice in klinične poti,
- merjenje in neprekinjeno spremljanje izidov zdravljenja in kazalnikov kakovosti,
- varnost za bolnike in upravljanje s tveganji,
- notranja presoja in akreditacija. (Ministrstvo za zdravje, 2003)

#### 5.4.1.1. Učinki predlaganih sprememb

##### a) Za državljane: kakovostnejše zdravstvene storitve

Spremenjen način financiranja zdravstvenih izvajalcev bo spodbujal kakovost zdravstvenih storitev. Z razvojem sistema celovite kakovosti se bo bolj upoštevalo mnenje bolnikov pri odločitvah o zdravstveni obravnavi. Državljeni si bodo izbirali zdravstveni zavod na podlagi dokazov o kakovosti storitev in dobri praksi. Konkurenca med izvajalci bo vodila k večji diferenciaciji ponudbe in k večji zadovoljitvi posameznikovih potreb.

##### b) Za izvajalce: Odpravljanje razlik v kakovosti, spodbujanje dobre prakse

Financiranje bo podpiralo dobro klinično prakso in spodbujalo vodstva in vse zaposlene, da odpravljajo razlike v kakovosti dela. Preglednejše plačevanje bo odpravilo prelaganje stroškov med izvajalci in s tem trenja med njimi. Na podlagi splošnih nacionalnih standardov zdravstvene oskrbe in izidov ter kazalnikov kakovosti se bodo lahko izvajalci zgledovali po najboljših.

c) Za plačnika (ZZZS) in državo: kakovostna zdravstvena oskrba

Na podlagi zunanje presoje, podatkov o izidih zdravljenja in drugih kliničnih kazalnikov kakovosti ter podatkov o zadovoljstvu uporabnikov bosta plačnik in država spremljala kakovost zdravstvene oskrbe v državi in sprejemala ukrepe za njeno izboljšanje. (Ministrstvo za zdravje, 2003)

Pri navajanju vsebine predloga reforme zdravstva v Sloveniji bi bilo prav navesti predvidene spremembe tako za zasebni kot javni sektor, vendar žal to ni mogoče, ker je predlog reforme v tem pogledu preveč skop, saj je zasebna praksa komaj kje omenjena, pa čeprav obsega že 20 % slovenskega zdravstva. (Internet 5)

Poleg kakovosti izvajanja storitev pa je poudarjen tudi velik pomen učinkovitosti poslovanja, ki je odraz dobrega vodenja.

#### 5.4.2. Večja učinkovitost regulacije in upravljanja sistema zdravstvenega varstva

Vedno večje zahteve po povečanju učinkovitosti, kakovosti in odgovornosti za skrbno ravnanje z viri v javnem sektorju so v zadnjem desetletju povzročile, da so se v evropskih državah začele prenašati v javni in nepridobitni sektor metode, orodja in aktivnosti podjetništva. (Ministrstvo za zdravje, 2003)

V predlogu reforme je dopuščena možnost, da izvajalci zdravstvenega varstva (zasebni in javni) lahko združujejo ponudbo javnih in zasebnih dobrin zdravstvenega varstva in svojo dejavnost financirajo iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja ter s prihodki s trga, na katerem lahko pridobivajo tudi sredstva prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. (Ministrstvo za zdravje, 2003)

Pri upravljanju in regulaciji sistema zdravstvenega varstva prihaja do težav tudi zaradi konfliktov, ki jih povzročajo razlike med interesi državljanov po čim večjem obsegu in kakovosti zdravstvenih pravic in interesi države po stabilnih financah. Tudi vodstva zdravstvenih zavodov postavljajo v mnogih primerih ožji interes lastne ustanove pred nacionalne interese. Neredko se dogaja, da zdravniki pri obravnavi posameznega bolnika ne upoštevajo potreb tistih, ki k njim ali k njihovim kolegom šele prihajajo. (Ministrstvo za zdravje, 2003) Obseg sredstev za financiranje zdravstvenega varstva iz obveznega

zdravstvenega zavarovanja določa država s pomočjo družbenega dogovora. Drugače kot pri dobrinah zasebnega značaja, za katere teče financiranje prek trga iz dohodkov posameznikov in sredstev prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, se dobrine javnega značaja financirajo prek obveznega zdravstvenega zavarovanja. Eden največjih izzivov zdravstva predstavlja določitev obsega pravic, ki so državljanom dostopne v okviru javnih sredstev za zdravstveno varstvo, ter posledično določitev storitev, za katera je treba skleniti dodatna zavarovanja. (Ministrstvo za zdravje, 2003)

Zdravstvena zakonodaja iz leta 1992 je skoraj za vse pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja uvedla doplačila v odstotku od vrednosti teh pravic in na ta način državljanke prisilila, da so se prostovoljno dodatno zavarovali, kar je vzpostavilo sistem, ko se skoraj vse javne dobrine financirajo tako iz javnih kot iz zasebnih sredstev. V takšnem sistemu javna sredstva ne morejo zagotavljati osnovnega svežnja pravic, prav tako pa se ne more razviti trg za preostale dobrine.

Povsem drugače pa je v večini držav Evropske unije, kjer se količina pravic, ki niso zajete v okvir pravic, financiranih iz javnih sredstev in za katere se morajo torej posamezniki prostovoljno dodatno zavarovati oziroma jih sami dodatno plačevati, giblje nekako med 10 % in 25 %, izraženo v denarnih sredstvih. (Ministrstvo za zdravje, 2003)

V Sloveniji sta regulacija in upravljanje sistema zdravstvenega varstva nedorečena in neučinkovita, posledično pa je neučinkovit tudi menedžment v zdravstvu. Reforma na področju regulacije in upravljanja naj bi uredila naslednja področja:

- regulacijska vloga države z novo zdravstveno zakonodajo,
- regulacijska vloga zdravstvenega sveta,
- ustanovitev agencije za kakovost,
- elektronski zdravstveni karton,
- preoblikovanje javnih zdravstvenih zavodov,
- podiplomski program izobraževanja za menedžment v zdravstvu,
- centralna nabava in regulacija cen zdravil,
- spodbujanje konkurence med izvajalci in notranjega podjetništva. (Ministrstvo za zdravje, 2003)

#### 5.4.2.1 Učinki predlaganih sprememb

a) Za državljane: učinkovitejše zagotavljanje zdravstvenega varstva

Z razporejanjem sredstev med izvajalce, ki bo temeljilo na potrebah državljanov, se bo izboljšala in izenačila dostopnost državljanov do zdravnikov v osnovnem zdravstvu. Državljeni bodo imeli na voljo večji obseg preventivnih programov. Obravnava kroničnih bolnikov bo neprekinjena in timska od primarnega do terciarnega zdravstvenega varstva.

b) Za izvajalce: spodbujanje konkurence med izvajalci

Še večja sprostitev svobode bolnikov, da izberejo izvajalca, in razpisovanje delov zdravstvenih programov v obliki javnih razpisov bosta spodbudila izvajalce k povečanju kakovosti in omejevanju stroškov. Podoben učinek bo dosežen z omejenim vstopom zasebnih investitorjev v organizacije zdravstvenega varstva. Nagrajena bo učinkovitost, prihranki bodo ostali izvajalcem.

c) Za plačnika (ZZZS) in državo: povečan obseg programov

Prihranki pri racionalizaciji naročanja blaga in storitev, doseženi s pomočjo centralizacije ter racionalizacije pri izvajalcih zdravstvenih storitev na račun skrajševanja ležalne dobe in nadomeščanja dražjih bolnišničnih obravnav z enako kakovostnimi obravnavami v dnevni bolnišnici, ambulantni in na domu, bodo omogočili povečan obseg programov (skrajševanje čakalnih dob) in nove preventivne programe. (Ministrstvo za zdravje, 2003)

## 6. ZAKLJUČEK

Organiziranje javnih služb sodi med najpomembnejše dejavnosti države. Čeprav se je pomenski obseg pojma javne službe sčasoma skrčil zgolj na nujne servisne dobrine in storitve, ki jih država mora nuditi vsem državljanom v kar se da enakomernem obsegu, ostajajo javne službe ena od temeljnih dejavnosti vsake države, katerih kakovost izvajanja bistveno prispeva h kakovosti življenja državljanov, učinkovitost delovanja javnih služb pa lahko bistveno pripomore k učinkovitosti delovanja celotne države.

Mnogi nosilci izvajanja javnih služb razumejo javno službo kot podaljšano roko države, čemur sledi tudi njihovo ravnanje v smislu monopolne oblasti do drugih – uporabnikov storitev in dobrin, ki jih javne službe nudijo. Izvajalci javnih služb ob takšnem pojmovanju seveda le s težavo sprejemajo zahteve po lastnem kakovostnejšem oziroma učinkovitejšem delovanju. Ob upoštevanju zgolj tega dejstva je seveda umestno v sistem izvajanja javnih služb vnašati prvine zasebnosti in v okviru tega predvsem prvine konkurence kot ene od spodbud za način dela javnih zavodov, ki naj neprestano teži k izboljšanju kakovosti in učinkovitosti delovanja.

Učinkovitejše poslovanje zasebnega sektorja se kaže v tem, da za enak obseg sredstev opravi več storitev kakor javni izvajalci javnih služb. A prihranek v zdravstveni blagajni na ravni države bi dosegli le v primeru, da bi zasebni sektor ponudil nižjo ceno za izvedbo enakega obsega storitev kakor javni sektor oziroma da bi prihranjeno razliko v ceni izvajanja storitev, ki mu jo poravnava Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, le-temu tudi vrnil.

Takšno ureditev je zaradi pridobitnega motiva zasebnega sektorja zelo težko doseči, poleg tega je javni sektor za razliko od zasebnega sektorja dolžan opravljati vse javne službe ne glede na njihovo stroškovno upravičenost, kar je tudi osnovni smisel storitev javnih služb. Na tej točki pa je vendarle umestno opozoriti na nevarnost zmanjšanja dostopnosti javnih služb vsem državljanom, ki ob obstoječi organizacijski strukturi javnih zavodov kot izvajalcev javnih služb ne spodbuja tam zaposlenih k doseganju boljših rezultatov, s čimer jih celo spodbuja k odhodu iz javnega v zasebni sektor, kar lahko bistveno pripomore k poslabšanju kakovosti izvajanja storitev in tudi števila javnih zavodov.

Ob takšnem razvoju dogodkov bi bili v najslabšem položaju socialno najšibkejši sloji državljanov, ki si nujnih storitev ne bi bili zmožni privoščiti pri zasebnih izvajalcih. Za preprečitev takšnega razvoja dogodkov je treba uvesti natančna merila za zagotavljanje javnih služb, zakonske omejitve zasebnega sektorja pri izvajanju javnih služb ter predvsem nadzora nad izvajanjem oziroma zagotavljanjem vsem državljanom dostopnih javnih služb, pri tem pa tudi paziti, da ne pride do dodatne birokratizacije sistema, ki lahko povsem izniči pozitivne učinke ukrepov za učinkovitejše ter kakovostnejše delovanje zdravstvenega sistema.

Velika odgovornost za poslovanje ter reforme v notranji organiziranosti javnih zavodov, ki morajo težiti k nagrajevanju uspešnih ter spodbujanju drugih zaposlenih k trudu za boljšimi rezultati, leži na vodstvih posameznih zavodov, pri tem pa je smiselno ločiti poslovodske od strokovnih funkcij.

Izkušnje iz drugih evropskih držav nam kažejo predvsem na potrebo po previdnosti pri reformah javnih služb, kjer bi bilo glavno vodilo vnašanje zasebne pobude. Pri tem namreč trčita dva nasprotna interesa: zasebni interes po maksimiziranju dobička ter javni interes po kakovostnih in učinkovitih javnih storitvah.

Na področju zdravstva poteka projekt Kakovost v zdravstvu, katerega cilj je zagotoviti ustrezno podatkovno bazo oziroma zgraditev informacijskega sistema, ki naj bi zagotavljal možnost realne analize stanja in na tej podlagi določitve potrebnih ukrepov za izboljšanje kakovosti in učinkovitosti zdravstva.

Vsi zdravstveni delavci so ne glede na to, ali delujejo v okviru javnega zavoda ali zasebne prakse, po zakonu dolžni nuditi pacientom kar najboljše storitve ob upoštevanju vseh etičnih in strokovnih norm. Strokovnost in učinkovitost dela sta prav tako ne glede na status izvajalca predmet stalnega nadzora pristojnih državnih institucij, pri čemer je učinkovitost v zasebnem zdravstvu nadzorovana le v obsegu dela, financiranega z javnimi sredstvi.

Projekt Kakovost v zdravstvu se je začel šele nekaj let po podelitvi prvih koncesij na področju zdravstva. Rezultate dejanskega prispevka uvedbe koncesij k učinkovitejšim in kakovostnejšim storitvam zdravstvenega varstva je zaradi pomanjkanja ustreznih analiz

zelo težko pridobiti oziroma jih lahko pričakujemo šele v prihodnje.

Vendar pa se je v tem primeru smiselno opreti na javnomnenjske raziskave, ki jih lahko uporabimo za primerjavo izkušenj pacientov s storitvami javne zdravstvene službe med javnimi izvajalci in zasebniki s koncesijo. V raziskavi Slovensko javno mnenje SJM (2001) so anketiranci ocenjevali zadovoljstvo s storitvami zasebnega zdravnika v primerjavi s storitvami javnih zavodov. 66 % anketirancev je bilo s storitvami zasebnega zdravnika bolj zadovoljnih kot s storitvami v javnih zavodih, 32 % ni videlo nobene razlike med njimi, le 2 % anketirancev pa sta storitve zasebnih zdravnikov ocenila kot slabše od storitev v javnih zavodih. Zanimivo je, da je podobna raziskava, ki je bila opravljena leta 1994, dala podobne rezultate.

Opazen pa je sistematičen upad ocen, da se bo z uvajanjem zasebne prakse izboljšala raven zdravstvenih uslug. Leta 1994 je zasebnega zdravnika obiskalo le 12 % anketirancev, vendar jih je kar 51 % soglašalo s trditvijo, da bo uvedba zasebne prakse pripomogla k dvigu kakovosti zdravstvenih uslug. Leta 2001 je zasebnega zdravnika obiskalo 27 % anketirancev, le 36 % anketirancev pa je menilo, da je uvedba zasebne zdravniške prakse pripomogla k dvigu kakovosti zdravstvenih uslug.

Predlog zdravstvene reforme je obširen projekt, ki bo, četudi sprejet v nekoliko spremenjeni različici, kot je sedanji predlog, dolgoročno močno vplival na sistem zdravstvenega varstva v Sloveniji. Bistvena za doseg cilja, to je kakovostnega ter učinkovitega javnega zdravstva, je natančna analiza stanja na tem področju in šele na tej podlagi se lahko določijo potrebni ukrepi za izboljšanje stanja, določijo odgovorne osebe za izvedbo potrebnih ukrepov za izboljšanje, zagotovijo potrebni viri ter stalno spremljajo rezultati ter po potrebi tudi spreminjajo ali pa celo opuščajo ukrepi, ki ne prinašajo zelenih rezultatov oziroma so celo kontraproduktivni.

Zdravstvena reforma kljub vsem očitanim ji pomanjkljivostim izraža potrebo, predvsem pa željo po izboljšanju položaja javnega zdravstva. V predlogu reforme so navedeni številni konkretni ukrepi, s pomočjo katerih naj bi dosegli jasno zastavljene cilje, med temi pa sta tudi izboljšanje kakovosti in učinkovitosti zdravstva. Slabo pa je, da predlog zdravstvene reforme o tako pomembnem delu zdravstva, kot je zasebno zdravstvo, ki predstavlja že 20 % celotnega zdravstva, skoraj ne govori.



Glavni poudarek pri predlogu reforme zdravstva je torej dan javnemu sektorju, iz česar lahko sklepamo, da se v preteklosti uvedeni ukrepi v zdravstvu, ki so sledili težnjam po privatizaciji javnega zdravstva, niso izkazali za tako učinkovite, da bi veljalo nadaljevati z nadaljnjimi ukrepi v njihovi smeri, temveč je za učinkovitejše in kakovostnejše javno zdravstvo treba predvsem izboljšati delovanje javnega sektorja.

Če se vrnem na začetek naloge in skušam ovrednotiti na začetku postavljeno hipotezo, da so koncesije javnih služb pripomogle k večji kakovosti in učinkovitosti izvajanja javnih služb v zdravstvu, potem ugotavljam, da se moja teza ni potrdila.

Vstop zasebnikov v izvajanje javnih služb ni občutno spodbudil javnih zavodov h kakovostnejšim ter učinkovitejšim storitvam, kar ne nazadnje potrjujejo mnogi projekti za izboljšanje poslovanja, ki so bili uvedeni nekaj let po uvedbi koncesij tako na ravni posameznih javnih izvajalcev javne zdravstvene službe kot na ravni države, in ne nazadnje celovita reforma zdravstva, ki se nam obeta. Tudi stabilnost rezultatov javnomnenjskih anket o zdravstvu ne kaže občutnega izboljšanja zadovoljstva pacientov s storitvami javnega zdravstva. Ker pa predlog zdravstvene reforme ob vseh predvidenih ukrepih za izboljšanje zdravstvenih storitev koncesij ne ukinja, lahko sklepamo, da koncesije ne škodijo javnemu zdravstvu, njihova koristnost pa vsekakor ni tako odločilnega pomena, za kakršnega so bile predstavljane pred samo uvedbo.

## 7. VIRI IN LITERATURA

### Literatura:

1. Bonard B. (1926). *Precis de droit administratif*, 4 ed. Paris.
2. Brezovšek Marjan (1996). Teoretični pojem uprave. V: *Teorija in praksa*, let. 33, št. 6. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
3. Cijan Rafael, Grafenauer Božo (1993). *Državna uprava Republike Slovenije. Posebni del*. Maribor.
4. Čebulj, Janez (1991). Oblike izvajanja javnih služb in koncesionirana javna služba. V: *Pravna praksa*, št. 234. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
5. Čebulj, Janez (1995). Pristojnosti občin na področju gospodarskih javnih služb. Posvetovanje o uresničevanju pristojnosti občin na področju gospodarskih javnih služb. Zbornik referatov. Ljubljana.
6. Čebulj Janez (1996). *Koncesija. Upravni zbornik*. Ljubljana: Inštitut za javno upravo.
7. Čopič Vesna (1996). Privatizacija šolstva, zdravstva in kulture, zakonske možnosti za delovanje nepridobitnega nedržavnega sektorja na področju družbenih dejavnosti. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
8. Dolčič, Tone (2002). Odločanje o podelitvi koncesije na področju zdravstva. V: *Pravna praksa*, št. 9. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
9. Gorjup Viktorija (1996). Privatizacija šolstva, zdravstva in kulture. Vpliv privatizacije na (de)profesionalizacijo v zdravstvu. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
10. Kovač Polona, Stanonik, Bojan (2000). Reforma slovenske javne uprave: interesna analiza med javnimi uslužbenci v državni upravi. V: *Teorija in praksa*, letnik 27, št. 2. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
11. Mužina, dr. Aleksij (2004). *Pravna ureditev koncesij v Republiki Sloveniji in EU*. Ljubljana: Založniška hiša Primath.
12. Pirnat, Rajko (1999). Problematika pravne ureditve koncesij. Ljubljana: Inštitut za javno upravo pri Pravni fakulteti v Ljubljani. Let. 35, št. 1.
13. Rakočevič Slobodan (1994). *Državna uprava, vloga, položaj, organizacija, delovanje*. Ljubljana: Uradni list Republike Slovenije.
14. Richier Laurent (1999). *Droit de contrats administratifs*, Librairie generale de droit et de jurisprudence. Paris.

15. Rus Veljko (1996). Privatizacija šolstva, zdravstva in kulture. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
16. Rus Veljko (2001). Podjetizacija in socializacija države. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
17. Sellers Martin (2000). Publicization: Government pressure on private companies causes them to become more government-like. Prispevek, predstavljen na IRSPM IV V.
18. Sotošek Branka L. (1996). Privatizacija šolstva, zdravstva in kulture. Finančno-ekonomske relacije sistema zdravstvenega varstva. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
19. Stanonik, Bojan (2000). Ugotavljanje pripravljenosti na reformo državne uprave. V; Teorija in praksa, letnik 37, št. 2. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
20. Šmidovnik, Janez (1985). Teoretične osnove upravljanja. Ljubljana: Univerzum.
21. Thompson L. (1993). Reporting Changes in the Electricity Supply Industry, Financial Accountability and Management. Vol. 9. London.
22. Tičar Bojan (1996). Privatizacija šolstva, zdravstva in kulture. Privatizacija javnega sektorja in evalvacija slovenske zakonodaje. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
23. Toš Niko, Malnar Brina (2002). Družbeni vidiki zdravja. Sociološka raziskovanja odnosa do zdravja in zdravstva. Ljubljana: Inštitut za raziskovanje javnega mnenja, Fakulteta za družbene vede.
24. Virant, dr. Gregor (1998). Pravna ureditev javne uprave. Ljubljana: Visoka upravna šola.
25. Žurga, Gordana (2001). Kakovost državne uprave. Pristopi in rešitve. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Viri:

1. Bizjak-Mlakar, mag. Julijana. Kako zdrava je komercializacija zdravstva? V: Finance (2004), št. 63/1742, 31. 3. 2004. Ljubljana.
2. ISIS (1998). Dogovor med Ministrstvom za zdravstvo, Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije, zdravniškimi združenji in direktorji regijskih bolnišnic o ukrepih za izboljšanje razmer v zdravstvu, št. 5. Ljubljana: Zdravniška zbornica Slovenije.

3. Ivanjko, dr. Šime (1992). Pravni modeli za koncesijsko gradnjo avtocest. V: Podjetje in delo, številka 5. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
4. Luskovec Viktor. Plače v javnem sektorju. V: Nedelo (2004), št. 9, leto IX, 29. februar. Ljubljana: Delo.
5. Mazi Nina (2000). Intervju z mag Francem Hočevarjem, prof. def. ISIS št. 7. Ljubljana: Zdravniška zbornica Slovenije.
6. Miklavčič Borut. Intervju. 20. 12. 2003. Ljubljana: Delo.
7. Ministrstvo za zdravje (2003). Predlog zdravstvene reforme. Cilj 5 – Večja učinkovitost regulacije in upravljanja sistema zdravstvenega varstva. 5.2.3 Neustrezno financiranje izvajalcev zdravstvenega varstva, Ljubljana.
8. Ministrstvo za zdravje (2003). Predlog zdravstvene reforme. Cilj 5 – Večja učinkovitost regulacije in upravljanja sistema zdravstvenega varstva, 5.2 Slabosti upravljanja in regulacije zdravstvenega varstva v Sloveniji: Konflikti interesov v zdravstvenem varstvu, Ljubljana.
9. Ministrstvo za zdravje (2003). Predlog zdravstvene reforme. Cilj 5 – Večja učinkovitost regulacije in upravljanja sistema zdravstvenega varstva. 5.2.2 Problematika meje med trgom in družbenim interesom v zdravstvenem varstvu. Ljubljana.
10. Ministrstvo za zdravje (2003). Predlog zdravstvene reforme. Cilj 5 – Večja učinkovitost regulacije in upravljanja sistema zdravstvenega varstva. 5.2.4 Šibka konkurenca med organizacijami zdravstvenega varstva, Ljubljana.
11. Ministrstvo za zdravje (2003). Predlog zdravstvene reforme. Cilj 5 – Večja učinkovitost regulacije in upravljanja sistema zdravstvenega varstva. 5.1.4 Organizacije zdravstvenega varstva, Ljubljana.
12. Ministrstvo za zdravje (2003). Predlog zdravstvene reforme. Cilj 5 – Večja učinkovitost regulacije in upravljanja sistema zdravstvenega varstva. 5.2 Slabosti upravljanja in regulacije sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji. 5.2.1 Konflikti interesov v zdravstvenem varstvu, Ljubljana.
13. Ministrstvo za zdravje (2003). Predlog zdravstvene reforme. Povzetek. Razlogi za reformo.
14. Ministrstvo za zdravje (2003). Predlog zdravstvene reforme. Cilj 4 – Razvoj sistema celovite kakovosti. 4.3 Predlagane spremembe. Ljubljana.

15. Ministrstvo za zdravje (2003). Predlog zdravstvene reforme. Cilj 5: Večja učinkovitost regulacije in upravljanja sistema zdravstvenega varstva. 5.1 Elementi sistema zdravstvenega varstva. 5.1.1 Država kot skrbnik sistema zdravstvenega varstva. Ljubljana.
16. Ministrstvo za zdravje (2003). Predlog zdravstvene reforme. Cilj 5 – Večja učinkovitost regulacije in upravljanja sistema zdravstvenega varstva. 5.1.5 Financiranje zdravstvenega varstva. Ljubljana.
17. Ministrstvo za zdravje (2003). Predlog zdravstvene reforme. Cilj 5 – Večja učinkovitost regulacije in upravljanja sistema zdravstvenega varstva. 5.2.2 Problematika meje med trgom in družbenim interesom v zdravstvenem varstvu Ljubljana.
18. Ministrstvo za zdravje (2003). Predlog zdravstvene reforme. Povzetek. Cilj 5 – Večja učinkovitost regulacije in upravljanja sistema zdravstvenega varstva. Ljubljana.
19. Ministrstvo za zdravje (2003). Predlog zdravstvene reforme. Povzetek. 3 x 12 učinkov predlaganih sprememb: za državljane, za izvajalce, za plačnika (ZZZS) in državo. Ljubljana.
20. Pirnat, dr. Rajko (2001). Nekateri problemi podelitve koncesije. Posvet o javnih naročilih in koncesijah. 2. posvet o javnih naročilih in koncesijah. Ljubljana: ODIN, d.o.o.
21. Repovž Mija. Intervju s Christopherjem Pollitom, 29. 11. 2003. Ljubljana: Delo.
22. Rudež Suzana, (2003). Reforma javne uprave – razvoj na področju kakovosti in poslovne odličnosti v državni upravi Republike Slovenije. Diplomsko delo. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
23. Šalehar Marija Ana (1998). Kakovost v Zdravstvenem domu Ljubljana (2. del). ISIS št. 4. Ljubljana: Zdravniška zbornica Slovenije.
24. Škerl Uroš. Bolnika ne zanimajo pomanjkljivosti v sistemu. 22. 11. 2003, Ljubljana: Delo.
25. Verbinc, France (1971). Slovar tujk. Tretja izdaja. Ljubljana: Cankarjeva založba.
26. Viler Kovačič, Adrijana (2002): Koncesije v Sloveniji: vrste, analiza in primerjava med posameznimi vrstami, položaj in njihov pomen v državi, magistrsko delo. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Pravni viri:

1. Zakon o gospodarskih javnih službah (ZGJS, Uradni list RS, št. 32/93, 30/98 – ZZLPPO)
2. Zakon o zdravniški službi (ZZdrs, Uradni list RS, št. 98/99)
3. Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej, Uradni list RS, št. 9/92)
4. Zakon o zavodih (ZZ, Uradni list RS, št. 12-481/1991, 36-1687/2000)
5. Zakon o javnih naročilih (ZJN Uradni list RS, št. 39/2000 in 102/2000)

Internetni viri:

Internet 1: PCMG, Zasebna zdravstvena dejavnost:

[http://www.pcmg.si/a-birokrat/zaseb\\_zdrav\\_dejavnost.htm](http://www.pcmg.si/a-birokrat/zaseb_zdrav_dejavnost.htm) , (5.10.2003)

Internet 2: Zdravniška zbornica Slovenije, Pravilnik o zasebni zdravniški dejavnosti:

<http://www.zzs-mcs.si/pzzd> (12.09.2003)

Internet 3: Mužina, Mag. Aleksij: Pravni vidiki koncesij negospodarskih javnih služb: Zakon o zdravstveni dejavnosti, <http://www.mnz.si/si/upl/unloksam/negkonc.htm> (25.8.2003)

Internet 4: Zdravniška zbornica Slovenije, Seja skupščinskega sveta in izvršilnega odbora, Stališča do zdravstvene reforme 12.-13.9.2003, Portorož: <http://www.zzs-mcs.si/pzzd> , (18.10.2003)

Internet 5: Zdravniška zbornica Slovenije: Projekt kakovost v zdravstvu,

<http://www.kakovost.mf.uni-lj.si>, (5.10.2003)